



HAL
open science

La démographie des pharmaciens : évolution des réglementations, réflexions professionnelles et étudiantes, en France et dans l'Union Européenne

Lucas Besson

► **To cite this version:**

Lucas Besson. La démographie des pharmaciens : évolution des réglementations, réflexions professionnelles et étudiantes, en France et dans l'Union Européenne. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01564390

HAL Id: dumas-01564390

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01564390>

Submitted on 18 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2017

**LA DÉMOGRAPHIE DES PHARMACIENS –
ÉVOLUTION DES RÉGLEMENTATIONS, RÉFLEXIONS PROFESSIONNELLES
ET ÉTUDIANTES, EN FRANCE ET DANS L’UNION EUROPÉENNE**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L’OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D’ÉTAT

Lucas BESSON

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le 11/07/2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. Christophe RIBUOT

Membres :

Mme Martine DELETRAZ-DELPORTE

M. Hugues VIDELIER

M. Maxime VILLORIA

L’UFR de Pharmacie de Grenoble n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

La démographie des pharmaciens –
Évolution des réglementations, réflexions
professionnelles et étudiantes, en France et dans
l'Union Européenne

LISTE DES ENSEIGNANTS



Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Michel SEVE**

Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Christine DEMEILLIERS**

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	LAPM - UMR CNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
PU	BAKRI	Aziz	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
ATER	BARDET	Jean-Didier	
MCU	BATANDIER	Cécile	LBFA - INSERM U1055
MCU-PH	BEDOUCHE	Pierrick	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	HP2 - INSERM U1042
MAST	BELLET	Béatrice	-
ATER	BOUCHERLE	Benjamin	DPM
DCE	BOULADE	Marine	SyMMES
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
DCE	BOURDIER	Guillaume	HP2
MCU	BOURGOIN	Sandrine	IAB - CRI INSERM UJF U823
DCE	BOUVET	Raphaël	HP2
MCU	BRETON	Jean	L.C.I.B. - UMR E3 CEA UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	HP2 - INSERM U1042
DCE	BROCCO	Benjamin	ILL
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	IBS - UMR 5075 CEA CNRS UJF
PU	BURMEISTER	Wim	UVHCI - UMI 3265 UJF EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	IAB - CRI INSERM UJF U823
Professeur émérite	CALOP	Jean	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	LAPM - UMR 5163 CNRS UJF
AHU	CHANOINE	Sébastien	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	CHOISNARD	Luc	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
AHU	CHOVELON	Benoit	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
PU-PH	CORNET	Murielle	THEREX - TIMC IMAG UMR 5525 CNRS UJF
DCE	COUCHET	Morgane	LBFA
PU-PH	DANEL	Vincent	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
MCU	DELETRAZ- DELPORTE	Martine	Equipe SIS -EAM 4128 UCB
MCU	DEMEILLIERS	Christine	LBFA - INSERM U1055
PU	DROUET	Christian	AGIM - CNRS 3405

Mise à jour le 03 nov.2016

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PU	DROUET	Emmanuel	UVHCI - UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	DURMORT - MEUNIER	Claire	I.B.S – UMR 5075 CEA UJF CNRS
PU-PH	FAURE	Patrice	HP2- INSERM U1042
PRCE	FITE	Andrée	-
AHU	GARNAUD	Cécile	THEREX – TIMC IMAG UMR 5525 NCRS UJF
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GILLY	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	HP2- INSERM U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	-
Professeure émérite	GRILLOT	Renée	-
MCU	GROSSET	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GUIEU	Valérie	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
AHU	HENNEBIQUE	Aurélie	sous réserve de création de poste
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	LBFA - Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	HP2- INSERM U1042
MCU	KHALEF	Nawel	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
MCU	KRIVOBOK	Serge	LCBM, IRTSV CEA
DCE	LE	Cong Anh Khanh	CERMAV
PU	LENORMAND	Jean Luc	THEREX, TIMC-IMAG
DCE	MARILLIER	Mathieu	HP2
PU	MARTIN	Donald	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF CNRS
AHU	MAZET	Roseline	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
PU	MOINARD	Christophe	LBFA - Inserm U1055
DCE	MONTEMAGNO	Christopher	LRB
ATER	MORAND	Jessica	HP2
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	THEREX - TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU	MOUHAMADOU	Bello	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
DCE	MOULIN	Sophie	HP2
DCE	NADER	Serge	LCBM
DCE	NGUYEN	Kim-Anh	DPM
MCU	NICOLLE	Edwige	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	OUKACINE	Farid	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	PERES	Basile	DPM- UJF/CNRS UMR 5063
DCE	PERONNE	Lauralie	IAB
MCU	PEUCHMAUR	Marine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	PEYRIN	Éric	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	RACHIDI	Walid	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF
MCU	RAVELET	Corinne	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	RIBUOT	Christophe	HP2- INSERM U1042

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PAST	RIEU	Isabelle	-
Professeure émérite	ROUSSEL	Anne -Marie	-
PU-PH	SEVE	Michel	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	TAHER	Raleb	IBS
ATER	TAHMASEBI	Faezeh	TIMC-IM2AG
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	UVHCI, UMR 3265 UJF-EMBL- CNRS
DCE	TODOROV	Zlatomir	BCI
PAST	TROUILLER	Patrice	-
DCE	VACHEZ	Yvan	CRI-GIN
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	VERNET	Céline	CRI-IAB
DCE	VRAGNIAU	Charles	UVHCI
PU	WOUESSIDJEWE	Denis	DPM –UMR 5063 UJF CNRS

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire et de Cognition et Ontogenèse »

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot,

IBS : Institut de Biologie Structurale

JR : Jean Roget

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MCU : Maitre de Conférences des Universités

MCU-PH : Maitre de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

UMR: Unité Mixte de Recherche

UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

*Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

À **M. Christophe Ribuot**, Professeur des Universités et ancien Doyen de la faculté de pharmacie,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je me souviendrai de votre éloquence et de votre ouverture aux étudiants qui ont contribué à notre assiduité et à notre apprentissage.

À **Mme Martine Deletraz-Delporte**, Maître de conférences des Universités & Docteur émérite,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse sur la démographie et de m'avoir encouragé à mettre en avant mes activités étudiantes. Vous aurez marqué mes études par votre enthousiasme et vos convictions. Vous nous les avez transmises au fil des années et je vous en remercie.

À **M. Hugues Videlier**, Pharmacien et Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens Rhône-Alpes,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et pour votre accueil lors de mon stage de 6^{ème} année. Vous avez pu à cette occasion me montrer différentes facettes du métier de pharmacien et de la fonction ordinale. Nos discussions sur la profession furent très enrichissantes et je suis sûr qu'elles continueront de l'être.

À **M. Maxime Villoria**, Pharmacien,

Je te remercie de participer à l'évaluation de ma thèse et par la même occasion d'accompagner mon entrée dans la profession. Je sais que tu rempliras ce rôle consciencieusement comme tout ce que tu entreprends. Je suis fier de notre mandat à l'ANEPF et encore plus de t'avoir comme ami.

À ma Maman et mon Papa,

Vous avez tous les deux, à votre façon, aidé à construire ma vision de la pharmacie. Vos valeurs, votre impact positif sur la santé publique et la santé individuelle des patients triévois ont inconsciemment joué sur mon choix d'étude sans que vous ne m'ayez jamais forcé. Merci pour votre soutien inconditionnel et votre amour.

À Fabienne,

Merci pour ton franc-parler, ta joie de vivre mais surtout d'avoir participé à notre éducation. Tu as joué pour moi un rôle de parent.

À mes frères, Arthur et Matthias,

On ne sait pas de quoi la vie est faite mais je sais que notre amour fraternel sera toujours présent. Merci d'avoir été à mes côtés.

À Bérénice,

Merci pour ton amour. Que de chemin parcouru pour nous deux depuis notre rencontre. Je suis sûr que l'avenir nous permettra de partager encore beaucoup ensemble.

À l'ensemble de ma famille, avec une pensée particulière pour celles et ceux que je pourrai appeler consœurs et confrères.

À mes amis, à ceux de la faculté de Grenoble qui ont transformé mes années d'études en souvenirs mémorables, particulièrement ceux de ma première promotion, et **à ceux du reste de la France, d'Europe et d'ailleurs.**

À mon bureau de l'ANEPF et mon EPSA Team pour ces expériences partagées et les liens d'amitiés profonds que nous avons créés.

À l'ANEPF et l'EPSA pour ces opportunités et le développement personnel dont j'ai pu bénéficier. Je souhaite de belles années et de belles avancées pour ces associations et les étudiants qu'elles représentent.

Au secrétariat du GPUE pour leur accueil et leurs conseils précieux durant mon année à Bruxelles.

Aux équipes d'officine qui m'ont accueilli tout au long de mes études, particulièrement celles de la Pharmacie Besson, qui m'a vu grandir personnellement et professionnellement, et de la Pharmacie Videlier qui m'a accompagné dans la fin de ma 6^{ème} année.

Au statut d'« étudiant en pharmacie ayant validé sa 6^{ème} année » et à l'inexistant « pharmacien non-thésé » qui furent la source de nombreuses discussions animées pour moi cette dernière année.

AVANT-PROPOS

Les données démographiques reflètent les situations à des instants présents. Elles évoluent au fil des jours mais sont généralement publiées annuellement.

Vous trouverez dans cette thèse beaucoup de données datées de 2015 ou du 1^{er} janvier 2016. En effet, à la date d'arrêt des recherches bibliographiques, les données de 2017 n'étaient pas encore disponibles.

Je souhaite au lecteur d'en tenir compte.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ENSEIGNANTS	3
SERMENT DE GALIEN.....	6
REMERCIEMENTS	7
AVANT-PROPOS	9
TABLE DES MATIÈRES	10
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	13
LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
1. Introduction.....	16
2. Démographie pharmaceutique	17
2.1. <i>Définition</i>	17
2.2. <i>Système démographique : flux entrants et sortants de démographie</i>	17
2.3. <i>Système démographique : évolution des flux</i>	19
2.4. <i>Instances en charge de la démographie des pharmaciens en France.....</i>	20
2.4.1. <i>Ordre national des pharmaciens (ONP)</i>	20
2.4.2. <i>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS)</i>	21
2.4.3. <i>Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).....</i>	22
2.5. <i>Données démographiques actuelle pour les pharmaciens</i>	23
2.5.1. <i>Nombre de pharmaciens</i>	23
2.5.2. <i>Âge des pharmaciens.....</i>	24
2.5.3. <i>« Taux d'évaporation » des diplômés</i>	24
2.5.4. <i>Chômage</i>	24
2.5.5. <i>Nombre et densité de pharmacies d'officine</i>	25
2.6. <i>Questionnement sur la démographie pharmaceutique.....</i>	27
2.6.1. <i>Étude prédictive de 2005 sur la démographie pharmaceutique par la DRESS</i>	28
2.6.1.1. <i>Présentation de l'étude</i>	28
2.6.1.2. <i>Résultats et critiques de l'étude.....</i>	29
2.6.2. <i>Augmentation de la population et des besoins en santé</i>	31
3. Régulation de la démographie pharmaceutique en France	33
3.1. <i>Moyens de régulations</i>	33
3.1.1. <i>Numerus clausus.....</i>	33
3.1.1.1. <i>Définition</i>	33
3.1.1.2. <i>Instauration</i>	33
3.1.1.3. <i>Évolution législative.....</i>	35
3.1.1.4. <i>Définition actuelle</i>	36
3.1.1.5. <i>Particularité des expérimentations PACES</i>	37
3.1.1.6. <i>Evolution quantitative et argumentaire</i>	38

3.1.1.6.1.	Années 2000 – 2010.....	38
3.1.1.6.2.	Dernières évolutions.....	40
3.1.1.7.	Positions & Perspectives.....	47
3.1.1.8.	Synthèse de la sous-partie sur le numerus clausus.....	48
3.1.2.	Maillage territorial des pharmacies d’officine.....	48
3.1.2.1.	Réglementation actuelle.....	50
3.1.2.2.	Instauration du maillage territorial.....	51
3.1.2.3.	Premières évolutions législatives.....	53
3.1.2.4.	Évolution des quotas de population & argumentaire.....	54
3.1.2.4.1.	Premier changement de quota en 1999.....	54
3.1.2.4.2.	Deuxième changement de quota en 2007.....	55
3.1.2.4.3.	Dernier changement de quota en 2011.....	57
3.1.2.5.	Analyse de l’évolution globale du maillage territorial.....	59
3.1.2.6.	Perspectives.....	60
3.1.2.7.	Synthèse de la sous-partie sur le maillage territorial.....	61
3.1.3.	Migration de pharmaciens en France.....	61
3.1.3.1.	Cadre juridique.....	62
3.1.3.2.	Demande pratique.....	63
3.1.3.2.1.	Diplômes UE / EEE / Suisse reconnus.....	63
3.1.3.2.2.	Diplômes hors UE / EEE et diplômes UE non conformes aux directives européennes....	63
3.1.3.3.	Évolution Quantitative.....	64
3.1.3.3.1.	Flux entrants.....	64
3.1.3.3.2.	Flux sortants.....	66
3.1.3.4.	Perspectives.....	67
3.2.	<i>Evolution du modèle démographique pharmaceutique français.....</i>	68
4.	Niveau communautaire.....	70
4.1.	<i>Rappels de législations européennes.....</i>	70
4.1.1.	Catégories de textes de la législation européenne.....	70
4.1.2.	Répartition des compétences & principes liés.....	71
4.1.3.	Conséquences sur les systèmes de santé.....	72
4.2.	<i>Directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.....</i>	73
4.2.1.	Historique et contenu législatif.....	73
4.2.2.	Reconnaissance automatique des qualifications professionnelles des pharmaciens.....	74
4.2.3.	Carte professionnelle européenne.....	76
4.3.	<i>Plan d’action de la Commission européenne sur la démographie des professionnels de santé de 2012</i>	77
4.3.1.	Historique.....	77
4.3.2.	« Joint action on Health workforce Planning & Forecasting ».....	78
4.3.2.1.	Organisation générale du « joint action ».....	79
4.3.2.2.	« Handbook on health workforce planning methodologies accross EU countries ».....	80
4.3.2.2.1.	Exigences minimales de données à collecter.....	80
4.3.2.2.2.	Contenu du « Handbook ».....	80
4.4.	<i>Comparaison avec les pays de l’UE.....</i>	83
4.4.1.	Numerus Clausus.....	83
4.4.2.	Maillage territorial.....	86
4.4.3.	Migration de pharmacien dans l’UE.....	89

4.5.	<i>Opinion des parties prenantes professionnelles européennes et internationales</i>	90
4.5.1.	Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne (GPUE).....	90
4.5.2.	Organisation mondiale de la santé (OMS)	91
4.5.3.	Fédération internationale pharmaceutique (FIP)	93
4.6.	<i>Implication des étudiants européens</i>	93
4.6.1.	European Pharmaceutical Students' Association (EPSA)	93
4.6.2.	Réception Annuelle de l'EPSA 2015 – « Healthcare workforce »	94
4.6.2.1.	Principe de la réception annuelle de l'EPSA	94
4.6.2.2.	Organisation de l'édition 2015	95
4.6.2.2.1.	Choix du sujet.....	95
4.6.2.2.2.	Liens avec les députés européens.....	95
4.6.2.2.3.	Choix des panélistes	96
4.6.2.2.4.	Logistiques	97
4.6.2.2.4.1.	Date & lieu	97
4.6.2.2.4.2.	Autres	97
4.6.2.3.	Messages clés de l'édition 2015	98
4.6.2.3.1.	Députés européens	98
4.6.2.3.2.	EPSA	99
4.6.2.3.3.	Panélistes	100
4.6.2.4.	Suite de l'édition 2015.....	101
4.6.3.	Atelier d'introduction « health workforce » – Congrès Annuel 2017	101
4.6.3.1.	Organisation du congrès.....	101
4.6.3.2.	Objectif et nature de l'atelier	102
4.6.3.3.	Résultats et feedbacks.....	102
5.	Discussion	104
5.1.	<i>Modèle démographique français</i>	104
5.2.	<i>Comparaison communautaire</i>	105
5.3.	<i>Rôle et poids des associations représentatives des étudiantes en pharmacie</i>	105
5.4.	<i>Ma vision du métier de pharmacien</i>	106
6.	Conclusion	107
7.	Bibliographie	109
8.	Annexes	117
	ANNEXE 1 – Liste des arrêtés ministériels relatifs au <i>numerus clausus</i> de Pharmacie en France	117
	ANNEXE 2 – « Participant booklet » de la Réception Annuelle 2015 de l'EPSA	119

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 – Représentation du système démographique : flux entrants et sortants de professionnels de santé disponibles

Figure 2 – Organisation des différents conseils de l'Ordre national des pharmaciens

Figure 3 – Pyramide des âges des pharmaciens au 1^{er} janvier 2016

Figure 4 – Nombre de pharmacies d'officines pour 100 000 habitants en Mai 2017 selon l'ONP

Figure 5 – Nombre de pharmacies d'officines pour 100 km² en mai 2017 selon l'ONP

Figure 6 – Nombre d'habitants par pharmacie d'officine en mai 2017 selon l'ONP

Figure 7 – Pyramide des âges des pharmaciens en 2015 selon le scénario central de l'étude de la DRESS de 2005.

Figure 8 – Pyramide des âges des pharmaciens en 2015

Figure 9 – Population française au 1^{er} janvier de chaque année selon l'INSEE en 2016

Figure 10 – Évolution de la répartition de la population française âgée de 65 ans ou plus au 1^{er} janvier selon l'INSEE en 2016

Figure 11 – Évolution quantitative du NC de Pharmacie en France depuis son instauration

Figure 12 – Prévision des sorties de l'Ordre national des pharmaciens en 2002

Figure 13 – Évolution du nombre d'officine de 2005 à 2015

Figure 14 – Les différentes procédures d'autorisation d'exercice mises en place par le CNG

Figure 15 – Effectifs des pharmaciens à diplôme étranger au 01/01/2015 par année d'effet d'exercice

Figure 16 – Éléments composants un système de planification démographique selon le JAHWF

Figure 17 – Nombre de décisions prises sur les demandes de reconnaissance de qualifications en vue de l'établissement permanent dans les pays membres de l'UE, les pays de l'EEE et en Suisse sur l'année 2015

Figure 18 – Principaux pays de la mobilité des pharmaciens pour la reconnaissance des qualifications de l'établissement permanent dans les pays membres de l'UE, les pays de l'EEE et en Suisse sur l'année 2015

Tableau 1 – Résumé des arguments concernant la proposition de loi instaurant un NC pour les étudiants en pharmacie en France

Tableau 2 – Propositions de NC pour la période 2011 – 2016 de l'ONDPS

Tableau 3 – Effectifs et densité des pharmaciens d’officine selon l’ONDPS en 2011

Tableau 4 – Effectifs globaux et taux de renouvellement des pharmaciens selon l’ONDPS en 2011

Tableau 5 – Résumés des articles du CSP relatifs aux règles d’installation des officines

Tableau 6 – Résumé des quotas de population pour l’attribution des licences d’officine définis par l’article L5125-11 du CSP

Tableau 7 – Résumé des quotas de population pour l’attribution des licences d’officine en 1953 définis par l’article L571 du CSP

Tableau 8 – Résumé des quotas de population pour l’attribution des licences d’officine en 1999 définis par l’article L571 du CSP

Tableau 9 – Résumé des quotas de population pour l’attribution des licences d’officine en 2007 définis par l’article L5125-11 du CSP

Tableau 10 – Nombre de transfert, de regroupement et de restitution de licence d’officine de 2009 à 2015

Tableau 11 – Nombre de pharmaciens étrangers inscrits à l’Ordre selon les rapports démographiques de l’ONP

Tableau 12 – Nombre de décisions positives de reconnaissance des qualifications professionnelles obtenues en France pour la profession de pharmacien selon la base de données des professions réglementées de l’UE

Tableau 13 – Types de compétences exclusives, partagées, coordonnées ou de soutien entre l’UE et les EM selon le TFUE

Tableau 14 – Résumés des données minimales à collecter selon le JAHWF pour établir un modèle démographique

Tableau 15 – Résumé des sélections d’étudiants en pharmacie dans l’UE

Tableau 16 – Résumé des règles d’installation pour les pharmacies dans l’UE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANEPF – Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France

ARS – Agence régionale de santé

CE – Commission européenne

CNG – Centre national de gestion

CNOP – Conseil national de l'Ordre des pharmaciens

CPE – Carte professionnelle européenne

CPME – Comité permanent des médecins européens

CSP – Code de la santé publique

DRESS – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EEE – Espace économique européen

EM – État membre

EPSA – European Pharmaceutical Students' Association

ETP – Équivalent temps plein

FNSIP-BM – Fédération Nationale des Syndicats d'internes en Pharmacie et Biologie Médicale

FPC – Formation professionnelle continue

IGAS – Inspection générale des affaires sociales

IGF – Inspection générale des finances

IMI – Système d'information sur le marché intérieur

INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques

JAHWF – *Joint action on health workforce planning and forecasting*

JORF – Journal Officiel de la République Française

LFSS – Loi de financement de la Sécurité sociale

NC – *Numerus Clausus*

OCDE – Organisation de coopération et de développement économiques

OMS – Organisation mondiale de la santé

ONDPS – Observatoire national de la démographie des professions de santé

PLFSS – Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

RPPS – Répertoire partagé des professionnels de santé

TFUE – Traite de fonctionnement de l'Union Européenne

TUE – Traité sur l'Union Européenne

UE – Union Européenne

UER – Unité d'enseignement et de recherche

UFR – Unité de formation et de recherche

UNCAM – Union nationale des caisses d'assurance maladie

VP EA – *Vice President of External Affairs*

1. Introduction

La profession de pharmacien est réglementée en France et dans l'Union Européenne. En France, elle l'est dans sa pratique mais aussi sur son organisation générale. Seul un nombre défini d'étudiants peut poursuivre ses études en pharmacie chaque année. Un diplômé français peut aller exercer sa profession dans un autre pays de l'Union Européenne (UE) et inversement. Toutes ces situations ont un impact direct ou indirect sur le nombre total de pharmaciens disponibles en France, sur la démographie pharmaceutique.

La question de l'organisation de cette démographie se pose. Existe-t-il un modèle de démographie pharmaceutique en France répondant à une stratégie ? De cette problématique centrale découle plusieurs questions : notre démographie actuelle est-elle subie ou contrôlée ? Quel est le besoin en pharmacien ? Formons-nous trop, pas assez ou un nombre adéquat de futurs pharmaciens ? Quels moyens ou outils de régulation avons-nous ?

Nous allons aborder différents aspects de cette problématique dans cette thèse. Le premier est d'analyser le modèle démographique français à travers l'évolution de différents moyens de régulation que sont le *numerus clausus* et le maillage territorial des officines. Deuxièmement, une analyse de la problématique démographique au niveau communautaire sera effectuée, permettant de mettre en avant les travaux de la Commission européenne (CE) et différentes pratiques d'États membres de l'Union Européenne. Enfin, le dernier aspect de ce travail est de mettre en avant l'implication des étudiants en pharmacie sur le sujet, à partir de mon expérience personnelle au sein de l'*European Pharmaceutical Students' Association* (EPSA).

Le sujet de la démographie pharmaceutique est vaste et certains aspects ne seront pas abordés, comme l'attractivité des études et du métier de pharmacien, ou encore certains pans particuliers de ce domaine telle que la démographie pharmaceutique hospitalière.

La réflexion en arrière-plan de ce travail sur l'existence d'un modèle démographique pharmaceutique porte sur sa possible organisation et amélioration, grâce aux réflexions de différents acteurs et bonnes pratiques communautaires actuelles.

Il convient de faire une distinction sémantique importante entre différents termes utilisés au long de ce travail. Selon l'auteur, le système démographique correspond à la démographie en elle-même et ses influences, ses flux entrants et sortants (voir partie 2.2). Le modèle démographique quant à lui correspond à une organisation réfléchie autour de ce système démographique. Il comprend l'articulation des politiques démographiques, des moyens de régulation de la démographie, des prévisions des besoins de la population, la planification du nombre de professionnel de santé dans le but d'avoir un nombre adéquat de professionnels pouvant répondre efficacement et avec efficacité aux besoins des patients.

2. Démographie pharmaceutique

2.1. Définition

Le Larousse définit la « démographie » par « l'étude des populations humaines, de leur état, de leur mouvement ». Appliqué à la pharmacie, la démographie correspond donc à l'étude du nombre de pharmaciens et son évolution. Si l'on élargit la définition on peut considérer aussi le nombre de pharmacies d'officine.

Les professions de santé telles que définies dans la 4^{ème} partie législative du Code de la santé publique (CSP) sont les professions médicales, les professions pharmaceutiques et les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Bien souvent l'intérêt se porte sur la démographie de tous les professionnels de santé comme d'un ensemble pour répondre aux besoins de santé de la population. Ainsi il est intéressant de se pencher sur la traduction anglaise de cette démographie des professions de santé. Le terme anglais « *health workforce* » (ou « *healthcare workforce* ») résume bien cette idée de « ressource humaine en professionnels de santé, disponible pour exercer ».

2.2. Système démographique : flux entrants et sortants de démographie

La Figure 1, ci-après, résume les flux entrants et sortants qui régissent la démographie des professionnels de santé. Cette figure parle du nombre de professionnels de santé comme d'un tout, et non simplement du nombre de pharmaciens. L'interdépendance des professions de santé pour répondre aux besoins de santé de la population et l'importance de la collaboration interprofessionnelle poussent à faire ce choix de représentation. Néanmoins, ces flux restent les mêmes, qu'ils soient spécifiquement pour les pharmaciens ou pour les autres professionnels.

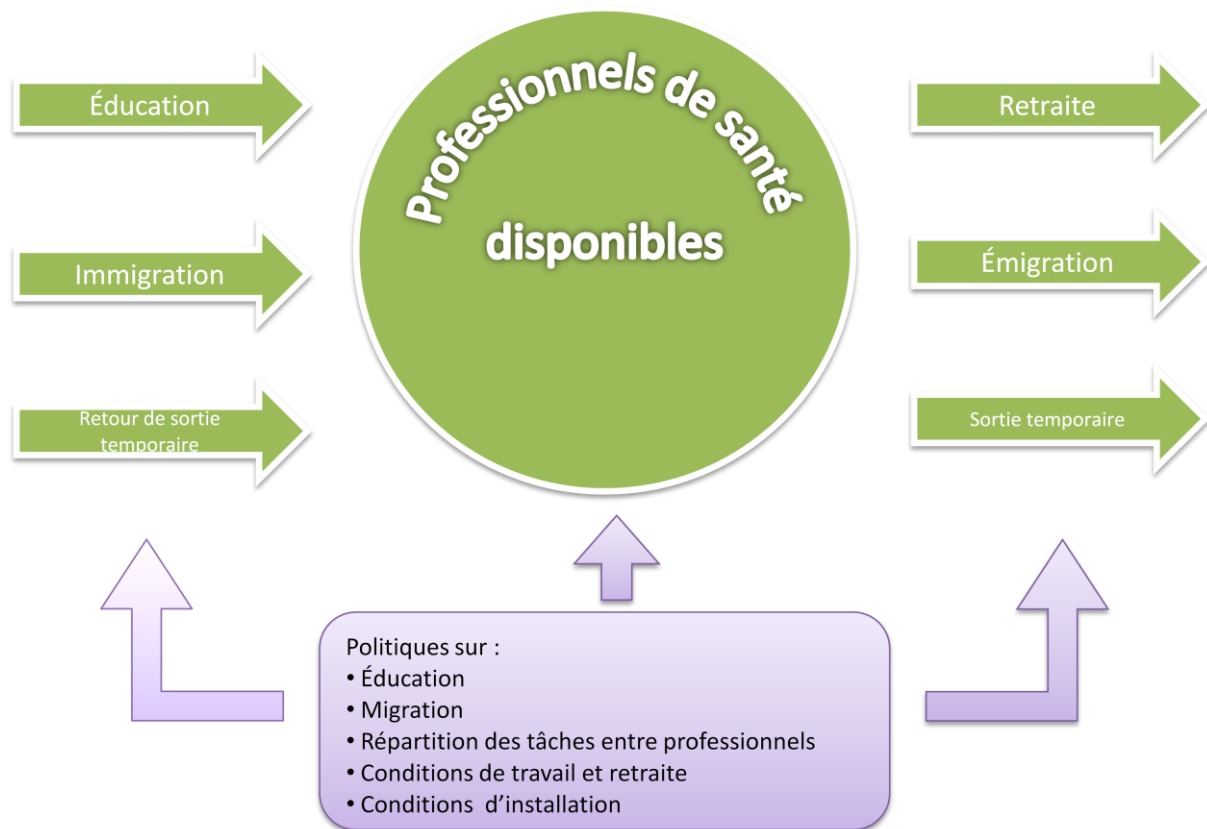


Figure 1 – Représentation du système démographique : flux entrants et sortants de professionnels de santé disponibles (1)

Le cercle central représente les professionnels de santé disponibles pouvant répondre aux besoins de santé de la population. La liste n'est pas inscrite dedans mais les différentes professions réglementées sont concernées : médecins ; pharmaciens ; dentistes ; sages-femmes ; infirmiers ; kinésithérapeutes.

Il est à noter que la taille des flèches dans la figure ne correspond pas à l'importance des flux respectifs.

En considérant la figure 1, nous pouvons expliquer les flux entrants pour la France :

- Éducation : On entend par cela les étudiants qui terminent leurs études en France et travaillent dans leur domaine d'étude. Cela ne prend pas en compte les étudiants qui n'exercent pas en tant que professionnel de santé après la fin de leur étude. Pour les pharmaciens, l'Ordre national des pharmaciens (ONP) parle d'« évaporation de diplôme » (cf. partie 2.5.3).
- Immigration : Elle correspond aux personnes entrant dans le pool de professionnels de santé en provenance d'un autre pays. Par exemple un étudiant en pharmacie diplômé d'une faculté en Roumanie qui ferait reconnaître ses qualifications professionnelles en France pour venir y exercer.

