

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 26 Février 2016
Par M. Jean-François BOEGLIN, né le 07/12/87 à Prades (66)**

**Le management : facteur clé de succès du
pharmacien d'officine dans un secteur en mutation**

Membres du jury :

Président : M. Eric SERGHERAERT, Professeur en Déontologie Pharmaceutique,
Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Assesseur : M. Thomas MORGENROTH, Professeur agrégé en Economie et
Gestion, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Membre extérieur : M. Michel WATTRELOS, Expert comptable, Lille



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille



3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice- présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric KERCKHOVE Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Damien CUNY Professeur Benoit DEPREZ Professeur Murielle GARCIN Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Monsieur Antoine HENRY
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie Standaert
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia Melnyk

Assesseur délégué à la scolarité Dr. Christophe Bochu

Assesseur délégué en charge des

Relations internationales

Pr. Philippe Chavatte

Assesseur délégué en charge de la vie étudiante M. Thomas Morgenroth

Chef des services administratifs :

Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie Clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie Clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie Clinique

M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie Thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et économie Pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Droit et économie Pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie Organique
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie Thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie (90%)
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie Cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie Industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie

Mme	CARON	Sandrine	Biologie Cellulaire (80%)
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie (80%)
Mme	CHARTON	Julie	Chimie Organique (80%)
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie (80%)
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie Cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mme	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacologie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie Thérapeutique 1
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie Pharmaceutique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques

Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	WILLEMAGNE	Baptiste	Chimie Organique
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie Pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	CUCCHI	Malgorzata	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et économie Pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

***Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sommaire

Première partie : La mutation officinale

Titre 1 : Une répartition territoriale en mouvement

Titre 2 : Des licences perdues

Titre 3 : La démographie et ses problèmes générationnels

Titre 4 : D'un climat de suspicion aux attaques concurrentielles

Deuxième partie : Un professionnel libéral au service des patients

Titre 1 : Développer son rôle de professionnel de santé

Titre 2 : La nouvelle rémunération

Titre 3 : Les tendances de l'exploitation de l'entreprise officinale

Troisième partie : Une équipe officinale performante

Titre 1 : La Motivation

Titre 2 : La Cohésion

Titre 3 : La Formation au titre du DPC

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

BIC : Bénéfices Industriels et Commerciaux

BIT : Bureau International du Travail

CA : Chiffre d'Affaires

CANSSM : Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines

CJUE : Cour de Justice de l'Union Européenne

CPNEFP : Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation
Professionnelle

CSP : Code de la Santé Publique

DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la
Répression des Fraudes

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EI : Entreprise Individuelle

EIRL : Entreprise Individuelle à Responsabilité Limitée

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FO : Force Ouvrière

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

GMS : Grande et Moyenne Surface

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGF : Inspection Générale des Finances

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IR : Impôt sur le Revenu

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IS : Impôt sur les Sociétés

JO : Journal Officiel

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LIRHE : Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi

MDL : Marge Dégressive Lissée
MPO : Management Par Objectifs
MURCEF : Mesures Urgentes de Réformes à Caractère Economique et Financier

OMPL : Observatoire des Métiers des Professions Libérales
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONP : Ordre National des Pharmaciens
OTC : Over-The-Counter

Paces : Première année commune aux études de santé
PFHT : Prix Fabricant Hors Taxe
PFSS : Plan de Financement de la Sécurité Sociale

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SARL : Société A Responsabilité Limitée
SCP : Société Civile Professionnelle
SEL : Société d'Exercice Libéral
SELAS : Société d'Exercice Libéral à Action Simplifiée
SMART : Spécifique-Mesurable-Ambitieux-Réaliste-Temporisable
SNC : Société en Nom Collectif
SPF-PL : Société de Participation Financière des Professions Libérales

TTC : Toute Taxe Comprise
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

UE : Union Européenne
Uncam : Union nationale des caisses d'assurance maladie
Unocam : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France
USPO : Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine

VIE : Valence Instrumentalité Expectation

ZUS : Zone Urbaine Sensible
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale
ZRU : Zone de redynamisation Urbaine

Remerciements

Monsieur le Professeur Sergheraert, je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse.

Monsieur Morgenroth, un grand merci pour m'avoir accepté et aiguillé tout au long de cette aventure.

Monsieur Watrelos, merci de m'accorder de votre temps, vous ne connaissez que trop bien sa valeur.

Un grand remerciement, aux personnels administratifs des facultés de Lille II et Toulouse III, pour mes transferts de dossier à travers la France.

A ma famille et belle famille,
A mes parents,
A mes sœurs,
A Perrine et Roxane, les femmes de ma vie,

Je profite de cette occasion pour vous témoigner toute mon affection.

Aux amis,

Aux confrères,

Aux patients,

Et plus généralement, aux Sciences, à l'Université de la République, à la Liberté et plus particulièrement à celle de l'Expression.

« Le présent n'est pas un passé en puissance,
il est le moment du choix et de l'action »

Simone de Beauvoir

Introduction

Sans parler de la crise structurelle due au déficit de la sécurité sociale, ni des crises de confiance que le médicament a pu connaître suite à certains scandales, le métier de pharmacien est en pleine mutation.

Néanmoins, entre crise et mutation, il faudra choisir. Cela dépendra avant tout du phénomène étudié et de ses composantes. Ces dernières années le changement a été annoncé. Pour certain, il est clair qu'il a pris un tournant radical.

Si le maillage territorial constitue une force en ce qu'il permet à la profession d'être à la portée de tous, assurant une égalité en matière de distribution des médicaments, il semble néanmoins se fracturer dans des lieux de ruralité profonde de la France.

Tandis que le secteur accuse une démographie vieillissante, la nouvelle génération peine à s'inscrire, désintéressée du métier. De plus, pour ce secteur qui connaissait encore le plein emploi il ya dix ans, le chômage ne cesse de s'accroître.

En parallèle à cette crise démographique, la profession est sous le feu de certains, n'hésitant pas à remettre en cause le dévouement du pharmacien.

Le projet de réforme de la profession n'est plus en réflexion, la nouvelle rémunération n'est plus à son balbutiement, désormais le pharmacien semble avoir une nouvelle position. Son rôle de professionnel de santé est élargi.

Afin de travailler en réseau, de nouveaux outils juridiques sont disponibles. Les premiers engouements à leur égard témoignent de leur nécessité. Seul l'avenir confirmera cette tendance.

Bien que les stratégies de l'entreprise soient déterminées par le pharmacien titulaire, les objectifs sont remplis par l'équipe officinale. Dans ce secteur qui connaît de nombreux changements, tous les patrons demanderont de leur équipe une adaptation. Motivation, cohésion et formation seront les clefs nécessaires afin d'y parvenir.

Il convient dans une première partie de développer ce qui représente certains enjeux pour la profession à l'avenir, à savoir le maillage territorial et sa démographie humaine.

Dans une deuxième partie, il sera abordé ce qui représente l'évolution la plus notable que connaît le métier du pharmacien d'officine ces dernières années, à savoir son nouveau rôle émis par la loi HPST. De ce fait, la nouvelle rémunération qui peut être

assimilé à une conséquence de cette évolution sera vue ainsi que certains outils juridiques.

Enfin dans une troisième partie, il sera abordé ce qui doit être assimilé comme le fondement managérial de tout chef d'entreprise dans un secteur qui connaît des évolutions majeurs.

Ainsi autour de trois notions qu'il instillera à son équipe officinale, la motivation, la cohésion et la formation, celle-ci deviendra performante, prête à accepter le changement et relever les défis contemporains.

PREMIERE PARTIE :
LA MUTATION OFFICINALE

Titre I/ Une répartition territoriale en mouvement

La répartition territoriale est assurément un enjeu majeur pour la profession de pharmacien d'officine et ses usagers. Elle assure une égalité pour tous dans l'accès aux médicaments à travers un maillage territorial des officines.

Depuis les premières règles régissant l'implantation des officines jusqu'aux dernières, c'est avec ce souci d'égalité que le maillage territorial s'est établi.

Afin de mieux comprendre la situation qui par endroit tend vers une fracture de celui-ci, il convient d'appréhender les différentes réglementations d'installation, d'avoir un aperçu de la situation en étudiant la démographie et la densité pharmaceutique et enfin de connaître les facteurs déterminants du maintien du maillage territorial.

I. Les réglementations d'installations : de leur origine à aujourd'hui

Avant 1941, il n'y avait aucun critère de quota de population pour régir l'installation des officines.

De ce fait, « l'implantation des officines sur le territoire était totalement libre ».

Seuls deux critères permettaient d'ouvrir une pharmacie :

- Avoir un âge minimum requis : 25 ans ;
- Avoir le diplôme de pharmacien.

Cela permettait d'ouvrir « à son gré une officine, et la gérer à l'endroit de son souhait. Cette liberté d'installation conduisait les pharmaciens à s'installer préférentiellement au centre des grandes villes, afin de bénéficier de la proximité des prescripteurs, de l'attractivité des commerces et des services publics et privés caractéristiques des centres villes de l'époque. » (1)

Afin d'améliorer la répartition des officines et de limiter la concurrence préjudiciable à des pratiques éthiques de la profession, la loi du 11 septembre 1941 est venue mettre fin à cette situation en introduisant une réglementation de l'implantation des officines.

Elle définissait le système du quorum basé sur un principe de proportionnalité. Ce système de règles restrictives mis en place était appelé "voie normale".

Ainsi, l'attribution des licences est soumise à une loi de régulation de l'offre déterminée par des quotas de population.

Pour la première réglementation, les quotas sont définis comme suit :

- une officine pour 3 000 habitants dans les villes d'une population supérieure ou égale à 30000 habitants ;
- une officine pour 2 500 habitants dans les villes d'une population égale ou supérieure à 5000 habitants et inférieure à 30 000 habitants.

L'attribution d'une licence à toute officine déjà en cours d'exploitation et l'interdiction de la création de nouvelles officines sans l'obtention préalable de cette licence accordée par l'autorité administrative permettait de limiter et contrôler les installations d'officines.

En 1945, pour pallier aux besoins de la population, une ordonnance permit un deuxième mode de création, la voie dite "dérogatoire". Pour l'obtention de la licence, elle nécessitait l'appui du préfet et était envisagée si les besoins de la population étaient appréciés.

De nombreuses officines ont été créées par voie dérogatoire et cela a engendré un contentieux important. Ainsi des situations de jurisprudence du conseil d'Etat ont introduit de nombreux éléments à prendre en compte comme la population de passage, la population saisonnière...(1)

Selon la cour des comptes :

« Conçue initialement comme une mesure de caractère exceptionnel, la voie dérogatoire l'a emporté peu à peu sur l'application stricte de la règle du quorum au point de devenir le mode commun des créations d'officines (dans les quartiers excentrés, près des gares, en périphérie des villes). » (2)

Ce système a donc permis d'une manière générale une meilleure régulation des installations, mais, considérant la voie dérogatoire, il n'a pas été des plus performants pour la répartition des officines sur le territoire.

Dans le but d'améliorer l'adéquation de l'offre à la demande, dans un contexte d'exigence de maîtrise des dépenses de santé, la réglementation de l'implantation des officines sur le territoire a ensuite été modifiée successivement :

- par la loi de 1999 portant sur la création d'une couverture maladie universelle ;
- par la loi de 2002 de modernisation sociale ;
- et enfin par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2008 qui est aujourd'hui la source de droit pour l'obtention de la licence.

Les évolutions successives apportées par ces différents textes, ont permis de développer de nouveaux modes de créations notamment par la possibilité de fusionner deux pharmacies en une seule et d'étendre les localisations des transferts. Ces règles novatrices de création d'une officine « sont fixées par la loi (article L.5125-3 et suivants) pour répondre à des exigences de proximité et de service optimal rendu à la population résidente. » (3)

L'implantation des pharmacies est régie par le Code de la Santé Publique (CSP) afin de permettre à l'ensemble de la population d'avoir accès aux médicaments, définissant ainsi l'offre pharmaceutique.

En 1999, plus précisément :

- Le regroupement (ou la fusion) est l'innovation majeure de cette année, il se fait entre seulement deux officines à condition qu'elles appartiennent à la même commune.

Un regroupement consiste en une concentration de licences. De ce fait la restitution d'une licence doit être faite à l'Agence Régionale de la Santé (ARS).

- Fin de la possibilité pour le préfet d'accorder une licence lorsque le quorum est atteint.

- Le quorum ne concerne plus les communes mais est apprécié en fonction de zones de desserte pharmaceutique arrêtées par le préfet et qui incluent plusieurs communes.

- Les transferts sont accordés au sein même d'une commune si le quorum n'est pas atteint. Un transfert de pharmacie consiste à un déplacement physique de l'officine d'une adresse à une autre. Ainsi l'officine est fermée à son emplacement d'origine

pour être ouverte ailleurs, cela est possible après une procédure de transfert de licence et une autorisation de l'ARS.

Selon le CSP « les demandes de regroupement (...) bénéficient d'une priorité par rapport aux transferts ». (4)

En 2002 :

- Les transferts sont accordés au sein d'un même département entre deux communes, si le quorum de la commune d'origine est excédentaire vers une commune où le quorum est déficitaire.

Comme vu précédemment, la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 est aujourd'hui la source de droit en vigueur concernant les installations. Elle traduit une volonté de restructuration du réseau officinal au niveau national.

Pour la comprendre il est intéressant de prendre connaissance de l'exposé des motifs de l'article 39 dans le projet de loi de la LFSS de 2008, issu de l'assemblée nationale :

« La publication régulière de nouveaux chiffres de recensement de la population ouvrira en 2008-2009 des possibilités de créations de nouvelles officines, alors que les besoins en termes d'accès des assurés aux produits de santé sont déjà bien couverts par le maillage existant des pharmacies.

La France dispose en effet, au regard des autres États européens, d'une des plus fortes densités d'officines, tant dans les grandes agglomérations que dans les zones périurbaines et rurales.

Ce tissu officinal dense permet une distribution de proximité mais suit insuffisamment les évolutions démographiques. Les pharmacies sont également de trop petite taille pour développer de nouveaux services.

À la demande de la profession et du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, relayée par de nombreux élus locaux, le Gouvernement propose des mesures favorisant le regroupement (notamment en gelant pendant 5 ans les licences libérées après un regroupement) et permettant les transferts sur l'ensemble du territoire afin d'optimiser la répartition des officines.

Les créations restent possibles dès lors qu'aucun transfert ou regroupement n'aura permis de satisfaire les besoins des populations des communes dépourvues d'officine et celles des zones sensibles (zones franches urbaines, zones urbaines sensibles et zones de redynamisation urbaine). » (5)

« Aujourd'hui, un véritable modèle de planification sanitaire organise la profession officinale sur l'ensemble du territoire. » (1)

Depuis la LFSS de 2008, la création d'une officine n'est plus possible que de manière très exceptionnelle, le législateur entendant privilégier les regroupements d'officines existantes. Les modes d'ouverture par ordre de priorité sont actuellement le regroupement, le transfert et enfin la création.

Selon l'article L. 5125-3 du Code de la Santé Publique :

« Les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines. Les transferts et les regroupements ne peuvent être accordés que s'ils n'ont pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine. » (6)

De ce fait, le CSP, définit des quotas de population régissant le nombre d'officine optimal, le quorum de 1941 est abandonné au profit de celui-ci :

- Une première officine est possible si la commune comprend 2500 habitants recensés.
- Les officines supplémentaires seront autorisées par tranche de 4500 habitants supplémentaires recensés.
- Aucune autorisation n'est possible pour une commune possédant moins de 2500 habitants. Néanmoins, « 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. » (7)

La population considérée est uniquement la population résidente issue du dernier recensement, avec prise en compte éventuelle des projets immobiliers en cours ou confirmés. (8)

Au maximum, une agglomération de 7000 habitants comptera normalement deux pharmacies.

Ce système de quota de population a pour objectif d'éviter les déserts pharmaceutiques en organisant correctement le maillage territorial. Il est intéressant de noter que seule la profession de pharmacien titulaire parmi les professions de santé est soumise à des quotas de population pour son installation.

Les innovations de la réglementation de 2008 ne concernent pas uniquement les quotas de population.

En effet, les transferts sont étendus à l'ensemble du territoire national.

« Si le transfert s'effectue dans une région différente, les personnes à l'initiative du projet devront solliciter l'ARS de la région de départ qui statuera, après avis, sur la possibilité pour l'officine de quitter la commune mais également celui de la région d'arrivée qui déterminera s'il pourra la recevoir.

Ce n'est qu'après la signature conjointe des Directeurs des ARS respectifs que sera accordée l'autorisation de transfert. » (9)

Quant aux regroupements d'officine, ils ne comportent plus de limitation du nombre de licences à fusionner et le périmètre géographique est étendu. Dorénavant, il est possible de regrouper plusieurs pharmacies dans toutes communes et tous départements. (2) (10)

II. Démographie officinale

Au 1er janvier 2015, on comptait 21 772 officines libérales en métropole. A cette date, la section A dénombrait 27380 inscrits soit une moyenne de 1,26 titulaires par pharmacie.

Le nombre de pharmacies tend à diminuer depuis plusieurs années. Les données émises par l'Ordre National des Pharmaciens (ONP) pour les cinq derniers bulletins

démographiques annuels confirment que cette tendance est installée. En cinq ans 1,22% des officines ont été fermées.

Année (Au 1 ^{er} Janvier)	Nombre de pharmacies en métropole
2015	21772
2014	21915
2013	21939
2012	22080
2011	22186

Figure 1 : Démographie officinale de 2011 à 2015

(11)(12) (13) (14) (15)

III. Densité pharmaceutique

« La répartition des officines sur le territoire national présente des disparités régionales (...), auxquelles s'ajoute une disparité entre les zones rurales et les zones fortement urbanisées », la densité officinale en France est l'objet d'études approfondie. (16)

Elle peut se définir en fonction de deux paramètres :

- Soit en fonction du nombre d'habitants ;
- Soit en fonction des surfaces.

Au 1er Janvier 2015, en France, on constate une densité moyenne de 33,8 officines pour 1000 km², soit une officine pour environ 2 936 habitants.

Il s'agit de moyennes et ces chiffres peuvent, en certains lieux, s'écarter fortement de la situation locale.

Citons le cas de Paris.

Il y a une pharmacie pour 2300 habitants en moyenne. La densité de pharmacies à Paris est donc supérieure à la densité nationale. Cette densité supérieure à la

moyenne nationale fait penser à un surnombre des officines, mais ne suffit pas à refléter la situation réelle.

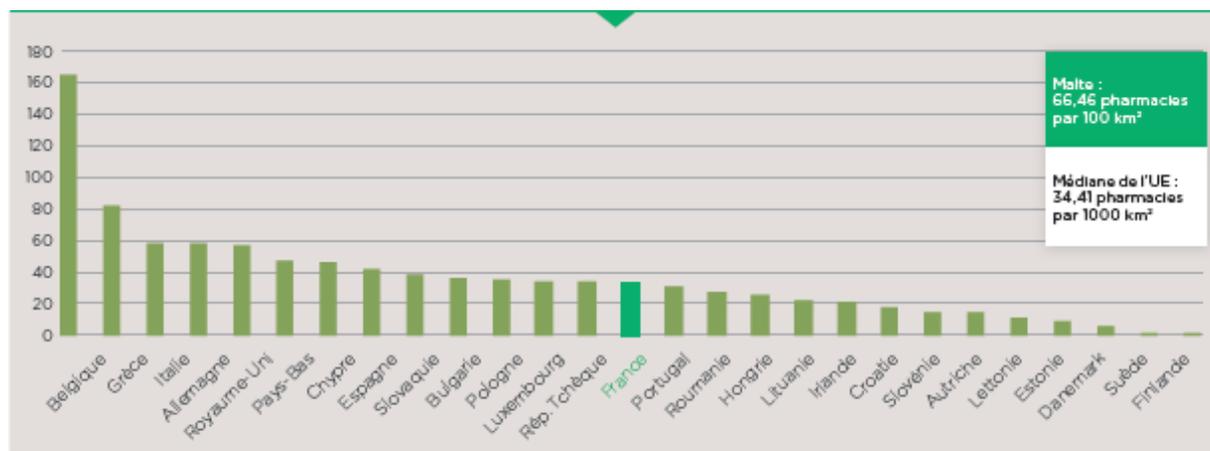
En effet au sein même de Paris, il existe une forte disparité en fonction des arrondissements. On compte une pharmacie pour 4320 habitants dans le 19^{ème} ou une pharmacie pour 3507 habitants dans le 13^{ème} par exemples. (17)

A l'inverse, dans le 8^{ème} il y a 42 pharmacies pour 39310 habitants soit une pharmacie pour moins de 1000 habitants. (18) (19)

En tenant compte de ces résultats, on comprend bien que la densité officinale par habitant est une moyenne et que dans certains cas, comme celui de Paris, une forte disparité existe, notamment à cause de l'attractivité touristique de certains lieux.

La densité officinale en fonction de la surface de 1 000 km² est donnée pour établir des comparaisons entre les différents pays de l'Union Européenne (UE).

Ainsi, avec une densité de 33,62 officines pour 1 000 km², la France est au 14^{ème} rang de l'UE.



Source : Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne (GPUE), 2013.

Figure 2 : Densité de pharmacies par surface territoriale en Europe (1000 km²) (15)

Les cas extrêmes (Belgique et Finlande) peuvent s'expliquer par des densités de population sensiblement différentes d'un pays à l'autre. En Belgique il y a 373 hab/km² alors qu'en Finlande la densité est seulement de 18 hab/km². En France, elle est de 118 hab/km². (20)

Dans le secteur de la pharmacie d'officine, la législation au sein de l'Union Européenne diffère considérablement d'un pays à l'autre. Elle peut aller d'un

système non dérégulé, c'est-à-dire administré, à la libéralisation la plus complète, en passant par un nombre important de variantes.

Néanmoins trois grands ensembles coexistent au sein de l'Union.

Le système administré repose sur trois piliers fondamentaux qui sont le monopole pharmaceutique, le critère démo-géographique pour l'installation et l'indivisibilité de la propriété avec la gérance.

C'est le cas de la France, de la Suède, de la Finlande, de la Grèce, du Luxembourg par exemples.

Dans la plupart des autres Etats membres, le système est dit « mixte » avec des combinaisons multiples. Par exemple, l'Italie a un critère démo-géographique d'installation, mais pas de monopole pharmaceutique. L'Allemagne n'a ni monopole ni quorum, mais seul le pharmacien titulaire peut être propriétaire d'une officine.

Enfin, d'autres pays comme la Roumanie ou les Pays-Bas ont un système totalement dérégulé. (21)

Ces différences de densité de population, mais aussi ces différences législatives contribuent à donner des densités pharmaceutiques contrastées entre les pays de l'UE.

Dans les chapitres précédents, nous avons vu les règles d'implantations, de leurs origines à aujourd'hui et la densité pharmaceutique qui découle en partie de celles-ci, et dans certaines villes, ne suffit pas à traduire la situation locale..

Il faut aller plus loin, et analyser le réseau pharmaceutique qui possède une organisation, cela nous conduit à la question du maillage territorial des officines.

IV. Le maillage territorial et les facteurs déterminants de son maintien

Afin de comprendre, ce qui permet de maintenir le maillage territorial, il convient de lui accorder un chapitre et d'apporter des précisions sur l'identification de facteurs pouvant mettre à mal le maintien d'un "bon" maillage territorial.

La définition en géomarketing du maillage territorial désigne celui-ci comme étant la couverture géographique d'un réseau de distribution sur un territoire.

A ces fins, il est souvent étudié à travers « des outils de géomarketing et des analyses de zones de chalandise pour déterminer les meilleurs emplacements territoriaux dans le cadre de la création et l'implantation d'un nouveau point de vente ». (22)

Une étude du maillage territorial tient compte des particularités démographiques, géographiques et financières.

Au delà de cette définition de géomarketing et des règles présentées dans le sous-chapitre « modes d'ouverture », le maillage territorial des officines répond à des critères de santé publique :

- En répondant de manière optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil ;
- En ne compromettant pas l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine (en cas de transfert) ;
- En assurant un accès permanent du public à la pharmacie et en permettant à celle-ci d'assurer un service de garde ou d'urgence ;
- En assurant une desserte démographique suffisante.

Ainsi en respectant l'ensemble de ces principes, le "bon" maillage territorial permet de répondre aux besoins de la population en médicaments en délaissant le minimum de personnes.

En Mars 2014, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) publia une instruction demandant aux Agences Régionales de Santé (ARS) d'établir un diagnostic régional des territoires pour l'accès aux pharmacies d'officine.

Il leur est ainsi demandé « de réaliser un diagnostic qualitatif et quantitatif des territoires fragiles ou en voie de fragilisation au regard de l'accès aux officines et d'identifier les mesures à mettre en place, au niveau régional, voire au niveau national, pour améliorer ou maintenir cet accès sur l'ensemble des territoires ». (16)

Cette étude réalisée par les ARS regroupe des données précisant pour chaque commune, la population, la superficie, l'altitude, l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) à la pharmacie, le nombre de pharmacies, l'effectif de pharmacies disposant d'un seul pharmacien et l'effectif de médecins généralistes, dont les plus de soixante ans.

L'APL a été développée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) et l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) pour mesurer l'accessibilité spatiale aux professionnels de santé. 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 cela, il prend en compte l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premiers recours.(23)

Ainsi pour la pharmacie, côté offre, est pris en compte l'effectif d'officines dans la commune de résidence ou les communes avoisinantes (le seuil de distance choisi pour les pharmacies a été évalué à quinze minutes de trajet en voiture).

Côté 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.

C'est un indicateur plus fiable que les indicateurs habituellement utilisés (temps d'accès, densité par bassin de vie...).

