

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

**Soutenu publiquement le 6 juillet 2017  
Par M. DESCAMPS Ludovic**

---

**LA PHARMACIE D'OFFICINE : UN SECTEUR D'AVENIR EN PLEINE  
MUTATION.**

*Entre menaces et opportunités, les piliers de la profession en péril.*

---

**Membres du jury :**

**Président :** M. SERGHERAERT Éric, Professeur des universités, faculté de pharmacie de Lille 2

**Assesseur :** Mme LEHMANN Hélène, Maître de conférences, faculté de pharmacie de Lille 2

**Membre extérieur :** M. WATRELOS Michel, Expert-comptable, SARL Conseils et Auditeurs Associés, 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 <sup>er</sup> 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 Maîtres 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 Maîtres 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.**

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur Éric SERGHERAERT, président du jury,**

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse et de présider ce jury. Pour vos conseils avisés vis-à-vis de mon travail, votre patience, votre disponibilité et votre aide précieuse dans l'élaboration de ma thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect le plus profond et l'expression de mes remerciements les plus sincères.

### **A Madame Hélène LEHMANN,**

Pour me faire l'honneur de siéger parmi les membres du jury et d'avoir acceptée de critiquer ce travail. Merci de m'accorder un peu de votre temps.

### **A Monsieur Michel WATRELOS,**

Pour avoir accepté de prendre part au jury, de vous intéresser à ce travail et de bien vouloir le juger. Merci pour votre enthousiasme vis-à-vis du sujet de ma thèse.

### **A mes parents,**

Pour avoir été à l'origine de l'orientation de mes études vers la pharmacie d'officine. Merci de m'avoir soutenu dans ce choix, d'avoir eu confiance en moi et de m'avoir laissé gérer mon parcours d'étudiant tout en sachant me remotiver lorsque cela était nécessaire. Je ne serais jamais arrivé jusqu'ici sans votre présence à mes côtés.

### **A mon frère et ma sœur,**

Pour m'avoir aidé à conserver le sourire dans des situations où cela relevait de l'impossible. Merci d'avoir constamment su me divertir durant mes (nombreuses) années d'études, que ce soit à tour de rôle ou simultanément, j'ai toujours pu compter sur vous. Votre présence a toujours été un vrai réconfort.

### **A ma chérie,**

Pour m'avoir motivé encore et toujours à mener ce travail à son terme. Merci de me soutenir au quotidien comme tu le fais si bien. Merci pour ton attention sans faille et pour tout le bonheur que tu me procures.

### **A Vincent, Nicolas, Sarah, Lise et Charles,**

Merci à vous cinq de me supporter depuis si longtemps. La pérennité de notre amitié est un point d'ancrage auquel je me suis toujours raccroché lorsqu'il m'a fallu surmonter des épreuves difficiles. Je suis heureux de pouvoir profiter de chacun de vous et souhaite que cela ne change jamais.

Et enfin, merci à toi Nico pour nos nombreuses (et courtes) sessions de travail entrecoupées de (longues) sessions de divertissement en tout genre.

### **A Vannak,**

Merci de m'avoir accompagné durant ces études et de m'avoir aidé à passer outre les obstacles. Tu as toujours été de bon conseil et nos longues discussions étaient toutes plus passionnantes les unes que les autres. Merci également pour ton soutien et ton aide précieuse dans la réalisation de cette thèse.

### **A toute ma famille et mes ami(e)s,**

Merci à chacun d'entre vous de m'avoir suivi et encouragé depuis le départ. Merci pour tous les bons moments passés ensemble et pour tous ceux à venir.

## SOMMAIRE

### Table des matières

ABREVIATIONS COURAMMENT UTILISEES.....	9
INTRODUCTION.....	11
I. Un maillage territorial des officines à préserver .....	13
A. Une économie officinale fragilisée.....	14
1. Le marché au ralenti.....	14
2. Des disparités économiques aux origines multiples .....	19
3. Une densité qui pose problème .....	22
4. Un besoin de clarté.....	27
B. Une démographie officinale problématique .....	30
1. Le constat d'un vieillissement des pharmaciens .....	31
2. Un renouvellement trop faible .....	33
3. Une période charnière aux lourdes conséquences .....	36
4. Retrouver l'équilibre démographique pour lutter contre le chômage.....	38
C. Une réorganisation contrainte et forcée mais bénéfique .....	40
1. Une diminution « naturelle » du nombre d'officines.....	41
2. Le rôle prépondérant des ARS et les autres moyens.....	43
3. Le transfert : une fausse bonne idée.....	45
4. Des regroupements à encourager .....	47
D. Le e-commerce : une alternative au maillage territorial.....	50
1. L'impératif de réglementation .....	50
2. L'impératif d'uniformisation .....	53
3. Le e-commerce : une solution palliative aux fermetures d'officines.....	57
4. Un e-commerce à réserver aux officines physiques .....	60
II. Le monopole officinal contesté .....	63
A. Un monopole historique, fort et étendu .....	63
1. La dualité du monopole .....	63
2. Le monopole, une contrepartie financière au maillage qui en appelle d'autres.....	65
3. De l'importance du troisième pilier .....	69
4. La scission inévitable du monopole officinal .....	71
B. Un monopole incontesté pour le médicament remboursable.....	73
1. Le cœur de l'activité du pharmacien.....	74
2. Un pharmacien qui remplit son rôle et un patient rassuré .....	76
3. Une activité difficile à apprécier qualitativement .....	79
4. Des dérogations qui atténuent le monopole .....	82
C. Un monopole contesté pour l'automédication.....	85
1. Du médicament non remboursable au « produit frontière » .....	85
2. Un monopole rattaché au prix du médicament .....	87
3. Une désinformation virale mal soignée .....	90
4. Une contestation finalement injustifiée .....	93
D. Un monopole à la recherche du juste équilibre .....	97
1. Des voisins européens comme exemple... ..	98
2. Des modifications du mode de rémunération à étoffer.....	105
3. Le positionnement du commerce électronique et son devenir.....	107
4. Un monopole officinal demandant à être renforcé .....	109
CONCLUSION .....	113
ANNEXES .....	118
BIBLIOGRAPHIE .....	120



## ABREVIATIONS COURAMMENT UTILISEES

ADLC	Autorité De La Concurrence
AFIPA	Association Française des Industries Pharmaceutiques pour une Automédication responsable
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ARS	Agence Régionale de Santé
CAP	Centrale d'Achat Pharmaceutique
CEP	Contrat d'Etudes Prospectives
CJUE	Cours de Justice de l'Union Européenne
CNC	Conseil National de la Consommation
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOP	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
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
DGEFP	Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DPC	Développement Professionnel Continu
FSPF	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
GMS	Grandes et Moyennes Surfaces
GPUE	Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne
HPST	[Réforme de] Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection Générale des Finances

IRACM	Institut de Recherche Anti Contrefaçon de Médicaments
OMPL	Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONP	Ordre National des Pharmaciens
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PMF	[Médicament à] Prescription Médicale Facultative
PMO	[Médicament à] Prescription Médicale Obligatoire
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
UNPF	Union Nationale des Pharmacies de France
USPO	Union des Syndicats Pharmaceutiques Français

## INTRODUCTION

Au fil des années les pharmacies d'officines ont su s'adapter aux modifications quelle que soit leur nature : législative, technologique ou économique. Forte d'un maillage ayant fait ses preuves et de leur monopole de dispensation du médicament, elles constituent un acteur incontournable de la santé publique.

Bien qu'en développement permanent, les pharmacies d'officine subissent elles aussi la crise économique et, pour la première fois, traversent une période difficile. Outre les difficultés économiques et ses nombreuses répercussions sur le secteur, les pharmaciens officinaux font aujourd'hui face à de nombreuses incertitudes. Alors que la concurrence intra- et interprofessionnelle se fait toujours plus rude, notamment avec la pression de la grande distribution, ce sont désormais les fondations de la profession qui se voient fragilisées. D'une part avec le maillage territorial, garant d'une répartition harmonieuse des officines, qui est mis à mal par une crise, autant économique que démographique. Et, d'autre part avec le monopole pharmaceutique auquel le secteur se raccroche encore et toujours mais qui subit des attaques de tous côtés.

Alors que l'on qualifie déjà certaines zones de « déserts médicaux », et que l'on cherche encore des solutions pour remédier à la fuite des généralistes, les pharmacies d'officines font figures d'exception. Loin de tout aspect financier, puisque répondant uniquement à la volonté des législateurs, les officines sont réparties sur tout le territoire suivant des critères d'effectifs de population. L'objectif du législateur est de rendre le médicament disponible en proximité immédiate en garantissant la meilleure sécurité possible au patient. Le Code de la Santé Publique (CSP) dispose dans son article L.5125-4 que « *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* ». Cela permet d'obtenir une répartition harmonieuse, répartition qui forme ce qu'on appelle le maillage territorial des officines. Il est caractéristique et constitue, avec le monopole officinal, l'un des deux piliers de la profession pharmaceutique.

Le secteur de la pharmacie d'officine voit sa réglementation modifiée presque annuellement. L'évolution, qu'elle soit ou non volontaire, est indispensable mais elle ne saurait être bénéfique sans une étude préalable de l'état des lieux du milieu officinal. Je vais donc m'attacher à la réalisation de cet état des lieux, afin de dresser un bilan objectif de la situation en vue d'appréhender au mieux l'avenir de la profession du pharmacien d'officine.

Le caractère objectif de mon analyse vis-à-vis du sujet de cette thèse sera logiquement mis en doute. Cependant tout au long de mes études et durant la rédaction de cette thèse, je dois confesser avoir changé de regard sur le monde pharmaceutique et plus précisément sur celui de l'officine à de multiples reprises. Passant de l'enthousiasme à de l'appréhension, d'un sentiment de rejet à un sentiment de fierté. De ce fait je pense échapper à tout délire d'exaltation aussi bien qu'à un catastrophisme démesuré. Et c'est avec le désir de livrer un avis éclairé sur ce sujet tant pour moi que pour les lecteurs futurs que je me suis attelé à l'écriture de ma thèse. Cet aparté me semblait nécessaire afin de ne pas sous-estimer le poids des éléments qui seront exposés tout au long de ce travail.

Le sujet traité dans le cadre de cette thèse est vaste, aussi nous allons, tout d'abord, nous intéresser au maillage officinal (I) dont les fragilités sont plus nombreuses qu'il n'y paraît, puis nous verrons les dangers qui pèsent sur le monopole officinal et les raisons de sa contestation (II).

## I. Un maillage territorial des officines à préserver

S'agissant du maillage officinal, la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) reconnaît « *une restriction à la liberté d'établissement* » justifiée par la protection de la santé publique. Dans son arrêt<sup>1</sup> du 1<sup>er</sup> juin 2010, relatif au maillage territorial des pharmacies d'officines, la CJUE affirme que « *la liberté d'établissement des opérateurs économiques doit être mise en balance avec les impératifs de la protection de la santé publique et que la gravité des objectifs poursuivis dans ce domaine peut justifier des restrictions qui ont des conséquences négatives, même considérables, pour certains opérateurs* ». Elle justifie ainsi le maillage territorial car n'empêchant pas la création en nombre suffisant de pharmacies capables d'assurer un service pharmaceutique approprié.

Dès lors le maillage officinal constitue un service de santé publique, c'est ce service qui lui permet d'exister au sein de l'Union Européenne.

Très peu d'ouvrages bibliographiques font mention du maillage territorial et de son origine. A ce titre, seulement trois lois ont contribué à son élaboration en 70 ans dont deux après 1999<sup>2</sup>. Avant 1945, seule une loi fait référence aux apothicaires, celle du 11 avril 1803 (21 germinal de l'an XI) qui vise à réaffirmer le principe du monopole des pharmaciens. Le premier acte de loi, dit loi du 11 septembre 1941 et validée par une ordonnance du 23 mai 1945, a pour objet d'ordonner le réseau officinal. Elle instaure une limitation du nombre de pharmacies dans le but de limiter « *une concurrence qui peut devenir préjudiciable à la moralité de la profession* ». C'est avec cette loi qu'apparaissent les licences, licences remises à toute officine déjà créée alors, et requises dorénavant pour toute nouvelle création d'officine.

Cela a permis de contrôler l'installation de nouvelles officines en fonction de quotas de population. Or on comptait déjà plus d'officines que prévues par la loi dans les grandes villes. De fait la loi fut essentiellement appliquée dans les zones plus rurales tandis que dans les villes seules des créations par dérogations furent accordées. Ces dérogations étaient autorisées par le ministre compétent et ne devaient s'appliquer que si les besoins de population l'exigeaient. Mais ces

---

<sup>1</sup> CJUE, 1er juin 2010, affaires des Asturies C-571/07 et C-570/07.

<sup>2</sup> Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « Le maillage territorial des officines », Laurence MORVILLERS, 20 septembre 2011.

dérogations ont fini par devenir la norme et ce n'est que le 27 juillet 1999, par la loi n°1999-641 que ces règles ont été modifiées. La loi supprime les dérogations et autorise, et même favorise, les demandes de regroupements sur celles de transferts et de créations. Quelques années plus tard, la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 va mettre un terme quasi définitif à la création d'officine tout en encourageant encore un peu plus les regroupements.

Ce principe de répartition dans lequel patients et pharmaciens trouvent chacun leurs avantages se voit pourtant remis en question. Le contexte économique (A) comme démographique (B) fragilisent le maillage territorial et sont susceptibles de le modifier dans les années à venir. Cette réorganisation future appelle nécessairement une restructuration du réseau via, d'une part, une diminution du nombre d'officines (C) et, d'autre part, l'essor du commerce électronique du médicament (D).

## A. Une économie officinale fragilisée

Les difficultés économiques que nous allons mettre en évidence sont en partie liées au ralentissement du marché du médicament (1). Ces difficultés accentuent les disparités entre les officines (2) qui, par ailleurs, souffrent déjà de la surdensité du réseau officinal (3), en particulier dans les zones urbaines. Cependant, la résolution de ces contraintes exige une analyse précise et régulière du secteur officinal (4).

### 1. *Le marché au ralenti*

La pharmacie d'officine traverse une période de crise dont les effets commencent seulement à se faire ressentir depuis trois à quatre ans. Et cela devrait perdurer encore quelques années eu égard à l'origine structurelle de la crise.

Ainsi, depuis 1995, on assiste à une baisse des volumes de vente avec une stabilisation de 2007 à 2011. Tout indique cependant que les volumes de vente ont depuis chuté à nouveau et qu'il ne faut pas attendre d'amélioration prochainement comme le confirme l'Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales (OMPL) dans son analyse de mars 2012 « *De l'état des lieux à la prospective* ». Il en

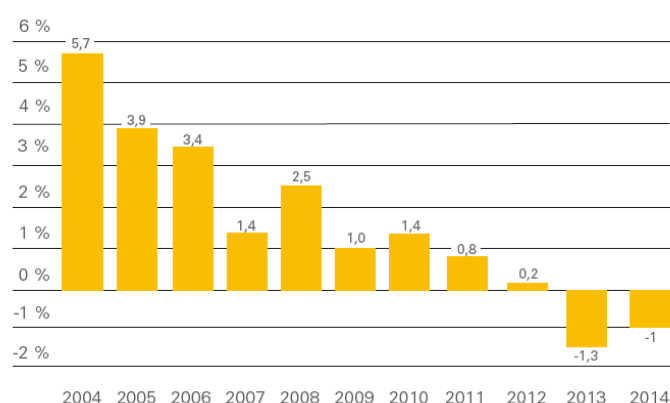
va de même pour le taux de marge brute officinal avec une diminution continue malgré la relative stabilisation observée de 2006 à 2011.

Lorsqu'on connaît le poids des médicaments remboursables dans le chiffre d'affaires, qui est en moyenne de 70% à 80% selon les officines, on comprend mieux que l'activité économique du secteur soit le reflet des grandes réformes de santé. La diminution des remboursements des médicaments et les limitations des volumes de vente sont les conséquences des politiques de maîtrise des dépenses.

L'Autorité de la Concurrence (ADLC) relève, dans un rapport<sup>3</sup> remis fin 2013, un ralentissement continu de l'augmentation du chiffre d'affaires (CA) des officines entre 2006 et 2012, allant même jusqu'à s'inverser récemment. En effet, pour la première fois depuis plus de 15 ans, le chiffre d'affaires des officines françaises a connu une diminution (-0,5%) au cours de l'année 2012<sup>4</sup>.

L'institut d'audit et d'expertise comptable KPMG, fort de son panel de plus de 500 pharmacies d'officines, publie chaque année son rapport d'analyse sur l'activité du secteur. Le dernier de ces rapports (*i.e.* avant l'instauration des nouveaux modes de rémunération) analyse l'exercice comptable des officines entre 2013 et 2014. L'institut relève, lui aussi, un chiffre d'affaires en baisse (figure 1) même s'il nuance la pertinence de l'indicateur compte tenu de l'évolution du secteur.

Évolution du C.A. hors taxes en %



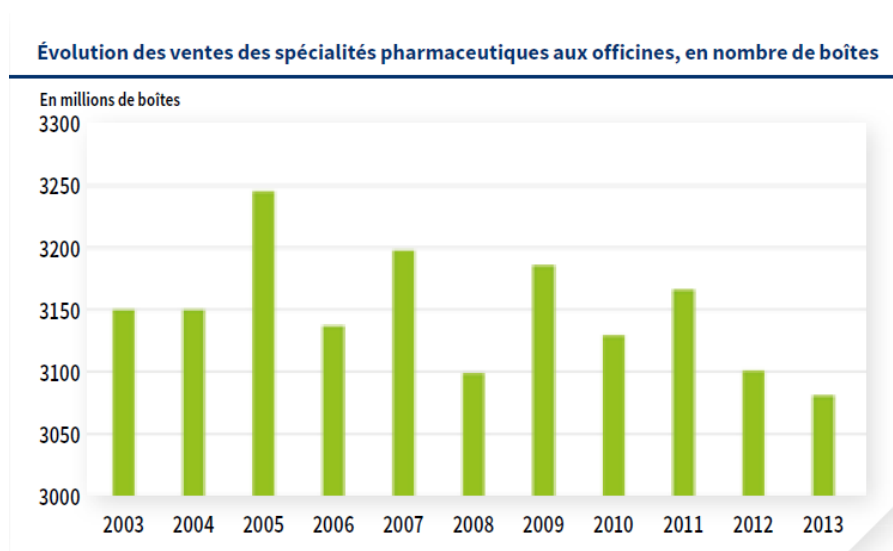
**Figure 1** : Evolution du CA des officines – Source : « *Moyennes Professionnelles 2015* », Institut KPMG.

<sup>3</sup> « *Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament en ville ?* », Autorité de la Concurrence, septembre 2013.

<sup>4</sup> Etude Xerfi sur les pharmacies, décembre 2012.

Les difficultés économiques pour le pharmacien, et spécifiquement pour les titulaires d'officine, sont réelles. Les causes, nous allons le voir, sont nombreuses. L'abaissement forcé des marges et les déremboursements successifs sont pour partie à l'origine de ces difficultés du fait de la rémunération presque exclusive du pharmacien via sa marge commerciale (et donc du nombre de boîtes débitées).

Concernant, le volume de vente des spécialités pharmaceutiques, celui-ci est également en net recul. L'ANSM pointe une diminution des ventes<sup>5</sup> destinées aux officines de -2,4% en 2013 (figure 2), là où celles destinées aux hôpitaux connaît une hausse de +1,8%. Partant de ce même constat, l'Ordre National des Pharmaciens (ONP) l'affirme : « *les pharmacies sont en difficulté économique, une sur trois fonctionne avec une trésorerie négative* »<sup>6</sup>



**Figure 2** : Evolutions des ventes aux officines – Source : ANSM

Malheureusement, la politique actuelle de maîtrise des dépenses de santé induit une diminution des marges, à l'image de la chute du taux de marge moyen<sup>7</sup> à 23,82% sur la période de mars 2013 à mars 2014. A cela s'ajoute le net recul du marché du médicament remboursable, ce qui entraîne logiquement la diminution du chiffre d'affaires. A titre illustratif, les données statistiques IMS indiquaient un recul du chiffre d'affaires de 3,1% entre juillet 2015 et juillet 2016, avec une baisse encore plus franche du CA du médicament remboursable à 4,2% durant cette même année<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> ANSM - Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 – Juin 2014.

<sup>6</sup> « *L'Officine française, le contraire d'une rente* », CNOP, juillet 2014.

<sup>7</sup> Le moniteur des pharmacies n°3031, François Pouzaud, 10 mai 2014.

<sup>8</sup> Le moniteur des pharmacies, « *Chiffre d'affaires : en recul sur juillet* », Stéphanie Bérard, 2 septembre 2016.



Le ralentissement du marché, combiné à un taux de marge en baisse, oblige les officines à générer un chiffre d'affaires plus élevé que par le passé pour assurer leur avenir. En sus, force est de constater que les nouveaux modes de rémunération voulus par la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire (HPST) ne paraissent, pour le moment, pas suffisant pour endiguer l'accentuation de l'aspect commercial qui tend à prédominer sur celui de la santé.

L'émergence de nouveaux modes de rémunération, tout sauf une coïncidence, est sans nul doute une opportunité sur laquelle la profession devrait se pencher avec intérêt et ce, même si de nombreuses zones d'ombres existent encore, à l'image du mode de rétribution des nouveaux services proposés par le pharmacien. Parmi ces nouvelles rémunérations, proposées nous trouvons l'honoraire de dispensation, mis en place par la convention du 4 avril 2012 et signé par les trois syndicats représentatifs de la profession et l'assurance maladie. Cet honoraire s'additionne au prix du médicament en fonction de l'ordonnance et du nombre de lignes de traitement.

Comme stipulé dans la convention du 4 avril 2012, la réunion entre les syndicats pharmaceutiques et l'assurance maladie tenue le 10 janvier 2014 a permis d'acter l'évolution de la rémunération du pharmacien. Ainsi au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le forfait de 0,53€ par boîte s'est vu remplacé par un honoraire de dispensation de 0,80€ pour chaque boîte de médicament remboursable vendue (y compris hors prescription). Ce même honoraire est passé à 1€ en 2016. La marge dégressive lissée (MDL), fonction du prix HT du médicament, est maintenue mais subit quelques corrections. Enfin pour toute ordonnance complexe, avec plus de 5 lignes, le pharmacien percevra un honoraire de 0,50€ par ordonnance si un plan de prise est établi lors de la délivrance.

Concrètement, pour les médicaments peu chers, de 0€ à 1,81€, la marge est réduite à néant mais plus que compensée par les honoraires puisque la rémunération est passée à 1 euro<sup>9</sup>. Tandis que pour les médicaments moyennement chers, de 22,90€ à 150€, le taux de marge est réduit d'environ 10% et même réduit à zéro pour ceux dont le prix excède les 1 500€.

---

<sup>9</sup> Pharmacien Manager n°134 « *Le temps des Honoraires* », Myriam Loriol et François Pouzaud, février 2014.

L'intérêt de cette nouvelle rémunération n'est pas le même d'une pharmacie à l'autre comme nous le verrons par la suite (cf. Partie I.A.2). D'après un premier bilan, réalisé en juillet 2015 par la société Offisanté sur un échantillon représentatif de 1700 pharmacies, les résultats semblent plutôt mitigés<sup>10</sup> bien qu'en adéquation avec les projections réalisées par les syndicats. Ainsi 94% des pharmacies sont « gagnantes », si l'on ne retient que la nouvelle méthode (marge + honoraires), avec une moyenne à +860€. En revanche, il apparaît qu'en incluant les baisses de prix, la quasi-totalité des pharmacies (99,6%) soit perdante avec une moyenne à - 1 500€. La réforme n'arrive donc pas à compenser efficacement la baisse des prix.

L'autre honoraire concerne les ordonnances complexes devant protéger les officines « éthiques » traitant de nombreux patients multi pathologiques chroniques. Or, il s'avère que l'assurance maladie a prioritairement baissé les prix des médicaments relatifs à ces pathologies. Ces pharmacies se sont vues doublement pénalisées et ont perdu en moyenne 2 400€ contre 1 400€ pour les autres.

On retrouve également d'autres éléments propres à tous les commerces. Les frais de personnel ne sont pas à négliger. On s'intéresse souvent aux seuls pharmaciens mais ce sont plus de 150 000 emplois qui sont générés par l'officine en France. D'après l'INSEE, l'accélération des charges de personnel est passée de 3,7% par an entre 1989 et 2002 à 8,6% par an entre 2002 et 2006.

A cela s'ajoute le coût du stock, qu'on estime à 1,25% de sa valeur par mois de stockage, et les besoins en matériel (essentiellement informatique). Cet investissement est inévitable, pour le suivi du patient, pour assurer sa sécurité ou pour gérer l'officine. Là aussi le coût est important pour une entreprise pharmaceutique.

Ainsi, la pharmacie d'officine se positionne à l'interface entre santé publique et marché du médicament. De ce fait son activité, notamment économique, est réglementée par l'Etat et le système de protection sociale mais soumise aux règles du marché par ses relations avec les laboratoires pharmaceutiques et les grossistes répartiteurs. Il est de ce fait légitime de se demander dans quelle mesure ces lois qui encadrent la profession pharmaceutique peuvent avoir un impact sur l'économie propre de chaque officine et notamment si la répartition imposée par l'Etat ne serait pas à l'origine des difficultés de certaines pharmacies...

---

<sup>10</sup> Pharmacien Manager n°149 « *Bilan de la nouvelle rémunération* », François Pouzaud, juillet 2015.

## 2. Des disparités économiques aux origines multiples

En matière d'économie, des différences sensibles sont constatées d'une officine à l'autre. Elles s'illustrent aussi bien sur le chiffre d'affaires que sur le taux de marge et de revenu<sup>11</sup>. D'après une enquête de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) de 2004, on peut déterminer trois groupes d'officines en fonction de leur chiffre d'affaires. A chacun de ces groupes correspond le pourcentage moyen d'évolution du CA (figure 3).

	CA compris entre 200 et 300 k euros	CA compris entre 300 et 2000 Keuros	CA compris entre 2 000 et au-delà de 2 300 Keuros
Proportion d'officines	12,6%	71,3%	15,6
Évolution de CA	+ 4,7 %	+6,6%	+8,4%

**Figure 3** : Répartition des pharmacies en fonction du CA –

Source : Institut Interface

On note ainsi une corrélation entre l'importance du CA et son évolution. Plus le CA est élevé plus il progresse. Cette tendance s'est maintenue au fil des ans puisque l'institut KPMG, dans son rapport précité de 2015, fait ce même constat (figure 4 ci-dessous).

A l'inverse, dans une enquête effectuée dans le cadre du Contrat d'Etudes Prospectives (CEP) réalisé dans la pharmacie d'officine en 2006<sup>12</sup>, les données recueillies tendent à démontrer l'absence de lien systématique entre la taille de l'officine et leur productivité. Les membres du CEP relèvent par exemple dans plus de 22% des pharmacies de taille moyenne (entre 6 et 10 salariés) un chiffre d'affaires identique à près de 48% des pharmacies de petite taille. Ils notent par ailleurs que 9% de ces petites officines réalisent 1,5 à 2 millions de CA, chiffre que ne dépassent que peu d'officines de moyenne taille.

---

<sup>11</sup> *Contrat d'études prospectives dans la pharmacie d'officine*, Tome 2, annexe 2C, Groupe Interface, mars 2006.

<sup>12</sup> *Contrat d'études prospectives dans la pharmacie d'officine* Tome 2, annexe 10C, Groupe Interface, mars 2006.

Le lien entre ces disparités économiques et la taille de la pharmacie est encore plus ténu lorsqu'il s'agit du taux de marge brut du CA. En effet, seules des officines avec moins de 10 salariés atteignent plus de 30% de taux de marge brut, même si elles sont peu nombreuses (environ 5% des officines de 1 à 5 salariés et 3% de celles entre 6 et 10 salariés). Enfin pour les petites officines comme pour les moyennes la grande majorité (respectivement 70,5% et 85%) ont un taux de marge brut compris entre 26% et 30% du CA.

L'origine de ces disparités est donc ailleurs. Elles ne sont pourtant pas nouvelles, et elles sont logiques de surcroît : certes la profession est très encadrée mais les possibilités de se différencier d'une pharmacie à l'autre sont nombreuses (effectifs, type d'activité, clientèle, appartenance à un groupement, environnement médical...). Néanmoins, plusieurs de ces critères peuvent être regroupés dans un facteur commun : l'implantation géographique. En effet, le lieu d'implantation géographique de l'officine aura des répercussions sur nombre des facteurs précités et, *in fine*, sur son économie.

S'agissant de l'impact du lieu d'implantation sur le CA, la typologie de l'officine paraît être déterminant. L'importance comme l'évolution du CA ne pourront, en effet être identiques suivant son emplacement. L'institut KPMG détaille à ce sujet les différences d'évolution du CA sur l'année 2013/2014 (figure 4).

C.A. < 1 100 K€	- 2,3
C.A. de 1 100 à 2 200 K€	-1,4
C.A. > 2 200 K€	0,8
Zone rurale	- 2,1
Zone urbaine	- 1
Centre commercial	1,7

**Figure 4** : Evolution du CA 2014/2013 en fonction du CA et de la typologie –  
Source : Institut KPMG

Cette volonté des pouvoirs publics de répartir harmonieusement l'implantation des pharmacies sur le territoire national permet de garantir à tous les français un accès au réseau pharmaceutique identique. Mais elle crée des situations de monopole dans les zones faiblement peuplée. Comme nous le verrons par la suite,

pour s'installer dans une commune il faut qu'elle réponde à des quotas de population. En dessous de 2 500 habitants, aucune pharmacie ne peut ouvrir. Et il faudra atteindre le palier de 4 500 habitants supplémentaires pour qu'une seconde pharmacie puisse s'installer.

Ainsi dans ces zones de faible densité de population la clientèle est dite « captive » et n'a bien souvent qu'un choix très restreint pour s'approvisionner en médicament. La meilleure illustration concerne les régions d'Alsace et de Meurthe-et-Moselle (idem en Guyane) pour lesquelles l'ouverture d'une pharmacie n'est possible que dans les communes de plus de 3 500 habitants (au lieu de 2 500) et où les officines affichent un revenu supérieur à la moyenne<sup>13</sup>. *A contrario*, les pharmacies ouvertes en zones urbaines, plus denses, ont une concurrence plus forte étant donné le large choix dont les clients disposent.

Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) a lui aussi constaté des disparités relatives à l'implantation géographique mais de nature différente. Il a en effet relevé une surconsommation de médicaments dans les régions du sud de la France par rapport aux autres régions. Différence que l'ordre des pharmaciens impute au nombre des prescripteurs et à leur comportement. Cette surconsommation entraîne par conséquent un chiffre d'affaires plus important, en moyenne, des pharmacies situées dans la moitié sud de la France.

Au-delà des considérations économiques, le maillage conditionne également la taille de l'officine, en termes d'effectifs cette fois. Dans son livret annuel « *Éléments démographiques* »<sup>14</sup>, le CNOP met en évidence une prédominance des petites officines dans les territoires très ruraux et peu denses de l'Ouest et du Centre, par opposition au croissant Nord Est Midi où la taille des officines est plus importante. Cela est en lien direct avec le nombre de pharmaciens présents.

L'ensemble de ces disparités a abouti à créer plusieurs modèles économiques. Ainsi, il est commun de regrouper les officines sous 4 grands types : la petite pharmacie rurale polyvalente, la petite pharmacie urbaine polyvalente, la petite pharmacie urbaine spécialisée et la grande pharmacie urbaine multi-spécialisée. Nous serons amenés à les revoir ultérieurement.

---

<sup>13</sup> *Contrat d'études prospectives dans la pharmacie d'officine* Tome 2, annexe 2C, Groupe Interface, mars 2006.

<sup>14</sup> *Éléments démographiques : « Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015 »*, Direction de la Communication de l'Ordre des Pharmaciens, juillet 2015

Finalement lorsqu'on évoque le maillage officinal, la question de la densité du réseau apparaît comme un élément central à tous les débats.

### 3. *Une densité qui pose problème*

Toute ouverture d'officine requiert l'obtention d'une licence d'exploitation. Elle est délivrée par le préfet et va fixer son emplacement. Ainsi comme indiqué à l'article L.5125-6 du Code de la Santé Publique (CSP), un secteur précis de la commune et une distance minimale entre la nouvelle officine et une officine existante peuvent être imposées par l'ARS au pharmacien titulaire.

Les créations d'officine étant désormais exceptionnelles, cette règle va s'appliquer essentiellement aux transferts et aux regroupements (Cf. partie C).

L'obtention d'une licence d'exploitation est soumise à des quotas de population, revus et modifiés à plusieurs reprises. Ces critères actuels, fixés par la loi du 21 décembre 2011, sont les suivants :

- L'implantation d'une pharmacie dans une commune de moins de 2 500 habitants n'est pas autorisée sauf si elle disposait précédemment d'une pharmacie desservant plus de 2 500 habitants ;
- Les communes recensant au moins 2 500 habitants et dépourvues de pharmacies peuvent accueillir une nouvelle pharmacie par voie de transfert ;
- L'ouverture d'une nouvelle pharmacie dans les communes recensant plus de 2 500 habitants et qui comptent déjà au moins une pharmacie ne peut être autorisée qu'à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 4 500 habitants. Ainsi une seconde officine peut être implantée dans une commune de 7 000 habitants.

Par ailleurs, la licence interdit tout transfert, regroupement ou cession de l'officine dans les cinq années suivant la notification de la licence.

S'agissant des conditions d'installation de l'officine, définies comme « *la superficie, l'aménagement, l'agencement et l'équipement des locaux* »<sup>15</sup>, le CSP impose que toute modification substantielle de celles-ci ainsi que toute extension de l'officine soit déclarée à l'ARS et au CNOP.