- Retour de sortie temporaire : Cette expression englobe toute situation d'un retour au sein du pool de professionnels de santé après une sortie temporaire, comme par exemple un arrêt maladie longue durée ou une reconversion professionnelle d'un docteur en pharmacie.

Les professionnels de santé ne restent pas indéfiniment disponibles. Ces flux sortants sont :

- Retraite : Cela correspond à la fin de carrière du professionnel de santé quand celui ci n'exerce plus.
- Émigration : Elle correspond au départ d'un professionnel de santé exerçant en France, qu'il ait fait sa formation en France ou pas, dans un autre pays pour exercer.
- Sortie temporaire : Elle correspond aux situations de sorties limitées dans le temps tel un arrêt de travail longue durée ou un choix temporaire de carrière.

Une fois ces flux en tête, il est plus facile d'imaginer les différentes politiques qui impacteraient directement le nombre de professionnels de santé. Il sera en revanche beaucoup plus difficile de quantifier précisément l'impact de chacune.

2.3. Système démographique : évolution des flux

Premièrement, les politiques sur la formation auront un impact important. Il peut s'agir de politique sur la durée des études ou sur son contenu devant répondre aux missions actuelles et futures des professionnels. En France, cela peut correspondre aussi au choix du *Numerus Clausus* (NC) fixant le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études de santé. Le NC en pharmacie fera l'objet d'une partie spécifique dans cette thèse, la partie 3.1.1.

Les modalités d'arrivée, de départ, de reconnaissance des diplômes étrangers impactent directement le nombre de professionnels de santé disponibles. C'est le cas aussi de la politique de recrutement dans les établissements de santé. Les modalités de migration en France sont fixées et seront détaillées en partie 3.1.3. La législation européenne sur la reconnaissance des diplômes sera, elle, expliquée en partie 4.2.

Les politiques relatives à l'organisation du système de santé, notamment la répartition des tâches entre professionnels et leurs pratiques interprofessionnelles, modifieront l'offre de soins pour les patients dans un premier temps. Les besoins en professionnels seront ainsi modifiés, et finalement leur nombre sera impacté.

D'une manière générale, les conditions et modalités de travail, de départ à la retraite, impacteront le nombre de personnels de santé actif.

Pour terminer, les conditions d'installation impactent directement les professionnels de santé, l'offre de soin et donc leur nombre. Pour les pharmacies d'officine les règles d'installation sont précises et nous nous attarderons spécifiquement sur ce point dans la partie 3.1.2.

D'autres politiques peuvent indirectement impacter ces flux démographiques ou le nombre de professionnels de santé, ce qui rend difficile leur prise en compte.

2.4. Instances en charge de la démographie des pharmaciens en France

2.4.1. Ordre national des pharmaciens (ONP)

C'est sous la III^{ème} République que l'idée de créer un ordre des pharmaciens régulant l'exercice de la profession est apparue. En 1939, les pharmaciens furent consultés et approuvèrent, à une majorité de 80 %, la création dudit ordre. La guerre empêcha le vote de la proposition par le législateur. Le régime de Vichy refusa cette création et décida l'établissement de chambres départementales et conseils régionaux aux missions bien éloignées du projet d'ordre. Ces chambres et conseils remplaçaient les syndicats devenus interdits (2). Ce n'est qu'à la libération et avec le Gouvernement provisoire de la République française que l'Ordre national des pharmaciens sera créé par voie d'ordonnance (3).

L'ONP regroupe les pharmaciens exerçant leur art en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Ses missions sont définies à l'article L4231-1 du Code de la santé publique (4) :

« L'ordre national des pharmaciens a pour objet :

1° D'assurer le respect des devoirs professionnels ;

2° D'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ;

3° De veiller à la compétence des pharmaciens ;

4° De contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels. »

Il incombe ainsi à l'Ordre le contrôle du suivi du développement professionnel continu des pharmaciens, sanctionner les pharmaciens défaillants grâce à l'organisation de chambres de discipline. L'Ordre met en œuvre le dossier pharmaceutique en France, dont il est à l'origine. Il est bon de rappeler que l'Ordre ne s'occupe pas des affaires économiques de la profession ni des négociations avec l'assurance maladie.

L'organisation de l'ONP actuelle est séparée entre un conseil national et de 7 sections gérées par des conseils centraux. Elle est résumée dans la figure suivante :

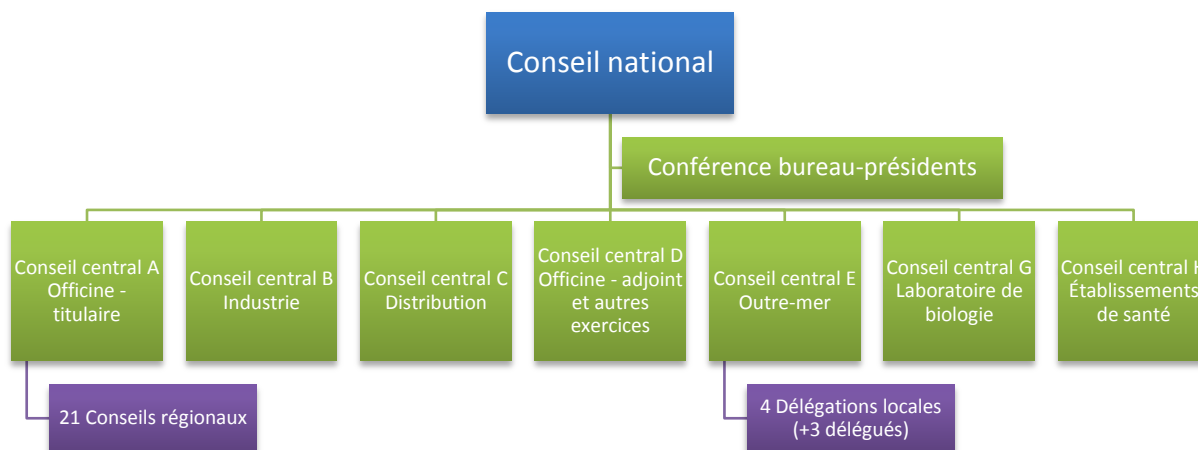


Figure 2 – Organisation des différents conseils de l’Ordre national des pharmaciens (5)

Depuis 2007, l’Ordre publie sur son site internet chaque année un rapport donnant un panorama au 1^{er} janvier de la démographie des pharmaciens. Ces rapports détaillent le nombre d’inscrit dans chaque section, le nombre de nouveaux diplômés inscrits, le renouvellement des générations, les moyennes d’âge, la répartition hommes/femmes dans la profession, le nombre de diplômés étrangers inscrits, etc. Au fil des années, ces rapports deviennent plus denses et riches en informations.

Les conseils régionaux de l’Ordre des pharmaciens surveillent précisément leurs situations démographiques régionales. Ils ont en leur possession des cartes mettant en parallèle leurs informations sur les pharmacies d’officines, les pharmaciens exerçants et d’autres critères tels que la population ou le nombre de médecin. Cet ancrage régional facilite les réflexions démographiques du conseil national de l’Ordre des pharmaciens.

2.4.2. Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DRESS)

La Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques est une des directions de l’administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle agit notamment sous la tutelle du Ministère des affaires sociales et de la santé. La mission prioritaire de la DRESS est de doter ses ministères de tutelle d’une meilleure capacité d’observation, d’expertise et d’évaluation sur leur action et leur environnement (6).

La DRESS rend accessible en ligne les données démographiques annuelles des professionnels de santé en France grâce au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) sur le site internet : www.data.drees.sante.gouv.fr. Outre ces données brutes, la DRESS s’est engagée dans des analyses plus spécifiques. Elle s’est intéressée aussi aux conditions de travail et de formation des professionnels de santé comme on peut le voir dans leur rapport annuel 2015 (7). Elle a notamment publié en 2015 une étude sur le profil et le parcours des étudiants en première année commune aux

études de santé, informant sur les taux de réussite au concours, la féminisation, et sur les origines sociodémographiques des étudiants (8).

2.4.3. Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé créé en 2003, auprès du ministre chargé de la santé, est une instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé (9).

Les missions de cet observatoire ont été étendues en 2010. Elles sont définies dans le premier article du décret n°2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (10) :

« 1° Il rassemble les données harmonisées nécessaires aux analyses régionales et nationales relatives à la démographie des professionnels de santé, à leur implantation sur le territoire, à leurs modes d'exercice, notamment pluri-professionnel, et à l'accès aux soins ;

2° Il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision ;

3° Il définit le cadrage et apporte l'appui méthodologique pour la production de données et d'indicateurs harmonisés et contribue à leur analyse ;

4° Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;

5° Il promeut les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse aux besoins de santé de la population, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins. »

L'Observatoire est composé d'un secrétariat général assuré par la DRESS, d'un conseil d'orientation et de comités régionaux.

La composition du conseil d'orientation est fixée par le décret de 2010. Les pharmaciens sont représentés par le président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP). Les internes en pharmacie y sont représentés par la Fédération Nationale des Syndicats d'internes en Pharmacie et Biologie Médicale (FNSIP-BM). L'Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France (ANEPF) est pour l'instant la seule association représentative d'une des branches d'étudiants de la PACES encore absente dans la composition du conseil. Elle arrive néanmoins à être invitée à chaque conseil.

Chaque comité régional est présidé par le directeur général de l'agence régional de santé et accueille notamment les doyens des facultés de pharmacie de la région ainsi que le président du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens. Les missions des comités régionaux sont détaillées dans l'article 6 du décret suscitée relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (10) :

« Le comité régional :

- recueille, harmonise ou analyse les données statistiques conformément au cadre méthodologique mentionné au 3° de l'article 1er ;*
- fait réaliser les études et travaux permettant les diagnostics démographiques propres à la région ;*
- fait chaque année des propositions d'effectifs de professionnels de santé à former dans les cinq prochaines années, par profession et par spécialité, par région et, le cas échéant, par subdivision ;*
- présente chaque année la situation régionale de l'offre et de l'accès aux soins à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. »*

Depuis 2010, les comités régionaux se réunissent annuellement pour faire des propositions régionales de NC d'une part pour les concours de la PACES et d'autre part pour les concours de l'internat. Ces propositions sont transmises au conseil d'orientation de l'ONDPS. Celui-ci soumettra à son tour une proposition finale au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Chaque année l'ONDPS publie ses rapports avec des analyses plus précises sur certains aspects démographiques. Le programme de travail 2015 de l'ONDPS est intéressant pour notre sujet car il s'articule autour de deux axes dont un sur « La régulation de la démographie des professionnels de santé ».

2.5. Données démographiques actuelle pour les pharmaciens

2.5.1. Nombre de pharmaciens

La source la plus fiable sur le nombre de pharmaciens en France reste le RPPS. Ce répertoire a été instauré en 2009 et procure au professionnel de santé un numéro d'identification national unique qu'il gardera toute sa vie. Il s'ouvre progressivement à l'ensemble des professions de santé en France le temps d'intégrer toutes les possibilités d'enregistrement des professionnels. Ce numéro d'identification remplace le numéro ADELI (Automatisation des Listes) géré par les Agences régionales de santé (ARS) pour les professions non encore intégrés au RPPS. Les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes, depuis décembre 2016, sont intégrés au RPPS. La prochaine profession à intégrer le RPPS sera les pédicures-podologues en 2017 (11).

Au 1^{er} janvier 2016, il y avait dans le RPPS 74 489 pharmaciens en France (12). Ce chiffre regroupe la métropole et les DOM ainsi que l'ensemble des modes d'exercices (libéraux, hospitaliers, salariés, mixtes).

Ce chiffre est légèrement inférieur aux 74 754 pharmaciens inscrit à l'Ordre national des pharmaciens durant l'année 2015 (13). Ce chiffre, provenant du rapport démographique 2016 de l'ONP, peut s'expliquer par l'inscription à plusieurs tableaux sur la même année d'un pharmacien.

2.5.2. Âge des pharmaciens

L'âge moyen des pharmaciens en France au 1^{er} janvier 2016 est de 46,6 ans (13) (14). Le chiffre est stable par rapport à 2015 mais était en augmentation ces dernières années.

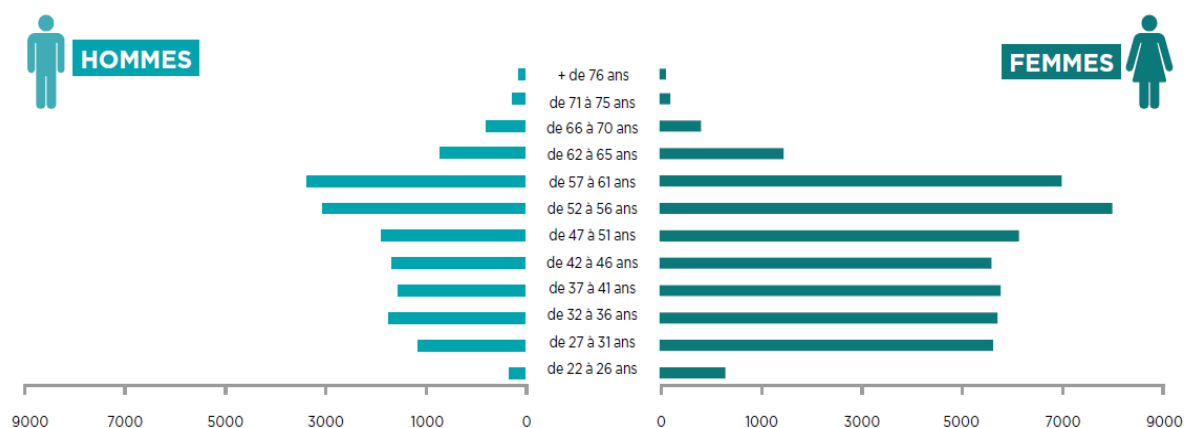


Figure 3 – Pyramide des âges des pharmaciens au 1^{er} janvier 2016 (13)

Selon l'Ordre, le vieillissement des pharmaciens devrait se poursuivre pendant encore quelques années pour se stabiliser au-delà de 2020 par un fort taux de départ en retraite et le renouvellement de génération par les effets de l'augmentation du *numerus clausus* durant les années 2000 (13).

2.5.3. « Taux d'évaporation » des diplômés

L'Ordre utilise l'expression « taux d'évaporation » pour parler des titulaires de diplômes de docteur en pharmacie qui ne s'inscrivent pas à l'Ordre, sachant que l'inscription est obligatoire pour être pharmacien et engager sa responsabilité pharmaceutique. Il le calcule en faisant le rapport entre « nombre de nouveaux inscrits diplômés depuis moins de 3 ans » et « *numerus clausus* à l'année d'entrée en formation » (soit 6 ans plus tôt). Ce taux d'évaporation, en augmentation constante depuis 10 ans, est calculé à 32,8 % pour l'année 2015 (13).

Outre les étudiants n'ayant pas encore soutenu leur thèse ou en réorientation professionnelle, certaines situations expliquent la non-inscription à l'Ordre. En effet, si le jeune diplômé n'a pas besoin d'engager sa responsabilité pharmaceutique, il n'a pas besoin de s'inscrire à l'Ordre, qu'il travaille dans le secteur pharmaceutique ou un autre. Un exercice à l'étranger, un travail en tant que fonctionnaire, une situation de chômage ou une poursuite d'études sont autant de cas expliquant une non-inscription.

2.5.4. Chômage

Il est assez compliqué d'évaluer le taux de chômage des pharmaciens en France et l'Observatoire des métiers dans les professions libérales (OMPL) s'est lancé dans l'exercice en 2015. L'OMPL a recoupé 2 sources : Pôle Emploi et la Déclaration annuelle des données sociales (DADS). Pôle Emploi permet un suivi en temps réel du nombre de demandeurs d'emploi par catégorie professionnelle ; code J1202 pour les pharmaciens. Par contre, Pôle Emploi ne permet pas de faire de distinction entre les secteurs d'origine, comme l'industrie ou l'officine. La DADS permet de répertorier les salariés ayant perçu des indemnités chômage dans une branche donnée sur une année. Néanmoins les données

sont accessibles seulement en année n+2 et ne répertorient pas les périodes de chômage sans indemnités, les périodes de chômage longue durée (> 1 an).

Les principaux résultats cette étude de 2015 (15) sont les suivants :

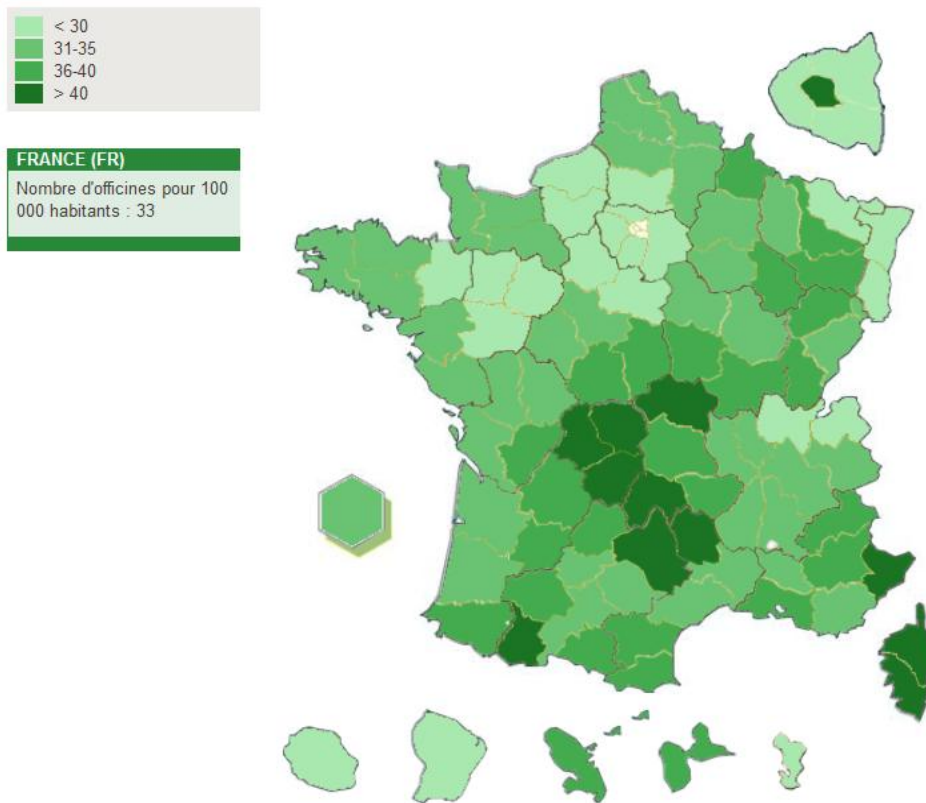
- 5 049 pharmaciens sont demandeurs d'emploi en décembre 2014, ce qui représente une augmentation de 60 % depuis 2009.
- L'étude estime que 65 % environ des inscrits proviennent de la pharmacie d'officine, soit 3 280 individus en décembre 2014. Rapporté à la population d'adjoints en officine, cela représente un taux de chômage estimé de 11 % à 12 % selon le chiffre global d'adjoints retenu pour la branche.
- La DADS permet de dresser un profil des adjoints les plus concernés par le phénomène du chômage : taux décroissant en fonction de la taille de l'officine, les 25 – 35 ans sont les plus touchés suivis par les plus de 50 ans, la majorité d'entre eux (52 %) étaient en CDD.

2.5.5. Nombre et densité de pharmacies d'officine

Au 1^{er} janvier 2016 il y avait selon l'Ordre : 21 591 pharmacies d'officine en métropole et 630 dans les départements et collectivités d'outre-mer. Parmi ces officines, 35 % d'entre elles sont installées dans des communes de moins de 5 000 habitants (13).

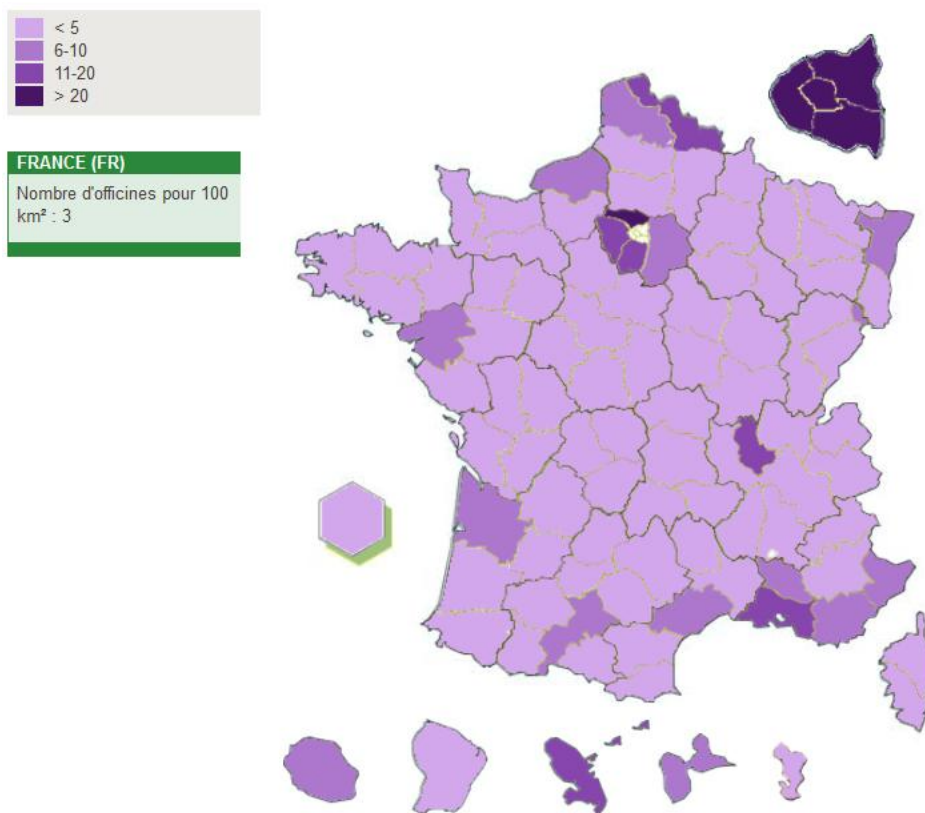
Il n'y a pas de désert pharmaceutique en France, contrairement aux médecins. L'Ordre annonce dans son rapport de 2016 que « *la densité pharmaceutique par habitant en nombre d'officines comme de pharmaciens confirme la répartition harmonieuse des pharmacies sur l'ensemble du territoire national avec un léger contraste Nord-Sud* » (13).

L'Ordre met à disposition sur son site internet des cartes départementales fréquemment actualisées permettant de se rendre compte de cette densité de pharmacies en France. En prenant les données les plus récentes accessibles à la date d'écriture, nous obtenons les cartes suivantes de mai 2017 :



Source : Ordre national des pharmaciens, mai 2017 - Insee, 2013

Figure 4 – Nombre de pharmacies d'officines pour 100 000 habitants en mai 2017 selon l'ONP



Source : Ordre national des pharmaciens, mai 2017

Figure 5 – Nombre de pharmacies d'officines pour 100 km² en mai 2017 selon l'ONP

La moyenne nationale de 3 officines pour 100 km² prévaut pour la majorité du territoire. Le nombre d'officines augmente avec les grandes métropoles telles que Paris et l'Île-de-France, Lyon et Marseille. Néanmoins, le nombre d'officines pour 100 000 habitants pour ces zones reste proche de la moyenne nationale.

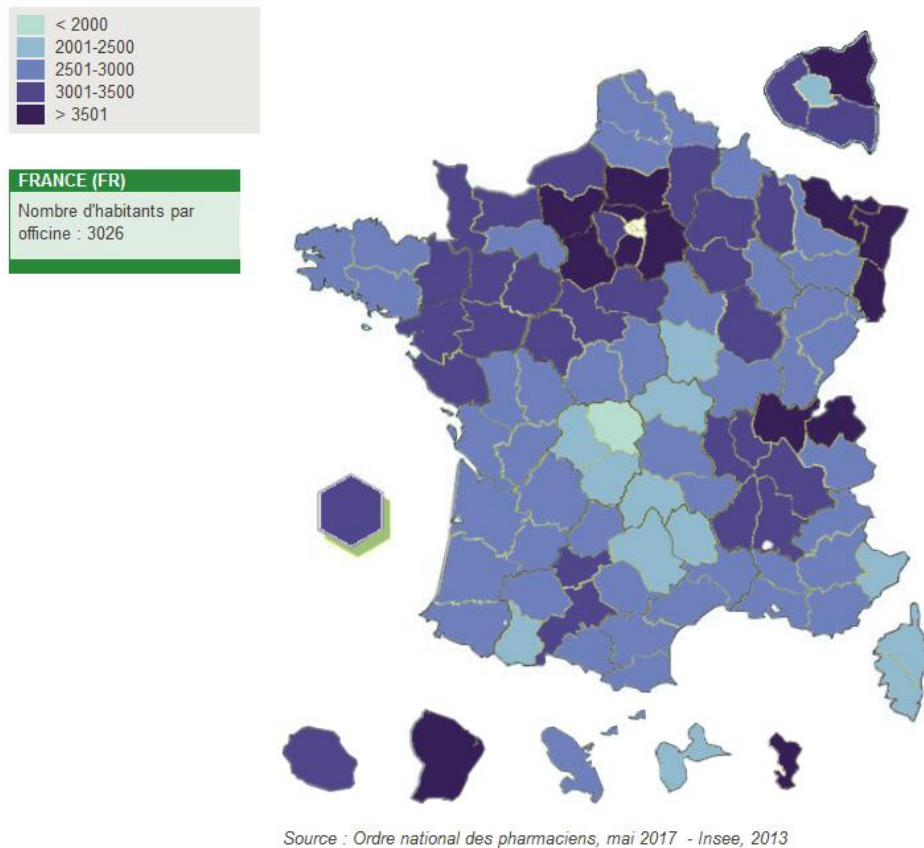


Figure 6 – Nombre d'habitants par pharmacie d'officine en mai 2017 selon l'ONP

Le nombre d'habitants par officine permet de se rendre compte des zones susceptibles d'être en surdensité de pharmacies, même si cette carte n'est pas suffisante. En effet les zones à forte densité de population comme l'Île-de-France ont un grand nombre d'officine mais toujours un taux d'habitants par pharmacie d'officine élevé.

Il est intéressant de regarder cette carte en ayant en tête les quotas de population de maillage territorial (partie 3.1.2.1), le premier quota de licence étant de 2 500 habitants. Ainsi la grande majorité des départements ont plus d'habitants par officine que ce premier quota.

2.6. Questionnement sur la démographie pharmaceutique

Outre la problématique de cette thèse sur l'existence d'un modèle démographique en France, celles entourant le sujet de la démographie pharmaceutique sont nombreuses. Elles questionnent à différents niveaux.

Premièrement, il est très difficile de formuler et quantifier les besoins en santé de la population.

Deuxièmement, il y a un manque de prévision sur les évolutions futures du métier, des responsabilités et des missions du pharmacien d'officine. Le droit, les structures juridiques et les modes d'exercice évoluent. En découle une évolution des besoins de la population en pharmaciens. Ainsi les prédictions faites de démographie pharmaceutique se retrouvent faussées car basées sur des paramètres changeants. Les besoins en pharmaciens dépendront de son rôle et de son implication dans un système de santé organisé.

Une autre difficulté réside dans le décalage dans le temps entre les prises de décisions politiques et leurs impacts sur la démographie. On pense très concrètement à un changement de NC qui changerait le nombre de diplômés 5 ans après, mais aussi sur l'organisation du système de santé. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) de 2009 a ouvert de nombreuses opportunités de missions des pharmaciens mais certaines ne sont pas encore ancrées dans le système de santé, comme le pharmacien correspondant. De même, les changements de règles d'installation des officines n'impactent pas immédiatement la densité des pharmacies puisqu'elles n'en font pas fermer *de facto*.

La création d'un modèle robuste de prévision et planification de démographie s'avère très compliquée.

Enfin nous pouvons regretter que la littérature et les efforts d'investigation sur la démographie pharmaceutique ne soient pas aussi denses que pour la démographie médicale.

2.6.1. Étude prédictive de 2005 sur la démographie pharmaceutique par la DRESS

2.6.1.1. Présentation de l'étude

Il y a actuellement peu d'études prédictives d'effectifs de pharmaciens compte tenu des évolutions incertaines de nombreux paramètres influençant directement celles-ci. Actuellement, la plupart des décisions démographiques se font sur la base d'analyses rétrospectives des données démographiques.

L'étude prédictive la plus complète et récente sur ce sujet provient de la DRESS et a été publiée en 2005. L'étude « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 » fait partie d'une série d'études démographiques de la DRESS des professions de santé.

L'ONDPS a indiqué dans son programme de travail 2015 que ces études et projections sont en partie caduques à cause notamment de « *la croissance récente et importante des installations de professionnels à diplôme étranger constatée dans le RPPS, en particulier pour les médecins et les chirurgiens-dentistes* » (16). Cette étude précise même dans son introduction son but et expose les biais évidents :

« Les projections présentées ne dessinent donc pas forcément les perspectives les plus probables, mais retracent davantage des évolutions tendanciellelles » à comportements et contexte inchangés ». Aussi ne constituent-elles pas des prévisions mais des scénarios permettant d'apprécier l'impact potentiel de telle ou telle décision ou hypothèse de comportement » (17).

Cette étude peut être séparée en deux parties. La première est un scénario central à situation constante avec le même NC (à 2 790) et la poursuite des comportements observés en 2005. La

deuxième partie est composée de « 9 scénarios alternatifs de projections » regroupés en 2 catégories : impact de changement de niveau de NC et impact des limitations d'entrée dans la vie active et mobilité professionnelle.

Les principaux résultats du scénario central sont les suivants (17) :

- Il y aurait une augmentation de la densité de pharmaciens jusqu'en 2015 puis diminution pour retrouver en 2030 le niveau de 2005.
- Les sorties d'activité seraient plus nombreuses entre 2020 et 2025 et dépasseraient le nombre d'entrées en activité.
- Le vieillissement de la profession persisterait jusqu'en 2015 avant de se stabiliser.
- Il y aurait une augmentation du nombre de salariés en officines et établissements de santé.
- La stabilisation du nombre de médecins biologistes ne compenserait pas la perte de près de 3 000 pharmaciens dans ce secteur.

Il est intéressant de comparer quelques résultats avec les données constatées maintenant que nous avons une douzaine d'année de recul sur cette étude.