D'après ces études, sur l'ensemble des 21 régions, il ressort que les territoires qualifiés de fragiles ou en voie de fragilisation pour l'accès à la pharmacie représentent :

- 13 % des communes, dont 6 % actuellement fragiles et 7 % dans les cinq années à venir ;
- 6 % de la population, dont 3 % résidant actuellement dans un territoire fragile et 3 % supplémentaires dans les cinq années à venir ;
- 12 % de la superficie des régions concernées sont des territoires fragiles. (24)

Néanmoins des différences entre les régions existent, certaines sont plus ou moins concernées.

Le graphique suivant représente le pourcentage de communes fragiles ou en voie de fragilisation pour l'accès à la pharmacie en fonction de la région.

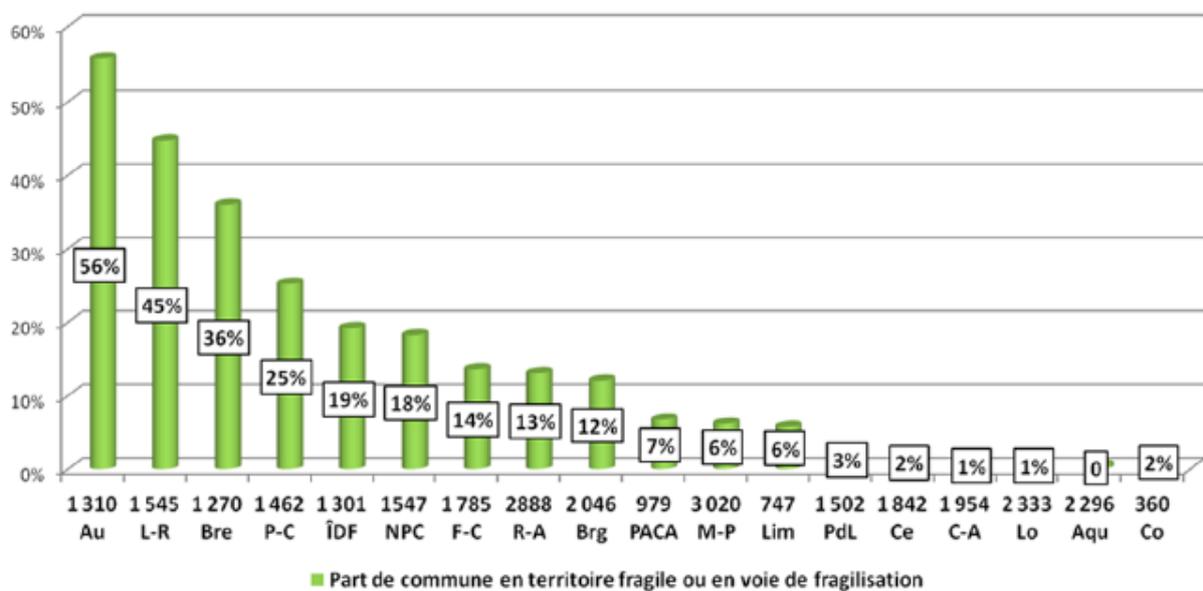


Figure 3 : Pourcentage de communes fragiles pour l'accès à la pharmacie, à court et moyen termes pour chaque région métropolitaine (24)

Au niveau national 13% des communes sont considérées comme fragiles à moyen terme (2019). Sept régions seront au delà de cette moyenne.

Le graphique suivant représente le pourcentage de pharmacies par région concernées par une fragilité territoriale.

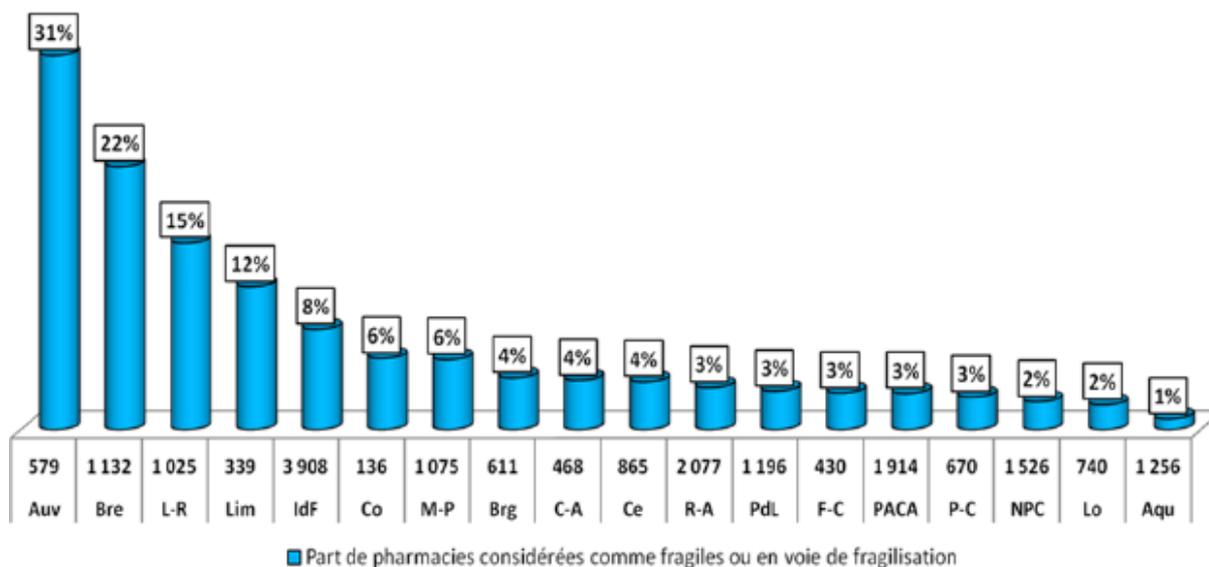


Figure 4 : Pourcentage de pharmacies concernées par une fragilité territoriale à court et moyen termes, par région métropolitaine (24)

D'après ces graphiques, on constate que selon les régions, le pourcentage des communes et des pharmacies concernées par une fragilité territoriale est sensiblement différent.

L'Auvergne, la Bretagne et le Languedoc-Roussillon sont les régions les plus touchées tandis que l'Aquitaine semble échapper à ces phénomènes.

Plusieurs motifs de fragilité des officines sont identifiés par les ARS. Ils sont aussi des facteurs déterminants du maintien du "bon" maillage territorial.

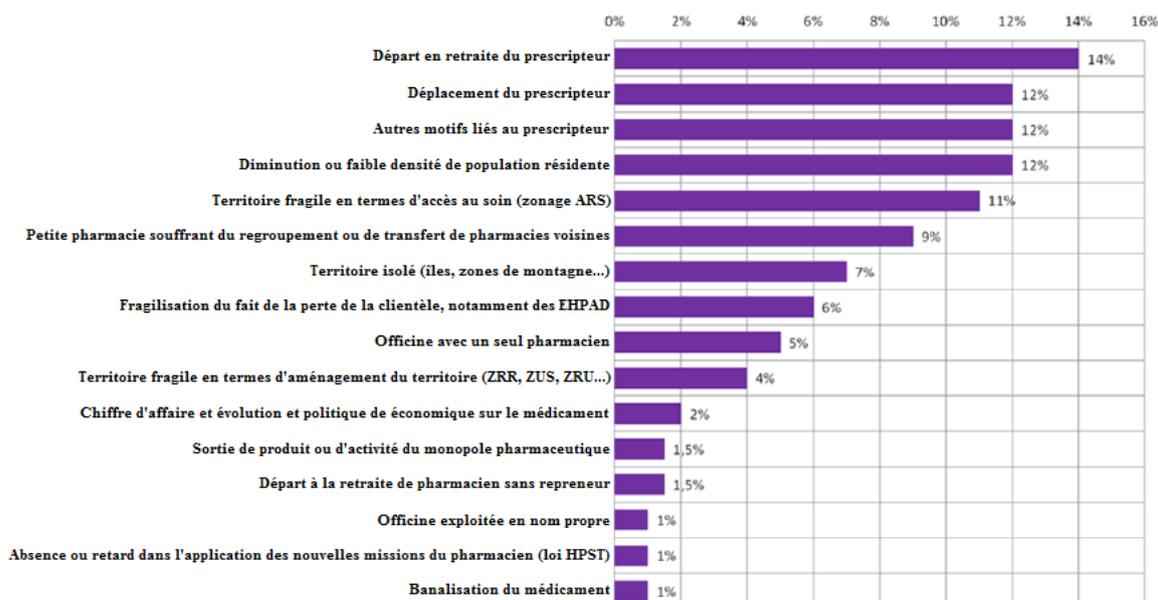


Figure 5 : Principaux motifs de fragilité identifiés par les ARS (24)

Il est intéressant de noter que les motifs de fragilité du maillage territorial sont aussi des facteurs pouvant fragiliser l'activité de n'importe quelle officine.

En les regroupant et en les catégorisant, il en ressort trois facteurs principaux :

- Ceux liés aux prescripteurs
- Ceux attachés à la spécificité du territoire
- Ceux touchant à l'économie de l'officine

Dans un premier temps, nous pouvons dire que la loi de 1941 a été un outil de régulation des installations mettant fin aux créations massives. Dans un deuxième temps, il semblerait que la voie dérogatoire de 1945 ait contribué à une organisation prompte à répondre, au cas par cas, aux besoins de l'époque. Il est à noter que la voie dérogatoire a pu être mise en œuvre pendant une soixantaine d'années avant d'être supprimée. Bien qu'elles puissent assurément être discutées, les lois des années 40 furent les prémices du maillage territorial.

Il paraît juste de dire, que les législations successives contribuent à contrôler les installations des officines et ainsi à mieux réguler l'offre pharmaceutique sur le territoire. Finalement, ces législations veillent à ne pas créer de déserts pharmaceutiques, et visent ainsi un maillage territorial harmonieux en accord avec la démographie des territoires.

Il va de soit que ce paramètre est évolutif dans le temps et dans l'espace. L'aménagement du territoire est assurément un des enjeux majeurs pour la pharmacie d'officine, et inversement, la pharmacie de part la dynamique et le flux de population qu'elle peut concentrer peut être un bien précieux pour l'aménagement d'un territoire.

Néanmoins, au vu des principaux motifs de fragilité identifiés par les ARS, dont ceux portant sur les prescripteurs et les mesures d'économie touchant l'officine, il paraît juste de dire que certaines pharmacies, ne pourront résister.

Ainsi, la répartition, et le maillage territorial semblent être à un moment déterminant pour leur maintien.

Comme il l'a été précisé dans le dernier chapitre, les motifs de fragilité du maillage territorial sont aussi des facteurs pouvant fragiliser l'activité de n'importe qu'elle officine. La pire des situations pour un entrepreneur est de devoir cesser son activité pour cause de faillite. La situation des officines en France est souvent décrite comme étant difficile. Au vu des fermetures qui s'accroissent, regardons les causes de celles-ci.

Titre 2/ Des licences perdues

I. Fermeture d'officine, un phénomène prononcé

En 2005, on comptait plus de 22650 officines libérales en métropole.

Dix ans plus tard, au 1er janvier 2015, on comptait 21 772 officines libérales en métropole.

« De 2006 à 2015, près de 900 officines ont disparu du paysage pharmaceutique français en métropole ». (25)

En témoigne le graphique suivant :

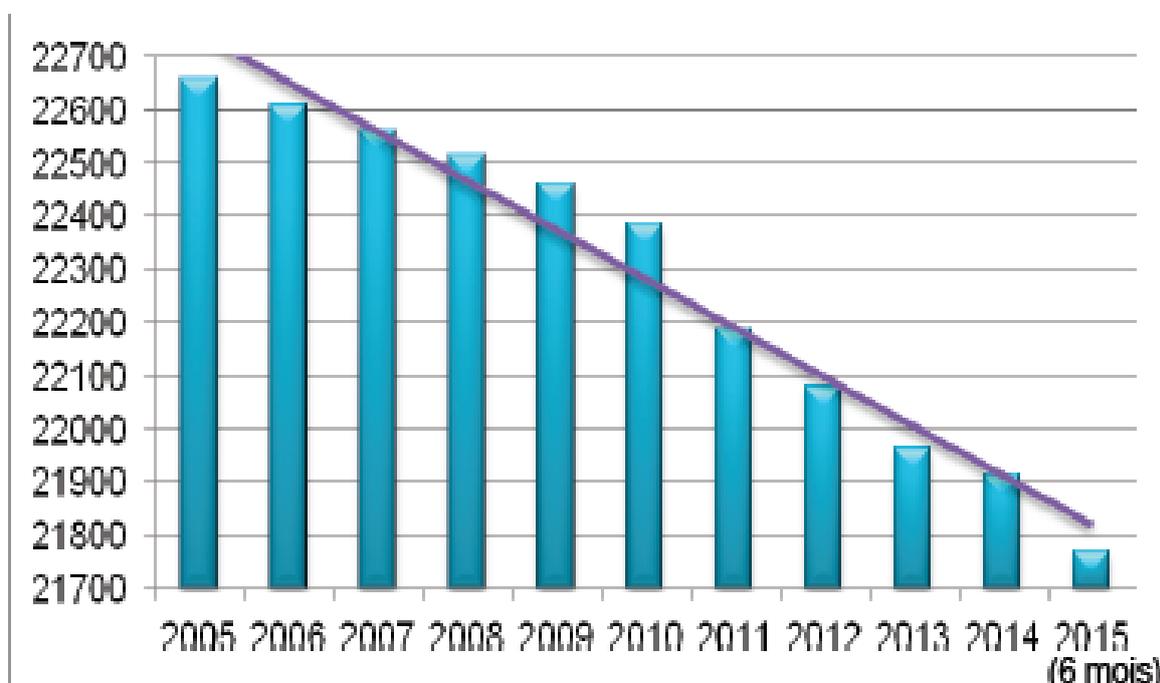


Figure 6 : Nombre de pharmacies en France métropolitaine entre 2005 et 2015 (25)

Concernant les fermetures de l'année 2014, dans le rapport vu précédemment de la DGOS, il est précisé que:

- Les fermetures concernent des officines où n'exerçait qu'un seul titulaire (91%) ;
- Le phénomène de fermeture des officines conserve une dimension essentiellement urbaine (51 % des fermetures se produisent dans une ville de plus de 10 000 habitants) ;
- la faible population résidente est un facteur de fragilisation de la situation des officines (29 % des fermetures ont lieu dans des villes de moins de 3 000 habitants) ;
- Les fermetures se font majoritairement dans des officines exploitées en nom propre. (16)

II. Une cadence qui s'accélère

Lors des dernières années, il était courant de lire ou d'entendre "Une officine ferme tous les 3 jours en France en moyenne".

Ce constat était émis par divers protagonistes et représentants de la profession. Les chiffres à l'appui le confirmaient.

Le 18 septembre 2015, Isabelle Adenot, présidente de l'Ordre national des pharmaciens disait sur twitter : « Durant les 6 premiers mois de 2015, une officine ferme tous les deux jours. 22% dans les communes de moins de 2500 habitants », en effet 99 pharmacies ont fermé durant cette période. (26)

A l'heure d'aujourd'hui, nous avons largement passé le seuil d'une fermeture en France métropolitaine d'une officine tous les trois jours.

Cette tendance tend à prendre de l'ampleur par diverses raisons, pour atteindre durant les six premiers mois de 2015, le rythme d'une fermeture tous les 1,83 jours précisément. (25)

III. Typologie des fermetures

Sur la base des fermetures constatées du 01/01/2014 au 30/06/2015, quatre circonstances peuvent conduire à la fermeture d'une officine.

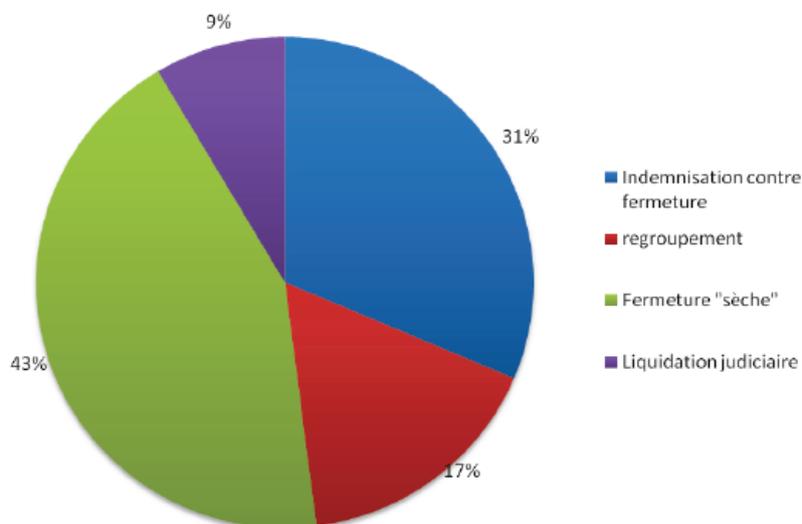


Figure 7 : Typologie des fermetures (25)

Elles peuvent être regroupées en deux catégories.

D'une part, les fermetures purement subies :

- La fermeture « sèche », sans indemnisation ni liquidation (le titulaire décide délibérément de cesser son activité faute de repreneur): 43%
- La liquidation judiciaire : 9%

D'autre part, les fermetures dans lesquelles le pharmacien participe par accord plus ou moins contraint à la disparition de son officine :

- Le regroupement volontaire de deux ou plusieurs pharmacies : 17%
- L'indemnisation par une autre pharmacie (ou plusieurs) contre fermeture : 31%

On constate que les liquidations sont minoritaires, loin derrière les fermetures engendrées par la non reprise de la licence d'exploitation. Cela permet de relativiser l'impact de l'aspect économique du phénomène.

Néanmoins, la situation du maillage territorial devient préoccupante dans les territoires où les restitutions de licence s'exercent, faute d'avoir des repreneurs. En témoigne la carte de France émise par l'Ordre national des pharmaciens :

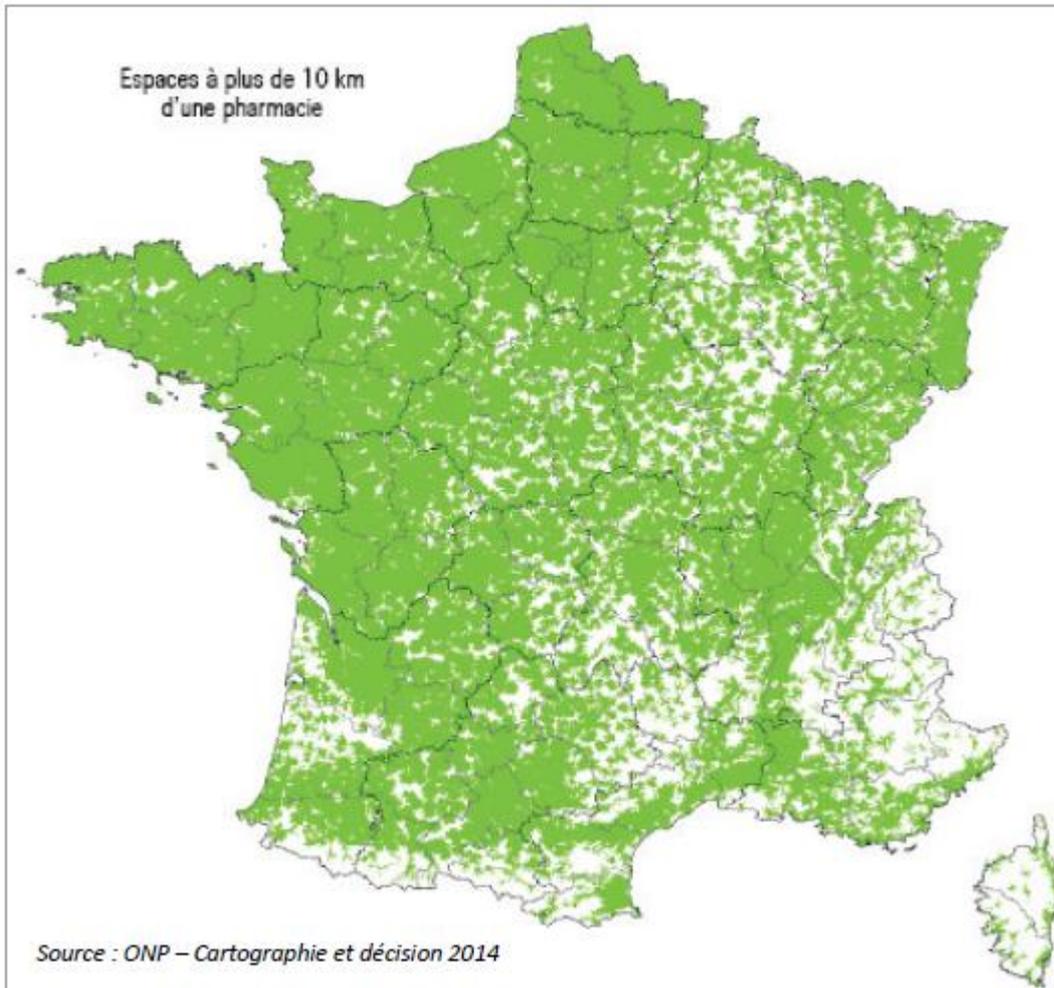


Figure 8 : Les zones blanches (25)

« Outre les zones où la configuration topographique ou naturelle conduit à une faible présence humaine, on note cependant l'apparition de zones blanches dans des territoires dans lesquels la population résidante est présente. » (25)

Tout laisse à penser que ce phénomène va perdurer, voire s'intensifier. Les volontés politiques et économiques en termes de maîtrise des dépenses de santé couplées à la conjoncture actuelle du secteur agissent dans le sens des fermetures. Ainsi, nous pouvons dire, que cette variation décroissante est multifactorielle.

L'un des facteurs qui risque d'accélérer la diminution des licences, est assurément celui qui touche du plus près l'économie de la pharmacie, à savoir le prix des médicaments, car pour la plupart des pharmacies 80% du CA est dû aux médicaments remboursables de TVA 2,1%. Dans un souci permanent de maîtrise des dépenses de santé, le prix des médicaments continue de baisser. A travers les

LFSS des dernières années et celle de l'année 2016, des mesures portant sur le médicament et ayant un retentissement sur l'économie officinale ont été prises.

Elles sont de deux natures :

- La diminution des prix des médicaments et dispositifs médicaux,
- Des mesures d'efficacité des prescriptions.

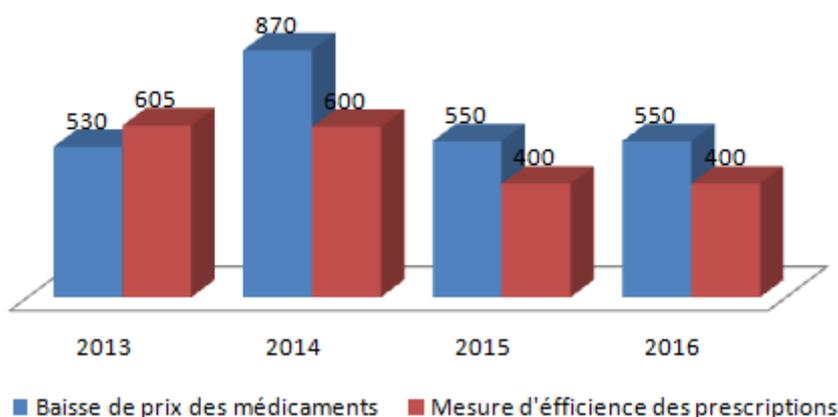


Figure 9 : Les mesures d'économie qui touchent le médicament de 2013 à 2016 (en millions d'euros) (27)

Les mesures d'efficacités des prescriptions reposent sur l'obtention de bonnes performances des médecins en termes de choix thérapeutiques. La plus classique est le recours aux génériques ou aux spécialités les moins coûteuses ayant une action équivalente afin de permettre des économies.

Nous avons vu que le maintien du maillage territorial des pharmacies a pour facteur principal le maintien des prescripteurs.

En effet les prescripteurs participent largement ,au moyen des ordonnances, à l'activité économique d'une pharmacie.

Il est courant d'entendre parler de "déserts médicaux" : - quand entendrons nous la notion de déserts pharmaceutiques ? La situation semble être à un moment de fragilité, non soumis à controverse dans des lieux reculés de ruralité profonde.

Au vu, des fermetures inquiétantes et de l'accélération de celles-ci, si des mesures fortes et ambitieuses ne sont pas prises, les déserts pharmaceutiques viendront largement cohabiter avec les déserts médicaux.

Les fermetures préoccupantes qui nécessitent d'être rappelées sont celles s'opérant dans les petites bourgades de moins de 3000 habitants, car elles fracturent le maillage territorial et participent à la création de déserts pharmaceutiques.

Des mesures locales sont prises pour le maintien ou pour attirer des prescripteurs, on ne pourra que s'en féliciter. Néanmoins, si demain, rien n'est fait pour combler les déserts médicaux au niveau national, les déserts pharmaceutiques viendront s'agrandir.

En outre, au vu des statistiques de démographie de la profession et d'un certain nombre de phénomènes assimilés, il apparaît que la profession devra faire face à un autre problème.

Titre 3/ La démographie, et ses problèmes générationnels

I. Données démographiques des officinaux au 1er Janvier 2015

Les pharmaciens appartiennent à une profession réglementée et doivent s'inscrire auprès de leur ordre au sein d'une section qui représente la particularité de leurs fonctions.

Les professionnels de l'officine sont représentés par les sections A et D.

La section A regroupe les pharmaciens titulaires tandis que la section D se compose des pharmaciens adjoints.

Au total au 1^{er} janvier 2015, pour les sections des officinaux, 54924 pharmaciens sont inscrits à l'ordre, répartis comme suit :

Section concernant l'officine	Nombre d'inscrits au 1 ^{er} janvier 2015	Pourcentage de la section par rapport à l'ensemble des pharmaciens	Répartition des sexes		Age moyen
			F	H	
Section A	27380	36,8%	54,8%	45,2%	49,9 ans
Section D	27544*	36,7%	82%	18%	43,5 ans

Figure 10 : Données démographiques des officinaux (15)

*dont 26595 qui exercent en pharmacie libérale, cette différence d'un millier d'inscrits se justifie par l'exercice de celui-ci dans les pharmacies mutualistes et les pharmacies appartenant à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale des mines (CANSSM).