---

<sup>15</sup> Article R.5125-9 du Code de la santé publique.

Comme nous venons de le voir les lois qui encadrent l'ouverture et l'installation des officines sont nombreuses et précises. Elles permettent leur répartition harmonieuse en tout point du territoire et facilitent ainsi l'accès aux médicaments pour la population.

Malgré cela le réseau officinal connaît une perte d'équilibre. Le maillage territorial se voit de plus en plus déstabilisé et tend vers une surdensité dans les zones urbanisées (notamment en Île de France) qui s'oppose à la faible présence des pharmacies dans les zones moins denses, en majorité rurales. Dans son Panorama 2015<sup>16</sup>, le CNOP se refuse cependant à parler de surdensité notant simplement « *un léger contraste Nord-Sud* ».

Ainsi au 1<sup>er</sup> janvier 2015, on dénombrait 21 772 pharmacies (-0,6% par rapport à 2014). En termes d'effectif, au niveau de la métropole, l'ordre des pharmaciens recensait 27 380 pharmaciens titulaires et 27 544 pharmaciens adjoints ou gérants. De ce fait trois-quarts (75,8%) des inscrits le sont dans les sections relatives à l'exercice officinal (sections A/D/E). L'ordre des pharmaciens relève néanmoins dans ses tendances de 2014, un nombre de titulaires en baisse à - 0,64%, là où le nombre d'adjoints connaît une légère hausse à + 0,5%.

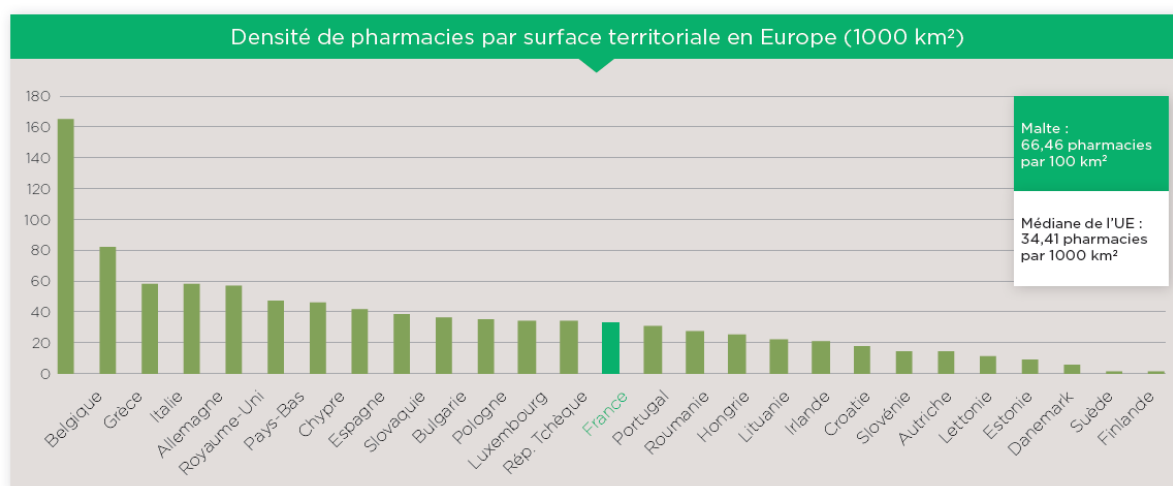
Dans son panorama 2015, l'ordre renouvelle son constat sur la concentration de la profession en réponse aux contraintes économiques (voir par la suite) mais réaffirme la bonne répartition des officines en se basant sur le nombre de pharmaciens et d'officines par habitants. L'ordre des pharmaciens établit la moyenne nationale à 34 pharmacies pour 100 000 habitants. A ce titre, le CNOP souligne : « *que l'Île-de-France à laquelle est parfois attachée la notion de « zone surdense » ne vient qu'au 16ème rang des régions françaises en nombre d'officines pour 100 000 habitants ; donc au-dessous de la moyenne nationale* ».

S'agissant du nombre de pharmaciens (titulaires et adjoints) pour 100 000 habitants, la moyenne nationale est de 84 pharmaciens en remarquant toutefois un nombre systématiquement supérieur à la moyenne au Sud d'un axe délimité du Poitou-Charentes à la Franche-Comté.

---

<sup>16</sup> Eléments démographiques : « *Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015* », Direction de la Communication de l'Ordre des Pharmaciens, juillet 2015.

A ce bilan positif donné par l'Ordre des pharmaciens s'oppose un constat beaucoup plus contrasté de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Autorité de la Concurrence. Dans son rapport établi en juin 2011<sup>17</sup>, l'IGAS compare la densité d'officines pour 100 000 habitants de la France (dont la moyenne est de 35 au 1<sup>er</sup> janvier 2011) à celle de ses voisins européens. Il en ressort que seules la Grèce (85), la Belgique (51) et l'Espagne (48) possèdent une densité supérieure. La France devance tous les autres pays et parfois assez largement comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni dont les moyennes respectives sont de 26 et 18. Comme point de comparaison le CNOP a préféré retenir la densité de pharmacies par surface territoriale (donnée pour 1000 km<sup>2</sup>) dont les résultats sont résumés dans le graphique ci-après (figure 5).



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

**Figure 5** : Densité de pharmacie par surface territoriale en Europe – Source : CNOP

L'autorité de la concurrence pointe également le nombre élevé d'officines et de pharmaciens malgré le régime d'autorisations d'installation strict<sup>18</sup>. Elle cible le ratio pharmacien/habitant élevé en France puisque de 1,13 pharmacien pour 1 000 habitants en 2011, ce qui faisait de la France le 3<sup>ème</sup> pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) en termes de densité.

<sup>17</sup> Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : « *Pharmacies d'officines : rémunérations, missions et réseau* », juin 2011.

<sup>18</sup> Autorité de la Concurrence, « *Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament en ville ?* », 25 février 2013.



En outre, cette présence importante des pharmaciens recouvre des disparités régionales. Comme exposé précédemment on observe une densité plus forte à mesure que l'on progresse du Nord vers le Sud mais également un nombre croissant de pharmaciens allant de l'Ouest vers l'Est. Cette disparité Ouest/Est se retrouve dans la répartition des pharmaciens adjoints et par conséquent dans le nombre de pharmaciens par officine (inférieur ou égal à deux dans l'Ouest et proches des trois dans certaines régions de l'Est). Les départements qui comptent le plus grand nombre d'adjoints sont effectivement en Alsace, Bourgogne et Rhône-Alpes. Si cela semble logique pour la région Rhône-Alpes, qui était alors au 1<sup>er</sup> janvier 2015 la 2<sup>ème</sup> région la plus peuplée, Alsace et Bourgogne étaient, elles, à la 12<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> place en termes de population.

La carte de France des pharmacies n'est pourtant que le résultat du cadre administratif, qui prévoit des quotas très bas, et de l'application qui en est faite. Se pose alors la question des causes à l'origine du développement excessif du réseau et de sa concentration dans les zones densément peuplées.

L'une de ces raisons a justement été abordée plus haut, il s'agit de la possibilité offerte durant plusieurs années de créer sa pharmacie par voie dérogatoire. Le rapport précité de l'IGAS y fait mention et précise : « *cette disposition a été largement utilisée et a permis à de nombreuses communes d'obtenir des autorités sanitaires l'ouverture de « leur » pharmacie* ». Cette dérogation a évidemment été supprimé depuis mais probablement de manière trop tardive. En effet, toujours d'après l'IGAS, 51% des communes disposant d'une pharmacie sont des communes de moins de 2 500 habitants et se trouvent donc hors quotas.

Autre point favorisant le déséquilibre du maillage territorial : le système de répartition lui-même. En effet, s'il permet en milieu rural de garantir un accès aisé pour tout à chacun, il contribue à la surconcentration des pharmaciens dans les agglomérations. Par conséquent, la France dispose d'une bonne couverture du territoire mais qui s'est développée au détriment de la taille des officines. De fait on trouve une majorité de pharmacie de taille relativement modeste et dont la situation économique est plus fragile. Comme nous avons déjà pu le voir, les pharmacies plus grandes disposent effectivement d'un meilleur résultat d'exploitation<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : « Pharmacies d'officines : rémunérations, missions et réseau », juin 2011.

Ce constat du surnombre des officines, localisées majoritairement dans les centres villes des grandes agglomérations, est partagé par les professionnels eux-mêmes comme par les pouvoirs publics. Dans un rapport conjoint, l'Inspection Générale des Finances (IGF) et l'IGAS s'associe pour signaler une « *quasi saturation du réseau actuel* »<sup>20</sup>. Se basant sur les critères d'installations, ils dénoncent une surdensité officinale dans 81% des communes (possédant au moins une officine), autrement dit, « *91% des officines sont dans des communes surdenses par rapport à ces critères* ».

Selon l'IGAS, la recherche d'un réseau officinal plus efficient avec des quotas supérieurs, tels qu'en Alsace et Moselle par exemple, n'aurait pas d'impact sur « *la qualité de l'exercice pharmaceutique du service rendu à la population* ». Au contraire même, elle profiterait à tous. Des pharmacies moins nombreuses mais de plus grande taille, permettant d'optimiser le fonctionnement, des locaux plus fonctionnels et augmentant l'espace de stockage, une meilleure adaptabilité aux évolutions notamment pour le développement des nouveaux services. Aussi, ce souhait fait l'objet d'une recommandation dans le cadre du rapport de l'IGF et de l'IGAS.

Au final, obtenir un maillage territorial harmonieux et en mesure de satisfaire toutes les attentes placées en lui s'avère très difficile. Le système de quotas ne peut offrir de garantie sur la répartition des pharmacies, il ne peut imposer l'ouverture d'une officine en un lieu donné. Toutefois, la France semble, en l'état, à l'abri de tout désert officinal. C'est, par ailleurs, une des conclusions centrales<sup>21</sup> du rapport remis fin 2016 par l'IGAS et l'IGF : « *97% de la population métropolitaine vit aujourd'hui à moins de 10 minutes en voitures d'une officine (0,5% se situant à plus de 15 minutes)* ». De plus, la répartition harmonieuse des pharmacies – traduite par le temps d'accès à l'officine la plus proche – devrait se maintenir à court et moyen termes, malgré les fermetures d'officines, d'après les micro simulations réalisées dans le cadre du rapport.

---

<sup>20</sup> Rapport de l'IGAS et de l'IGF : « *Régulation du réseau des pharmacies d'officines* », octobre 2016.

<sup>21</sup> Rapport de l'IGAS et de l'IGF : « *Régulation du réseau des pharmacies d'officines* », octobre 2016.

A l'instar de la notion d'accessibilité, abordée ci-dessus, pour laquelle l'IGF souhaite obtenir une définition, divers indicateurs gagneraient à être définis de manière officielle en vue de disposer d'éléments pertinents dans l'analyse économique et démographique du secteur officinal.

#### 4. *Un besoin de clarté*

La profession pharmaceutique connaît une mutation dont l'origine est autant structurelle que conjoncturelle. A l'heure où les seules préoccupations économiques en matière de santé concernent la limitation du déficit et l'application des dernières réformes, il devient nécessaire de dresser un bilan économique réel du secteur. Comme nous l'avons vu, il est fréquent que les différents acteurs du débat public avancent les chiffres servant le mieux leurs propos. Il est donc impératif de connaître avec précision la situation économique des officines afin de pouvoir prendre les mesures adéquates et de retrouver la pérennité du système pharmaceutique français. Il convient également de suivre la mise en place des réformes entreprises et d'en vérifier les effets *in situ*.

Or, se pose le problème des indicateurs à utiliser pour évaluer et suivre la situation économique des officines. Concernant ce sujet les données disponibles ne manquent pas. Citons pêle-mêle : le niveau de trésorerie, le taux de marge sur les médicaments remboursables, le taux de marge global, l'évolution du CA sur les médicaments remboursables, l'évolution des charges...

Ces données, bien qu'utiles à l'analyse, ne donnent chacune que des indications partielles. Des tensions sur la trésorerie, induisant de fait des frais financiers, ne sont pas problématiques si la pharmacie connaît dans le même temps une augmentation de ses marges ou une baisse d'autres charges. Face à ce constat l'IGAS émet comme recommandation de « *retenir le revenu moyen des titulaires comme critère d'évaluation de la situation économique des officines* »<sup>22</sup>. Ce critère constitue effectivement une synthèse des données précitées tout en étant le reflet de

---

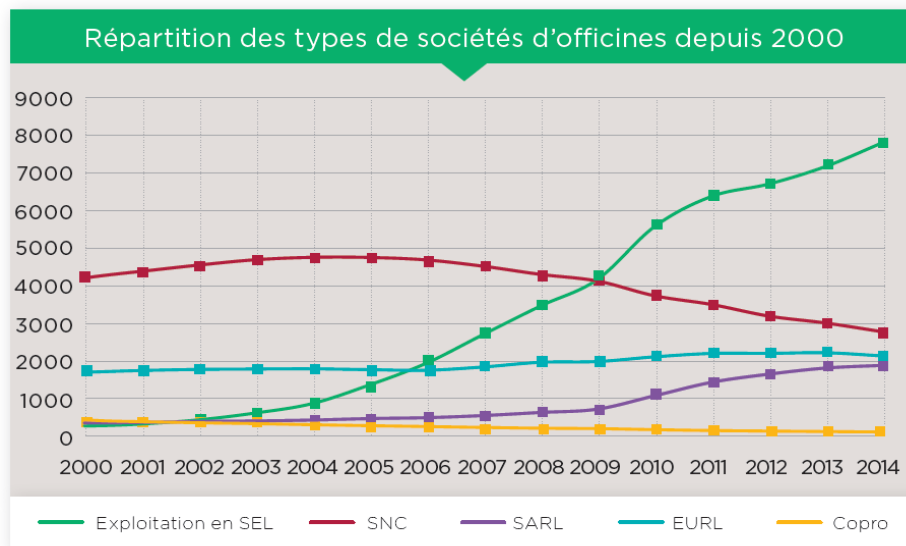
<sup>22</sup> Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : « Pharmacies d'officines : rémunérations, missions et réseau », juin 2011.

l'économie de son officine. Il ne peut y avoir d'officine en difficulté tant que le revenu du titulaire reste satisfaisant ! Leur revenu moyen serait le seul repère annuel dont dispose les pouvoirs publics.

Toutefois, rappelons que le pharmacien garantit la qualité de l'acte de dispensation des médicaments et, sur ce sujet, l'IGAS souligne : « *les pouvoirs publics se doivent d'assurer aux titulaires des revenus en rapport avec les exigences de leur métier (formation initiale, responsabilités exercées, travail fourni)* ».

Cependant, le revenu moyen du titulaire n'est pas sans inconvénients. Il occulte effectivement la dispersion des revenus. Dispersion dont seul le revenu médian permet d'avoir connaissance. Pour autant les écarts réels pouvant exister d'un titulaire à l'autre, et donc d'une officine à l'autre, incombent avant toute autre chose aux investissements et à la gestion propre de chaque titulaire. Les pouvoirs publics n'ont alors aucune responsabilité vis-à-vis des différences autour de la moyenne. C'est pourquoi le revenu moyen du titulaire fait office de référence.

Maintenant que nous disposons d'un bon indicateur, il reste encore à l'obtenir et l'interpréter comme il faut. Le revenu net des pharmaciens titulaires correspond au profit brut courant avant impôt (solde des produits et des charges) majoré des rémunérations que s'octroient les exploitants et des dividendes (cas des Société d'Exercice Libéral). En résumé, l'indicateur n'est disponible qu'après un retraitement des données fiscales puisque pour les officines soumises à l'impôt sur les sociétés (IS) la connaissance du revenu du titulaire requiert d'isoler la masse salariale, les salaires de gérance des titulaires et de les rapprocher du résultat. Là où pour les officines à l'impôt sur le revenu (IR), résultat et revenu du titulaire sont équivalents. Enfin même après retraitement il n'est pas possible dans le cas des SEL d'isoler les dividendes dans les frais mobiliers. Qui plus est ce type d'exploitation est actuellement en forte croissance comme le confirme le CNOP (figure 6) dans son dernier panorama.



**Figure 6** : Evolution des différents types de sociétés d'officines – Source : CNOP

Le retraitement des données fiscales pose donc problème actuellement. D'autant plus que la dernière étude menée sur les revenus des titulaires, et donc ayant retraité les données fiscales, date de 2009 et porte sur la période 2001-2006. Cette évaluation a été réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) qui a par ailleurs précisé à l'IGAS : « *d'une part, qu'elle n'avait pas les moyens d'affecter en permanence une personne au suivi de la situation de l'officine et, d'autre part, que de telles estimations ne pouvaient être réalisées qu'en lien avec l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) , qui n'envisage pas de réaliser à court terme un nouveau bilan sur la situation* ».

En conséquence, depuis 2006 il est impossible d'apprécier réellement la situation des titulaires d'officine. C'est tout le paradoxe de la politique actuelle, la pharmacie d'officine est un secteur qui dépend grandement des décisions des pouvoirs publics mais ceux-ci ne disposent pas de tous les éléments nécessaires pour prendre les meilleures décisions. Devant cet état de fait l'IGAS suggère fort logiquement de « *mobiliser des moyens minimaux pour pouvoir en continu apprécier la situation du secteur* », via notre indicateur de référence.

Nous avons désormais un indicateur fiable et les moyens pour l'obtenir. Il reste encore à interpréter cet indicateur. Pour commencer il faut rappeler que le titulaire finance à partir de ses revenus l'amortissement du capital des emprunts contractés, bien souvent sur une période allant de 12 à 15 ans.

A cet égard, le revenu du titulaire n'est pas le reflet exact de ses ressources et de son niveau de vie. Il faut tenir compte du capital immobilisé. Dans le cas du pharmacien titulaire cette immobilisation est souvent plus importante que celle des autres professionnels de santé. Le pharmacien achète non seulement un commerce mais également un quasi-monopole d'exercice dans une zone définie.

Enfin, pour être totalement exhaustif, il faudrait en plus tenir compte de l'éventuelle plus- ou moins-value au moment de la vente de l'officine. Le véritable niveau de revenu du titulaire ne serait ainsi connu qu'au terme de sa carrière professionnelle, ce qui n'est évidemment pas envisageable ! Sachant, de surcroît, que ces gains, ou ces pertes, dus à la revente seront en majorité déterminés par le prix d'achat initial de la pharmacie (a-t-elle été sous ou surpayée ?) et par la gestion propre du titulaire. De ce fait, il semble raisonnable de ne pas prendre ce dernier aspect en considération lors de l'interprétation.

Au vu de ce contexte économique, il devient impératif de mettre en œuvre les mesures adéquates de manière à redresser l'économie des officines et d'assurer la pérennité du réseau officinal. Malheureusement, ces difficultés financières ne sont pas les seules à menacer le maillage territorial.

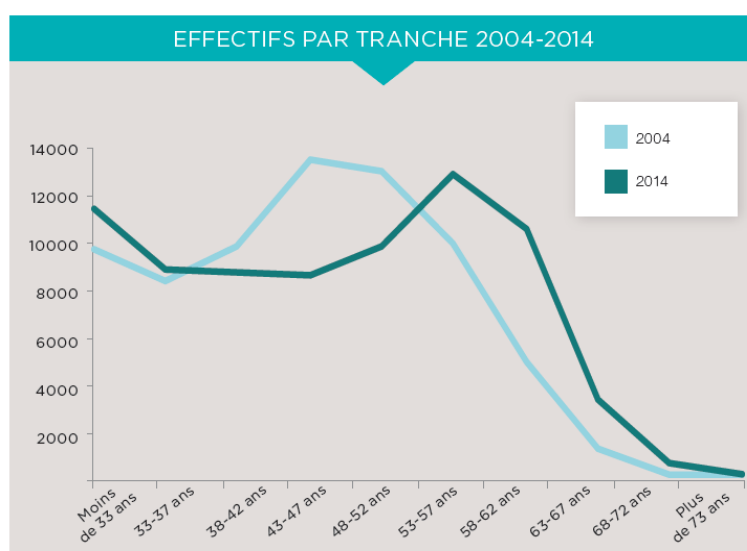
## B. Une démographie officinale problématique

S'il est un point sur lequel tous les rapports sont unanimes c'est sur le vieillissement de la profession (1) et les nombreux problèmes que cela engendre et engendrera dans les prochaines années. L'autre constat qui revient fréquemment est la perte d'attractivité de la profession (2), aussi bien chez les étudiants que chez les pharmaciens adjoints. La pharmacie d'officine se trouve ainsi dans une période charnière (3) dont l'enjeu est de permettre le retour à l'équilibre démographique (4).

## 1. Le constat d'un vieillissement des pharmaciens

Certains éléments abordés dans le cadre de cette thèse seront sans doute amenés à être débattus. En revanche le vieillissement des pharmaciens, toutes sections confondues, est indéniable. L'Ordre des pharmaciens, qui se charge chaque année de recenser les pharmaciens, dresse également ce constat<sup>23</sup>. L'âge moyen dans la population des pharmaciens est désormais de 46,6 ans (chiffre au 1<sup>er</sup> janvier 2015) et même de 49,9 ans pour les pharmaciens en section A (section correspondant aux pharmaciens titulaires NDLR). Néanmoins, la moyenne plus élevée chez les titulaires se comprend aisément.

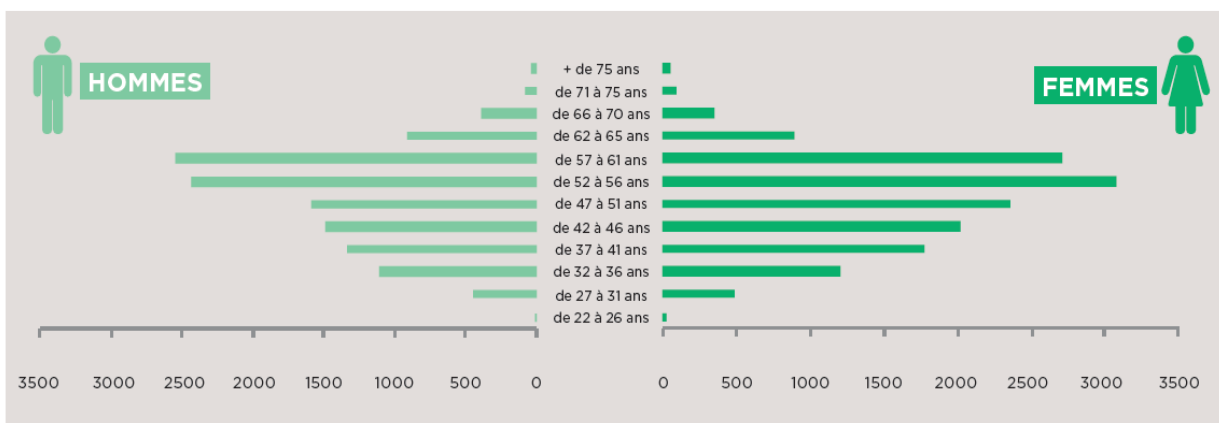
Il est possible de suivre (figure 7) le vieillissement de la génération la plus nombreuse au fil des ans. Cette génération se situe désormais dans la tranche des 53 à 57 ans (en 2004, cette tranche était celle des 43 à 52 ans), génération qui n'a pas été proportionnellement remplacée dans la décennie antérieure à 2004.



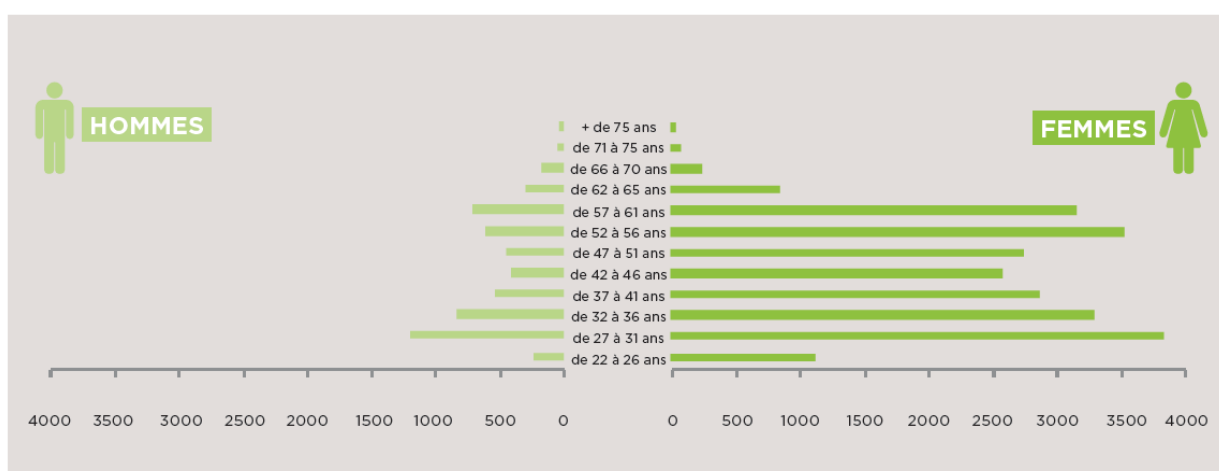
**Figure 7** : Effectifs par tranche d'âge des pharmaciens – Source : CNOP

Que ce soit l'ensemble des pharmaciens ou simplement les titulaires et/ou les adjoints, les résultats restent identiques et se retrouvent au travers de la pyramide des âges (figure 8). S'agissant des pharmaciens adjoints (figure 9) il faut noter toutefois, outre une féminisation plus importante (82% de femmes contre 55% chez les titulaires), que l'âge moyen est sensiblement plus faible : 43,5 ans en 2014.

<sup>23</sup> Eléments démographiques : « Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015 », Direction de la Communication de l'Ordre des Pharmaciens, juillet 2015.



**Figure 8** : Pyramide des âges : pharmaciens titulaires – Source : CNOP



**Figure 9** : Pyramide des âges : pharmaciens adjoints – Source : CNOP

A l'occasion du Contrat d'études prospectives (CEP) dans la pharmacie d'officine, réalisé en 2006, la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi (CPNE) projetait une augmentation, entre 2005 et 2015, de 80% des pharmaciens de plus de 55 ans, portant leur nombre à près de 23 000. Les chiffres du CNOP tendent à confirmer cette augmentation puisque les pharmaciens âgés de plus de 56 ans sont au nombre de 20 044. La CPNE déduisait de ces chiffres des vagues de départ à la retraite : « la première imminente concerne les titulaires tandis que la seconde touchera les adjoints dans une vingtaine d'années »<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Contrat d'études prospectives dans la pharmacie d'officine Tome 2, annexe 2C, Groupe Interface, mars 2006



Cependant, le rapprochement des deux pyramides des âges dont les pics se situent dans les tranches 52 à 56 ans et 57 à 61 ans poussent à envisager des départs en retraite quasi-simultanés. De plus, les pharmaciens titulaires ont tendance sur ces dernières années à retarder leur départ ce qui repousse et amplifie la vague des départs en retraite qui se profile.

L'Ordre des pharmaciens relativise ces chiffres élevés puisque le vieillissement de la profession devrait ralentir vers 2021 grâce, d'une part, au départ à la retraite de cette génération faisant grimper l'âge moyen et, d'autre part, avec une « *arrivée relativement importante de jeunes pharmaciens* »<sup>25</sup>. Il est vrai que le numerus clausus a été revu à la hausse à partir de 2004 mais comme nous allons le voir, l'entrée dans le monde officinal de ces jeunes pharmaciens n'est pas acquise. Qui plus est, le secteur officinal souffre d'un manque d'attractivité auprès des jeunes étudiants qui semble s'aggraver !

## 2. *Un renouvellement trop faible*

Les nombreux départs en retraite, quasi-simultanés, n'avaient au départ pas été pris en compte dans la détermination du numerus clausus. Toutefois, avec le réajustement de celui-ci, ce point ne serait plus un problème d'après l'Ordre des pharmaciens. Au vu des derniers recensements et des graphiques, il n'y a pas de raisons d'en douter. En revanche si le nombre d'étudiants admis à poursuivre ses études en pharmacie augmente cela ne présage en rien du nombre d'étudiants qui s'orienteront, *in fine*, vers l'officine et donc du nombre de nouveaux pharmaciens officinaux. Et cela est d'autant plus vrai étant donné le manque d'attractivité dont semble souffrir le secteur officinal depuis quelques années maintenant.

Le manque d'attractivité s'exprime à deux niveaux. D'abord, sur le nombre d'étudiants s'inscrivant en Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) avec l'objectif de poursuivre leurs études vers la pharmacie. Puis, dans un second temps, lors du choix de filière des étudiants (industrielle, officinale ou internat).

---

<sup>25</sup> Eléments démographiques : « *Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015* », Direction de la Communication de l'Ordre des Pharmaciens, juillet 2015.

Les études de santé attirent toujours autant d'étudiants depuis la mise en place de la PACES, mais cette première année commune positionne la pharmacie comme une solution de repli pour certains étudiants dont la priorité était l'accès aux études de médecine. Ce biais favorise certes l'entrée en pharmacie d'étudiants doués mais dont le choix s'est fait par défaut et écarte, à l'inverse, des étudiants potentiellement plus motivés et intéressés par les études de pharmacie. La fin des études approchant, ces mêmes étudiants, peu convaincus de leur choix, n'auront alors pour seule préoccupation que la recherche de passerelles pour se réorienter dans d'autres filières voire en médecine. Ce retour ultérieur aux études de médecine pouvant parfois être pleinement envisagé dès l'échec aux concours.

Cependant, la PACES n'est pas seule responsable de cette démotivation comme le signale Éric Fouassier<sup>26</sup>, enseignant et membre du CNOP. En effet, les étudiants n'ignorent pas les difficultés actuelles du secteur ; des conditions de travail exigeantes, peu de perspectives d'évolution (prix de cession élevés, banques de moins en moins prêtes), situation économique, concurrence plus rude... Tous ces éléments constituent autant de motifs d'inquiétude pour les étudiants qui se lancent dans les études de pharmacie. Les graphiques établis chaque année par le CNOP retranscrivent bien ce phénomène (ANNEXE I). Cela étant, le monde officinal génère toujours le plus grand nombre d'inscriptions et il reste un refuge pour beaucoup de jeunes pharmaciens.

Par ailleurs, malgré les inquiétudes, les étudiants en pharmacie sont toujours suffisamment nombreux pour justifier le numerus clausus bien que de plus en plus d'étudiants semblent désintéressés par leurs études et donc peu impliqués dans leur formation. Ce qui pourrait induire, à terme, un nivellement par le bas des études de pharmacie tel que l'évoque Éric Fouassier. S'agissant du maillage officinal, le niveau des étudiants au sortir de leurs études ne revêt que peu d'intérêt. En revanche, l'état des connaissances et des compétences des jeunes pharmaciens rentre inévitablement en considération dans la justification du monopole... Nous y reviendrons par la suite.

---

<sup>26</sup> « *La pharmacie doit-elle sortir de la PACES ?* », Olivier Valcke, PharmaSite.fr, Rubrique cursus, 2012.

Ces motifs d'inquiétudes, exposés ci-dessus, ont un impact sur un autre phénomène, plus récent, qui prend chaque année un peu plus d'ampleur : « le taux d'évaporation » des étudiants en pharmacie ! Le taux d'évaporation est défini comme le « rapport entre le nombre de nouveaux inscrits diplômés depuis moins de trois ans et le *numerus clausus* à l'année d'entrée en formation » ce qui traduit le pourcentage de pharmaciens diplômés depuis moins de trois ans mais non-inscrits à l'Ordre. Dans son dernier bilan le CNOP relevait ainsi le taux d'évaporation le plus élevé jamais constaté (ANNEXE I) avec 32,8% sur 2015 (contre 27,8% en 2014). Dans le même temps l'Ordre enregistre son plus grand nombre d'inscriptions (2 465 inscrits) depuis 2005, sachant que la promotion 2014 est donc celle qui est entrée en formation en 2008 (année où le *numerus clausus* a été fortement relevé). En 2006, première année où l'on a effectué ce recensement, le taux d'évaporation n'était que de 10,1%. Cette évaporation pouvait alors s'expliquer par l'impossibilité de s'inscrire à l'Ordre pour certains pharmaciens qui tardaient à soutenir leur thèse. Néanmoins, suite à l'article 23 de l'arrêté du 8 avril 2013 relatif aux études du diplôme de docteur en pharmacie, les étudiants ne disposent désormais plus que de 2 ans pour soutenir leur thèse. A cet égard, le taux d'évaporation paraît alors représentatif des craintes des pharmaciens, allant parfois jusqu'à les pousser à quitter le milieu pharmaceutique.

L'Ordre des pharmaciens a mené une étude sur le sujet en 2015 et en a réalisé une autre courant 2016 dont les résultats sont encore attendus. Preuve de l'inquiétude de l'Ordre vis-à-vis de ce phénomène. L'enquête de 2015 (ANNEXE I) portait sur 4 430 étudiants ayant validés leur 6<sup>ème</sup> année, mais seuls 676 ont répondu (environ 15% de l'échantillon). Parmi eux, près de la moitié n'avaient pas encore soutenu leur thèse et 248 pharmaciens avaient soutenu leur thèse mais sans préciser leur emploi actuel. En conséquence, aucune conclusion sérieuse ne peut être tirée à ce jour.