2.6.1.2. Résultats et critiques de l'étude

Concernant le nombre de pharmaciens et la densité, l'étude de 2005 a surévalué en annonçant « près de 76 000 professionnels actifs » pour 2017 et une densité passant « entre 2005 et 2015 [...] de 114 à 118 pharmaciens pour 100 000 habitants » (17). Alors que la DRESS annonce 74 489 professionnels en 2016 (12) (N.B : les chiffres de 2017 n'étant pas disponible à l'heure où cette thèse est écrite) et constate une densité de 112,6 pharmaciens pour 100 000 habitants en 2015 (18).

L'étude de 2005 présentait une pyramide des âges projetée pour 2015 que l'on peut comparer dans les figures suivantes :

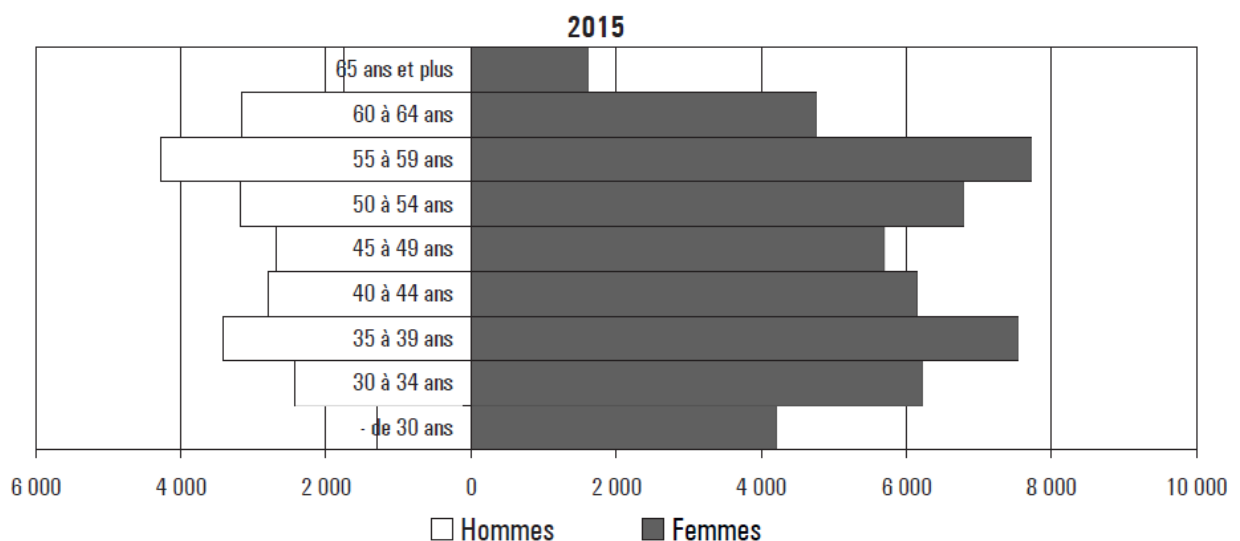


Figure 7 – Pyramide des âges des pharmaciens en 2015 selon le scénario central de l'étude de la DRESS de 2005 (17)

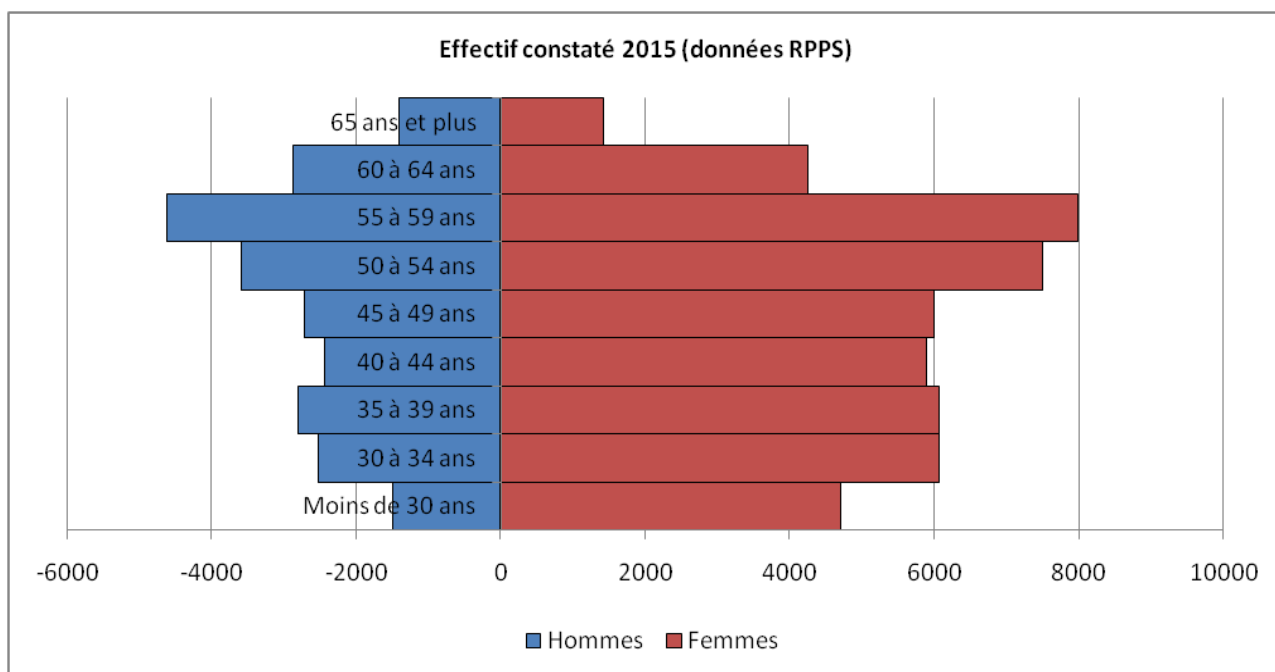


Figure 8 – Pyramide des âges des pharmaciens en 2015 (19)

On remarque ainsi qu'il y a moins d'effectifs dans les groupes de 60 ans et plus mais surtout dans les groupes de 30 à 39 ans que dans les prédictions. Ceci est d'autant plus paradoxal que la réalité montre une augmentation du NC dès l'année universitaire 2005 – 2006.

L'étude annonçait une augmentation progressive de la moyenne d'âge « jusqu'en 2015 pour atteindre presque 47 ans puis se stabiliserait aux alentours de 46 ans dans les décennies suivantes » (17). Ceci est plutôt vrai car nous avons constaté une croissance régulière de l'âge moyen sur la période 2005 à 2015 jusqu'à 46,6 ans en 2015 (20).

Ces comparaisons nous confortent dans l'idée de ne regarder que les tendances qui se dégagent et non les chiffres exacts de cette étude.

Les premiers scénarios alternatifs sont basés sur une augmentation du NC dès 2006 à 2900, 3000 et 3500 places. Sont ensuite analysées les projections de densité de pharmaciens. Un quatrième scénario est créé pour faire varier le NC afin de maintenir stable la densité. Les deux enseignements de ces scénarios sont décrits ainsi :

« Le premier tient à la relative inertie de la démographie des pharmaciens face aux variations du numerus clausus. Le second est que l'évolution du numerus clausus doit tenir compte non seulement des niveaux souhaités de densité de pharmaciens, mais également de la date à partir de laquelle on désire atteindre cet objectif » (17).

Les scénarios suivants jouent sur les mobilités professionnelles, c'est-à-dire le choix de carrière des étudiants (officine, biologie, hôpital, industrie). Un scénario impose une répartition des futurs diplômés dans les mêmes proportions que celles constatées dans la vie active en 2005. Dans un autre scénario, la répartition est maintenue dans les proportions constatées par les dernières sorties de promotions d'étudiants. Le suivant impose la répartition de telle manière que la densité des officines reste la même.

Les deux derniers scénarios sont légèrement différents. L'un joue sur une densité d'officines contrainte à être égale aux règles de maillage territorial, et l'autre sur le nombre de places ouvertes au concours de l'internat de biologie pour les étudiants en pharmacie.

Ces scénarios permettent de comparer les répartitions selon les secteurs d'activités en 2030 par rapport au scénario central. Outre les analyses propres à chaque scénario, l'étude « *montre que des modifications dans les comportements d'activité des professionnels auraient relativement peu d'impact sur le nombre et donc la densité de pharmaciens à l'horizon 2030* » (17).

Cette dernière conclusion est à mettre en parallèle avec les changements actuels observés dans les choix de carrière des étudiants. Les étudiants sont plus nombreux qu'avant à choisir la filière industrie. Ainsi, une portion plus importante que prévue s'oriente vers des métiers n'engageant par leur responsabilité pharmaceutique et ne nécessitant donc pas une inscription à l'Ordre. Cela augmente donc le « taux d'évaporation » des diplômés.

2.6.2. Augmentation de la population et des besoins en santé

La population française est en augmentation constante. La France est maintenant le deuxième pays le plus peuplé de l'UE derrière l'Allemagne et devant le Royaume-Uni.

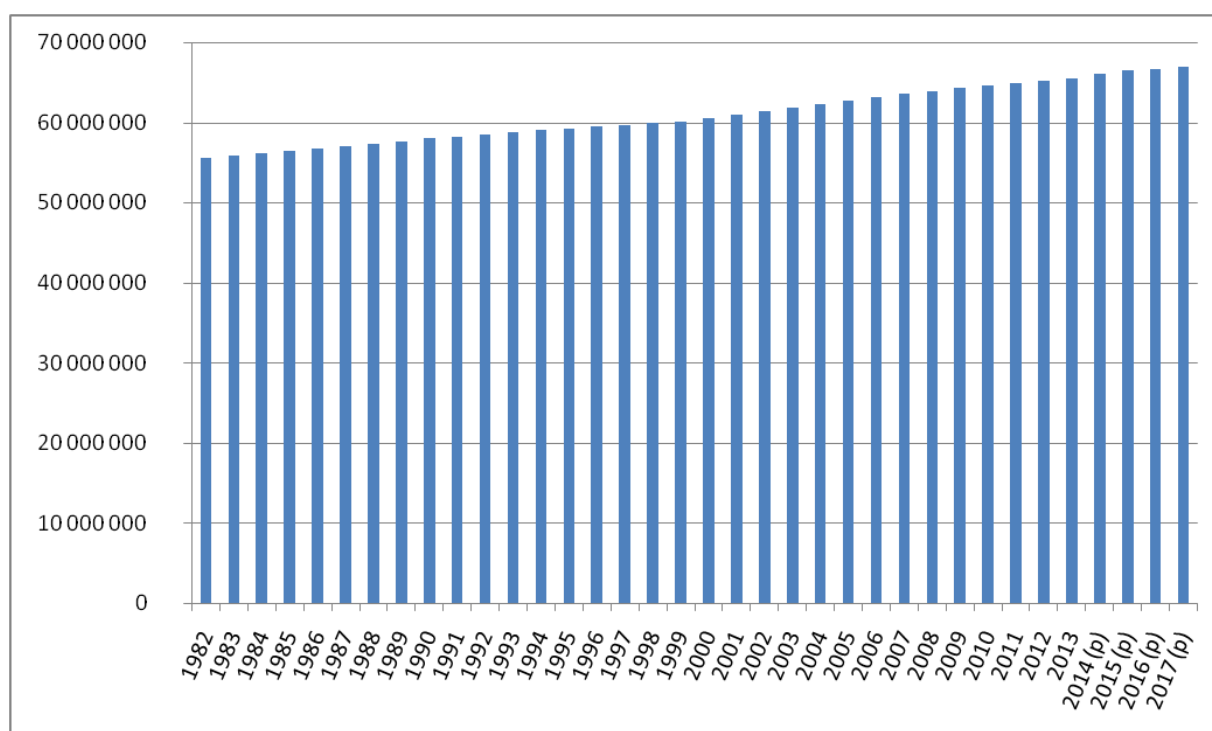


Figure 9 – Population française au 1^{er} janvier de chaque année selon l'INSEE en 2016 (21)

Note : (p) signifie résultat provisoire

La population française est passée de 55 572 624 en 1982 à 66 990 826 en 2017 (résultat provisoire) soit une augmentation d'environ 20,55 % en 35 ans. Mécaniquement il y a donc eu aussi une augmentation des besoins en santé et en accès aux médicaments sur cette période. Mais l'augmentation de ces besoins est sûrement supérieure à la croissance de la population au regard de l'augmentation du vieillissement de la population.

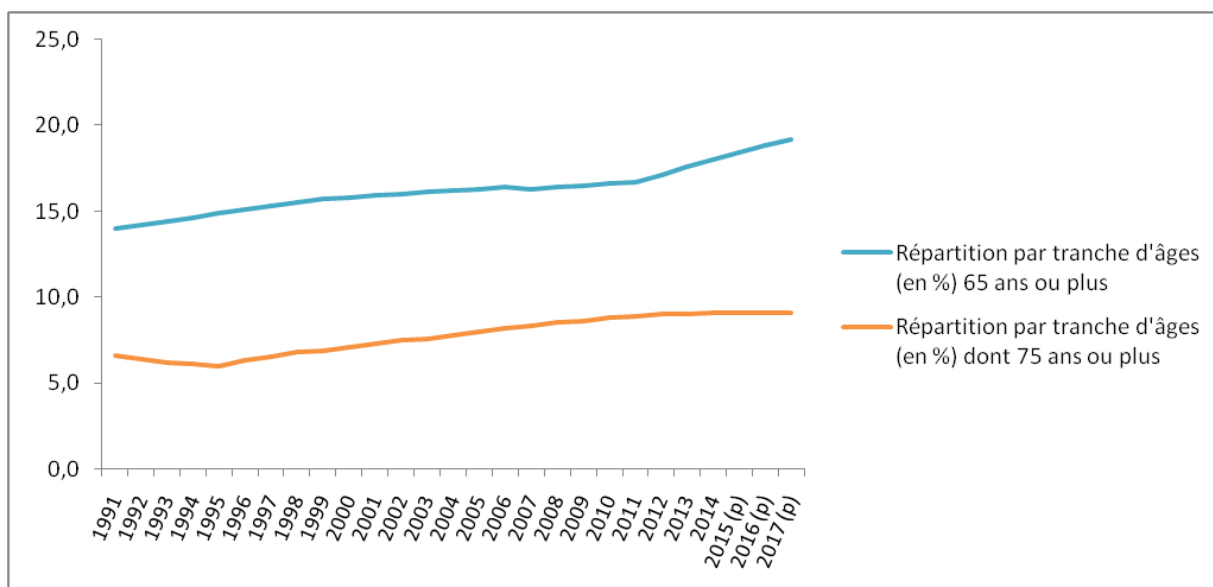


Figure 10 – Évolution de la répartition de la population française âgée de 65 ans ou plus au 1^{er} janvier selon l'INSEE en 2016 (21)

Note : (p) signifie résultat provisoire

La part des 65 ans ou plus dans la population française est passée de 14 % en 1991 à 19,2 % en 2017 (résultat provisoire). Il faut aussi noter que dans cette portion, la part des « 75 ans et plus » est elle-même en augmentation.

Bien que la question du calcul des besoins en santé, en médicaments et en pharmacien reste très difficile à résoudre, le vieillissement constaté de la population a un fort impact. Les personnes âgées ayant généralement plus de besoins dans ce domaine que le reste de la population.

3. Régulation de la démographie pharmaceutique en France

La démographie pharmaceutique en France est impactée directement ou indirectement par beaucoup de réglementations, comme cela a été dit en partie 2.2. Nous allons voir les évolutions de différents moyens de régulations mis en place ainsi que leur articulation dans le modèle démographique français.

3.1. Moyens de régulations

Les moyens de réguler la démographie pharmaceutique pour un fonctionnement correct du système de santé sont nombreux. Nous allons nous concentrer sur les aspects que la démographie que la profession partage avec les autres professionnels de santé, à savoir le *numerus clausus* et la migration internationale. Mais nous allons aussi discuter d'un aspect propre à notre profession, le maillage territorial des pharmacies d'officine. En effet la profession de pharmacien se distingue des autres professions de santé libérales par ses règles d'installation.

3.1.1. Numerus clausus

3.1.1.1. Définition

L'expression « numerus clausus » vient du latin et se traduit littéralement par « nombre clos ». Il signifie une « *limitation discriminatoire du nombre de personnes admises à un concours, à une fonction, à un grade, conformément à une décision prise par une autorité* » selon le Larousse.

3.1.1.2. Instauration

Le NC des études pharmaceutiques a été instauré en France par la loi n°79-4 du 2 janvier 1979 portant réforme de la loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur et relative aux études en pharmacie et au statut des personnels enseignants des unités d'enseignement et de recherche pharmaceutiques que l'on peut trouver dans le fac-similé du Journal Officiel de la République Française (JORF) du 3 janvier 1979 (22). L'article 5 est ainsi rédigé :

*« Entre le troisième et le quatrième alinéa de l'article 45 de la loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur, il est inséré un alinéa nouveau ainsi rédigé :
« Le ministre chargé de la santé et le ministre des universités fixent chaque année pour chaque unité d'enseignement et de recherche [UER], par arrêté conjoint, après avis des conseils des unités d'enseignement et de recherche de sciences pharmaceutiques, compte tenu des capacités de formation de celles-ci et des besoins de la population, le nombre des étudiants admis à poursuivre des études en pharmacie au-delà de la première année du premier cycle. » »*

Cette même loi créera notamment le doctorat d'exercice pour les pharmaciens.

Le processus législatif a duré un peu plus de 2 ans avec pour point de départ le dépôt d'une proposition de loi le 4 Mai 1977 par M. Jacques-Richard Delong, député de la Haute-Marne et pharmacien de profession. Cette proposition de loi a eu le soutien du gouvernement. Il est à noter que le député avait déjà essayé d'instaurer un NC pour les étudiants en pharmacie par amendement de la loi l'instaurant pour les étudiants en médecine en 1968, sans succès.

La première lecture à l'Assemblée Nationale s'est soldée par l'adoption du texte le 13 décembre 1977. On peut retrouver dans le compte-rendu de cette séance les arguments de M. Delong qui l'ont amené à faire cette proposition de loi (23).

M. Delong expliqua la particularité des études de pharmacies qui débouchent directement sur un métier et diffèrent en ce sens des disciplines traditionnelles. Ces dernières se terminent par un niveau de connaissance matérialisé par un DEUG, une licence ou une maîtrise alors que les pharmaciens ont leur diplôme après 5 ans d'études et de stages professionnels. De plus, M. Delong expliqua que le nombre d'étudiants avait presque triplé en 10 ans, passant de 13 800 en 1965 à 33 500 en 1975. Ainsi les UER (anciennes structures équivalentes des actuelles Unités de Formation et de Recherche (UFR)) en charge de l'organisation des études ont mis en place une « fausse sélection ». M. Delong pense que la sélection est nécessaire mais déplore qu'elle soit cachée et différente d'une UER à l'autre. Il émit les recommandations suivantes en plus de l'instauration du NC :

- Une unification des critères d'appréciation des UER.
- Le rejet des dossiers de l'enseignement secondaire comme élément d'appréciation.
- L'élimination des mathématiques, non comme matière enseignée mais comme matière sélective. A l'inverse, la chimie et la physique devraient être retenues prioritairement.

M. Delong proposa une base de 2 400 diplômes par an pour l'instauration du NC.

La navette parlementaire s'est suivie au Sénat, où l'article 5 a été supprimé, puis en commission mixte parlementaire pour arriver à un accord sur l'article 5 réintégré. Le texte a été voté à l'identique dans les 2 chambres les 18 & 19 décembre 1978.

Lors de ces débats certains arguments sont revenus régulièrement, et nous pouvons les résumer dans le tableau suivant :

Arguments en faveur	Arguments en défaveur
<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser la sélection dans les UER et donc améliorer l'égalité des chances des étudiants. • Lutter contre une baisse de qualité d'enseignement compte tenu des capacités d'accueil des UER limitées, notamment par les terrains de stage à l'hôpital. • Prendre en compte les besoins de la population. • Lutter contre un chômage qui pourrait s'aggraver par le nombre de diplômes délivré, actuellement excédentaire par rapport aux besoins. • Prendre en compte l'extension possible des missions des professions pharmaceutiques avec un chiffre initial de 2 400 diplômés par an. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échec de l'instauration du NC par le rapporteur en 1968 et précédente contestation étudiante contre une proposition d'instauration en 1975. • Absence de définition dans la loi des « besoins de la population » et doutes sur son interprétation. • Contre une politique dite « malthusienne » (de décroissance démographique) du nombre de pharmaciens quand : <ul style="list-style-type: none"> ○ Existence de postes hospitaliers non pourvus. ○ Développement des besoins en pharmaciens dans l'industrie et la recherche. ○ Besoin de plus de pharmaciens d'officine si on se focalise sur l'aspect professionnel de santé et non commerçant uniquement. • Élimination d'étudiants compétents sur l'hôtel des capacités d'accueil des CHU. • Reproches sur l'absence de passerelles sortantes.

Tableau 1 – Résumé des arguments concernant la proposition de loi instaurant un NC pour les étudiants en pharmacie en France

Il est cocasse de remarquer que certains arguments des années 70 sont encore très actuels car utilisés dans les débats autour du NC de nos jours.

3.1.1.3. Évolution législative

Au fil des années, le texte législatif indiquant le NC pour les étudiants en pharmacie a été légèrement changé ou déplacé dans une autre loi, sans pour autant remettre en cause son instauration.

Le premier changement a lieu par la promulgation de la loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, dite Loi Savary, qui a mis en commun dans son article 14 les dispositions du NC pour les études médicales, pharmaceutiques et d'odontologies et rajouté un objectif de lutte contre les inégalités géographiques (24) :

« [...]En outre, le nombre des étudiants admis, pendant le premier cycle, à poursuivre des études **médicales, odontologiques ou pharmaceutiques**, est fixé, chaque année, compte tenu des besoins de la population, **de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques** et des capacités de formation des établissements concernés, par le ministre de la santé et le ministre de l'éducation nationale.[...] »

Par la suite, la loi est venue préciser quand la sélection a lieu. En effet la loi n°91-73 du 18 Janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales contient dans son article 10 des changements à la loi citée au paragraphe précédent, la loi Savary (25) :

« Le début de la dernière phrase du quatrième alinéa de l'article 14 de la loi no 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur est ainsi rédigé: <<En outre, le nombre des étudiants admis **ainsi que les modalités de leur admission, à la fin de la première année du premier cycle**, à poursuivre des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques sont fixés,... (la suite sans changement) >> ».

Cette même loi introduit la notion de passerelle entrante en 2^{ème} cycle :

« Au deuxième alinéa de l'article 15 de la même loi, sont insérées, après la première phrase, deux phrases ainsi rédigées: <<Des étudiants qui n'ont pas effectué le premier cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques pourront être admis dans le deuxième cycle. Leur nombre ainsi que les modalités de leur admission sont fixés par arrêté du ministre de l'éducation nationale et du ministre de la santé >> ».

À la fin des années 1990 de nombreux travaux de codification sont faits dans les ministères et au parlement dans certains domaines dont l'éducation. Après quelques années, la loi n°99-1071 du 16 décembre 1999 portant habilitation du Gouvernement à procéder, par voie d'ordonnances, à l'adoption de la partie Législative de certains codes est promulguée. C'est ainsi que l'ordonnance n° 2000-549 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de l'éducation crée un code de l'éducation. C'est l'article L.631-1 dudit code qui contient les dispositions relatives au NC sans changement de contenu.

Le premier changement de cet article de code aura lieu avec la Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui introduira 2 nouveautés : l'incorporation des études de sage-femme à la liste de celles soumises à un NC et l'émission annuelle au ministère d'un avis d'un comité de la démographie médicale relatif au nombre d'étudiants à poursuivre leurs études.

3.1.1.4. Définition actuelle

Le dernier changement du cadre législatif du NC dans l'article L.631-1 a eu lieu avec la loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants. L'article a été remanié de la manière suivante (26) :

« I. - La première année des études de santé est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent par voie réglementaire :

1° L'organisation de cette première année des études de santé ;

2° Le nombre des étudiants admis dans chacune des filières à l'issue de la première année des études de santé ; ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés. Toutefois, les universités peuvent répartir ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche pour répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie. Un arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances des candidats ;

3° Les modalités d'admission des étudiants dans chacune des filières à l'issue de la première année ;

4° Les conditions dans lesquelles les étudiants peuvent être réorientés à l'issue du premier semestre de la première année des études de santé ou au terme de celle-ci ainsi que les modalités de leur réinscription ultérieure éventuelle dans cette année d'études [...] »

Les deuxième et troisième paragraphes portent sur les passerelles entre ces études et sur l'association du ministère chargé de la santé à toutes les décisions concernant ces études.

La loi ne précise pas le raisonnement menant au choix du NC. Elle n'indique pas s'il est calculé grâce à une formule ayant intégré des données variables. Elle annonce simplement qu'il est décidé par les ministères de l'Enseignement supérieur et de la Santé après avoir reçu les recommandations de l'ONDPS intégrant les volontés des UFR. Ni la loi ni aucun autre texte ne précise comment sont intégrés les critères dont le NC doit tenir compte.

3.1.1.5. Particularité des expérimentations PACES

La loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche dite loi Fioraso dans son article 39 (27) ouvre la possibilité aux universités qui le souhaitent, d'organiser des expérimentations d'une durée de 6 ans sur les modalités de réorientation et d'admission pour les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de maïeutique. Ces expérimentations portent sur une réorientation active et précoce des étudiants de PACES pour éviter des situations d'impasse et sur des passerelles entrantes visant à diversifier le profil des étudiants. L'arrêté du 20 février 2014 relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ainsi que l'arrêté du 30 octobre 2014 modifiant le précédent arrêté précisent les projets acceptés et actuellement en cours.

Au final, le NC pour une faculté est respecté. Celui-ci sera rempli de différentes manières avec des étudiants venant du concours PACES et d'autres de licences universitaires dans des modalités précises propres à chaque expérimentation.

Il est à noter que la faculté d'Angers dans le cadre de son expérimentation PluriPASS a demandé une augmentation exceptionnelle de son NC sur 2 ans pour ne pas pénaliser les étudiants redoublants « arrivant » dans la réforme. L'augmentation de 17 places a été adoptée par arrêté (28).

3.1.1.6. Evolution quantitative et argumentaire

L'évolution du NC de Pharmacie au fil des ans depuis son instauration est résumée dans la figure suivante :

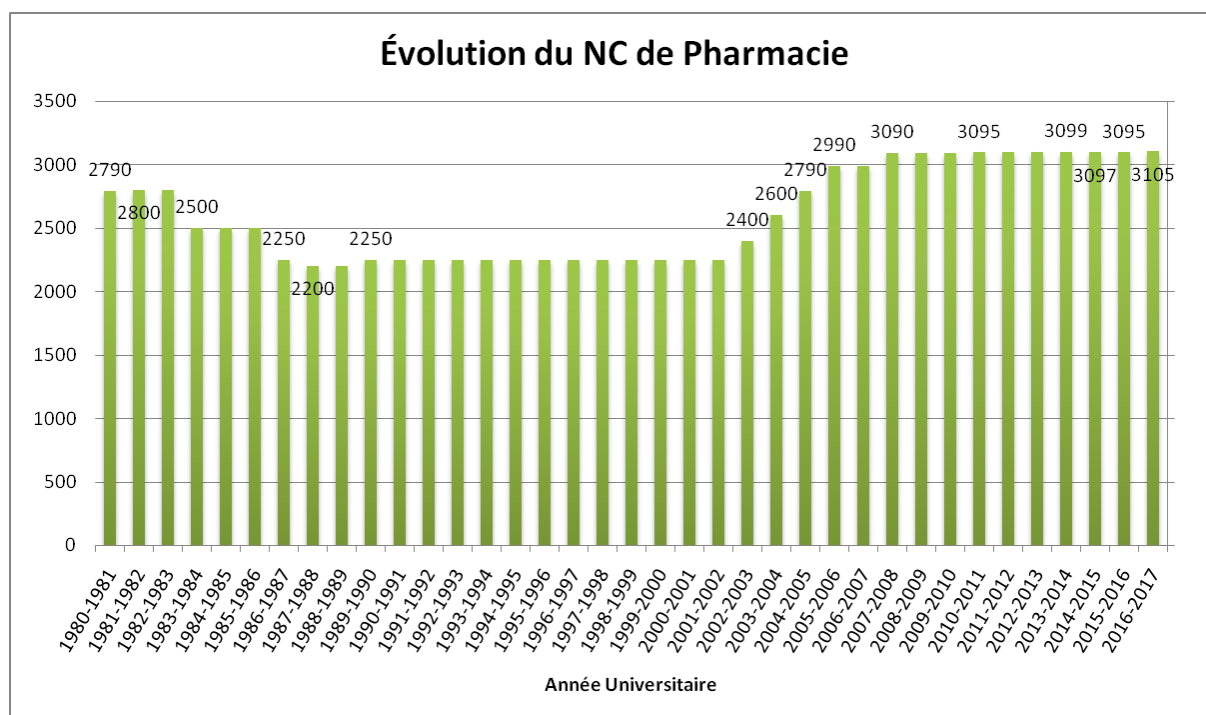


Figure 11 – Évolution quantitative du NC de Pharmacie en France depuis son instauration (source : voir Annexe 1)

La liste des arrêtés ministériels d'où sont tirées les valeurs du NC est détaillée dans l'Annexe 1.

On remarque facilement 4 périodes sur cette figure. On constate tout d'abord une décroissance de 2 790 à 2 200 places par années entre 1980 et 1989, puis un retour à 2 250 places et un maintien de 1990 à 2001. La plus forte augmentation est ressentie par la suite sur la période 2001 à 2006 où le NC passe de 2 250 à 2 990, soit une augmentation de 32 % sur 5 ans. Il est à noter que le niveau initial de 1980 est atteint dans cette période en 2005. Enfin, de 2007 à nos jours le NC est resté relativement stable après être passé à 3 090 en 2008. Il faut garder en tête que lorsqu'une valeur de NC est identique à l'année précédente, un changement de la répartition du nombre de places entre les différents UFR peut avoir lieu.