L'ensemble des officinaux représentent la majorité des pharmaciens inscrits à l'Ordre soit 53975 pharmaciens travaillant dans les officines libérales (72,5%).

Les trois quarts des inscriptions à l'Ordre étant celles des officinaux, leur moyenne d'âge contribue de manière significative à la moyenne d'âge globale de la profession qui est de 46,6ans. Concernant la répartition des sexes, elle est moins marquée pour les titulaires que pour les adjoints, section où l'on compte quatre femmes pour un homme.

II. Le vieillissement de la profession

Globalement, le vieillissement de la population est un phénomène de société dû en grande partie à l'augmentation de la longévité de vie qui est la conséquence d'un système de soin plus efficient. Phénomène dont les professionnels du médicament profitent également. Ainsi, nous vivons plus longtemps. Et pour de multiples raisons, nous avons besoin de travailler plus longtemps aux âges avancés de la vie...

La moyenne d'âge des pharmaciens tend à augmenter chaque année, en atteste le diagramme suivant.

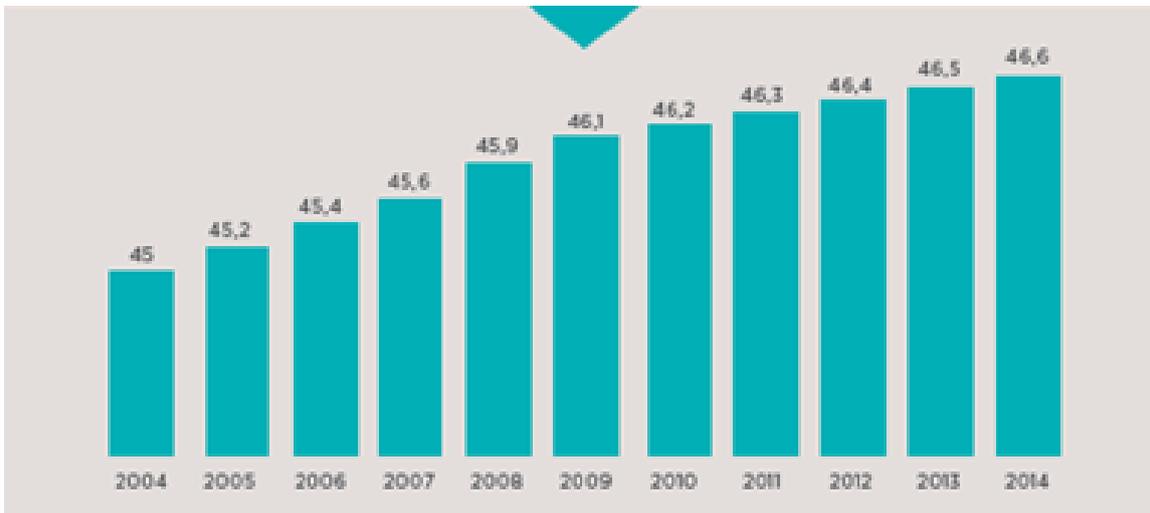


Figure 11 : Moyenne d'âge des pharmaciens de 2004 à 2014 (15)

D'après l'ordre des pharmaciens, « la population de pharmaciens inscrite à l'ordre poursuit lentement son vieillissement », cela est corroboré avec le précédent graphique.

Le diagramme ci-dessous représente la moyenne d'âge des pharmaciens par section.

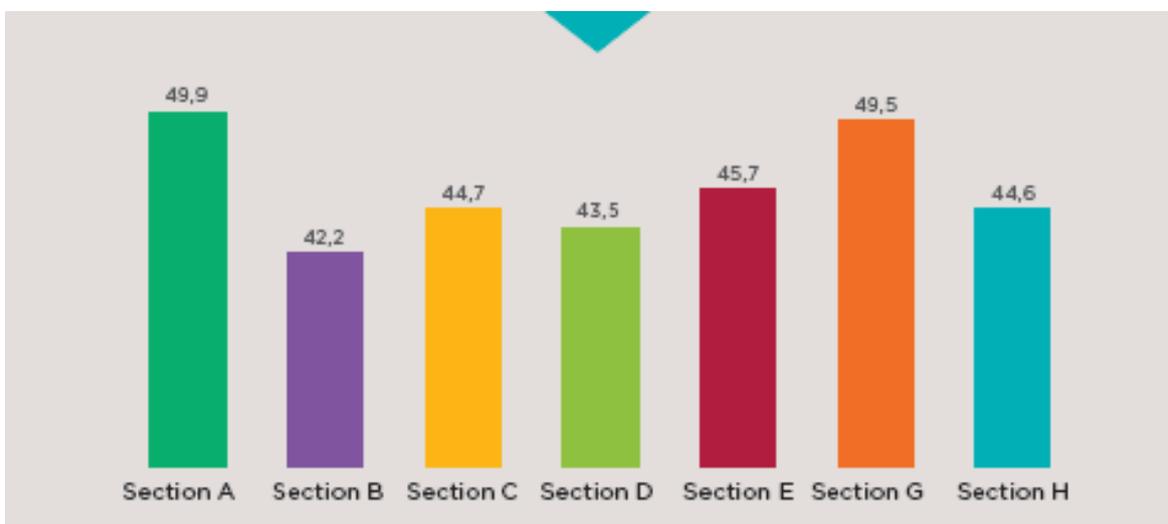


Figure 12 : Moyenne d'âge par section de l'année 2014 (15)

La moyenne d'âge des pharmaciens, toutes sections confondues est de 46,6 ans.

La moyenne d'âge des titulaires est la plus élevée, à 49,9ans.

Le diagramme suivant représente le nombre de pharmaciens de plus de 56 ans pour chaque section.

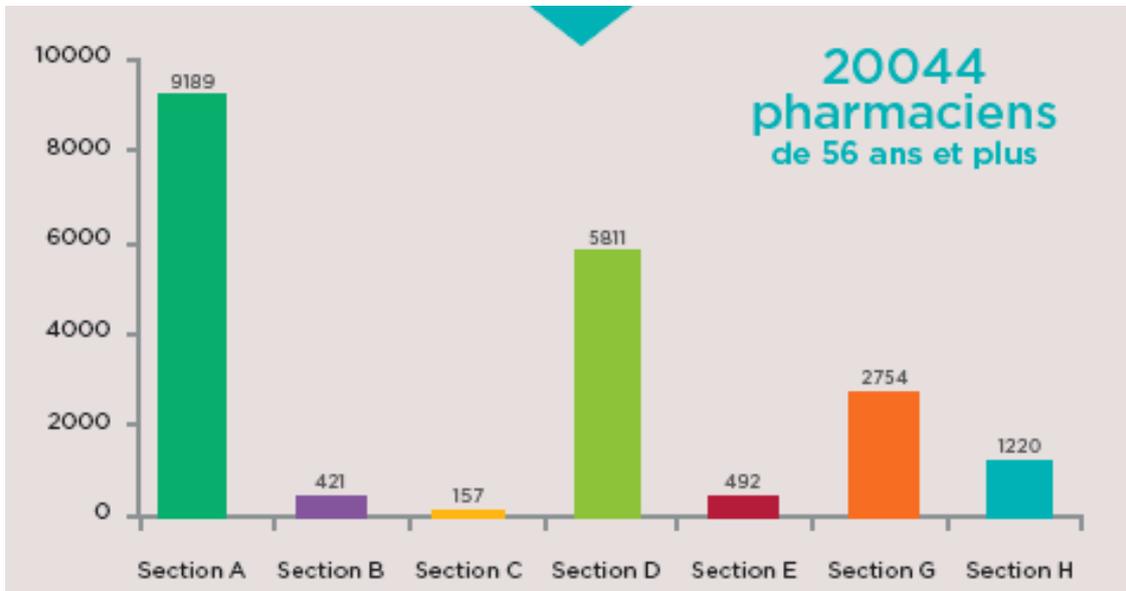


Figure 13 : Personnes physiques inscrites à l'ordre en 2014 de 56 ans et plus par section (15)

Ce diagramme nous informe que 20044 pharmaciens ont plus de 56 ans dont 9189 titulaires et 5811 adjoints soit 15000 pharmaciens officinaux sont âgés de plus de 56 ans.

Selon l'Ordre et son communiqué de presse en date du 02 juin 2015, « plus de 2 000 pharmaciens exerçant ont 66 ans et plus (75% d'entre eux sont en officine), un chiffre qui a doublé en 10 ans ». Ce phénomène de vieillissement des titulaires peut s'expliquer par la simple raison qu'ils travaillent à leur compte et ce faisant repoussent leurs départs à la retraite. Ainsi, il est courant d'entendre qu'une "vague conséquente de départ à la retraite est attendue dans le secteur de l'officine".

Afin de pallier au phénomène du vieillissement de la profession et de pouvoir répondre efficacement à cette vague massive de départ à la retraite, le numerus clausus a été augmenté.

Il existe cependant un second phénomène, bien plus inquiétant qui se vérifie dans la démographie, intéressons nous d'abord à ce dernier.

III. Un taux d'évaporation élevé

Le taux d'évaporation peut se définir comme la proportion des jeunes diplômés en pharmacie ne s'inscrivant pas à l'Ordre suite à l'obtention du diplôme. Il s'agit précisément « d'un rapport entre le nombre de nouveaux inscrits diplômés depuis moins de trois ans et le nombre de postes ouverts au concours six ans plus tôt. »(15)

Dans sa publication annuelle sur la démographie, celle du 1^{er} Janvier 2015, l'Ordre précise qu'il concerne 27,8% des jeunes diplômés pour l'année 2014 et signale, en plus, que c'est un phénomène en augmentation.

Ce phénomène qualifié d'évaporation des jeunes diplômés, est certainement due à différentes raisons, qui en s'additionnant contribuent à la désertion de la profession par ceux-ci.

Bien qu'il soit difficile d'imputer à un facteur précis sa part dans un tel phénomène, nous pouvons tout de même apporter comme éléments de réponse :

- Perte d'engouement pour le métier, en quelque sorte une désillusion de celui-ci chez la jeune génération , phénomène lui-même induit par plusieurs facteurs ;
- Perte de reconnaissance du métier auprès de la population générée par certains scandales pharmaceutiques, comme celui du Mediator® récemment ;
- Précarisation du métier: chômage ;
- Difficulté de s'installer ;
- Perspectives d'avenir incertaines...

Néanmoins, ce constat est sans appel concernant l'attractivité de la profession et le sentiment de désillusion notable qui existe aujourd'hui dans la nouvelle génération.

Afin de pallier aux besoins de la population, grandissante et vieillissante mais aussi aux préoccupations sur la démographie de la profession, au vieillissement de celle ci,

et donc répondre à la “vague massive de départ à la retraite attendue”, le numerus clausus a été augmenté régulièrement depuis 2003.

IV. L'augmentation du numerus clausus

Le numerus clausus a été augmenté depuis 2003 mais, en prenant en compte le temps de formation d'un pharmacien, son augmentation prend effet à partir de 2009.

En effet, la formation d'un Docteur en pharmacie étant de six ans, il existe un décalage dans le temps pour voir les effets de l'augmentation du numerus clausus.

Le tableau ci après reprend les données relatives au numerus clausus de 2001 à 2014, mais nous informe aussi, du taux d'évaporation grandissant que la profession connaît sur cette période.

ANNÉE	NOUVEAUX INSCRITS	NUMERUS CLAUSUS DE L'ANNÉE	NUMERUS CLAUSUS EN VIGUEUR À L'ENTRÉE EN FORMATION*	TAUX DE VARIATION DU NUMERUS CLAUSUS	TAUX DE VARIATION DU NOMBRE D'INSCRITS	ECART ENTRE LE NUMERUS CLAUSUS ET LE NOMBRE D'INSCRITS	TAUX D'ÉVAPORATION (NOUVEAUX INSCRITS DIPLOMÉS DEPUIS MOINS DE 3 ANS/NUMERUS CLAUSUS À L'ANNÉE D'ENTRÉE EN FORMATION)
2001	2300	2250	2250	0,0%	-2,0%	50	x
2002	2343	2250	2250	0,0%	1,9%	93	x
2003	2227	2250	2250	0,0%	-5,0%	-23	x
2004	2409	2400	2250	0,0%	8,2%	159	x
2005	2464	2600	2250	0,0%	2,3%	214	x
2006	2417	2790	2250	0,0%	-1,9%	167	-10,1%
2007	2295	2990	2250	0,0%	-5,0%	45	-13,5%
2008	2035	3090	2250	0,0%	-11,3%	-215	-21,9%
2009	2281	3090	2250	0,0%	12,1%	31	-13,1%
2010	2185	3090	2400	6,7%	-4,2%	-215	-20,1%
2011	2166	3095	2600	8,3%	-0,9%	-434	-26,2%
2012	2324	3095	2790	7,3%	7,3%	-466	-25,6%
2013	2452	3095	2990	7,2%	5,5%	-538	-26,3%
2014	2465	3095	3090	3,3%	0,5%	-625	-27,8%

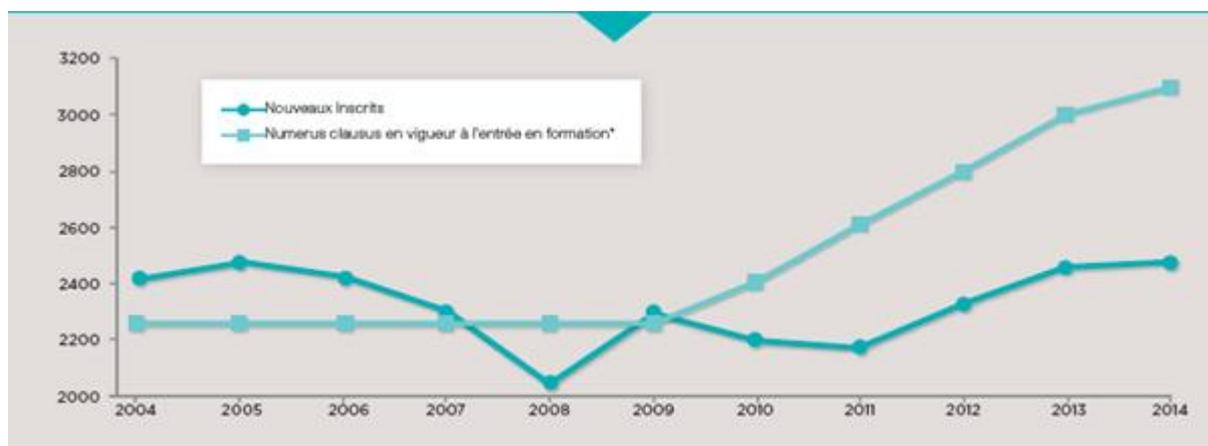
Figure 14 : Données relatives au numerus clausus (15)

A la lecture du tableau, l'augmentation du numerus clausus tend à pallier le simple phénomène d'évaporation.

En effet, pour l'année 2005 et 2014, il ya le même nombre de nouveaux inscrits à l'Ordre (2465) alors que les numerus clausus pour ces années sont différents.

Pour l'année 2005 il était de 2250 et pour 2014 il était de 3090.

Le graphique suivant représente, au moyen de deux courbes, l'évolution du nombre d'inscrits et l'évolution du numerus clausus entre 2004 et 2014.



*Numerus clausus avec un décalage de moins 6 années (temps de formation)

Figure 15 : Augmentation du numerus clausus et des nouveaux inscrits entre 2004 et 2014 (15)

A travers ces courbes :

- Nous voyons bien que l'augmentation du numerus clausus possède un effet positif sur l'augmentation du nombre d'inscrits qui augmente pour les dernières années (de 2012 à 2014) ;
- Néanmoins, le fort taux d'évaporation que connaît la profession semble amoindrir les effets de cette mesure. En témoignent les courbes qui ne sont pas parallèles.

Malgré la hausse du numerus clausus, le nombre de nouveaux pharmaciens inscrits par an n'a recommencé à augmenter que véritablement en 2012 et retrouve en 2014 son niveau de 2005.

Cette solution d'augmentation du numerus clausus, ne permettra pas à elle seule de pallier au phénomène du vieillissement de la population si les jeunes continuent de désertier la profession.

Ainsi, le vieillissement de la profession, n'est pas à ce jour enrayé par l'admission croissante des jeunes pharmaciens consécutive à l'augmentation du numerus clausus.

C'est donc un phénomène qui tend à augmenter inexorablement sans que l'on ne puisse l'infléchir par l'entrée des jeunes aujourd'hui.

En tout cas, il semble juste de dire que l'âge moyen des pharmaciens passe par son maximum en ce moment et tendra à diminuer dans les prochaines années, car la vague massive de départ à la retraite tend attendue se fera.

Mais, il est regrettable de constater un tout autre problème grandissant qui touche désormais la profession : le chômage. En effet, le taux de chômage est inquiétant et vraisemblablement sous évalué.

V. Un taux de chômage grandissant

Depuis quelques années, le chômage a vu le jour dans la profession.

Bien qu'il s'agisse d'un problème récurrent et courant à l'heure actuelle dans de nombreux métiers, c'est un phénomène nouveau pour le secteur de l'officine. De plus, d'après les chiffres avancés, on peut supposer qu'il est sous évalué.

Ainsi, le 09 mars 2015, « En rapportant les données de Pôle Emploi aux statistiques ordinaires, 7,07 % des pharmaciens seraient (...) sans emploi. » (28)

Ce chiffre annoncé serait sous évalué, par le simple fait que tous les pharmaciens sans emploi ne sont pas inscrits à l'ordre.

Ainsi selon une étude menée par l'Observatoire des Métiers des Professions Libérales (OMPL), à la demande de la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CPNEFP) de la pharmacie d'officine, le moniteur des pharmacies rapporte que le taux d'adjoints au chômage « a augmenté de 60 % entre 2009 et 2014 », ce qui conduit à un effectif d'environ « 3 300 pharmaciens adjoints » en recherche d'emploi, soit « 12 % des effectifs de cette catégorie professionnelle », à la fin de l'année 2014.

Cette proportion d'adjoints au chômage est qualifiée par le syndicat FO-Pharmacie de « très inquiétante » car elle dépasse le taux moyen national et atteint trois fois celui des cadres, au niveau interprofessionnel. (29)

« Les tranches d'âge les plus touchées sont d'abord les 25-35 ans, puis les plus de 50 ans. » (29)

Ces chiffres avancés, bien que qualifiés de « très tristes » par la présidente de l'ONP sont relativisés dans une interview pour le journal le monde :

« Aujourd'hui, des pharmacies disparaissent et il y a du chômage, mais quand les actuels étudiants de Paces seront diplômés, dans six ou sept ans, ces difficultés seront derrière nous : l'officine va devenir un espace de santé, centré non plus sur la délivrance de médicaments, mais sur l'accompagnement des malades ». (30)

Bien qu'il soit relativisé, naturellement nous pouvons appréhender que le chômage se développera.

En effet, une pharmacie en France est fermée tous les 1,83 jours, a fortiori, les employés de ces officines viendront accroître le pool de pharmacien sans emploi.

il existe toutefois des signes positifs de l'attractivité de la profession de titulaire auprès de la jeune génération.

Ainsi, en 2014, près de 740 pharmaciens jamais inscrits en section A au préalable sont devenus titulaires, dont 56% ont moins de 35 ans. (31)

Titre 4/ D'un climat de suspicion aux attaques concurrentielles

Nul pharmacien ne peut oublier, certains dires ou certains faits, qui ont entachés la profession ces dernières années. Personne ne peut nier l'évolution des mœurs. Et enfin nul ne peut nier que certaines actions, bien qu'elles émanent de dirigeants, ne soient pas des plus exemplaires. Le travail de conseil au comptoir s'est vu modifié, amplifié d'explications, voire de justifications.

Ce titre, prend en compte une évolution majeure du métier, celle de l'image que celui-ci a auprès des médias, et qui nécessite de nombreuses justifications.

En reprenant certains faits, qui ont contribué à forger cette image, notamment le rapport de l'Inspection générale des Finances (IGF) et la vive campagne publicitaire d'une GMS, nous comprendrons aisément cette évolution nécessaire.

A l'issu d'un rapport, l'image du pharmacien est relayée par certains médias comme celle d'un nanti, faisant énormément de bénéfiques, et ce, sur la santé de ses patients. A l'heure du tout libéralisme, profitant d'un climat de suspicion, certains, au titre du

fameux "pouvoir d'achat" scandent des formules magiques toutes faites, pour diversifier leurs activités.

La question de l'altruisme d'un tel acte, ne peut avoir comme réponse, la seule justification du pouvoir d'achat. Devant les faits, et une pratique qui n'est pas soumise à la déontologie, la GMS attaque le monopole officinal.

A travers ces coups mesquins, la profession ne fléchira pas, bien au contraire elle se renforcera.

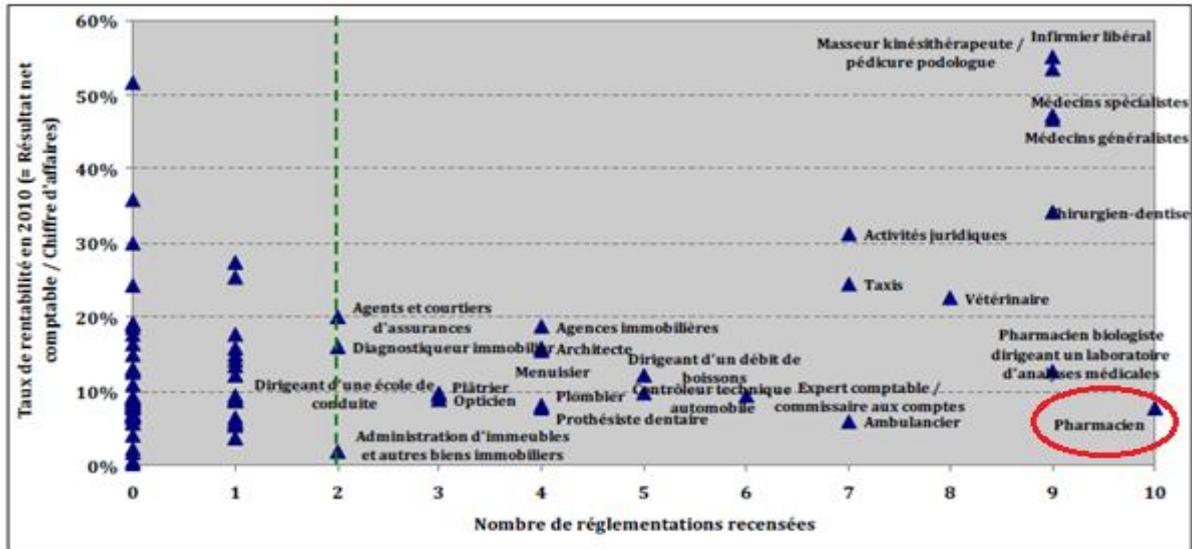
I. Une des 37

Selon le site gouvernemental www.service-public.fr, la définition d'une profession réglementée, bien qu'elle soit sommaire, est assez explicite. Selon elle, une profession réglementée, est une « Profession dont l'exercice requiert la possession d'un diplôme ou à une autre condition formelle de qualification ».(32)

Le Rapport de mars 2013 émanant de l'Inspection Générale des Finances (IGF) n°2012 M 057 03 intitulé "Les professions réglementées" à été rendu public courant 2014. Il a pour vocation de faire l'analyse économique de 37 professions et activités réglementées. La sélection des professions réglementées rentrant dans le champ d'étude de l'IGF a été motivée selon la base de leur poids dans l'économie, leur rentabilité et sur un critère minimum du nombre de réglementations spécifiques encadrant la profession, qui est porté à deux.

Selon l'IGF, « les professions réglementées étudiées se distinguent par des niveaux élevés de rentabilité, de revenus et des évolutions qui ne trouvent, dans certains cas, pas d'autres explications que la réglementation en vigueur », d'où l'objet de ce rapport. (33)

Selon l'IGF, ce graphique représente les 86 sous-secteurs les plus rentables en 2009 ou 2010 classés par rentabilité et nombre de réglementations.



Source : Mission IGF, d'après données Insee 2010.

Figure 16 : Les 86 sous-secteurs d'activités les plus rentables en 2009 ou 2010 classés par rentabilité et nombre de réglementations (33)

A la lecture du graphique, on s'aperçoit que les Pharmaciens d'officines représentent la profession la plus règlementée (10 au total) et que leur taux de rentabilité est inférieur à 10% du CA.

Il est établi à 7,1% pour l'année 2009 puis à 7,8% pour l'année 2010. (33)

Le tableau, ci après, bien qu'il porte le titre "impact de la réglementation sur le niveau de rentabilité constaté" porte à réflexion.

N	Nombre de secteurs ayant au moins N réglementation	Surcroît de rentabilité des entreprises ayant au moins N réglementation	Significativité de la modélisation
1	44	4.7 %	7.3 %
2	27	7.5 %	0.7 %
3	24	8.4 %	0.4 %
4	21	10.1 %	0.1 %
5	14	15.0 %	0.0 %
6	12	17.6 %	0.0 %

Source : Mission IGF, d'après données INSEE

Note de lecture : les secteurs présentant au moins trois réglementations ont une rentabilité supérieure de 8,4 % aux secteurs présentant au plus deux réglementations avec une significativité de 0,4 %. Un modèle est considéré comme pertinent quand sa significativité est inférieure à 5 %.

Figure 17 : Impact de la réglementation sur le niveau de rentabilité constaté (33)

Au regard de ces données avancées, il paraît juste de préciser que l'argument établi selon la corrélation "Plus la profession est réglementée, plus elle est rentable" ne soit pas applicable à la pharmacie.

Selon ce rapport, les différentes réglementations retenues pour la profession de pharmacien sont :

- Exigence de qualification minimale ;
- Obligation de détenir une licence professionnelle ;
- Existence d'un Numerus clausus ;
- Obligation de définir une forme sociale définie (SEL, SCP..) ;
- Existence de restriction d'accès au capital pour les non professionnels ;
- Impossibilité de détenir plusieurs entités ;
- Existence d'un monopole, même partiel, d'activité ;
- Existence de tarifs régulés ;

Soit un total de 8 réglementations pour la pharmacie d'officine, il semblerait que ce rapport soit contradictoire.