Pour finir, il semblerait que le taux d'évaporation soit lui aussi dépendant de facteurs régionaux. A titre d'exemple la région Franche-Comté serait celle la plus durement touchée puisque 40% des pharmaciens diplômés de moins de trois ans ne se sont pas inscrits en 2010<sup>27</sup>. La principale raison tenant à son voisin Suisse où les salaires des jeunes diplômés y sont beaucoup plus élevés. Il sera particulièrement

---

<sup>27</sup> Le moniteur des pharmacies n° 2989, « un taux d'évaporation contrasté selon les régions », François Pouzaud, 22 juin 2013.

intéressant de suivre l'évolution du taux d'évaporation dans ces régions frontalières, de manière à étudier l'impact des futures évolutions de la profession sur le flux entrant et sortant des pharmaciens.

Cette évaporation des étudiants tient aussi compte des pharmaciens traversant une période de chômage. Ce chômage croissant des pharmaciens peut d'ailleurs sembler contradictoire avec les perspectives de renouvellement trop faibles mais il contribue, en réalité, à ces perspectives négatives. Le chômage n'aidant pas à rendre la pharmacie d'officine attractive auprès des lycéens, il pousse les étudiants à entrer dans d'autres filières qu'elles soient pharmaceutiques ou non. Le potentiel de renouvellement n'en ressort que plus amoindri.

### 3. *Une période charnière aux lourdes conséquences*

Le bilan démographique, plus que terne, n'engage pas à l'optimisme. Et avec l'accroissement envisagé du déséquilibre démographique c'est tout le maillage territorial qui pourrait être remodelé. Toutes les données soulevées en amont confirment la problématique démographique que connaît le secteur. D'un côté, des pharmaciens âgés très nombreux, proches de la retraite mais encore en exercice et, de l'autre côté, des jeunes lycéens et étudiants soucieux et de moins en moins enclins à prendre la relève. Enfin, au centre, des pharmaciens relativement jeunes qui se trouvent être en surnombre dans les zones urbaines, faisant grimper le taux de chômage au sein de la profession.

S'agissant du taux de chômage on peut expliquer celui-ci par l'inadéquation entre le numerus clausus à son plus haut niveau encore aujourd'hui (3 095 places en 2016, nombre inchangé depuis la forte hausse de 2008) et le contexte économique tendu pour une majorité d'officines, contraintes de réduire leurs effectifs ou, pire, de fermer définitivement. Le caractère paradoxal de la situation est évident. Le rehaussement du numerus clausus, et donc du nombre de jeunes pharmaciens, devait initialement compenser les nombreux départs en retraite prospectés dans le contexte économique favorable de l'époque (en 2004 et 2008). Or, si les jeunes pharmaciens sont bien présents, les départs en retraite n'ont toujours pas eu lieu et la situation de l'emploi s'est nettement dégradée.

Parmi les conséquences attendues du vieillissement des pharmaciens : la chute du prix de cession des officines. Beaucoup d'officines seront vraisemblablement mise en vente dans un court laps de temps sachant que 9 189 pharmaciens inscrits en section A (réservée aux titulaires) ont 56 ans ou plus. Mathématiquement cela va obliger les titulaires à diminuer leur prix pour trouver preneur. Néanmoins une partie non négligeable d'entre eux semblent poursuivre leur activité puisque plus de 10% de l'effectif total de pharmaciens a plus de 60 ans<sup>28</sup>. Par ce biais, ils espèrent pouvoir vendre à un moment plus opportun. Cela a pour effet de figer le réseau officinal en l'état rendant vain le souhait des pouvoirs publics de le voir évoluer (Cf. partie C).

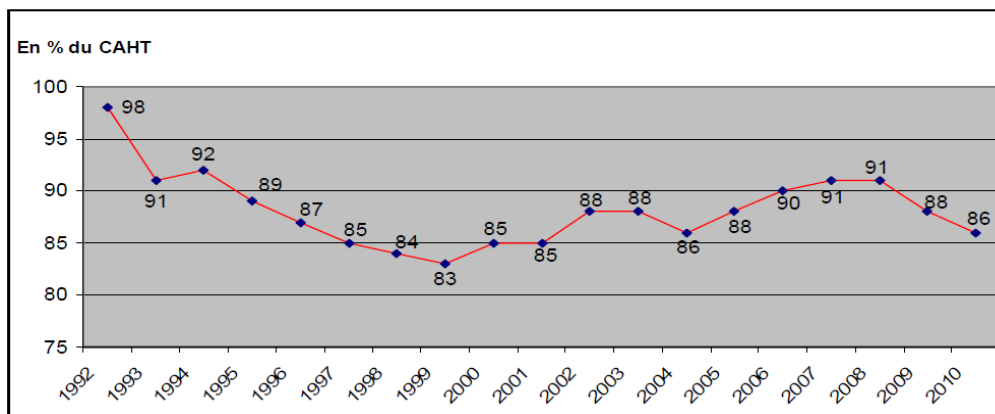
Le maintien de l'activité des titulaires n'est évidemment pas sans limite. Certes ils peuvent alléger leurs horaires tout en s'assurant un salaire supérieur à leur future retraite mais cela ne vaut que si la santé suit ! Malheureusement, il faudra parfois se résigner à fermer la pharmacie sans avoir trouvé de repreneur, que ce soit lié à un manque d'attractivité du lieu géographique ou à un bilan économique trop peu engageant. Ces départs en retraite, sans possibilité de revente, se font plus fréquents.

Les chiffres du CNOP le prouvent, une fraction non négligeable de pharmaciens titulaires (plus de 2% des pharmaciens inscrits à l'ordre) âgés de plus de 68 ans est encore en exercice ! A défaut de fermer la pharmacie, il faudra revoir le prix de cession à la baisse. Ce dernier oscille encore le plus souvent entre 80 et 90% du CA des officines (figure 10). Toutefois, le prix de cession de ces dernières années semble désormais plus proche des 75% de moyenne comme le démontre les dernières données Interfimo de 2017<sup>29</sup>. Ce phénomène devrait se poursuivre au cours de l'année. Néanmoins, les discussions récentes sur l'ouverture du capital des officines à des non pharmaciens laissent à penser que la baisse du prix moyen de cession ne descendra pas en dessous des 70% à court ou moyen terme.

---

<sup>28</sup> Eléments démographiques : « *Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015* », Direction de la Communication de l'Ordre des Pharmaciens, juillet 2015.

<sup>29</sup> Le moniteur des pharmacies, Rubrique : transaction ; tendances et prix de vente, [lemoniteurdespharmacies.fr](http://lemoniteurdespharmacies.fr)



Source : Interfimo

**Figure 10** : Evolution du prix moyen de cession des officines

Certaines des conséquences évoquées seront inévitables et probablement bénéfiques pour le monde officinal. Mais en attendant que la situation se décante, les pharmaciens doivent faire face au chômage et à la dégradation des conditions d'emplois.

#### 4. Retrouver l'équilibre démographique pour lutter contre le chômage

Le contexte démographique évolue lentement. Les problèmes d'hier sont encore ceux d'aujourd'hui. Mais le marché du travail, lui, évolue bien plus rapidement. Aussi, tandis que l'inaction demeure, les menaces qui pèsent sur le maillage territorial des officines se font plus nombreuses.

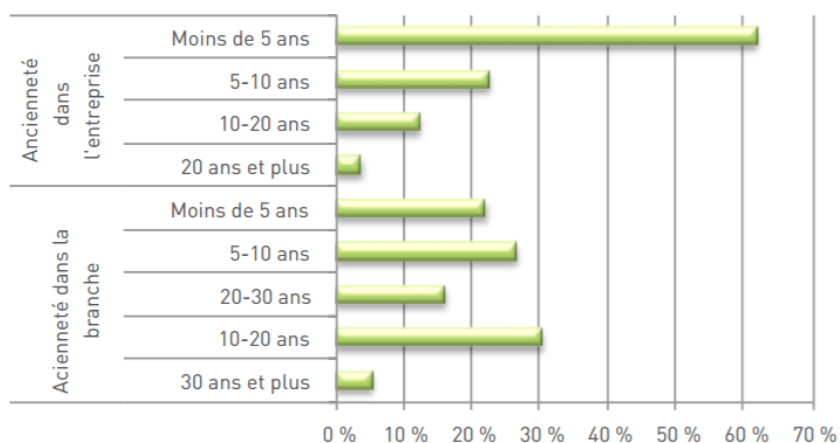
Le niveau des courbes des demandeurs d'emplois des métiers d'officine a fini par rejoindre et même dépasser celles d'autres secteurs. Alors qu'en 2004 on ne comptait que 1 000 pharmaciens recensés comme demandeurs d'emplois<sup>30</sup>, l'OMPL révèle dans une récente étude que 5 049 pharmaciens étaient enregistrés en tant que demandeurs d'emplois en décembre 2014<sup>31</sup>. Comme souligné dans l'étude, l'évolution est nette : « *entre 2009 et 2014, ce nombre a progressé de 60%, soit 10% par an* ». Cette étude de l'OMPL a été mandatée par la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CPNEFP) à la vue de la hausse manifeste du taux de chômage chez les pharmaciens adjoints. A titre de

<sup>30</sup> Taux de demandeurs d'emplois catégorie 1, source ANPE, 2004.

<sup>31</sup> Observatoire des Métiers des Professions Libérales, « *Chômage des pharmaciens adjoints* », 2015.

comparaison, et d'après les chiffres publiés par Pôle Emploi, le taux de chômage national a connu une augmentation de plus de 30% sur la même période.

L'accès à l'emploi pour les pharmaciens adjoints est donc plus compliqué mais les conditions d'emploi le sont également. Dans son contrat d'étude prospective, la CPNEFP signalait déjà une augmentation des CDD dans le secteur officinal et un recours prononcé aux contrats à temps partiel<sup>32</sup>. Les données INSEE – issue de la Déclaration Annuelle des Données Sociales de 2010 - mettaient ainsi en évidence la part importante (37%) des effectifs à temps partiels en officine (contre 31% pour l'ensemble des professions libérales et seulement 20% dans les autres secteurs de l'économie). On remarque également une ancienneté professionnelle de moins en moins conséquente. Soit en raison de contrat de courte durée soit par manque de fidélisation (à mettre en lien avec les exigences et les contraintes notamment). Le manque d'attractivité se retrouve également à travers l'accroissement du taux de rotation de la main d'œuvre. En effet, tel que le souligne l'OMPL<sup>33</sup>, le turn-over se fait désormais plus fréquent : « plus de 60 % des individus ont une ancienneté inférieure à 5 ans dans leur entreprise » (figure 11). Il reste cependant inférieur à celui des autres secteurs. Ces conditions sont tout particulièrement vraies pour les jeunes pharmaciens en milieu urbain.



**Figure 11** : Ancienneté dans la pharmacie d'officine et dans la branche –  
Source : Mornay, 2009

<sup>32</sup> Contrat d'études prospectives dans la pharmacie d'officine Tome 2, annexe 4B, Groupe Interface, mars 2006.

<sup>33</sup> « Pharmacie d'officine : portrait de branche », Etude Ithaque pour l'OMPL, mars 2012.

Le taux de chômage des pharmaciens adjoints pourrait vraisemblablement être réduit en renforçant simplement les contrôles des officines. En effet, l'article L.5125-20 du CSP contraint les pharmaciens titulaires à embaucher un ou plusieurs pharmaciens diplômés en tant qu'assistant en fonction du chiffre d'affaires de la pharmacie. L'article impose un pharmacien assistant pour un CA hors taxe (CAHT) annuel compris entre 1,270 M d'euros et 2,540 M d'euros ; et deux assistants entre 2,540 et 3,810 M d'euros de CAHT. Puis un adjoint supplémentaire par tranche de 1,270 M d'euros. Ces normes de personnels définies selon le chiffre d'affaires n'est plus pertinent de nos jours. Il faudrait donc, dans un premier temps, le moderniser (nombre d'ordonnances traitées par exemple) puis, dans un second temps, veiller à son application. A cet égard, l'IGAS relevait qu'en 2009, sur les officines contrôlées, 8,4% d'entre elles étaient en situation irrégulière pour défaut d'adjoints.

A ce titre, l'attribution de nouvelles missions nécessitant les compétences particulières des pharmaciens devraient redynamiser les embauches des pharmaciens adjoints. Certaines de ces missions sont d'ores et déjà actées et d'autres devraient suivre, avec pour ambition de revaloriser le rôle du pharmacien. Dès lors, il serait souhaitable de revoir ce point réglementaire de façon à assurer une plus grande présence des pharmaciens au sein de l'officine.

D'autres mesures peuvent être envisagées. Les syndicats de pharmaciens d'officines proposent par exemple la mise en place d'un fond de modernisation et de restructuration pour aider au rachat des officines invendables. Cela permettra dans certains cas des départs en retraite attendus de longue date. Sur la même idée, les syndicats encouragent la mise en place d'incitations fiscales. Elles auraient pour but d'amortir les frais liés à la reprise (frais d'acquisition et intérêts d'emprunt). Cela facilitera l'entrée de jeunes pharmaciens en même temps que de favoriser la sortie de leurs homologues plus âgés.

### C. Une réorganisation contrainte et forcée mais bénéfique

Le contexte actuel oblige le maillage territorial des officines à évoluer, le nombre de pharmacie est contraint de diminuer (1). Les ARS ont le devoir d'encadrer et de contrôler la restructuration de l'offre officinale (2). L'Etat souhaite promouvoir, depuis plusieurs années déjà, une réorganisation du réseau mais force est de



constater que les leviers existants sont insuffisants. Le transfert d'officines, bien que prometteur, déçoit les espoirs placés en lui (3) et les regroupements sont trop peu nombreux pour avoir un impact sur le maillage (4).

### 1. Une diminution « naturelle » du nombre d'officines

Il n'y a pas si longtemps encore, comme le démontrait la DREES, les officines étaient le service dont la répartition se calquait le mieux sur celle de la population<sup>34</sup>. Ce maillage est une source de fierté pour la profession, il assure un confort à la population et pousse au maintien des officines rurales. Dans ces zones rurales, la pharmacie constitue bien souvent le dernier facteur d'ancrage territorial et il est primordial pour le gouvernement de veiller à leur pérennité.

En revanche, dans les grandes agglomérations, le constat est bien différent. Leur surnombre dans ces zones urbaines n'est d'ailleurs pas étranger à certaines des difficultés déjà abordées. De plus, si la répartition entre en compte lorsque l'on évoque la question de l'accessibilité des patients au médicament, il serait trop facile de se tenir à cet unique critère. L'accessibilité se mesure en temps maximum d'accès (critère autrement plus fin que celui du nombre d'officines par habitant). Ainsi lorsque cet objectif est atteint, il semble plus opportun de s'intéresser à la taille de l'officine et de son efficacité au sein du réseau de santé plutôt qu'au nombre de pharmacies accessibles au patient en un lieu donné.

L'observatoire des métiers des professions libérales avance plusieurs chiffres<sup>35</sup> mettant en lumière une réduction du nombre de petites officines au profit d'officines de taille moyenne :

- Diminution de 20% du nombre des plus petites officines (1 à 4 salariés) entre 1993 et 2009 ;
- Légère augmentation du nombre d'officines de taille moyenne (5 à 9 salariés) jusque 2006 (chiffre constant depuis 2006) ;
- Le nombre global d'officines dans ces deux catégories est stable, c'est-à-dire que les petites officines sont passées dans la catégorie des moyennes officines. Cela traduit l'augmentation de la taille moyenne des pharmacies ;

---

<sup>34</sup> Comptes nationaux de la santé 2009 « Localisation des professionnels de santé libéraux », DRESS, Barlet M. Collin C.

<sup>35</sup> Observatoire des Métiers des Professions Libérales, « Chômage des pharmaciens adjoints », 2015.

- Un fort développement des officines de plus de dix salariés dont le nombre et les effectifs ont été multipliés par 2,5 durant cette période.

Devant ce constat chiffré l'OMPL émet des craintes vis-à-vis des difficultés que rencontrent les petites officines eu égard à la crise économique. Auparavant les ressources étaient suffisantes pour permettre au réseau de pharmacies de vivre, ce n'est clairement plus le cas dans ce contexte de maîtrise des dépenses.

Le ministère de la santé cherche donc à faire évoluer le maillage en douceur et avance plusieurs idées et projets (dont certains sont déjà en applications) :

- Création d'un groupe de travail pour « faire vivre la loi de répartition »
- Réflexion sur les principes du regroupement, sachant que le CA n'est plus pertinent dans l'appréciation du nombre de pharmaciens requis par officine.
- Création d'un fonds spécial afin de permettre à l'Etat de racheter les officines excédentaires, fonds qui serait financé, par exemple, par une taxe sur le CA ou les boîtes vendues.

L'idée principale ici est évidemment de baisser le nombre d'officines tout en faisant croître la taille de ces dernières. De plus grandes officines offriraient une plus grande adaptabilité de la profession vis-à-vis des évolutions inéluctables de la profession. En outre, la diminution du nombre d'officines induirait une diminution des coûts fixes assumés par les collectivités. Suivant cette idée l'IGAS estime que la taille minimale d'une officine lui permettant de développer de nouveaux services correspond à un chiffre d'affaires de 1,5 millions d'euros<sup>36</sup>. Ce chiffre d'affaires correspond justement à la moyenne actuelle.

La diminution du nombre d'officines en zone urbaine doit à terme permettre d'améliorer la prise en charge de la population mais en parallèle il faut pouvoir garantir le maintien des officines en zone rurale afin d'assurer la même accessibilité au médicament à toute la population. Cela conduit à se poser la question des moyens et des solutions à mettre en œuvre afin d'encadrer la réorganisation du maillage officinal.

---

<sup>36</sup> Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : « *Pharmacies d'officines : rémunérations, missions et réseau* », juin 2011.

## 2. *Le rôle prépondérant des ARS et les autres moyens*

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont vu le jour en juillet 2009 avec la loi HPST. Effectives depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010, elles sont sous la tutelle du Ministère de la santé et sont chargées d'adapter la politique nationale de santé aux spécificités de la région. Ainsi elles définissent et mettent en œuvre la politique régionale de santé. Elles ont pour mission de remplacer plusieurs institutions parmi lesquelles : les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ou encore certains organismes de sécurité sociale (URCAM, CRAM) ... (ANNEXE II)

Depuis la loi HPST et l'ordonnance de 2010, il revient au directeur général de l'ARS de remettre la licence d'exploitation au pharmacien s'installant dans sa région. C'est cette licence qui donne l'autorisation d'exercice au pharmacien et celle-ci est rattachée au fonds de commerce. En conséquence, il est impossible de céder la licence indépendamment du fonds de commerce. Enfin, la fermeture de la pharmacie entraîne la caducité de la licence qui est alors remise à l'ARS. Concernant les cessations d'activité, il est désormais possible pour un ou plusieurs pharmaciens de racheter certains actifs d'une officine en contrepartie de sa fermeture définitive et de la restitution de la licence. Ces actifs peuvent concerner le mobilier, les marchandises, la clientèle... Pour réaliser cette cession, il faut au préalable demander l'avis de l'ARS, qui est chargée d'encadrer les fermetures de pharmacie.

Les ARS ont donc un rôle à jouer et des responsabilités à tenir dans les fermetures d'officines. Le rachat de certains actifs doit permettre d'encourager les cessations d'activités de pharmacies en difficultés et la récupération de licence par l'ARS. Mais ces possibilités de reprise des fonds restent dépendantes de facteurs dont l'évolution est incertaine à savoir l'évolution des prix de cession, qui peut freiner ou accélérer la reprise et l'installation de jeunes, et les cadres juridiques et fiscal favorisant plus ou moins les installations ou reprises via les SEL et les SPFPL.

Ces rachats d'actifs sont, de ce fait, assez rares. De plus, l'intérêt d'une telle démarche est loin de faire l'unanimité. En effet, quel serait l'intérêt pour un pharmacien titulaire de racheter les actifs d'un de ses concurrents directs alors que celui-ci éprouve des difficultés qui le conduiront, tôt ou tard, à mettre la clé sous la porte ?

Les petites structures ne sont évidemment pas toutes en difficultés et peuvent parfois y faire face lorsque c'est le cas. Moyennant quelques sacrifices du pharmacien titulaire pour répondre à l'éprouvante charge de travail, celui-ci peut accéder à un niveau de revenus très satisfaisant. Tant que cette perspective attrayante perdurera, il sera toujours possible pour ces petites structures de se maintenir dans le paysage officinal français, bloquant là aussi la restructuration du réseau officinal souhaitée par l'Etat.

Au vu de ces éléments, il est du devoir des pouvoirs publics de trouver et mettre en œuvre les solutions en faveur de la réorganisation du maillage officinal. Ils se doivent d'assurer un revenu adéquat aux pharmaciens officinaux, mais cela ne signifie pas que ce revenu doive être garanti à chaque officine. Il le serait sans nul doute pour les officines dont la taille, suffisante, permettrait le développement des nouveaux services. Dès lors, il appartiendrait aux petites officines de se regrouper afin d'atteindre la taille nécessaire, en particulier dans les zones urbaines surdenses.

Cependant, il semble crucial d'imposer aux ARS de mener un travail préalable de repérage des difficultés potentielles dans les zones faiblement peuplées. Dans le cadre de l'organisation des soins ambulatoires, les ARS sont les seules à même d'identifier les territoires où le temps d'accès deviendrait trop long en cas de disparition d'une pharmacie. Pour éviter ces disparitions et aider au maintien des officines dans ces zones, les pouvoirs publics pourraient encourager la dispensation à domicile et mettre en place des incitations fiscales. A charge alors aux ARS d'encadrer ces dispositions et de veiller à la juste application des aides.

Le réseau officinal évolue, c'est un fait. Pour autant, la réorganisation du réseau qui s'opère actuellement se fait essentiellement sous la contrainte et reste dictée par les fermetures d'officines. Les moyens mis à disposition par la réglementation, que ce soit le regroupement ou le transfert d'officine, restent effectivement sous-utilisés.

### 3. *Le transfert : une fausse bonne idée*

Avec le gel des créations d'officines, un pharmacien souhaitant s'installer ne dispose plus que de trois options : un rachat d'officine préexistante, le regroupement en s'associant à un confrère ou le transfert ! Si la première option demande un apport souvent conséquent, les deux autres options permettent de s'installer à moindre coût. Néanmoins, dans le cadre d'un transfert, cette installation n'en reste pas moins risquée ! Le transfert d'officine est soumis à de nombreuses lois et règlements (selon qu'ils émanent du pouvoir législatif ou réglementaire).

A l'origine le transfert devait s'opérer dans la même commune ou dans une commune du même département. Cependant, le grand nombre de pharmacies présentes sur Paris a encouragé le législateur, en juin 2000, à autoriser le transfert dans toute la région Île de France. C'est en 2007 que cette particularité est généralisée et autorisée dans les autres régions. Dès lors il est possible d'effectuer son transfert vers toutes les communes de tous les départements de la région à condition de satisfaire certaines conditions. Conditions qui s'avèrent être de plus en plus nombreuses à mesure que l'on s'éloigne de l'emplacement initial. En effet, lorsque le transfert se fait dans le même quartier ou dans un autre quartier de la même commune, outre une distance minimale à respecter avec l'officine existante la plus proche, la principale difficulté pour le pharmacien consiste à démontrer l'absence d'abandon de population du quartier d'origine et un service rendu pour le nouveau quartier.

Le transfert intra communal paraît donc être une option assez peu contraignante et pouvant être avantageuse pour le pharmacien, qui pourrait par ce biais s'éloigner d'une concurrence agressive, se rapprocher d'un quartier à l'environnement médical plus développé ou améliorer son accessibilité et ses locaux. De plus, ce type de transfert ne dépendant d'aucun quota de population il est relativement facile à mettre en place.

Cependant, dans le cadre d'une restructuration du réseau officinal son utilité est très limitée. Pour rappel, l'objectif ici serait de diminuer la surdensité des pharmacies en zone urbaine au profit des zones rurales les moins bien desservies. C'est pourquoi les transferts nationaux et, à un degré moindre, intercommunaux s'avèrent être de bien meilleures options aux yeux des pouvoirs publics.

Le transfert national est en effet rendu possible seulement un an après, au 1<sup>er</sup> janvier 2008, et autorise donc une pharmacie d'une région donnée, de métropole comme des DOM-TOM, à s'installer n'importe où sur le territoire français. Toutefois, à l'instar du transfert intercommunal, il faudra tenir compte des quotas de population et des avis décisionnels des ARS. Les personnes à l'initiative du projet de transfert doivent solliciter l'ARS de la région d'origine qui étudiera la possibilité d'un départ ainsi que l'ARS de la région d'arrivée qui jugera de la pertinence du projet. L'autorisation de transfert requiert donc les signatures conjointes des directeurs des deux ARS concernées.

Voilà donc un moyen de faire évoluer le maillage officinal en douceur. Mais encore faut-il que cette démarche s'opère dans le bon sens. Si l'on se réfère aux derniers chiffres du CNOP, on comprend rapidement que le transfert d'officine ne permettra pas d'atteindre l'objectif<sup>37</sup>. Certes sur l'année 2014, le plus grand nombre de transferts (128) a eu lieu vers des communes de 5 000 habitants ou moins (soit des communes ne disposant d'aucune pharmacie sauf rares exceptions). Néanmoins, seuls 3 transferts de pharmacie sur les 289 totalisés sur l'année 2014 ont été réalisés à l'extérieur de la commune. Tous les autres ont eu lieu à l'intérieur de la commune d'implantation initiale.

Autre point important, ces dossiers et projets de transferts sont conduits par les pharmaciens avec ou sans aide extérieure. Ces transferts d'officines restent légitimement motivés par des questions économiques telles que celles mentionnées précédemment. Les nombreux prérequis et les conditions imposées par le législateur en sont la preuve même. Par conséquent, les pouvoirs publics ne peuvent décemment pas se reposer sur ces transferts pour désengorger les centres urbains et améliorer la distribution géographique des pharmacies françaises. Cela explique la direction suivie par les gouvernements successifs et la promotion du regroupement au détriment des transferts d'officines.

---

<sup>37</sup> Eléments démographiques : « *Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015* », Direction de la Communication de l'Ordre des Pharmaciens, juillet 2015.

#### 4. *Des regroupements à encourager*

Le regroupement d'officines est la mise en commun par au moins deux titulaires d'officines de leurs outils de travail respectifs en un seul outil et une seule localisation. Il va de soi qu'à l'instar du transfert, le regroupement entre deux officines doit permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population du quartier d'accueil sans compromettre l'approvisionnement en médicaments dans la commune d'origine. Dans certains cas, le regroupement devient une nécessité économique en raison du contexte économique actuel afin de maintenir une proximité de l'accès aux soins.

Le cadre législatif et réglementaire de la répartition des officines a été remanié à deux reprises durant les quinze dernières années. Cela traduit la volonté des pouvoirs publics de faire baisser le nombre d'officines existantes. Dans cet esprit, le regroupement constitue sans aucun doute le moyen privilégié pour faire évoluer le réseau. Qui plus est, le regroupement permet d'éviter des faillites dues à une concurrence trop féroce au sein d'un quartier.

Parmi les regroupements, il faut faire la distinction entre le vrai et le « faux » regroupement ! Le vrai regroupement est la réunion de plusieurs officines en un lieu unique, sur l'emplacement d'une des officines concernées ou sur un nouvel emplacement situé dans la commune de l'une d'elles. Suite à ce regroupement-transfert, les licences rattachées aux anciens emplacements des officines sont gelées temporairement et une nouvelle licence est octroyée pour l'officine nouvellement créée.

Le « faux » regroupement est ni plus ni moins qu'une absorption d'une officine par une autre. C'est un cas de plus en plus fréquent, lorsqu'une pharmacie connaît de grosses difficultés, elle peut faire l'objet d'un regroupement par rachat de tout ou partie de ses biens par une ou plusieurs autres pharmacies, comme cela a été abordé en amont. Le titulaire de la pharmacie ayant accepté cette fusion restitue alors sa licence à l'ARS dont il dépend.

Quel que soit l'option prise, le regroupement reste un moyen éprouvé et efficace de diminuer le nombre de pharmacies présentes dans une commune. En comparaison, son impact est bien plus significatif qu'un transfert d'officine. Ainsi

d'après l'article L.5125-5 du CSP, toute demande de regroupement amenée à être en concurrence avec une demande de transfert pour un même quartier serait prioritaire auprès des instances décisionnelles. Néanmoins, le regroupement ne sera autorisé que s'il a lieu dans la commune d'implantation d'une des deux officines et ce, même si la commune souhaitée compte plus de 2 500 habitants, condition prérequis à l'ouverture d'une pharmacie.

En ce sens, les pouvoirs publics souhaitent accroître le nombre de projets de regroupement et tentent de rendre le regroupement plus attractif. Car comme toute démarche administrative et entrepreneuriale, le regroupement est source d'inquiétudes. La plus évidente concerne la protection de la pharmacie issue du regroupement ! Si le problème ne se pose pas dans le cas d'un « faux » regroupement (la pharmacie qui rachète conserve son emplacement, son local...), la pharmacie issue d'un vrai regroupement devra le plus souvent reprendre de zéro ou presque. Outre le fait que l'ARS peut imposer une distance minimale d'installation avec une pharmacie préexistante dans le nouveau quartier voire même décider du lieu d'installation ; la pharmacie issue du regroupement n'est pas à l'abri de voir une pharmacie s'installer à proximité et lui faire concurrence. Entreprendre toutes ces démarches, changer de locaux, de logistique ou même d'équipe et risquer de perdre une partie de sa clientèle pour finalement se voir opposer la même concurrence que celle ayant pu pousser au regroupement est un risque bien réel.

Effectivement lors d'un regroupement, les licences libérées sont prises en compte dans le quorum de la commune d'accueil, elles sont gelées pour une certaine durée... C'est précisément la durée de ce gel qui pose problème. L'objectif derrière ça est de laisser le temps à la nouvelle pharmacie de s'installer dans le quartier. Et il n'y a encore pas si longtemps le délai durant lequel les licences étaient gelées, était de 5 ans. Après cette période l'ARS pouvait octroyer une des licences restituées via le regroupement à une nouvelle pharmacie pour qu'elle s'installe dans la commune. Aussi, de nombreux projets de regroupement n'ont pas aboutis en raison du risque trop important que pouvait représenter l'installation d'une nouvelle pharmacie à proximité. Considérée comme insuffisante, notamment au vu des investissements et de l'étalement du remboursement des emprunts, la durée du blocage des licences a donc été allongée à 12 ans par la loi du 21 décembre 2011.



Sur le plan purement économique, de nombreux freins existent encore, et en particulier en raison des lourdes incidences sociales et fiscales. Le président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) réclamait à ce propos « *une boîte à outils d'allègement de la fiscalité* »<sup>38</sup>. L'exemple qu'il prend d'un regroupement entre un pharmacien en société et un second en entreprise individuelle montre bien la problématique : « *cette configuration peut les obliger à céder leurs fonds et à payer l'impôt sur les plus-values, c'est tout à fait contre-productif !* ». S'agissant de cet exemple, il suggère « *il faudrait, au contraire, obtenir leur report d'imposition et pouvoir passer le coût de cette opération en charges* ». Dans le même esprit, la présidente de l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF), Françoise Daligault ajoute « *il faut mettre en place des crédits d'impôt pendant les cinq premières années pour donner de l'oxygène à la nouvelle entité* »<sup>39</sup>. Comme souligné plus haut, le risque d'évasion d'une partie de la clientèle suite au regroupement est difficile à mesurer et freine également les intentions de regroupement. Et l'unique protection, en faveur du regroupement, permise par le gel des licences n'est d'aucune utilité dans les grands centres urbains où les pharmacies se trouvent en surnombre.

Dans ces zones précisément, les pharmaciens ont plus intérêt à passer par un « faux » regroupement en rachetant la clientèle, il n'y a de toute façon aucun risque d'ouverture d'une nouvelle pharmacie. De plus, ces rachats de clientèle constituent une porte de sortie « à moindre mal » pour le titulaire cédant lorsque sa pharmacie est devenue invendable.

D'après l'IGAS, qui émet une série de recommandations à l'issue de son rapport, la prolongation du gel des créations d'officines, « *le relèvement général sensible de l'ensemble des quotas* » de population et leurs durcissements dans les grandes agglomérations constituent les principales mesures à mettre en œuvre à court terme. Le contexte actuel est favorable à une réorganisation du réseau. La répartition géographique des officines est amenée à évoluer du fait du vieillissement de titulaires, des faillites, des transferts et des regroupements... Il est impératif cependant que cette réorganisation soit encadrée et accompagnée pour que celle-ci puisse se faire dans le sens d'une meilleure efficacité. Ce cadre législatif doit aussi

---

<sup>38</sup> Le moniteur des pharmacies n° 2973 « *Regroupement : N'ayez pas peur !* », Isabelle Guardiola, François Pouzaud, 9 mars 2013.

<sup>39</sup> Le moniteur des pharmacies n° 2973 « *Regroupement : N'ayez pas peur !* », Isabelle Guardiola, François Pouzaud, 9 mars 2013.

prendre en compte les dérives existantes et celles à venir concernant les montages qu'opèrent certains pharmaciens ayant les moyens de faire disparaître la concurrence.

#### D. Le e-commerce : une alternative au maillage territorial

La vente en ligne de médicaments a connu des débuts chaotiques en France. Nous allons le voir, la France est l'un des pays ayant le plus tardivement réglementé ce commerce. Cette réglementation a requis de nombreux arrêtés et s'est construite par étape (1). L'élaboration du cadre réglementaire français a dû s'adapter et prendre en compte la réglementation européenne (2). L'encadrement législatif de la vente sur internet des médicaments permet, en sus de son développement, de l'envisager comme une alternative plausible (3). Néanmoins, des interrogations demeurent sur l'avenir du e-commerce en particulier du fait de l'obligation de rattachement à une officine physique (4).