3.1.1.6.1. Années 2000 – 2010

En 2002, le ministère de la Santé commande un rapport à la mission « démographie des professions de santé » présidée par le Professeur Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille et rapportée par M. Thierry Gausseron, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Ce rapport proposera notamment la création de l'ONDPS avec son réseau régional. Par la suite, le Professeur Berland prendra la présidence de l'ONDPS à sa création en 2003. Il dirigera d'autres rapports pour le Ministère dont un sur le transfert de tâches et de compétences des professionnels de santé.

Une des propositions de ce rapport est l'« *augmentation progressive et raisonnée des différents NC pour l'entrée dans le cursus d'apprentissage des métiers de la santé* » (29). Cette augmentation est proposée selon plusieurs modalités à savoir une prise en compte de l'effet différé d'une telle mesure, un suivi de plan pluriannuel et surtout une mise en place de manière progressive. Le rapport souligne l'importance de ce dernier point avec plusieurs arguments (29) :

- « *Eviter les politiques de « stop and go » qui altèrent le bon fonctionnement du système, interdisent les évaluations prospectives [...]*
- *Permettre aux établissements de formation de mettre en place les conditions d'un accueil satisfaisant des étudiants [...]*
- *Permettre d'évaluer les besoins*
- *Permettre d'évaluer l'influence des mesures [...]*
- *Permettre à l'ONDPS de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre de soins. »*

Néanmoins, le rapport reste prudent sur ses propositions et note l'importance d'études futures car « *un flux d'entrée suffisant aujourd'hui peut devenir demain, au terme de réorganisations de compétences entre professionnels et d'une évaluation de la demande de soins, insuffisant ou, à l'inverse, inflationniste par rapport aux objectifs de santé publique* » (29).

Pour la pharmacie, la mission a analysé les données démographiques de l'Ordre et de la DRESS. Elle a utilisé les scénarios de l'Ordre modifiant le NC mais aussi leur prévision de départs à la retraite des pharmaciens atteignant 65 ans. L'Ordre prévoyait une augmentation sensible à partir de 2011 comme décrit sur la figure suivante :

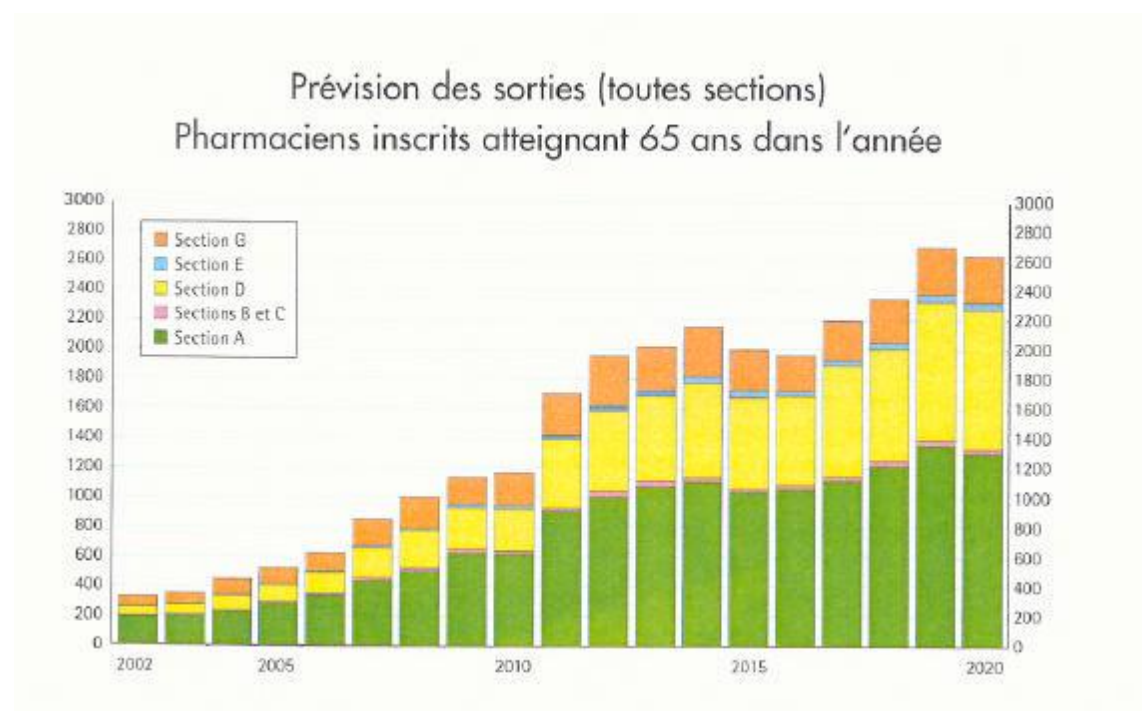


Figure 12 – *Prévision des sorties de l'Ordre national des pharmaciens en 2002 (29)*

La mission regrettait l'absence d'étude d'organismes nationaux contrairement à ce qui avait été fait pour les médecins.

Finalement, les recommandations spécifiques pour la pharmacie furent les suivantes : « *La mission considère qu'il est urgent d'obtenir des données stabilisées sur les projections des différentes filières de pharmacie afin de permettre une analyse fine des besoins projetés. En attendant, elle propose d'augmenter progressivement le numerus clausus pour atteindre 2 775 en 2007 afin de répondre aux besoins les plus évidents recensés par la profession* » (29).

Finalement, nous constatons que les recommandations d'augmentation ont été suivies et même dépassées pour atteindre 2 900 places en 2006 – 2007 et 3 090 places en 2007 – 2008.

3.1.1.6.2. Dernières évolutions

Par la suite, peut-être par prise de conscience générale de l'importance et de la nécessité d'une politique démographique préparée, soutenue par des données tangibles, les études démographiques sont devenues plus complètes et plus poussées.

La dernière proposition chiffrée de NC émise par l'ONDPS portait sur la période 2011 – 2016 et fût publiée dans son rapport 2010 – 2011. Elle était de 15 475 places sur les 5 prochaines années ce qui équivalait à la reconduite du NC de 3 095 de l'année universitaire 2010 – 2011 (30). Nous pouvons constater avec la *Figure 11* que les recommandations ont été globalement suivies avec de légères augmentations en 2013 – 2014 et 2014 – 2015. De même il est intéressant de constater que les propositions de NC furent pour 5 ans, conformément aux différentes recommandations de plan pluriannuel de NC. La durée de 5 ans choisie correspond aux nombres d'années nécessaires pour terminer ses études une fois l'étudiant accepté en 2^{ème} année. Le NC fût néanmoins adopté annuellement par le ministère.

Cette proposition fait suite au réajustement des propositions régionales des comités de l'ONDPS. Les réajustements ont été faits sur la base de 2 indicateurs : la densité d'étudiants par rapport à la population générale et les perspectives de croissance démographique d'ici à 2030 de l'Insee. Prenant en compte à la fois la moyenne nationale mais surtout les disparités régionales, l'ONDPS a ainsi proposé (30) :

- « *des inflexions à la hausse dans les régions qui ont une densité d'étudiants moins élevée que la moyenne et qui vont, de surcroît, connaître une expansion démographique supérieure aux autres* »
- « *[des inflexions] à la baisse [des] effectifs d'étudiants dans les régions qui ont une densité plus élevée et qui vont, de surcroît, connaître une moindre expansion démographique que les autres, voire pour certaines, une réduction* ».

Les hausses de NC sont modérées pour ne pas entraîner des problèmes de capacité d'accueil pour les UFR et préserver la qualité des formations. Les baisses de NC permettent de rester dans l'objectif global de 3095 places par an.

L'ONDPS a résumé les propositions régionales, les indicateurs correspondants et les propositions finales dans le tableau suivant :

Régions et inter-régions	NC 2010-2011	Propositions régionales pour 2011/2012 et les 4 années suivantes	Nombre d'étudiants en 2010 2011 pour 100 000 habitants	Évolution de la population française 2009-2030 (projection Insee) en %	Nombre d'étudiants correspondant à un ratio de 4,8 pour 100 000 hab	Propositions ONDPS pour 2011/2012 et les 4 années suivantes
Île-de-France	532	532	4,5	7,0%	563	532
Nord-Est	489	493	5,9	0,8%	400	470
Alsace	121	122	6,6	11,0%	89	120
Lorraine	126	126	5,4	-3,1%	113	122
Franche-Comté	70	73	6,0	2,4%	56	68
Bourgogne	82	82	5,0	-1,2%	79	80
Champagne-Ardenne	90	90	6,7	-5,4%	64	80
Nord-Ouest	473	473	5,1	0,7%	443	461
Basse-Normandie	95	95	6,5	1,1%	71	88
Haute-Normandie	85	85	4,6	1,3%	88	85
Nord-Pas-de-Calais	205	205	5,1	-3,1%	193	200
Picardie	88	88	4,6	1,5%	92	88
Rhône-Alpes-Auvergne	412	412	5,5	10,6%	360	403
Auvergne	92	92	6,8	-0,9%	65	86
Rhône-Alpes	320	320	5,2	13,1%	296	317
Ouest	464	466	4,2	9,4%	529	477
Bretagne	110	110	3,5	10,7%	152	120
Pays de la Loire	177	177	5,0	12,7%	170	174
Centre	106	108	4,2	4,7%	122	108
Poitou-Charentes	71	71	4,0	7,3%	85	75
Sud	379	388	4,8	18,3%	376	384
Languedoc-Roussillon	188	188	7,2	26,0%	125	174
PACA + Corse	191	200	3,7	14,5%	251	210
Sud-Ouest	342	342	4,5	16,5%	366	368
Aquitaine	135	135	4,2	12,5%	154	142
Midi-Pyrénées	136	136	4,7	17,6%	138	138
Limousin	67	67	9,0	1,1%	36	60
Océan Indien	4	4	0,5	27,2%	39	
Antilles-Guyane et Polynésie	4	58	0,4	27,2%	89	28
TOTAL	3095	3106	4,8	8,8%	3126	3095

■ Augmentation NC proposée.

■ Régions pour lesquelles le nombre d'étudiants actuel est supérieur à celui correspondant à 4,8/100 000 hab.

■ Valeurs supérieures à la moyenne.

Lecture: En Bretagne, le nc en 2010- 2011 s'élève à 110, ce qui correspond à une densité de 3,5 étudiants pour 100 000 habitants. Pour atteindre un ratio de 4, 8 étudiants pour 100 000 habitants, le nc devrait être fixé à 152. La proposition de l'ONDPS est un nc fixé à 120 pour la période 2012-2016

Tableau 2 – Propositions de NC pour la période 2011 – 2016 de l'ONDPS (30)

Nous retrouvons au final :

- des propositions d'augmentation de NC par rapport à celui en vigueur auparavant dans les régions Ouest, Sud-ouest, Sud et Outre-mer ;
- une proposition de maintien pour la région Ile-de-France ;
- des propositions de diminution dans les régions Nord-est, Nord-Ouest et Rhône-Alpes-Auvergne.

Le NC des UFR d'Ile-de-France n'est plus augmenté en raison des capacités d'accueil arrivant à saturation.

Nous pouvons nous interroger sur la pertinence des deux indicateurs (densité étudiante et croissance démographique) utilisés par l'ONDPS pour réajuster les propositions régionales mais aussi sur la pertinence des moyennes nationales. Représentent-elles des situations idéales ?

L'évolution de la population reflète en partie l'évolution en besoin de santé. La part d'étudiant par rapport au nombre d'habitant a sûrement pour but de former un nombre d'étudiant en adéquation avec la population mais celle-ci se fonde sur l'hypothèse que l'étudiant restera dans sa région de formation une fois diplômé. Ce qui n'est plus tout à fait vrai. A titre d'exemple, durant l'année 2015, 32 % des nouveaux inscrits à de l'Ordre ont eu une formation dans une autre région que celle de leur inscription (13).

Nous pouvons comparer ces propositions de NC avec d'autres indicateurs que l'on retrouve dans le rapport. Une grande partie est dédiée à la démographie des pharmaciens en activités avec des analyses régionales, dont nous tirons les *Tableaux 3 et 4* suivants.

PAR RÉGION, LES EFFECTIFS ET LA DENSITÉ DES PHARMACIENS D'OFFICINE ET DES OFFICINES

Pharmacie d'officine	Effectifs des pharmaciens d'officine (01/01/2011)	Part des 55 ans et +	Nombre d'officines	Ratio nb pharmaciens/ 100 000 hab. (1)	Nombre de pharmaciens/ officine	Ratio nb officine/ 100 000 hab.
Île-de-France	9 542	29,0%	4 012	81,3	2,4	34,2
Nord-Est	6 576	23,3%	2 735	78,8	2,4	32,8
Alsace	1 308	21,4 %	461	70,8	2,8	25,0
Lorraine	1 775	22,1 %	750	75,6	2,4	31,9
Franche-Comté	982	24,6 %	436	84,0	2,3	37,3
Bourgogne	1 423	24,9 %	618	86,7	2,3	37,7
Champagne-Ardenne	1 088	23,9 %	470	81,4	2,3	35,2
Nord-Ouest	7 400	20,9%	3 200	80,1	2,3	34,6
Basse-Normandie	1 102	24,8 %	497	74,9	2,2	33,8
Haute-Normandie	1 327	21,3 %	553	72,5	2,4	30,2
Nord-Pas-de-Calais	3 464	20,2 %	1 534	86,1	2,3	38,1
Picardie	1 507	19,4 %	616	78,9	2,4	32,2
Rhône-Alpes-Auvergne	6 714	24,2%	2 710	89,4	2,5	36,1
Auvergne	1 276	26,4 %	593	95,0	2,2	44,1
Rhône-Alpes	5 438	23,7 %	2 117	88,2	2,6	34,3
Ouest	8 971	25,6%	3 957	81,5	2,3	35,9
Bretagne	2 640	23,6 %	1 149	83,2	2,3	36,2
Pays de la Loire	2 748	25,2 %	1 224	77,7	2,2	34,6
Centre	1 968	27,4 %	897	77,5	2,2	35,3
Poitou-Charentes	1 615	27,4 %	687	91,6	2,4	39,0
Sud	7 958	25,1%	2 966	101,6	2,7	37,9
Languedoc-Roussillon	2 811	24,3 %	1 040	107,8	2,7	39,9
PACA + Corse	5 147	25,6 %	1 926	98,5	2,7	36,9
Sud-Ouest	7 084	26,4%	2 982	92,8	2,4	39,1
Aquitaine	3 027	27,0 %	1 275	94,5	2,4	39,8
Midi-Pyrénées	2 684	26,3 %	1 087	93,7	2,5	37,9
Limousin	811	25,3 %	353	109,1	2,3	47,5
Océan Indien	562	25,6 %	267	68,4	2,1	32,5
Antilles-Guyane	580	34,1%	349	56,2	1,7	33,8
Martinique	263	38,0 %	148	65,4	1,8	36,8
Guadeloupe	234	33,3 %	160	57,9	1,5	39,6
Guyane	83	24,1 %	41	36,7	2,0	18,1
TOTAL (avec 303 NR)	54 825	25,2%	22 911	85,2	2,4	35,6

(1) Sources Insee Estimations localisées de la population 2009.

Tableau 3 – Effectifs et densité des pharmaciens d'officine selon l'ONDPS en 2011 (30)

Nous constatons dans le *Tableau 3* que les augmentations de NC proposées sont réalisées dans les régions où la part des pharmaciens de 55 ans ou plus est la plus forte. L'Ile-de-France a aussi un fort taux de pharmaciens de 55 ans ou plus mais comme indiqué précédemment, son NC ne peut être augmenté.

De plus, avec un NC maintenu pendant 5 ans et donc un effectif des étudiants en 6^{ème} année maintenus pendant 5 ans, l'ONDPS assure qu'« aucune région n'apparaît en situation difficile par rapport au renouvellement de ses effectifs globaux » (30) comme on peut le voir dans le *Tableau 4* qui suit. Il faut préciser tout d'abord que la différence entre le NC et les effectifs de 6^{ème} année s'expliquent notamment par les redoublements. L'ONDPS compare ensuite le flux de diplômés attendus sur 5 ans et le nombre de pharmaciens âgés de 55 ans ou plus. Si l'on considère que dans 10 ans, 100 % des « 55 ans ou plus » ne seront plus en activité, il faut que le flux de diplômés sur 5 ans atteigne 50 % pour avoir un renouvellement d'effectif.

On remarque ainsi dans le *Tableau 4* que l'indicateur de renouvellement pour les officinaux est bon, malgré quelques disparités régionales. La région Poitou-Charentes possède le plus faible taux (52 %) et ne semble donc pas former assez d'étudiants. Il faut encore nuancer l'importance de ces chiffres par la possible migration des diplômés entre les régions. Pour une région donnée, une immigration (arrivée de diplômés) peut améliorer ce renouvellement mais une émigration (départ de ses diplômés) peut malheureusement aussi accentuer un déficit.

L'indicateur de renouvellement pour les hospitaliers est meilleur que celui des officinaux. Celui des pharmaciens biologistes n'est pas bon et ne permettrait pas de maintenir les effectifs actuels en l'état. Ces chiffres ainsi que les changements législatifs en cours et possibles ont orienté les propositions spécifiques de l'ONDPS concernant ces 2 domaines : une légère diminution des places de l'internat et un rééquilibrage envers la médecine pour les biologistes.

Au niveau national et considérant tous les pharmaciens, le taux de renouvellement est de 91 %.

PAR RÉGION ET PAR INTER-RÉGION, LES EFFECTIFS GLOBAUX ET LES INDICATEURS DE RENOUVELLEMENT PAR MÉTIER : OFFICINE, BIOLOGIE ET PHARMACIE HOSPITALIÈRE

	Effectif total	dont âgés de 55 ans ou plus	Flux de diplômés attendus sur 5 ans	Indicateur de renouvellement des 55 ans et plus d'ici à 2016	Indicateur de renouvellement des officinaux de 55 ans et plus d'ici à 2016	Indicateur de renouvellement pharmaciens biologistes de 55 ans et plus d'ici à 2016	Indicateur de renouvellement pharmaciens hospitaliers de 55 ans et plus d'ici à 2016
Île-de-France	13711	3918	2980	76%	51%	26%	101%
Nord-Est	8721	2084	2685	129%	106%	30%	74%
Alsace	1885	411	680	165%	109%	12%	234%
Lorraine	2321	549	690	126%	115%	53%	50%
Franche-Comté	1241	313	335	107%	103%	36%	79%
Bourgogne	1864	472	455	96%	63%	21%	48%
Champagne-Ardenne	1410	339	525	155%	148%	19%	0%
Nord-Ouest	9606	1982	2245	113%	97%	40%	172%
Basse-Normandie	1443	337	390	116%	95%	45%	386%
Haute-Normandie	1907	390	360	92%	76%	55%	159%
Nord-Pas-de-Calais	4356	857	910	106%	96%	0%	65%
Picardie	1900	398	585	147%	123%	77%	75%
Rhône-Alpes-Auvergne	9250	2169	1905	88%	66%	31%	89%
Auvergne	1697	433	445	103%	79%	37%	36%
Rhône-Alpes	7553	1736	1460	84%	62%	30%	102%
Ouest	11599	2929	2640	90%	60%	30%	55%
Bretagne	3330	792	590	74%	66%	33%	58%
Pays de la Loire	3496	879	1210	138%	67%	66%	64%
Centre	2801	716	560	78%	56%	31%	43%
Poitou-Charentes	1972	542	280	52%	44%	0%	80%
Sud	10283	2731	2385	87%	73%	22%	71%
Languedoc-Roussillon	3525	894	1105	124%	101%	25%	91%
PACA	6758	1837	1280	70%	58%	21%	63%
Sud-Ouest	8324	2207	1970	89%	57%	27%	91%
Aquitaine	3879	1056	825	78%	51%	22%	91%
Midi-Pyrénées	3414	891	750	84%	55%	28%	101%
Limousin	1031	260	395	152%	129%	71%	83%
Océan Indien	708	181	0	0%	0%	0%	0%
Antilles-Guyane	793	269	0	0%	0%	0%	0%
Guadeloupe	347	124	0	0%	0%	0%	0%
Martinique	331	118	0	0%	0%	0%	0%
Guyane	115	27	0	0%	0%	0%	0%
TOTAL DOM TOM	1501	450	0	0%	0%	0%	0%
FRANCE ENTIÈRE	72590	18403	16810	91%	69%	29%	88%

Tableau 4 – Effectifs globaux et taux de renouvellement des pharmaciens selon l'ONDPS en 2011 (30).

Les *Tableaux 4 et 5* nous font mieux comprendre la proposition de NC de l'ONDPS. Il y a un maintien au niveau national du NC car l'indicateur de renouvellement des pharmaciens est bon et l'incertitude d'évolution du métier empêche de meilleures prédictions en besoin de pharmaciens. Il y a une redistribution entre les régions pour mieux prendre en compte les évolutions de répartition de la population.

Il faut souligner que l'ONDPS a émis des répartitions d'effectifs souhaités dans les différentes filières de formation dans ce rapport. Nous pouvons nous poser la question s'il s'agit des premiers signes d'une volonté de contingentement des filières, sachant que seule la filière internat est contingentée à l'heure actuelle avec son propre NC.

Le rapport 2013 – 2014 de l'ONDPS consacre à la problématique du NC des professions de santé une partie entière. Il rappelle leurs évolutions historiques et les analyse pour chaque profession. Il dénonce le manque de perspective actuel sur les modalités de fixation et le manque d'approche individuel à chaque profession.

Pour les pharmaciens, ce rapport décrit la situation comme ceci :

« Les pharmaciens sont à la fois peu concernés par le phénomène des installations de diplômés étrangers et peu présents en établissements de santé, mais ils présentent un taux élevé de salariés : l'avenir de leur démographie est donc principalement lié à la mutation qui peut s'opérer dans l'organisation de la distribution du médicament et du nombre d'officines. [...] La fixation du NC ne peut redevenir pertinente que si ces questions structurelles sont posées et tranchées. En l'absence de perspectives claires en revanche, le maintien du niveau de NC, pratiqué depuis plusieurs années, risque de se poursuivre et d'amplifier les problèmes qui se poseront à terme » (31).

Concernant les inégalités régionales, le rapport offre de nombreuses analyses mais rappelle que *« l'efficacité du NC régionalisé repose donc sur l'hypothèse de fidélité des diplômés à leur lieu de formation en dépit du principe de liberté d'installation »*. Néanmoins il nuance poursuivant qu'*« en première analyse, cette hypothèse est partiellement confirmée » (31).*

La conclusion de cette partie explique parfaitement la situation :

« À l'issue de cette analyse, il apparaît que la fixation régionalisée des NC a induit un redéploiement effectif au cours des dix dernières années, qui va dans le sens d'une réduction des disparités. Toutefois, tant du point de vue de la population à couvrir que des densités de professionnels en activité, ce redéploiement semble insuffisant. La principale raison en incombe vraisemblablement à la flexibilité réduite des capacités de formation qui, in fine, demeurent le critère prédominant dans la fixation des NC. La structure démographique de la population générale (pyramide des âges notamment) peut également, dans certaines régions, constituer un frein à une allocation optimale des places en seconde année d'études de santé, notamment lorsque le nombre de bacheliers est trop faible pour absorber sans dommage une forte croissance du NC » (31).

Le rapport regrette donc que des facteurs limitant, comme les capacités de formations, empêchent des modifications plus profondes du NC. Les UFR doivent déjà gérer consciencieusement leur budget et des changements importants et rapides d'effectifs d'étudiants seraient déstabilisants. C'est un message envoyé aux ministères pour indiquer que les politiques démographiques doivent s'ancrer dans une politique globale. Si une volonté politique se manifeste, les moyens humains, financiers et

matériels nécessaires aux universités pourraient être alloués et permettre ainsi des modifications du NC basés sur les besoins de la population.

3.1.1.7. Positions & Perspectives

En faisant un tour d'horizon de différentes opinions ou réflexions émises autour du NC, on remarque que les avis se retrouvent sur un besoin de changement mais la forme et la manière sont très différentes.

Il est bon de rappeler ici les 3 critères dont le NC doit tenir compte comme défini dans la loi et vu en partie 3.1.1.4. Il s'agit « *des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés* » (26). Ces critères n'étant pas définis, ils sont sujet à interprétation.

L'ONDPS dans la conclusion de sa première partie sur la régulation démographique des professionnels de santé par les flux d'étudiants de son rapport annuel 2013 – 2014 appelle à engager différents travaux sur le NC. Il appelle à des travaux pour améliorer la prise de décision en l'état du NC, notamment par une fixation pluriannuelle et des moyens de formations en adéquation, mais aussi à évaluer « *l'efficacité même du dispositif de numerus clausus [...] pour chacun des deux objectifs qui lui sont assignés, la régulation quantitative et l'harmonisation territoriale* » (31). L'ONDPS souligne dans ce même rapport que « *la pertinence du numerus clausus repose donc avant tout sur la capacité des pouvoirs publics à développer une véritable prospective en matière d'organisation des soins et des professions. [...] L'insuffisance d'orientations claires en la matière conduit d'ailleurs depuis quelques années à un gel par défaut du NC dont les effets se feront sentir dans de nombreuses années* ». Le conseil d'orientation de l'ONDPS a par ailleurs envoyé formellement une lettre à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé le 29 octobre 2012 pour notifier leur préoccupation sur les modalités actuelles de fixation du NC (31).

L'ONP n'a pas encore de position officielle sur le NC. Cela ne serait tarder avec les résultats des travaux engagés et décrits dans la partie 3.2. Mme Isabelle Adenot, Présidente du CNOP 2009 – 2017, a par contre partagé à plusieurs reprises son opinion personnelle de l'inutilité du NC (mais pas d'une sélection) dans le contexte actuel de libre circulation des diplômes dans l'UE. Le système de la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles sera détaillé dans partie 4.2.2.

Les étudiants via l'ANEPF ont toujours été très impliqués concernant les évolutions et discussions autour du NC. Cela se retranscrit dans leurs prises de positions récentes alors que le débat de l'intérêt du NC est relancé. En septembre 2014, l'assemblée générale de l'ANEPF a adopté les deux motions suivantes :

- « *À l'heure actuelle, les critères de fixation du Numerus Clausus ne sont plus pertinents. Les administrateurs de l'ANEPF mandatent le bureau national à participer à l'élaboration de nouveaux critères de fixation du Numerus Clausus auprès des instances décisionnelles.* »
- « *Le Numerus Clausus ne doit pas être totalement aboli. L'entrée dans nos études doit être régulée aussi bien pour la qualité de notre formation que pour des raisons de santé publique.* »

L'association suit de près les sujets impactant directement le NC tels que les expérimentations PACES ou la réforme des études de pharmacie.

Le NC est aussi regardé de près par les institutions européennes, notamment dans le cadre du « semestre européen ». La Commission européenne revoit chaque année les propositions de réformes des états membres et leur adresse des recommandations pour l'année à venir. La CE suit ainsi si l'état membre intègre bien ses réformes et la stratégie de l'UE pour la croissance. Ainsi dans les recommandations de 2014 il est écrit :

« Le principe du numerus clausus auquel est soumis l'accès à de nombreuses professions (médecins, pharmaciens, etc.) continue d'entraver l'accès aux services et pourrait être réexaminé sans mettre en péril la qualité et la sécurité. À ce jour, la nécessité et la proportionnalité des restrictions auxquelles sont soumises les professions réglementées n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation approfondie » (32).

La France défend le NC en expliquant qu'il s'agit d'un outil de régulation en faveur de la santé publique mais il semblerait que l'argumentation française ne convainque pas la CE. Celle-ci a émit le 10 janvier 2017 un nouveau projet de directive européenne concernant des tests de proportionnalités pour l'adoption de nouvelles professions réglementées ou l'amendement de leurs fonctionnement et accès (33). Une des conséquences de ce projet de directive en l'état pourrait être de voir l'UE réévaluer le NC des études de pharmacie en France et le supprimer considérant cette restriction à l'accès de la profession injustifiée. Cette proposition a entraîné une levée de bouclier des organisations européennes représentatives des médecins, dentistes et pharmaciens qui appellent à ce que les professions de santé soient exclues de ce projet de directive considérant que celles-ci sont réglementées pour des raisons de santé publique et de sécurité du patient (34).

3.1.1.8. Synthèse de la sous-partie sur le numerus clausus

Nous venons de voir que le NC a été instauré à l'aube des années 1980 pour les études de pharmacie. Sa fixation annuelle par l'État doit respecter certains critères mais ceux-ci ne sont pas explicitement définis. Actuellement, la valeur du NC est fixée par l'État après proposition de l'ONDPS qui base ses réflexions sur ses travaux et son ancrage régional. Les récents changements de NC sont surtout faits dans le but de diminuer des disparités régionales et la dernière proposition de l'ONDPS demandait le statuquo faute d'orientation politique. Le NC, ou tout du moins ses modalités de fixation, fait débat actuellement. Son intégration dans un modèle démographique réfléchi n'est pas une réussite, en attestent les critiques des différents acteurs dont l'ONDPS. Les acteurs de terrain, à travers leurs travaux sur la démographie, réfléchissent sur ce NC mais les ministères n'ont pas rendu officiel l'existence d'une volonté de changement.

3.1.2. Maillage territorial des pharmacies d'officine

En France, une licence d'exploitation est attachée à chaque pharmacie d'officine. Les licences d'officine de pharmacie ne s'obtiennent pas systématiquement. Les règles concernant leur création, regroupement ou transfert sont décrites dans le code de la santé publique. Ces règles s'appuient notamment sur la démographie des communes où se trouverait l'officine. Le nombre d'habitants définit le nombre d'officines possible.

Apparaît ainsi la notion de « maillage territorial ». Cette expression souligne l'idée d'un réseau officinal réparti sur l'ensemble du territoire. Ce réseau permet aux pharmaciens de répondre efficacement aux missions de leur profession. Ces missions sont définies à l'article L5125-1-1 A du CSP et inclut de contribuer aux soins de premier recours. Ces derniers comprennent notamment « *la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique* » (35).