Citons l'Ordre national des pharmaciens (ONP), qui à la prise de connaissance du rapport de l'IGF, a vivement réagi dans un rapport intitulé :

"RÉACTION DE L'ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS À L'ÉTUDE DE L'INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES CONCERNANT LA PROFESSION DE PHARMACIEN TITULAIRE D'OFFICINE" (34)

Dans cette réponse l'ONP attribue un titre entier intitulé « Le rapport est entaché par des erreurs dont le nombre et l'ampleur sont édifiants et oblige à se poser la question du sérieux du travail de l'IGF ».

Sans plus attendre, parmi les erreurs commises par l'IGF et recensées par l'ONP, citons en quelques unes :

- « l'IGF indique à la page 14 de son rapport rendu en mars 2013, que les médicaments non remboursables ont un taux de TVA de 5,5%. Or la loi de finances rectificative pour 2011 a modifié ce taux de 5,5% en le portant à 7% ». Ce taux est désormais de 10% depuis le 01 janvier 2014.
- Les titres des paragraphes et les données des tableaux sont différents concernant le chiffre d'affaires ;

- « L'IGF se trompe sur le périmètre des produits autres que les médicaments entrant dans le monopole des pharmaciens. »
- « L'IGF considère à tort que la directive européenne 2011/62/UE du 8 juin 2011, permettant la vente en ligne de médicaments a « remis en cause » le monopole officinal. »
- L'IGF affirme qu'il existe des « dérogations au monopole », l'ordre précise « Les situations exposées correspondent en réalité à un monopole partagé - avec d'autres professionnels et non à des dérogations » ;
- Selon L'ONP, « L'IGF affirme, à tort, que les produits à la frontière des médicaments échappent au monopole des pharmaciens »
- L'IGF omet la nouvelle rémunération suite à la loi HPST et l'article 74 de la convention national des pharmaciens.
- ...

Ainsi devant ces dires, il paraît normal d'être stupéfait de la qualité du rapport de l'IGF.

Selon la réponse émise par l'ONP, la conclusion de ce rapport est contradictoire sur de nombreux points, la plus notable est certainement la conclusion de celui-ci.

Selon l'ONP, l'IGF a produit « une étude publique et contradictoire de l'évolution des prix des médicaments en France » et n'oublie pas de rappeler que « les relevés de prix effectués par la DGCCRF (point 3.4 du rapport IGF) ne portent que sur 44 pharmacies, et sur 10 médicaments ». LA DGCCRF est la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

Il paraît juste de compléter la formulation de l'ONP, avec quelques règles fondamentales que la statistique, dûment bien faite, exige :

- Concernant la taille de l'échantillon, quand il « est trop petit, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs et aucune conclusion fiable ne peut être tirée ». (35)

Ainsi l'étude portant sur 44 pharmacies, pour un secteur d'activité qui dénombre plus de 20000 entreprises, est non significative.

- Concernant la marge d'erreur ou l'intervalle d'erreur, afin de la minimiser, cela « demande une taille d'échantillon plus grande ». (35)

Le vendredi 25 Juillet 2014, dans le journal Le monde, en page 6, un article est rédigé, celui-ci porte le titre « En finir avec les rentes des professions réglementées » et est assorti de la phrase « Les niveaux de rémunération de ces métiers "ne s'expliquent pas toujours", juge l'inspection des finances ».(36)

Sans aller plus loin sur ce sujet, ni sur les conclusions et propositions émises par l'IGF, il paraît juste de dire, que les médias n'ont pas la vision globale et la connaissance de l'ONP, et se contentent uniquement des conclusions de celui-ci.

Est-il nécessaire de rappeler qu'une organisation telle que l'Inspection Générale des Finances fait preuve d'autorité aux yeux des citoyens ?

Au vu de ce rapport et de son retentissement dans les médias, l'ONP ainsi que les pharmaciens doivent se justifier auprès du grand public à l'issue de sa publication.

II. Rappel de certaines exigences légales

La profession de pharmacien est certes une profession réglementée, mais c'est aussi une profession qui nécessite d'être encadrée. A ce sujet, parmi les nombreux textes et lois qui encadrent la profession, certaines nécessitent d'être rappelées, pour étayer le chapitre suivant :

Concernant le pharmacien et son lieu de travail :

- Conformément à l'Article L. 5125-20 du CSP, le pharmacien est tenu à une obligation d'exercice personnel, « Le pharmacien titulaire d'une officine doit exercer personnellement sa profession » et « En toutes circonstances, les médicaments doivent être préparés par un pharmacien, ou sous la surveillance directe d'un pharmacien ». De plus « il ne peut être propriétaire ou copropriétaire que d'une seule officine » ; (37)
- Le pharmacien se doit de travailler dans un lieu propice à l'exécution de son art, qui doit être, nécessairement contrôlé par les autorités compétentes. Ainsi l'officine est selon l'article L. 5125-1 défini comme suit « On entend par officine l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments,

produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales » ; (38)

- Selon l'article L. 5125-22, Les pharmacies sont astreintes à participer aux dispositifs de garde établis. (39)

Concernant les obligations professionnelles devant l'acte pharmaceutique c'est-à-dire la dispensation de médicaments, parmi celles-ci :

- Selon l'article R. 4235-48 du CSP et l'article 9 de la convention pharmaceutique, concernant l'acte de dispensation, parmi les dispositions encadrant son quotidien dans son exécution, le pharmacien se doit de faire « l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe » et se doit de mettre à « disposition les informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament ». (40) A l'aide d'un outil tel que le dossier pharmaceutique qui équipe les officines, le pharmacien se doit d'« opérer un suivi de l'utilisation des produits de santé pour chaque assuré qui recourt régulièrement à ses services, notamment en veillant à ce que les quantités délivrées à l'occasion de dispensations successives soient en adéquation avec le ou les traitements prescrits. » (41) De plus, afin d'augmenter le niveau de qualité, mais aussi d'encadrer l'acte de dispensation pour le sécuriser, le pharmacien se doit de « rechercher, si nécessaire, la concertation avec les prescripteurs ainsi que les autres acteurs du champ de la santé ». (40)

« La dispensation constitue un acte réfléchi de délivrance du médicament. Elle ne saurait être confondue avec une simple distribution.

« L'acte pharmaceutique se caractérise par une responsabilité décisionnelle (acceptation, suspension, modification ou refus de dispensation). Cette décision est fondée sur un devoir d'analyse (R. 4235-48) qui peut donner lieu à un questionnement du patient dans le respect des impératifs de tact et de confidentialité. Ni le médecin, ni le malade ne peuvent libérer le pharmacien de sa responsabilité décisionnelle.

L'acte pharmaceutique est juridiquement autonome, il engage totalement la responsabilité du pharmacien sur le plan civil, pénal et disciplinaire.

Il peut se traduire par l'envoi au médecin d'une opinion pharmaceutique. » (42)

Concernant sa liberté de jugement :

- Selon l'article R. 4235-3, « le pharmacien doit veiller à préserver la liberté de son jugement professionnel dans l'exercice de ses fonctions. Il ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit » ; (43)

De nombreuses obligations en terme de santé publique constituent les fondamentaux du métier de pharmacien d'officine, notamment :

- Le pharmacien se doit de lutter contre la consommation abusive de médicaments (Article R4235-64). Il se doit de veiller au suivi des patients, notamment ceux exigeant une attention particulière, les patients chroniques. Il doit contribuer aux actions de prévention et de dépistage, favoriser la coordination des soins. (41) (44)

D'une manière non exhaustive, rappelons :

- Selon l'Article R. 4235-5, les pharmaciens sont tenus au secret médical. (45)
- Selon l' Article L. 4236-1, les pharmaciens ont une obligation de formation continue, au titre du développement professionnel continu (DPC).(46)

Au vu de la définition de "la profession réglementée", le métier de pharmacien d'officine en est une. En effet un diplôme est nécessaire à l'exercice d'une profession nécessitant une formation adéquate et un savoir spécialisé qui, lui-même, nécessite d'être alimenté par les évolutions de la pratique et de la science.

La liste de ces obligations légales n'est pas exhaustives, elle se veut informative.

Progressivement les mœurs ont changé, pour progressivement s'installer. Aujourd'hui, nos sociétés modernes sont tournées vers la consommation de masse et offrent des opportunités croissantes de comparer les prix, notamment au moyen de comparatifs, largement développés, suite à la généralisation des nouvelles technologies. De ce fait, nous sommes en présence d'une société de consommation de masse, qui examine les prix afin de minimiser sa dépense. Bien que cela puisse être assurément discuté, le climat ambiant "de crise", sur fond de chômage croissant participe activement à cette tendance. Pour information, selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en moyenne sur le troisième

trimestre 2015, le taux de chômage au sens du BIT (Bureau International du Travail) est de 10,6 % de la population active en France. (47) (48)

Devant ce phénomène grandissant, les usagers n'hésitent plus à comparer les prix avant de poser leur dévolu sur un produit qui leur est nécessaire. Cela se fait partout, car la technique le permet, en permanence, car la situation le nécessite.

Devant ce phénomène grandissant, les professionnels du commerce dont les pharmaciens d'officine sont assujettis à une concurrence et doivent adopter une politique de prix afin de satisfaire leurs clients sans mettre en péril leurs bilans financiers.

Au titre du pouvoir d'achat, la GMS a tenté de fracturer un pilier fondateur de la profession, celui du monopole officinal. Cela s'est fait sans tact ni mesure, mais à coup de matraquages médiatiques, à l'aide de grands renforts publicitaires incohérents.

Dorénavant, la profession de pharmacien d'officine en France est en proie à une révolution, peut être celle de la perte prochaine de son monopole officinal ?

III. Attaque concurrentielle de la grande et moyenne surface

Dans un premier temps, il convient de comprendre la différence entre le monopole pharmaceutique et le monopole officinal pour prendre la mesure de l'attaque et connaître sa portée.

Dans un deuxième temps, sans commenter le débat que ce phénomène a suscité, il convient d'apporter des éléments de réponse sur les tenants et les aboutissants de celui-ci.

Le monopole pharmaceutique peut être assimilé à : "ce qui n'est vendu que par un pharmacien". Le monopole officinal, quant à lui, représente : "ce qui n'est vendu qu'en pharmacie". (21)

Ainsi, l'attaque de la GMS, visant à développer ces parapharmacies tenta d'ébranler le monopole officinal. La visée de cette attaque était de disposer en parapharmacie

des médicaments non soumis à prescriptions, et non remboursables. Ce sont les médicaments de médication officinale en libre accès.

Le statut juridique des médicaments visés est celui de l'OTC (over-the-counter), médicaments qui peuvent être mis en libre accès dans les pharmacies de France.

Bien que cela soit le cas, ils ne constituent pas pour autant des produits anodins. Leurs ventes nécessitent un devoir particulier de conseils et notamment un questionnement précis pour connaître certaines adéquations, dont la principale relève du bon sens, l'adéquation entre le traitement et la personne sous jacente à celui-ci.

D'autres prospections doivent être menées afin de rechercher l'inadéquation éventuelle du traitement choisi par le patient, comme la recherche d'interactions médicamenteuses, la redondance thérapeutique par exemple.

Si l'attaque aboutissait, le monopole officinal se verrait diminué.

En effet, dans les parapharmacies de ces GMS, certains pharmaciens exercent une activité de vendeurs en parapharmacie.

Selon les intentions de cette attaque, la GMS voudrait bénéficier de ces médicaments, non pas pour les vendre comme des pâtes ou des lasagnes, mais plutôt de les vendre comme en pharmacie, sous la direction d'un pharmacien, préalablement recruté comme vendeur en parapharmacie. Ainsi le monopole pharmaceutique, selon la GMS serait conservé.

Dans un deuxième temps, il convient d'apporter des éléments de réponse sur les tenants et les aboutissants.

Pour cela, citons la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) ainsi que l'Ordre national des pharmaciens (ONP) pour comprendre pourquoi la GMS n'a pas l'autorisation de vendre de médicaments à ce jour en France.

Inutile de rappeler la définition du médicament (L. 5111-1) qui lui confère un statut juridique particulier pour préciser qu'il n'est pas un produit anodin, ne relevant pas des produits de consommation.

Mais citons plutôt, la CJUE qui reconnaît :

«le caractère très particulier des médicaments, dont les effets thérapeutiques les distinguent substantiellement de toute autre marchandise ». (49)

La CJUE précise que les États membres au titre du niveau de protection de santé publique qu'ils souhaitent mettre en place peuvent exiger que « les médicaments soient distribués par des pharmaciens jouissant d'une indépendance professionnelle réelle ». (49)

La question de la dépendance de la profession, vis-à-vis des employés des parapharmacies présents dans les temples de la consommation, est ainsi soulevée. Selon l'ONP, « les pharmaciens étant salariés de ces enseignes sont soumis à des instructions données par des employeurs motivés par des considérations étrangères à la santé publique ». (50)

De plus, la CJUE, compte tenu du pouvoir accordé aux États membres, par dérogation au principe de subsidiarité, les laisse déterminer le niveau de protection de la santé publique qu'ils désirent.

Ainsi la CJUE « a reconnu que les États membres peuvent réserver la vente de médicaments au détail en principe aux seuls pharmaciens. » (51)

Compte tenu que la profession est, une profession réglementée, la vente de médicaments ne peut se faire que dans un espace dédié.

L'ONP précise que « la seule formation et le seul diplôme de docteur en pharmacie ne suffisent pas car la structure dans laquelle intervient le professionnel de santé est tout aussi essentielle, la dispensation du médicament devant s'effectuer au sein d'une structure qui garantit l'indépendance du professionnel de santé, préservée de toute considération financière ou économique ». (52)

De plus la profession de pharmacien d'officine est soumise, à une réglementation spécifique imposée par les Bonnes pratiques de dispensation, qui peuvent faire l'objet de contrôle par les autorités compétentes.

L'ONP précise « si ce pharmacien exerçait au sein d'une structure non soumise au code de la santé publique, les autorités publiques ne pourraient pas, par exemple, imposer des Bonnes pratiques de dispensation, des contrôles de qualité, une traçabilité... ». (52)

En d'autre terme, les pharmacies en France sont des lieux publics de nature à offrir un service publique. Ce ne sont pas de simples magasins de distribution où règnent les promotions en tout genre alléchant le consommateur.

Selon Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé , lors d'une interview pour "le Moniteur des pharmacies" (n°2981) du 27 avril 2013 « L'idée que les grandes surfaces seraient inéluctablement amenées à vendre des médicaments ne repose sur rien aujourd'hui ». (53)

Bien que les attaques concurrentielles médiatiques aient cessé suite à un procès en faveur de la profession, il serait illusoire de penser que d'autres coups ne se préparent pas pour tenter d'ébranler le monopole officinal. Pour information, le marché du médicament OTC en 2010, en France, a généré des ventes de l'ordre de 282 millions d'unités soit une valeur de 1,59 milliards d'euros. (54)

Affaire à suivre !

A la lecture du rapport de l'IGF, il est clair que l'on "marche sur la tête".

Afin d'apporter la conclusion que celle-ci pouvait faire, la réponse de l'ONP a l'issue de son étude est sans appel. Non les pharmaciens "n'arnaquent" pas le pouvoir d'achat des citoyens.

Cette étude fait l'analyse de l'évolution des prix des produits d'automédications non remboursables en France entre 2009 et 2013, elle a été réalisée sur un échantillonnage de 3004 pharmacies.

Voici, la conclusion de l'étude :

« Depuis 2009, les produits de prescription médicale facultative non remboursables, ont connu une augmentation de leurs prix de vente aux consommateurs très modérée : + 2,0% par an en euros courants et + 0,4% en euros constants.

Cette augmentation par rapport au coût de la vie est totalement expliquée par la hausse de la TVA qui est passée de 5,5% à 7,0% au 1er janvier 2012. (...)

Lorsque l'on isole les anciennes références (existantes déjà en 2009) de celles lancées à partir de 2010, on constate que les anciennes références (71% des volumes vendues en 2013) n'ont augmenté que de + 1,0% en moyenne en euros courants. La moitié de la croissance des prix est liée à un phénomène mécanique de périmètre (nouvelles classes ou lancements de grands formats) » (34)

L'étude complète est accessible en open-data, c'est-à-dire consultable en ligne, elle figure parmi la réponse de l'ONP à l'IGF.

En pratique, l'exercice officinal est soumis à différentes réglementations qui doivent être respectées par les pharmaciens. Ce faisant, le monopole officinal leur est accordé. C'est en respectant leurs engagements que les pharmaciens sont garants de leurs monopoles. En d'autres termes, par le respect des règles, une légitimité s'impose et c'est dans leur engagements que les pharmaciens perpétueront leur monopole officinal.

L'image du pharmacien évolue, bien qu'elle soit sous la pression de certains, c'est au comptoir et dans la transmission de son savoir, que le pharmacien confortera sa place au sein du système de santé.

Depuis la promulgation de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) et l'adoption de son nouveau mode de rémunération, la pratique officinale est vouée à être modifiée. Afin de comprendre ce changement significatif, il convient de revoir ces nouvelles attributions en étudiant la grande loi HPST.

Depuis la signature de la convention pharmaceutique, la rémunération des pharmaciens a été modifiée, lui permettant de percevoir un honoraire de dispensation. Dans le titre 2, nous étudierons le cheminement et les conséquences de l'adoption de celui-ci.

Puis, afin de clore cette partie II, nous verrons les tendances de l'exploitation de l'officine, car des changements en terme d'organisation juridique voient le jour et promettent une certaine évolution. Dans tous les cas, elles pourraient permettre aux pharmaciens d'utiliser ces nouvelles structures juridiques pour développer leur rôle de professionnel de santé, souhait émis par la loi HPST.

DEUXIEME PARTIE :
UN PROFESSIONNEL LIBERAL AU SERVICE
DES PATIENTS

Titre 1/ Développer son rôle de professionnel de santé

Pour le secteur officinal, la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » communément appelée HPST est un tournant majeur et le restera pour toujours. Son adoption a eu plusieurs conséquences, tant sur le rôle que doit occuper le pharmacien que sur son mode de rémunération.

En énonçant la possibilité d'élargir les fonctions du pharmacien d'officine, elle a pour volonté de redéfinir sa place au sein du système de santé et ainsi de l'intégrer dans l'équipe soignante. La répercussion financière est moins perceptible à travers cette loi mais sa promulgation a en quelques sortes amenée à ce changement notable. Ainsi l'adoption de cette loi a eu pour effet de déconnecter partiellement le pharmacien de son étiquette de commerçant. Bien que les décisions stratégiques de l'entreprise soient affirmées et mises en place par le pharmacien titulaire, la loi HPST concerne l'ensemble de la profession.

I. HPST : une loi qui encadre les nouvelles pratiques

La loi HPST a été promulguée le 21 Juillet 2009 sous le numéro 2009-879 et publiée au journal officiel le 22 Juillet 2009.

Elle s'intéresse à la santé, concerne la collectivité et traduit les volontés de la politique nationale en termes d'organisation du territoire.

Elle est issue de la révision générale des politiques publiques (RGPP) et comprend au final 135 articles qui représentent 88 pages du Journal officiel (JO), cela en fait la plus imposante des lois de la Vème République.

Elle se compose en 4 grands titres :

- Titre I Modernisation des établissements de santé (articles 1 à 35)
- Titre II Accès de tous à des soins de qualité (articles 36 à 80)
- Titre III Prévention et santé publique (articles 81 à 115)

- Titre IV Organisation territoriale du système de santé (articles 116 à 135)

Les titres II et III, « Accès de tous à des soins de qualité » et « Prévention et santé publique » seront les titres dans lesquels certains articles seront développés dans cette thèse.

Le titre II a globalement pour objet l'optimisation de l'accès de tous à des soins de qualité, sur l'ensemble du territoire. Les articles étudiés seront les articles 36, 38, 51 et 59.

L'article 36 définit les soins de premiers recours

L'article 38 est primordial, il requalifie la profession de pharmacien d'officine en énonçant les nouveaux services et missions en terme de santé publique qui lui sont octroyés.

L'article 51 définit les coopérations inter professionnelles.

L'article 59 concerne le développement professionnel continu (DPC), il ne sera pas vu dans cette partie, mais dans la partie III traitant du management, dans le chapitre 3/ Formation de l'équipe au titre du DPC.

De façon à promulguer la prévention comme point d'orgue de la santé, le titre III y est totalement consacré.

Ainsi, en lui accordant une part non négligeable ce texte souligne bien le fait que la santé idéalement instruite nécessite une part importante de prévention. Au sein de ce titre, l'article 84 qui établit les grandes lignes de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sera étudié. (55), (56)

II. Article 38, nouvelle vision du pharmacien d'officine

La loi HPST, via l'article 38 a pour incidence directe de redéfinir l'exercice officinal en lui conférant des nouvelles attributions.

Le septième point de l'article 38 a été codifié à l'aide du décret n°2012-1131 du 5 octobre 2012 et notamment via son article 2 qui encadre cette pratique évolutive du pharmacien correspondant. (57)

L'article 38 de la loi HPST crée l'article L5125-1-1-A du Code la Santé Publique.

« (...) 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 [...] 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 médications 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°. » (58))

La place du pharmacien évolue au sein du système de santé, de part la volonté de recentrer sa pratique autour des besoins grandissants des patients et notamment les patients chroniques.

Désormais sa pratique professionnelle n'est plus centrée sur son activité de dispensation, mais réside en de nombreuses actions mettant en jeu ses qualités de professionnel de santé.

Il peut désormais, sous réserve de l'accord du médecin, être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins au titre des accords de coopérations inter disciplinaires.

De plus, il peut maintenant encadrer l'éducation thérapeutique, son rôle semble prendre une autre dimension que celui du dispensateur de médicaments.

Son rôle de professionnel de santé semble supplanter sa fonction de commerçant, nous verrons dans le chapitre suivant comment en modifiant son mode de rémunération cette volonté est précisée.

III. Article 36 et Soins de premier recours

La notion de soins de premiers recours a été préférée à celle de soins primaires, parfois perçue de façon péjorative en français.

L'article 36 de la loi HPST modifie l'article L. 1411-11 du CSP.

D'après l'article 36, ils comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé. » (59)

Cette énumération concerne au sens large les professionnels de santé, ils peuvent être et sont de fait partagés entre généralistes, infirmières libérales, sages-femmes et pharmaciens. (60)

L'éducation pour la santé est une obligation déontologique pour le pharmacien. L'article R4235-2 du CSP précise en effet que le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale ». (61)

IV. Article 84 et Education Thérapeutique

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. (62)

A diverses occasions, une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient. (63)

Suite à l'importance des maladies chroniques, aux problèmes d'inobservance des traitements par les patients et aux coûts que cela engendre la loi HPST et notamment l'article 84 fut rédigés afin de poser les bases de cette pratique en France.

L'ETP est désormais inscrite dans le CSP (L. 1161-1 à L. 1161-5).(64)

L'ETP est l'un des axes du "Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011". (65)

D'après l'alinéa 5 de l'article 38, les pharmaciens d'officine « peuvent participer à l'éducation thérapeutique (..)définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 »,

Les articles L. 1161-1 à L. 1161-5 constituent l'article 84 de la loi HPST. L'article 84 est disponible en Annexe 1.

L'article 84, pose le cadre de l'éducation thérapeutique :

- Cette pratique fait partie intégrante de la prise en charge du patient,
- Chaque patient recevra un programme personnalisé,
- Les programmes d'ETP nécessitent une autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS),
- Ils seront évalués par la Haute Autorité de Santé(HAS),
- Les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP sont déterminées par décret.
- Les programmes ainsi que les documents (supports éducatifs) seront soumis à une évaluation de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)
(64)

Pour aller plus loin et comprendre le rôle du pharmacien vis-à-vis de l'ETP, il est important d'étudier les textes d'application de la loi HPST c'est-à-dire les décrets et arrêtés relatifs à l'article 84 en datent du 2 août 2010.

Les décrets relatifs à l'ETP sont les textes d'application de l'article 84. Ainsi ils fixent certaines conditions pour encadrer l'ETP:

- Le décret n° 2010-904 précise les conditions d'autorisation des programmes d'ETP par les ARS avec par exemple la condition que « le programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes. » (66)
- Le décret n° 2010-906 établit les compétences requises pour dispenser cette activité, avec notamment des compétences d'ordre relationnelles, pédagogiques, méthodologiques, biomédicales par exemples. (67)

Les arrêtés relatifs à L'ETP définissent :

- Le cahier des charges avec notamment les informations nécessaires sur l'équipe, le programme, la coordination, la confidentialité, la déontologie et l'évaluation du programme. (68)
- Les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP, en précisant la compétence minimale requise, à savoir 40 heures minimum de formation d'enseignements théoriques et pratiques. (69)

A l'aune de ces éléments, on comprend la volonté de rapprocher le pharmacien autour des patients le nécessitant le plus, notamment les patients chroniques.

La prise en charge globale s'en voit renforcée à travers l'ETP dans le but d'en améliorer leur santé mais aussi leur qualité de vie. Chaque professionnel de santé mettra à contribution ses connaissances, son savoir, sa pédagogie de manière à transmettre aux patients des pistes d'amélioration de leur santé. La demande d'autorisation à envoyer à l'ARS est placée en annexe 2.

A travers un programme d'ETP, les différents professionnels de santé seront donc amenés à travailler ensemble.

Pour aller plus loin dans cette volonté de former une équipe centrée autour des besoins des patients, mais aussi pour pouvoir pallier au phénomène de désertification médicale, HPST a ouvert les droits à la coopération interdisciplinaire.

V. Article 51 et Coopération entre professionnels de santé

Suite au septième alinéa de l'article 38, les pharmaciens peuvent dorénavant « renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur

posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets » et ce au titre des coopérations entre les -professionnels. (58)

Ces transferts d'activité sont régis par l'article 51 de la loi HPST. Ils ne concernent pas que la profession de pharmacien.