##### 1. *L'impératif de réglementation*

Le développement tardif de la vente à distance des médicaments est principalement dû aux multiples réticences de la profession. L'Ordre National des Pharmaciens (ONP) rappelait encore en 2012 les dangers du commerce électronique qu'ils soient dus à l'impossibilité d'utiliser la carte vitale et le dossier pharmaceutique, au risque de surconsommation médicamenteuse, au manque de contrôles sur internet ou même du risque de falsification des médicaments.

Il a fallu attendre une décision majeure pour stimuler le développement de la vente à distance des médicaments. Cette décision est désormais appelée « arrêt Doc Morris » et fut prise par la CJUE en 2003. Elle stipule qu'il est contraire au droit communautaire d'interdire la vente des médicaments sur internet, mais précise qu'une interdiction pour les médicaments soumis à prescription peut être justifiée par un impératif de protection de la santé publique.

Suite à la jurisprudence Doc Morris, la plupart des pharmaciens français se montrent réservés. Quelques initiatives éparses ont lieu ce qui incite l'académie nationale de pharmacie à émettre des recommandations dans un rapport publié le 7 novembre 2007.

Néanmoins, les pouvoirs publics français ont longtemps refusé de traiter la question de la vente proprement dite, se focalisant simplement au départ, à partir de 2008, sur les sites de communication des pharmaciens. En parallèle, l'union européenne s'apprêtait à adopter une nouvelle directive, la directive 2011/62/UE dite « médicaments falsifiés » comportant de nombreuses dispositions relatives aux médicaments à usage humain, en particulier à la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés. C'est pourquoi l'inspection général des affaires sociales recommande dans son rapport de 2011 de rapidement réglementer la vente des médicaments sur internet « *en transposant sans délai la directive « médicaments falsifiés »* ».

La France ne pouvait interdire de façon générale le commerce électronique, mais au moment de transposer le texte elle a décidé de restreindre au maximum la possibilité d'ouvrir des pharmacies en ligne<sup>40</sup>. Le cadre juridique du commerce sur internet des médicaments était, jusqu'alors, inexistant. L'ordonnance du 19 décembre 2012 et son décret d'application du 31 décembre viennent ainsi combler ce vide<sup>41</sup>. Ces textes récents permettent d'intégrer dans le CSP un nouveau chapitre intitulé : « *Commerce électronique de médicaments par une pharmacie d'officine* ». Dès lors, la dispensation peut également se faire par voie électronique, seulement s'il s'agit de médicaments non soumis à Prescription Médicale Obligatoire (PMO). Cette activité sera cependant réservée aux pharmaciens titulaires d'une officine et soumise à une autorisation préalable délivrée par l'ARS territorialement compétente.

Aux yeux du gouvernement français, cette réglementation stricte découle de l'impératif de protection de la santé publique. C'est dans cette optique qu'a été mise en place la chaîne pharmaceutique ininterrompue allant des fabricants ou importateurs de médicaments, aux pharmaciens officinaux et hospitaliers en passant

---

<sup>40</sup> Clausener Magali, « *Vente en ligne de médicaments, l'exception française* », Le Moniteur des pharmacies n°2922, 3 mars 2012.

<sup>41</sup> Ordonnance n°2012-1427 du 19 décembre 2012 relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments.

par les distributeurs en gros. Si tous ces acteurs ont « un statut pharmaceutique » c'est qu'ils sont placés sous la responsabilité d'un pharmacien. Eu égard à ce statut, la vente en ligne de médicaments est liée à la présence d'un pharmacien puisque rattachée obligatoirement à une officine. Ce dernier point est important car il sécurise encore davantage le circuit de distribution étant donné qu'il empêche les entreprises pharmaceutiques et les établissements de grande distribution disposant d'un pharmacien qualifié d'exercer cette activité.

A ce jour, la création d'un site internet et la demande d'autorisation de commerce électronique nécessite l'envoi du dossier correspondant par les pharmaciens compétents au directeur général de l'ARS comme écrit à l'article R.5125-71 du CSP. Outre les éléments courants tels le nom du pharmacien titulaire et son certificat d'inscription à l'ordre des pharmaciens, la demande doit contenir toutes les informations nécessaires à l'identification du site, informations qui étaient inconnues avant l'arrêté du 20 juin 2013. En effet, les éléments requis avant cette date pouvaient varier d'une ARS à une autre. Ce dossier a donc été contraint d'évoluer à plusieurs reprises. Suite à la parution de cet arrêté, un tableau récapitulatif précise les nombreux (plus de 140) points à vérifier dans les dossiers des candidats au e-commerce. Ces points concernent soit les « mentions obligatoires » soit les « actes obligatoires » qui incombent au pharmacien à la délivrance et qui par définition sont impossibles à vérifier à l'examen du dossier. Le pharmacien devra s'engager et se conformer à ses obligations.

Les conditions d'acceptation sont longtemps restées floues et vérifier sur dossier qu'un site en question va satisfaire aux obligations exigées est difficile à contrôler pour l'agence régionale de santé.

Pour assister les ARS, l'Ordre des pharmaciens est chargé de contrôler le respect des normes par les sites autorisés, sites figurant sur une liste destinée au grand public visible sur le site du ministère de la santé et de l'ordre des pharmaciens. Le détail des (nombreuses) mentions obligatoires est visible sur le site internet du service public. Il faut par exemple que le site soit hébergé auprès d'un hébergeur agréé par le ministre de la santé, *i.e.* qu'il soit agréé pour l'hébergement de données de santé. Ce point, apparu dans les bonnes pratiques, a lui aussi été source de difficultés eu égard aux autorisations déjà délivrées par les ARS pour certains sites dont l'hébergeur ne faisait que crypter les données.

Cet arrêté relatif aux bonnes pratiques clarifie donc de nombreux points, toutefois, avant même son entrée en vigueur, l'autorité de la concurrence se montrait critique envers les dispositions portant sur le prix. Elle juge ces dispositions contraires au développement de la concurrence puisqu'elles entravent la liberté tarifaire des pharmaciens. Ces remarques ont finalement été prises en compte et intégrées dans la version définitive de l'arrêté.

## 2. *L'impératif d'uniformisation*

Construire les fondations du commerce en ligne des médicaments et bâtir son cadre réglementaire étaient les premières étapes indispensables pour permettre son développement et garantir la sécurité de la chaîne d'approvisionnement. La mise en place de cette réglementation s'est évidemment faite en lien avec celle existant à l'échelle européenne. Malgré cela la France conserve d'importantes différences avec ses voisins en matière de vente en ligne des médicaments.

A la différence de ses voisins, la France a imposé de nombreuses conditions à respecter afin de pouvoir ouvrir son site de vente en ligne mais aussi de multiples mesures visant à limiter ce commerce. Cela constitue, pour les pharmacies françaises, une discrimination vis-à-vis des pharmacies des autres Etats membres de l'Union qui n'ont pas autant de contraintes pour mettre en place un site de commerce électronique. Pourtant, ces sites de pharmaciens étrangers sont accessibles aux clients français qui peuvent alors profiter d'une large gamme de produits autorisés à la vente à distance via ces sites. On parle alors de « discrimination à rebours » et désigne : « *l'effet paradoxal consistant en ce que le traitement réservé aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne est moins favorable que celui dont bénéficient ceux des autres Etats, en application des règles communautaires* »<sup>42</sup>. En outre, cette mesure est en contradiction avec l'un des principaux fondements de l'UE, à savoir la libre circulation des biens, des services et des personnes.

---

<sup>42</sup> *Vocabulaire juridique*, PUF, 8ème édition, Gérard Cornu, 2007.

S'agissant de ces discriminations à rebours, elles ne font que refléter les conséquences des limitations des compétences de l'UE puisque le droit européen reste pour le moment impuissant dans ce domaine. Cependant, le droit communautaire peut être amené à évoluer selon les priorités que se donne l'UE.

Que cela soit volontaire ou forcé, la France a déjà dû revoir certaines de ses dispositions et va devoir poursuivre dans cette voie. En effet, à l'origine seuls les médicaments dits de « médication officinale » – désigne les médicaments non remboursables autorisés en libre-accès devant le comptoir – devaient être disponibles sur internet. L'autorité de la concurrence avait aussitôt signifié son opposition précisant que cette limitation « *introduirait donc une restriction supplémentaire par rapport au droit communautaire* »<sup>43</sup>. Le conseil d'Etat a par la suite décidé d'ouvrir le commerce en ligne à tous les médicaments vendus sans ordonnance. Toutes ces évolutions successives ne sont cependant pas suffisantes et les différences entre les pays européens demeurent marquées (figure 12).



**Figure 12** : Carte européenne des autorisations de vente en ligne des médicaments  
Source : ONP - IRACM

<sup>43</sup> Autorité de la Concurrence, « *Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament en ville ?* », 25 février 2013.

Reste malgré tout que le commerce du médicament est un marché spécifique qui ne peut avoir lieu sans son cadre législatif propre garantissant la sécurité de la chaîne d'approvisionnement et *in fine* la santé du patient ! Certaines règles entravent donc les principes de l'UE comme la libre circulation des marchandises mais demeurent absolument nécessaires. A titre d'exemple, un médicament, même autorisé dans un Etat, ne peut accéder à un autre Etat que s'il bénéficie d'une autorisation délivrée par l'autorité compétente de l'Etat.

Sur un plan communautaire, la vente en ligne des médicaments n'a pas été réglementée par une directive unique mais par plusieurs textes successifs. A la directive 2000/31/CE du 8 juin 2000 posant un cadre légal et clair succède la jurisprudence Doc Morris en 2003 détaillée précédemment. La décision Doc Morris est confirmée quelques années plus tard, en 2011, par l'arrêt Pierre Fabre Dermo-Cosmétique déclarant qu'il est contraire au droit de la concurrence d'établir un accord de distribution sélective afin d'interdire la vente en ligne de certains produits. L'autorité de la concurrence, dans sa décision du 29 octobre 2008, avait qualifié de restriction de concurrence l'accord passé par le laboratoire avec ses distributeurs agréés interdisant la vente sur internet de ses produits.

Comme cité précédemment, les différences d'autorisations entre pays voisins sont sources de discriminations et d'inégalités. Prenons l'exemple des Pays-Bas, l'ensemble des médicaments est autorisé à la vente par internet, tout comme les « pure players » qui sont des entreprises dont l'activité est uniquement dédiée à la vente en ligne. Toutefois, un pharmacien sera bien présent derrière chaque dispensation effectuée via internet. En France, ces sites ne sont pas autorisés, cependant cela n'interdit pas le patient français de faire appel à ces sites (qui doivent alors se plier à notre interdiction de vendre des médicaments à PMO). De ce fait, un grand nombre de ces sociétés s'implantent au bord de la frontière avec l'Allemagne pour desservir au mieux ce marché.

L'harmonisation législative de la vente en ligne n'a pu se faire qu'à partir de la directive du 8 juin 2011, dont l'objectif principal était le renforcement des contrôles de la chaîne d'approvisionnement de médicaments en vue de lutter contre les fraudes. Cette directive reprend, entre autres, les principes de la jurisprudence de 2003 et

modifie la directive de 2001 du parlement européen relative aux médicaments à usage humain et en particulier de la prévention de l'introduction de médicaments falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement.

La directive 2011/62/UE doit permettre ainsi d'éviter les détournements grâce au renforcement des contrôles sur l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement. En ce sens, elle vise aussi à harmoniser les régimes nationaux relatifs à l'offre en ligne ce qui aidera à réduire la distribution de médicaments falsifiés. La directive réaffirme également le monopole pharmaceutique et prévoit un régime relatif à la vente à distance de médicaments. Elle introduit un article 85 quarter qui impose aux Etats d'autoriser la vente à distance au public de médicaments. Les pharmaciens sont alors habilités pour la vente en officine et en ligne, ils doivent pour cela se soumettre à quelques obligations : signaler leur activité à l'autorité nationale référente, indiquer sur leur site les coordonnées et liens renvoyant au site de ladite autorité et afficher le logo européen sur chaque page du site.

Cette directive européenne 2011/62/UE, et plus précisément l'article 85 quarter, spécifie également que toute personne autorisée à faire le commerce des médicaments, laquelle dispose du statut de pharmacien, est aussi autorisée à vendre en ligne. Le contrôle administratif préalable imposé par la législation française apparaît alors injustifié. En plus de symboliser, une fois de plus, les réticences françaises, cette disposition introduit une iniquité supplémentaire pour les pharmaciens français.

S'agissant d'uniformisation et de respect des principes de l'Union Européenne, l'autre point important concerne l'harmonisation des statuts des médicaments. Les différences de statut d'un pays à un autre constituent effectivement un frein à la libre circulation, et c'est la volonté de l'Union de remédier à ce problème tout en garantissant la protection de la santé publique. En outre, il convient également d'uniformiser les dispositifs de sécurité applicables aux médicaments au sein de l'UE voire même les méthodes d'évaluation des médicaments et leurs autorisations de mise sur le marché.



### 3. *Le e-commerce : une solution palliative aux fermetures d'officines*

Durant de nombreuses années, les pharmaciens et leurs syndicats ont opposé la densité du réseau officinal à la volonté des pouvoirs publics de légaliser le commerce électronique des médicaments. Ainsi se pose la question de l'intérêt de la vente par internet alors même que les pharmacies se trouvent à tous les coins de rue, permettant là aussi de faire jouer la concurrence entre-elles.

Ce maillage territorial garantit l'accès aux soins à la population française, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Cela fait du pharmacien officinal, le professionnel de santé le plus proche de la population et il est, à ce titre, fort légitime de vouloir préserver cet proximité. En revanche, opposer ces deux types de commerces et privilégier l'un par rapport à l'autre serait une erreur.

Le e-commerce peut effectivement être promu comme la continuité de l'officine. Le pharmacien pourrait réserver l'utilisation de son site à leurs membres, autrement dit aux personnes inscrites et qui seraient connues de l'équipe officinale (patient régulier, clients fidèles). Cela aurait comme avantage de renforcer la traçabilité et la sécurité pour le patient. L'officine serait alors perçue comme un « point relais » pour les commandes passées via le site internet. Il faudrait alors changer de point de vue, délaissier la vision restrictive d'un commerce en ligne défini exclusivement comme de la vente à distance et adopter une vision plus globale, celle d'une structure physique dématérialisée : une e-pharmacie.

Mais pour entrevoir cette officine virtuelle, cela requiert de répondre aux incertitudes que pose tout commerce en ligne telles que la sécurité des biens et des données. C'est là un des points cruciaux pour l'essor du e-commerce. Il est absolument nécessaire de pouvoir certifier aux patients que les informations qu'ils fournissent, qui appartiennent à la sphère privée, sont protégées du piratage et stockées sur des serveurs sécurisés. Ceci explique l'obligation pour ces sites de disposer d'un hébergeur agréé par le ministère de la santé. Toutefois cette protection serait partielle puisque « *la plupart d'entre eux sécurise les données chez le professionnel de santé mais pas les mails entre un professionnel et un patient* »<sup>44</sup>. Pour autant ces frais liés à l'hébergement représentent d'ores et déjà un coût élevé

---

<sup>44</sup> Mémoire professionnel « *Le commerce électronique des médicaments à l'aune du monopole pharmaceutique* », Aurélie Chaban, Université de Bordeaux, 2013.

qu'il faut additionner au prix élevé facturé par les sociétés spécialisées dans la création d'un site, sociétés auxquelles le pharmacien devra bien souvent recourir s'il n'est pas expert dans le domaine.

S'agissant de la sécurité et la fiabilité des produits vendus en ligne, l'objectif est évidemment d'empêcher le commerce des médicaments falsifiés et de tout produit contrefait. A ce titre, les opposants au commerce électronique ont pu être conforté dans leur choix à plusieurs reprises comme lors de l'attaque en justice de l'Ordre des pharmaciens envers onze sites désignés comme frauduleux. Ces derniers se faisaient passer pour des officines françaises et semaient le doute en utilisant des noms français, alors même qu'ils étaient basés à l'étranger, ainsi que des logos semblables à ceux des sites autorisés<sup>45</sup>. D'après la présidente du CNOP, Isabelle Adenot, ces sites « *ont repris les noms de domaine tombés dans le domaine public de pharmacies physiques françaises qui possédaient un site mais ne l'ont pas conservé* ». L'Ordre des pharmaciens s'est intéressé à ces sites en raison du prix extrêmement bas auquel étaient proposés des traitements de la dysfonction érectile du type Viagra®. Le vice-président du CNOP, Patrick Fortuit nous apprend par ailleurs que plus de quarante sites étaient identifiés comme illégaux à la date du 9 août 2013. L'Institut de Recherche Anti Contrefaçon de Médicaments (IRACM) rappelle qu'en 2011 une enquête, publiée par la National Association of Boards of Pharmacy, estimait que 96% des pharmacies en ligne étaient illégales<sup>46</sup>. Dans de telles circonstances, le risque de tomber sur un médicament contrefait lors d'un achat sur internet est grand. Selon l'OMS, un patient qui achète un médicament en ligne a environ 50% de risque de tomber sur une contrefaçon !

Fort heureusement, les contrôles et la vigilance des autorités, en France, contribuent à la sécurité de la vente en ligne. Les mesures prises pour l'encadrement du e-commerce peuvent sembler excessives à certains égards mais elles ne sont pas toutes dénuées d'intérêt, bien au contraire. La révision législative du commerce électronique des médicaments doit donc se faire avec prudence.

---

<sup>45</sup> Dépêche APM du 7 août 2013 : *L'Ordre des pharmaciens porte plainte contre 11 sites illégaux de vente en ligne de médicaments.*

<sup>46</sup> Observatoire de l'IRACM, [www.iracm.com](http://www.iracm.com)

Garantir l'accès aux soins à la population n'est pas suffisant pour réellement envisager le commerce par internet comme une solution compensatoire aux faillites toujours plus nombreuses des officines. Il ne fait aucun doute, si l'on excepte les rares zones encore privées d'accès à internet, que le e-commerce peut s'affirmer comme « le maillage territorial idéal » en ce qui concerne le simple approvisionnement de la population en médicaments. Mais il ne faut pas omettre les problématiques annexes soulevées par les faillites de certaines pharmacies.

Du point de vue du patient, la fermeture d'une officine signifie le départ de professionnels de santé et la création potentielle d'un déficit dans la prise en charge de sa santé. C'est la disparition d'un service global de santé : préparation des doses éventuelles à administrer, suivi du traitement via les entretiens thérapeutiques, soins de premiers secours, aide à l'auto surveillance glycémique et tensionnelle, prise de mesures pour la contention, dispensation à domicile de médicaments et matériel médical. Le pharmacien a régulièrement un rôle d'intermédiaire entre le patient et les professionnels de santé, et s'assure à cette occasion de la bonne compréhension des informations par le patient.

Du point de vue des pouvoirs publics, et selon les zones géographiques concernées, les faillites d'officines signifient davantage de chômage bien sûr mais surtout un recours plus difficile à un professionnel de santé, un accès aux soins moins immédiat ou encore une diminution de la sécurité des patients de par la complexité du suivi de ces derniers.

En l'état, il semble évident que le e-commerce demande encore à être développé avant de pouvoir l'envisager comme un système compensatoire aux fermetures de pharmacies. Enfin, il convient de garder en tête le coût des dépenses nécessaires à la mise en place du site et de manière plus large à l'offre de service rattachée au e-commerce. Ce n'est pas un hasard si seules quelques grosses structures ont réussi à s'imposer sur le territoire hexagonal. Et il est plus qu'incertain, dorénavant, que d'autres sites de pharmacies parviennent à émerger.

#### 4. *Un e-commerce à réserver aux officines physiques*

Nous l'avons vu précédemment, il existe des disparités entre des pharmaciens français pratiquant le commerce en ligne et des pharmaciens établis dans d'autres états qui exercent la même activité. A l'origine de ces différences se trouve l'obligation pour le pharmacien français disposant d'un site de commerce électronique d'être adossé à une officine « de brique et de mortier » tandis que dans d'autres Etats, les « pure players » sont autorisés. Cela signifie que le site d'e-commerce est libre de fonctionner en totale indépendance. Au travers de cette différence notable transparaissent, là aussi, les réticences de la France à transposer la directive européenne de 2011 relative à la vente sur internet. Or, cette directive valide la création d'officine virtuelle et autorise « *la personne physique ou morale offrant des médicaments [...] à délivrer des médicaments au public, également à distance* ». Il est donc légitime de s'interroger sur la compatibilité du droit français avec le droit communautaire ainsi que sur l'intérêt de cette position française.

Cette question du rattachement d'une pharmacie virtuelle à une pharmacie physique est l'objet depuis le départ de nombreux débats. Cette question met en exergue deux modèles commerciaux qui disposent chacun de leurs soutiens. Le premier modèle, qui a déjà été évoqué, est celui des « pure players ». C'est d'ailleurs en faveur de ce modèle qu'ont milité l'Autorité de la Concurrence et l'IGAS en soulignant que seul ce dernier – modèle – pouvait défendre la compétitivité des sites français vis-à-vis des sites étrangers. Le second modèle, qui est actuellement celui en vigueur, consiste à ajouter des activités en ligne à son activité traditionnelle. Il s'agit du modèle « Click and Mortar ». Les arguments avancés en faveur de ce modèle sont essentiellement le besoin de maintenir la dispensation des conseils et la délivrance « physique » des médicaments.

Afin de pouvoir exiger le rattachement à une pharmacie physique, la France a invoqué l'impératif de protection de la santé publique comme l'autorise l'article 85-2 ter de la directive européenne. Néanmoins, cette règle ne peut s'appliquer qu'aux pharmaciens exerçant en France. Ainsi un pharmacien d'un autre Etat membre de l'Union européenne souhaitant étendre son activité de commerce électronique de médicaments au territoire français n'est tenu qu'au respect de la législation applicable aux médicaments en France.

Par conséquent, cela crée une inégalité de par les investissements importants – à réaliser au sein de son officine en vue d'aménager, par exemple, un local dédié à cette activité – dont le pharmacien français devra s'acquitter pour entreprendre une telle activité. Par ailleurs, si les modalités de vente affectent de la même manière des produits provenant de France et ceux venant d'autres pays de l'Union Européenne, celles-ci ne peuvent être considérées comme des entraves à la libre circulation des marchandises. Toutefois, il semble que les dispositions françaises relatives à la vente à distance des médicaments n'affectent pas de la même façon les médicaments commercialisés sur un site français et ceux d'un site étranger. Cette différence de traitement crée alors un biais en défaveur du pharmacien français. La protection de la santé publique se fait au détriment de la compétitivité de l'offre en ligne française. Dès lors, il n'est pas surprenant de voir la stagnation de ce marché qui dispose pourtant d'un fort potentiel de développement.

Malheureusement, de nombreux obstacles tendent à restreindre la croissance de ce marché. A l'instar de la recommandation de l'IGAS<sup>47</sup>, la dématérialisation de la délivrance doit avoir lieu à la source. Aussi, l'IGAS propose « *pour des raisons pratiques et économiques, de dématérialiser totalement les ordonnances* » comme cela fut le cas, avec le succès qu'on connaît, pour les feuilles de soins. Par suite logique, ils proposent « *un progrès plus radical* » amenant le médecin à rédiger et signer son ordonnance électroniquement, et de la rendre accessible au pharmacien choisi par le patient. De tels systèmes existent déjà, dans une moindre mesure, mais dépendent des initiatives respectives de chaque pharmacien.

Si le développement de la vente par internet est freiné c'est aussi en raison de l'offre, plus que réduite, des médicaments qui y sont disponibles. Pour être éligible au commerce sur internet, le médicament doit être accessible sans prescription. Or, la France se refuse à modifier le statut de certains médicaments à PMO, contrairement à ses voisins européens (Cf. chapitre II).

---

<sup>47</sup> Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : « *Pharmacies d'officines : rémunérations, missions et réseau* », juin 2011.

Au vu de ce constat général sur le maillage, il ne fait aucun doute que les risques qui pèsent sur le réseau des pharmacies d'officines sont réels. La crise économique n'a pas non plus épargné les pharmaciens, toute proportion gardée avec les autres secteurs. En effet, dans une grande majorité des cas, les difficultés sont à mettre au compte de la gestion de la pharmacie par son titulaire. De ce fait, la problématique de la démographie officinale constitue à mes yeux le danger le plus sérieux. Il serait nécessaire de mener une étude complète sur le sujet en vue d'émettre une série de propositions à même de résoudre ces préoccupations. Le monde officinal ne manque pas d'opportunités lui permettant de traverser sereinement les périodes de troubles. Encore faut-il qu'elles soient perçues en tant que telles...

Internet est l'illustration parfaite de l'opportunité manquée. Son adoption par chaque pharmacien aurait offert à tous un nouveau marché. Sauf qu'internet perturbe les fondamentaux y compris dans le domaine de la santé. Devant ces incertitudes les pharmaciens ont fait le choix de la restriction, laissant ainsi ce marché, sur le territoire hexagonal, à deux ou trois grosses pharmacies... Internet bouleverse le secteur pharmaceutique à bien des égards, puisqu'il va jusqu'à remettre en question le monopole de dispensation, intensifiant toujours davantage la pression sur ce qui constitue l'essence de la profession.

## II. Le monopole officinal contesté

Des deux grands piliers de la profession de pharmacien, le monopole des médicaments est sans conteste celui qui occupe le plus l'attention du public comme des médias. Le développement du métier d'apothicaire puis de pharmacien s'est toujours articulé autour de ce principe d'exclusivité, leur réservant le monopole de dispensation des médicaments (A). Le monopole de dispensation octroyé au pharmacien, en tant que personne, ne souffre d'aucune contestation (B), au contraire du monopole dont profite la pharmacie, en tant qu'établissement (C), qui est l'objet de multiples débats. Cela m'amène à m'interroger sur une éventuelle libéralisation de la profession via la réduction du champ d'application du monopole (D).

### A. Un monopole historique, fort et étendu

Le monopole dont disposent les pharmaciens réunit, en vérité, deux notions distinctes (1). L'attribution de ce monopole, d'abord historique, a par la suite été reconnue comme une contrepartie aux contraintes du pharmacien d'officine (2). Son vaste champ d'application se justifie, lui, par la défense de l'indépendance du pharmacien (3). Dès lors, les envies de libéralisme des pouvoirs publics et des consommateurs font logiquement craindre une scission du monopole (4), bouleversant de ce fait le mode de distribution actuel.

#### 1. *La dualité du monopole*

Comme de nombreux autres métiers, celui de pharmacien appartient aux professions dites « réglementées ». Ces métiers sont définis, d'après le règlement européen, comme des professions dont l'accès et l'exercice sont subordonnés « *directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées* »<sup>48</sup>. Dans le cas présent, il s'agit ici de disposer du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie et d'être inscrit à l'Ordre des Pharmaciens.

---

<sup>48</sup> Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005.

Régulièrement ces professions réglementées se retrouvent au cœur des polémiques ; et bien souvent le sujet de ces polémiques concerne le monopole dont jouissent la plupart de ces métiers. C'est évidemment le cas du pharmacien qui dispose d'un monopole légal relatif aux médicaments. Nous allons le voir, ce monopole est ancien et par conséquent ancré dans la profession. C'est un monopole important et puissant puisqu'il associe en réalité deux monopoles en un seul.

En ville, par opposition au milieu hospitalier, seuls les pharmaciens titulaires d'une officine peuvent vendre des médicaments, et les autres produits mentionnés, aux consommateurs. De cette règle découle la distinction entre les deux aspects du monopole : un monopole lié au lieu de commercialisation (le monopole officinal) et un monopole lié à la fonction (le monopole pharmaceutique). Le monopole officinal vise à offrir aux consommateurs des garanties sanitaires ; la pharmacie fait l'objet d'inspections régulières par les autorités de santé. C'est un lieu qui doit être calme, propice à l'écoute et au conseil du patient. Son emplacement est visé par les autorités de l'Etat de manière à assurer sa proximité avec la population en tout point du territoire. C'est là un des liens qui unit le monopole du pharmacien au maillage territorial (Cf. partie II.A.2).

Selon le Code de la Santé Publique et son article L.5125-1, l'officine est « *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* ». Par voie de conséquence, la vente de tels produits ne peut se faire qu'au sein du réseau officinal. C'est pourquoi tous les médicaments, remboursables ou non, ne peuvent être vendus qu'à travers une officine, ou son site internet, exploitée par un pharmacien diplômé et inscrit à l'Ordre des pharmaciens.

S'agissant du monopole pharmaceutique sa justification est plus explicite. Le médicament n'est pas un produit de consommation comme les autres. Il peut être, par nature, considéré comme un poison mais qui, employé correctement, permet d'obtenir des bénéfices sur la santé. Tout médicament présente des effets indésirables et donc un risque pour le patient. La réglementation autour du médicament est ainsi très stricte, de sa conception à sa dispensation, chaque étape de la vie du médicament sera encadrée. Cette responsabilité incombe au pharmacien. Son diplôme atteste de sa compétence, compétence qu'il doit maintenir



à jour, ce qui l'oblige à suivre un programme de Développement Professionnel Continu (DPC). Il faut également qu'il s'inscrive à l'Ordre national des pharmaciens qui est chargé de surveiller sa déontologie et le suivi du DPC. L'Ordre assure l'éthique de la profession tant pour le patient que pour le pharmacien lui-même.

Même si son existence et son fonctionnement ne sont pas toujours identiques, le monopole pharmaceutique existe dans tous les Etats et se justifie amplement par des considérations de santé publique. Au niveau européen, la Cour de Justice de la Communauté Européenne (CJCE) a reconnu dès 1983 que certains Etats privilégient une vision extensive du monopole pharmaceutique. Cette décision de la CJCE est suivie en 1985 de la directive 85/432/CEE qui dispose que le monopole de dispensation relève des Etats membres.

La réglementation de la profession de pharmacien s'est construite avec toujours le même objectif de santé public. Cela requiert de former des professionnels de santé compétents et responsables, capables d'assurer le processus de développement et de commercialisation du médicament. Le monopole de dispensation du médicament découle donc de ces exigences mais pas seulement. Il est en réalité admis de voir l'instauration du monopole comme une contrepartie aux impératifs d'installation imposés par l'Etat.

## *2. Le monopole, une contrepartie financière au maillage qui en appelle d'autres*

L'histoire de la profession est ancienne. Pour comprendre son évolution, et la construction du monopole des pharmaciens, il faut remonter au XII<sup>ème</sup> siècle ; c'est à cette période qu'intervient la séparation des fonctions médicales et pharmaceutiques. La personne responsable de la dispensation des remèdes était appelée « apothicaire » (apotec = boutique).

La déclaration royale du 25 avril 1777 va confier aux apothicaires, en plus de les séparer des épiciers, le statut de Maitres en pharmacie. Cette déclaration leur attribue également le monopole de la dispensation. C'est à la suite de ce texte que fut créé le « le Collège de Pharmacie », corporation réunissant les apothicaires de

Paris ; ils promulguèrent deux des principes fondateurs de la pharmacie d'officine : le principe de « l'exercice personnel » de la profession et celui de « l'indivisibilité » de la propriété de l'officine.

Le monopole accordé aux pharmaciens fut confirmé au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle par la loi du 9 Germinal de l'an XI, autre loi majeure régissant l'exercice de la profession pharmaceutique. Enfin, il convient de mentionner la loi du 11 septembre 1941 promulguée par le gouvernement de Vichy et confirmée par l'ordonnance du 5 mai 1945 ; en celle-ci va renforcer encore le monopole pharmaceutique puisqu'elle supprime la profession d'herboriste et limite le nombre de médecins propharmaciens.

Il est très clair que le monopole du médicament s'est renforcé au fil de l'histoire et dispose maintenant d'un champ d'application étendu. Cependant il ne faut pas omettre que si la distribution au détail du médicament revient exclusivement aux pharmaciens, ces derniers sont tenus de respecter l'encadrement législatif imposé. La loi définit la rémunération et le fonctionnement des officines, elle détermine aussi et surtout leur répartition sur le territoire selon des règles bien établies. Des quotas de population stricts à l'interdiction de création d'officine, en passant par la détermination éventuelle du lieu de transfert de la pharmacie, le pharmacien n'a d'autres choix que de s'y plier. Ces monopoles, pharmaceutique comme officinal, doivent alors être vu comme une délégation de service public dans le domaine sanitaire.

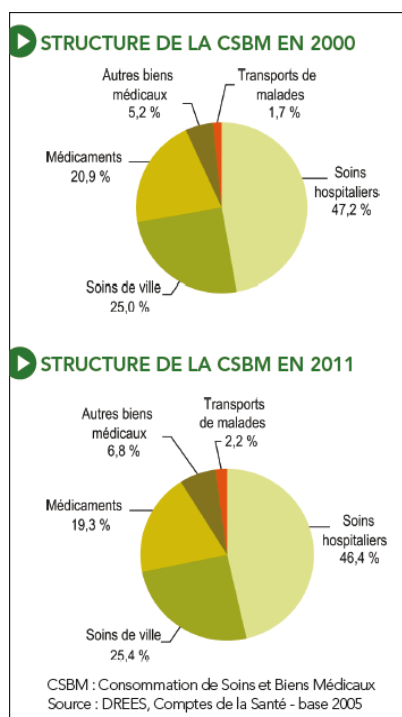
Certes toute situation de monopole représente indéniablement une valeur financière importante mais, dans le cas présent, ce monopole représente également une somme de devoirs professionnels ! En effet, les fondements du monopole pharmaceutique sont sans équivoque : la préservation de la santé publique, la protection du patient et la sauvegarde du malade. Cette optique suggère que les médicaments soient accessibles à tout moment, nuits et jours fériés compris.