Ce maillage territorial est un atout pour le patient. Corporativement, cela en est également un pour défendre la profession. Selon le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) sur la régulation du réseau des pharmacies d'officine, au 1^{er} Janvier 2016, « *97 % de la population française vit à moins de 10 minutes en voiture d'une officine et 81 % des français vivent dans une commune qui a au moins une officine* » (36). Dans le même rapport, il est aussi indiqué que « *seulement 0,5 % de la population vit à plus de 15 minutes d'une officine en voiture et à peine 0,1 % sont à plus de 20 minutes d'une commune équipée d'une pharmacie* » (36).

On retrouve cet objectif dans l'article L5125-3 du CSP : « *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* » (37).

3.1.2.1. Réglementation actuelle

Les règles actuelles d'installation d'une officine sont définies dans le Code de la santé publique. Les articles correspondants peuvent être résumés de cette manière :

Article du CSP	Contenu
L 5125-3	<ul style="list-style-type: none"> • Objectif de la création, transfert et regroupement officine. • Règles d'accessibilité aux médicaments et à la pharmacie.
L 5125-4	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle du directeur général (DG) de l'ARS dans l'attribution de toute licence.
L 5125-5	<ul style="list-style-type: none"> • Règles de priorité entre les regroupements, transferts et créations.
L 5125-6	<ul style="list-style-type: none"> • Lien entre licence et lieu d'exploitation. • Pouvoir du DG de l'ARS lors du choix du lieu d'exploitation.
L 5125-7	<ul style="list-style-type: none"> • Délai entre l'obtention de la licence et ouverture effective. • Délai entre ouverture et cession, transfert ou regroupement. • Délai entre regroupement et transfert. • Retour de la licence au DG de l'ARS après cessation d'activité de l'officine.
L 5125-9	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions pour être titulaire d'officine.
L 5125-10	<ul style="list-style-type: none"> • Règles du calcul de population pour les articles suivant.
L 5125-11	<ul style="list-style-type: none"> • Règle des quotas de population pour les licences d'officine.
L 5125-13	<ul style="list-style-type: none"> • Dérogation à l'article précédent pour la Guyane, la Moselle, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin. <p><i>Note : il existe un article similaire pour Mayotte, l'article L-5511-6</i></p>
L 5125-14	<ul style="list-style-type: none"> • Règles de transfert.
L 5125-15	<ul style="list-style-type: none"> • Règles de regroupement.
L 5125-16	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation d'information de l'Ordre des pharmaciens lors d'exploitation, de cessation d'exploitation, de transfert ou de regroupement d'officine.
L 5125-17	<ul style="list-style-type: none"> • Règles sur la propriété du titulaire. • Règles sur les sociétés pour exploiter une officine.

Tableau 5 – Résumés des articles du CSP relatifs aux règles d'installation des officines

L'article qui nous intéresse particulièrement est le L 5125-11 qui définit les quotas de population pour les licences d'officine. Les quotas actuels sont les suivants :

Population (en nombre d'habitant dans la commune)	Licence d'officine	
< 2 500	Si absence d'officine	Ouverture par création possible si les autres conditions sont remplies depuis au moins 2 ans à compter d'un recensement et qu'aucune décision autorisant une ouverture par transfert ou regroupement n'a été prise dans ce délai.
	Si fermeture dernière officine	Ouverture par voie de transfert si l'officine a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants.
≥ 2 500	Si absence d'officine	Ouverture possible par voie de transfert .
	Présence d'au moins 1 officine	Ouverture possible par voie de transfert à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 4 500 habitants.

Tableau 6 – Résumé des quotas de population pour l'attribution des licences d'officine définis par l'article L5125-11 du CSP (38)

Il est à noter que les quotas sont différents pour les départements de Guyane, Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin où le quota de 2 500 est fixé à 3 500 habitants (39). Pour le département de Mayotte, l'article L5511-6 réécrit l'article L5125-11 applicable dans ce département de la manière suivante :

« Dans les communes d'une population égale ou supérieure à 15 000 habitants, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 7 500 habitants recensés.

Dans les communes d'une population inférieure à 15 000 habitants, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 7 500 habitants recensés dans le secteur sanitaire auquel appartient la commune. Un décret détermine le territoire des secteurs sanitaires.

Lorsque la création d'une officine peut être autorisée en application de l'alinéa précédent, le représentant de l'Etat, en vue d'assurer une desserte satisfaisante de la population, peut désigner la commune dans laquelle l'officine doit être située » (40).

Les transferts et regroupements peuvent se faire en tout point du territoire à condition que les quotas de population soient toujours respectés dans les communes d'origine et d'accueil. Une officine ne peut délaisser une commune et *« compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine » (37).*

3.1.2.2. Instauration du maillage territorial

Les premières règles concernant le maillage territorial sont apparues dans les années 1940 en France. Dans l'exposé de son rapport en 1954 à la commission de la famille, de la population et de la santé publique de l'Assemblée Nationale, le député M. Marcel Guislain rappelle l'évolution des pratiques dans ce domaine. Ce rapport se trouve dans l'annexe n°9793 de la Session de 1954 – Séance du 23 décembre 1954 de l'Assemblée Nationale.

Ainsi M. Guislain raconte l'absence de règle jusqu'en 1941 :

« [...] jusqu'à la loi du 11 septembre 1941, et sous réserve du décret, très général, du 9 septembre 1939 relatif à l'ouverture de tout commerce nouveau durant la période des hostilités, tout pharmacien remplissant les conditions légales d'aptitude pouvait s'installer où bon lui semblait sans avoir besoin d'aucune autorisation, et même si dans la localité où il désirait exercer son art, il y avait déjà un nombre de pharmacies supérieur aux besoins de la population, aucun texte de loi ne l'empêchait de concurrencer ses confrères. Sous ce régime, la réglementation de la profession était limitée aux conditions d'aptitude et de contrôle de l'exercice de la pharmacie, elle laissait en dehors de son domaine la répartition et la création des officines. Depuis longtemps les organisations professionnelles se plaignaient de cet état de choses. L'existence dans une localité d'un nombre d'officines trop considérable pour que chaque pharmacien réalisât des gains lui permettant de vivre honorablement risquait de conduire certains d'entre eux à ne plus exercer la profession avec toute la correction désirable, au détriment de la santé publique » (41).

Il continue en expliquant le contenu de la première loi relative au maillage territorial et sa transposition à la suite de la seconde guerre mondiale :

« [...] la loi du 11 septembre 1941 a introduit la limitation du nombre des pharmacies dans notre droit, l'exposé des motifs fait connaître le but de cette mesure : « Ramener à une juste limite une concurrence qui peut devenir très préjudiciable à la moralité de la profession. Mais les conséquences de cette limitation pour les possibilités d'installation des jeunes pharmaciens se trouvent atténuées par l'obligation pour les grandes pharmacies d'utiliser les pharmaciens employés, lorsque leur chiffre d'affaires dépasse une certaine limite ». La loi envisageait le problème sous un double aspect, d'une part, elle interdisait la création de pharmacies nouvelles sans autorisation administrative, d'autre part elle prévoyait une redistribution existante avec élimination de celles qui se trouvaient être en surnombre.

L'ordonnance du 23 mai 1945, qui validait et modifiait la loi du 11 septembre 1941 a maintenu la première des deux dispositions et n'a pas conservé la seconde « afin de laisser la libre concurrence et afin d'éviter l'augmentation du prix des fonds de pharmacie » lit-on dans cet exposé des motifs » (41).

Enfin M. Guislain souligne une nouvelle fois l'importance de la santé publique dans le choix de cette instauration :

« [...] Il résulte de cet historique un peu long [...] [que les textes législatifs] ont été promulgués dans l'intérêt de la santé publique. Le législateur s'est montré si soucieux de cet intérêt qu'il a prévu explicitement que des dérogations pourraient être apportées aux règles que lui-même édictait afin de satisfaire aux besoins de la population.

On notera que pour permettre une exacte adaptation aux exigences de la santé publique, la loi ne renferme aucune disposition restrictive relative à l'appréciation de ces besoins. Il est incontestable que dans un tel domaine l'utilité publique et l'intérêt général doivent prévaloir au-dessus de toutes autres considérations » (41).

C'est ainsi que l'article 571 du code de la santé publique, directement inspiré de la loi de 1941 modifié par l'ordonnance de 1945, a été inscrit dans ledit code par le décret n°53-1001 du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique. Puis, l'article a été

validée rétroactivement par la loi 58-356 1958-04-03 pour que son contenu reste légal durant la V^e République. L'article 571 à partir de 1953 indique ces quotas de population :

Population (en nombre d'habitant dans la commune)	Licence d'officine
< 2 000	La création est autorisée si la commune est dépourvue d'officine et qu'elle constitue, pour la population des localités avoisinantes, un centre d'approvisionnement, sous réserve que l'officine à créer et les officines voisines déjà existantes puissent être assurées chacune d'un minimum de 2 000 habitants à desservir.
< 5 000	Il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 2 000 habitants recensés dans les limites de la commune.
5 000 ≤ Population < 30 000	Création d'une officine par tranche de 2 500 habitants.
≥ 30 000	Création d'une officine par tranche de 3 000 habitants.

Tableau 7 – Résumé des quotas de population pour l'attribution des licences d'officine en 1953 définis par l'article L571 du CSP (42)

La suite de l'article contient un alinéa sur la source des informations démographiques à prendre en compte et un sur les dérogations à ces règles pouvant être accordées. Elles sont possibles si les besoins de la population l'exigent et sont accordées par le préfet sur propositions et après avoir recueilli divers avis (pharmacien inspecteur, conseil régional de l'ordre des pharmaciens, syndicats professionnels). Le dernier alinéa indique que le préfet « *peut imposer une distance minimum entre deux officines* » (42).

3.1.2.3. Premières évolutions législatives

Les quotas de population n'ont pas évolué pendant une quarantaine d'années contrairement à certaines dispositions dans cet article.

La loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant diverses dispositions d'ordre social entraîne le premier changement. Il concerne les dérogations accordées par le préfet qui ne se feront plus sur propositions mais seulement après avis.

La loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social modifia l'article en précisant que les quotas étaient applicables sur la collectivité territoriale de Mayotte et que les dérogations accordées par le préfet doivent prendre en compte les besoins de la population résidente et saisonnière.

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale rajoute deux alinéas dans l'article L571. L'un rajoute un pouvoir au préfet et l'autre précise les besoins de la population indiqués dans l'alinéa sur les dérogations. Il est ainsi précisé :

« *Lorsque la création d'une officine ou son transfert en provenance d'une autre commune peut être autorisé en application des deuxième à quatrième alinéas du présent article, le préfet peut, en vue*

d'assurer une desserte satisfaisante de la population, désigner par arrêté le ou les secteurs de la commune dans lesquels l'officine devra être située. [...]

Les besoins réels de la population résidente et de la population saisonnière mentionnés à l'alinéa précédent sont appréciés au regard, notamment, de l'importance de la population concernée, des conditions d'accès aux officines les plus proches et de la population que celles-ci resteraient appelées à desservir. Le préfet précise, dans sa décision, les populations prises en compte pour l'octroi des licences » (43).

La loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire remplace la notion de centre d'approvisionnement pour l'attribution d'une licence dans une commune de moins de 2 000 habitants. Il faut maintenant que la population ne soit pas suffisamment couverte « *au regard de la carte départementale des officines de pharmacie* » (44).

3.1.2.4. Évolution des quotas de population & argumentaire

3.1.2.4.1. Premier changement de quota en 1999

C'est seulement à partir de 1999 que les quotas de population ont commencé à être modifiés. Ils le seront à deux autres reprises en 2007 et 2011.

C'est lors du processus législatif pour la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle qu'a été ajouté par amendement un article reformulant les quotas de l'article L571 du CSP. L'amendement a été présenté lors de la 1^{ère} lecture du Sénat de la loi par le sénateur M. François Autain, médecin de formation. M. Autain souhaitait simplifier les modalités de création et de transfert des officines. Il reste critique du système en place depuis 1945 et des nombreux litiges qui en ont découlé comme l'atteste le compte-rendu de séance :

« Ce système de répartition, qui est en vigueur depuis 1945 et qui a fait l'objet d'un certain nombre de modifications depuis cette date, a permis d'assurer une bonne couverture en officines de l'ensemble du territoire, y compris dans les zones rurales. Il a toutefois montré ses limites. C'est en effet un travail considérable pour instruire les dossiers de demande de création par voie dérogatoire, qui exigent un examen détaillé au cas par cas. En outre, la jurisprudence est abondante et complexe, du fait des nombreux recours hiérarchiques et contentieux. Le montant des indemnités à payer en cas de créations illégales est, de surcroît, élevé et, pour les pharmacies dont la création est annulée par les tribunaux, la situation est inextricable. De plus, ce système n'a pas permis de résoudre le problème des surnombres d'officines dans certaines zones, en particulier dans les centres-villes » (45).

Les représentants de la profession ont sûrement été en contact avec le sénateur en amont de cet amendement puisqu'il dit lui-même « *que la profession, dans son ensemble, [approuve] cette initiative* » (45). M. Bernard Kouchner, représentant le gouvernement, exprime même que le texte est « *très attendu par la profession* » (45). Une fois l'amendement accepté au Sénat, le contenu de l'article n'a pas changé dans le reste du processus législatif.

L'article 571 a été réécrit et les nouveaux quotas sont devenus les suivants :

Population (en nombre d'habitant dans la commune)	Licence d'officine
< 2 500	Aucune création si déjà une officine ou si population déjà prise en compte.
	Si absence d'officine et population non prise en compte, création possible dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes contiguës si la totalité de la population de cette zone est au moins égale à 2 500 habitants.
2 500 ≤ Population < 30 000	Création d'une officine par tranche de 2 500 habitants.
≥ 30 000	Création d'une officine par tranche de 3 000 habitants.

Tableau 8 – Résumé des quotas de population pour l'attribution des licences d'officine en 1999 définis par l'article L571 du CSP (46).

Le palier de 5 000 habitants est supprimé et la tranche de population comptabilisée pour une officine est rehaussée à 2 500 habitants au minimum. L'article L571-1 précise que les quotas de population sont fixés à 3 500 pour les départements de Guyane, Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle. Il n'y a plus de notion de population résidente et saisonnière.

En 2000, la codification de la partie législative du code de la santé publique fût changée par voie d'ordonnance afin de rendre le code plus ordonné et le faire suivre un plan plus rationnel. L'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique a donc transposé les dispositions de l'ancien article L571 dans le nouvel article L5125-11, entré en vigueur le 22 juin 2000.

3.1.2.4.2. Deuxième changement de quota en 2007

Le plus grand changement a eu lieu en 2007 avec la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2008. Les quotas ont été augmentés. Plus important encore, les transferts et regroupements sont devenus prioritaires : la création d'officine devenant limitée maintenant à des situations particulières en dernier recours.

Le gouvernement a discuté avec les représentants de la profession, Ordre et syndicats, et obtenu leurs accords avant d'ajouter ces dispositions dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). L'objectif du gouvernement est annoncé dans le dossier de presse de présentation du PLFSS 2008 : « Optimiser la répartition des officines pharmaceutiques sur le territoire » (47). Le gouvernement constate que : la densité officinale française est l'une des plus grande d'Europe ; la France possède le plus grand nombre d'officines sur son territoire sans avoir la plus grande population et que la moyenne française de 2 500 habitants par officine est en deçà de la moyenne de l'UE. Il continue en précisant que « ce tissu officinal dense permet une distribution de proximité mais suit insuffisamment les évolutions démographiques. Les pharmacies sont également de trop petite taille pour développer de nouveaux services » (47).

Lors de la navette parlementaire certains représentants n'ont pas vu cet article d'un bon œil. Ils voyaient un durcissement des conditions d'installation et craignaient que ces changements ne fragilisent les petites pharmacies ou les zones rurales. Le gouvernement par sa Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Mme Roselyne Bachelot, pharmacien de formation, a réexpliqué et

répondu aux peurs de ces parlementaires comme on peut le lire dans les comptes rendu de séances de l'Assemblée Nationale et du Sénat. Mme Bachelot a souligné plusieurs points :

« Inciter au regroupement des petites officines ne nuirait en rien à la population et permettrait à ces pharmacies de supporter d'éventuelles variations de marge visant à diminuer les coûts de distribution. [...] »

Pour couvrir les besoins apparaissant dans une commune ou une zone dont la population augmente, il faut inciter le plus possible au transfert ou au regroupement d'officines surnuméraires n'importe où sur le territoire alors que jusque-là les transferts ne pouvaient se faire qu'à proximité. [...]

L'objectif de la mesure proposée [...] est de limiter les créations aux zones où existe vraiment un besoin qui n'est pas couvert, en révisant le seuil de population autorisant l'ouverture d'une pharmacie supplémentaire – cela ne concerne pas l'installation d'une première pharmacie dans une commune – et en facilitant les regroupements et les transferts.

Certaines officines peu rentables vont devenir vendables dans la perspective d'une reprise, d'un transfert ou d'un regroupement. [...] Ce rééquilibrage permettra par ailleurs de réduire l'écart existant entre de grosses officines attractives et de petites pharmacies » (48).

D'une manière générale les parlementaires ont approuvé ces dispositions et les amendements proposés ne portaient pas sur le cœur de l'article. Par ailleurs il est à noter que durant les débats les parlementaires s'accordaient sur l'importance de la profession de pharmacien d'officine et de la maintenir réglementée.

Une fois la LFSS adoptée, les quotas de populations sont devenus les suivants :

Population (en nombre d'habitant dans la commune)	Licence d'officine	
< 2 500	Si absence d'officine	Ouverture par création possible si les autres conditions sont remplies depuis au moins 2 ans à compter d'un recensement et qu'aucune décision autorisant une ouverture par transfert ou regroupement n'a été prise dans ce délai.
	Si fermeture dernière officine	Ouverture par voie de transfert si l'officine a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants.
≥ 2 500	Si absence d'officine	Ouverture possible par voie de transfert .
	Présence d'au moins 1 officine	Ouverture possible par voie de transfert à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 3 500 habitants.

Tableau 9 – Résumé des quotas de population pour l'attribution des licences d'officine en 2007 définis par l'article L5125-11 du CSP (49).

Il est à noter qu'il existe toujours l'article précisant la dérogation à ces quotas pour les départements de la Guyane, Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. L'article L5125-13 précise qu'il faut remplacer le quota de 2 500 par 3 500 habitants.

3.1.2.4.3. Dernier changement de quota en 2011

Le dernier changement de quota a été effectif en 2011 avec la LFSS 2012.

Le gouvernement s'est basé sur le rapport de l'IGAS de Juin 2011 intitulé « Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau » qu'il avait missionné en Février 2011. Dans la lettre de mission, le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé Xavier Bertrand avait demandé à l'IGAS « *d'identifier les outils nécessaires à l'optimisation du réseau officinal* » (50).

L'analyse de l'IGAS sur le réseau officinal est similaire aux conclusions des discussions en 2007. Le réseau d'officine est toujours plus dense que la moyenne européenne et le nombre de pharmaciens par habitant plus élevé. L'IGAS décrit les inégalités géographiques du maillage territorial notamment dues à la possibilité de créer une officine de manière dérogatoire pendant de nombreuses années. En plus des inégalités régionales, il existe des différences entre zones rurales et urbaines. En effet « *l'application mécanique de la loi conduit [...] à ce que la densité des officines au km² soit proportionnelle à la densité de population* » (50) mais cette application a aussi « *conduit dans les agglomérations à créer plus d'officines que nécessaire* » (50). Le rapport continue en expliquant que « *la bonne couverture en officines du territoire se fait au prix d'une taille moyenne d'officine relativement modeste et d'un nombre important d'officines de petite taille, dont la santé est plus fragile* » (50). L'IGAS rapporte que différents acteurs (Ordre national des pharmaciens, Cours des comptes) partagent le constat d'un surnombre d'officines sans pour autant s'accorder sur le nombre exact. La fourchette serait de 2300 à 5200 officines en surnombre, selon le raisonnement utilisé (législation actuelle, situation idéale) et du résultat recherché. Enfin concernant les quotas de population, l'IGAS note que l'existence de quotas plus stricts dans certains départements ne pèse pas sur le service rendu à la population et que ce système « *n'offre à lui seul aucune garantie en matière de maillage [la loi ne pouvant] contraindre une pharmacie à s'installer en un endroit donné* » (50). L'IGAS annonce que la France est à l'abri de tout désert officinal mais que des inquiétudes existent sur le maintien du maillage sachant que d'autres facteurs sont en jeu (ex : nombre de médecins prescripteurs en zone rurale).

Quatre recommandations apparaissent dans ce rapport de l'IGAS en lien avec le maillage territorial ou l'impactant indirectement :

- Recommandation n°30 : Charger les ARS de conduire un travail de repérage des difficultés potentielles d'accès au médicament.
- Recommandation n°31 : Tarir les créations d'officine en augmentant et en unifiant les quotas, en les durcissant dans les agglomérations, et en instaurant un gel de dix ans.
- Recommandation n32 : Réformer les normes de personnel en diminuant l'incrément à 0,5 équivalent temps plein (ETP) et en fixant le pas à 635 k€.

- Recommandation n°33 : Encourager les regroupements en allongeant la période de protection, en permettant les regroupements en tout point du territoire, en leur étendant l'avantage fiscal en cas de retraite.

Revenant au PLFSS de 2012, le projet de loi déposé par le gouvernement se concentrait sur la modification de l'objet de la convention entre pharmacien d'officines et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). En effet le gouvernement présente ses propositions de la manière suivante :

« Conformément aux propositions du rapport IGAS « Pharmacies d'officine : rémunération, mission, réseau » publié en juin 2011, il s'agit d'introduire progressivement dans la rémunération officinale une part croissante déconnectée du prix des produits vendus. [...] Il convient pour cela de modifier l'objet de la convention pharmaceutique prévue par le code de la sécurité sociale. [...] Il est proposé, en parallèle d'accompagner et de maîtriser la recomposition du réseau officinal en ouvrant la possibilité à la convention pharmaceutique de déterminer des objectifs négociés de redimensionnement du réseau » (51).

Le gouvernement met en garde qu'« en l'absence de dispositif d'orientation de la recomposition du réseau, le risque serait de laisser la restructuration se faire sous la seule contrainte économique induite par la régulation des prix des médicaments [...] avec le risque de voir cette restructuration s'opérer lentement, fragilisant durablement le réseau voire entraînant par endroit des ruptures dans le maillage officinal » (51).

Le projet de loi ouvre la porte à une négociation entre l'UNCAM et les représentants des pharmaciens d'officine pour arriver à « des objectifs quantifiés d'évolution du réseau » (51). C'est ainsi que dans la convention nationale des pharmaciens, négociée pour 5 ans et signée en 2012, fut introduit l'article 16 portant sur ce sujet.

Le PLFSS ne contenait pas de modification des quotas en premier lieu. C'est par amendement en première lecture à l'Assemblée Nationale que la modification des quotas fut ajoutée. Le député Guy Malherbe présenta son amendement de la manière suivante :

« Il est proposé d'accompagner et de maîtriser la restructuration du réseau officinal, notamment en relevant à 4 500 habitants les tranches actuellement fixées à 3 500 habitants, permettant l'ouverture d'une pharmacie supplémentaire dans une commune où une officine est déjà installée et, d'autre part, en instituant une procédure de rachat-destruction de licences, après avis de l'ARS, permettant aux pharmaciens d'officine d'organiser sur le terrain la restructuration de leur propre réseau.

Le maintien à 2 500 habitants du premier seuil de population permettant l'ouverture d'une officine et l'intervention de l'ARS dans la procédure de rachat-destruction de licence permet de garantir que ces dispositions ne conduiront en aucun cas à une désertification officinale mais bien à une meilleure répartition des officines sur le territoire et à une consolidation de leur activité.

Il faut rappeler aussi la disposition de l'alinéa 3 de l'article L. 5125-11, qui prévoit que lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé officiellement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle licence peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert dans cette commune. Ceci garantit aux territoires ruraux la conservation de leurs pharmacies » (52).

L'amendement fût adopté avec un avis favorable du gouvernement et du rapporteur. L'article 39 du PLFSS ne fut pas modifié dans la suite de la navette parlementaire et devint l'article 74 de la LFSS une fois promulguée le 21 décembre 2011.

Depuis cette date les quotas de population sont ceux décrit dans le **Tableau 6** dans la partie 3.1.2.1. Ils sont toujours en vigueur au moment de la rédaction de cette thèse.

Il y a eu par la suite deux changements mineurs de l'article L5125-11 du CSP en décembre 2014 et janvier 2015. Ces changements ne sont pas substantiels et sont du ressort de l'urbanisme.

3.1.2.5. Analyse de l'évolution globale du maillage territorial

Nous remarquons une augmentation depuis la fin du 20^{ème} siècle de la fréquence des évolutions des quotas de population et des règles d'installation. Ces modifications arrivent après une longue période où les réglementations en place n'ont pas été réévaluées et donc n'ont pas été changées. Le nombre de pharmacies a donc crû durant cette période et elles seraient nombreuses à avoir utilisé une demande dérogatoire pour obtenir leurs licences.

La fin du siècle dernier et le début du XXI^{ème} sont le départ d'une prise de conscience de l'importance des questions démographiques des pharmaciens et du maillage officinal. Les quotas et les règles d'installation sont changés à 3 reprises. Les changements réglementaires montrent clairement l'objectif de diminuer le nombre d'officines, si possible sans diminuer l'offre de soins et l'accès au médicament des patients. Les transferts et les regroupements sont favorisés et deviennent les outils privilégiés pour restructurer le réseau de pharmacie.

À titre indicatif, l'ONP présentait dans son rapport démographique 2016 les données suivantes :

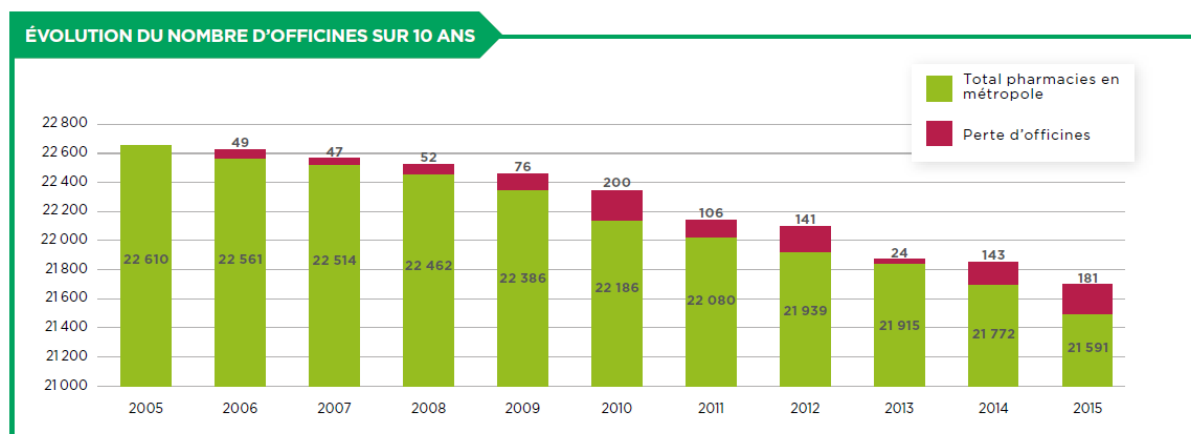


Figure 13 – Évolution du nombre d'officine de 2005 à 2015 (13)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Transferts d'officines	236	235	291	241	266	286	230
Regroupements	35	31	18	24	30	35	38
Restitutions de licences*	0	47	84	78	93	88	143

Tableau 10 – Nombre de transfert, de regroupement et de restitution de licence d'officine de 2009 à 2015 (13)

Nous constatons donc une décroissance du nombre d'officine sur ces dix dernières années. Ce nombre diminue grâce aux restitutions de licences d'une part mais surtout par les transferts et regroupements qui sont plus nombreux. La restitution de licence peut avoir lieu quand un ou plusieurs confrères rachètent la licence d'exploitation, la restituent et ferment l'officine. Cela indiquerait une restructuration en cours du réseau qui est la bienvenue. Mais il faut nuancer ce propos en précisant que les transferts d'officines restent majoritairement dans la même commune d'implantation.

Toujours selon l'ONP, la densité moyenne en France exprimée en « Officines pour 100 000 habitants » est passée de 37,1 à 34 de 2007 à 2015 (53) (13).

L'ONP constate que *« l'accélération en 2015 du nombre de fermetures ne crée donc toujours pas de désert pharmaceutique »* (13). Le rapport de l'IGAS et de l'IGF paru en 2016 conforte cette idée : *« les fermetures d'officine ne posent jusqu'à présent pas de difficulté globale d'accès au médicament pour la population dans la mesure où la quasi-totalité des fermetures surviennent dans des territoires au préalable en surdensité officinale. In fine, 97 % de la population métropolitaine vit aujourd'hui à moins de 10 minutes en voiture d'une officine (0,5 % se situant à plus de 15 minutes) »* (36).

Il faut garder en tête que ce ne sont pas seulement les quotas de population qui impactent le maillage territorial mais bien toutes les réglementations sur : l'ouverture, les transferts, les regroupements des officines, le nombre de pharmacien en fonction du chiffre d'affaires d'une officine, etc.

3.1.2.6. Perspectives

L'évolution du maillage territorial passera par de nouvelles analyses et de nouveaux changements réglementaires. Ces changements ne seront pas simplement sur les quotas de population.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ouvre la possibilité au gouvernement d'« *adapter les conditions de création, de transfert, de regroupement et de cession des officines de pharmacie, notamment au sein d'une commune ou de communes avoisinantes* » par voie d'ordonnance dans les 2 ans suivant sa promulgation.

C'est dans cet optique que l'IGAS et l'IGF ont été mandaté pour écrire le « Rapport - La régulation du réseau des pharmacies d'officine » en 2016. Ils proposent 3 scénarios d'évolution :

« 1) Traiter les difficultés et spécificités locales dans une logique d'articulation accrue entre professionnels de santé ;

2) Faire émerger des officines ayant une meilleure robustesse économique, une productivité accrue et une plus grande capacité à endosser de nouveaux services en lieu et place des officines les plus petites des territoires sur-denses ;

3) Dynamiser l'évolution du réseau via un assouplissement de la réglementation et une sécurisation juridique accrue des opérations engagées » (36).