Toutes les professions suivantes sont potentiellement concernées :

aide-soignant	auxiliaire de puériculture	chirurgien-dentiste
conseiller génétique	diététicien	ergothérapeute
gynécologue	infirmier	manipulateur en électroradiologie médicale
masseur-kinésithérapeute	médecin	opticien lunetier
orthophoniste	orthoptiste	prothésiste, orthésiste
pédicure-podologue	pharmacien	psychomotricien
sage-femme		

Figure 18 : Les professionnels concernés par la coopération (70)

Le code de santé publique précise que les combinaisons suivantes sont envisageables :

médecin > infirmier
pédiatre > sage-femme
médecin > pharmacien
gynécologue > médecin généraliste

Figure 19 : Combinaisons de transferts d'activité envisagées par le CSP (70)

Les professionnels de santé cités ci-dessus peuvent s'engager dans une démarche de coopération interprofessionnelle ayant pour objet d'opérer entre eux :

- Des transferts d'activités (renouvellement d'ordonnance par le pharmacien) ;
- Ou d'actes de soins (pose de cathéter ombilical chez des nouveaux nés par une puéricultrice) ;
- Ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

Pour ce faire, les professionnels de santé soumettent à l'ARS des protocoles de coopération qui « précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les

disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés ». (70)

Dans tous les cas, « le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire(...) » (70)

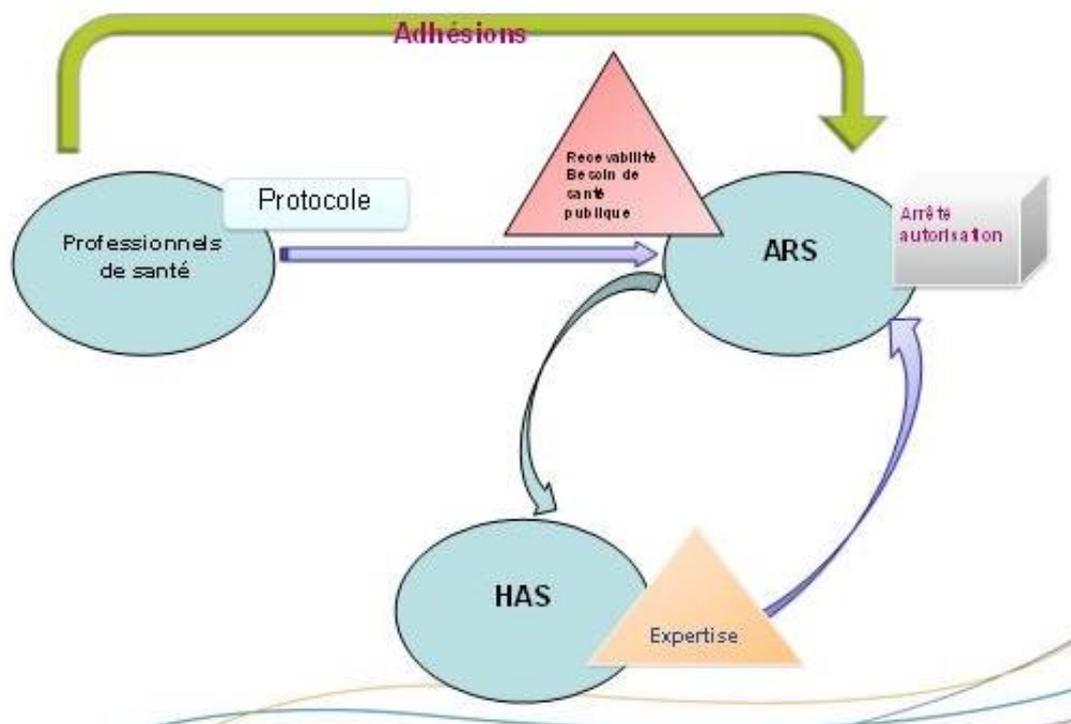


Figure 20 : Mise en place d'un protocole de coopération entre professionnels de santé (71)

La mise en place d'un protocole de coopération interprofessionnel se réalise en quatre étapes :

- 1) Deux professionnels de santé volontaires élaborent puis soumettent un protocole de coopération selon le modèle type.
- 2) L'ARS s'assure de la recevabilité de ce protocole, vérifie qu'il correspond à un besoin de santé régional et transmet le protocole à la Haute Autorité de Santé (HAS).
- 3) La HAS émet un avis se fondant sur une évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient.
- 4) L'ARS autorise la mise en œuvre du protocole par arrêté. Les professionnels de santé peuvent adhérer au protocole autorisé, ceux qui l'ont créé comme les autres.

L'article 51 de la loi HPST a ainsi pour objectif de proposer une nouvelle répartition des tâches et de permettre à de nouvelles missions émergentes de s'imposer dans les pratiques, à l'image de l'éducation thérapeutique ou du suivi des patients chroniques.

Au sein de la loi HPST, la profession est requalifiée, conférant aux pharmaciens des attributions nouvelles. Son rôle est élargi dans sa position d'acteur de santé.

En effet, la loi HPST de 2009 donne de nouvelles perspectives au rôle du pharmacien d'officine. Ce dernier doit ainsi :

- contribuer aux soins de premier recours,
- participer à la coopération entre professionnels de santé,
- participer à la mission de service public de la permanence des soins,
- concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisée par les autorités de santé
- et participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients.

Il peut également assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social. Il peut, enfin, être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient.

A travers cette loi, on ressent la volonté de le faire participer à l'équipe soignante et de le découpler de sa nature de commerçant notamment en lui accordant ces nouvelles missions. Son rôle d'éducateur de santé, dont il fait la promotion au quotidien lors de conseils pourra désormais être mis en avant lors d'éducation thérapeutique.

Au regard de son expertise médicamenteuse, de ses connaissances physiopathologiques et de sa proximité avec les patients, il est aisé de comprendre que le pharmacien puisse encadrer cette pratique.

Afin d'intégrer ces nouveaux rôles, les pharmaciens titulaires devront s'organiser parfaitement pour gérer leur disponibilité, et/ou accorder à leurs adjoints la possibilité de le faire. Les titulaires devront notamment fédérer l'équipe autour de la volonté de se former à son sujet. Ils devront aussi partager leur engouement avec les acteurs médicaux et sociaux.

C'est par cette réactivité et ces échanges que semble passer le succès de ces nouvelles prérogatives.

En d'autres termes, formation, disponibilité et coopération interprofessionnelle sont les clefs de la réussite face au changement souhaité. C'est en respectant ces conditions que l'officine pourra devenir un lieu privilégié, initiateur de programme d'ETP adapté à l'activité de celui-ci. Son approbation et son implication a pour but d'améliorer les soins de santé et il n'est pas nécessaire de préciser que le pharmacien milite pour celle-ci.

Toutefois, la loi HPST pose le socle d'un projet d'organisation sanitaire, mais ne détaille en aucun cas les modes de financement nécessaires à sa réussite.

« L'évolution du mode de rémunération du pharmacien est [ainsi] devenue une nécessité afin de rester cohérent avec un exercice comprenant dorénavant des actes identifiés et des nouvelles missions » (72)

Titre 2/ La nouvelle rémunération

Le nouveau mode de rémunération des pharmaciens a vu le jour avec la nouvelle convention pharmaceutique du 7 mai 2012. Elle s'est élaborée suite à l'adoption de certaines lois, après plusieurs travaux de réflexion comme celui de l'Inspection Générale des Affaires Sociales « pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau » et *a fortiori* après nombreuses négociations entre les divers protagonistes. Ainsi les dispositions de la loi HPST n'ont pu être mises en pratique qu'au moment de la signature de la nouvelle convention nationale pharmaceutique en Mai 2012 qui détermina une nouvelle rémunération.

I. Le Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

En 2011, suite à la demande du ministre de la santé en vigueur, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a été mandatée afin d'émettre des recommandations portant sur plusieurs axes concernant la pharmacie d'officine.

Les pouvoirs publics ont souhaité réévaluer les fondamentaux de l'exercice officinal pharmaceutique à travers un rapport portant sur les missions et la rémunération du pharmacien d'officine.

Ce travail intitulé « pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau » a servi de base de réflexion à l'adoption du nouveau mode de rémunération.

Ainsi l'IGAS se devait :

- de proposer une évolution du mode de rémunération pour la délivrance des médicaments remboursables, destiné à se substituer à la marge dégressive lissée ;
- d'identifier les missions de service public de nature à bénéficier d'une rémunération directe, dans le cadre des missions issues de la loi HPST et d'en proposer des modalités de rémunération ;
- d'identifier les outils nécessaires à l'optimisation du réseau officinal.

Ce rapport émet une série de recommandations traduisant des volontés politiques dont certaines ont une visée économique afin de proposer une meilleure organisation de la profession dans son ensemble.

Il s'inscrit dans un processus général de modification de l'activité de pharmacien officinal dans une période de maîtrise des dépenses auquel le domaine de la santé n'échappe pas.

Suite à son étude, l'IGAS a émis 37 recommandations, dont 3, avaient pour objet de déconnecter la rémunération du pharmacien de la marge commerciale ajoutée du forfait par boîte.

- L'une énonçait de rémunérer éventuellement les enquêtes réalisées par les pharmaciens à la suite de signalements d'effets indésirables liés au produit de santé (la 8ième) ;

- L'une prévoyait une rémunération à l'acte des nouveaux services et leur prise en charge par l'assurance maladie, avec la volonté d'organiser l'exemption de TVA (la 27^{ième}) ;
- L'une prévoyait de faire évoluer la rémunération de la dispensation, en concertation avec la profession, vers un honoraire de dispensation combinant trois paramètres (ordonnances, lignes, médicaments particuliers)(la 29^{ième}). (73)

Ainsi, face à l'expertise de l'IGAS, ce rapport contribua à participer à l'adoption d'un nouveau mode de rémunération qui s'est traduit par la convention pharmaceutique de 2012 et les avenants qui ont suivi.

Ce rapport est et sera pour longtemps un rapport contribuant de manière significative à l'évolution de la profession du pharmacien d'officine. Par l'adoption et après négociation de la recommandation 29, l'activité des officines évoluera.

II. Cheminement législatif de la nouvelle rémunération

Deux lois majeures ont posé le cadre du changement, du mode de rémunération des pharmaciens.

Ces lois sont :

- La loi HPST de 2009 ;
- La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2012 et notamment son article 74 .

En 2009, grâce à la loi HPST, comme nous l'avons vu précédemment, le rôle du pharmacien d'officine est élargi.

La LFSS vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

En 2012, la LFSS, via son article 74, modifia le Code de la Sécurité Sociale en ajoutant des alinéas supplémentaires à l'article L162-16-1. Ce dernier définit les

rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine et dispose qu'ils sont régis par la convention pharmaceutique.

Ces ajouts permettent de faire évoluer la convention pharmaceutique :

« *La convention détermine (...)*

7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges (...), dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;

8° La rémunération, autre que celle des marges(...), versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ; » (74)

L'article 74 de la LFSS de 2012 introduit l'honoraire de dispensation. Celui-ci est qualifié de rémunération mixte car il associe « la marge commerciale et une partie honoraire, comme pour tous les autres professionnels de santé ». (75)

En définitive, après plusieurs travaux dont celui de l'IGAS, après l'adoption de lois dont HPST mais avant tout, après l'article 74 qui modifia le code de la sécurité sociale, le mode de rémunération des pharmaciens a pu évoluer et être mis en œuvre par la signature de la nouvelle convention pharmaceutique.

III. La Convention pharmaceutique de 2012 et son impact sur la rémunération

Publiée au Journal officiel du 6 mai 2012, la convention est entrée en vigueur le 7 mai 2012, elle régit les relations entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. La convention apporte la garantie aux professionnels de santé que l'assurance maladie prend en charge un certain nombre de soins et que leurs patients vont être remboursés.

Elle résulte d'une négociation de cinquante jours entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les trois syndicats représentatifs de la profession de pharmaciens titulaires d'officines à savoir, la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France, l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine et l'Union Nationale des Pharmacies de France (FSPF, l'USPO et l'UNPF).

L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) a également fait part de son adhésion à la convention le 16 mai 2012. (76)

« La nouvelle convention des pharmaciens faisant suite à la loi HPST, les partenaires conventionnels ont repris les dispositions de cette dernière comme ligne directrice et support pour sa rédaction.

La convention pharmaceutique évoque l'aspect financier nécessaire à la mise en place des dispositions de la loi de 2009 ». (77)

Selon le président de la FSPF, « C'est l'un des moments les plus importants de ces dernières décennies pour la pharmacie d'officine, le point de départ d'une nouvelle vision de la profession ». (78)

Résultant de cette négociation, le mode de rémunération des pharmaciens est désormais modifié, il ne dépend quasiment plus de sa marge commerciale ajoutée du forfait par boîte.

En effet, il existait déjà des prestations payées par l'assurance maladie au moyen de la rémunération à la performance (notamment par un taux de substitution déterminé des médicaments génériques) qui ne seront pas développés dans cette thèse car ne participent en rien à l'évolution du mode de rémunération.

Désormais le mode de rémunération des pharmaciens titulaires est diversifié alliant honoraires de dispensation et rémunération à la performance requalifié en Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) notamment pour les entretiens pharmaceutiques.

Ainsi, la nouvelle convention :

- Via l'article 25 détermine le mode de rémunération qui est désormais diversifié ;

- A l'aide de l'article 26 définit les conditions de mise en œuvre de celui ci qui seront détaillées et accordées par la suite par voie d'avenant, le n°5 ;
- A l'aide de son article 31, définit une rémunération pour des entretiens pharmaceutiques (41)

Les entretiens pharmaceutiques sont des engagements individualisés de qualité, afin de développer l'efficacité et la modernisation de la santé publique. Il réside en un accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques. (41)

Dans un premier temps, à la signature de la convention, les premiers entretiens pharmaceutiques qui ont été accordés sont ceux portant sur « l'accompagnement des patients traités au long cours par anticoagulants oraux inscrits pour le suivi de leur traitement auprès du pharmacien désigné ». Une rémunération forfaitaire sur objectif est mise en place à hauteur de 40€ par patient annuellement. (41)

Dans un deuxième temps, suite à la signature de l'avenant n°4 qui est entré en vigueur le 03/12/2014, un deuxième entretien pharmaceutique fut accordé aux pharmaciens.

Pour des raisons de santé publique croissante, il concerne le suivi des patients asthmatiques car cette pathologie suite à des problèmes de mauvaises observances des traitements est responsable « d'environ 15 000 hospitalisations (...)chez les 5-44 ans et 1 000 décès » par an. La même rémunération forfaitaire a été choisie soit 40€ par patient annuellement. (80)

Ainsi la convention pharmaceutique et ses avenants qui ont nécessité d'autres périodes de négociation entre l'Assurance maladie et les organisations syndicales ont fait évoluer la rémunération du pharmacien car son rôle d'acteur de santé publique a été réaffirmé suite à loi HPST.

Au 1^{er} janvier 2015, suite à l'adoption de la clause additionnelle n°5 de la convention pharmaceutique, les nouveaux honoraires de dispensation sont établis :

Deux honoraires sont déterminés comme suit :

- un honoraire à la boîte est fixé

- pour les conditionnements mensuels : 0,82 € TTC du 01/01/2015 jusqu'au 31/12/2015, puis 1,02 € TTC à compter du 01/01/2016 ;
- pour les conditionnements trimestriels : 2,21 € TTC du 01/01/2015 jusqu'au 31/12/2015, puis 2,76 € TTC à compter du 01/01/2016 ;
- un honoraire pour ordonnance complexe, c'est-à-dire celles mentionnant au moins 5 médicaments remboursables différents, à hauteur de 0,51€ TTC par dispensation liés à la remise au patient d'un plan de posologie. (80)

La création de ces honoraires de dispensation est rendue possible par la révision de la marge dégressive lissée (MDL) des prix des médicaments.

Ainsi le système de rémunération des pharmaciens s'en voit modifié de façon importante.

Ces honoraires viennent en complément du barème de marge, qui est réaménagé et revu à la baisse. Ainsi, la marge commerciale pour chaque boîte vendue (calculée en pourcentage du prix du fabricant) a été diminuée.

Le nouveau barème de marge s'est fait en deux temps.

Voici un tableau présentant son évolution. Il ne tient pas compte des honoraires pour les conditionnements trimestriels, ni celui des ordonnances complexes, et n'est pas applicable aux médicaments génériques.

Bien que leurs remises fussent plafonnées à 40%, par un arrêté datant du moins d'août 2014, leur prix d'achat par les pharmaciens peut varier selon les laboratoires et leurs conditions commerciales dont la principale est le volume. (81)

Par voie de conséquence la marge sur les médicaments génériques peut être différente d'une pharmacie à l'autre.

Pour mieux comprendre, il faut savoir que le Prix Fabricant Hors Taxe (PFHT) est le prix d'achat du pharmacien hors taxe.

Marge Dégressive Lissée* (MDL)	Prix Fabricant Hors Taxe (PFHT)	De 2008 à 2015	Pour l'année 2015	A partir de 2016
<i>*établie selon le barème de marge avant 2015</i>	Honoraires à la boîte	0	0,82 €	1,02 €
	Forfait	0,53 €	0	0
MDL1 (De 0 à 22,90€)	De 0 à 0,82€	26,10%	0%	0%
	De 0,83 à 1,91€	26,10%	25,50%	0%
	De 1,92 à 22,90€	26,10%	25,50%	25,50%
MDL2 (De 22, 90 à 150€)	De 22,91 à 150€	10,00%	8,50%	8,50%
MDL3 (au-delà de 150€)	De 150,01 à 1500€	6%	6%	6%
	Au-delà de 1500€	6%	0%	0%

Figure 21 : Evolution du Barème de marge de 2008 à 2016 (80) (82) (83)

Ce nouveau barème a eu pour effets en 2015 :

- La disparition du "forfait par boîte", au profit d'une rémunération à la dispensation ;
- La révision de la MDL, en supprimant la marge sur les médicaments figurant aux extrémités du barème, et en diminuant les autres, à l'exception de la première tranche de la MDL3.

Ce nouveau barème a pour conséquences en 2016 :

- Une révision de la MDL avec la disparition de la marge pour les premiers prix de la MDL1 ;
- La réévaluation des honoraires de dispensation.

Afin d'étayer cette évolution significative, quelques exemples sont nécessaires :

- Une boîte achetée 1,50€ (PFHT) dégagera un honoraire de 1,02€ en 2016, soit un montant un peu plus élevé que celui d'avant la réforme de 2015, qui était de 0,92 cts. Ainsi l'augmentation de marge est de 8,7% ;
- Un médicament acheté 25€, perdra 2,83% de marge ;

- Pour un médicament acheté 100€ au fabricant, le gain est d'aujourd'hui de 12,91€ honoraires compris contre 14,22€ avant la réforme. Soit une diminution de 9,21% ;
- Pour un médicament très cher de l'ordre de 3000€ par exemple, étant donné que leur marge est réduite à zéro pour leur partie du prix au-delà de 1 500€, la révision de la MDL entraîne une diminution de marge des plus forte, en effet dans ce cas précis, elle chute de 48,40%. (84) (85)

Les évolutions majeures du mode de rémunération du pharmacien titulaire ont pour conséquence de déconnecter partiellement sa rémunération de la marge des médicaments en créant un honoraire de dispensation et des ROSP pour les entretiens pharmaceutiques.

Suite à l'étude des nouveaux prix, et avec le montant du nouvel honoraire de dispensation pour 2016 soit 1,02 euros par boîte, cela augmente la marge perçue des médicaments les moins chers mais l'abaisse sur les plus chers.

Cela se fait de manière logique après la révision de la MDL.

Par voie de conséquence, afin de comprendre l'impact sur l'économie d'une officine, certains facteurs semblent déterminants pour l'apprécier :

- Les quantités de produits en MDL1 et les quantités de produits "très chers" vendus ;
- Le positionnement de l'officine (clients de passage, patients chroniques...)

De part ces facteurs, l'impact d'une telle évolution du calcul de marge peut être différent d'une pharmacie à l'autre. et sont « plus déterminants que sa taille ». (86)

Bien qu'il puisse être bénéfique pour certaines, ce nouveau barème est, aujourd'hui en 2016, négatif pour la plupart des officines. En effet la combinaison de celui-ci avec les diminutions des prix des médicaments déterminés et approuvés par les Plans successifs de Financement de la Sécurité Sociale (PFSS) successives, tendra à diminuer encore les marges en 2016.

Afin de garder un niveau de marge équivalent à celui perçu avant l'adoption de ce nouveau barème, les pharmaciens doivent pour maintenir l'économie de leurs

entreprises, prendre leurs rôles de santé publique à bras le corps. Notamment, au moyen des ROSP, et selon les volontés de la loi HPST, en développant des programmes d'ETP.

Titre 3/ Les tendances de l'exploitation de l'entreprise officinale

Il n'échappe à personne que le prix d'acquisition d'une pharmacie est élevée en regard de la rentabilité qu'elle offre. En moyenne le remboursement du crédit est établi sur 12 ans (quand il n'est pas renégocié auprès des banques) et nécessite pour emprunter une somme importante pour y prétendre.

En fonction de ces apports, de ces volontés et opportunités de développement, de sa conception du métier et de sa situation familiale, l'entrepreneur pharmacien se dirigera vers une forme de société lui permettant d'exercer le métier de pharmacien titulaire.

Suite à la parution du décret n°2013-466, très attendu par la profession, portant sur les Sociétés de Participation des Professions Libérales (SPF-PL) et déterminant la prise de participation maximale dans les Sociétés d'Exercice Libérale (SEL), il convient de développer un chapitre portant sur les tendances de l'exploitation de l'entreprise officinale, car ce décret bien qu'il puisse être qualifié « de prudent et traditionnel », promet d'avoir certaines conséquences pour faciliter la transmission d'officine. (87)(88)

Il ne s'agit pas dans ce chapitre de faire l'analyse de toutes les formes juridiques mises à la disposition du pharmacien titulaire, mais de mettre en avant le constat d'évolution d'un tel changement et de préciser certains points sur les récentes possibilités offertes à l'issue du décret n°2013-466.

Nécessairement cela nous amènera à développer un chapitre qui concerne la SEL avant de développer le dernier chapitre qui portera sur les SPF-PL.

I. Démographie juridique des officines et phénomènes remarquables

Dans son rapport annuel sur la démographie des pharmaciens, l'Ordre national des pharmaciens accorde une partie de celui-ci à la démographie des modes d'exploitations.

Le 1er schéma représente l'évolution des exploitations en nom propre et en associations des officines entre 2000 et 2014.

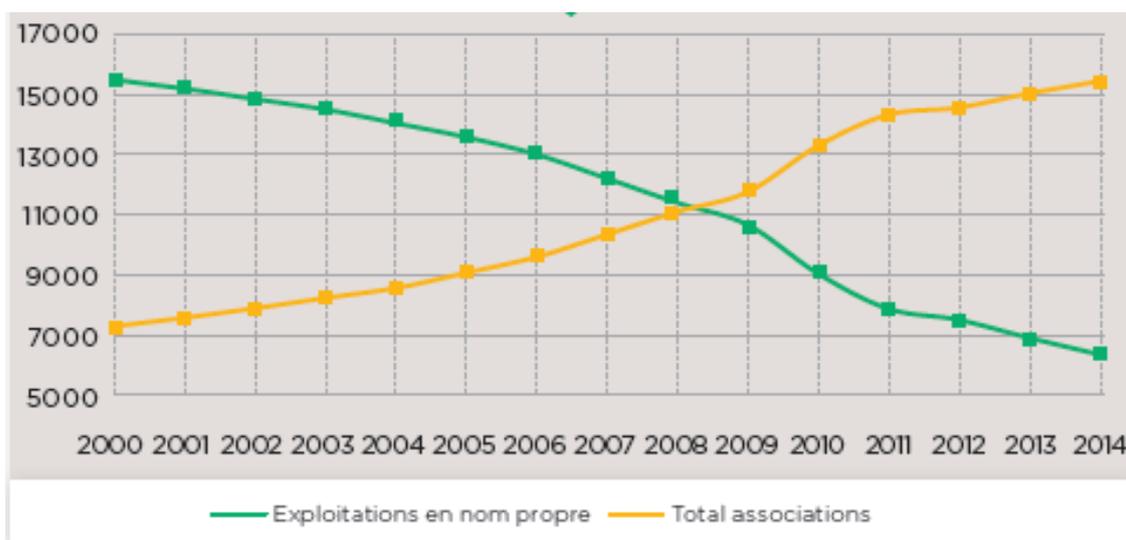


Figure 22 : Evolution des exploitations en nom propre et en association des officines depuis 2000 (15)

Les exploitations en association sont principalement des sociétés. (cf graphique suivant).

A la lecture de ce graphique, le 1^{er} constat, qui porte sur la nature de l'exploitation d'une officine, est celui qui confirme une tendance qui s'installe, et devient peu à peu une règle d'usage. Désormais l'exploitation des officines en France, se fait dans la majeure partie des cas au moyen d'une société.

Aujourd'hui, le métier est en mutation sur de nombreux points, les structures nécessitent une adaptation pour que le nouveau rôle de santé des pharmaciens puisse éclore.

A l'origine les usages et les possibilités offertes, voulaient que l'exploitation d'une pharmacie d'officine se fasse en nom propre sous la forme d'une entreprise individuelle (EI). Ce type d'exploitation a pour conséquence de confondre le patrimoine de l'EI et celui de l'entrepreneur, et donc d'engager à titre personnel les dettes, sous-jacentes au démarrage de l'exploitation. De ce fait, l'EI présente un certain risque financier.

Il est intéressant de rappeler que depuis le 15 juin 2010, une option juridique a permis de créer l'EIRL (Entreprise Individuelle à Responsabilité Limitée) qui entraîne la dissociation des patrimoines et ainsi protège les entrepreneurs à titre personnel.