Le monopole des pharmaciens en France, s'étend de la production à la dispensation. A chacune des étapes intermédiaires se trouvent des pharmaciens chargés tantôt de la réalisation tantôt de la surveillance. Les pharmaciens présentent les garanties professionnelles et engagent leur responsabilité à chaque étape du circuit de distribution. Tout manquement à ces obligations expose le pharmacien à une sanction pénale, civile ou disciplinaire. Eu égard au pouvoir de sanction, l'Ordre

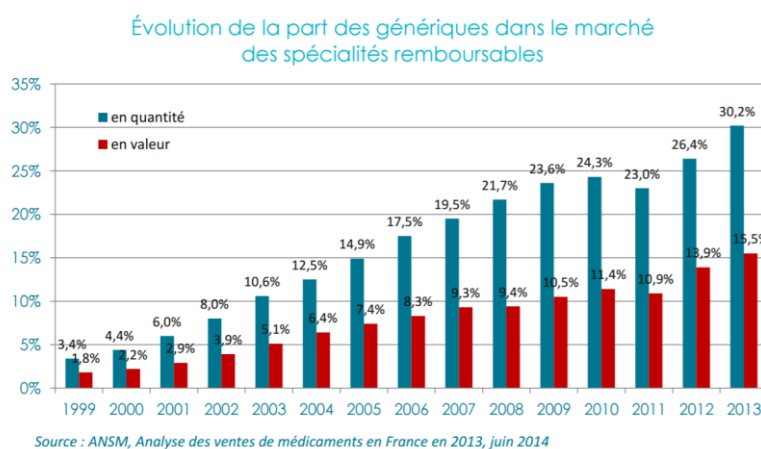
des pharmaciens dispose lui aussi de tels moyens dès lors qu'un manquement est avéré. Le monopole vient, en somme, récompenser leur engagement et sert de contrepois aux obligations qui leur incombent.

A ces obligations spécifiques qui découlent de l'exigence de leur profession, s'ajoutent des obligations d'ordre général. Ils doivent ainsi être de nationalité française ou d'un pays membre de l'Union Européenne et détenteur du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie ou d'un équivalent reconnu, présenter des garanties de moralité professionnelles et être inscrit à l'Ordre des pharmaciens.

Cette situation de monopole impose en sus au pharmacien d'entretenir une étroite relation avec l'assurance maladie. La part des médicaments dans l'ensemble de la Consommation des Soins et des Bien Médicaux (CSBM) n'est pas négligeable, bien que largement dépassée par celles des soins hospitaliers (figure 13). A ce titre les pharmaciens sont donc des acteurs majeurs des économies de santé, par devoir et par obligation ; le pharmacien ne peut ignorer les recommandations de l'assurance maladie et doit s'y conformer.



**Figure 13** : Evolution de la composition de la CSBM en 2000 et 2011.



**Figure 14** : Evolution de la part des génériques de 1999 à 2013

Le pharmacien permet la réalisation d'économies notamment via la promotion des génériques. En 2013, les génériques représentaient plus de 15% du marché en valeur et plus de 30% en quantité<sup>49</sup>. Avec la proposition systématique du tiers payant contre génériques, la progression est constante (figure 14). D'ailleurs, le tiers payant lui-même est une source d'économie significative pour les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) puisqu'il consiste en une dématérialisation des formulaires de soins et par la même occasion à un transfert de cette charge administrative des CPAM aux pharmaciens. Le coût d'une Feuille de Soins Electronique (FSE) est estimé à quelques centimes d'euros contre environ deux euros pour une feuille papier. Et d'après les chiffres de l'ONP, environ 600 000 000 FSE sont télétransmises chaque année par les pharmaciens.

A l'occasion de la publication de son dossier « *L'officine française : le contraire d'une rente* », l'Ordre National des Pharmaciens précise d'emblée : « *les pharmaciens et les pharmacies sont, par le législateur, en situation de monopole en raison de trois valeurs majeures dans le monde de la santé : la compétence, la proximité et l'indépendance* »<sup>50</sup>. Dès lors, « *la protection de ces valeurs ne constitue pas pour les pharmaciens une rente de situation, inutile, voire nuisible, au regard de l'intérêt général* » insiste l'ONP.

Effectivement, l'association de la loi de répartition démo-géographique et du monopole de dispensation n'a aucune raison de faire craindre un surcoût – qui serait le résultat d'une limitation de la concurrence entre pharmaciens – pour la société. Les patients sont libres de mettre en concurrence les pharmaciens en choisissant leur officine. De plus, environ 80% du chiffre d'affaires des pharmacies provient de la vente des produits de santé remboursables ; produits dont l'Etat fixe les prix et les marges. Le milieu officinal français ne constitue donc pas un surcoût pour l'assurance maladie, à l'inverse, il permet de réaliser des économies comme nous avons pu le voir.

---

<sup>49</sup> *Analyse des ventes de médicaments en France en 2013*, ANSM, juin 2014.

<sup>50</sup> « *L'officine française : le contraire d'une rente* », Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, DOC CNOP, juillet 2014.

Finalement, même si les pharmaciens jouissent d'un monopole puissant, ils appartiennent à une profession réglementée qui n'en a pas que le titre. Ainsi les pharmaciens sont au centre d'un système en équilibre regroupant monopole, maillage, responsabilités, indépendance, devoirs... Toutefois ce système ne saurait être complet et équilibré sans un autre grand principe : l'indivisibilité de son exploitation qui lui assure son indépendance.

### 3. *De l'importance du troisième pilier*

Le métier de pharmacien officinal est un métier regroupant plusieurs secteurs d'activité, au cœur du système de santé français, dont l'économie repose sur un équilibre complexe entre divers facteurs. Il y a effectivement la relation implicite entre le maillage et le monopole, mais l'existence de ces deux piliers et l'équilibre même de la profession dépendent d'un autre grand principe : l'indivisibilité de la propriété et de l'exploitation des officines.

Afin de bénéficier du statut de commerçant et de la propriété commerciale, le pharmacien doit se faire immatriculer au registre de commerce. Le code de la santé publique fixe les conditions d'exploitation : « *Le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est le titulaire* »<sup>51</sup>. Il prévoit en sus, qu'une SARL constituée d'un ou plusieurs pharmaciens ne peut être propriétaire que d'une seule officine ; il faut alors que chacun des pharmaciens de la société exploitant l'officine détienne au moins 5% du capital social et des droits de vote qui y sont attachés.

Le recours à une société est donc possible, cependant tout pharmacien « *ne peut être propriétaire ou copropriétaire que d'une seule officine* ». Cela écarte toute éventualité de gérance par un propriétaire non diplômé ou de convention conclue entre un pharmacien et un confrère pour lui confier la gérance de son officine. Il est précisé : « *le pharmacien titulaire d'une pharmacie doit exercer personnellement sa profession et n'est pas autorisé à exercer une autre profession* ». La législation oblige effectivement le pharmacien à toujours être présent dans l'officine ou à se faire remplacer, dans certains cas<sup>52</sup>, par un autre pharmacien diplômé. Ces règles

---

<sup>51</sup> Article L.5125-17 du Code de la Santé Publique.

<sup>52</sup> Article R.5100 du Code de la Santé Publique.

définissent ensemble le principe d'indivisibilité de la propriété qui, bien que pouvant être intégré à l'encadrement réglementaire du monopole comme présenté ici, constitue un pilier à part entière du métier de pharmacien.

A titre d'exemple, la dispensation du médicament nécessite des compétences précises et pointues, d'où l'impératif du diplôme de pharmacien. En outre, la délivrance des médicaments doit pouvoir être faite en toute indépendance avec pour seul intérêt celui de la santé du patient qui le reçoit. Cela ne peut être garanti par le seul diplôme. C'est pourquoi la dispensation doit avoir lieu dans une structure garantissant l'indépendance du pharmacien, cette structure revêt donc, elle aussi, un intérêt. Cependant, la structure seule ne suffit pas, si le pharmacien n'est pas le propriétaire de son officine mais subordonné à un dirigeant dont la logique est celle du chiffre d'affaires ou bien à des actionnaires à la recherche de dividende, la liberté d'entreprendre qui est la sienne s'en trouverait amoindrie. Sur cette question relative à la détention des officines par les seuls pharmaciens, et donc à son indépendance, l'Ordre des pharmaciens rappelle que la Cour de Justice a tranché en faveur de son maintien<sup>53</sup>. Elle juge effectivement « *qu'aucun autre dispositif ne permettait d'obtenir le même niveau de protection de la santé publique* ».

Chacune des règles encadrant la profession du pharmacien trouve sa justification, qu'elle soit dans un but de protection de la santé publique ou pour répondre à une exigence propre au médicament. Il en est ainsi de l'indépendance du pharmacien grâce au principe d'indivisibilité de la propriété. Or, ce principe est aujourd'hui menacé et les pharmaciens n'hésitent plus à afficher leur opposition.

Dans une question soumise au Ministère de la santé, jeunesse, sports et vie associative via le Journal Officiel en 2008, madame Bérengère Poletti souhaitait déjà relayer les inquiétudes des pharmaciens suite à l'annonce d'une probable ouverture de la vente de certains médicaments à la grande distribution<sup>54</sup>. Dans sa réponse, le Ministère souligne le caractère sociétal de la question ; il rappelle les trois piliers sur lesquels repose l'équilibre du réseau officinal à savoir : « *la propriété de son capital, qui impose à son titulaire d'assumer la responsabilité pleine et entière de l'ensemble*

---

<sup>53</sup> « *L'officine française : le contraire d'une rente* », Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, DOC CNOP, juillet 2014.

<sup>54</sup> Question à l'Assemblée Nationale, XIIIème Législature, Question n°22890 de Mme Poletti Bérengère publiée au JO le 13 mai 2008.

*de l'activité de son officine ; le maillage du réseau des officines sur le territoire, garantissant son adaptation aux besoins de la population, y compris dans les zones peu attractives ; le monopole, contrepartie d'une compétence assurée par une formation initiale et continue de haut niveau ».*

Le Ministère termine sa réponse, concluant que le réseau de la distribution pharmaceutique est contraint de suivre ses évolutions mais précise : *« Le réseau officinal est organisé, maîtrisé et contrôlé pour en garantir la qualité [...]. Cette qualité dépend d'un équilibre reposant sur trois piliers [...]. La fragilisation de l'un d'entre eux fait risquer l'écroulement d'un édifice tenant une place importante dans notre société, sans réelle contrepartie, notamment en termes de croissance ».*

Cette réponse, bien qu'ancienne, tend à démontrer l'importance du réseau officinal et le poids de chacun des piliers dans le maintien de son équilibre ; elle met en exergue la relation d'interdépendance qui existe entre chacun des piliers de la profession.

Malgré toute la bonne volonté, le sens de l'évolution est bien souvent dicté par la recherche perpétuelle d'économie, tant de la part des consommateurs que des pouvoirs publics. C'est la raison pour laquelle le maintien, en l'état, du monopole officinal semble compromis.

#### *4. La scission inévitable du monopole officinal*

D'aucun n'ignore les potentiels risques et dérives que peut entraîner toute situation de monopole ou d'oligopole. La valeur positive de la concurrence est évidente aux yeux de tous, qu'elle concerne le domaine public ou privé. Elle fait écho aux notions de liberté, diversité et créativité. S'agissant du monde officinal, cette recherche d'une saine concurrence est plus actuelle que jamais.

C'est pourquoi la question du monopole se retrouve fréquemment au cœur des débats lorsqu'il est question de l'évolution du métier de pharmacien. Il faut cependant bien faire la distinction entre les deux monopoles. En effet, la remise en cause du monopole concerne essentiellement le monopole officinal. Le maintien du monopole pharmaceutique n'a effectivement pas matière à être débattu pour de multiples raisons qui seront abordées par la suite ; au contraire du monopole officinal qui subit des pressions de tous côtés !

Même si les arguments en faveur d'une modification du monopole officinal ne manquent pas, le facteur déclencheur de cette contestation est sans nul doute celui du prix, jugé excessif, de certains produits vendus en pharmacie. Ce facteur prix fait évidemment écho à un autre argument, le manque de concurrence entre les pharmacies du fait du monopole. Ces deux points ont notamment été soulevés par la grande distribution qui estime pouvoir diminuer le coût de nombreux produits de santé. Puis quelques années plus tard, suite à une demande d'instruction en date du 25 février 2013, l'Autorité de la Concurrence (ADLC) s'est penchée sur le sujet en s'intéressant à l'ensemble du circuit de la distribution en ville, et a livré ses conclusions dans son rapport précité. L'ADLC soulève ainsi, au vu des difficultés économiques et d'une augmentation des écarts de prix, la persistance de plusieurs obstacles – nous aurons l'occasion d'y revenir – à l'obtention d'une plus forte concurrence.

Fort logiquement, face à ces revendications, les pharmaciens se sentent menacés et inquiets pour leur avenir. Au cours des dernières années, plusieurs campagnes de pub et rassemblement de protestations ont eu lieu en réponses à ces attaques. Bien que l'Ordre national des pharmaciens se défende de faire de la défense corporatiste : « *partout où il n'y a pas d'intérêt public en jeu, partout où il n'y a pas de risque ou d'enjeu positif majeur pour la santé publique, le monde de la pharmacie est ouvert à la plus large concurrence* » publiait-il dans un dossier sur le sujet<sup>55</sup>, il se montre cependant inflexible face aux revendications.

L'ONP pointe, à ce titre, la politique contradictoire suivie par les pouvoirs publics. D'un côté, une politique de santé qui se doit de maintenir la proximité et qui pousse à expérimenter la délivrance à l'unité des médicaments, et de l'autre, une politique de consommation qui envisage de rendre accessible certains médicaments dans des espaces aménagés des grandes surfaces. Ce qui affaiblirait encore plus certaines pharmacies et, par voie de conséquence, le maillage territorial des officines.

---

<sup>55</sup> « *L'officine française : le contraire d'une rente* », Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, DOC CNOP, juillet 2014.



D'autant plus que le monopole officinal est, lui, déjà fragilisé. La loi de consommation (dite « loi Hamon ») du 17 mars 2014 a ouvert à la concurrence les produits destinés à l'entretien des lentilles de contacts, aux tests d'ovulation et de grossesse. Bien que cette loi soit restée sans suite depuis, le développement croissant de l'automédication aura tôt fait de ramener le sujet sur la table...

Cela vient s'ajouter à l'ouverture, depuis 2013, de la vente en ligne des médicaments à PMF pour les pharmaciens titulaires d'une officine. Les « pure players » restent toujours exclus tout comme la grande distribution. Mais avec la fluctuation de son cadre juridique, le marché de la vente en ligne des médicaments peine à se développer réellement. Devant ce constat, la grande distribution tente de jouer le rôle de tremplin : récupérer la vente en ligne des médicaments pour favoriser son essor et, dans le même temps, obtenir l'ouverture du monopole de distribution au détail afin de récupérer le marché des médicaments non remboursables !

Une telle ouverture du monopole revient à scinder le monopole officinal selon les modalités de vente des produits de santé. Il faut dès lors faire la distinction entre la vente des médicaments à prescription obligatoire et celle des médicaments disponibles hors prescription et non remboursables. Si cette dernière activité fait l'objet de nombreux débats, la vente des médicaments à prescription obligatoire, à l'image du monopole pharmaceutique, n'est la cible d'aucune attaque.

## **B. Un monopole incontesté pour le médicament remboursable**

Parmi les activités du pharmacien, le commerce du médicament est sans conteste la plus importante. Toutefois, il est possible de découper cette activité suivant les modalités de vente des médicaments. Intéressons-nous pour le moment aux médicaments délivrés sur prescription. Au sein même de cette catégorie, il convient de distinguer ceux qui font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale suite à la prescription médicale et ceux non remboursés par la sécurité sociale. En effet, dans le premier cas le prix des médicaments est réglementé et fixé à la suite de négociations entre le fabricant et le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) qui tient compte du service médical rendu. Le médicament est alors inscrit sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR). Sur ces médicaments la rémunération des pharmaciens est fixée par arrêté sous forme d'une

marge dégressive en fonction du prix allant d'environ 26% à 6%. A cela peut s'ajouter des remises des grossistes répartiteurs ou des laboratoires, plafonnés à 2,5% du prix fabricant pour les princeps et 17% pour les génériques.

Le montant du remboursement est lui fixé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, là aussi en fonction du service médical rendu.

Nous le verrons, la délivrance des médicaments sur ordonnance constitue assurément la principale activité du pharmacien (1), elle requiert l'utilisation de ses connaissances et lui permet de jouer pleinement son rôle de professionnel de santé (2). Cependant, la qualité de la dispensation, prise dans son ensemble, demeure très complexe à évaluer (3) alors même que les dépenses de la sécurité sociale en dépendent. En définitive, bien qu'il soit incontesté, le monopole lié au médicament remboursable fait néanmoins l'objet de plusieurs dérogations (4).

### *1. Le cœur de l'activité du pharmacien*

En France, la distribution au détail du médicament en ville appartient uniquement aux pharmaciens détenteurs d'une officine. Ils sont donc les seuls, avec leurs pharmaciens adjoints, autorisés à délivrer des médicaments ainsi que d'autres produits de santé tel que mentionné dans l'article L 4211-1 du code de la santé publique. Ce monopole concerne la préparation et la dispensation, y compris par internet, de tout médicament destiné à l'usage de la médecine humaine, des objets de pansements et tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée. Enfin ils sont les seuls à pouvoir vendre au détail des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée, des huiles essentielles spécifiées dans une liste établie par décret ainsi que de leurs dilutions.

Néanmoins pour jouir de ce monopole et pouvoir exercer son activité au sein d'une officine, le pharmacien doit se soumettre à un ensemble de règles et de devoirs. Outre les conditions générales d'exercice précisées dans le CSP<sup>56</sup>, il lui faudra être inscrit à l'Ordre des pharmaciens comme le stipule l'article L.4231-1 du

---

<sup>56</sup> Article L.4221-1 du Code de la Santé Publique.

Les conditions générales d'exercice correspondent à des critères de formation, de moralité professionnelle et de nationalité.

CSP. Il est tenu au respect des règles inscrites au code de déontologie des pharmaciens, toute infraction relève de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

A l'occasion de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dénommée loi « HPST », de nouvelles missions furent confiées aux pharmaciens. Ses activités se diversifient mais sa principale mission n'en demeure pas moins la dispensation du médicament. Il s'agit ici du cœur de sa profession. Selon l'article R.4235-48 du CSP, « *le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament* ». L'article définit la délivrance des médicaments comme un acte, assimilant la dispensation à une prise en charge médicamenteuse du patient. L'acte de dispensation désigne la délivrance des médicaments à laquelle le pharmacien doit associer « *l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer, la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament* ».

Chaque délivrance de médicaments se fait sous la responsabilité des pharmaciens, titulaires et adjoints, assistés par les préparateurs qui exercent sous le contrôle effectif du pharmacien. Le pharmacien engage sa responsabilité et demeure responsable de la délivrance même lorsque le médecin maintient sa prescription. Aussi, il lui appartient de contrôler la cohérence interne des prescriptions et d'accepter ou non la délivrance. Le contrôle des ordonnances se fait à différents niveaux. Comme décrit dans le CSP<sup>57</sup>, le pharmacien doit commencer par vérifier la recevabilité administrative de l'ordonnance (identité du patient, qualité du prescripteur, date de l'ordonnance...) Ceci a essentiellement pour but de prévenir les falsifications. C'est dans un second temps qu'il procède à l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance (cohérence du traitement, posologie et dosage, interaction médicamenteuse...). Cette analyse doit être la plus complète possible, afin notamment de pouvoir juger de la pertinence pharmacologique du traitement et également écarter tout risque d'iatrogénie médicamenteuse. Malheureusement, les pharmaciens n'ont toujours pas accès au dossier médical du patient. Il existe cependant des alternatives pour le pharmacien afin de renforcer sa qualité de contrôle à l'image, nous le verrons, du dossier pharmaceutique.

---

<sup>57</sup> Article R.5132-3 du Code de la Santé Publique.

Au-delà de cette mission de dispensation directement lié au monopole, il est possible d'y rattacher plusieurs fonctions qui, même si elles ne mobilisent pas spécifiquement ses compétences pharmaceutiques, font inévitablement partie de l'activité du pharmacien. La pharmacie d'officine joue parfois un rôle social.

L'officine est depuis toujours un espace ouvert au sein duquel des professionnels de santé qualifiés sont accessibles sans rendez-vous et gratuitement. Le pharmacien est alors amené à assister les patients au-delà de la dispensation des médicaments. Ils exercent à cette occasion une fonction de conseil et d'orientation dans le système de santé, et devront parfois délivrer des soins de premier secours. Ils sont d'ailleurs formés aux gestes et soins d'urgence – au même titre que tout professionnel travaillant dans ce domaine – et sont tenus de réactualiser leur formation tous les quatre ans. Ces services rendus, rattachés à la dispensation des médicaments sont rendus possibles grâce au lien de proximité qui existe entre le pharmacien et ses patients. Ensemble, ces services forment le cœur de son activité.

## *2. Un pharmacien qui remplit son rôle et un patient rassuré*

Le pharmacien possède une double casquette, celle de professionnel de la santé et celle de gérant, ou salarié, d'un commerce. Toutefois, son rôle premier est et doit rester la protection de la santé de ses patients. Il dispose de multiples outils pour l'assister dans la dispensation des médicaments et le contrôle des ordonnances.

C'est en ce sens que fut mis en place le Dossier Pharmaceutique en 2008, à l'initiative de l'Ordre des pharmaciens et financé avec l'apport de subventions publiques. La loi autorise sa création pour tout bénéficiaire de l'assurance maladie, sous réserve de son consentement. Elle impose alors à chaque pharmacien d'alimenter le DP à chacune des dispensations effectuées. De cette disposition découle le caractère obligatoire du raccordement au dispositif pour chaque pharmacien. Pourtant, cela n'apparaît pas en tant que tel dans la loi et aucune sanction n'est prévue par la loi en cas de non observation.

Au vu de la rapidité de son déploiement, ce n'était de toute façon pas nécessaire. Ainsi au 31 août 2010, 71% des officines proposaient le DP à leurs

patients et plus de 9 millions de DP avaient été créés dont 6,4 millions étaient actifs<sup>58</sup>. Au 28 février 2017, ces chiffres sont désormais de 99,9% d'officines connectées au DP pour près de 35,5 millions de DP actifs<sup>59</sup>. En termes de données échangées, le CNOP indique par exemple que, durant l'année 2013, les officines raccordées ont échangées environ 110 millions de fois des informations sur des patients bénéficiaires du DP. Et d'après leurs estimations, ces échanges sont à l'origine de 2,5 millions de modifications de traitements.

Compte tenu de son intérêt, l'IGAS recommandait, dans son rapport de 2011, d'autoriser aux médecins la consultation du dossier pharmaceutique. Le partage de cet outil ne pouvant qu'accroître son intérêt. Peu de temps après la publication du rapport, en octobre 2012, le DP-patient s'est déployé dans les établissements de santé, donnant ainsi accès au DP aux pharmaciens des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) dans les mêmes conditions que leurs homologues. Et depuis le 26 janvier 2016, le déploiement du DP se généralise à tous les établissements hospitaliers et autorise son accès à tous les médecins hospitaliers<sup>60</sup>. Il ne manque désormais plus que le décret d'application et l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Au fil des ans, le DP s'est enrichi : il facilite, par exemple, le signalement d'une rupture d'approvisionnement (aussi bien au pharmacien responsable du laboratoire en cause qu'aux ARS ou l'ANSM), il permet également de diffuser rapidement une alerte sanitaire ou de signaler les rappels et retraits de lots à toutes les pharmacies raccordées. La mise en place d'un tel outil et son adoption rapide démontre la volonté des pharmaciens de s'impliquer encore davantage dans la prise en charge des patients. Cela témoigne en outre de leur désir de sécuriser toujours plus l'acte de dispensation et de protéger au mieux la santé des patients.

Ce rôle de protection de la santé n'est pas à sous-estimer. Il est l'objectif prioritaire des pharmaciens. En effet, la poly-médication de certains patients gagne de l'ampleur, elle est considérée comme « *un problème de plus en plus grave dans*

---

<sup>58</sup> Conseil National de l'Ordre des pharmaciens, Le dossier pharmaceutique – rapport d'activité, août 2010.

<sup>59</sup> Conseil National de l'Ordre des pharmaciens, Le dossier pharmaceutique – carte régionale, chiffres clés, février 2017.

<sup>60</sup> Loi n° 2016-41, article 97, 26 janvier 2016.

*les systèmes de santé actuels* » de l'Union Européenne et français<sup>61</sup>. Les erreurs de posologie et la non-observance des traitements prescrits seraient à l'origine de 194 500 décès par an.

L'obligation d'information renforcée associée à chaque délivrance prend alors tout son sens et c'est donc à cet égard que la définition de l'acte pharmaceutique mentionne expressément la notion de conseils associés. Il est essentiel de détailler le traitement, d'expliquer les posologies, le plan de prise, les mises en garde ou encore le mode d'administration. Par ailleurs ces obligations ont été rappelées par l'arrêté du 20 juin 2013 sur le commerce électronique et relatif aux bonnes pratiques de dispensation. Il appartient au pharmacien d'équiper son site internet de moyen technique lui permettant d'échanger de manière sécurisée avec chacun de ses patients.

Cet apport de conseils répond également à un besoin croissant d'information des patients. Ces derniers se tournent vers les sources d'information les plus accessibles et donc de plus en plus vers internet. Ils s'en trouvent parfois désorientés et perdus. Le pharmacien doit alors dissiper les doutes et rectifier les éventuelles informations erronées. Ce besoin d'être rassuré ressurgit, avec toujours plus d'ampleur, dès lors qu'un nouveau scandale émerge, tel qu'a été celui du Médiateur®. Une méfiance accrue, vis-à-vis du médicament comme de la pharmacie, s'immisce alors immédiatement dans l'esprit des consommateurs, méfiance qui va souvent de pair avec la recherche d'explications et de conseils.

Certes le monopole des pharmaciens pris dans son ensemble est un monopole puissant et d'application étendue mais il ne sert ni plus ni moins que les exigences de la profession. Il n'octroie pas un privilège mais confie une responsabilité, qui repose sur une compétence vérifiée continuellement et accompagnée de contraintes. Les pharmaciens garantissent aux consommateurs l'aspect prioritaire de leur santé. Et la majorité des consommateurs ne s'y trompent pas : selon le dernier rapport de l'Institut Général des Finances (IGF), 93% des français estiment que les pharmaciens rendent un service de qualité<sup>62</sup>. Ce sondage,

---

<sup>61</sup> Groupement pharmaceutique de l'Union Européenne, Livre Blanc de la pharmacie d'officine européenne, 2012.

<sup>62</sup> Rapport IGF : « Les professions réglementées », annexe 9, Sondage Opinion Way, page 20, septembre 2014.

plutôt flatteur, me conduit à m'interroger sur la définition d'un service de qualité en pharmacie ainsi que sur les méthodes d'évaluations existantes.

### 3. *Une activité difficile à apprécier qualitativement*

L'évaluation de l'activité professionnelle, quelle qu'elle soit, est indispensable, pour des motifs de rentabilité, de compétitivité, de qualité ou de sécurité. Cela vaut évidemment pour le pharmacien d'officine qui se doit d'exercer de manière optimale dans l'intérêt du patient et de l'officine. Or, il est complexe d'apprécier l'activité des pharmaciens. Certes, des contrôles ont lieu régulièrement par des pharmaciens inspecteurs de santé publique, mais en plus d'être insuffisants, ceux-ci tendent à devenir plus rares. A cet égard, l'IGAS note l'espacement du contrôle des officines entre 2007 et 2009, passant de une fois tous les 15 ans à une fois tous les 27 ans<sup>63</sup> ! Pourtant, toujours selon l'IGAS, l'exercice officinal est loin d'être irréprochable puisqu'un pourcentage élevé de plaintes serait transmis à l'Ordre des pharmaciens. A titre d'exemple, le site de l'Ordre des pharmaciens indique avoir comptabilisé 286 plaintes en 2015, et ce ne sont pas moins de 389 affaires qui ont été jugées cette même année.

Dans le même ordre d'idées, il est très probable que le contrôle effectif des ordonnances préparées par les préparateurs ne reste que théorique dans la quasi-totalité des officines. *A contrario*, seule une minorité d'officines ont mis en place une vérification systématique des ordonnances des préparateurs par les pharmaciens qui vont ensuite les contresigner. De ce fait, dans la majorité des cas, les préparateurs font appel au pharmacien lorsqu'ils l'estiment nécessaire. Cette pratique ne peut servir de reproche ni attester d'un manque de qualité de l'exercice officinal. Tout au plus peut-on évoquer un manque de rigueur bien que la supervision du travail du préparateur par un pharmacien tienne plus du cas par cas. Cependant, cela s'ajoute au manque de contrôle général d'une activité professionnelle rattachée à la santé publique.

---

<sup>63</sup> Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : « *Pharmacies d'officines : rémunérations, missions et réseau* », juin 2011

Régulièrement le pharmacien est amené, suite à l'analyse pharmaceutique, à intervenir sur l'ordonnance présentée par le patient. Il peut s'agir simplement d'un appel au praticien pour confirmer, compléter ou modifier une prescription ; dans d'autres cas cela prendra la forme de conseils spécifiques eu égard à des interactions médicamenteuses ou au refus de délivrer la prescription. Malheureusement, il est très rare qu'une trace de l'intervention soit conservée. Certains pharmaciens vont noter leur intervention sur l'ordonnance avant de la transférer à l'assurance maladie mais ce n'est pas systématique. Il est par conséquent impossible de connaître le nombre exact d'ordonnance ayant nécessité une intervention après analyse pharmaceutique.

Des études ont cependant été menées sur le sujet, mais la plupart sont assez anciennes, et les résultats assez divergents. En France, une étude menée en 2007 indiquait un taux d'intervention sur les ordonnances de l'ordre de 1,60%<sup>64</sup>. Plus récemment, les ARS ont publié une enquête, à la demande de l'IGAS, mettant en évidence un taux global d'intervention de 1,97% et de 1,16% si l'on exclut les interventions engendrées par des difficultés de lecture<sup>65</sup>. Ces chiffres, et en particulier ceux de l'enquête des ARS, ne reflètent pas nécessairement la réalité comme le précise l'IGAS : « *Il est possible que les pharmaciens [...] aient été particulièrement vigilants et soucieux de colliger toute intervention d'autant qu'ils connaissaient l'importance [des] résultats* ».

L'Ordre des pharmaciens a essayé de valoriser auprès des pharmaciens l'importance de ces interventions et, par là même, celle de conserver les traces de leurs interventions. Il a donc introduit le concept d'Opinion Pharmaceutique (OP) qui consiste à transmettre au prescripteur un document formalisé reprenant les éléments ayant motivés l'intervention. Cette procédure n'a malheureusement pas eu le succès attendu. Le manque d'intérêt des médecins conjugué à l'absence de rémunération associée sont probablement les causes de cet insuccès.

Cela amène l'IGAS à recommander et proposer de rémunérer spécifiquement ces appels au prescripteur dans la mesure où le résultat serait consigné par écrit. Il suggère dans la foulée que cela soit facturé par les pharmaciens et pris en charge

---

<sup>64</sup> Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, Bilan de l'étude sur l'évaluation du dossier pharmaceutique, octobre 2008.

<sup>65</sup> Rapport de l'IGAS « Pharmacie d'officines : rémunération, missions réseau », Enquête des ARS sur les missions des pharmaciens officinaux, 2011.



par l'assurance maladie. Le patient n'a aucune raison de participer à ce financement du fait de son positionnement extérieur sur ce point. Fort logiquement, cette probable rémunération pourrait faire craindre une inflation des interventions, mais le pharmacien n'a nullement intérêt à contacter les médecins sans raisons, qui plus est cela permettrait une traçabilité des interventions et donc la réalisation de contrôles *a posteriori*. Toutefois, ce manque d'entrain des pharmaciens est dommageable pour l'image renvoyée au grand public. La profession a plus à gagner à embrasser ce genre d'initiative, même gratuitement, qu'à militer en faveur de nouveaux modes de rétribution !

Parmi ces missions de « veille sanitaire » se trouve la pharmacovigilance. Les pharmaciens sont tenus de participer au système de vigilance sanitaire et doivent déclarer tout évènement indésirable en lien avec des produits de santé. En pratique les déclarations sont peu nombreuses et ce malgré la volonté de simplification du système avec notamment une plateforme internet plus claire chargée de rediriger les professionnels de santé comme les patients (depuis 2011) vers le portail de télédéclaration en ligne.

Les missions attribuées aux pharmaciens sont connues de tous. Cependant, ce qui l'est moins c'est la qualité de la réalisation de celles-ci. Il devient indispensable de mettre en place des systèmes visant à faciliter le travail d'observation et d'évaluation des pouvoirs publics afin d'engager les réformes qui s'imposent. C'est également une demande actuelle des consommateurs, attachés à consommer mieux en faisant jouer la concurrence. Ce n'est donc pas un hasard si les démarches qualité au sein du monde officinal se développent. Bien que peu répandues, ces démarches qualité font partie des tendances actuelles et vont continuer de s'affirmer avec la diversification des activités du pharmacien.

La pharmacie doit apporter une garantie de qualité vis-à-vis des conseils, des délais de dispensation ou de l'instauration de nouvelles missions. L'étude qualitative suggère une analyse par processus ou par type de tâches. Cela implique de fait de revoir la définition et l'attribution de ces tâches au sein de l'officine ; ce qui peut être problématique dans la mesure où le fonctionnement d'une majorité des officines repose sur la polyvalence et la substituabilité des salariés de celles-ci.