L'ordonnance du gouvernement devrait paraître courant 2017.

Dans la même optique, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Mme Marisol Touraine, apporte une nouvelle ouverture à l'évolution du maillage dans sa lettre du 2 janvier 2017 de cadrage au Directeur général de la CNAM en vue des négociations conventionnelles. Elle précise que le 3^{ème} objectif de ces négociations est d'« accompagner les évolutions nécessaires du réseau, en particulier à travers l'aide ciblée à certaines officines indispensables dans les territoires sous-denses et qui présentent des signes marqués de difficulté économique. »

Le résultat sera peut-être une évolution de l'actuel article 16 de la convention collective. Bien que ce précédent ajout dans le champ conventionnel soit sans résultat comme le décrivent l'IGAS et l'IGF : « Si l'Assurance maladie et les organisations syndicales représentatives ont réussi à établir un diagnostic partagé sur l'état du maillage officinal, les travaux de l'observatoire conventionnelle ne se sont pas poursuivis après 2013 » (36). Le manque de données, le refus des syndicats de s'engager sur un objectif chiffré de réduction du nombre d'officines ainsi que le manque de pouvoir des deux parties sont les raisons de cet arrêt.

Deux aspects apparaissent donc concernant les perspectives d'évolution du maillage territoriale : le manque d'analyse et l'incertitude de l'évolution du métier. Le rapport de l'IGAS-IGF les résume de la manière suivante:

« La régulation de l'installation des pharmacies pâtit d'un manque de données, démographiques et économiques partagées et actualisées, sur les différentes dimensions de l'activité officinale impactant le réseau.

Enfin, le cloisonnement du suivi du métier de pharmacien au sein des différentes structures chargées de leur régulation complique l'appréhension globale de la problématique du maillage officinal et de ses évolutions au regard du souhait des pouvoirs publics de réorienter le pharmacien vers de nouvelles missions, davantage tournées vers la prévention et l'accompagnement thérapeutique des patients que la stricte délivrance de médicaments » (36).

3.1.2.7. Synthèse de la sous-partie sur le maillage territorial

Les règles d'installation des pharmacies d'officine ont été instaurées dans les années 1940. Les quotas de population ont été introduits en 1953. Ces décisions ont été prises dans l'intérêt de la santé publique. Ces règles n'ont presque pas évolué durant la suite du XX^{ème} siècle, ce qui a permis d'avoir les bases de notre dense réseau officinal. Mais le système dérogatoire a montré ses limites et a créé des zones en surnombres. Les changements de quotas ont eu lieu en 1999, 2007 et 2011 ce qui montrent une accélération des travaux sur le maillage. Actuellement, le nombre d'officine diminue mais la proximité des officines à la population est toujours forte. Il n'y a pas de désert pharmaceutique en France et cela est un atout pour la santé des populations. La restructuration du réseau officinal se poursuit et des changements législatifs sont à attendre. Il conviendra de surveiller leurs articulations dans le modèle démographie pharmaceutique et que leurs impacts ne déstabilisent pas le maillage territorial.

3.1.3. Migration de pharmaciens en France

Il est possible de venir travailler en France en tant que pharmacien avec un diplôme étranger. Il faut pour cela faire reconnaître ses qualifications professionnelles. Cela se fait de manière différente pour les diplômes en provenance de l'UE et ceux extra-européens.

La part de professionnel ayant obtenu son diplôme à l'étranger est faible pour la profession de pharmacien comparée aux autres professions de santé. Cette faible part est même qualifiée d'« épiphénomène » par l'ONDPS.

L'émigration de diplômés français est aussi possible que ce soit dans l'UE ou dans le reste du monde. Le flux sortant est néanmoins difficile à quantifier.

3.1.3.1. Cadre juridique

Les règles liées à l'exercice de la profession de pharmacien se trouvent dans la partie législative du Code de la santé publique. De ces règles découlent aussi la reconnaissance des diplômes étrangers, venues de la transposition de droit européen.

Ainsi l'article L4221-1 du CSP, dont la dernière modification est issue d'une ordonnance relative à la transposition de la directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, est écrit de la manière suivante (54) :

« Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'offre toutes garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit les conditions suivantes :

1° Etre titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionnés aux articles L. 4221-2 à L. 4221-5 ;

2° Etre de nationalité française, citoyen andorran, ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou ressortissant d'un pays dans lequel les Français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays ;

3° Etre inscrit à l'ordre des pharmaciens.

Les pharmaciens titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionnés à l'article L. 4221-2 sont dispensés de la condition de nationalité prévue au 2°. »

L'article L4221-1-1 du CSP expose une dérogation pour exercer temporairement la pharmacie dans le cadre d'une formation spécialisée pour les internes étrangers ou pharmaciens spécialistes étrangers.

L'article L4221-2 du CSP précise que le 1° de l'article L4221-1 du CSP fait référence au « *diplôme français d'Etat de docteur en pharmacie ou de pharmacien* » (55). L'article L4221-3 précise que les diplômes validés par le Gouvernement dans les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle sont assimilés au diplôme de pharmacien délivré par l'État pour l'exercice de la pharmacie.

L'article L4221-4 précise les modalités d'exercice pour les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie de l'accord sur l'Espace économique européen. Ainsi il faut :

« 1° Un titre de formation de pharmacien délivré par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;

2° Un titre de formation de pharmacien délivré par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires, ne figurant pas sur la liste mentionnée au 1°, s'il est accompagné d'une attestation

de cet Etat certifiant qu'il sanctionne une formation conforme à ces obligations et qu'il est assimilé, par lui, aux titres de formation figurant sur cette liste » (56).

L'arrêté dont cet article fait référence est l'arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de pharmacien délivrés par les Etats membres de l'Union européenne, les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse visée à l'article L. 4221-4 (1°) du code de la santé publique, dont le code de référence est le NOR: SANH0720838A. La liste en annexe de cet arrêté reprend la liste établie au niveau européenne des titres de formations de pharmacien reconnus dans l'annexe de la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (67). Ainsi ces formations respectent les exigences minimales de formation définies dans cette même directive. Cette directive et son contenu seront plus détaillés dans la partie 4.2.

L'article L4221-7 du CSP définit les modalités d'attribution des autorisations d'exercice pour les personnes titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province de Québec.

Les articles suivants (du L4221-9 au L4221-14-2) décrivent les situations où le ministre chargé de la Santé peut autoriser à exercer la pharmacie en France en dérogations des précédents articles ainsi que les modalités de cette prise de décision.

3.1.3.2. Demande pratique

3.1.3.2.1. Diplômes UE / EEE / Suisse reconnus

Les ressortissants et titulaires de diplôme, certificats ou autres titres de pharmacien d'un des États membres de l'Union européenne, des États parties à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE) et de la Confédération suisse peuvent faire reconnaître leur qualification professionnelle et demander à s'inscrire à l'Ordre pour exercer en France. Cette reconnaissance est automatique. Les candidats n'ont pas besoin de passer des épreuves de vérifications de connaissances. Les candidats doivent avoir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession.

Depuis l'introduction en 2016 de la carte professionnelle européenne – qui n'est pas une carte matérielle mais une démarche électronique – les modalités administratives sont simplifiées. La démarche se fait en ligne. Les autorités du pays d'origine aident à préparer la demande, vérifient l'authenticité des justificatifs et sont directement en contact avec les autorités du pays d'accueil via le système d'information sur le marché intérieur (IMI).

3.1.3.2.2. Diplômes hors UE / EEE et diplômes UE non conformes aux directives européennes

Les candidats titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'UE et de l'EEE, ou d'un diplôme obtenu dans l'UE / EEE mais non conforme qui veulent exercer en France doivent faire une demande d'une autre manière. Leur demande sera évaluée par une commission d'autorisation d'exercice. Le dossier pour cette demande doit être transmis au Centre national de gestion (CNG). Le CNG résume les différents cas et les procédures dans la figure suivante :

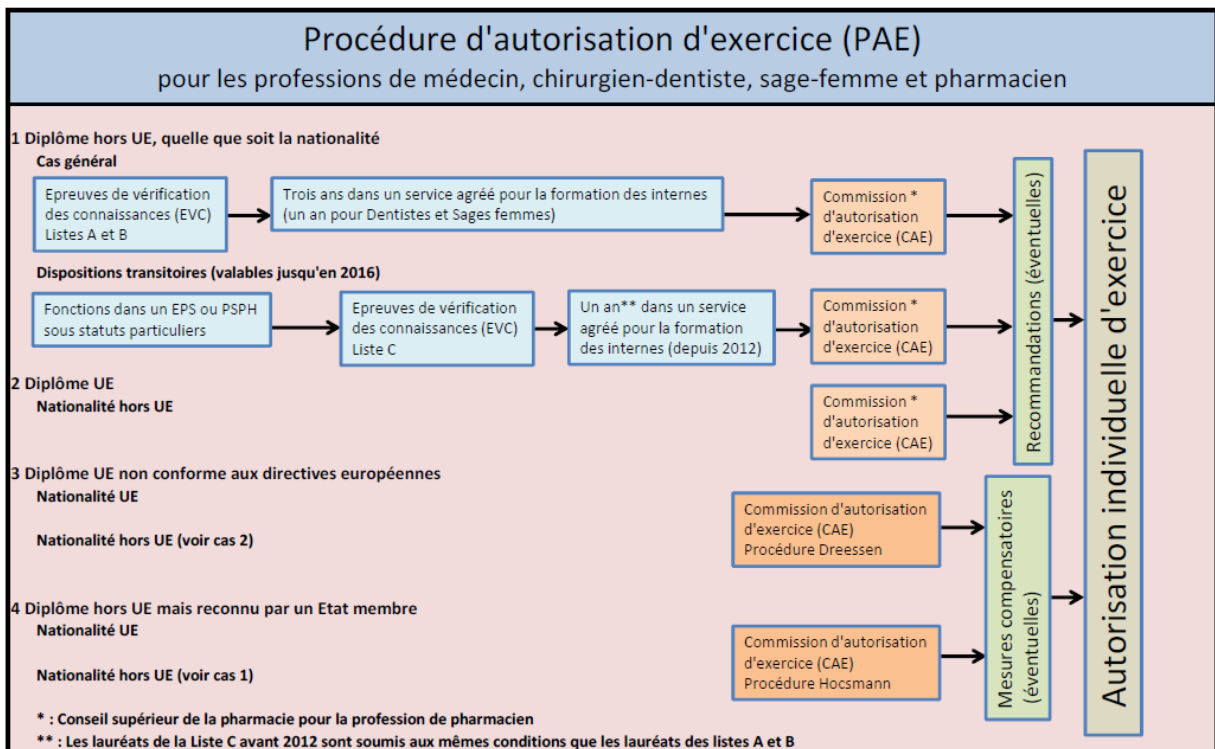


Figure 14 – Les différentes procédures d'autorisation d'exercice mises en place par le CNG (57)

Il faut préciser les listes décrites dans le cadre des épreuves de vérification des connaissances. La liste A est un concours qui concerne tous les candidats saufs ceux visés par les listes B et C. La liste B est un examen ouvert aux « *personnes justifiant de la qualité de réfugié politique, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial, bénéficiaire de la protection subsidiaire ou français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises* » (58). La liste C est un examen ouvert « *uniquement aux personnes pouvant justifier de l'exercice de certaines fonctions durant une période précise en France* » (58).

Il est important de préciser pour les candidats ayant réussi les épreuves de vérification des connaissances qui doivent justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service agréé pour la formation des internes que « *les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte* » (58).

Une précision concernant les procédures Dreessen et Hocsmann est nécessaire. Ces procédures « *sont issues de la jurisprudence et ne concernent qu'un nombre marginal de candidat* » (58) et font passer outre l'épreuve de vérification des connaissances.

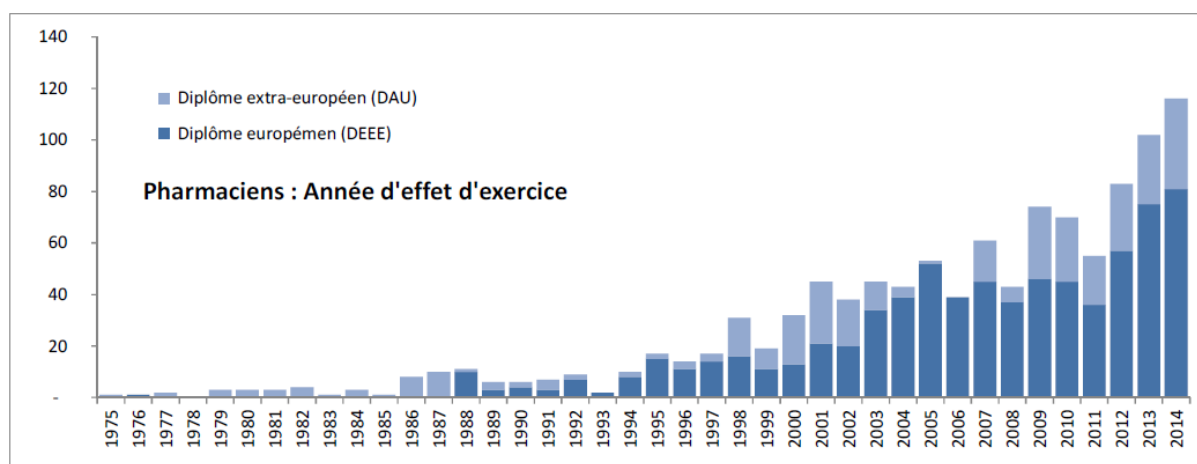
3.1.3.3. Évolution Quantitative

3.1.3.3.1. Flux entrants

L'ONDPS a consacré son rapport 2016 à la mobilité internationale des professionnelles de santé. Une partie est réservée à l'analyse du nombre de pharmacien à diplômes étrangers exerçant en France à partir du RPPS.

L'ONDPS rappelle que les enjeux sont différents pour les professions car « au 1er janvier 2015, la part de diplômés à l'étranger est de 9,7 % pour les médecins, 6,1 % pour les odontologistes, 5,8 % pour les sages-femmes et plus faible pour les pharmaciens (1,5 %) » (58).

L'ONDPS décrit une augmentation de la part des pharmaciens à diplômes étrangers qui s'inscrivent à l'Ordre sur les dernières années après une stabilisation au début des années 2000. Cette augmentation est traduite par la figure suivante :



Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

Figure 15 – Effectifs des pharmaciens à diplôme étranger au 01/01/2015 par année d'effet d'exercice (58)

Bien que les chiffres exacts diffèrent, cette augmentation est aussi décrite par l'ONP dans ses propres rapports démographiques. En recoupant les données des rapports démographiques de l'ONP de 2007 à 2016 on peut voir l'évolution du nombre de pharmaciens étrangers inscrits à l'Ordre et de nouveaux inscrits à diplômes étrangers. Ces résultats sont repris dans le tableau suivant :

Années	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de pharmaciens étrangers inscrit à l'ordre au 1er Janvier	854	881	926	1004	1031	1090	1179	1247	1293	1354
Écart par rapport à l'année précédente	n/a	27	45	78	27	59	89	68	46	61
Évolution par rapport à l'année précédente	n/a	3,1 %	4,9 %	7,8 %	2,6 %	5,4 %	7,5 %	5,5 %	3,6 %	4,5 %

Tableau 11 – Nombre de pharmaciens étrangers inscrits à l'Ordre selon les rapports démographiques de l'ONP

Nous remarquons donc une évolution du nombre de pharmaciens à diplômes étrangers comme l'indiquait l'ONDPS. Sur les 9 années de 2006 à 2015 l'augmentation a été d'environ 37 % ce qui semble en pourcentage à l'augmentation entre 1997 et 2006 qui était de 37,8 %, passant de 531 à 854 (53).

Les analyses de l'ONDPS et de l'ONP se recoupent sur la répartition des pays d'obtention des diplômes. L'ONDPS annonce qu'« au 1er janvier 2015, sur l'ensemble des pharmaciens actifs à

diplôme étranger, 746 ont un diplôme européen (68 % de l'ensemble) et 352 un diplôme extra-européen (32 %) » (58). Sur l'ensemble des pharmaciens actifs ayant un diplôme européen, une majorité (43 %) l'a obtenu en Belgique (58).

L'ONDPS précise que 53,9 % des pharmaciens ayant un diplôme étrangers sont de nationalité française. Cela peut s'expliquer par des situations de français allant faire leurs études à l'étranger et revenant exercer en France mais aussi par des doubles-nationalités.

3.1.3.3.2. Flux sortants

Les flux sortants, représentant l'émigration des diplômés français, sont très difficiles à mesurer.

L'ONDPS tire plusieurs conclusions générales sur ce sujet :

- *« Un fort impact de l'application des directives européennes sur la libre circulation des personnes et sur la reconnaissance des diplômes sur la démographie des professionnels de santé et sur la régulation de celle-ci dans les pays de l'Union européenne et en Suisse.*
- *[...] Des données disponibles sur les flux sortants de professionnels de santé actuellement très limitées, tant en France qu'au niveau international.*
- *[...] Un phénomène de « fuite » des professionnels de santé formés en France limité, en comparaison de ce qui peut être observé dans la plupart des autres pays développés » (58).*

Les flux nationaux mais aussi internationaux sont très difficiles à quantifier. Les bases internationales Eurostat de l'UE, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont chacune leur biais. Les données collectées et les moyens mis en œuvre sont différents entre pays ce qui rend difficiles les comparaisons.

En France, il est d'autant plus compliqué de quantifier l'émigration de diplômés qu'il est compris dans le « taux d'évaporation ». Comme déjà expliqué, certains diplômés exercent une activité en France ne nécessitant pas une inscription au tableau de l'Ordre.

Nous pouvons néanmoins faire quelques analyses grâce à la base de données des professions réglementées de l'UE accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/>. Les données accessibles sont le nombre de décisions prises sur la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le but de l'établissement permanent (comprendre « pour durée indéterminée ») du professionnel au sein des États membres de l'UE, pays de l'EEE et la Suisse.

En se focalisant sur la profession de pharmacien nous pouvons voir qu'en 2015, 709 décisions positives de reconnaissance des qualifications professionnelles ont été accordées sur 722 demandes dans toute l'UE / EEE / Suisse. Sur ces 709 demandes, 97 décisions positives ont été accordées pour une qualification obtenue en France, soit 13,7 %. La France était en 2015 le deuxième pays d'origine des qualifications en nombre de demandes de reconnaissances acceptées derrière le Royaume-Uni (146 décisions positives soit 20,6 %) et devant l'Italie (94 décisions positives soit 13,3 %) et l'Allemagne (85 décisions positives soit 12 %). Ces 5 pays représentent près de 60 % des décisions positives (59). Les diplômés français seraient donc parmi les plus mobiles de l'UE.

En rassemblant les demandes annuelles émanant de France qui ont été acceptées sur les dernières années, nous obtenons le tableau suivant :

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de décisions positives	67	80	76	69	75	70	63	89	97

Tableau 12 – Nombre de décisions positives de reconnaissance des qualifications professionnelles obtenues en France pour la profession de pharmacien selon la base de données des professions réglementées de l'UE (59)

Nous remarquons que le nombre de décisions positives est assez constant avec une augmentation pour ces dernières années. Il est regrettable de ne pouvoir analyser les pays destinataires de ces demandes de reconnaissances. Une analyse plus générale de la base de données sera faite en partie 4.4.3.

Quantitativement parlant, le nombre de reconnaissance des qualifications professionnelles obtenues en France reste minime, que nous le comparions au NC ou au nombre de pharmacien en France. Comparer ce nombre au NC supposerait que ces demandes de reconnaissance viennent juste après l'obtention du diplôme français. Ce n'est pas vérifiable et cela paraît peu probable. Comparer ce nombre au nombre de pharmacien en France nous fait réaliser qu'il reste extrêmement faible. Les 97 demandes positives de l'année 2015 ne représentent que 0,13 % des 74345 pharmaciens enregistré par la DRESS au 1^{er} Janvier 2015 (19).

3.1.3.4. Perspectives

Il est difficile d'établir des perspectives concrètes d'évolution des flux de migrations de pharmaciens.

Nous pouvons considérer que l'augmentation qui semble constante ces dernières années de flux entrants se poursuivra.

Les flux sortants ne sont pas quantifiés par la France, et il serait difficile de le faire. Il faudrait au minimum pouvoir suivre ces flux au niveau européen et les prendre en compte dans les politiques démographiques. Considérant l'avantage de la reconnaissance des diplômes au sein de l'UE et l'introduction de la carte européenne de professionnel, nous pouvons supposer une augmentation des flux sortants de pharmacien diplômés en France, bien que celui-ci soit extrêmement minime.

Il faut relativiser le poids des migrations pour la profession de pharmacien. Ce que fait l'ONDPS dans la conclusion de son rapport 2016 :

« Il ne semble pas y avoir, au vu des faibles effectifs de diplômés à l'étranger en exercice en France (1 098, soit 1,5 % des pharmaciens), de véritables enjeux liés aux mobilités internationales, du moins s'agissant des flux entrants. La réglementation relative à l'installation d'une officine peut constituer l'un des motifs de cette faiblesse des flux entrants » (58).

Puis d'une manière générale, l'ONDPS précise que les « mobilités internationales sont des dynamiques très mouvantes » (58) et qu'il lui semble que ce soient « essentiellement les capacités de l'offre de soins et de la formation qui soient les moteurs des flux entrants et sortants de

professionnels en France et en Europe » (58) . Ceci fait donc un lien direct avec la problématique du NC dans le contexte européen.

3.2. Evolution du modèle démographique pharmaceutique français

Le sujet de la démographie pharmaceutique est très actuel dans un contexte où d'une part l'économie de la pharmacie ralentit et d'autre part la fermeture d'officines est un nouveau phénomène. Le NC est questionné voir remis en cause de plus en plus fréquemment ces dernières années. Les acteurs s'accordent sur un changement nécessaire du NC mais pas sur la forme. Le maillage territorial des officines est toujours bon mais sera amené à évoluer. Enfin les mobilités internationales des pharmaciens en France restent peu prévisibles mais limitées. Tous ces éléments entrent dans le débat global de la démographie pharmaceutique dont les questions centrales restent « Quels besoins en pharmacien ? » et « Comment répondre à ces besoins ? ».

Attaché à la question de la démographie pharmaceutique, l'ONP reste impliqué sur ce sujet. Lors de « la journée de l'Ordre » de 2016 a été organisée une table ronde autour du thème « Démographie : quels besoins en pharmaciens après 2020 ? ». Même si les propos échangés au cours de la table ronde n'ont pas permis de répondre à la question et se sont focalisés sur l'attractivité de la filière pharmacie en PACES et la filière officine en particulier ; Mme Adenot, Présidente du CNOP (2009 – 2017), a annoncé les travaux de l'Ordre dans ce domaine.

En plus des travaux de veille de la démographie au niveau national par les inscriptions au tableau et au niveau régional par des analyses de terrain, l'Ordre a annoncé avoir lancé une nouvelle étude. En collaboration avec l'École Polytechnique et le laboratoire LISITE de Institut Supérieur d'électronique de Paris, l'Ordre espère arriver à produire un modèle démographique robuste prenant en compte tous les aspects démographiques. Il faut dans cet optique identifier : l'offre, les pharmaciens ; la demande, le nombre de pharmacien dont nous avons besoin ; et voir la différence entre l'un est l'autre pour mieux anticiper les besoins et déterminer les politiques démographiques comme le NC. Mme Adenot a donné plusieurs précisions sur cette étude :

- Elle n'est pas prospective mais réelle, utilisant les données exactes observées de la démographie. Les données proviennent de l'Ordre, de l'Insee, de la DRESS, de la Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens et des UFR.
- Elle ne se focalise que sur la métropole, les données des DOM n'étant pas statistiquement valables au vu de leur faible quantité.

Il leur est beaucoup plus difficile que prévu de créer ce modèle. L'anticipation est biaisée car nous ne sommes pas dans une situation de droit constant, de structure constante et de mode d'exercice constant. Il existe de nombreux facteurs dont la possible évolution se répercuterait fortement sur le modèle : âge de départ à la retraite, durée du temps de travail, nouvelles structurations des métiers de la répartition, des laboratoires biologique, des obligations des diplômés d'études spécialisées (DES) de pharmacie hospitalière, l'organisation des études, les changements de compétences et obligations professionnelles des officinaux, l'évolution des compétences des autres professionnels de santé, le nombre de pharmacien se dirigeant vers d'autres métiers ne nécessitant pas d'exercer sa responsabilité pharmaceutique, flux étrangers de professionnels, accès partiel à la profession, etc.

Le modèle n'est pas encore prêt. L'Ordre attendra que le modèle soit robuste pour être dévoilé. L'Ordre continue donc de travailler dessus avec ses partenaires. Mme Adenot a profité de cette journée pour donner les récentes tendances de l'Ordre sur la démographie officinale :

- Il y a une absence d'accélération du nombre de fermeture d'officine : 140 fermetures sur les 3 premiers trimestres 2016 comparé aux 181 fermetures sur l'ensemble de l'année 2015. L'Ordre surveille de près ces fermetures, géographiquement mais aussi pour savoir les raisons de ces fermetures. Il en ressort que ces fermetures touchent majoritairement les régions Centre, Franche-Comté, Bretagne, Poitou-Charentes et Pays de Loire si l'on rapporte le nombre de fermetures au nombre d'officines de la région.
- Il y a de grand changement dans les raisons de fermeture des pharmacies. L'Ordre remarque que les pharmaciens font une contribution active à la structuration du réseau de part le nombre croissants de regroupements volontaires et d'indemnisation contre fermeture (dit « rachat-fermeture »). Au 1^{er} semestre 2016 cela représente plus de 50 % des fermetures de licences. L'Ordre remarque aussi que ce ne sont pas que les pharmacies à faible chiffre d'affaires les plus touchées.
- Les départs à la retraite des pharmaciens titulaires augmentent. L'Ordre suit le taux de réinscription de la section A à la section D. Ce taux diminue fortement, passant rien que de 2015 à 2016 de 23 à 13,42 %, prouvant que les départs à la retraite sont plus nombreux.
- Au niveau des jeunes, l'Ordre note un goût d'entreprendre car il y a de plus en plus de titulaire. 48 % des officines qui ont changé l'ensemble de leurs titulaires ont été achetés par des pharmaciens de moins de 37 ans. Cela ne prend pas en compte les prises de participations partielles dans des structures existantes. De plus les jeunes ne reculent pas devant la ruralité, ils s'installent sur l'ensemble du territoire.

Concernant les institutions, l'ONDPS n'a pas reçu de missions pour travailler sur un autre modèle ou une autre méthode de calcul du NC du ministère malgré son appel de 2012. Il n'y a actuellement pas de politique démographique officielle engageant les différentes parties sur la profession de pharmacien. Les changements législatifs sur le NC ou sur le maillage territorial ne semblent pas avoir de lien directs entre eux ou de s'inscrire dans une politique commune. Cette absence de politique générale démographique rend les initiatives, telles que les discussions UNCAM/Syndicats de pharmacien, sans suite ou difficilement applicables. C'est pourquoi l'initiative de l'Ordre doit être saluée. Un modèle démographique robuste avec le plus grand nombre de paramètres pris en compte serait une avancée majeure pour être la base de réflexions portant à faire évoluer nos réglementations.

4. Niveau communautaire

L'Union Européenne repose sur le principe d'un marché unique avec une libre circulation des biens, des capitaux, des services et des personnes. Il est donc intéressant d'analyser de quelle manière la Santé d'une part mais aussi la démographie pharmaceutique sont affectées par la législation européenne, sachant que la profession de pharmacien est aussi réglementée au niveau communautaire.

Après quelques rappels législatifs, nous parlerons des travaux engagés par la Commission européenne sur la démographie des professions de santé. Nous comparerons les aspects de la régulation de la démographie pharmaceutique (vus en partie 3) entre la France et les États membres de l'UE et présenterons enfin les activités de différentes parties prenantes dont les étudiants en pharmacie.

4.1. Rappels de législations européennes

4.1.1. Catégories de textes de la législation européenne

Les différents types de textes et actes législatifs européens n'ont pas la même portée et les mêmes mises en application.

Les traités européens sont les textes fondamentaux de l'UE. Ils sont contraignants pour les États membres (EM). Les traités européens « *définissent les objectifs poursuivis par l'UE, les règles de fonctionnement des institutions européennes, les procédures à suivre pour prendre des décisions et les relations entre l'UE et les États membres* » (60). Les travaux des institutions européennes et leurs actes législatifs découlent de ces traités.

Il y a ensuite une hiérarchie entre les types d'actes juridiques adoptés par les institutions européennes :

- Règlement : c'est un acte législatif contraignant directement applicable dans les EM.
- Directive : c'est un acte législatif fixant des objectifs à tous les EM. Une fois adoptée, elle doit être transposée dans le droit national par les EM pour être appliquée.
- Décision : c'est un acte législatif contraignant pris par la Commission européenne ou le Conseil de l'UE ayant un destinataire particulier (un EM, une entreprise) directement applicable.
- Recommandation : c'est un acte législatif non contraignant émis par la CE ou le Conseil de l'UE qui suggère une ligne de conduite, un comportement particulier à un ou plusieurs EM.
- Avis : c'est un acte législatif permettant aux institutions ou organes de l'UE d'exprimer leurs opinions dans les domaines relevant de leurs compétences. Il n'est pas contraignant.