(89)

Néanmoins avec l'émergence des nouvelles formes de sociétés commerciales ou libérales (SEL : Société d'Exercice Libérale en 1990) et avec les opportunités qu'elles offrent aux chefs d'entreprises de dissocier leurs dettes et d'optimiser leur fiscalité, les pharmaciens se sont tournés progressivement vers ces formes d'exercice.

Cette évolution nous amène à la distinction de la personne morale et de la personne physique. Pour rappel, un entrepreneur qui exploite une officine en EI ne possède qu'une faible protection vis-à-vis des créanciers et de son patrimoine en cas de faillite, à moins de rendre de droit l'insaisissabilité de biens fonciers (résidence principale et secondaire) au moyen d'une déclaration, ou de passer par la création d'une EIRL, qui au vu de l'article 526-6 du Code du commerce stipule que :

« Tout entrepreneur individuel peut affecter à son activité professionnelle un patrimoine séparé de son patrimoine personnel, sans création d'une personne morale ». (90)

Ainsi dans l'EI et l'EIRL, il n'y a pas de création de "personne morale", seul l'exploitant de l'EI est une "personne physique".

A l'inverse, lors de la création d'une société, il y a création d'une "personne morale", qui en définitive représente la société. Et ce faisant, c'est elle qui supportera, dans le pire des cas, le courroux des créanciers sous condition de bonne gestion prouvée.

Toutefois pour la Société en Nom Collectif (SNC), bien qu'il y ai création d'une personne morale, au vu du statut particulier de la SNC, qui est une "société de personnes", lors de la faillite si le gérant est associé à celle-ci, il sera solidaire des dettes.

Par conséquent, dans la plupart des cas, cette création de "personne morale" permet de faire la distinction entre le capital de l'entreprise et celui de l'entrepreneur, de sorte qu'une partie de celui-ci soit exclu du risque de l'entreprise.

L'entreprise individuelle qui n'offre pas cette opportunité, possède l'avantage d'être facile à créer et d'être soumise à l'impôt sur le revenu (IR). Pour la pharmacie d'officine, qui est un commerce, l'impôt sera calculé au titre du BIC (Bénéfices Industriels et commerciaux).

Son chiffre d'affaires (CA) étant généralement supérieur à 777000 euros, l'impôt de cette entreprise sera calculé selon le régime réel normal.

La création d'une société, comme nous l'avons vu, permet de créer une personne morale mais aussi d'être fiscalement assujéti à l'impôt sur les sociétés (IS).

Pour revenir à la lecture du premier graphique, il apparaît qu'aujourd'hui, selon les possibilités offertes et le risque connu, les pharmaciens titulaires choisissent l'option d'exploiter leurs officines en société.

Le second graphique présente les exploitations d'officine sous forme de sociétés et les classe par types.

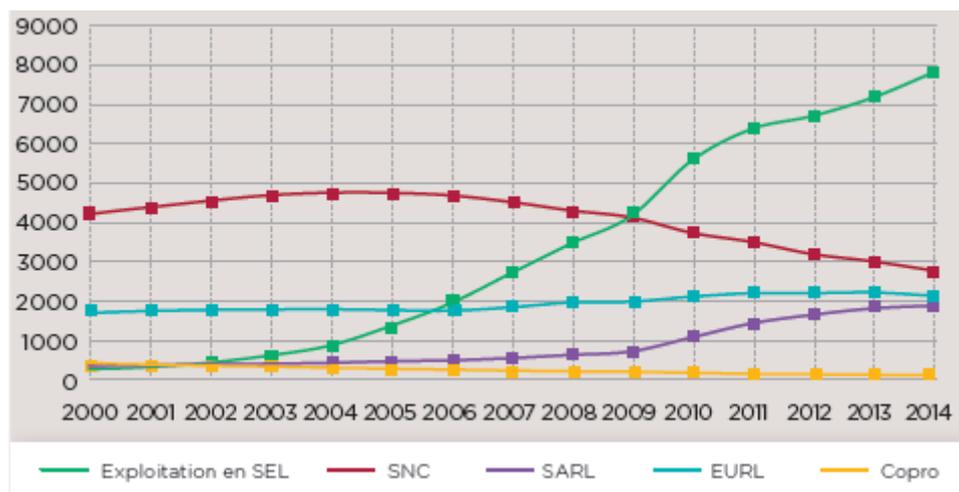


Figure 23 : Répartition des types de sociétés d'officine depuis 2000 (15)

A la lecture de ce graphique, un second constat majeur est visible. L'engouement de l'exploitation en SEL pour l'exercice de l'officine est un phénomène prépondérant, qui courant d'année 2009 en fait le mode d'exploitation privilégié en terme de société.

Dans son communiqué de presse en date du 02 juin 2015, l'Ordre national des pharmaciens précise que « les titulaires utilisent à plein les nouvelles formes de sociétés (8 053 SEL) » et dans son rapport démographique de 2015, que « le nombre s'est vu multiplié par 20 entre 2000 et 2014 ». (15) (31)

De plus, dans ce rapport annuel, l'Ordre national des pharmaciens précise que « 479 SPFPL dont 3,5% ont un pharmacien adjoint salarié dans le capital » ont vu le jour. (15)

Les Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) ont été créées suite à la loi n°90-1258 du 31 décembre 1990.

En 2001, la loi dite MURCEF, acronyme de Mesures Urgentes de Réformes à Caractère Economique et Financier crée les Sociétés de Participation Financières des Professions Libérales (SPF-PL), et précise qu'un décret pour chaque profession libérale réglera leur utilisation.

« A l'avènement de cette loi MURCEF, un garde-fou important avait été prévu : celui des décrets d'application devant encadrer cette ouverture, ce qui fût chose faite pour nombre d'entre eux, quoique tardivement. » (91)

Le 28 mars 2012 un arrêt du conseil d'Etat autorise la mise en œuvre des SPF-PL pour la profession de pharmacien d'officine, et impose au gouvernement de sortir un décret dans les six mois.

En l'absence de décret, la création des SPF-PL est rendue possible. (88)

Le décret n°2013-466 relatif aux SPF-PL, a été publié au Journal officiel (JO) le 6 juin 2013, il régleme leur utilisation. Force est de constater, que le délai de six mois avait expiré, ainsi un certain nombre de SPF-PL avait été créée en l'absence de celui-ci. Désormais, les identités qui ont vu le jour avant la parution du décret, « dans la période transitoire ont deux ans à compter du 6 juin 2013 pour se conformer aux nouvelles règles ».(92)

Ce texte a pour objet la définition des modalités de création et de fonctionnement des SPF-PL de pharmaciens d'officine mais sont également prévues des modifications de la réglementation des SEL, notamment pour prendre en compte la création des SPF-PL.

Ainsi, au vu de ces nouvelles dispositions et de l'intérêt qu'elles ont suscité, il convient de développer ce qui représente une évolution remarquable.

II. La Société d'Exercice Libéral

Cette forme de société a été créée suite à la loi n°90-1258 du 31 décembre 1990. Elle permet aux professions libérales d'exercer leur activité sous la forme de société de capitaux.

Ces sociétés sont soumises à l'IS qui est prélevé sur les bénéfices réalisés au cours d'un exercice annuel. Le taux de l'IS est de 15% sur les 38120 premiers euros, puis de 33% au-delà.

Le taux réduit de 15% s'applique pour les sociétés dont le chiffre d'affaires (CA) est inférieur à 7,63 millions d'euros. Pour information, il existe une option fiscale pour la SELARL (Société d'Exercice Libéral à Responsabilités Limitées), ou un choix peut être fait entre l'IS et l'IR. (93)

Afin de comprendre l'engouement de cette forme juridique, il est intéressant de connaître certaines dispositions relatives au capital de la SEL exploitant une officine.

1/ Concernant le capital et le droit de vote, suite à la parution du décret n°2013-466, plus de 50 % du capital social et du droit de vote doivent être détenus par des associés professionnels en exercice ou par des sociétés de participations financières de professions libérales ayant le même objet social.

Ainsi, la SEL exploitant l'officine, de part le droit de vote accordé par la majorité des parts est dirigée par les pharmaciens en exercice.

Avant la parution du décret, cela ne concernait pas la forme juridique des SELAS (Société d'Exercice Libérale à Action Simplifiée), désormais, « le décret supprime la possibilité de distinguer (...), le droit de vote et la participation capitalistique. Cela met fin aux montages permettant à un associé pharmacien de détenir une participation en capital (impliquant le droit à dividendes) minoritaire, mais un droit de vote majoritaire. » (94)

2/ Concernant "le solde du capital social", il peut être détenu par des personnes physiques mais aussi des personnes morales.

Les personnes physiques peuvent être :

- Des pharmaciens déjà titulaires ou co-titulaires d'une autre officine ;
- Ou un pharmacien retraité, ayant cessé toute activité professionnelle à la condition d'avoir exercé au sein, de ladite SEL. Il pourra détenir ces parts pour une durée maximale de dix ans ;
- Ou des personnes non pharmaciens, et c'est le seul cas, ce sont les ayants droits d'un associé décédé de la SEL dans une limite de cinq années à compter du décès.

Ce "solde du capital social" peut aussi être détenu par des personnes morales : SEL et SPF-PL, elles même composées de pharmaciens uniquement. (87)

Cela amène à plusieurs conclusions sur le choix prépondérant de l'exercice de la pharmacie au moyen d'une SEL :

- Une SEL peut détenir des parts dans une autre SEL.
- Un pharmacien titulaire peut détenir des participations minoritaires, qui suite à la parution du décret sont plafonnées à « quatre autres pharmacies », exploitées en SEL, en plus de celle dans laquelle le pharmacien en tant que personne physique exerce. Cette prise de participation peut être directe ou indirecte, par le biais d'une SEL ou d'une SPF-PL.
- Les pharmaciens partant à la retraite peuvent rester, en quelque sorte, actionnaires de leurs entreprises par le maintien de parts. Ainsi, cela peut être un revenu complémentaire pour la retraite. (pour une durée maximale de dix ans). (87)

En conclusion de ce chapitre portant sur la SEL, il apparaît globalement que cette société est un outil moderne mis à la disposition des pharmaciens pour leur permettre de travailler en réseau, leur essor en témoigne.

Dernièrement, un nouveau type de société est venu compléter l'arsenal juridique des pharmaciens. Cet outil se nomme la SPF-PL (Société de Participation Financière des Professions libérales) et apparaît promis à se développer à l'avenir. Il permet de déconnecter la forme sociétaire de l'exploitation du fond, via un montage financier, faisant appel à une SEL.

III. La Société de Participation Financière des Professions Libérales

Depuis l'arrêt du conseil d'Etat du 28 mars 2012, les structures financières telles que les SPF-PL offrent de nouvelles opportunités pour l'exploitation d'une officine par les pharmaciens d'officine.

Depuis le décret d'application n°2013-466, qui est paru au Journal Officiel (JO) le 6 juin 2013 leurs usages sont réglementés.

Les SPF-PL sont des sociétés "holding", qui sont des sociétés de capitaux dont l'objet principal est la détention de parts ou d'actions de SEL uniquement. Par la nature de leur objet, cela en fait des sociétés purement financières.

Ainsi, elles sont couramment appelées « holding de SEL ». (92)

Le nombre de prises de participation d'une SPF-PL est fixé à trois SEL maximum par le décret d'application les réglementant. « En limitant le nombre de participations, le décret veut stopper les schémas des pharmacies en cascade. » (88)

Sans rentrer dans une analyse des régimes fiscaux inhérents à ces sociétés, ni des conséquences fiscales très variables selon le mode de détention pour son possesseur, ni de la complexité du montage financier à présenter aux banquiers, il convient de préciser l'utilisation des SPF-PL :

- Ces sociétés permettent « d'organiser un groupe de SEL, la holding est alors dite "animatrice" » ;
- ou permettent « à des pharmaciens d'intégrer ou de reprendre des SEL (...) qui portera les emprunts à leur place ».

Le moniteur des pharmaciens, dans son numéro n°2989, y consacre un article qui les qualifie « de boîte à outils » possédant un régime fiscal avantageux. (95)

« La holding permet au repreneur de ne pas payer d'impôts - ou presque - sur les dividendes qui lui servent à rembourser son emprunt d'acquisition ». (96)

Ainsi, les SPF-PL sont des outils de transmission et d'acquisition, mais aussi des sociétés permettant d'optimiser la fiscalité.

Le capital de la SPF-PL est réservé :

- Aux pharmaciens titulaires ;
- Aux pharmaciens adjoints ;
- SEL de pharmaciens d'officine ;
- Pharmaciens retraités ayant exercé au sein de ces SEL, pour une durée maximale de dix ans ;
- Ayant droit d'un pharmacien décédé, pour une durée de cinq ans. (87)

La nouveauté majeure mise en place par les SPF-PL est de faire rentrer les adjoints au capital d'une société et c'est cette évolution qui nécessite d'être rappelée. En effet cette opportunité, très récente, promet de voir leur nombre se multiplier à l'avenir.

Selon un interview dans le moniteur des pharmaciens n°2988, le président de la section D de l'Ordre des pharmaciens, affirme :

« Avec ce décret, les adjoints ont maintenant une voix qui compte. ». (88)

Pour le président de la section D, section des adjoints en pharmacie, « la holding va être la pièce maîtresse qui va permettre la transmission d'officine ». (88)

Selon lui, désormais, il peut exister une différence, que l'on pourra qualifier de différence de statut, entre l'adjoint salarié et le pharmacien libéral associé. Ainsi par la force des choses, les relations existantes entre un adjoint et son titulaire vont être modifiées et le métier de pharmacien adjoint connaîtra une évolution. (88)

En conclusion de ce titre, retenons pour simplifier qu'un pharmacien ne peut avoir d'intérêts économiques que sur 5 licences, détaillés comme suit :

- Une dans laquelle son diplôme est engagé, de manière directe ;
- Et quatre autres prises de participation dans des SEL de pharmaciens d'officine, pouvant se faire directement ou indirectement.

Rappelons que la SPF-PL est un outil permettant de faciliter la transmission des officines, notamment entre un titulaire et son adjoint. Bien que cette solution soit envisageable, elle ne devient pas forcément nécessaire.

Enfin, il convient d'énoncer que l'engouement premier à leur égard répond à un but d'optimisation fiscale.

Retenons au final, que le décret n°2013-466, bien qu'il introduit les SPF-PL, précise les prises de participation pour les SEL, et ainsi préserve l'indépendance professionnelle du pharmacien.

Selon l'Ordre national des pharmaciens, « L'officine dispose enfin d'un cadre juridique clair qui facilitera transmissions et cessions, ce qui contribuera sûrement à la restructuration du réseau officinal ». (92)

La dernière partie, traite d'une manière générale, du Management de l'équipe.

Le management de l'équipe a été développé autour de valeurs qui me sont chers concernant l'équipe de santé nécessaire à l'exploitation d'une officine aujourd'hui.

Afin de faire évoluer la pratique officinale décidée par les nouvelles prérogatives de la grande loi HPST, l'équipe et son titulaire devront, certes, développer des relations

de travail durables et ambitieuses, mais par-dessus tout devront s'y préparer efficacement.

Cette partie est un voyage au cœur des relations humaines. De part le métier de titulaire et les fonctions qui lui incombent, elle prendra tout son sens chez le lecteur possédant la fibre managériale.

Ainsi elle est articulée autour de trois notions clefs de l'équipe performante, la motivation au travail, la cohésion d'équipe et enfin la formation de celle-ci au titre du DPC (Développement Professionnel Continu), conditions *sine qua non*, à la réalisation d'un tel projet.

TROISIEME PARTIE :
UNE EQUIPE OFFICINALE PERFORMANTE

L'équipe est une donnée fondamentale de toute entreprise et est d'autant plus importante que l'entreprise est tournée vers le service.

Sa cohésion, sa façon de travailler, les rapports qu'elle entretient avec la direction sont des éléments essentiels, pouvant avoir un impact sur la notoriété de l'entreprise et donc sur son activité.

D'une certaine façon, on peut dire qu'elle contribue d'une manière non négligeable à la réputation d'un établissement. A la pharmacie, les patients attendent d'elle qu'elle soit, certes souriante, mais surtout fiable, prompte à l'écoute, soudée et par-dessus tout, compétente.

Afin de répondre aux nouvelles exigences, à l'évolution des demandes de santé et pour pérenniser son entreprise, le titulaire devra, veiller et inciter à :

- Un niveau de motivation nécessaire et suffisant ;
- Une cohésion parfaite entre les individus ;
- Une formation appropriée.

Avant de développer les fondements du Management Par Objectifs (MPO), outil managérial ayant fait ses preuves, il convient dans un premier temps de définir le concept de motivation au travail.

Titre 1/ La Motivation

I. Définition et concept de la motivation

Pour étudier le concept de motivation au travail, il faut avant toute chose, être préparé mais surtout être motivé à le faire. Ce constat, qui porte à sourire a été décrit de nombreuses fois dans la littérature traitant du sujet. Le premier obstacle de cette notion de motivation au travail, réside à en donner une définition.

« Une des premières obligations qui s'impose quand on entend traiter de motivation au travail est de mettre de l'ordre dans le vocabulaire scientifique et le lexique des praticiens de la gestion. Cela n'est cependant pas aisé. En effet, une revue de la question réalisée en 1981 fait état de cent quarante définitions de la motivation à travers la littérature spécialisée (Roussel, 1996) ». (97)

Ce phénomène s'explique par le fait, que le terme de "motivation" se confond avec ceux de satisfaction et d'implication.

Toutefois, Vallerand. et Thill, deux professionnels de la psychologie humaine, ont établi comme définition pour décrire plus généralement la motivation, ce postulat :

La motivation est «le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement ». (98)

De ce fait, au vu de sa construction hypothétique, il est difficile de l'observer directement chez une personne.

Cependant, elle doit être initiée par l'action d'une force motivationnelle. Qui peut être soit interne, c'est-à-dire propre à chacun, soit externe, c'est-à-dire liée globalement à l'environnement.

Cette définition met en avant la dualité de la force motivationnelle, acte qui déclenche le processus de motivation. Ainsi elle peut être :

- soit une force motivationnelle interne qui dépend des caractéristiques personnelles comme les besoins, les pulsions, l'instinct, les traits de personnalités par exemple ;
- soit une force motivationnelle externe qui dépend de la situation, de la nature de l'emploi, de l'environnement de travail, du mode de management de l'employeur, etc

"Le niveau de motivation" possède une certaine fluctuation et une variabilité entre deux personnes. Pinder en propose la description comme suit :

Le niveau de motivation peut « être soit faible soit fort, variant à la fois entre les individus à des moments déterminés, et chez une même personne à différents moments, et selon les circonstances » (99)

"Selon les circonstances", doit nécessairement attirer l'attention des managers veillant à la motivation de leurs équipes.

En résumé, nous avons des forces motivationnelles variables d'une personne à l'autre, qui changent d'une situation à l'autre, entraînant un niveau de motivation qui peut lui aussi être fluctuant. La motivation semble être un phénomène très évolutif.

Il en résulte pour l'employeur de connaître parfaitement chaque individu qui compose son équipe, et pour chacun d'entre eux, les facteurs de motivation.

De plus, il devra veiller à ce que les actions entreprises dans une situation ne soient pas parasitées par d'autres actions. Dans la mesure du possible, le temps imparti consacré à une tâche ne doit pas être entrecoupé par une autre action, et cela est nécessaire, afin de garder un seuil de motivation adéquat à la réalisation de cette première.

Ainsi, le manager, en identifiant précisément les tâches, l'employé, le temps nécessaire à la réalisation de celles-ci, et en veillant à ce que la situation soit adéquate, minimisera l'échec et augmentera le taux de réussite des actions entreprises.

Selon Patrice Roussel, auteur d'une note pour le LIRHE (Laboratoire Interdisciplinaire de recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi) intitulée "La motivation au travail-Concept et théories" , « il faut toutefois tempérer l'importance de la motivation dans la performance finale d'un salarié car il a été démontré que la performance est fonction de la motivation, certes, mais également des capacités de l'individu et du contexte dans lequel il évolue. À motivation égale, des capacités supérieures ou un contexte plus favorable permettront un niveau plus élevé de performance et inversement. ». (100)

Il est admis que la motivation est une composante de la performance. Ainsi la motivation des salariés contribue à la performance de l'entreprise, en alliant efficacité et efficience. Une équipe performante atteindra les objectifs définis (efficacité) et améliorera le rendement des moyens mis en œuvre (efficience).

Selon une étude intitulée « influence du niveau de motivation sur la performance dans une épreuve conflictuelle », son auteur conclut que :

- « L'accroissement du niveau de motivation ne conduit pas toujours à une amélioration de la performance.

- Il semble que la loi de variation de ces deux facteurs passe par une courbe à maximum. Ce maximum se situe aux intensités moyennes de motivation.
- Cela implique que des niveaux extrêmes (faibles ou élevés) ont un effet négatif, tandis que le niveau moyen a un effet optimum. » (101)

De ce fait, le manager devra aussi veiller au niveau de motivation idéal que chacun devra obtenir et entretenir pour l'accomplissement d'une tâche, dans le but d'obtenir la performance la plus élevée.

Au travers de cette approche, nous comprenons aisément que le concept de la motivation au travail est étroitement lié au type de travail, mais surtout que le manager possède sa part de responsabilité quant à la motivation de ces employés. Afin de mieux comprendre, quels éléments le manager possède pour induire une motivation (ou bien l'entretenir), il convient de développer certaines théories.

II. Classification des théories du concept de la motivation

C'est assez récemment, avec l'émergence des sciences cognitivo-comportementalistes, que de nombreux professionnels dont des scientifiques, des sociologues et des psychologues entre autres se sont penchés sur le concept de la motivation au travail en théorisant la question "Qu'est ce qui motive au travail ?" Ceci a été largement débattu, de nombreux courants de pensées se sont confrontés.

En 1990, « Kanfer développe une taxinomie qui intègre les dernières avancées des théories de la motivation et la fait reposer sur trois paradigmes ». (100)

Sans rentrer dans les détails de la classification, nous pouvons tout de même citer les grands taxons et certaines théories pionnières qui participent à l'inventaire des différentes philosophies du concept de la motivation au travail.

Ainsi, les théories peuvent se distinguer comme suit :

A/Les théories de contenu, basées sur la satisfaction des besoins

a/ Satisfaire les besoins pour motiver

La plus connue est celle de Maslow, elle est classiquement représentée à l'aide d'une pyramide qui hiérarchise les besoins d'un individu. Cette théorie stipule que c'est l'inassouvissement d'un besoin qui motive l'individu à sa réalisation mais aussi qu'un « nouveau besoin n'apparaît que si les besoins d'un niveau immédiatement inférieur ont été satisfaits ». (102)

Ainsi les travaux de Maslow permettent de hiérarchiser les besoins humains par ordre d'importance en cinq niveaux.

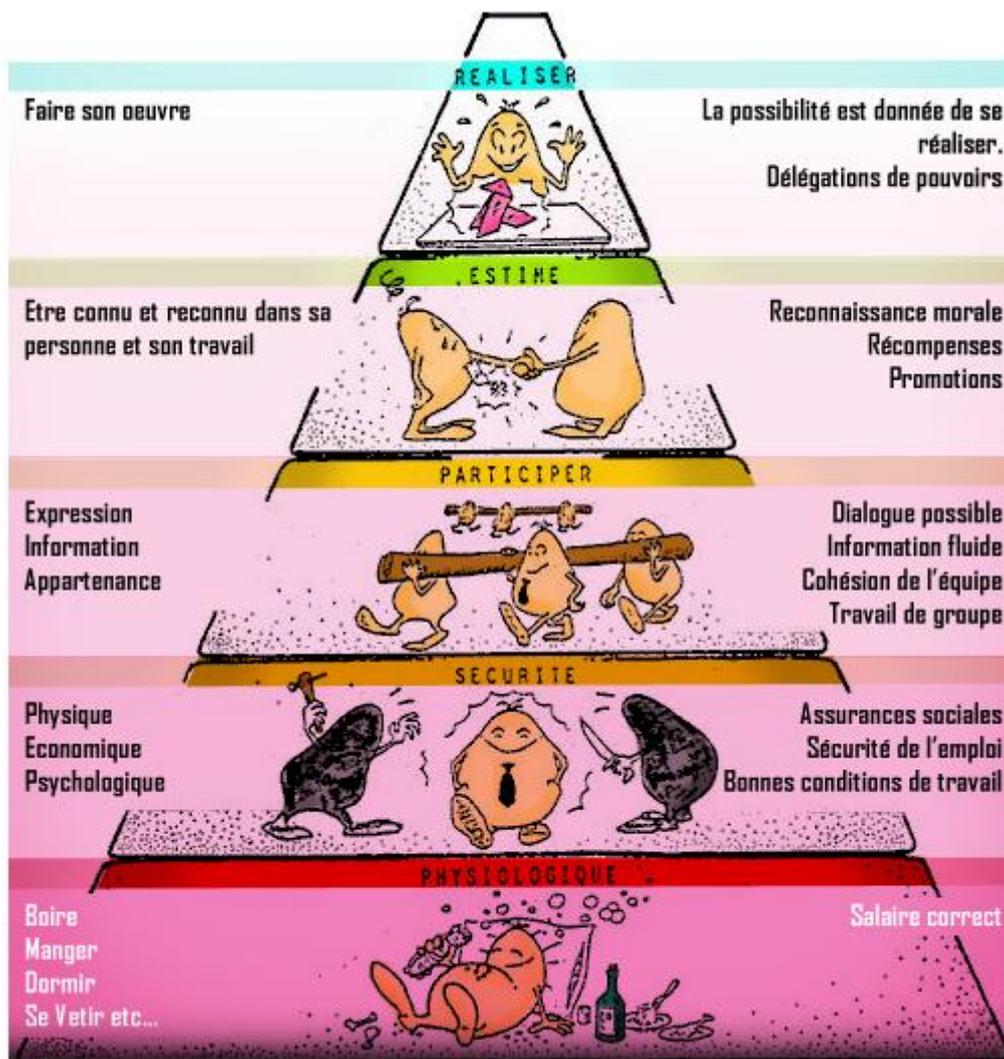


Figure 24 : Pyramide de Maslow (103)

Il s'agit, dans un ordre croissant : des besoins physiologiques; des besoins de sécurité; des besoins d'appartenance; des besoins d'estime et enfin du besoin d'accomplissement de soi qui se place au sommet de la pyramide de Maslow. Par transposition au monde du travail, on y retrouve des besoins qui chez le salarié nécessitent d'être accomplis pour augmenter son niveau de motivation.

b/ Rendre le travail plus intéressant pour motiver

Parmi ces théories, figure la théorie bi-factorielle d'Herzberg qui établit comme postulat que la motivation au travail résulte de la somme de deux composantes.