#### 4. *Des dérogations qui atténuent le monopole*

Le monopole des pharmaciens, qu'il concerne la fabrication ou la dispensation des médicaments, comporte quelques dérogations. Ces dérogations, pour la plupart assez anciennes, ont pour effet d'atténuer le monopole. Sur la vente au détail des médicaments, les pharmaciens sont parfois contraints de partager leur monopole.

Le cas le plus connu est certainement celui des médecins « propharmaciens ». Cette dérogation au monopole des pharmaciens n'est pas nouvelle. La loi du 21 germinal de l'an XI prévoyait déjà la possibilité d'accorder la gestion de l'approvisionnement aux officiers de santé dans les localités dépourvues de pharmaciens. Cette disposition a ensuite été reprise dans la loi du 11 septembre 1941 sous le régime de Vichy. Actuellement, c'est l'article L.4211-3 du Code de la Santé Publique qui traite de la pro-pharmacie (article modifié le 23 février 2010 par l'ordonnance n°2010-177).

Les médecins pratiquant la pro-pharmacie sont par conséquent autorisés à disposer d'un dépôt de médicaments dans leur cabinet et ont la possibilité à la suite de leurs consultations de les délivrer à leurs patients. Cette autorisation est également valable pour les dispositifs médicaux, lorsqu'ils sont nécessaires au suivi du traitement. La liste des produits de santé concernés est établie par le ministre chargé de la santé et réalisée avec les conseils de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des pharmaciens. Les médecins propharmaciens sont par ailleurs soumis à toutes les obligations réglementaires incombant aux pharmaciens.

Ces médecins exercent le plus souvent dans des localités dépourvues d'officines et doivent au préalable avoir obtenu l'autorisation du directeur général de l'ARS. Le directeur général de l'ARS va tenir compte de la présence ou non d'une pharmacie mais surtout des difficultés rencontrées par les habitants pour s'approvisionner en médicaments. L'autorisation délivrée mentionne les localités concernées et est retirée en cas d'ouverture d'une pharmacie dans une des communes mentionnées par l'autorisation. Les propharmaciens ne peuvent aucunement disposer d'une officine ouverte au public et ne peuvent délivrer que les seuls médicaments prescrits par eux-mêmes durant la consultation.

L'exercice de la pro-pharmacie rend beaucoup de services notamment dans les zones géographiques peu accessibles comme en montagne ou en milieu rural très isolé. Néanmoins cette pratique est en diminution constante du fait de la réglementation stricte sur l'ouverture des officines et la facilitation croissante des déplacements intercommunaux. De ce fait, le nombre de médecins propharmaciens ne cesse de décroître passant de 632, en 1961, à 289 en 1981<sup>66</sup>, et à 152 en 1998<sup>67</sup>. Il est difficile d'obtenir un chiffre plus récent mais il ne semble pas aberrant d'estimer leur nombre, aujourd'hui, autour de la centaine (chiffre repris par le Sénat en 2016). Cette dérogation au monopole est parfois difficile à accepter. La pro-pharmacie étant à l'origine d'une concurrence déloyale pour les médecins et pharmaciens installés à la périphérie de ces zones. Toutefois, l'exercice de cette activité restant très marginal, aucune réflexion n'a réellement été menée depuis.

D'autres circonstances particulières, telles qu'un accident nucléaire ou une attaque terroriste, peuvent aussi être à l'origine de dérogations supplémentaires. A la suite des récents actes terroristes subits par la France, un décret est paru au Journal Officiel le 27 juillet 2016 fixant les conditions de gestion et de délivrance des produits de santé provenant des stocks de l'Etat. Cette mesure vise à accélérer la mise à disposition des produits de santé et autorise donc d'autres professionnels de santé à participer à leur délivrance. L'iodure de potassium 65mg en comprimé, prévu pour parer à une exposition nucléaire, fait partie des médicaments concernés.

Enfin, plusieurs autres dérogations spécifiques et d'application très limitée existent. On peut citer celle dont bénéficient les vétérinaires pour la vente des médicaments vétérinaires, celles des centres de soins et de prévention en addictologie (méthadone et buprénorphine) ou des centres de planning familial (pilule, test de grossesse). La dispensation des gaz médicaux fait elle aussi partie des dérogations puisque certaines sociétés sont autorisées à les délivrer, sous la responsabilité malgré tout d'un pharmacien.

Chacune de ces dérogations amène à une atténuation sensible du monopole du pharmacien. Et, si aucune d'entre elles n'entrave la profession du pharmacien, il est intéressant de relever le contentieux découlant de la dérogation dont bénéficie

---

<sup>66</sup> Droit pharmaceutique, Volume 1, fascicule 11-05, Auby et Coustou.

<sup>67</sup> Pharmacies de France n°8, page 18, 1998

les vétérinaires. Ce statut de vétérinaires propharmaciens a été débattu à l'occasion, notamment, du projet de loi de 2016 traitant « des substances antibiotiques d'importance critique » (l'objectif est de mieux encadrer la prescription des antibiotiques chez les animaux pour conserver une efficacité optimale chez l'homme). Il a ainsi été mis en évidence une situation de « quasi-monopole » de certains vétérinaires. Ces derniers sont tenus de remettre l'ordonnance au propriétaire après sa prescription. Or, en pratique l'ordonnance serait souvent remise en même temps que les médicaments y figurant. Cet agissement induit un simili monopole et fausse la libre concurrence existant entre les vétérinaires et les pharmaciens.

Divers arguments sont avancés en faveur d'un découplage entre la prescription et la délivrance : remettre le pharmacien dans le circuit vétérinaire, supprimer des potentiels conflits d'intérêt entre les laboratoires et les cliniques vétérinaires. Mais, à l'inverse le découplage risque de mettre en péril le maillage vétérinaire (la vente des médicaments représente environ 50% du CA des cliniques vétérinaires et même jusqu'à 80% du CA dans les milieux ruraux) ; le système de pharmacovigilance vétérinaire, avec l'exclusion des vétérinaires, perdrait sans aucun doute de son efficacité. Enfin, force est de constater que les pharmaciens d'officines ne sont vraisemblablement pas en capacité de répondre à la demande des éleveurs, tant sur la formation que sur la logistique et le stockage. Finalement, plus qu'un découplage des activités, la restauration simple d'une libre concurrence, via un renforcement des contrôles et des sanctions, apparaît comme la meilleure solution. D'autant que l'attention et les inquiétudes du pharmacien sont ailleurs...

Plus que ces dérogations, ce que redoutent la majorité des pharmaciens c'est la mise en place d'une « nouvelle dérogation » dont la conséquence directe serait un assouplissement net et brutal du monopole officinal et pharmaceutique. Il s'agit du projet d'ouverture à la concurrence de la vente au détail des produits frontières et des médicaments d'automédication. Ce projet est en quelque sorte la suite logique de la tendance actuelle : l'automédication ne cesse de se développer et représente dorénavant un marché important, particulièrement pour la grande distribution. En parallèle le développement du commerce électronique autorisant la vente desdits médicaments sonne comme une brèche supplémentaire dans le monopole officinal.

## C. Un monopole contesté pour l'automédication

L'automédication est un terme généraliste qui désigne plus un mode de consommation qu'un marché à proprement parlé. Le marché de l'automédication s'étend du médicament non remboursable jusqu'à des produits dits « frontières » (1). Si ce monopole subit les attaques de divers acteurs c'est qu'il est rattaché au prix des médicaments (2), en plus de jouir d'un fort potentiel de croissance. Ce marché attire par conséquent les convoitises et entraîne une surenchère de campagnes publicitaires (3). Pourtant, en y regardant de plus près, il semble judicieux de rester mesuré et de ne pas céder à la pensée commune (4).

### 1. Du médicament non remboursable au « produit frontière »

Avant toute chose il est nécessaire de définir précisément ce qu'est l'automédication. L'automédication, aussi appelée « selfcare », désigne les médicaments que le patient peut acheter sans ordonnance à la pharmacie. Il s'agit donc de médicaments soumis à prescription médicale facultative et vendus uniquement en pharmacie. Ils sont couramment utilisés par les patients eux-mêmes, sans avis médical, pour des pathologies bénignes. En conséquence, les médicaments à PMF sont des produits dont la toxicité est modérée : *« Toutes ces spécialités remplissent le critère suivant : elles ne représentent pas de danger direct ou indirect lié à la substance active qu'elles contiennent, aux doses thérapeutiques recommandées, même si elles sont utilisées sans surveillance médicale »*<sup>68</sup>.

Cependant ils conservent un statut de médicaments, avec les risques que cela comporte, ils sont soumis aux mêmes contrôles et disposent également d'une AMM. Par conséquent, leur vente est réservée aux pharmaciens qui délivrent les conseils de rigueur sur la posologie, le dosage et les risques d'interactions médicamenteuses.

Tous les médicaments ne sont pas adaptés à l'automédication. L'Afipa (Association Française des Industries Pharmaceutiques pour une Automédication responsable) s'est employée à dresser la liste des critères essentiels : une

---

<sup>68</sup> Article 1.2 de l'avis du 27 mai 2005 aux fabricants concernant les demandes d'AMM des médicaments à PMF, [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr).

substance active adaptée présentant un bon rapport efficacité/sécurité, avoir un conditionnement adapté à la posologie et la durée du traitement, fournir dans sa notice une information claire pour le patient pour l'aider à juger la pertinence de son traitement...

Une autre distinction existante, bien que peu employée, concerne les médicaments dits de « médication officinale ». Ils correspondent à l'ensemble des médicaments non remboursés, qu'ils soient prescrits ou non, ayant la possibilité d'être vendus en libre accès devant le comptoir. Ce libre accès est autorisé dès lors qu'ils figurent sur une liste publiée par décret<sup>69</sup>. L'inscription sur cette liste ne peut intervenir que sur demande du titulaire de l'AMM. Enfin, il convient de noter que tout médicament non remboursable n'est pas pour autant d'automédication, c'est le cas de quelques pilules ou des médicaments indiqués dans l'impuissance qui ne seront pas pris en charge mais dont la prescription est obligatoire.

La notion de « produits frontières », notamment reprise dans le rapport de l'ADLC, renvoie quant à elle aux produits pouvant être considérés ou non comme médicaments en fonction de leurs caractéristiques, ou qui appartiennent à une liste définie<sup>70</sup>. Si tel est le cas, le « produit frontière » ne peut être distribué qu'en officine ; dans le cas contraire son circuit de distribution est libre. Cette notion est la source de nombreux contentieux entre le monde officinal et celui de la distribution. L'objet de ces litiges est de déterminer si tel « produit frontière » est un médicament, et si non, s'il ne devrait pas être sorti du monopole officinal.

S'agissant des « produits frontières », la sortie de certains de ces produits a déjà été entamée. Les tests de grossesse ainsi que les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles, bien que n'étant pas des médicaments, étaient maintenus dans le circuit de distribution officinal pour des raisons de santé publique. Ce n'est que récemment que la vente de ces produits est devenue accessible aux parapharmacies et aux GMS. Cette décision correspond à l'une des recommandations émises par l'ADLC après étude d'une enquête menée par la DGCCRF. Cette volonté de restreindre la liste des produits soumis au monopole officinal n'est pas nouvelle. En 1991 déjà, le Conseil National de la Consommation

---

<sup>69</sup> Article R.5121-202 du Code de la Santé Publique.

<sup>70</sup> Article L.4211-1 du Code de la Santé Publique.

(CNC) avait rendu un avis qui préconisait l'exclusion de certains produits du monopole, avis resté alors sans suite. Quelques années plus tard, le 25 janvier 2002, le CNC est mandaté pour étudier les possibilités légales d'un tel projet. Les résultats sont publiés en 2005 dans un rapport établissant une liste des « produits frontières » pouvant être sortis du monopole les classant en plusieurs catégories (produits d'hygiène et de soins, produits de confort, produits de diagnostic...)

En complément le CNC rappelle qu'entre son avis de 1991 et la publication de ce rapport, la transposition des réglementations communautaires en droit national a induit une modification de statut pour certains des produits mentionnés précédemment. C'est le cas des pansements, des autotests ou des produits destinés aux lentilles oculaires, ils peuvent être commercialisés librement à la condition qu'ils disposent du marquage « CE » pour attester de leur conformité. Enfin, la distribution des compléments alimentaires est, elle, totalement libre.

Seules quelques-unes des recommandations émises ont été suivies mais beaucoup de ces produits sont pour l'heure toujours uniquement distribués en pharmacie (en plus des produits précités, les acaricides et insecticides destinés à être appliqués sur l'homme sont les seuls à être sortis du monopole officinal).

Tout l'enjeu des débats actuels est donc, pour les GMS, d'obtenir la totalité du marché des médicaments d'automédication et des autres « produits frontières ». Outre le potentiel attrayant du marché, ce qui suscite tant d'intérêt c'est la libre fixation des prix des médicaments d'automédication et de ce fait la marge importante qui existe à l'heure actuelle sur ces produits.

## *2. Un monopole rattaché au prix du médicament*

Le mode de rémunération du pharmacien est actuellement en pleine évolution. Il est fort probable que cette période charnière aboutisse à une refonte totale du système de rémunération. On connaît d'ores et déjà les premières modifications. Il s'agit de la rémunération des entretiens thérapeutiques, apparus avec les nouvelles missions des pharmaciens, et de l'honoraire de dispensation détaillé en première partie. Il est question de développer cette notion d'honoraire à diverses prestations de services telles que des prestations de conseils ou de soins, éducation et

prévention sanitaire. Dans la mesure où ce genre de service pourra se substituer à une délivrance d'un traitement ou éviter l'instauration d'un traitement, il est alors justifié et logique de rémunérer ces actes spécifiques.

Toutefois, la rémunération du pharmacien provient essentiellement, encore à ce jour, de la marge sur le prix de vente des médicaments. Qu'ils soient ou non remboursables, prescrits ou non, la source principale de revenu est le médicament, largement devant les produits de parapharmacie qui, à quelques exceptions près, ne représentent souvent que 10% du chiffre d'affaires. Evidemment, lorsqu'il est question d'ouvrir le monopole officinal et d'autoriser la vente de certains produits de santé aux parapharmacies, il ne s'agit que des seuls médicaments à PMF et des « produits frontières » pour lesquels la fixation du prix est libre.

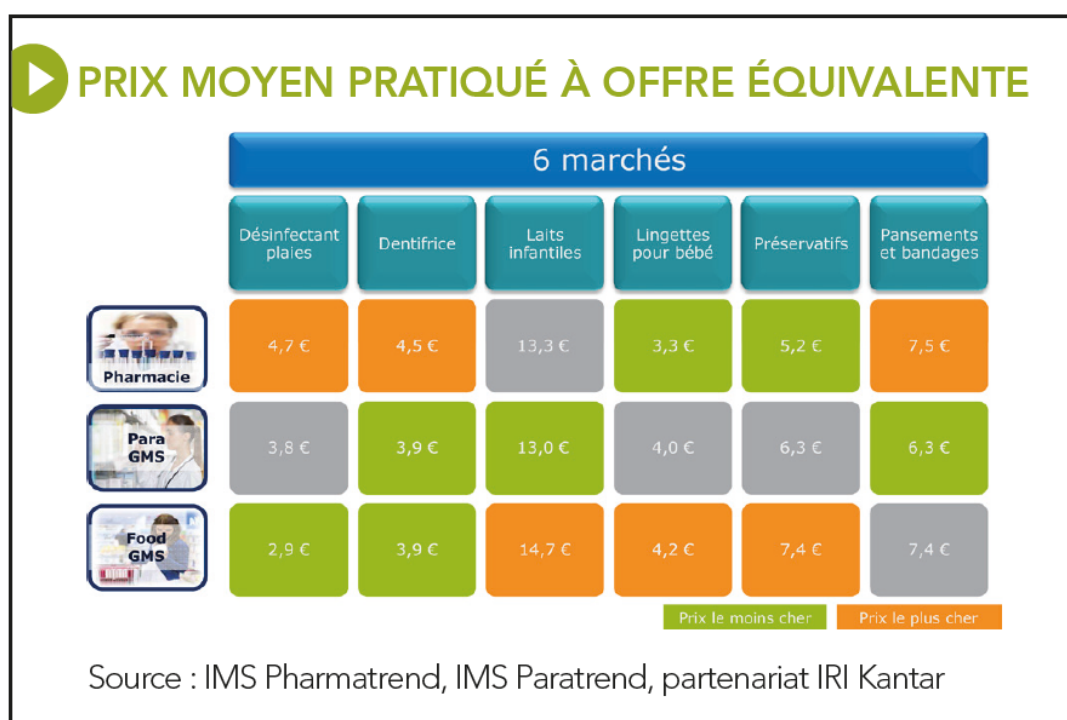
S'agissant des « produits frontières », l'enquête réalisée par la DGCCRF – citée précédemment – a permis de dresser un état des lieux de leurs circuits de distribution : officines, parapharmacies et GMS. Cette enquête montre une baisse de prix de ces produits de 20 à 30% en GMS par rapport à la pharmacie d'officine. Cette révélation a conduit le CNC, dans son avis de 2005, à établir une liste de produits concernés par l'enquête de la DGCCRF et d'en proposer leurs mises hors monopole officinal, sous réserve de garantie en matière de sécurité. Sur cette liste figurait entre autres les tests de grossesse et de glycémie ou encore les produits destinés à l'entretien ou l'application des lentilles. Ces produits sont effectivement les seuls à être sortis du monopole officinal.

Les fondations du mode de rémunération historique du pharmacien sont donc toujours en vigueur. Mais, comme il a été détaillé en première partie, ce système n'est désormais plus viable pour les pharmaciens en tant qu'unique mode de rémunération. Malheureusement, le nouveau mode de rémunération fondé sur l'honoraire de dispensation ne suffit pas à compenser les pertes engendrées par la diminution des prix. Les moyens de rétribution des actes pharmaceutiques continuent d'évoluer, certainement dans le bon sens, mais les difficultés économiques sont là. De plus, l'élaboration d'un nouveau mode de rémunération nécessite de pouvoir évaluer concrètement l'impact des services offerts dans les pharmacies d'officines. Cette rémunération ne peut en aucun cas être indépendante de la qualité d'exécution des missions des pharmaciens. Tout cela prend du temps !



De fait le maintien de certains produits dans le monopole officinal peut être perçu comme une tentative de l'Etat de contenir les difficultés durant cette période de transition délicate. Cette mesure n'a vraisemblablement pas vocation à perdurer dans le temps ; la propagation de l'ouverture du monopole officinal en Europe fait pression sur notre réglementation, au même titre que les parapharmacies et les GMS, bien aidés par une frange de la population pas toujours bien informée...

L'idée maitresse et récurrente derrière chacune de ces démarches reste celle du prix ! Une recherche perpétuelle d'une diminution des coûts à tous niveaux. Pourtant, si l'on s'attarde sur le prix du médicament lui-même, il y a de quoi être surpris. Dans un document de 2013, l'Ordre national des pharmaciens a fait comparer les prix de produits de santé courant disponibles dans les trois grands réseaux : l'officine, la parapharmacie et la grande distribution (figure 15). Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les officines n'ont pas systématiquement les prix les plus élevés<sup>71</sup>. Sur les 6 marchés étudiés, les officines ont les prix les plus élevés pour trois d'entre eux... A l'instar des rayons des GMS qui possèdent les prix les plus élevés dans les trois autres marchés !



**Figure 15** : Comparaison des prix moyen pratiqués en fonction du réseau de distribution – Source : ONP

<sup>71</sup> Direction de la communication de l'Ordre des Pharmaciens, « Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts », DOC CNOP, Décembre 2013.

Concernant les trois marchés pour lesquels les GMS sont les plus chers, il est intéressant de noter la profondeur du catalogue proposé par chacun des réseaux. Les officines, de par leur modèle d'approvisionnement, se positionnent toujours loin devant les parapharmacies et les rayons des GMS. Ces derniers étant ceux dont l'offre est la moins étoffée.

A l'image de la campagne offensive des GMS et parapharmacies en faveur d'une ouverture du monopole, cette seule étude ne peut suffire à démontrer l'exactitude de l'argumentaire des pharmaciens. Néanmoins elle permet de tempérer les opinions et appelle à analyser les arguments de chacun. De nombreuses déclarations ont eu lieu sur le sujet, des arguments sont avancés dans tous les sens et de nouveaux rapports publics sortent presque annuellement ! Dans ce flot d'informations, il est désormais complexe pour les pouvoirs publics, et à *fortiori* pour les consommateurs, de s'y retrouver.

### 3. *Une désinformation virale mal soignée*

L'étude publiée par l'ONP en 2013 le prouve, les prix pratiqués en officine, sur le plan national, ne sont pas plus élevés que dans d'autres réseaux de distribution. Et nous verrons que sur le plan européen, la France est l'un des pays où les médicaments sont les moins chers malgré le système contraignant, spécifique à la France, d'ouverture d'une pharmacie. L'Etat et les pouvoirs publics ont certainement conscience de ces faits mais ce n'est probablement pas le cas des consommateurs. Pour une partie d'entre eux le doute s'est immiscé dans leur esprit et beaucoup se montrent plus méfiant vis-à-vis des prix pratiqués à l'officine.

La grande distribution a mis en application une campagne stratégique visant à obtenir la distribution des médicaments d'automédication et des « produits frontières ». A l'origine de ce mouvement se trouve évidemment Michel-Edouard Leclerc dont les campagnes publicitaires ne passent jamais inaperçues. Je ne vais par conséquent pas m'attarder sur celles-ci ni sur leurs principaux arguments, bien connus du public, et qui ont déjà été abordés dans cette thèse.

L'enseigne Leclerc® le proclame haut et fort : ils ont les moyens de diminuer de moitié le prix de nombreux médicaments d'automédication. Aussi, pour expliquer l'origine des prix, selon lui, trop élevés en pharmacie d'officine, Michel-Edouard Leclerc pointe le manque de concurrence entre les officines. Cette problématique liée à une concurrence insuffisante trouve facilement écho auprès du grand public.

Pour autant, nous allons le voir juste après, la concurrence entre les pharmacies est plus forte qu'elle ne l'a jamais été. Les prix élevés pratiqués dans certaines officines tout comme les écarts de prix sont en réalité à mettre sur les politiques des laboratoires pharmaceutiques. De manière générale, ils refusent de concéder des remises aux centrales d'achat et vont en revanche se montrer beaucoup plus conciliant avec des pharmacies indépendantes. Dans les autres cas, ce sont ces centrales d'achats qui vont permettre voire contraindre leurs pharmacies partenaires à casser les prix sur des produits ciblés.

Ce qui frappe, outre l'efficacité de la campagne pro libérale menée par Michel-Edouard Leclerc et ses magasins, c'est l'incapacité des pharmaciens à se mobiliser pleinement et à faire entendre leurs arguments. Les pharmaciens d'officine disposent à n'en pas douter de nombreux arguments sur lesquels s'appuyer. De plus, leur proximité et leur répartition en tout point du territoire leur permet de sensibiliser la population dans son ensemble. Si la contre-attaque s'est organisée depuis, il est clair qu'aux prémices des contestations du monopole, la communication des pharmaciens et du monde officinal a été maladroite en plus d'être trop discrète.

En témoigne un article publié par Les Échos encore récemment, puisque datant du 16 octobre 2015, et intitulé : « *Quand les pharmaciens ratent leurs campagnes de pub contre Leclerc* »<sup>72</sup>. L'auteur met en exergue la maladresse des pharmaciens face à la communication efficace de Leclerc®. L'enseigne pose la question du monopole officinal et pointe une situation qu'elle considère absurde avec la vente de certains médicaments autorisée sur internet mais toujours interdite dans ses parapharmacies. Ces arguments concrets, basés sur des faits réels font évidemment mouche auprès des consommateurs. A l'inverse des campagnes des pharmaciens que l'auteur juge « aberrantes ».

---

<sup>72</sup> Les échos, « *Quand les pharmaciens ratent leurs campagnes de pub contre Leclerc* », Bruno Sanvoisin, [www.lesechos.fr](http://www.lesechos.fr), 16/10/2015.

En premier lieu, les pharmaciens avertissent du danger que représentent n'importe quel médicament et qu'ils ne peuvent être vendus ailleurs qu'en officine. A cela on peut effectivement rétorquer que seule la présence d'un pharmacien, donc d'une personne compétente, importe. Ce qui serait le cas comme le certifie l'enseigne. L'auteur ajoute, fort à propos, qu'il n'est pas acquis dans chaque officine que le client bénéficie des mises en garde adéquates lors de son achat.

Dans un second point, la campagne de communication des pharmaciens s'attaque au manque de traçabilité des achats dans la grande distribution. Légitime ou non pour les autres secteurs de l'enseigne, concernant son secteur santé il est évident que les pharmaciens salariés en GMS disposeraient des mêmes systèmes d'alerte. Enfin, s'agissant de la traçabilité « en interne » quel pharmacien d'officine peut aujourd'hui assurer avoir vérifié le contenu de chaque boîte de son stock ?

Chacun des raisonnements des pharmaciens repose sur des suppositions et avance des faits difficilement vérifiables pour le grand public. Malgré cela, comme l'auteur en conclut dans son article, les éléments en faveur du maintien du monopole officinal ne manque pas. Il émet des pistes et pose la question des obligations de gardes pour les officines. Cette obligation ne serait pas applicable à la grande distribution tant qu'elle se focalise uniquement sur les médicaments sans ordonnance mais comment être certains que les GMS ne tenteront pas d'obtenir l'ouverture totale du monopole ?

Il convient également de s'interroger sur l'obligation qu'ont les officines à contenir dans leur effectif un nombre déterminé de pharmaciens adjoints par tranche de chiffre d'affaires. Qu'en serait-il dans les GMS ? Le risque de n'y retrouver qu'un seul pharmacien pour une dizaine de vendeurs aux qualifications diverses ne peut être écarté.

La défense lacunaire des pharmaciens a longtemps laissé le champ libre aux contestataires du monopole officinal sur l'automédication ; au point qu'il ne fait désormais aucun doute que ce mouvement pro-libéral constitue la seule option !

#### 4. Une contestation finalement injustifiée

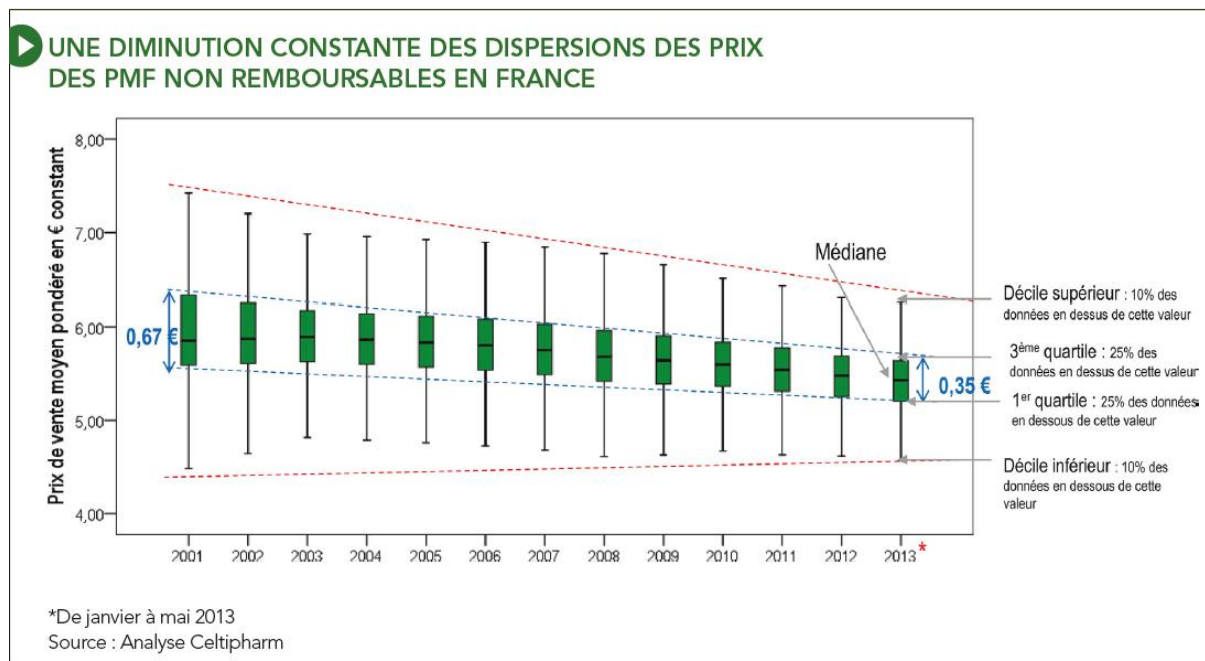
Premier point d'importance qu'il est nécessaire de développer : le manque de concurrence entre les pharmacies. Inutile de rappeler le libre choix du patient de se rendre dans l'une des 22 000 pharmacies du territoire, chaque patient possède ses critères de choix et décide de se rendre dans la ou les pharmacies qu'il souhaite.

Dans un document axé sur les coûts en matière de santé et la concurrence, l'ONP balaie tout problème de concurrence insuffisante dans la profession<sup>73</sup>. Dans une étude commandée tout spécialement par ses soins à l'institut IMS-Pharmastat, l'ONP démontre l'absence de hausse des prix (entre novembre 2012 et octobre 2013) sur les médicaments de PMF alors même que la TVA sur ces produits augmentait en janvier. L'ONP revient sur une étude de l'UFC-Que Choisir de 2012 qui s'intéresse à la dispersion des prix avec l'exemple de l'aspirine UPSA® vitaminée C 330mg. Il s'avère que le prix moyen de ce médicament (2,96€) est resté inchangé entre les deux études, réalisée en mars 2012 par l'UFC-Que choisir et octobre 2013 pour l'ONP. Quant à l'écart des prix, il est revu à la baisse avec un prix maximum de 4,40€ fin 2013 contre 4,95€ début 2012.

S'agissant de la comparaison des circuits de distribution, précisons que les pharmaciens ont à prendre en charge l'ensemble des patients. Ils disposent de ce fait de tous les médicaments dans un délai de 24 heures. Rares seront les autres circuits de distribution à en faire autant. Cette offre n'est rendue possible que par les grossistes-répartiteurs qui permettent aux pharmaciens de commander de nombreux médicaments à l'unité même si cela a un coût tant pour le patient que le pharmacien. D'où la dispersion des prix constatée encore aujourd'hui malgré une diminution constante depuis plusieurs années (figure 16).

---

<sup>73</sup> Direction de la communication de l'Ordre des Pharmaciens, « *Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts* », DOC CNOP, Décembre 2013.



**Figure 16** : Evolution de la dispersion des prix des médicaments à PMF –  
Source : ONP-Celtipharm

Rappelons enfin que la réglementation tant européenne que française est particulièrement stricte en ce qui concerne les informations sur les prix des médicaments en officine. L'affichage doit répondre au besoin légitime d'information du patient sans qu'il puisse être assimilé à de la publicité de manière à préserver la santé publique et éviter toute incitation à la consommation. Cela revêt une importance encore plus grande pour les médicaments non remboursables compte tenu de la libre fixation des prix dont dispose le pharmacien. L'ordre des pharmaciens réaffirme par ailleurs, dans son document de 2013, son attachement à ces principes et effectue régulièrement des rappels aux pharmaciens sur la réglementation de l'affichage des prix. Le contrôle de l'affichage des prix étant du ressort de l'Etat via la DGCCRF.

La remise en cause de ces dispositions relatives à l'encadrement de la publicité n'a pas lieu d'exister. Le Conseil de l'Etat tranchait ainsi : « *une concurrence excessive entre les officines favorisée par un recours trop important à la publicité serait de nature à affecter cet équilibre* (à l'origine de la répartition harmonieuse des officines NDLR) ». Cette position a été confortée depuis à diverses reprises par les juridictions judiciaires<sup>74</sup> et par le Conseil Constitutionnel en 2014<sup>75</sup>.

<sup>74</sup> TGI Paris, 23 nov. 2010 ; TGI Nanterre, 9 févr. 2012 ; C.A. Paris, 15 févr. 2013

<sup>75</sup> Conseil Constitutionnel, décision n°2013-364, 2014.

A côté de cette concurrence axée sur les prix se développe de plus en plus une concurrence sur les offres de services. Cette concurrence par l'offre n'est rendue possible que par la diversification des missions du pharmacien intervenue dans le cadre de la loi HPST en 2009. A la dispensation au détail des médicaments et la réalisation des préparations magistrales, la loi requiert la contribution aux soins de premier recours et la coopération interprofessionnelle. Elle offre la possibilité de participer à l'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient, d'assurer la fonction de pharmacien référent dans un établissement de santé, d'être désigné comme correspondant de l'équipe de soins du patient.

Les pharmaciens sont libres de proposer ou non ces services à leur patientèle, ce qui constitue donc un critère de plus pour le patient au moment de choisir l'officine où se diriger. Dans la continuité de l'émulation engendrée par la diversification des tâches du pharmacien, il devient courant de voir ces derniers se lancer dans une démarche de certification ISO. Ces démarches sont entreprises indépendamment des contrôles généraux effectués par l'Ordre des pharmaciens annuellement. Le CNOP propose en sus un programme d'accompagnement aux pharmaciens comprenant des auto-évaluations et des avis extérieurs.

Toutes ces évolutions, appelées par une grande majorité de pharmaciens, se font dans la bonne direction : celle d'un renforcement du rôle du pharmacien, d'une concurrence accrue entre les officines, d'une meilleure prise en charge des patients.