4.1.2. Répartition des compétences & principes liés

La répartition des compétences entre l'UE et les EM est définie dans le « Traité sur l'Union Européenne » (TUE) (dont les dernières modifications viennent du Traité de Lisbonne) à l'article 5. Les deux premiers alinéas sont les suivants :

« 1. *Le principe d'attribution régit la délimitation des compétences de l'Union. Les principes de subsidiarité et de proportionnalité régissent l'exercice de ces compétences.*

2. *En vertu du principe d'attribution, l'Union n'agit que dans les limites des compétences que les États membres lui ont attribuées dans les traités pour atteindre les objectifs que ces traités établissent. Toute compétence non attribuée à l'Union dans les traités appartient aux États membres » (61).*

Les compétences dans lesquelles l'UE peut agir sont définies dans le « Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne » (TFUE) aux articles 2 à 6. Les compétences peuvent être donc exclusives à l'UE ou partagées entre l'UE et les EM ou coordonnées ou soutenues par l'UE. Elles sont résumées dans le tableau suivant :

Types de compétences	Art. du TFUE	Domaines
Exclusive à l'UE	3	<ul style="list-style-type: none"> • l'union douanière ; • l'établissement des règles de concurrence nécessaires au fonctionnement du marché intérieur ; • la politique monétaire pour les États membres dont la monnaie est l'euro ; • la conservation des ressources biologiques de la mer dans le cadre de la politique commune de la pêche ; • la politique commerciale commune.
Partagée avec les EM	4	<ul style="list-style-type: none"> • le marché intérieur ; • la politique sociale, pour les aspects définis dans le présent traité ; • la cohésion économique, sociale et territoriale ; • l'agriculture et la pêche, à l'exclusion de la conservation des ressources biologiques de la mer ; • l'environnement ; • la protection des consommateurs ; • les transports ; • les réseaux transeuropéens ; • l'énergie ; • l'espace de liberté, de sécurité et de justice ; • les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique, pour les aspects définis dans le présent traité.
Coordination	5	<ul style="list-style-type: none"> • Les EM coordonnent leurs politiques économiques ; des dispositions particulières s'appliquent pour les EM dont la monnaie est l'euro. • L'UE prend des mesures pour assurer la coordination des politiques de

		l'emploi ; • L'UE peut prendre des initiatives pour assurer la coordination des politiques sociales.
EU peut appuyer, coordonner ou compléter l'action des EM	6	• la protection et l'amélioration de la santé humaine ; • l'industrie ; • la culture ; • le tourisme ; • l'éducation, la formation professionnelle, la jeunesse et le sport ; • la protection civile ; • la coopération administrative.

Tableau 13 – Types de compétences exclusives, partagées, coordonnées ou de soutien entre l'UE et les EM selon le TFUE

L'articulation de ces compétences est donc régie par les principes de subsidiarité et d'attribution définis dans le même article 5 du TUE. Des explications claires de ces principes sont présentées dans le glossaire de la base de données législatives de l'UE : Eur-lex.

«[Le principe de subsidiarité] a pour objectif de garantir que les décisions sont prises au plus près des citoyens et que des vérifications sont effectuées en permanence pour s'assurer que toute action au niveau de l'UE est justifiée au vu des possibilités existant aux niveaux national, régional ou local.

Plus précisément, ce principe implique que l'UE ne doit pas intervenir (sauf dans les domaines qui relèvent de sa compétence exclusive), à moins que son action ne soit plus efficace que celle envisagée aux niveaux national, régional ou local » (62).

Quant au principe de proportionnalité, *« [il] régule l'exercice des compétences de l'Union européenne. Il vise à limiter et à encadrer les actions de l'UE, qui doit s'en tenir à ce qui est nécessaire à la concrétisation des objectifs des traités. En d'autres termes, le contenu et la forme des actions doivent être en rapport avec la finalité poursuivie » (63).*

4.1.3. Conséquences sur les systèmes de santé

Les rôles de l'UE pour protéger la santé publique a grandi au fil des années. Ces notions de santé étant absentes des premiers traités et rajoutées par les traités signés dans les années 90 (Maastricht, Amsterdam). L'action de l'UE reste limitée à encourager et coordonner la coopération entre EM en faveur de la santé publique. C'est dans ce cadre de compétences partagées et celles de soutiens qu'ont été introduites l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA), le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'Agence européenne des médicaments (EMA) par exemple.

En vertu du principe de subsidiarité, l'UE ne saurait se substituer à l'EM pour gérer l'organisation de son système de santé. Cette compétence lui reste propre.

Néanmoins, la compétence relative aux produits de santé se situe à l'intervalle entre les compétences partagées et exclusives. Une législation communautaire existe pour le médicament car celui-ci se trouve être un bien inclus dans le marché intérieur (dit aussi marché unique). 2015 a d'ailleurs marqué le 50^{ème} anniversaire de la première législation européenne sur les produits

pharmaceutiques ainsi que le 20^{ème} anniversaire de l'EMA. Les EM restent par contre en charge de fixer le prix des médicaments et leurs modalités de remboursement dans leurs pays.

Les professions de santé sont considérées comme des professions réglementées au niveau européen également. C'est-à-dire qu'il faut avoir un titre de formation déterminé pour avoir accès ou le droit d'exercer ces professions. Ainsi, il existe des réglementations communautaires les impactant.

4.2. Directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

4.2.1. Historique et contenu législatif

Nous allons détailler ici la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (64). Cette directive permet la libre circulation des professionnels de professions réglementées au sein de l'UE.

Cette directive vient rassembler des directives préexistantes en une seule. Il existait des directives pour la reconnaissance mutuelle des diplômes pour chaque profession de santé. C'était le cas avec la directive 85/433/CEE du Conseil du 16 septembre 1985 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres en pharmacie, et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement pour certaines activités du domaine de la pharmacie.

Cette directive a été modifiée à plusieurs reprises, notamment en 2013 par la « Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n°1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur («règlement IMI») » (65).

Ainsi nous parlons toujours de la directive 2005/36/EC mais nous faisons référence à la dernière version, dite modifiée.

Le site Eur-Lex met à disposition une synthèse du contenu de la directive :

« Cette directive met en place un régime de reconnaissance des qualifications professionnelles dans l'UE qui s'étend également, dans certaines conditions, aux autres pays de l'Espace économique européen (EEE) ainsi qu'à la Suisse. Elle a pour objectif de contribuer à la flexibilité des marchés du travail, d'amener à une libéralisation accrue de la prestation des services, d'encourager une plus grande automaticité dans la reconnaissance des qualifications ainsi que de simplifier les procédures administratives

[...] Elle introduit une évaluation mutuelle des réglementations professionnelles nationales ainsi qu'un exercice de transparence (consistant à examiner les limitations d'accès aux professions et à analyser leur nécessité) » (66).

La directive prévoit aussi de faciliter la mobilité temporaire de certaines professions sans passer par une procédure de reconnaissance. Cette disposition ne s'applique pas pour les professions de santé.

La directive prévoit 3 régimes de reconnaissance des qualifications :

- Reconnaissance automatique pour les professions ayant des conditions minimales de formation harmonisées au niveau européen (c'est le cas pour les pharmaciens).
- Reconnaissance automatique, pour certaines professions (artisanat, commerce, industrie), sur la base de leur expérience professionnelle.
- Système général pour les professions qui ne répondent pas au régime de la reconnaissance automatique et les autres professions réglementées, si tant est que la personne puisse démontrer qu'elle est qualifiée dans son pays d'origine. Des périodes d'adaptions ou des tests d'aptitude peuvent avoir lieu dans ces cas.

Les autres aspects importants de cette directive ajoutés en 2013 par sa modification sont : l'existence d'un point de contact unique pour faire reconnaître à chacun ses qualifications professionnelles, l'introduction de la carte professionnelle européenne facilitant les démarches et l'organisation du mécanisme d'alertes pour les professionnels dont l'activité est restreinte ou interdite.

4.2.2. Reconnaissance automatique des qualifications professionnelles des pharmaciens

La profession de pharmacien est une profession réglementée au niveau communautaire. L'article 3 de la directive 2005/36/EC modifiée définit ce terme de « profession réglementée » de la manière suivante :

« une activité ou un ensemble d'activités professionnelles dont l'accès, l'exercice ou une des modalités d'exercice est subordonné directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées; l'utilisation d'un titre professionnel limitée par des dispositions législatives, réglementaires ou administratives aux détenteurs d'une qualification professionnelle donnée constitue notamment une modalité d'exercice » (67).

Les pharmaciens peuvent bénéficier de la reconnaissance automatique de leurs qualifications professionnelles sur la base de conditions minimales de formation. L'article 44 de la directive 2005/36/CE modifiée détaille les conditions minimums de formation des pharmaciens dans l'UE :

« 1. L'admission à la formation de pharmacien suppose la possession d'un diplôme ou certificat donnant accès, pour les études en cause, aux universités ou aux établissements d'enseignement supérieur d'un niveau reconnu comme équivalent, d'un État membre.

2. Le titre de formation de pharmacien sanctionne une formation s'étendant au moins sur une durée de cinq années, qui peut en outre être exprimée en crédits d'enseignement ECTS équivalents, dont au moins:

a) quatre années d'enseignement théorique et pratique à temps plein dans une université, un établissement d'enseignement supérieur d'un niveau reconnu comme équivalent ou sous la surveillance d'une université;

b) pendant ou à la fin de l'enseignement théorique et pratique, six mois de stage dans une pharmacie ouverte au public ou dans un hôpital sous la surveillance du service pharmaceutique de cet hôpital » (67).

Le cursus français répond donc bien à la directive européenne puisqu'il faut être titulaire du baccalauréat pour entrer à l'université ; la durée totale de 6 ans d'étude est supérieure aux 5 ans minimum requis ; est présent un stage hospitalo-universitaire d'une durée de 6 mois équivalent temps-plein dans le cursus.

L'article 44 définit aussi la liste des connaissances et compétences que la formation des pharmaciens doit leur apporter au minimum :

« a) connaissance adéquate des médicaments et des substances utilisées pour la fabrication des médicaments;

b) connaissance adéquate de la technologie pharmaceutique et du contrôle physique, chimique, biologique et microbiologique des médicaments;

c) connaissance adéquate du métabolisme, des effets des médicaments et de l'action des produits toxiques ainsi que de l'utilisation des médicaments;

d) connaissance adéquate permettant d'évaluer les données scientifiques concernant les médicaments pour pouvoir fournir sur cette base des informations appropriées;

e) connaissance adéquate des conditions légales et autres en matière d'exercice des activités pharmaceutiques » (67).

C'est dans l'annexe V.6. de cette directive que sont écrits les derniers points concernant l'harmonisation de la formation de pharmacien dans l'UE. Il s'agit du programme d'étude, à savoir la liste de cours que doit contenir le cursus au minimum, et de la liste des diplômes reconnus dans chaque pays. Cette liste de cours n'a pas changé depuis l'introduction de la directive en 2005. Le détail du programme d'études pour les pharmaciens, dans l'annexe V.6.1, est le suivant :

« — Biologie végétale et animale

— Physique

— Chimie générale et inorganique

— Chimie organique

— Chimie analytique

— Chimie pharmaceutique, y compris l'analyse des médicaments

— Biochimie générale et appliquée (médicale)

— Anatomie et physiologie; terminologie médicale

— Microbiologie

- *Pharmacologie et pharmacothérapie*
- *Technologie pharmaceutique*
- *Toxicologie*
- *Pharmacognosie*
- *Législation et, le cas échéant, déontologie* » (67).

Il est intéressant de se dire qu'un changement de l'une de ses parties dans la directive entraînerait une évolution dans la formation et le rôle de tous les pharmaciens d'Europe.

C'est d'ailleurs dans cet esprit que l'EPSA a depuis longtemps plaidé pour une reconnaissance de l'importance des « *soft-skills* » pour les pharmaciens et leur apprentissage dans la formation initiale. En 2016, l'EPSA s'est d'ailleurs associée au Groupement pharmaceutique de l'Union Européenne (GPUE), représentant les pharmaciens d'officines, et à l'Association européenne des facultés de pharmacie (EAFP) pour faire évoluer certaines dispositions.

4.2.3. Carte professionnelle européenne

La carte professionnelle européenne (CPE) a été incluse dans la dernière révision par directive de la directive 2005/36/EC en 2013 dans son article 4. Le règlement d'exécution 2015/983 de la Commission sur la procédure de délivrance de la CPE et l'application du mécanisme d'alerte a été publié le 24 juin 2015. La CPE est devenue réalité à partir du 18 Janvier 2016, date à laquelle les États membres devaient implémenter les changements de la directive et appliquer le règlement d'exécution.

Actuellement, toutes les professions réglementées ne peuvent pas bénéficier de la CPE. La plupart doivent continuer d'utiliser les procédures classiques pour faire reconnaître leurs qualifications professionnelles en contactant directement l'autorité nationale compétente à l'accès de la profession du pays d'accueil. Les professions bénéficiant de la CPE sont détaillées dans l'annexe du règlement d'exécution. Il s'agit pour l'instant des infirmiers responsables de soins généraux, des pharmaciens (pour la formation de base), des kinésithérapeutes, des guides de montagne et des agents immobiliers (68).

Cette CPE n'est techniquement pas une carte mais il s'agit d'une procédure électronique facilitant et accélérant la reconnaissance des qualifications professionnelles dans un autre pays de l'UE. La CPE est organisée via l'IMI, le système d'information du marché intérieur, de l'UE. Tous les acteurs passent par ce réseau : le demandeur pour créer son dossier et faire sa demande, les autorités compétentes pour vérifier les documents et échanger entre elles et l'employeur pour valider l'authenticité de la CPE.

Le site de l'UE explique les avantages de ce système pour le demandeur :

- « *Les autorités de votre pays d'origine vous aideront à préparer votre demande, notamment en vérifiant qu'elle est correcte et complète. Elles certifieront également l'authenticité et la validité de vos pièces justificatives.*

- *Si vous souhaitez ultérieurement présenter une demande d'établissement à long terme ou fournir des services à titre temporaire dans un autre pays, votre dossier existera déjà dans le système et vous ne devrez pas télécharger à nouveau toutes les pièces justificatives. Vous gagnerez donc du temps pour vos prochaines demandes.*
- *Si les autorités du pays d'accueil chargées du traitement de votre demande ne prennent pas de décision finale dans un délai raisonnable, la reconnaissance sera accordée automatiquement et vous pourrez créer un certificat CPE » (69).*

Il existe en effet un délai au delà duquel en absence de réponse par les autorités du pays d'accueil vos qualifications deviennent tacitement reconnues. Pour une demande d'établissement permanent pour la profession de pharmacien les délais après l'introduction de la demande sont les suivant :

- 1 semaine pour avoir l'accusé de réception des autorités du pays d'origine.
- 1 mois pour examiner votre demande et sa transmission par les autorités du pays d'origine.
- 2 mois maximum, grâce à la reconnaissance automatique, pour que les autorités du pays d'accueil prennent une décision finale.

La procédure pour obtenir son certificat CPE se fait en ligne à la même adresse pour tous les pays de l'UE : <http://ec.europa.eu/epc>

Un mécanisme d'alerte a aussi été intégré à l'IMI pour faciliter l'utilisation de la CPE. Il permettant aux autorités compétentes de mettre à jour le dossier du titulaire de la CPE si son activité professionnelle est restreinte ou interdite, partiellement ou totalement, par l'une des autorités nationales. Le titulaire de la CPE et les autorités compétentes des autres pays sont informés. Ces alertes peuvent être définies dans le temps ou non, corrigées, modifiées et retirée en fonction de l'évolution de la situation. Tous les acteurs bénéficient donc des mêmes informations au même moment.

Pour finir, il est détaillé dans l'article 60 de la directive 2005/36/EC modifiée que la Commission européenne publiera un rapport en 2019 puis tous les 5 ans sur la mise en œuvre de la directive, notamment sur le fonctionnement de la carte professionnelle européenne (67).

4.3. Plan d'action de la Commission européenne sur la démographie des professionnels de santé de 2012

4.3.1. Historique

En 2012 dans un contexte d'une hausse du chômage et de faible perspective économique dans l'UE, la Commission européenne a communiqué de nouvelles mesures pour l'emploi. Dans cette démarche, la CE a inclut un plan d'action en faveur du personnel de santé de l'Union. Ce plan d'action se penche notamment sur les défis démographiques qui attendent l'UE et les besoins en personnel de santé qui en résultent.

Ce plan d'action est une étape importante sur le sujet au niveau communautaire et les financements de la CE pour engager ces travaux et recherches reflètent une démarche proactive. Le précédent travail de la CE ayant abouti en 2008 à la publication d'un livre vert pour permettre aux EM de

discuter de leurs propositions, puis à une étude de faisabilité en 2012 précédant ledit plan d'action. La Commission européenne était aussi engagée en tant que partenaire dans de nombreuses recherches au niveau international.

Le plan d'action de 2012 s'appuie sur les différentes constatations et prévisions de la Commission européenne (70) :

- Une population européenne vieillissante mène à une hausse des besoins en professionnel de santé.
- Le rôle et les compétences nécessaires des professionnels de santé seront amenés à évoluer.
- Le nombre global de professionnel de santé diminue actuellement.
- La difficulté de recruter et retenir ses professionnels de santé de certains pays risque d'aggraver de possibles manques.

La Commission européenne prévoyait un déficit potentiel de près d'un million de professionnels de santé dans l'UE d'ici à 2020. Ce déficit serait de 230 000 médecins, 590 000 infirmiers, 150 000 dentistes, pharmaciens et kinésithérapeutes réunis (70).

Pour faire face aux défis démographiques des professionnels de santé et mieux répondre aux besoins futurs, la Commission européenne a détaillé, dans son plan d'action, ses projets (70):

- Améliorer la prévision des besoins démographiques et la planification de ces effectifs.
- Anticiper les futures compétences nécessaires pour les professionnels de santé et améliorer le développement professionnel continu.
- Améliorer le recrutement des professionnels de santé et mieux les retenir.
- Diminuer les impacts négatifs de la migration des professionnels de santé.

De nombreux travaux ont été lancés en collaboration avec d'autres organismes tels que l'OCDE ou l'OMS Europe, en recrutant des experts ou en rassemblant les EM.

Nous allons ici nous intéresser plus particulièrement aux travaux sur les besoins démographiques et la planification des effectifs de santé.

4.3.2. « Joint action on Health workforce Planning & Forecasting »

Faisant suite à l'étude de faisabilité de la CE en 2012 et de son plan d'action de la même année, le *Joint action on health workforce planning and forecasting* (JAHWF) a démarré en Avril 2013 pour une durée de 3 ans.

L'étude de faisabilité financée par la CE expliquait que certains pays n'étaient pas engagés dans une démarche de planification de la démographie des professionnels de santé. Cela pouvait venir d'une absence de stratégie nationale ou d'institutions dédiées, d'un manque d'implication des parties prenantes et d'une absence d'évaluation (71). Néanmoins, elle reconnaît qu'une collaboration

européenne peut être bénéfique pour répondre à la « crise » démographique européenne de deux manières :

« a) Providing support to national authorities, in order to improve national health workforce systems, through any possible available tool and relying on existing initiatives; or b) Creating tools, methodologies, common definitions and indicators to carry out monitoring and analysis exercises at the European level » (71).

Cette orientation de collaboration européenne se retrouve dans la présentation du résultat attendu par le JAHWF. Il est décrit de la manière suivante dans le plan d'action de la CE :

« [The JAHWF] will create a partnership of Member States and professional organisations to share good practice and to develop methodologies on forecasting health workforce and skill needs, workforce planning methods and to improve EU wide data availability on mobility and migration trends of health professionals » (70).

Nous allons approfondir ce JAHWF sur son fonctionnement et surtout son travail sur la prévision des besoins et la planification des effectifs. Il est à noter que ce « joint action » a reçu eu aussi quelques critiques dans son organisation notamment par les représentants européens des différentes professions de santé, dont le GPUE, qui ne se sentaient pas suffisamment inclus dans les processus de travail.

4.3.2.1. Organisation générale du « joint action »

L'organisation du JAHWF est similaire à d'autres « joints actions » dans le sens où il est divisé en « work package » (WP). Chaque WP a une organisation (association, ministère, université, etc.) différente à sa tête, et répond à un pan du travail final. Il existe sept WP en tout. Trois sont généraux et répondent aux besoins de coordination, de dissémination et d'évaluation. Les quatre autres répondent à des aspects précis des recherches du JAHWF :

- *WP4 – Data for improved health workforce planning*
- *WP5 – Exchange of good practices in planning methodologies*
- *WP6 – Horizon scanning*
- *WP7 – Sustainability of the results of the joint action*

Chaque WP devait produire des rapports reprenant leurs travaux et conclusions. Le JAHWF possède son propre site internet où les documents finaux sont consultables : www.healthworkforce.eu

Les principales recommandations de chaque rapport sont destinées aux autorités nationales et personnes travaillant sur la démographie des professionnels de santé car elles concernent l'organisation nationale de leur modèle démographique. Par exemple, les recommandations sur les données à collecter pour permettre de meilleurs suivis ou comparaisons entre pays ne peuvent être appliquées que par une politique générale définie au niveau de l'État.

Maintenant que le JAHWF est clos, sans parler de la volonté de certains acteurs de poursuivre le travail, il est intéressant de regarder ses descriptions d'organisations de modèles démographiques,

ses recommandations et l'impact possible en France. C'est ce que nous allons faire pour le « *Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries* » qui devait faire ressortir les bonnes pratiques pour créer ou améliorer des modèles démographiques au niveau national.

4.3.2.2. « Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries »

4.3.2.2.1. Exigences minimales de données à collecter

Avant de travailler sur ledit « Handbook », le WP5 a travaillé sur les exigences minimales de données à collecter et d'indicateurs à calculer pour travailler sur un modèle démographique. Le but est de pouvoir reconnaître et analyser les déséquilibres dans la démographie des professionnels de santé. Ces déséquilibres sont calculés par la différence entre l'offre et la demande, eux-mêmes calculés à partir de données collectées et projetées. Le JAHWF résume ces exigences minimales dans le tableau suivant :

Areas	Category	Supply				Demand		
		Labour force	Training	Retirement	Migration (outflow)	Migration (inflow)	Population	Health Consumption
Characterisation	Profession	X	X	X	X	X		
	Age	X	X	X	X	X	X	X
	Head count	X	X	X	X	X	X	X
	FTE	X						
	Geographical area	X	X	X	X	X	X	X
	Specialisation (where relevant)	X	X	X	X	X		
	Country of first qualification	X	X	X	X	X		
	Gender	X						

Tableau 14 – Résumés des données minimales à collecter selon le JAHWF pour établir un modèle démographique (72)

note : FTE = Full-Time Equivalent = équivalent temps plein (ETP)

Nous remarquons qu'en France nous ne comptons pas en « équivalent temps-plein » les professionnels de santé, bien que ce facteur permette une nuance par rapport à l'effectif brut. De même comme vu dans la partie 3.1.3, nous n'avons pas de données sur l'émigration de professionnels et trop peu sur l'immigration. Au contraire, avec le NC, nous avons les données concernant la formation des futurs professionnels. Le seul inconvénient est l'absence de données relatives à ceux n'exerçant pas la profession une fois diplômés. Pour les départs en retraites, ceux-ci sont globalement prévisibles grâce aux pyramides des âges des professionnels en activité.

Du côté de la demande en santé, les données démographiques générales sont poussées en France mais les calculs pour évaluer les besoins en santé ne sont pas facilement accessibles.

4.3.2.2.2. Contenu du « Handbook »

Le « Handbook » se base fortement sur l'analyse de modèles démographiques de 7 pays européen : l'Angleterre, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Norvège et les Pays-Bas. Cette analyse est faite selon les différentes étapes que comporte un modèle démographique selon le

JAHWF. En sont retirées des bonnes pratiques, explorées plus en détails dans le rapport, et des recommandations politiques.

Pour le JAHWF un modèle démographique s'appuie sur 5 éléments majeurs :

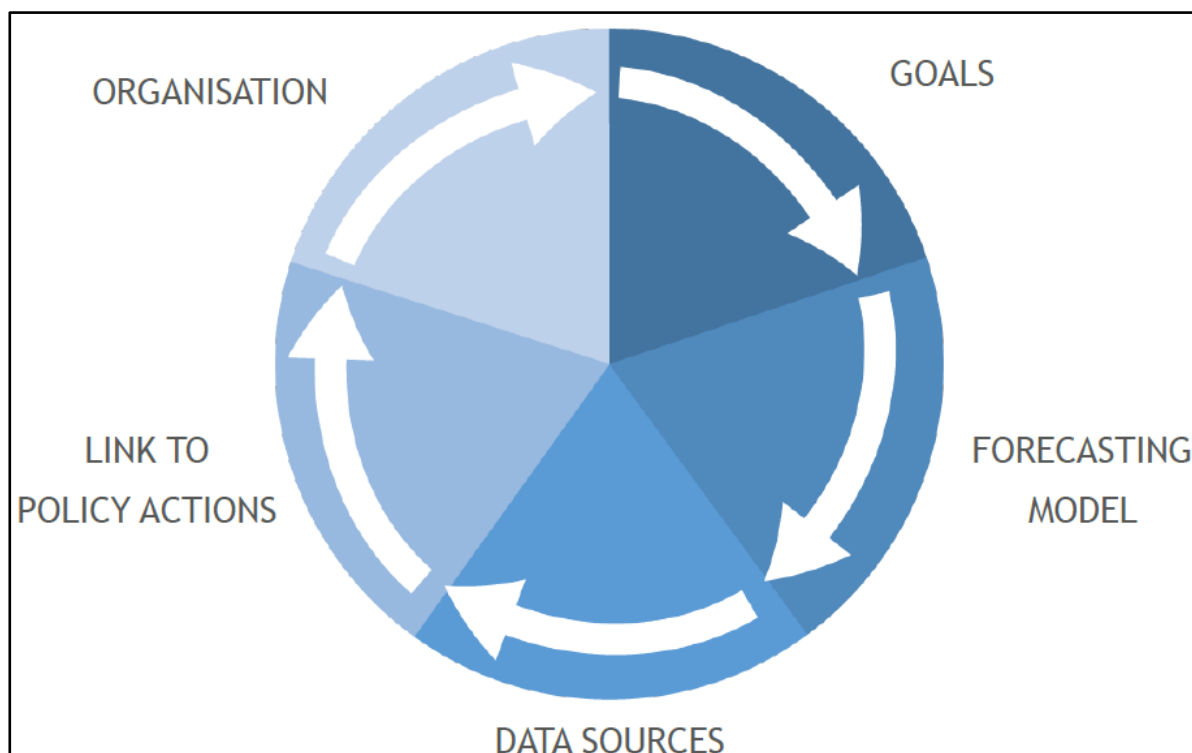


Figure 16 – Éléments composants un modèle démographique selon le JAHWF (73)

Les objectifs de ces modèles doivent être « SMART » : spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes, et temporellement définis. Ils doivent aussi être communiqués pour que toutes les parties prenantes les aient intégrés dans leur travail. Le modèle en Angleterre est présenté comme une bonne pratique pour mieux établir ses objectifs puisque ceux-ci sont définis dans un cadre général puis régulièrement revus et contrôlés par les différentes parties prenantes.

Il n'y a pas en France d'objectif spécifiquement défini dans ce domaine. Les acteurs s'accordent pour arriver à un système robuste et durable, sans désert de professionnels, mais cette volonté reste évasive, vague, et ne constitue pas un objectif en soit.

Les modèles de prévision reposent sur les analyses de l'offre et de la demande en santé, les calculs mathématiques pour joindre ces 2 éléments mais aussi sur des activités de prévisions : les hypothèses de départ comme les scénarios possibles d'évolution. Il faut ensuite continuellement affiner et mettre à jour ces modèles. Selon le JAHWF ces modèles peuvent avoir différentes approches : « supply projection approach » (voir **Tableau 14**) ; « demand-based approach » (voir **Tableau 14**) ; « needs-based approach » (analyse épidémiologique de la population et des services de santé pouvant répondre au statut de la population). Les modèles de prévisions peuvent cumuler différentes approches. D'ailleurs tous ceux analysés possèdent au moins la première approche. Les recommandations du JAHWF dépendent du type de modèles. C'est néanmoins sur cette partie du système de planification démographique que le JAHWF a retiré le plus de bonnes pratiques à partager.

En France, il n'y a pas de modèle de prévision établi officiellement. Il y a surtout des analyses de données brut, notamment par l'ONDPS. Il n'y a actuellement pas (ou peu) d'études de prévisions en France puisque l'environnement est considéré comme trop incertain. C'est pourquoi les travaux qu'a engagés l'ONP pour créer un modèle de prévision robuste sont les bienvenus.

Les données démographiques sont nécessaires pour faire fonctionner les modèles. Le rapport s'intéresse aux types de données, à leurs sources, aux moyens pour les récupérer et faire fonctionner les bases de données. Les données pouvant provenir d'une ou plusieurs sources, étant traitées par une institution dédiée ou plusieurs ; il est important de savoir dans quel but elles vont être utilisées pour qu'elles soient les plus complètes possibles lors de leur collecte. Il faudra également, si possible, les rassembler. Il est essentiel d'avoir des données récentes et mises à jour fréquemment pour permettre les évaluations et prévisions dans le modèle démographique. Le rapport présente les bonnes pratiques anglaises, belges et néerlandaises dans la collecte des données, et le calcul ou l'estimation des ETP.

En France grâce au registre RPPS nous avons des données fiables sur les professionnels de santé. Les Ordres ont aussi leurs propres données, qui souvent diffèrent légèrement, ce qui rend la tâche d'analyse plus compliquée. Néanmoins l'ONDPS se repose majoritairement sur le registre RPPS leur permettant des recherches affinées. Il n'y a par contre pas de données générales en ETP en France.

Il est important de faire du lien entre le projet de modèle démographique et les actions concrètes, entre les objectifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Ces moyens sont souvent politiques et organisationnels, et il est important de définir qui en est en charge. Cela correspond à la roue de Deming « Plan – Do – Check – Act » en qualité permettant une amélioration continue du système. Ces décisions doivent donc provenir d'analyses du modèle lui-même pour l'améliorer ensuite.

En France la décision annuelle pour le NC représente bien une prise de décision politique suivant un processus de réflexion et d'évaluation. C'est aussi le cas lors du choix des règles du maillage territorial, pour la profession de pharmacien plus particulièrement. L'ONDPS permet par ses études d'avoir des arguments pour les prises de décisions politiques. Néanmoins, le manque de politique générale démographique empêche d'analyser la connexion entre toutes les décisions politiques, et si elles atteignent leurs buts.

Enfin, l'organisation générale du modèle démographique est importante. Avoir une institution dédiée, ayant des ressources suffisantes, est un plus. Les différentes parties prenantes doivent être engagées d'une manière adéquate et le lien avec les preneurs de décisions doit être maintenu. Les systèmes européens sont très différents, que ce soit dans l'organisation gouvernementale, la présence d'une ou plusieurs institutions travaillant sur le sujet, le rôle des acteurs impliqués, ou la localisation du travail fait (niveau central ou régional, local). Ils ont néanmoins comme point commun l'implication de différentes parties prenantes, dont les représentants des professions.