L'absence d'insatisfactions couplée à des facteurs de satisfactions conduisent à la motivation au travail.

Ainsi les facteurs de satisfaction sont relatifs à l'épanouissement de l'individu au travail. Parmi eux, nous trouvons, la réalisation de soi, l'évolution de la carrière, la responsabilité et l'autonomie par exemple.

Les facteurs d'insatisfactions sont relatifs aux conditions de travail et doivent avoir un niveau minimal. Parmi eux, nous pouvons citer le salaire, le système de supervision, les conditions de travail et plus généralement la politique salariale par exemple. (104)

Selon Herzberg, ces deux catégories de facteurs, la satisfaction et l'insatisfaction au travail, agissent de manière indépendante. « Ainsi le contraire de la satisfaction n'est pas l'insatisfaction mais l'absence de satisfaction. De la même manière, le contraire de l'insatisfaction est l'absence d'insatisfaction ». (104)

Ainsi, la motivation au travail ne peut pas provenir uniquement de l'élimination des facteurs d'insatisfaction. La formule de la motivation au travail selon Herzberg peut s'écrire « Motivation = absence d'insatisfaction + satisfaction ». (104)

B/Les théories du choix cognitif

Parmi celles-ci, Vroom définit la motivation d'un individu au travail en fonction des attentes et des chances qu'il possède à atteindre des objectifs

Cette théorie, contrairement à celle de Maslow et d'Herzberg, « ne se focalise pas sur les besoins ». La théorie de Vroom est connue sous le nom de "théorie des attentes ou théorie de l'expectation", elle est aussi appelée théorie Valence-Instrumentalité-Expectation (VIE). (105)

Elle définit la motivation comme une force déterminée par trois facteurs qui se combinent de façon multiplicative. L'expectation, l'instrumentalité et la valence sont définis comme suit :



Figure 25 : Théorie VIE selon Vroom (105)

Ainsi selon Vroom la formule de la motivation est : Motivation = Valence x Instrumentalité x Expectation.

C/ Les théories de l'autorégulation et de la métacognition

Motiver en fixant des objectifs : notamment, la théorie de la fixation des objectifs, 'Goal Setting Theory' (développée en 1981 par Locke et ses acolytes). (100)

Les théories de l'autorégulation et de la métacognition sont les plus récentes des théories de motivation des employés. La métacognition est « la connaissance personnelle d'un individu sur ses capacités et ses fonctionnements cognitifs. » (106)

Ainsi, le manager en connaissant son personnel, notamment sur le plan de sa capacité à mener à bien une action au travail, sera amené à déterminer quel employé pourra réaliser, avec le plus haut niveau de performance, une mission.

« Les travaux de Locke sont à l'origine du Management Par Objectifs (MPO), très développé actuellement. Ils ont également permis de dénoncer les pratiques managériales du type "faites pour le mieux" et de spécifier les conditions de succès inhérentes au MPO ». (98)

III. La théorie de la fixation des objectifs de Locke et son apport au management

Comme nous l'avons vu, Locke et son groupe de travail ont développé cette théorie de la fixation des objectifs, qui est la traduction anglaise de "Goal Setting Theory".

« Cette théorie cherche à répondre à la question "comment motiver les gens ?", et propose une solution, "en fixant des objectifs". » (100)

Dans ce but, elle est établie selon deux postulats de base et selon une hypothèse principale :

Les postulats :

- « Chaque individu possède des buts qu'il essaie consciemment d'atteindre »; (100)
- Et « les individus se comportent de façon rationnelle et consciente ». (100)

L' hypothèse principale :

- Les objectifs « seraient déterminés par des processus cognitifs et des réactions affectives, et ce seraient les antécédents qui influenceraient le plus fortement le comportement. » (100)

Mais en aucun cas, elle cherche à expliquer les processus qui relient l'apprentissage, l'affect, et le comportement vis-à-vis d'un objectif. Elle spécifie d'une manière logique que la motivation au travail d'un employé sera grandissante si des objectifs lui sont fixés.

Son apport considérable au management, a été, certes d'établir cette relation de cause à effet sur la motivation des individus, mais surtout d'être le fondement de l'analyse du caractère des objectifs.

« Selon Locke et afin d'optimiser son efficacité, un objectif doit revêtir plusieurs aspects :

- Être clair et précis, spécifique (cela facilite son atteinte) ;
- Être difficile mais réaliste (il constitue alors un défi motivant) ;
- Être accompagné d'un feed-back (retour) quant à son atteinte ;
- Être accompagné d'un soutien pour l'atteindre ;
- Avoir été établi en faisant participer tous les collaborateurs impliqués ;
- Être accompagné de récompenses lors de son atteinte. » (98)

Son approche a ainsi permis de développer, ce qui est classiquement appelé en management, l'objectif SMART, qui se décrit comme suit:

- S : Spécifique
- M : Mesurable
- A : Ambitieux
- R :Réaliste (et réalisable)
- T : Temporisable

Un objectif doit être spécifique dans le sens "précisé simplement".

Il doit être mesurable afin de produire un feed-back, c'est-à-dire un contrôle de son niveau de réalisation, et cela par l'employé et le manager.

Il doit être ambitieux, pour provoquer une motivation nécessaire à l'atteindre.

Il doit être réaliste, dans le sens d'être réalisable, pour éviter le découragement et ainsi l'échec devant l'adversité de celui-ci.

Il doit être temporisable, c'est-à-dire comporter une notion de temps à sa réalisation afin de produire une motivation nécessaire et adéquate à la réalisation de celui-ci mais aussi pour affirmer le caractère, non pas d'urgence maximale, mais de priorité évidente.

Ces éléments sont des conditions nécessaires à le définir pour déterminer son accomplissement.

A travers ces différentes théories du concept de motivation au travail, nous comprenons le rôle prépondérant du Manager à la faire naître, mais aussi son rôle essentiel pour l'encadrer et la maintenir.

Il est certain que des employés motivés et correctement dirigés atteindront des objectifs précis. Ces théories de la motivation concernent essentiellement l'individu. Ainsi l'individu motivé participe à l'équipe performante.

L'une des composantes de cette équipe, que le manager ne peut négliger, est assurément la plus importante. C'est la cohésion d'équipe.

Titre 2/ la cohésion

Avant de définir le terme de cohésion, il convient d'apporter des précisions quant aux notions de groupe et d'équipe. Ces deux identités sont composées d'individus mais une différence notable les distingue.

I. Différence entre un groupe et une équipe

« Un groupe est constitué de personnes centrées sur leurs objectifs et responsabilités personnels ». (107)

Les individus le composant travaillent séparément, ils ne sont pas réunis autour de projets communs. La plupart du temps les individus composant un groupe, selon le niveau de respect partagé collaborent uniquement ensemble.

Toutefois, dans certains moments, cette composition, peut avoir un effet négatif, les actions de l'un pouvant "court-circuiter" les actions d'un autre. Ainsi dans ce schéma, les objectifs communs sont délaissés au dépend de profits personnels. La cohésion n'étant pas assurée dans ce groupe, des sentiments négatifs peuvent surgir tels que la méfiance, la jalousie, voir le dégoût de l'autre. Cette liste n'est pas exhaustive, bien d'autres sentiments peuvent coexister.

En définitive, un groupe est un rassemblement de personnes dans un même endroit, bien qu'il soit sous la direction d'une même personne. Ainsi un groupe n'est pas une équipe.

« Une équipe partage un but commun » (107)

Bien qu'il « existe une interdépendance entre ses membres », liées à leurs différences d'âge, de diplômes, d'ancienneté dans la pratique, ou même de caractères, les personnes constituant l'équipe sont réunies dans le but de réaliser des objectifs communs. (107)

L'évaluation du chemin à parcourir pour la réalisation des objectifs est forcément différente d'une personne à l'autre, mais l'équipe arrivera à déterminer ensemble la meilleure tactique pour y parvenir.

Les idées émanant de chaque personne constituant une équipe seront réfléchies et élaborées, dans le but de développer une action commune pour la réalisation de celles-ci. Les désaccords entre protagonistes, semblent être, plutôt des différences de point de vue, liées aux caractéristiques (âge, ancienneté) des employés.

Ainsi les idées, opinions et désaccords servent à la réalisation d'un projet commun qui passe par des objectifs communs. Les Hommes composant une équipe coopèrent plus qu'ils ne collaborent.

Une entreprise dotée d'une équipe plutôt que d'un groupe d'individus sera une entreprise qui développera un sens commun des valeurs. A l'image du tisserand, cette entreprise créera un vrai tissu social.

L'objectif premier d'un manager est bien entendu d'orchestrer une équipe et non pas d'animer, voir même, de tenter de réanimer un groupe de personnes.

Ainsi, comme nous l'avons vu, de la volonté d'un chef d'entreprise de créer une expérience forte, d'un point de vue humain, l'équipe naît. Cette équipe tournée vers des objectifs communs présente cette caractéristique particulière, la cohésion.

II. Qu'est ce que la cohésion, force qui engendre l'esprit d'équipe ?

En physique quantique, la cohésion d'un noyau atomique est assurée par des interactions fortes, qui attirent les nucléons entre eux et empêchent ainsi les protons de se repousser.

Dans cette image, qui concerne la matière, tout est dit. Les sujets peuvent être assimilés aux protons, dont les façons de pensée sont différentes, qui sans cette cohésion tendront à se repousser pour éviter de s'expliquer.

La cohésion semble être un facteur incontournable du "travailler ensemble", non pas dans l'indifférence, mais dans le but partagé d'être rapproché bien que l'on soit différent. Ainsi la cohésion assure et engendre l'esprit d'équipe.

« L'esprit d'équipe peut être teinté de coopération ou de compétition ; dans tous les cas, il est l'expression de la solidarité et de la conviction qu'ensemble on peut faire plus que chacun séparément. » (107)

L'esprit d'équipe naît de la cohésion, et de la motivation des composantes de l'équipe à le faire surgir. Parmi les membres de cette équipe, bien que l'on puisse débattre sur le fait ou non que le titulaire y appartienne, c'est bien celui-ci qui a le rôle de la faire naître dans une officine.

Certains facteurs tendent à la favoriser :

- Objectifs définis et clairement explicités ;
- Convergence des intérêts individuels à long terme et de l'intérêt collectif ;

- Le leader se doit d'être reconnu en tant que tel ;
- Un leader doit être formé ;
- Le leader doit être expérimenté afin de réagir en cas d'incidents ;
- Recours à la concertation lors de réunion définies dans le temps et dont le sujet est précisé ;
- Les succès communs de l'équipe doivent être valorisés ;
- L'union est nécessaire face à un enjeu important. (107)

Le concept "d'esprit d'équipe", tout comme la motivation du précédent chapitre sont des notions très larges, ayant une certaine profondeur, qui peuvent être définies de façon très vaste.

Bien entendu un pharmacien titulaire n'est pas agrégé de philosophie mais étant chef d'entreprise, il se doit de se poser quelques questions relevant du bon sens, car dans l'exercice de ces fonctions, il est aussi manager.

Afin de poursuivre, sur la notion d'équipe, intéressons nous au stade de développement d'une équipe performante

III. Stades de développement d'une équipe

La différence entre un groupe et une équipe étant connue, poursuivons la réflexion sur les stades de développement vers une équipe performante.

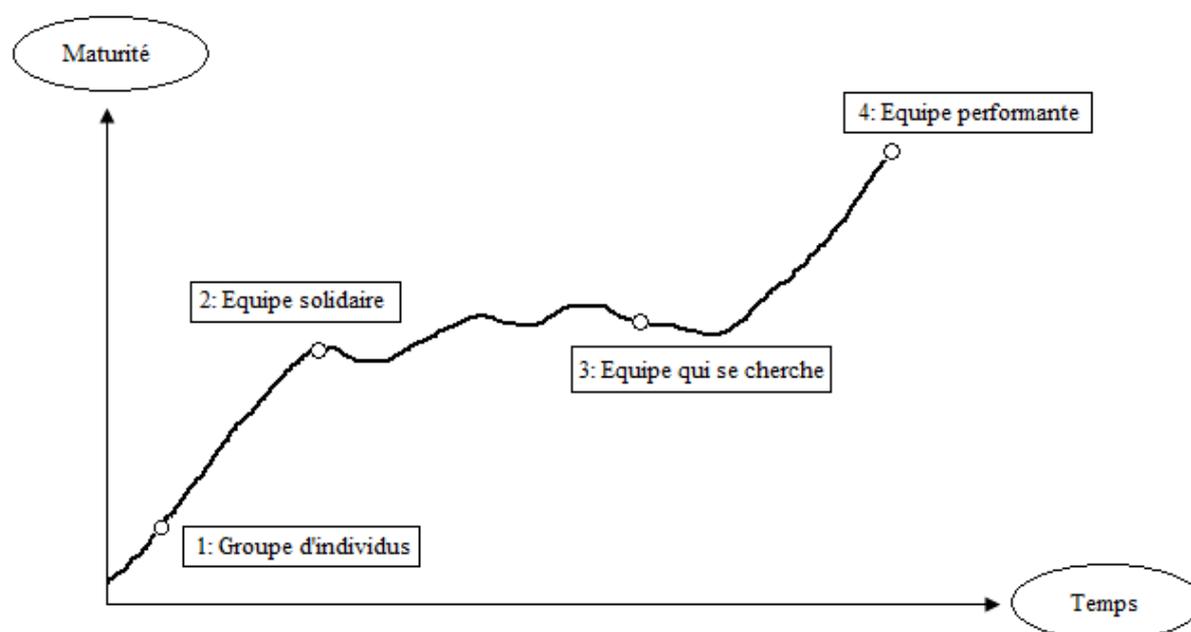


Figure 26 : Stade de développement d'une équipe (107)

Ce schéma reprend les stades de développement "de l'équipe performante". Pour y parvenir une maturation de celle-ci dans le temps est nécessaire en 4 étapes singulières :

- 1) Groupe d'individus
- 2) Equipe solidaire
- 3) Equipe qui se cherche
- 4) Equipe performante

Selon, Fabiole Moreddu, auteur du « Guide du management à l'officine », ces 4 étapes bien distinctes doivent être connues pour que le rôle du titulaire soit en conformité avec le stade de développement de l'équipe.

	Stade 1 : groupe d'individu	Stade 2 : équipe solidaire	Stade 3 : équipe qui se cherche	Stade 4 : équipe performante
Caractéristique	Chacun pour soi Peu d'échanges et de partage	Satisfaction d'être ensemble Partage des questions et des solutions, esprit de solidarité	Implication personnelle de chacun dans l'action Apparition de tensions, les personnalités fortes s'affrontent et des sous- groupes peuvent de créer	Equipe centrée sur la réalisation de l'objectif commun Autonomie et autorégulation des conflits au sein de l'équipe
Risques	Blocages et repli sur soi	Groupe fusionnel davantage centré sur la relation que sur les résultats	Décomposition de l'équipe	

Rôle du titulaire	Susciter la réflexion collective : Favoriser les échanges et la réflexion collective Rappeler l'objectif commun Proposer un cadre de fonctionnement	Réguler : Ecouter et reformuler Impliquer l'équipe dans les décisions Clarifier les méthodes de travail en fonction des objectifs, effectuer un recentrage sur le projet d'entreprise	Animer : Réguler les échanges et gérer les conflits Favoriser l'émergence de pôles de compétences Etre ferme sur le non-négociable	Co-organiser : Canaliser les énergies vers la réussite Donner les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs Ré individualiser son management et rester vigilant et disponible
-------------------	---	---	--	---

Figure 27 : Caractéristiques, risques et rôle du titulaire à chaque étape de la constitution d'une équipe performante (107)



(D'après Albert Vianelle paru dans la revue TWI Tobles)

Figure 28 : La vision de l'animateur

Dans un premier temps, cette caricature démontre bien la cohabitation de caractères qui existe parmi les personnes au sein d'une entreprise.

Dans un deuxième temps, elle porte à réflexion sur la difficulté que peut rencontrer un manager d'unir tout le monde autour d'un sujet commun lors de réunions d'équipe.

Dans un troisième temps, on peut se poser deux questions :

- Pourquoi le manager n'y figure pas ?
- Et enfin, quel animal serait le plus représentatif du pharmacien titulaire en fonction de son caractère mais aussi en fonction de son mode de management ?

Bien que les réunions d'équipe puissent avoir un aspect unidirectionnel car orchestrées par un seul Homme, le manager, elles doivent être un moment incontournable de cohésion, profitable aux échanges. Cela en fait un exercice complexe pour le manager. Il devra imposer son point de vue au titre de son pouvoir de décision mais devra veiller à écouter son équipe au titre de la cohésion d'équipe.

Ainsi ces séances se doivent d'être le siège de réflexions participatives.

En partant du principe, que le manager possède une équipe performante, les réunions d'équipe peuvent ne pas être uniquement unidirectionnelles, mais être le lieu propice d'un échange entre les différents membres de l'équipe.

La nécessité d'avoir une équipe performante quelle que soit l'entreprise n'est pas à démontrer, l'intérêt étant limpide à l'image de l'eau de roche.

Nous avons vu précédemment qu'une équipe performante est composée d'individus motivés et qu'elle est réunie autour d'objectifs communs, ce qui a pour conséquence de l'unir devant l'adversité. Afin de s'y préparer, une notion primordiale de l'équipe performante, est incontournable : c'est la formation. Bien qu'elle soit traitée en dernier dans cette partie, elle possède un rôle majeur et est non négociable pour définir l'équipe performante.

Titre 3/ La Formation au titre du DPC

I. Présentation du DPC

Le Développement Professionnel Continu a été introduit comme nous l'avons vu dans la partie II par l'article 59 de la loi HPST, publiée le 22 juillet 2009 au Journal Officiel. Il concerne l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et

paramédicaux. C'est une obligation annuelle, individuelle et légale. Chaque professionnel de santé doit valider un parcours de DPC chaque année.

Selon le Code de la santé publique (CSP), le DPC constitue une obligation pour les pharmaciens inscrits à l'ordre ainsi que les pharmaciens mentionnés à l'article L.4222-7, c'est-à-dire qu'il concerne même les pharmaciens n'exerçant pas d'activité pharmaceutique comme les pharmaciens inspecteurs de santé publique par exemple. (108)

Selon l'ordre des pharmaciens, la formation initiale (6 à 10 ans) suivie du développement professionnel continu ainsi que l'inscription à l'Ordre national des pharmaciens garantissent aux patients d'être face à des pharmaciens formés et compétents. (109), (110)

D'après l'article 59, « le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». (111)

En d'autres termes, le DPC comprend une phase d'acquisition de connaissances ou de compétences et une phase d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) afin d'augmenter la qualité des soins et de répondre correctement aux exigences de la pratique.

Selon l'ordre des pharmaciens, « Le monde de la santé est un monde d'exigences ». (109)

II. Les programmes de DPC

L'arrêté du 26 février 2013 détermine les orientations nationales du développement médical continu des professionnels de santé fixées par le ministre des Affaires sociales et de la santé. Elles prennent en compte les priorités de santé publique. (112)

Six orientations sont définies et contiennent chacune plusieurs programmes:

- Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients.
Avec par exemple un programme portant sur la promotion des actions de prévention ou de dépistage.

- Contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients.
Avec par exemple un programme favorisant le bon usage et l'observance des traitements.
- Contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques.
Avec par exemple un programme portant sur la lutte contre le mésusage et le détournement de certains médicaments.
- Contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles.
Avec par exemple un programme portant sur l'amélioration du travail en équipes de soins, la gestion managériale de ces équipes.
- Contribuer à l'amélioration de la santé environnementale.
Avec par exemple un programme portant sur la connaissance par les professionnels de santé des données existantes sur les liens entre pathologies et facteurs environnementaux.
- Contribuer à la formation professionnelle continue.
Avec par exemple un programme portant sur l'économie et la gestion de l'entreprise définie à l'article L. 6313-9 du code du travail, « ce programme a pour objet la compréhension par les salariés du fonctionnement et des enjeux de l'entreprise ».(113)

Tous les programmes de DPC sont consultables sur www.ogdpc.fr.

L'OGDPC est l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu, Sur son site, il référence les organismes de DPC (ODPC) qui sont les organismes qui encadrent le DPC. Tous les programmes sont disponibles quelque soit la profession de santé.

Il est important de savoir que les adjoints ont le choix de leur programme de DPC, alors que celui des préparateurs relève de l'employeur.

Ces programmes concernent dans le DPC, la partie « acquisition de compétences ».
(110)

III. L'EPP : élément du DPC

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) ne doit pas être confondue avec l'évaluation des connaissances. Il peut s'agir par exemple d'une analyse de la délivrance d'une classe de médicaments, d'une analyse d'ordonnances ayant soulevé un problème au sein de la pharmacie ou tout autres faits en rapport avec la pratique officinale.

« Il s'agit d'observer ce que l'on fait, pas ce que l'on sait ». (110)

Ainsi l'EPP peut comprendre des réunions d'équipe portant sur un sujet relevant d'un constat où la pratique nécessite d'être améliorée.

Sa mise en œuvre contribue largement à donner au manager de bonnes raisons de réunir toute l'équipe autour du même sujet afin d'améliorer la qualité de cette pratique.

L'EPP pour être valide nécessitera une méthodologie particulière, définie par l'Organisme du DPC

La motivation est un des facteurs de réussite des actions entreprises par chacun.

Elle est multifactorielle, évolutive et différente d'une personne à l'autre.

Bien que l'Homme travaille pour répondre à ses besoins, d'une manière générale en gagnant de l'argent, il aspire à travailler en harmonie avec sa hiérarchie et ce afin d'augmenter son bonheur ; même dans un moment parfois difficile comme celui du travail.

La cohésion est le facteur d'une équipe soudée mais c'est aussi un facteur incontournable d'une équipe performante. En instillant la cohésion d'équipe, le manager créera l'esprit d'équipe. Les employés seront alors unis dans l'adversité, tournés vers des objectifs communs de réussite.

La formation est capitale pour un métier évolutif, qui doit être à la pointe de la connaissance scientifique et des nouvelles pratiques. C'est en apprenant correctement les nouveaux objectifs de santé, que les pharmaciens seront à même de les développer.

En définitive, aujourd'hui, l'équipe officinale se doit d'être motivée, unie et formée afin de garantir dans les meilleures conditions le changement souhaité.

Conclusion

Du fait d'un ensemble de phénomènes cumulés, en combinaison avec la conjoncture économique que le secteur connaît, il est vrai que des pharmacies ferment.

Compte tenu des apports nécessaires pour l'achat d'une pharmacie, le poids du facteur "économique" sur la diminution des licences est non discutable. Cependant, la responsabilité de la conjoncture économique est à relativiser. En effet, la grande majorité des restitutions de licences sont, comme nous l'avons vu, dues à leur non rachat, faute de repreneurs.

Ainsi la France et notamment dans ses campagnes, les plus rurales, perd peu à peu ses officines.

La conséquence de ce phénomène tend à avoir des répercussions sur le maillage territorial, qui semble s'effriter en ces endroits reculés de France. A la longue, couplés aux déserts médicaux, les déserts pharmaceutiques naîtront, et la plus grande cause de ce phénomène sera la non installation des jeunes en ces lieux.

Dans tous les cas, dans un avenir proche, les départs à la retraite massifs s'opéreront et les hausses du numerus clausus auront un effet de diminution de l'âge moyen des pharmaciens.

Il semblerait que pour la nouvelle génération, pouvant être qualifiée "de restante", il sera plus facile de s'installer. Du moins on pourrait se laisser à penser, que de nombreuses officines seront en vente, et que selon la loi de l'offre et de la demande, le prix des officines tendra à baisser.

Néanmoins, le modèle économique de l'entreprise officinale est contraint de s'adapter à de nombreux changements. Ainsi, pour la future génération de chefs d'entreprise, le choix de l'officine devra être mûrement réfléchi.

La loi HPST et ses nouvelles missions pour la profession de pharmacien, sont des avancées majeures pour voir redorer le blason du pharmacien en tant que professionnel de santé. La nouvelle convention, bien qu'elle ne déconnecte pas totalement le pharmacien du prix des médicaments est la traduction de cette avancée pour rompre en douceur avec son image de commerçant.

Néanmoins, on regrettera que l'adoption d'une rémunération pour les ETP, innovation principale, pour contrer les maladies poly-pathologiques et chroniques, qui sont les défis de santé publique de nos pays développés ne soit pas plus communiquée auprès des professionnels de santé pour les inciter à y participer.

Cette convention, couplée à la diminution des prix des médicaments, incite les pharmaciens titulaires à adopter une stratégie d'entrepreneur, qui peut être, de se tourner vers le service des patients en tant que professionnel de santé.

Ainsi pour garder un niveau économique stable de son entreprise officinale, le titulaire se doit de s'adapter.

Par la force des choses, le management à l'officine est aujourd'hui une des réponses à ces changements. Bien que la motivation, la cohésion et la formation, ne soient pas suffisant, ces notions restent indispensables.

En ayant en tête que le modèle économique de la pharmacie est en mutation, que la profession de part les nouvelles missions nécessite une formation adéquate, il est clair que de nombreuses discussions doivent se dérouler entre la hiérarchie et l'équipe lors des réunions de travail.