Parmi les contestataires du monopole officinal, lorsqu'on leur évoque le risque d'une surconsommation médicamenteuse liée à l'ouverture du monopole, d'aucuns répondent qu'il existe déjà une incitation à la surconsommation. Dans son document sur la transparence, le CNOP s'appuie sur les chiffres de l'ANSM pour contredire cette information. En effet, de 2002 à 2012 on constate que le marché des médicaments de PMF a diminué, en valeur, de 0,6% par an. Là où celui des médicaments de PMO a augmenté d'environ 3,1% par an<sup>76</sup>. Concernant le cumul des délivrances des PMF, l'étude commandée par l'Ordre à l'institut IMS-Health indique une augmentation en volume de 1% entre 2011 et 2012 et à nouveau de 1% entre 2012 et 2013. Ces chiffres démontrent, en plus de prouver le bien-fondé de la

---

<sup>76</sup> Direction de la communication de l'Ordre des Pharmaciens, « *Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts* », DOC CNOP, Décembre 2013.

réglementation actuelle sur le sujet, qu'il est inexact de parler d'incitation à la consommation de la part des pharmaciens.

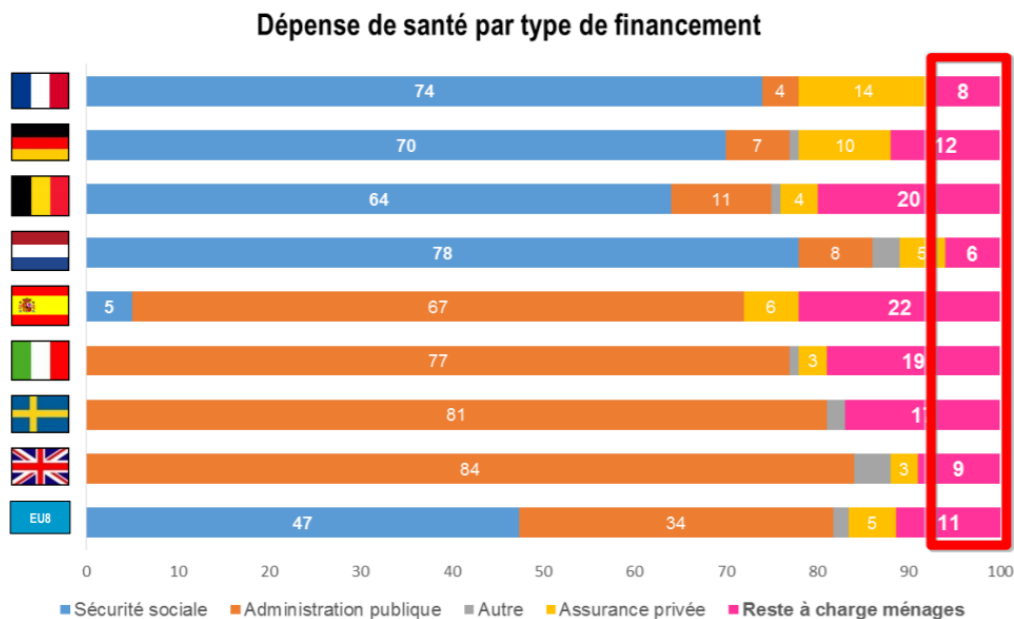
Les contestations et les attaques envers la profession pharmaceutique ne manquent pas ces dernières années. A cet égard, le CNOP ne ménage pas ses efforts pour vérifier l'exactitude de celles-ci et pour les contredire lorsque cela s'impose. L'Ordre a le pouvoir de sanctionner les pharmaciens et ne manque pas de le faire dès lors que les valeurs professionnelles sont en péril. A l'inverse, comme le décrit l'article L.4231-1 du CSP, il lui appartient également « *d'assurer la défense de l'honneur de la profession* » lorsque des informations calomnieuses et préjudiciables à la profession sont relayées par n'importe quel biais. Le CNOP assure avoir conscience du besoin permanent de modernisation et œuvre sans relâche à la promotion de toutes les évolutions ayant pour finalité la santé publique.

La contestation du monopole officinal dans un but d'augmentation du pouvoir d'achat des consommateurs ne semble pas, là non plus, justifiée. En effet, eu égard aux résultats d'un observatoire européen<sup>77</sup>, mené conjointement par l'AFIPA et Celtipharm, il apparaît que la France figure parmi les pays d'Europe où le reste à charge, en termes de dépenses de santé, des ménages est le plus bas (figure 17). Que cela soit du fait de la sécurité sociale, des assurances privées ou de l'administration, la prise en charge des patients français est presque totale. Et lorsque le patient décide de se prendre lui-même en charge et de recourir à l'automédication, il bénéficie d'ores et déjà, comme nous le verrons, de prix parmi les plus bas de l'Union Européenne !

---

<sup>77</sup> Afipa, 3<sup>ème</sup> Observatoire européen sur l'automédication, Juin 2015.





**Figure 17** : Comparatif du reste à charge des ménages au sein de l’Union européenne – Source : OCDE-Health at a glance 2014

Les derniers éléments présentés ici ont de quoi laisser perplexe. Les bénéfices attendus de l’ouverture du monopole officinal sont incertains, tout comme les répercussions d’une telle décision sur le réseau officinal français. Nul n’ignore le danger d’un immobilisme permanent dans le monde actuel. Toutefois, une décision qui, sans être prise à la hâte, ne serait pas suffisamment réfléchie peut engendrer un danger plus grand encore. Devant toute inconnue de ce genre, il s’avère souvent judicieux de chercher des exemples et des points de comparaison. Ces exemples sont précisément ceux-là même qui poussent le système de santé français à évoluer, et qui nous pousse à envisager la limitation du monopole de dispensation des médicaments au seul monopole pharmaceutique.

#### D. Un monopole à la recherche du juste équilibre

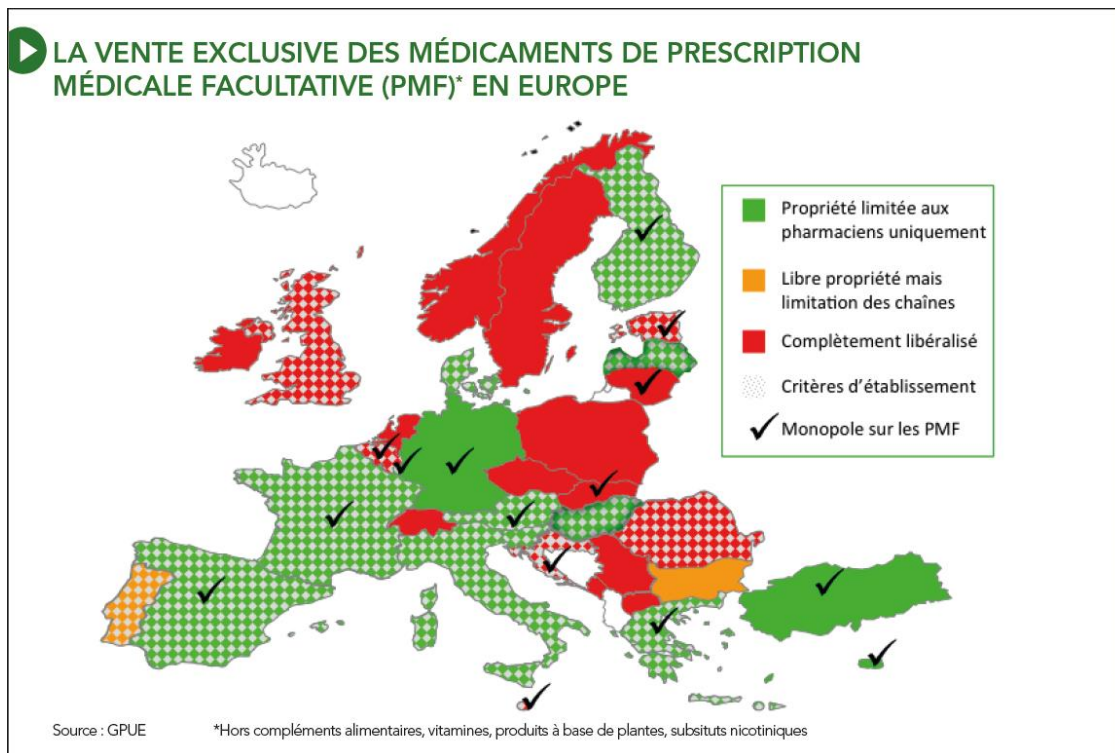
L’ouverture du monopole officinal est un sujet sur lequel les pouvoirs publics se penchent depuis plusieurs années. L’objectif serait, comme nous l’avons vu, d’offrir aux consommateurs le choix du circuit de distribution, d’accroître ainsi la concurrence et d’induire une baisse des prix sur ces produits. Cependant, au vu de certaines expériences européennes (1), il est légitime de penser, qu’en matière de santé, la France dispose d’un des systèmes les plus efficaces. Pour autant, il ne

faudrait pas occulter les évolutions indispensables au maintien de cette efficience, que ce soit via la poursuite de la refonte du mode de rémunération (2) ou via une meilleure intégration du commerce électronique au sein du réseau de distribution des médicaments (3). Ces mesures assureront l'actualisation de notre système de soins en plus de conforter les bienfaits du monopole (4).

### 1. *Des voisins européens comme exemple...*

La meilleure preuve d'une concurrence entre les pharmacies d'officine françaises reste finalement la comparaison des prix. Et sur le plan européen, force est de constater que les structures françaises proposent de très nombreux médicaments non remboursables (donc dont le prix est libre) à un prix inférieur à leurs voisins européens contrairement à l'idée généralement perçue.

On observe depuis quelques années en Europe, une très nette tendance à la libéralisation. On compte désormais trois modèles de monopole de distribution. Celui dont l'application est la plus large, strictement réglementé, qui se base sur la réservation de la propriété des officines aux pharmaciens : c'est le modèle choisi par la France et l'Espagne. A l'opposé se trouve le modèle dérégulé, basé sur l'ouverture du capital des pharmacies, guidé par une vision économique, qui est le modèle adopté par le Royaume-Uni et, plus récemment, la Suède. Le dernier modèle, dit mixte, se trouve à mi-chemin entre les deux modèles précités. Il offre une multitude de combinaisons adaptées aux particularités de chaque Etat : l'Italie, dont la vente des produits d'automédication est maintenant accessible aux GMS, autorise désormais les entreprises de distribution à entrer dans le capital des officines tandis que l'Allemagne, qui n'applique pas de monopole strict ni aucun critère d'établissement, garantit la propriété des officines aux pharmaciens. En résumé, la vente exclusive des médicaments de PMF en officine concerne 13 des 28 pays que compte l'Union Européenne dont la France, l'Allemagne, la Belgique et l'Espagne (figure 18).

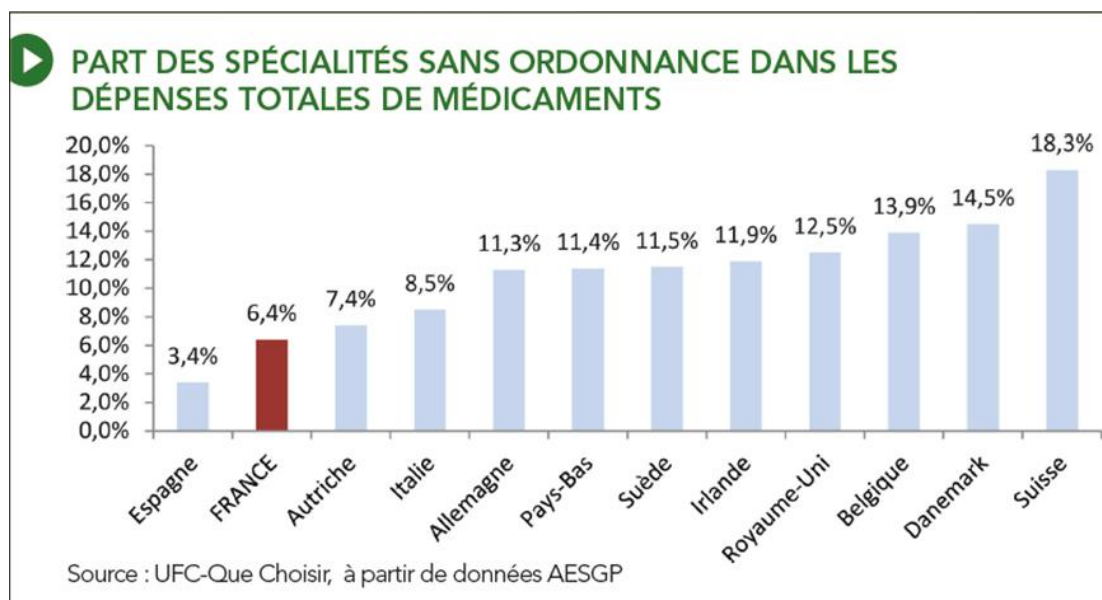


**Figure 18** : Répartition des modes de propriété et du monopole sur les PMF en Europe – Source : Groupement des pharmaciens de l’Union Européenne

La France fait de la santé des patients sa priorité absolue et fait pour cela le choix d’une législation sanitaire exigeante sans que celle-ci aille à l’encontre du droit européen. En effet, l’UE reconnaît depuis toujours l’impératif de protection de la santé publique comme supérieure à la réglementation communautaire européenne. Et malgré les griefs de certains au sujet de notre chaîne d’approvisionnement pharmaceutique, il faut admettre que l’organisation actuelle a prouvé son efficacité et justifie son exigence.

Le monopole pharmaceutique ne fait pas débat au sein de l’Union Européenne, ou du moins ne le fait plus. De par le passé, il s’est posé la question de l’entrave à la libre circulation des marchandises. Finalement, la communauté européenne avait fini par trancher : « *la répartition géographique des officines et le monopole de dispensation des médicaments continue de relever de la compétence des Etats membres* ». L’UE reconnaît que le monopole pharmaceutique puisse être plus ou moins étendu selon les Etats et que, malgré l’entrave à la libre circulation qu’il représente, celui-ci est justifié par un impératif de protection de la santé publique. En revanche, le monopole officinal, comme précisé en amont, est spécifique à la France et l’Espagne.

Le fonctionnement similaire des systèmes espagnols et français transparait au travers du comparatif graphique réalisé par UFC-Que choisir en 2012 (figure 19) et effectué à partir des données AESGP (Association of the European Self-medication Industry). Celui-ci présente la part des spécialités sans ordonnances dans les dépenses totales des médicaments pour plusieurs pays européens.



**Figure 19** : Part des PMF dans les dépenses totales de médicaments –  
Source : Données AESGP 2012

Le graphique atteste du faible développement de ce segment en comparaison des autres pays européens mais ne présage en rien du potentiel de croissance de ce marché en France. Concernant ce potentiel, l'ouverture de ce marché aux GMS et parapharmacie favoriserait son expansion – c'est d'ailleurs une des motivations qui pousse à la libéralisation du secteur – mais pour quelles conséquences ?

A ce titre, l'Ordre des pharmaciens rappelle qu'en Grande-Bretagne, près de 300 décès par an sont dus à une overdose médicamenteuse causée par les médicaments de PMF, produits disponibles en grande surface ou dans des chaînes. L'ONP souligne que près d'un tiers des jeunes britanniques (18-24 ans) reconnaissent une forme de dépendance et prennent des médicaments en vente libre quotidiennement. Cette génération est communément désignée par les médias sous le nom de « génération pain killer ». Les dérives liées à la libéralisation existent bien et doivent être prises au sérieux dans l'hypothèse d'une ouverture du monopole officinal français.

Ce désir de concurrence accrue est la source de nombreuses interrogations sur le plan national, à l'image du positionnement de l'Europe sur cette question qui reste assez flou. A de multiples reprises la CJUE a pris position en faveur de la sécurité du patient soulignant « *l'association des pharmaciens à une politique générale de santé publique, largement incompatible avec une logique purement commerciale [...], directement orientée vers la rentabilité et le profit. Le caractère spécifique de la mission confiée au pharmacien impose donc de reconnaître et de garantir au professionnel l'indépendance nécessaire à la nature de sa fonction* »<sup>78</sup>. Cette conclusion tend à confirmer la primauté de l'indépendance du pharmacien sur la recherche de profit et de concurrence, laissant penser qu'un assouplissement du monopole dans l'unique objectif d'intensifier la concurrence n'est pas souhaitable.

Toutefois, l'avis de la CJUE paraît contraire à une recommandation de l'OCDE, publié le 17 mai 2013, portant sur la libéralisation de la vente des médicaments sans ordonnance en Belgique<sup>79</sup>. L'OCDE suggère que d'autres distributeurs soient autorisés à vendre ces médicaments de manière à faciliter leur accès et à tirer les prix vers le bas. Certes, le but visé d'une telle recommandation est d'obtenir une baisse des prix mais celle-ci passe par un renforcement de la concurrence, qui elle-même risque de fragiliser l'indépendance du pharmacien... Et *in fine* la santé des patients.

Toujours soucieux de rétablir la vérité, le CNOP a fait comparer les prix pratiqués dans les officines françaises et dans les officines des pays voisins. La conclusion est sans équivoque : « *Dans les faits, les médicaments de PMF sont très majoritairement moins chers en France que dans les pays voisins* »<sup>80</sup>. L'Ordre des pharmaciens s'appuie à raison sur le flux des patients transfrontaliers, on constate effectivement que ces mouvements se font très largement dans le sens d'un afflux de l'étranger vers la France.

Dans le cadre de cette étude, le CNOP publie une carte des références sélectionnées. Pour être retenues, celles-ci devaient être disponibles dans chacun des pays, avec des conditionnements identiques. La France est la moins chère pour

---


<sup>78</sup> CJUE, 19 mai 2009, Apothekerkammer des Saarlandes a. C-171/07, conclusions point 52.

<sup>79</sup> Etude économique de l'OCDE sur la Belgique, 17 mai 2013.

<sup>80</sup> Direction de la communication de l'Ordre des Pharmaciens, « *Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts* », DOC CNOP, Décembre 2013.

7 des 13 présentations retenues, vient ensuite la Belgique et l'Espagne avec respectivement 4 et 2 présentations. En y regardant de plus près (figure 20), on remarque que la France n'est jamais la plus chère quelle que soit la référence.

## COMPARAISON DES PRIX DE 13 SPÉCIALITÉS COMMUNES AUX 5 PAYS

Catégories	Présentations					
		Prix moyen France TVA : 7%	Prix moyen Belgique TVA : 6%	Prix moyen Allemagne TVA : 19%	Prix moyen Italie TVA : 10%	Prix moyen Espagne TVA : 4%
Digestif	Dulcolax Gastrores 5MG 30/40 cp	5,3 €	6,4 €	7,9 €	7,5 €	5,6 €
Digestif	Imodium lingual 2MG 12/20	5,6 €	9,9 € (*)	9,3 €	8,6 €	7,7 €
Autre	Strepsils pastille miel citron (24)	5,4 €	5,2 €	N'existe pas en Allemagne	5,7 €	6,3 €
Digestif	Imodium Gelule 2MG 12/20	4,2 €	8,3 € (*)	8,2 €	8,6 €	5,1 €
Digestif	Rennie Sans sucre 36/48 cpr	6,0 €	5,5 €	7,7 €	7,7 €	6,3 € (**)
Traitement cutanés	Activir Crème 5% 2G	6,2 €	8,4 €	8,5 €	8,0 €	4,7 €
Respiratoire	Lysopadol 20Mg 18/ 20 Comprimés	5,6 €	6,5 €	7,3 €	6,7 €	6,5 €
Traitement cutanés	Duofilm	10,2 €	7,0 €	7,7 €	10,7 €	4,7 €
Autre	Pyralvex solution Buc/Ging 10ml	7,1 €	6,0 €	8,8 €	9,2 €	6,9 €
Douleur	Aspirine Bayer 500Mg 20 comprimés	4,4 €	3,3 €	5,2 €	5,9 €	4,5 €
Sevrage tabagique	Niquitin 1.5mg 60	17,2 €	23,3 €	22,7 €	21,5 €	23,1 €
Sevrage tabagique	Nicorette 2Mg 105 gommes	20,1 €	21,9 €	29,1 €	35,5 €	27,6 €
Sevrage tabagique	Nicorette 4Mg 105 gommes	20,8 €	27,0 €	32,0 €	35,7 €	34,8 €

(\*) 20 cpr (\*\*) 48 cpr

Source : IMS Health - Pharmatrend International avril-juin 2013

- élevé

+ élevé

**Figure 20** : Comparaison des prix dans 5 pays de l'Union Européenne –

Source : CNOP

De là à dire que les expériences européennes voisines ne semblent pas pertinentes sur la question du prix... Et cela vaut, tant pour l'autorisation de délivrance des médicaments aux parapharmacies et aux supermarchés (comme en Italie), que pour l'ouverture du capital des officines à des non pharmaciens (comme en Belgique).

En dehors des répercussions sur le coût des médicaments, la libéralisation et l'assouplissement du monopole de distribution pourrait aussi avoir un impact sur leur volume de vente. Certes, la consommation française en médicaments demeure importante (d'après l'ANSM, en 2012, un français consommait en moyenne 48 boîtes de médicaments par an) mais la France, contrairement aux idées reçues, ne fait pas partie des pays où la consommation de médicaments est la plus élevée.

A titre d'exemple, l'évolution en volume des 8 grandes classes thérapeutiques (dont les antibiotiques, les antidiabétiques oraux, les antidépresseurs ou les antihypertenseurs), qui représentent tout de même 30% du marché, reste très modérée : de l'ordre de 0,1% en France entre 2007 et 2011<sup>81</sup>. Ce taux de croissance faible rapporté en comparaison à d'autres pays européens est une des raisons du recul de la France dans le classement des pays en fonction du taux de consommation. La France figure par exemple en 15<sup>ème</sup> position, selon les chiffres de l'OCDE, concernant la consommation des antidépresseurs en Dose Journalière Définie.

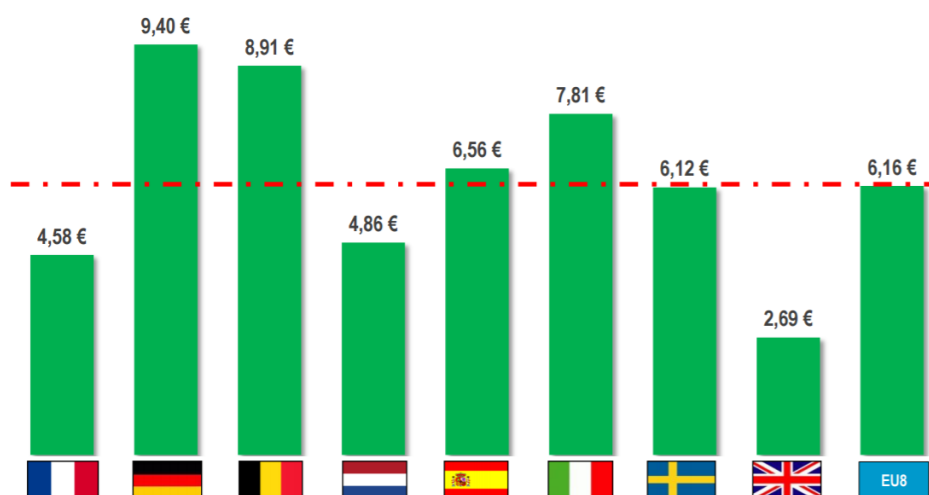
Toutefois, nier le retard du marché français de l'automédication serait insensé, surtout que ce retard se confirme un peu plus chaque année, comme le confirme l'AFIPA. En juin 2015, le marché français de l'automédication représentait 15,4% du marché global contre 32,3% en moyenne sur les autres territoires européens comparés (France, Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Espagne, Italie, Suède, et Royaume-Uni). Pourtant, l'AFIPA le rappelle une fois de plus à l'occasion de son 3<sup>ème</sup> observatoire européen sur l'automédication, la France réunit toutes les conditions propices à l'essor du marché du « selfcare »<sup>82</sup>. La France dispose d'un potentiel de développement important, d'un circuit de distribution efficace et surtout d'un prix moyen sur les médicaments de ce marché parmi les plus bas d'Europe ! Ainsi l'AFIPA indiquait, en juin 2015, un prix moyen de 4,58 € sur le territoire hexagonal contre 6,16 € dans les autres pays européens (figure 21). Sachant que, sur les 8 spécialités comparées par Celtipharm, la France est systématiquement parmi les deux pays les moins chers sur les huit étudiés.

---

<sup>81</sup> Direction de la communication de l'Ordre des Pharmaciens, « *Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts* », DOC CNOP, Décembre 2013.

<sup>82</sup> Afipa, 3<sup>ème</sup> Observatoire européen sur l'automédication, Juin 2015.

### Prix moyen TTC des spécialités d'automédication en 2014



**Figure 21** : Prix moyens des médicaments d'automédication en 2014 –

Source : Afipa

A l'occasion de cet observatoire, l'AFIPA s'attarde spécifiquement sur l'Espagne dont le modèle actuel permet une croissance forte et constante (+3% en 2014 par rapport à 2013) du marché du selfcare sur les dernières années. L'Espagne et la France ont des modèles de santé très similaires, ce qui permet d'obtenir une étude comparative significative. Il apparaît alors que la différence de croissance entre nos marchés respectifs de l'automédication (nettement en faveur de l'Espagne) n'est pas due au prix des médicaments mais à la politique de santé mise en place dans chacun des pays. L'AFIPA remarque, en effet, que l'Espagne place depuis quelques années l'automédication au cœur de son système de santé ; pour cela elle a élargi l'offre des médicaments de PMF tout en renforçant l'information auprès des patients.

Le président de l'AFIPA, Pascal Brossard, précise par ailleurs qu'en étendant la liste des médicaments d'automédication il serait possible de générer près de 535 millions d'euros d'économies par an<sup>83</sup>. En effet, comme il l'explique dans un communiqué de presse, « *le système français favorise la prise en charge du petit risque par la collectivité* », ce qui amène à « *une situation actuelle en totale inadéquation avec les évolutions de notre société* »<sup>84</sup>.

<sup>83</sup> Etude réalisée par Celtipharm pour l'AFIPA, afipa.org, septembre 2013.

<sup>84</sup> Afipa, Communiqué de presse, observatoire européen sur l'automédication, 2015.



De ce fait, si la libéralisation passe effectivement par la favorisation de l'automédication au détriment de la prescription, la méthode pour y parvenir ne serait pas une ouverture du monopole mais bien un assouplissement de la politique française à ce sujet !

## 2. *Des modifications du mode de rémunération à étoffer*

La rémunération des pharmaciens à travers l'Europe s'effectue, là aussi, de diverses manières. Ainsi, dans certains pays le système de rétribution par la marge sur le prix est combiné voire remplacé par une rémunération forfaitaire, comme c'est le cas en Allemagne depuis plus de 10 ans. La rémunération forfaitaire permet de tenir compte du coût toujours plus élevé des nouveaux médicaments et du désir des professionnels de disposer d'une rémunération homogène pour les différents services qu'ils prennent en charge.

Un autre avantage de la rétribution forfaitaire est la possibilité de distinguer plusieurs niveaux de prestations. C'est le cas du Royaume-Uni où ils disposent depuis 2005 d'un système d'accréditation et d'une rétribution distincte en fonction du niveau de prestation. Ces niveaux sont au nombre de trois et distingue :

- Des services de base obligatoires (dispensation, conseil d'automédication, renouvellement d'ordonnance, récupération des produits non utilisés) ;
- Des services « approfondis » pour lesquels il faut une accréditation, centrés sur le suivi et l'observance, en particulier pour les patients chroniques ;
- Des services spécialisés à « valeur ajoutée » (livraison et maintien à domicile, soins palliatifs, diabète, cure de désintoxication tabagique...)

La rémunération forfaitaire dans les autres pays européens semble faire ses preuves.

En France, le mode de rémunération des pharmaciens d'officine a pendant très longtemps été lié à la marge sur le prix des médicaments. Ce système était fort profitable aux pharmaciens du fait, dans un premier temps, des marges conséquentes des médicaments princeps et, dans un second temps, du développement des génériques dont les marges étaient tout aussi importantes.

Comme il a été détaillé auparavant, il était devenu impératif d'entreprendre des modifications du mode de rémunération. Le rapport de la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Délégation Générale à l'Emploi et la Formation Continue ainsi que celui de l'IGAS sont amplement à l'origine de la réflexion autour d'un nouveau mode de rémunération. Réflexion à l'issue de laquelle a été décidée la mise en place de l'honoraire de dispensation et la rétribution des entretiens thérapeutiques, intégrés aux nouvelles missions de service public. Ces nouvelles sources de rémunération ont été actées par la convention pharmaceutique du 4 avril 2012 signée entre les trois syndicats représentatifs des pharmaciens et l'assurance maladie. Cette convention ajoute également une prime annuelle de 3 000 €, versée par l'assurance maladie, en fonction des résultats de l'officine sur certains objectifs de santé publique.

Les objectifs de ces modifications sont, d'une part de suivre et favoriser l'évolution du métier de pharmacien en rétribuant les nouvelles missions du pharmacien et, d'autre part, de se substituer au système toujours majoritaire basé sur la marge des médicaments, directement rattachée à leurs prix. Ce dernier ne pouvant plus être considéré comme adéquat compte tenu de la politique de maîtrise des dépenses en vigueur depuis plusieurs années.

Dans le même temps, la dissociation de la rétribution des actes pharmaceutiques du prix du médicament permet de prévenir toute perversion commerciale orientant le choix du pharmacien vers un médicament à marge plus forte. Ce qui ne peut qu'amener à un choix économique et qualitatif le plus efficient par le pharmacien. Cela va dans le sens de l'IGAS qui voit dans cet honoraire de dispensation un moyen pour le pharmacien de renforcer son image de professionnel de santé au détriment de celle du commerçant, véhiculé par la rémunération à la marge. C'est ainsi la prestation intellectuelle qui est rémunérée et non plus l'acte de vente du pharmacien, ce qui rejoint précisément la vision des pouvoirs publics.

L'orientation actuelle des pouvoirs publics en faveur d'une redéfinition du rôle des pharmaciens au sein du réseau de santé s'accompagne de l'instauration de nouveaux services, lesquels requièrent des moyens supplémentaires pour leur mise en place à l'officine. L'Etat doit se donner les moyens de mettre en œuvre sa vision modernisée du système de santé français. Aussi, les modifications du mode de

rémunération du pharmacien ne sont pas suffisantes. Il serait irresponsable de s'en contenter et de cesser toute réflexion sur le sujet considérant ces modifications comme une finalité. Elles doivent, au contraire, servir de base à la refonte profonde du système de rétribution du pharmacien afin de soutenir les évolutions futures de la profession.

L'Autorité de la Concurrence se montre, quant à elle, enthousiaste au sujet de l'expansion des services proposés en officine. Elle semble en faveur d'une promotion de la concurrence par la qualité de prise en charge, l'accompagnement, la compétence et les connaissances. Cela induirait en sus, un désintéressement du mode de rémunération lié à la vente des médicaments et par conséquent « *l'animation de la concurrence en prix sur les médicaments non remboursables pourrait en être facilitée* » comme le souligne l'Autorité de la concurrence<sup>85</sup>.

### 3. *Le positionnement du commerce électronique et son devenir*

La vente en ligne de médicaments respecte en tout point le monopole pharmaceutique ; à savoir que seuls les titulaires du diplôme de pharmacien sont en droit de créer et d'exploiter un site de commerce électronique de médicaments. Cependant, tout pharmacien n'a pas la possibilité de créer son site internet, comme nous l'avons déjà vu, seuls les titulaires d'une officine y sont autorisés.

Le développement du commerce électronique des médicaments en France est bien plus modéré que dans la plupart des autres pays de l'Europe. Malgré tout, la vente à distance des médicaments amène à s'interroger sur son intégration dans le réseau de distribution du médicament. Le e-commerce constitue effectivement un circuit de distribution à part entière, et bien que les sites de vente par internet doivent être rattachés à une pharmacie physique, il fragilise un peu plus le monopole officinal. C'est ce qu'a d'ailleurs très bien compris la grande distribution qui use de cet argument pour tenter d'arriver à ses fins.

---

<sup>85</sup> Autorité de la Concurrence, « *Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament en ville ?* », 25 février 2013.

D'autant que le rapport de l'IGF, remis en 2014, sur les professions réglementées<sup>86</sup> remet en question cette règle spécifiant l'adossement du site internet à une officine. Au travers de cette remise en cause, c'est bien le monopole officinal qui serait affecté. La motivation invoquée par l'IGF repose sur la concurrence inégale créée par cette obligation d'adossement, notamment dans les zones frontalières. Cela pèse sur l'attractivité des sites internet français et fait craindre à l'IGF un détournement du consommateur vers les sites des pays voisins. L'Autorité de la Concurrence souhaite, elle aussi, un allègement du cadre législatif propre au e-commerce. Elle déplore, dans un avis du 26 avril 2016, « *le régime excessivement lourd et contraignant qu'instaurent les bonnes pratiques* » et qui entrave de ce fait le développement de l'activité de vente en ligne.

Outre la vente à distance, internet permet la dématérialisation de multiples services quel que soit le domaine. Cela fait désormais plusieurs années que les pouvoirs publics montrent un engouement pour la télémédecine. Cette pratique médicale à distance offre les avantages de répondre aux problématiques actuelles : vieillissement de la population, augmentation des malades chroniques, apparition de désert médicaux, volonté de maîtriser les dépenses.

Dans le cas de la pharmacie, la transposition est difficile : la réponse apportée à ces situations étant la répartition harmonieuse des pharmacies obtenue via le maillage territorial. L'essence même du maillage territorial est de garantir l'accessibilité et la proximité des pharmacies d'officines. C'est pourquoi, à l'heure d'aujourd'hui, internet n'est entrevu qu'au travers de l'unique prisme commercial.

Ceci étant dit, cela n'atténue en aucune façon son intérêt. La vente en ligne contribue largement à dynamiser le secteur sur le plan concurrentiel touchant aussi bien les prix que le catalogue des produits ou la variété des services offerts. Internet offre les fameuses baisses de prix recherchées par tout à chacun.