Ces quelques notions qui peuvent sembler triviales, sont d'une importance majeure pour que l'équipe officinale prenne le cap de la mutation souhaitée.

Annexes

ANNEXE 1 : LOI HPST Article 84 (65)

« ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

« Chapitre Ier

« Dispositions générales

« Art.L. 1161-1.-L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

« Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

« Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.

« Art.L. 1161-2.-Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en oeuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

« Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

« Art.L. 1161-3.-Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique.

Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Art.L. 1161-4.-Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés ni mis en oeuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des

entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 élaborent et mettent en oeuvre ces programmes ou actions.

« Art.L. 1161-5.-Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

« Ils sont mis en oeuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

« Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient ; il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

« La mise en oeuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

« Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

« Ces programmes d'apprentissage ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée.

« Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

« Art.L. 1161-6.-Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Chapitre II

« Dispositions pénales

« Art.L. 1162-1.-Est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en oeuvre un programme sans une autorisation prévue aux articles L. 1161-2 et L. 1161-5. »

II.-Le chapitre Ier du titre II du livre V de la première partie du même code est complété par un article L. 1521-7 ainsi rédigé :

« Art.L. 1521-7.-Le titre VI du livre Ier de la présente partie est applicable dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de l'adaptation suivante :

« A l'article L. 1161-2, les mots : " des agences régionales de santé " sont remplacés par les mots : " de l'agence de santé " ».

III.-L'article L. 5311-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'agence est également chargée du contrôle du respect des dispositions des autorisations délivrées en application de l'article L. 1161-5. »

IV.-Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient déjà mis en œuvre avant la publication de la présente loi ont jusqu'au 1er janvier 2011 pour obtenir l'autorisation de ces programmes auprès des agences régionales de santé compétentes.

V.-Un rapport sera présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient et sur leurs financements, notamment sur la possibilité d'un fonds national.

ANNEXE 2 : Demande d'autorisation d'un programme d'ETP auprès de l'ARS (69)

Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient

DEMANDE D'AUTORISATION D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT AUPRÈS DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

Structure porteuse du programme :

- raison sociale :
- numéro FINESS EJ ou SIREN :
- adresse :
- lieu(x) de mise en œuvre : nom(s) et adresse(s)

L'équipe

Le coordonnateur du programme :

Nom :

Adresse professionnelle :

Fonction :

Organisme d'appartenance (en préciser le statut juridique) :

Formation de coordonnateur d'ETP, dont les compétences sont définies par l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient

Autre(s) formation(s) en ETP :

Fournir en annexe :

- la liste des intervenants (nom, prénom, profession) ;
- pour chaque membre de l'équipe, y compris pour le coordonnateur, la photocopie du ou des documents attestant des compétences en éducation thérapeutique du patient définies par l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient :

L'équipe comporte-t-elle un ou plusieurs patients intervenant dans la mise en œuvre du programme ?

Oui Non

Rappel : Conformément aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique ... Dans le cadre des programmes (d'éducation thérapeutique), ... tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit... Les programmes d'ETP, ... ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé...

Le programme

Intitulé :

Pour les programmes dont le coordonnateur est un médecin ou un autre professionnel de santé :

Le programme a-t-il été coconstruit avec une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique ? Oui Non

Si oui, avec quelle association ?

Cette association participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?

Oui Non

La participation d'un ou de patients au programme est-elle prévue ? Oui Non

Si oui, est-il ou sont-ils formés à l'ETP ? Oui Non

Et à quelle(s) étape(s) du programme se fait cette intervention ? Coordination
animation évaluation

Pour les programmes dont le coordonnateur est un membre d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique :

Le programme a-t-il été coconstruit avec une équipe médicale ? Oui Non

Si oui, avec quelle équipe ?

Cette équipe médicale participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?

Oui Non

Le programme d'ETP concerne le problème de santé suivant :

Affection de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD), asthme, une ou plusieurs maladies rares

Préciser :

Une priorité régionale. Préciser :

Autre. Préciser :

Quelle est l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du programme ?

Le programme est-il réalisé : En ambulatoire Au cours d'hospitalisation Les deux ?

Joindre en annexe le programme, en veillant à ce que l'ensemble des éléments de la section Le programme du cahier des charges (cf. annexe I) y figure.

La coordination

Décrire succinctement quelles modalités de coordination et d'information entre les intervenants au sein du programme sont envisagées.

Décrire succinctement quelles modalités de coordination et d'information avec les autres intervenants du parcours de soins du patient, notamment son médecin traitant, sont prévues. Un modèle de courrier est à joindre dans le dossier de demande d'autorisation.

Confidentialité

Joindre en annexe une copie des documents d'information du patient lors de son entrée dans le programme.

Décrire succinctement selon quelles modalités la confidentialité des données (y compris informatisées, le cas échéant) concernant le patient est assurée et selon quelles modalités son consentement pour l'entrée dans le programme et son consentement pour la transmission des données le concernant seront recueillis.

Le cas échéant, l'exploitation des données individuelles donnera-t-elle lieu à une demande d'autorisation auprès de la CNIL ?

Oui Non

Joindre en annexe une copie de la charte d'engagement signée par l'ensemble des intervenants.

L'évaluation du programme

Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quels éléments sera réalisée l'évaluation annuelle du programme.

Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quels éléments sera réalisée l'évaluation quadriennale du programme.

Le financement

Lister les sources de financement du programme en précisant, pour chaque source, le montant du financement.

Signature du demandeur de l'autorisation :

Signature de l'association ayant participé à la coconstruction ou participant à la mise en œuvre du programme :

Signature du responsable de l'équipe médicale ayant participé à la coconstruction ou participant à la mise en œuvre du programme par une association :

Liste des figures

Figure 1 : Démographie officinale de 2011 à 2015

Figure 2 : Densité de pharmacies par surface territoriale en Europe (1000 km²)

Figure 3 : Pourcentage de communes fragiles pour l'accès à la pharmacie, à court et moyen termes pour chaque région métropolitaine

Figure 4 : Pourcentage de pharmacies concernées par une fragilité territoriale à court et moyen termes, par région métropolitaine

Figure 5 : Principaux motifs de fragilité identifiés par les ARS

Figure 6 : Nombre de pharmacies en France métropolitaine entre 2005 et 2015

Figure 7 : Typologie des fermetures

Figure 8 : Les zones blanches

Figure 9 : Les mesures d'économie qui touchent le médicament de 2013 à 2016

Figure 10 : Données démographiques des officinaux

Figure 11 : Moyenne d'âge des pharmaciens de 2004 à 2014

Figure 12 : Moyenne d'âge par section de l'année 2014

Figure 13 : Personnes physiques inscrites à l'ordre en 2014 de 56 ans et plus par section

Figure 14 : Données relatives au numerus clausus

Figure 15 : Augmentation du numerus clausus et des nouveaux inscrits entre 2004 et 2014

Figure 16 : Les 86 sous-secteurs d'activités les plus rentables en 2009 ou 2010 classés par rentabilité et nombre de réglementations

Figure 17 : Impact de la réglementation sur le niveau de rentabilité constaté

Figure 18 : Les professionnels concernés par la coopération

Figure 19 : Combinaisons de transferts d'activité envisagées par le CSP

Figure 20 : Mise en place d'un protocole de coopération entre professionnels de santé

Figure 21 : Evolution du Barème de marge de 2008 à 2016

Figure 22 : Evolution des exploitations en nom propre et en association des officines depuis 2000

Figure 23 : Répartition des types de sociétés d'officine depuis 2000

Figure 24 : Pyramide de Maslow

Figure 25 : Théorie VIE selon Vroom

Figure 26 : Stade de développement d'une équipe

Figure 27 : Caractéristiques, risques et rôle du titulaire à chaque étape de la constitution d'une équipe performante

Figure 28 : La vision de l'animateur

Bibliographie

1. Leca A. Droit pharmaceutique. Bordeaux: les Études hospitalières; 2008.
2. Pharmacies-officine-titulaires-liberaux.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/content/download/1101/10695/file/Pharmacies-officine-titulaires-liberaux.pdf>
3. Pharmacie - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie>
4. Code de la santé publique - Article L5125-5. Code de la santé publique.
5. Article 39 projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/projets/pl0284.pdf>
6. Code de la santé publique - Article L5125-3. Code de la santé publique.
7. Code de la santé publique - Article L5125-11. Code de la santé publique.
8. Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 10/02/2010, 324109 [Internet]. 2010 [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CE_TATEXT000021867308&fastReqId=160360801&fastPos=1
9. DAGTEKIN E. Transfert d'officine : cas pratique. université de lorraine; 2013.
10. Morvillers L. Le maillage territorial des officines. [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2011/phisp/morvillers.pdf>
11. Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2011 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3728/44100/version/3/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2011.pdf>
12. Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2012 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/14425/212938/version/6/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2012.pdf>
13. Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2013 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/96829/550893/version/8/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2013.pdf>
14. Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2014 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/159891/778520/version/3/file/Demographie+2014-brochure+nationale.pdf>
15. Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2015 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/226240/1272462/version/2/file/40635+-+Demographie+2015_SP_page+%C3%A0+page-Vdef.pdf
16. Instruction DGOS/R2 n° 2014-70 du 7 mars 2014 relative au diagnostic régional des

- territoires pour l'accès aux pharmacies d'officine [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-04/ste_20140004_0000_0057.pdf
17. La démographie des pharmaciens au 1er janvier 2015 | Appel Médical [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.appelmedical.com/client/info360/la-demographie-des-pharmaciens-au-1er-janvier-2015/>
 18. 8ème arrondissement de Paris : Santé / Pharmacies [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.8leguide.com/sante-pharmacies.php#.VqfoUFIgqSp>
 19. Population du 8eme arrondissement de Paris - 75008 - Découvrez qui sont les habitants du 8eme arrondissement de Paris et tout l'immobilier à proximité sur drimki.fr [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.drimki.fr/population+paris+8eme-arrondissement+75008>
 20. Insee - Territoire - Population, superficie et densité des principaux pays du monde en 2015 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=CMPTEF01105
 21. UE Un vent de dérégulation souffle en Europe 2007 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq152_26_dossier.pdf
 22. Définition : Maillage réseau | Experian Marketing Services [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.experian.fr/marketing-services/ressources/glossaire/maillage-reseau.html>
 23. Quelle mesure de l'accessibilité spatiale aux soins? [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/cahier/N29.pdf>
 24. ARS Plan de lutte contre la désertification officinale AUVERGNE Septembre 2015 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/actualites/Pharmacies/septembre/Plan_regional.pdf
 25. Fermetures d'officines en métropole évolution au 30.06.15 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/244131/1336564/version/1/file/Fermetures+d'officines+en+m%C3%A9tropole_%C3%A9volution+au+300615.pdf
 26. Isabelle Adenot sur Twitter : « Fermetures de pharmacies: durant les 6 premiers mois de 2015, une fermeture tous les deux jours. 22% dans communes moins de 2500 habitants » [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <https://twitter.com/isabelleadenot/status/644904793446711296>
 27. Le Moniteur des Pharmacies numéro 3097 page 12 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/media/156/d056b13719b3ce926801b7c3d8a7e/Le%20Moniteur%20des%20Pharmacies%20num%C3%A9ro%203097%20page%2012.pdf>
 28. Emploi : 7 % des pharmaciens au chômage - 09/03/2015-Actu- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150309-emploi-7-percent-des-pharmaciens-au-chomage.html>

29. Chômage : 12 % des adjoints sont concernés - 06/10/2015-Actu- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/151006-chomage-12-percent-des-adjoints-sont-concernes.html>
30. Ané C. Six métiers de la santé qui protègeront du chômage. Le Monde.fr [Internet]. 6 oct 2015 [cité 26 janv 2016]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/campus/article/2015/10/06/six-metiers-de-la-sante-qui-protogeront-du-chomage_4783026_4401467.html
31. Communiqué de presse de la démographie des pharmaciens au 1er janvier 2015 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/226215/1272112/version/1/file/CP+d%C3%A9mo+Vdef.pdf>
32. Profession réglementée | service-public.fr [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/glossaire/R1029>
33. Rapport IGF n°2012 M 057 03 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/2012-M-057-03-Tome1-pr.pdf>
34. REPONSE+ONP-IGF_aout+2014.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/165306/806502/version/1/file/REPONSE+ONP-IGF_aout+2014.pdf
35. La taille d'échantillon optimale | CheckMarket [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <https://fr.checkmarket.com/kb/comment-calculer-la-taille-d-echantillon/>
36. Bissuel, Gallois. En finir avec les rentes des professions réglementées. Le Monde. 25/072014;6.
37. Code de la santé publique - Article L5125-20. Code de la santé publique.
38. Code de la santé publique - Article L5125-1. Code de la santé publique.
39. Code de la santé publique - Article L5125-22. Code de la santé publique.
40. Code de la santé publique - Article R4235-48. Code de la santé publique.
41. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
42. Guide de stage officinal de formation - Dispensation du médicament [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://unt-ori2.crihan.fr/unspf/2010_Caen_Gazengel_guide_de_stage_officinal_d_initiation/co/dispensation_du_medicament.html
43. Code de la santé publique - Article R4235-3. Code de la santé publique.
44. Code de la santé publique - Article R4235-64. Code de la santé publique.
45. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20120506_0107_0034.pdf

46. Code de la santé publique - Article R4235-5. Code de la santé publique.
47. Code de la santé publique - Article R4236-1. Code de la santé publique.
48. Insee - Indicateur - Hausse du taux de chômage au troisième trimestre 2015 [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14>
49. Insee - Définitions, méthodes et qualité - Chômeur (BIT) [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/chomeur-au-sens-du-bit.htm>
50. EUR-Lex - 62007CJ0171 - EN - EUR-Lex [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:62007CJ0171>
51. Enquête+sectorielle+-Réponse+de+l'Ordre+national+des+pharmaciens+à+l'Autorité+de+la+concurrence.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/113131/618084/version/1/file/Enqu%C3%AAt+sectorielle+-R%C3%A9ponse+de+l'Ordre+national+des+pharmaciens+%C3%A0+l'Autorit%C3%A9+de+la+concurrence.pdf>
52. J24-Dossier-AvoirEuropeTete.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/123306/644968/version/1/file/J24-Dossier-AvoirEuropeTete.pdf>
53. Médicaments de médication officinale : non à l'ouverture du monopole officinal ! - La lettre 32 (lundi 14 octobre 2013) - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/accueil-lettre-32/Medicaments-de-medication-officinale-non-a-l-ouverture-du-monopole-officinal>
54. « LA SEULE QUESTION QUI VAILLE, C'EST CELLE DU BON MÉDICAMENT, DU BON TRAITEMENT, AU BON MOMENT » - Le Moniteur des Pharmacies n° 2981 du 27/04/2013-Revues- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2981/la-seule-question-qui-vaille-c-est-celle-du-b-on-medicament-du-bon-traitement-au-bon-moment.html>
55. Marchés pharma : l'OTC en berne, le générique se cherche un nouvel élan [Internet]. PharmAnalyses. 2011 [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://pharmanalyses.fr/marches-pharma-lotc-en-berne-le-generique-se-cherche-un-nouvel-elan/>
56. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
57. Loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>
58. Code de la santé publique - Article R5125-33-5. Code de la santé publique.
59. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38. 2009-879 juill 21, 2009.

60. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879 juill 21, 2009.
61. Carnets de santé [Internet]. [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.carnetsdesante.fr/Soins-de-premier-recours-pour-une>
62. Code de la santé publique - Article R4235-2. Code de la santé publique.
63. Programme de formation continue ETP OMS [Internet]. [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
64. etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
65. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 84. 2009-879 juill 21, 2009.
66. plan_maladies_chroniques_2007-2011.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_chroniques_2007-2011.pdf
67. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. 2010-904 août 2, 2010.
68. Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. 2010-906 août 2, 2010.
69. Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.
70. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
71. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 51. 2009-879 juill 21, 2009.
72. Coopérations - Gérer un établissement de santé / médico-social - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/>
73. Rapport Rioli [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: http://www.unpf.org/force_d.php?c=bc4ccef6f9e1474e3ab5e30f69cb4f4311c4dfdc
74. Inspection générale des affaires sociales RM2011-090P - Juin 2011 Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000355.pdf>
75. Code de la sécurité sociale - Article L162-16-1. Code de la sécurité sociale.
76. Gaertner P. Actualités. Actual Pharm. mai 2012;(516):4.
77. ameli.fr - Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d->

officine/convention-nationale.php

78. These_Pharmacies_C_FEBRE_2012.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINTE/telecharger/04_PS_Struct_sante/406_Sect_pharma_bio_medicale/40602_Pharma_officine/4060207_Theses/These_Pharmacies_C_FEBRE_2012.pdf
79. Convention pharmaceutique : les syndicats et l'assurance maladie tombent d'accord - Mars 2012 - Pharmaceutiques [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/art_1433.html
80. JO_avenants_3_4_5.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/JO_avenants_3_4_5.pdf
81. Arrêté du 22 août 2014 fixant les plafonds de remises, ristournes et autres avantages commerciaux et financiers assimilés prévus à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale.
82. Médicaments : prix et marges Leem Insee [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/610.html>
83. Arrêté du 28 novembre 2014 modifiant 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.
84. Nouvelle rémunération : outil de simulation-Gestion- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/gestion/nouvelle-remuneration-outil-de-simulation.html>
85. EVENEMENT.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/ressources/upload/imgnewspha/pharmacie/Essentiel/134/EVENEMENT.pdf>
86. Réforme de la rémunération : les 3 enseignements surprenants de notre simulation [Internet]. OffiSanté. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://offisante.fr/reforme-de-la-remuneration-les-3-enseignements-surprenants-de-notre-simulation/>
87. Décret n° 2013-466 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. 2013-466 juin 4, 2013.
88. Le décret décrypté - Le Moniteur des Pharmacies n° 2988 du 15/06/2013-Revues- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2988/le-decret-decrypte.html>
89. Loi n° 2010-658 du 15 juin 2010 relative à l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée. 2010-658 juin 15, 2010.
90. Code de commerce - Article L526-6. Code de commerce.
91. Article_SPFPL.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: http://village-notaires.com/IMG/pdf/article_SPFPL.pdf

92. J33_Dossier-SPFPL-SEL-YVoirPlusClair.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/140928/712094/version/1/file/J33_Dossier-SPFPL-SEL-YVoirPlusClair.pdf
93. Impôt sur les sociétés : entreprises concernées et taux d'imposition - professionnels | service-public.fr [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23575>
94. Décret sur les SPF-PL, premiers commentaires sur un texte très attendu par la profession [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.schmeltz-avocats.eu/article/file/1371410721.pdf>
95. Une intéressante boîte à outils - Le Moniteur des Pharmacies n° 2989 du 22/06/2013- Revues- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2989/une-interessante-boite-a-outils.html>
96. Des conséquences fiscales très variables selon le mode de détention - Le Moniteur des Pharmacies n° 3009 du 30/11/2013-Revues- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3009/des-consequences-fiscales-tres-variables-selon-le-mode-de-detention.html>
97. Maugeri S. Théories de la motivation au travail. Paris: Dunod; 2013.
98. Les-theories-de-la-motivation-au-travail.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.iae-toulouse.fr/files/sitemrh/Les-theories-de-la-motivation-au-travail.pdf>
99. Griffin RW, Wayne SJ, Pinder CC. Work Motivation-Theory, Issues, and Applications. *Adm Sci Q.* juin 1985;30(2):299.
100. Bibliographie - motivationroussel.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.lesclesdelamotivation.fr/Documents%20li%E9s/motivationroussel.pdf>
101. de Bonis M. Influence du niveau de motivation sur la performance dans une épreuve conflictuelle. *Année Psychol.* 1965;65(2):365-76.
- 102 Théories de la motivation des individus au travail - Le blog de danielus.over-blog.com [Internet]. [cité 11 févr 2016]. Disponible sur: <http://danielus.over-blog.com/article-theories-de-la-motivation-des-individus-au-travail-46093164.html>
- 103 admin. La pyramide de Maslow (hiérarchie des besoins) [Internet]. *cpositif.info.* 2014 [cité 11 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.cpositif.info/pyramide-de-maslow/>
- 104 La théorie d'Herzberg sur la motivation au travail [Internet]. Antonin GAUNAND. 2011 [cité 11 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.antonin-gaunand.com/management/la-theorie-d-herzberg-sur-la-motivation-au-travail/>
105. Motivation - La théorie VIE de Vroom - Management [Internet]. [cité 11 févr 2016]. Disponible sur: <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article9>
106. Larousse É. Définitions : métacognition - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9tacognition/50820>

107. Moreddu F. Guide du management à l'officine. Rueil-Malmaison: "Le Moniteur des pharmacies : Wolters Kluwer France; 2012.
108. Code de la santé publique - Article L4222-7. Code de la santé publique.
109. Le développement professionnel continu (DPC) - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 24 janv 2016]. Disponible sur:
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC>
110. Tout savoir sur le DPC - Le Moniteur des Pharmacies n° 2981 du 27/04/2013-Revues-
Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 2 févr
2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2981/tout-savoir-sur-le-dpc.html>
111. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 59. 2009-879 juill 21, 2009.
112. Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013.
113. Code du travail - Article L6313-9. Code du travail.

Table des matières

Sommaire	- 10 -
Liste des abréviations.....	- 11 -
Remerciements	- 13 -
Introduction.....	- 16 -
PREMIERE PARTIE : LA MUTATION OFFICINALE	- 18 -
Titre 1/ Une répartition territoriale en mouvement.....	- 19 -
I. Les réglementations d’installations : de leur origine à aujourd’hui.....	- 19 -
II. Démographie officinale	- 24 -
III. Densité pharmaceutique.....	- 25 -
IV. Le maillage territorial et les facteurs déterminants de son maintien.....	- 28 -
Titre 2/ Des licences perdues	- 33 -
I. Fermeture d’officine, un phénomène prononcé.....	- 33 -
II. Une cadence qui s’accélère	- 34 -
III. Typologie des fermetures.....	- 35 -
Titre 3/ La démographie, et ses problèmes générationnels	- 38 -
I. Données démographiques des officinaux au 1er Janvier 2015.....	- 38 -
II. Le vieillissement de la profession.....	- 39 -
III. Un taux d’évaporation élevé	- 42 -
IV. L’augmentation du numerus clausus	- 43 -
V. Un taux de chômage grandissant.....	- 45 -
Titre 4/ D’un climat de suspicion aux attaques concurrentielles.....	- 46 -
I. Une des 37.....	- 47 -
II. Rappel de certaines exigences légales	- 51 -
III. Attaque concurrentielle de la grande et moyenne surface	- 54 -
DEUXIEME PARTIE : UN PROFESSIONNEL LIBERAL AU SERVICE DES PATIENTS	- 59 -
Titre 1/ Développer son rôle de professionnel de santé	- 60 -
I. HPST : une loi qui encadre les nouvelles pratiques.....	- 60 -
II. Article 38, nouvelle vision du pharmacien d’officine	- 61 -
III. Article 36 et Soins de premier recours.....	- 63 -
IV. Article 84 et Education Thérapeutique	- 63 -
V. Article 51 et Coopération entre professionnels de santé	- 65 -
Titre 2/ La nouvelle rémunération	- 69 -
I. Le Rapport de l’Inspection Générale des Affaires Sociales	- 69 -
II. Cheminement législatif de la nouvelle rémunération.....	- 71 -
III. La Convention pharmaceutique de 2012 et son impact sur la rémunération	- 72 -

Titre 3/ Les tendances de l'exploitation de l'entreprise officinale	- 78 -
I. Démographie juridique des officines et phénomènes remarquables.....	- 78 -
II. La Société d'Exercice Libéral	- 82 -
III. La Société de Participation Financière des Professions Libérales	- 84 -
TROISIEME PARTIE : UNE EQUIPE OFFICINALE PERFORMANTE	- 88 -
Titre 1/ La Motivation	- 89 -
I. Définition et concept de la motivation	- 89 -
II. Classification des théories du concept de la motivation.....	- 92 -
III. La théorie de la fixation des objectifs de Locke et son apport au management	- 95 -
Titre 2/ la cohésion.....	- 97 -
I. Différence entre un groupe et une équipe	- 97 -
II. Qu'est ce que la cohésion, force qui engendre l'esprit d'équipe ?.....	- 99 -
III. Stades de développement d'une équipe	- 100 -
Titre 3/ La Formation au titre du DPC	- 103 -
I. Présentation du DPC	- 103 -
II. Les programmes de DPC.....	- 104 -
III. L'EPP : élément du DPC	- 106 -
Conclusion	- 108 -
Annexes	- 110 -
ANNEXE 1 : LOI HPST Article 84 (65)	- 110 -
ANNEXE 2 : Demande d'autorisation d'un programme d'ETP auprès de l'ARS (69).....	- 113 -
Liste des figures.....	- 117 -
Bibliographie	- 119 -
Table des matières	- 127 -

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2015/2016

Nom : BOEGLIN

Prénom : Jean-François

Titre de la thèse : Le management : facteur clé de succès du pharmacien d'officine dans un secteur en mutation

Mots-clés :

Maillage territorial-Démographie-HPST-Nouvelle rémunération-Management

Résumé :

Selon les souhaits émis par la loi HPST, l'entreprise officinale se doit aujourd'hui d'évoluer. La place du pharmacien dans le système de santé est réaffirmée, il est désormais un professionnel de santé capable d'encadrer l'ETP. Sa nouvelle rémunération, via l'octroi d'un honoraire de dispensation, le déconnecte partiellement de son étiquette de commerçant.

Dans tous les cas, le pharmacien titulaire est, et restera un Manager qui dans l'exercice de ses fonctions devra insuffler des notions clés à son équipe pour prendre le cap de la mutation souhaitée.

La motivation, la cohésion et la formation sont les fondations de ce changement.

Membres du jury :

Président : M. Eric SERGHERAERT, Professeur en Droit et Déontologie Pharmaceutique, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Assesseur(s) : M. Thomas MORGENROTH Professeur agrégé en Economie et Gestion, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Membre(s) extérieur(s) : M. Michel WATTRELOS, Expert comptable, Lille