En l'état, la suppression de l'obligation de rattachement du site internet à une pharmacie en dure ne peut être décidée que par le gouvernement français. En effet, l'Union Européenne a confirmé, depuis plusieurs années, la primauté du droit étatique sur celui de la communauté dans un but de protection de la santé. La question de l'essor du commerce électronique du médicament semble donc liée à celle de l'ouverture du monopole officinal. Dès lors, le choix qui s'offrira au prochain

---

<sup>86</sup> Rapport IGF, « Les professions réglementées », annexe 9, septembre 2014.

gouvernement de la V<sup>ème</sup> République, sera celui d'une libéralisation générale du milieu pharmaceutique, avec l'ouverture du monopole de dispensation et la promotion de l'automédication, entre autres, via internet ; ou celui d'un renforcement du monopole officinal et du système actuel, basé sur la proximité, avec la promotion de l'automédication par l'ajustement de la politique de santé.

#### 4. *Un monopole officinal demandant à être renforcé*

L'hétérogénéité des réglementations des différents Etats de l'Union Européenne ne doit pas être vue comme une entrave à son fonctionnement, mais comme la source d'une richesse dont il importe de tirer la quintessence. Cette richesse a notamment abouti à la directive européenne 65/65/CEE du 26 janvier 1965, laquelle est à l'origine de la définition actuelle du médicament, conciliant ainsi la notion française du médicament par présentation et la notion allemande du médicament par fonction.

Au sujet des prix pratiqués et des écarts constatés en officine, l'ONP recommande d'ores et déjà l'amélioration de l'efficacité des achats des médicaments non remboursables via les Centrales d'Achat Pharmaceutiques (CAP).

Par ailleurs, il est possible d'agir au niveau des produits eux-mêmes. Puisque certains médicaments ne présentent, à priori, aucun risque pour la santé, les autorités sanitaires sont en mesure de retirer l'AMM desdits médicaments en vue d'en permettre la vente par tous les circuits de distribution.

Les pharmaciens ne peuvent rester passifs et doivent, au contraire, être proactifs. Cela passe non seulement par l'application exhaustive de leurs missions mais aussi par une démarche engagée sur le plan qualitatif. Il s'agit par exemple de mettre en œuvre concrètement la traçabilité à la boîte prévue par la directive des médicaments falsifiés, de renforcer la sécurité des dispositifs médicaux associant un mélange de substances pour lesquelles une simple évaluation de conformité est suffisante ou encore de renforcer les obligations des pharmaciens tout au long de la chaîne pharmaceutique.

Face au scepticisme d'une partie des consommateurs, la tendance à la certification ISO des pharmacies devrait se généraliser. Sur ce point, l'initiative de l'Ordre des pharmaciens visant à rendre obligatoire une certification HAS des officines semble aller dans le bon sens. Par ce biais, la pharmacie d'officine offrirait à la population la garantie d'un exercice conforme aux bonnes pratiques et évalué de manière homogène. La confiance et l'estime des consommateurs/patients doivent rester une priorité.

Finalement, s'agissant de l'ouverture du monopole officinal, c'est l'Etat lui-même<sup>87</sup>, qui coupe court à toute spéculation quant au gain attendu de pouvoir d'achat pour le consommateur, puisque ce gain serait estimé à moins de 5 euros par an et par personne ! Ce chiffre hypothétique est néanmoins identique à celui calculé par l'UFC-Que choisir.

Devant ce gain minime, les interrogations sont légitimes sur le bienfondé d'une telle réforme, tant du point de vue du pharmacien que celui du patient/consommateur. Cette contrepartie vaut elle les risques qui pèsent sur le soin libéral de proximité, étant donné que la mise en péril du réseau officinal sonne comme une menace pour l'un des principaux acteurs de l'exercice libéral de proximité. Ce réseau de proximité est au cœur du système de santé français, la fragilisation de l'équilibre qui y est associé est un trop grand risque pour être pris.

En outre, alors que les pouvoirs publics exigent toujours plus d'économie du monde hospitalier, ce qui passe par des sorties plus rapides des patients et une augmentation des soins en ambulatoire – donc une responsabilité accrue des professionnels de proximité – le signal envoyé à ces divers acteurs par l'assouplissement du monopole de dispensation serait en opposition directe avec le sens de l'évolution.

Concernant le monopole de distribution des pharmaciens à travers le monde, le sens de l'évolution serait même à un retour au modèle français et espagnol. Ainsi, à l'instar de l'Argentine en 2009, le Paraguay a choisi en 2013 de revenir à une distribution exclusive des médicaments en officine. La raison de ce revirement concerne « *les mauvaises conditions de stockage et de délivrance de ces derniers*

---

<sup>87</sup> « *Pharmacies : Fin du monopole de délivrance pour les « produits frontières » et les produits en accès direct au public* », Services du Ministère de l'économie, via le CNOP, 2012.

*(les médicaments NDLR) dans les locaux tels que les entrepôts, supermarchés et autres, [...] ainsi que le non-respect des exigences légales en termes de commercialisation »<sup>88</sup>.*

L'Amérique latine ne détient pas l'exclusivité des marches arrière en matière de libéralisation. Plusieurs Etats européens ont ainsi fait le choix de supprimer tout ou partie des règles instaurées dans les années 2000 (qui allaient dans le sens d'une libéralisation). Les modifications portent tant sur les règles d'installation comme en Hongrie (2010) ou au Royaume-Uni (2012) que sur les règles de propriété comme c'est le cas en Lettonie (2010) ou en Slovaquie (2013).

En définitive, la tendance au libéralisme, concernant le monopole, semble s'essouffler ; il n'est plus temps de céder à ses sirènes. Il en va de même pour le troisième pilier de l'officine, garant de l'indépendance du pharmacien et, plus surprenant, d'économie ! C'est ce qui ressort d'un rapport commandé par le ministère de la Santé britannique en 2011, ce rapport démontre que les pharmacies dites « indépendantes » (ce qui correspond en réalité aux PME gérant de 1 à 5 officines et n'appartenant pas à des groupes) sont plus efficaces économiquement que les chaînes de pharmacies<sup>89</sup>. L'explication principale tenant aux coûts de fonctionnement moins élevés pour ces officines « indépendantes ».

La libéralisation a d'ores et déjà montré ses limites dans d'autres domaines, et force est de constater que les comparaisons du système de santé français avec ceux de ses voisins européens ne sont pas en sa défaveur. Toutefois, cela n'exempte pas le milieu officinal français de son devoir d'innovation et de promotion de la santé.

Cela passe inévitablement par des réformes et des modifications du cadre législatif de la distribution au détail des médicaments. Mais, contrairement à ce qui a été envisagé jusqu'à présent, ces évolutions ne requièrent pas obligatoirement une libéralisation du modèle français.

Sur la question de l'automédication, les observatoires menés par l'Afipa depuis 2013 le démontrent bien, le marché hexagonal réunit toutes les conditions propices à son développement. L'argument du prix relayé à outrance par la grande

---

<sup>88</sup> Résolution S.G. n°137, Paraguay, septembre 2013.

<sup>89</sup> PricewaterhouseCoopers, Cost of service inquiry for community pharmacy, rapport au ministère de la Santé du Royaume-Uni, juillet 2011.

distribution n'est en fait qu'un leurre utilisé à des fins commerciales. En effet, l'essor du marché du selfcare repose davantage sur une politique de santé axée sur le « délistage » de certains médicaments et non sur une diminution déraisonnée du coût de ces médicaments.

Par conséquent, l'ouverture du monopole au seul motif d'une diminution, très faible, des prix de ces médicaments ne peut constituer une raison suffisante. Dans une démarche qui serait effectivement tournée vers le patient, il apparaîtrait, *a contrario*, qu'il faut préserver, et renforcer, le monopole officinal afin d'encadrer de manière adéquate l'autonomisation du citoyen dans la gestion de sa santé !



## CONCLUSION

Les fondations historiques du monde officinal sont menacées. L'effectif des pharmaciens d'officines vieillit et le renouvellement tarde à se faire. La profession tend à manquer d'attractivité auprès des jeunes et connaît simultanément une démotivation d'une frange des pharmaciens en activité. Il convient de revaloriser le métier du pharmacien et de faciliter l'accès des jeunes à l'exercice et la propriété de l'officine.

Ce constat est en lien direct avec la formation des jeunes pharmaciens. Pour accéder aux études de santé, il faut satisfaire au numerus clausus de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES). Ce mode de régulation ne paraît plus en phase avec l'époque actuelle. Ce système contribue au désintéressement d'un certain nombre d'étudiants puisqu'elle brise des vocations. De plus, cette régulation fermée, en opposition directe avec la libre circulation des diplômes, ne répond plus efficacement aux besoins de la profession.

L'accès aux études de santé doit être contrôlé, les capacités de formation des facultés sont limitées et le coût de la formation pour les pouvoirs publics est élevé (entre 200 à 300 000 € selon l'ONP). Toutefois, la France gagnerait à observer les modes de régulation adoptés par ses voisins en Europe (sélection par les notes du bac, par les capacités de formation, à l'issue de la formation...)

Les modifications législatives doivent aussi concerner la pharmacie en tant que structure. Le réseau officinal est harmonieux certes, mais les fermetures récentes et celles à venir imposent la prudence. La France semble, pour l'heure, à l'abri de déserts officinaux mais pour que cela perdure, il convient d'impulser, dès à présent, une restructuration maîtrisée du réseau officinal. Le CNOP suggère, pour commencer, de supprimer le délai de 5 ans imposé pour la cession d'une officine suite au regroupement ou au transfert de celle-ci.

Le Ministère de la Santé ne cache pas son inquiétude<sup>90</sup>, dans une circulaire à l'attention des ARS il indique : « *le maillage officinal du territoire est globalement assuré mais des disparités territoriales existent et des fragilités territoriales pourraient s'aggraver* ». Le Ministère de la santé leur demande donc d'établir un diagnostic des territoires fragiles ou en voie de fragilisation au regard du temps d'accès aux officines. Le but de cette démarche est, *a minima*, de maintenir l'accès actuel aux officines par l'identification des mesures à mettre en œuvre sur le plan régional, voire national.

A titre d'exemple, l'ARS Languedoc-Roussillon a ciblé 21 territoires, représentant 238 458 habitants et 115 officines, qu'elle souhaite classer en « zones fragiles ». Une des mesures envisagées pour assurer la sauvegarde de ces officines, compte tenu de leur rôle dans les soins de premier recours, est l'instauration d'une dotation d'intérêt général afin de pouvoir soutenir ces officines. C'est, notamment, la résolution qu'a adoptée l'ARS de Picardie pour retenir certains médecins sur son territoire.

L'officine a besoin d'avenir. Mais l'avenir de l'officine est pour l'heure prisonnier de multiples débats ; débats dont certains ne peuvent qu'être tronqués compte tenu des zones d'ombres qui planent encore sur l'officine. A ce titre, toutes les parties s'accordent à dire qu'il est nécessaire de mettre à jour les chiffres et les données à disposition, notamment sur les revenus des titulaires et des pharmaciens adjoints. La Cour des Comptes recommande par exemple une étude régulière, tous les 2 ans, des revenus de toutes les professions de santé. L'actualisation des chiffres doit également prendre en compte le prix des médicaments à PMF en s'appuyant sur une méthodologie reconnue par tous. Cela évitera du coup toute tentation de manipulation des chiffres.

Au vu de ce contexte, les contestations du monopole des officines prêtent forcément à de vives réactions de la part des pharmaciens. En revanche, il est indéniable que les pharmaciens ont une grande part de responsabilité au sujet des menaces qui pèsent sur les fondations de leur profession.

Le secteur de l'officine s'est probablement reposé trop longtemps sur un système de santé bien portant et insouciant, et rencontre désormais des difficultés à se moderniser bien que les idées ne manquent pas. Les opportunités offertes au

---

<sup>90</sup> Instruction DGOS/R2 n°2014-70 du 7 mars 2014.

pharmacien, pour revaloriser son image de professionnel de santé, sont nombreuses. Malheureusement, malgré toute la bonne volonté affichée par les – jeunes – pharmaciens, la majeure partie des nouveaux projets sont laissés de côté par la profession et pour ceux qui trouvent grâce aux yeux des pharmaciens, le bilan plus que mitigé laisse présager un abandon de ces missions.

Acteurs comme observateurs s'accordent à dire que le futur de l'officine passe par la proposition de nouveaux services en collaboration avec les autres professionnels de santé. Ces services représentent, à n'en pas douter, une réponse appropriée aux besoins croissants d'une population âgée toujours plus nombreuse. D'autant que la plupart des services évoqués ne nécessiteraient, tout au plus, qu'une formation complémentaire ciblée avec une évaluation postérieure des pratiques professionnelles.

Il pourrait s'agir simplement de la parution des bonnes pratiques pour la préparation des doses à administrer en vue de répondre au vieillissement de la population. La profession est également dans l'attente de la parution du décret d'application prévu par le Code de la Santé publique<sup>91</sup>. Celui-ci doit préciser dans quelles mesures les pharmaciens peuvent, par le biais de conseils et prestations, « *favoriser l'amélioration et le maintien de l'état de santé des personnes* ».

D'autres services, attendus par la profession, sont toujours en discussion. Nombre des services envisagés sont en lien avec le maintien à domicile, comme la prise en charge des thérapeutiques médicamenteuses complexes à domicile dans laquelle le pharmacien est appelé à intervenir mais dont le rôle n'est pas reconnu. Cette problématique se retrouve de manière identique dans la coordination du parcours de santé des patients. Les pharmaciens souhaitent que leur rôle soit plus explicite.

De manière plus concrète, des tests doivent prochainement être réalisés au sujet de la vaccination par les pharmaciens des patients de plus de 16 ans. Il ne manque que la parution du décret d'application dans le courant de l'année pour débiter l'expérimentation. La profession espère obtenir, dans la foulée, l'autorisation de délivrer certains vaccins sur acte, équivalant à une prescription.

---

<sup>91</sup> Article L.5125-1-1, alinéa 8 du Code de la Santé Publique.

La libéralisation du monde officinal, au travers de l'ouverture du monopole et du capital des officines, sonnerait comme un aller sans retour pour de nombreuses pharmacies et donc de nombreux pharmaciens ! Doit-on s'élancer sur ce chemin pavé de bonnes intentions à la destination hautement incertaine ? Chacun conçoit que d'importantes réflexions sont à mener, que des mesures adéquates restent à trouver ou que tous les moyens doivent être mis en œuvre, mais les déclarations d'intention ne peuvent servir d'éléments décisionnels.

Finalement, partant du postulat selon lequel les pharmaciens sont responsables de leurs problèmes actuels, j'en viens à me demander – et cette réflexion s'applique à tous les domaines – si une génération entière doit nécessairement payer au prix fort les erreurs de ses aînés ? Les nombreux témoignages de jeunes pharmaciens, issus de mes propres discussions, comme ceux que j'ai pu lire, du fait de la quantité d'articles parcourus dans le cadre de ce travail, laissent transparaître un réel désir d'évolution positive. La jeune génération, bien consciente des difficultés de sa profession, fait preuve de détermination. Même s'il faut attendre le passage de témoin définitif de la fraction la plus âgée des pharmaciens aux plus jeunes pour constater un changement significatif.

Le bilan de la pharmacie d'officine ne demande, à mon sens, pas d'évolution majeure du moins au sujet du monopole et de l'indépendance du pharmacien. S'agissant du maillage territorial, les inquiétudes sont plus nombreuses, mais comme l'ont détaillé l'IGAS et l'IGF au travers d'un rapport conjoint<sup>92</sup>, le réseau des officines demeure harmonieux et devrait se maintenir tel quel à court et moyen termes. Par conséquent, le seul problème majeur identifié, qu'il convient de prendre en compte, reste encore et toujours le déficit de l'assurance maladie. La pharmacie participe à son redressement, à sa mesure : il ne faut pas omettre le principal responsable de ce déficit, à savoir l'hôpital. La réduction des dépenses hospitalières est possible, entre autres via le maintien à domicile, mais pas sans la coopération des infirmiers et des pharmaciens !

En définitive, l'erreur absolue serait de laisser la dictature du prix définir l'évolution de la pharmacie d'officine. Sous réserve d'un gain mineur de pouvoir d'achat, les pouvoirs publics risquent de mettre en péril le soin libéral de proximité.

---

<sup>92</sup> Rapport IGAS-IGF, « *La régulation du réseau des pharmacies d'officines* », Octobre 2016.

L'obtention d'un prix de vente proche du coût de revient ne peut décentement être une finalité. Quelle meilleure illustration que celle de la crise du lait. Suite à la réduction démesurée du prix du lait, nombre de français se mobilisent dorénavant en faveur d'un système équitable tant pour le consommateur que le producteur. Ce qui, dans ce cas précis, a abouti à une augmentation sensible, mais juste, du prix du lait. Cette dynamique, qui est l'exact opposé de la dynamique actuelle, va à l'encontre de l'autocratie de la société de consommation.

La société a-t-elle à ce point besoin d'éprouver les limites d'un système, quel qu'il soit, afin de réellement prendre les bonnes décisions ? J'aime à penser que non, que le gouvernement saura prendre les mesures adéquates et que les pharmaciens s'impliqueront toujours davantage dans leurs missions actuelles et futures.

# ANNEXES

## ANNEXE I : Éléments démographiques 2014 et 2015 – Ordre des pharmaciens

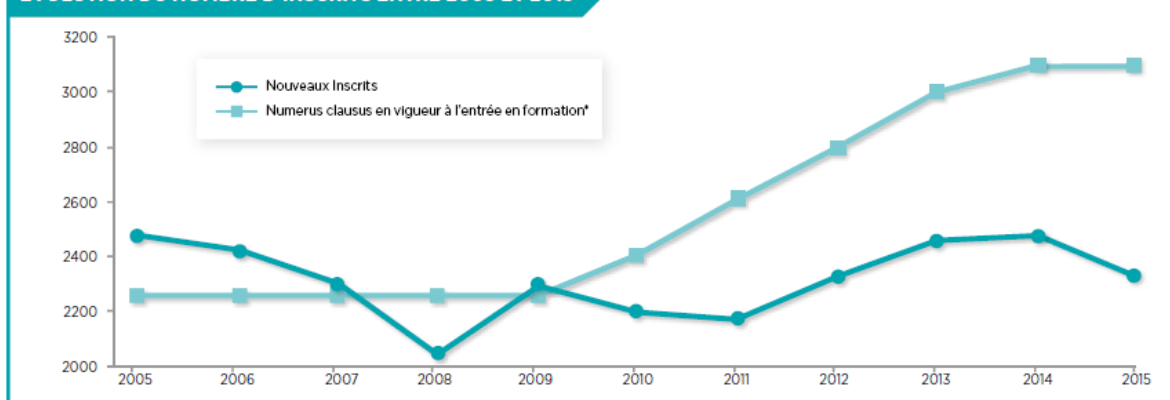
### 2 DYNAMIQUE DE RECRUTEMENT

#### NUMERUS CLAUSUS

**-32,8%**

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	ÉCART ENTRE LE NUMERUS CLAUSUS ET LE NOMBRE D'INSCRITS	TAUX D'ÉVAPORATION (NOUVEAUX INSCRITS DIPLÔMÉS 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%
2015	<b>2324</b>	<b>3097</b>	<b>3090</b>	<b>0,0%</b>	<b>-5,7%</b>	<b>-766</b>	<b>-32,8%</b>

#### ÉVOLUTION DU NOMBRE D'INSCRITS ENTRE 2005 ET 2015



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

#### ORIENTATION DES ÉTUDIANTS DE 6<sup>ÈME</sup> ANNÉE ET JEUNES DIPLÔMÉS

Pour tenter de cerner le devenir des étudiants actuellement en fin d'étude et de recueillir des explications du « taux de fuite », l'Ordre s'est livré début 2015 à une enquête portant sur une population de 4430 étudiants ayant accompli leur 6<sup>ème</sup> année d'étude en pharmacie.

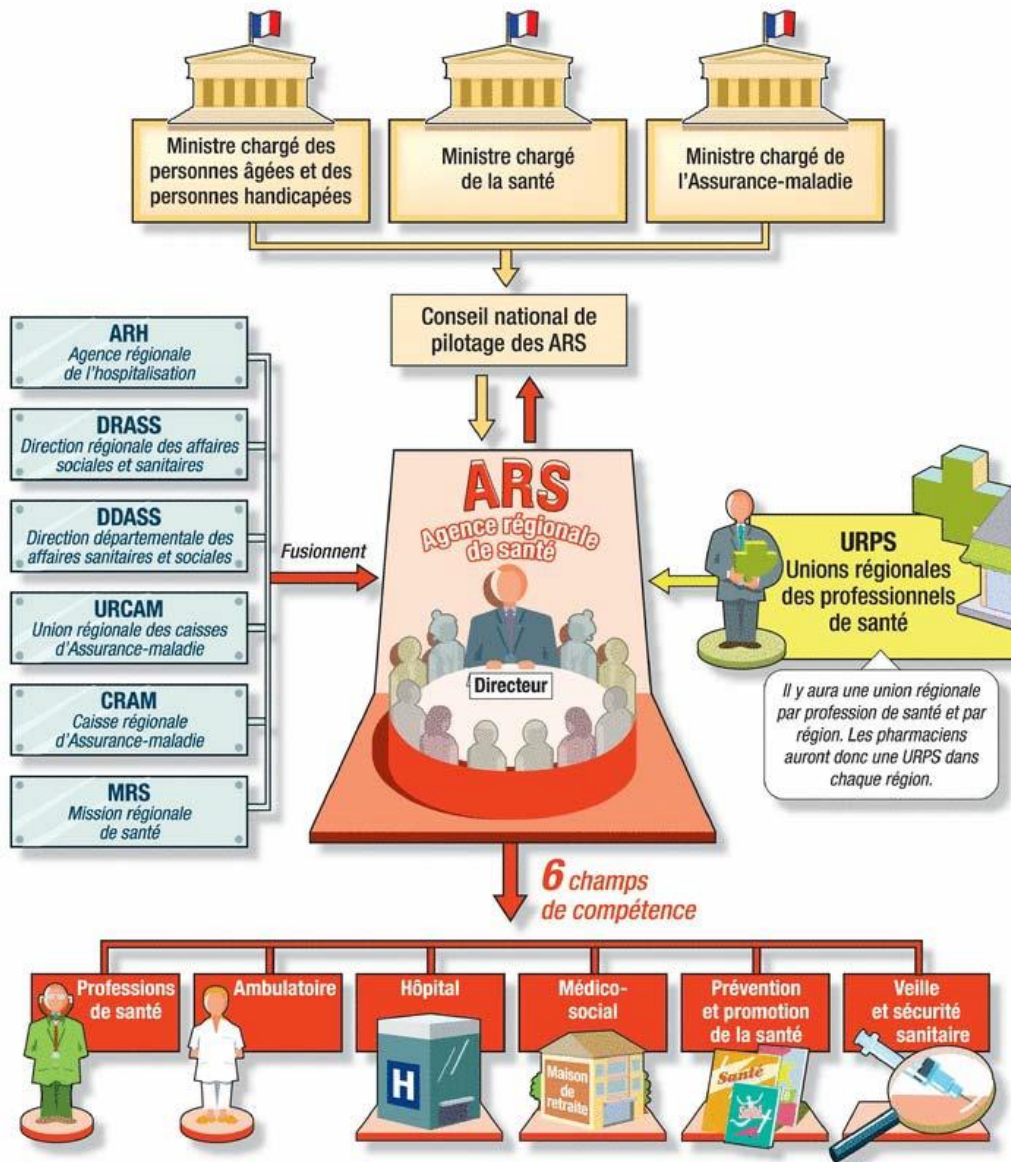
Sur 4430 étudiants interrogés, 676 ont répondu soit 15,25% de l'échantillon interrogé. Parmi les 676 qui ont répondu:

- 322 non pas encore soutenu leur thèse,
- 248 ont soutenu leur thèse mais n'ont pas indiqué leur emploi actuel,
- 43 pharmaciens occupent un poste ne nécessitant pas

d'inscription au tableau dont 4 dans l'industrie pharmaceutique (Affaires réglementaires, Pharmacovigilance...),

- 3 pharmaciens travaillent dans une ONG ou dans une association humanitaire,
- 4 pharmaciens sont fonctionnaires ou assimilés ou travaillent dans une agence nationale ou une organisation internationale,
- 4 pharmaciens travaillent dans un domaine non pharmaceutique,
- 29 pharmaciens sont partis à l'étranger,
- 24 pharmaciens poursuivent leurs études,
- 23 pharmaciens sont au chômage.

**ANNEXE II : Création et domaines de compétence des ARS –  
Le moniteur des pharmacies 2010.**



# BIBLIOGRAPHIE

## RAPPORTS

- Autorité de la Concurrence, « *Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament en ville ?* », 25 février 2013.
- Contrat d'études prospectives dans la pharmacie d'officine Tome 2, annexes 4B, 2C et 10C, Groupe Interface, mars 2006.
- Eléments démographiques : « *Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015* », Direction de la Communication de l'Ordre National des Pharmaciens, juillet 2015.
- Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : « *Pharmacies d'officines : rémunérations, missions et réseau* », juin 2011.
- Rapport IGF : « *Les professions réglementées* », annexe 9, septembre 2014.
- Rapport de l'IGAS et de l'IGF : « *La régulation du réseau des pharmacies d'officines* », octobre 2016.
- Comptes nationaux de la santé 2009 « *Localisation des professionnels de santé libéraux* », DREES, Barlet M. Collin C.
- Observatoire des Métiers des Professions Libérales, « *Chômage des pharmaciens adjoints* », 2015.
- Dossier « *L'Officine française, le contraire d'une rente* », CNOP, juillet 2014.
- Direction de la communication de l'Ordre des Pharmaciens, « *Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts* », DOC CNOP, Décembre 2013.

## TEXTES

- Article R.5125-9 du Code de la Santé Publique.
- Ordonnance n°2012-1427 du 19 décembre 2012 relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments.
- Article R.5100 du Code de la Santé Publique.
- Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, septembre 2005.
- Loi n° 2016-41, article 97, 26 janvier 2016.



- Article L.4221-1 du Code de la Santé Publique.
- Article R.5132-3 du Code de la Santé Publique.
- Résolution S.G. n°137, Paraguay, septembre 2013.
- Instruction DGOS/R2 n°2014-70 du 7 mars 2014.
- Article L.5125-1-1, alinéa 8 du Code de la Santé Publique.

## OUVRAGES JURIDIQUES

- *Vocabulaire juridique*, PUF, 8<sup>ème</sup> édition, Gérard Cornu, 2007.
- Droit pharmaceutique, Volume 1, fascicule 11-05, Auby et Coustou.

## AVIS

- Avis de la CJUE, 1er juin 2010, affaires des Asturies C-571/07 et C-570/07.
- Avis n°12-A-20 du 18 septembre 2012 relatif au fonctionnement concurrentiel du commerce électronique.
- Avis du 27 mai 2005 aux fabricants concernant les demandes d'AMM des médicaments à PMF, article 1.2, social-sante.gouv.fr.
- Avis du Conseil Constitutionnel, décision n°2013-364, 2014.
- Avis de la CJUE, 19 mai 2009, Apothekerkammer des Saarlandes a. C-171/07.

## ARTICLES

- Le moniteur des pharmacies, « *Chiffre d'affaires : en recul sur juillet* », Stéphanie Bérard, 2 septembre 2016.
- Pharmacien Manager n°134 « *Le temps des Honoraires* », Myriam Loriol et François Pouzaud, février 2014.
- Le moniteur des pharmacies n°3031, François Pouzaud, 10 mai 2014.
- Pharmacien Manager n°149 « *Bilan de la nouvelle rémunération* », François Pouzaud, 1<sup>er</sup> juillet 2015.
- PharmaSite.fr, « *La pharmacie doit-elle sortir de la PACES ?* », Olivier Valcke, Rubrique cursus, 2012.
- Le moniteur des pharmacies n° 2989, « *Un taux d'évaporation contrasté selon les régions* », François Pouzaud, 22 juin 2013.

- Le moniteur des pharmacies n° 2973 « *Regroupement : N'ayez pas peur !* », Isabelle Guardiola, François Pouzaud, 9 mars 2013.
- Le Moniteur des pharmacies n°2922, « *Vente en ligne de médicaments, l'exception française* », Clausener Magali, 3 mars 2012.
- Pharmacies de France n°8, page 18, 1998.
- Les échos, « *Quand les pharmaciens ratent leurs campagnes de pub contre Leclerc* », Bruno Sanvoisin, lesechos.fr, 16 octobre 2015.
- UFC que choisir, « *Automédication contre les maux diagnostiqués, l'UFC que choisir propose son antidote* », mars 2012.

## THESES ET MEMOIRES

- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « *Le maillage territorial des officines* », Laurence MORVILLERS, 20 septembre 2011.
- Mémoire professionnel « *Le commerce électronique des médicaments à l'aune du monopole pharmaceutique* », Aurélie Chaban, Université de Bordeaux, 2013.
- Thèse de Pharmacie « *Le commerce électronique des médicaments : contexte et options pour le pharmacien d'officine français* », Colin Battisti, Université de Bordeaux, 2016.

## DIVERS

- Etude Xerfi sur les pharmacies, décembre 2012.
- Données ANPE, Taux de demandeurs d'emplois catégorie 1, chiffres et statistiques 2004.
- Observatoire des Métiers des Professions Libérales, « *Pharmacie d'officine : portrait de branche* », Etude Ithaque pour l'OMPL, mars 2012.
- Dépêche APM du 7 août 2013 : L'Ordre des pharmaciens porte plainte contre 11 sites illégaux de vente en ligne de médicaments.
- Analyse des ventes de médicaments en France en 2013, ANSM, juin 2014.
- Question à l'Assemblée Nationale, XIIIème Législature, Question n°22890 de Mme Poletti Bérengère publiée au JO le 13 mai 2008.

- Conseil National de l'Ordre des pharmaciens, Le dossier pharmaceutique – rapport d'activité, carte régionale et chiffres clés, [Ordre.Pharmacien.fr](http://Ordre.Pharmacien.fr), février 2017.
- Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne, Livre Blanc de la pharmacie d'officine européenne, 2012.
- Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, Bilan de l'étude sur l'évaluation du dossier pharmaceutique, octobre 2008.
- Le moniteur des pharmacies, Rubrique : Transaction ; tendances et prix de vente, [lemoniteurdespharmacies.fr](http://lemoniteurdespharmacies.fr), 2016.
- Observatoire de l'IRACM, [iracm.com](http://iracm.com).
- Afipa, 3<sup>ème</sup> Observatoire européen sur l'automédication, Juin 2015.
- Etude économique de l'OCDE sur la Belgique, 17 mai 2013.
- Afipa, communiqué de presse relatif au 3<sup>ème</sup> observatoire européen sur l'automédication, 2015.
- « *Pharmacies : Fin du monopole de délivrance pour les « produits frontières » et les produits en accès direct au public* », Services du Ministère de l'économie, via le CNOP, 2012.



Faculté des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX  
☎ 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64  
<http://pharmacie.univ-lille2.fr/>



**DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE**

Nom et Prénom de l'étudiant : ...DESCARPS... Ludovic.....

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 16 | 07 | 2017 à 18.h.15.. Amphithéâtre ou salle : ...Pauling.....  
jour mois année

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : ...E. Saignes.....

Prénom : .....

- Favorable  
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable : .....

Date : 19/05/2012  
Signature: [Signature]

Avis du Président de Jury

Nom : ...SERRAVENT.....

Prénom : ...Luis.....

- Favorable  
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable : .....

Date : 19/05/2012  
Signature: [Signature]

Décision de Monsieur le Doyen

- Favorable  
 Défavorable

Le Doyen

[Signature]  
D. CUNY

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille 2  
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2016/2017

**Nom :** DESCAMPS

**Prénom :** Ludovic

**Titre de la thèse :**

LA PHARMACIE D'OFFICINE : UN SECTEUR D'AVENIR EN PLEINE MUTATION.  
Entre menaces et opportunités, les piliers de la profession en péril.

**Mots-clés :**

Monopole, maillage officinal, économie, démographie, commerce électronique, réglementation, libéralisation, Union Européenne.

---

**Résumé :**

Dans un secteur tel que celui de la pharmacie d'officine, les mutations sont abondantes et continues. Ces mutations répondent à l'impératif d'évolution d'une profession restée trop longtemps passive du fait de la bonne santé du secteur.

Or, depuis quelques années, les pharmaciens d'officine se voient confrontés à de multiples difficultés. Que ce soit la dégradation du contexte économique, favorisant toujours plus les fermetures d'officines, ou la problématique latente de la démographie officinale, les menaces qui planent sur le maillage territorial des officines sont réelles. En parallèle, les contestations et la remise en question du monopole dont jouissent les pharmaciens tendent à accroître les inquiétudes de ces derniers.

Néanmoins, toutes les mutations envisagées ne constituent pas nécessairement des menaces. A l'instar du commerce électronique, certaines évolutions représentent autant d'opportunités qui doivent être mises à profit par les pharmaciens. Dans cette optique, il convient d'analyser objectivement et convenablement les forces et faiblesses de la profession en vue de promouvoir les transformations réellement indispensables à l'évolution de la pharmacie d'officine.

---

**Membres du jury :**

**Président :** M. SERGHERAERT Éric, Professeur des universités, Lille 2

**Assesseur(s) :** Mme LEHMANN Hélène, Maitre de conférences, Lille 2

**Membre(s) extérieur(s) :** M. WATRELOS Michel, Expert-comptable, Lille