L'organisation en France repose sur une prise de décision de l'État appuyée par un organisme dédié, l'ONDPS. L'ONDPS possède des niveaux régionaux et fait intervenir les différentes parties prenantes au niveau national et régional.

D'une manière générale, la France s'investit dans son modèle démographique en ayant reconnu l'importance de la problématique, en ayant créé une institution dédiée qui lui permet d'argumenter ses décisions politiques, et en impliquant les différentes parties prenantes. Néanmoins, elle manque d'objectifs clairs et définis. De même, il n'y a pas de modèle de prévision clairement établi, ou tout du moins accessible et transparent pour la société civile. Ce modèle de prévision reste la pierre angulaire d'un modèle démographique général robuste. Enfin, des améliorations dans l'organisation et la collecte des données permettraient de meilleurs résultats.

4.4. Comparaison avec les pays de l'UE

Les États membres étant responsables de l'organisation de leur système de santé au sein de l'UE, il est intéressant de les comparer, ne serait-ce que succinctement. Le modèle français est celui auquel nous sommes habitués et les comparaisons sont parfois sources d'inspiration pour appliquer des bonnes pratiques étrangères.

4.4.1. Numerus Clausus

L'instauration d'un NC repose sur la volonté propre des États membres et aucune obligation communautaire n'existe dans ce domaine précis. L'ONDPS a d'ailleurs intégré une étude dans son rapport de 2016 sur la jurisprudence concernant la régulation des professionnels de santé au sein de l'UE. L'ONDPS indique : *« que le levier du numerus clausus en tant que modalité de régulation de la démographie médicale est une compétence souveraine des États membres et ne résulte pas de la contrainte liée à une directive communautaire. En effet, aux termes de l'arrêt « Bertini » du 12 juin 1986, nous pouvons lire sous la plume de la Cour de Justice de la Communauté européenne qu'« aucune obligation communautaire n'impose aux États membres d'instaurer un numerus clausus dans les facultés de médecine » »* (58). L'ONDPS continuant néanmoins que *« les tentatives de restrictions à la liberté de circulation d'une façon générale et à la liberté d'établissement en particulier se soldent par des réponses négatives de l'autorité de justice européenne »* (58).

Le modèle français du NC repose sur les arguments détaillés en partie 3.1.1 mais aussi du fait que le baccalauréat est le passe-droit pour entrer à l'Université. Une sélection à l'entrée de l'Université serait contraire à l'égalité des chances que doit apporter le baccalauréat.

L'*European Pharmaceutical Students' Association* agit comme une plateforme de discussion entre ses associations membres, où l'ANEPF représente la France. Les récents travaux sur la démographie des pharmaciens a été l'occasion de se pencher sur la question du NC en Europe et de la sélection dans les études de pharmacie. Les membres ont pu expliquer l'organisation de l'entrée dans les études de pharmacies et leur différent modèle. Ceci est résumé dans le tableau suivant :

Pays	Existence d'une présélection pour entrer en 1 ^{ère} année d'étude de Pharmacie	Critères	Existence d'une limite du nombre d'étudiant pouvant entrer dans les études de pharmacie	Qui fixe cette limite ?
Allemagne	Oui	Dépend de la faculté : notes du lycée, examen d'entrée et/ou entretien	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
Autriche	Oui	Examen d'entrée	Oui	Établie par le gouvernement pour des raisons de capacités d'accueil
Belgique	Non	n/a	Non	n/a
Bulgarie	n/a	n/a	n/a	n/a
Chypre	n/a	n/a	n/a	n/a
Croatie	Oui	Notes du lycée et examen national	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
Danemark	Non	n/a	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
Espagne	Oui	Notes du lycée et du baccalauréat	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
Estonie	n/a	n/a	Oui	Établie par le gouvernement pour des raisons démographiques
Finlande	Oui	Notes du lycée et examen d'entrée	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
France	Non (sélection en fin de 1 ^{ère} année)	Concours	Oui	Établie par le gouvernement pour des raisons démographiques et de capacités d'accueil
Grèce	n/a	n/a	n/a	n/a
Hongrie	Oui	Notes du lycée et du baccalauréat	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
Irlande	Oui	Notes du baccalauréat	Oui	Établie par la faculté pour des

Pays	Existence d'une présélection pour entrer en 1 ^{ère} année d'étude de Pharmacie	Critères	Existence d'une limite du nombre d'étudiant pouvant entrer dans les études de pharmacie	Qui fixe cette limite ?
				raisons de capacités d'accueil
Italie	Oui	Notes du lycée et examen d'entrée	Oui	Établie par la faculté
Lettonie	n/a	n/a	n/a	n/a
Lituanie	Oui	Notes du lycée	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
Luxembourg	Oui	Notes du lycée	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil mais aussi avec le nombre de place limité pour poursuivre ses études dans les facultés partenaires
Malte	n/a	n/a	n/a	n/a
Pays-Bas	Non	n/a	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
Pologne	Oui	Notes du baccalauréat	Oui	Établie par le gouvernement
Portugal	Oui	Notes du lycée	Oui	Établie par le gouvernement et les facultés
République Tchèque	Oui	Examen d'entrée	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
Roumanie	Oui	Dépend de la faculté	Oui	Établie par le gouvernement
Royaume-Uni	Oui	Dépend de la faculté : notes du lycée et/ou entretien	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil
Slovaquie	n/a	n/a	n/a	n/a
Slovénie	Oui	Examen d'entrée	Oui	Établie par la faculté pour des raisons de capacités d'accueil

Pays	Existence d'une présélection pour entrer en 1 ^{ère} année d'étude de Pharmacie	Critères	Existence d'une limite du nombre d'étudiant pouvant entrer dans les études de pharmacie	Qui fixe cette limite ?
Suède	Oui	Examen d'entrée	Oui	Établie par le gouvernement et les facultés

Tableau 15 – Résumé des sélections d'étudiants en pharmacie dans l'UE. Source : EPSA, 2016.

Note : n/a = non applicable, peut être dû à une absence de réponse d'un membre.

Malheureusement certaines réponses des membres de l'EPSA sont sujettes à interprétation. En effet bien que la plupart des réponses indiquent une limite du nombre d'étudiant pouvant entrer dans les études de pharmacie, cela ne correspond pas tout le temps à un NC. En effet, les membres rapportent que les capacités d'accueil sont limitées mais n'indiquent pas si le nombre d'étudiants admis est constant chaque année, et comment la faculté décide de ce nombre, ainsi que l'organisation mise en place lorsqu'il y a trop peu ou trop de demandes.

Nous remarquerons néanmoins qu'une majorité de pays utilise une sélection avant l'entrée à l'Université (17 sur les 22 répondants) contrairement à l'état d'esprit français. Les capacités d'accueil des facultés semblent être la raison majoritaire d'une sélection. Il serait intéressant de se pencher sur les politiques nationales démographiques pour les pharmaciens et voir dans quelle mesure ces capacités de formation rentrent dans les calculs.

Dernier point divergeant, certains pays ont des facultés privées qui ont leur propre méthode de sélection et dont les effectifs ne rentrent pas toujours dans les limites nationales.

4.4.2. Maillage territorial

Comme vu dans la partie 4.1.3, l'organisation de son système de santé reste propre à chaque État membre de l'UE. C'est donc le cas en ce qui concerne la présence ou non de règles d'installation pour les officines.

La présence de ce maillage territorial étant propre à notre profession en France, il est intéressant de comparer les dispositions des autres pays de l'UE, qui sont résumées dans le tableau suivant :

Pays	Existence-ils des critères d'installation pour les pharmacies ?	Quels sont ces critères	Est-ce que la propriété des pharmacies est limitée aux pharmaciens ?
Allemagne	Non	n/a	Oui
Autriche	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Distance : 500 mètres minimum entre deux pharmacies ● Population : minimum 5 500 habitants par nouvelle pharmacie 	Oui mais des non-pharmaciens peuvent détenir jusqu'à 50 % des parts d'une pharmacie.
Belgique	Oui	L'ouverture est contrôlée et des moratoires sur le nombre d'officine dans le	Non

Pays	Existent-ils des critères d'installation pour les pharmacies ?	Quels sont ces critères	Est-ce que la propriété des pharmacies est limitée aux pharmaciens ?
		pays sont régulièrement pris par le gouvernement	
Bulgarie	Non	n/a	Non mais il existe une limitation pour les chaînes de pharmacie.
Chypre	Non	n/a	Oui
Croatie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Distance : entre deux pharmacies (dépend de la population de la ville) ● Population : minimum 3 000 habitants pour la première pharmacie puis une pharmacie pour 5 000 habitants supplémentaires 	Non ; il est à noter que l'État ou des collectivités territoriales peuvent aussi être propriétaires
Danemark	Oui	L'État contrôle le nombre total de pharmacies et leur emplacement approximatif (par code postal)	Oui
Espagne	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre limitée de pharmacies par territoire ● Distance : 250 mètres minimum entre 2 pharmacies ● Population : minimum 2 800 habitants par pharmacie 	Oui
Estonie	Oui	Ouverture d'une nouvelle pharmacie par une chaîne quand il y a 2 000 habitants minimum et qu'il y a minimum 30 kms de distance avec la pharmacie la plus proche	Non
Finlande	Oui	L'agence nationale du médicament choisit où une pharmacie peut s'installer et le pharmacien qui la dirige	Oui
France	Oui	Voir partie 3.1.2	Oui
Grèce	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Distance : entre deux pharmacies (dépend de la population de la ville) ● Population : une pharmacie par tranche de 1 500 habitants 	Oui
Hongrie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Distance : entre deux pharmacies (dépend de la population de la ville) 	Non

Pays	Existents-ils des critères d'installation pour les pharmacies ?	Quels sont ces critères	Est-ce que la propriété des pharmacies est limitée aux pharmaciens ?
		<ul style="list-style-type: none"> ● Population : 4 500 ou 4 000 habitants par pharmacie (dépend de la population de la ville) 	
Irlande	Non	n/a	Non
Italie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Population : minimum 3 300 habitants par pharmacie 	Non
Lettonie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Distance : 5 kms entre deux pharmacies ● Population : 4 000 habitants par pharmacie 	Non
Lituanie	Non	n/a	Non
Luxembourg	n/a	n/a	n/a
Malte	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Distance : 300 mètres entre deux pharmacies ● Population : 2 500 habitants par pharmacie 	Non
Pays-Bas	Non	n/a	Non
Pologne	Non	n/a	Non
Portugal	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Distance : 350 mètres entre deux pharmacies ● Population : 3 500 habitants par pharmacie 	Non
République Tchèque	n/a	n/a	n/a
Roumanie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ● Population : 3 000 à 4 000 habitants par pharmacie (dépend de la population de la ville) 	Non
Royaume-Uni	Oui	Une demande doit être faite à la <i>NHS</i> puis une fois acceptée elle sera évaluée par le <i>General Pharmaceutical Council</i>	Non
Slovaquie	Non	n/a	Non
Slovénie	Oui	Géographiques	Oui
Suède	Non	n/a	Non

Tableau 16 – Résumé des règles d'installation pour les pharmacies dans l'UE (74) (75) (76) (77) (78) (79)

La grande majorité du contenu de ce tableau vient du site internet de « The European Observatory on Health Systems and Policies ». C'est une organisation dirigée par le bureau de la région Europe de l'OMS et qui résulte d'un partenariat entre plusieurs gouvernements européens, la Commission européenne et d'autres organisations comme l'UNCAM en France et deux écoles basées à Londres. La base de données est régulièrement mise à jour pour suivre les évolutions des systèmes de santé et est accessible librement à l'adresse suivante : www.hspm.org

Nous remarquons que les pays où seuls des pharmaciens peuvent être titulaires sont peu nombreux (9 sur 28). Il est à noter que certains pays, comme l'Italie, autorisent des collectivités territoriales à être propriétaires de leurs pharmacies.

La majorité des pays de l'UE ont des critères d'installation pour les pharmacies d'officine (17 sur 28). La plupart du temps deux facteurs rentrent en compte : la population et la distance entre deux pharmacies. Les licences restent souvent sujettes à évaluation même si ces critères sont respectés. Le critère de distance entre deux pharmacies est facultatif en France, il est soumis à l'avis du Préfet.

Il serait intéressant de voir comment ces critères d'installation sont utilisés comme outils de régulation de la démographie pharmaceutique et si leurs évolutions étaient réfléchies dans ce sens.

4.4.3. Migration de pharmacien dans l'UE

Nous avons vu dans la partie 3.1.3 que le nombre de pharmacien ayant des diplômes étrangers était faible pour la France et qu'il était difficile d'avoir des données sur les départs de pharmaciens. Au niveau communautaire, grâce à la base de données des professions réglementées, dont le pharmacien fait parti, nous pouvons avoir un aperçu des déplacements des professionnels de santé. Ainsi pour l'année 2015, le nombre de décisions prises, positives ou refusées, pour les professionnels de santé est résumé dans la figure suivante :

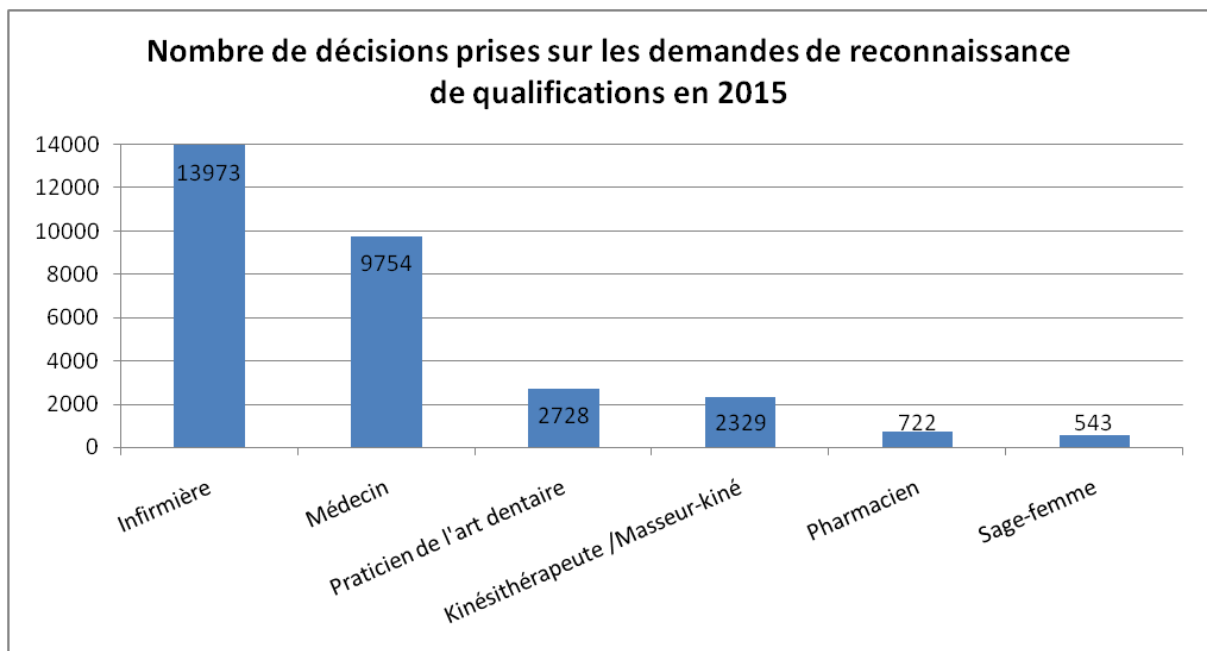


Figure 17 – Nombre de décisions prises sur les demandes de reconnaissance de qualifications en vue de l'établissement permanent dans les pays membres de l'UE, les pays de l'EEE et en Suisse sur l'année 2015 (59)

Ainsi nous remarquons que la problématique de la migration de professionnel de santé n'est pas la même pour notre profession que pour les infirmiers ou médecins qui ont respectivement 19 et 13 fois plus de demandes de reconnaissance de qualifications professionnelles sur l'année 2015.

La base de données permet de mettre en avant les pays d'origine des qualifications et les pays d'accueil où les pharmaciens ont obtenu la reconnaissance de leurs qualifications professionnelles. Nous obtenons les répartitions suivantes pour l'année 2015 :

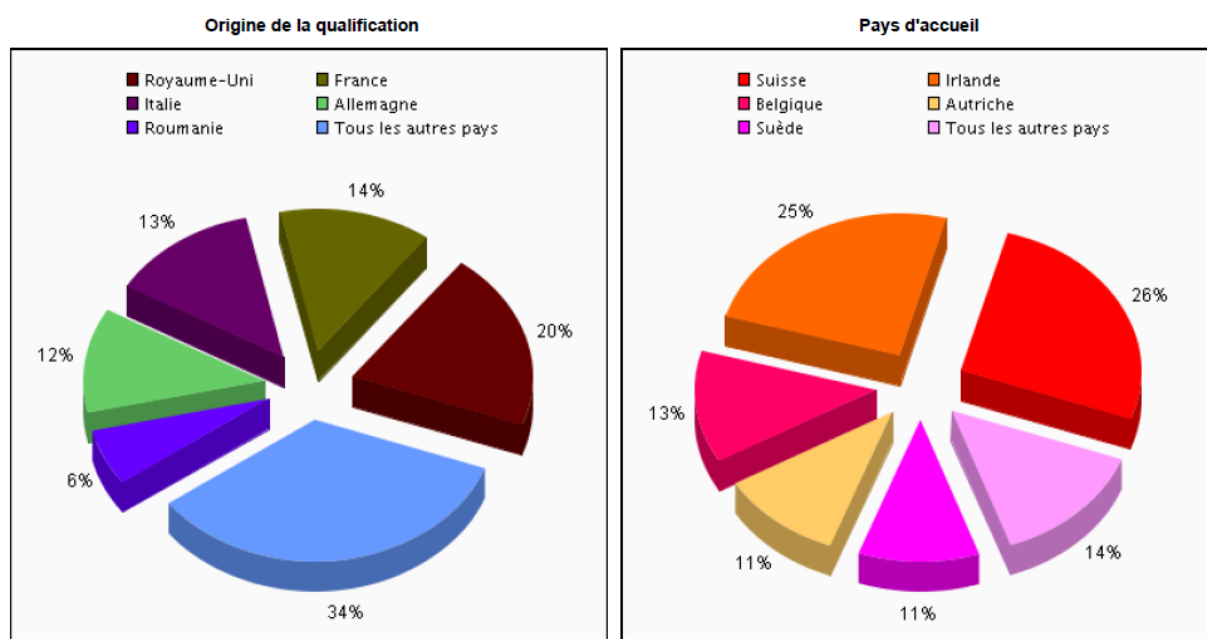


Figure 18 – Principaux pays de la mobilité des pharmaciens pour la reconnaissance des qualifications de l'établissement permanent dans les pays membres de l'UE, les pays de l'EEE et en Suisse sur l'année 2015 (59)

Ainsi nous remarquons que la majorité des demandes se font entre pays frontaliers : la France avec la Suisse et la Belgique ; le Royaume-Uni avec l'Irlande ; l'Allemagne avec l'Autriche et la Suisse ; l'Italie avec la Suisse. Le plus grand nombre de demande en 2015 était entre le Royaume-Uni et l'Irlande avec 138 demandes sur les 722 au total ($\approx 19\%$). La France fait partie des 5 pays dont l'origine de la qualification est le plus fréquente en 2015 mais n'a reçu aucune demande cette année là.

La migration de pharmacien et son manque de données fiables a souvent été le départ d'incompréhension ou de présupposition sur ce pan complexe du sujet démographique. L'étude de faisabilité de la Commission européenne annonçait déjà en 2012 que les inquiétudes d'une migration de professionnels de santé de l'Est vers l'Ouest existaient. D'un côté, des inquiétudes existent pour les pays pouvant accueillir ces professionnels dans un contexte de chômage plus profond. D'un autre côté, elles existent pour les pays de départ où la fuite de leurs professionnels qualifiés peut être un frein au développement intérieur (71).

Nous remarquons donc que la profession de pharmacien n'est pas la plus impactée par la migration et la France en elle-même est plus un pays de départ que d'accueil de pharmaciens formés au sein de l'UE.

4.5. Opinion des parties prenantes professionnelles européennes et internationales

4.5.1. Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne (GPUE)

Le Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne (GPUE), ou *Pharmaceutical Group of the European Union* (PGEU), en anglais est l'association représentant les pharmaciens d'officine au

niveau européen. Créée en 1959, ses membres sont les Ordres et associations nationales représentant les pharmaciens d'officine dans 32 pays. Son secrétariat est basé à Bruxelles pour faciliter son travail avec les acteurs européens.

La vision et la mission du GPUE sont définies de la manière suivante :

« Our vision is that community pharmacists are recognised within national health systems as key health professionals making a dynamic and evolving contribution to improving the health of communities they serve.

Our mission is, as rigorous, pro-active and constructive stakeholder:

- *To promote and develop cooperation in Community Pharmacy among the European nations;*
- *To advocate for the contribution community pharmacists make to health systems and to public health through the provision of health services and the promotion of the rational and appropriate use of medicines;*
- *To ensure our vision of Community Pharmacy is reflected in EU policy and legislative developments » (80).*

Concernant la démographie des pharmaciens, le GPUE a notamment été impliqué dans le JAHWF pour représenter les pharmaciens d'officine.

Mais le GPUE a surtout participé, avec les autres organisations représentatives des professionnels de santé, à une étude de grande ampleur, financée par le plan d'action de la Commission européenne décrit dans la partie 4.3, sur le développement professionnel continu des professionnels de santé au niveau européen. Cette étude a été finalisée en 2014 et peut être résumée de cette manière :

« Cette étude [...] comprend une cartographie unique et un examen de la formation professionnelle continue (FPC) et de l'apprentissage tout au long de la vie pour les médecins, les infirmières, les dentistes, les sages - femmes et les pharmaciens dans les 28 États membres des pays de l'UE et dans les pays de l'AELE (Association européenne de libre échange : UE + Islande + Norvège + Suisse + Liechtenstein). Elle décrit le contexte politique de la question, analyse la littérature disponible et illustre les résultats d'une enquête à l'échelle européenne et d'un atelier d'experts, tout en présentant un aperçu des initiatives en matière de FPC de l'UE et au niveau européen.

L'étude identifie des recommandations politiques pour renforcer l'échange de coopération et de meilleures pratiques sur le plan européen, tout en soulignant la nécessité de consentir des efforts permettant à tous les professionnels de santé d'entreprendre une FPC, y compris en s'attaquant aux principaux obstacles identifiés, à savoir, le manque de temps et de ressources. Les recommandations appellent également à davantage de recherches sur la FPC et sa relation avec la sécurité et la qualité des soins » (81).

4.5.2. Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été créée en 1948 pour diriger et coordonner la santé internationale au sein des Nations Unies. Son siège est à Genève en Suisse mais l'OMS possède 6 bureaux régionaux répartis dans le monde. Le but de l'OMS est d'améliorer la santé future de toutes

les populations du monde pour qu'elle atteigne le niveau le plus élevée possible. La santé étant définie par l'OMS comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (82).

L'OMS a un conseil exécutif et un directeur général mais son organe décisionnel est l'Assemblée mondiale de la santé où les représentants des états membres se rassemblent pour décider de la politique et du budget de l'organisation. La plupart des décisions prises ne sont pas légalement opposables pour les états membres mais plus des engagements moraux (82). Ce sont les résolutions.

L'OMS s'attarde sur l'aspect global de la problématique de la démographie des professionnels de santé. Elle travaille au niveau de l'éducation pour répondre au besoin grandissant d'accès à la santé. Elle travaille sur les politiques impactant la démographie dans les différentes régions du monde. C'est notamment une partie du travail de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé évoqué en partie 4.4.2.

L'OMS s'investit sur les travaux concernant la migration et la fidélisation des professionnels de santé, notamment sur l'impact négatif que peut avoir leur émigration massive sur le développement d'un pays dont le système de santé est déjà fragile. L'OMS a remarqué que cette problématique touchait particulièrement les pays en voie de développement. C'est pourquoi elle a élaboré le « Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé » qui a été adopté par les états membres à son assemblée de 2010.

Ce code n'est pas contraignant, mais les États membres sont encouragés à l'utiliser. Son article 2.3 définit la nature du contenu : « *Le Code énonce des principes éthiques applicables au recrutement international des personnels de santé de façon à renforcer les systèmes de santé des pays en développement, des pays à économie en transition et des petits États insulaires* » (83). Le code ne suggère pas de restreindre la liberté des professionnels de santé d'émigrer. Il encourage dans son article 3.8 la migration circulaire pour favoriser le transfert de connaissances et compétences. Il encourage aussi les États membres à reconnaître l'utilité des échanges professionnels entre pays dans son article 5.3.

Le code préconise dans son article 3.5 que : « *Le recrutement international des personnels de santé devrait être conduit dans le respect des principes de transparence, d'équité et de promotion de systèmes de santé durables dans les pays en développement* » (83). Il va même plus loin dans son article 5.1 en énonçant que « *Les États Membres devraient décourager le recrutement actif de personnels de santé des pays en développement confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé* » (83).

Le code encourage la planification des besoins et l'éducation des futurs professionnels de santé (article 3.6) dans le but, notamment, que les États Membres répondent à leur besoin « *au moyen de leur propre ressources humaines* » (article 5.4) (83). Pour cela le code souligne l'importance de rassembler des données nationales et internationales, d'encourager les recherches et l'échange de ces données (article 3.7).

Enfin, l'OMS reconnaît l'importance d'avoir des données fiables sur la démographie des professionnels de santé et travaille à l'élaboration de statistiques globales permettant la prise de

décisions politiques. Elle possède un département dédié aux statistiques nommé « Global Health Observatory » avec de nombreuses sous-section dont une sur « health workforce ».

4.5.3. Fédération internationale pharmaceutique (FIP)

La Fédération internationale pharmaceutique (FIP) est une association fondée en 1912 rassemblant les pharmaciens et scientifiques du médicament du monde. La FIP représente près de 3 millions de personnes à travers leurs organisations membres, et également leurs membres individuels. La FIP est reconnue par l'OMS comme un partenaire officiel ce qui signifie que la FIP est invitée-permanente à l'Assemblée mondiale de la santé et participe à certains de ses travaux.

La vision de la FIP est « *Dès lors que les décideurs discutent, à l'échelle mondiale, de tout aspect touchant au médicament, la FIP doit être présente, quels que soient le lieu et l'heure* » et sa mission « *consiste à améliorer la santé mondiale, en faisant progresser la pratique et les sciences pharmaceutiques afin d'améliorer dans le monde entier la découverte, le développement, l'accessibilité et l'usage rationnel de médicaments appropriés, de qualité et présentant un rapport coût efficacité favorable* » (84).

Concernant la démographie pharmaceutique, la FIP a pris des positions en 2016 lors de sa conférence intitulée « Global Conference on Pharmacy and Pharmaceutical Sciences Education ». Ces 13 engagements appelés « Workforce development goals » sont regroupés en 3 catégories : une sur la formation, une sur le développement professionnel continu et une dernière sur l'organisation du système démographique. Dans cette dernière catégorie, la FIP encourage notamment à développer un suivi des tendances démographiques pour permettre une réponse politique adaptée. La FIP s'engage d'ailleurs à produire un rapport d'étude de cas sur ce domaine d'ici à 2019 (85). Il reste maintenant à voir comment la FIP accompagnera ses membres dans l'application pratique de ces objectifs.

4.6. Implication des étudiants européens

4.6.1. European Pharmaceutical Students' Association (EPSA)

L'*European Pharmaceutical Students' Association* est une association dont les membres sont les associations représentatives nationales des étudiants en pharmacie en Europe. Elle représente actuellement 160 000 étudiants en pharmacie par 41 associations membres dans 35 pays européens. Elle a été créée en 1978 à l'initiative de l'ANEPF qui avait invité ses homologues européens à son congrès pour discuter de la future directive européenne sur la reconnaissance des diplômes de pharmacie dans l'Union Européenne.

La vision et la mission de l'EPSA sont définies dans son règlement intérieur par les termes suivant :

« The vision of the Association is to represent, reach and engage every single pharmacy student in Europe to collaborate on the development of the future of pharmacy and healthcare together.

The mission of the Association is to actively engage at student and professional level, bringing pharmacy, knowledge and students together while promoting personal development. »

Concernant la démographie des pharmaciens, l'EPSA : a été impliquée dans le JAHWF, a organisé une réception annuelle sur ce sujet, a joué son rôle d'information et d'explication au près de ses associations membres et a permis le débat entre elles.

4.6.2. Réception Annuelle de l'EPSA 2015 – « Healthcare workforce »

La réception annuelle de l'EPSA est son événement d'excellence. J'ai eu l'honneur d'organiser l'édition 2015 lors de mon mandat de *Vice-President of External Affairs* (VP EA) 2014 - 2015. Le sujet de la table ronde était « *Healthcare workforce* ».

Elle a eu lieu le 12 Mars 2015 à l'Auditorium International, Bruxelles, avec le soutien de 2 députés européens de partis politiques différents. Il y a eu 4 panélistes pour la table ronde et environ une centaine de participants.

4.6.2.1. Principe de la réception annuelle de l'EPSA

La réception annuelle de l'EPSA se tient généralement fin-février ou début mars au Parlement européen de Bruxelles. Les dernières réalisations de l'association sont présentées aux participants avant une table ronde sur un sujet d'actualité où l'opinion des étudiants en pharmacie est présentée.

Cet événement est exceptionnel dans le fait de rassembler pour débattre, à la fois des acteurs politiques, des représentants d'institutions européennes, d'organisations professionnelles et étudiantes, des industriels pharmaceutiques et bien sûr des étudiants en pharmacie. C'est dans cette optique qu'est organisé, à la suite de l'événement, un temps d'échange plus informel pour offrir une possibilité de « networking » pour des personnes qui ne se rencontreraient normalement pas.

La réception annuelle se fait généralement avec le soutien d'un ou plusieurs députés européens permettant l'accès à une salle du Parlement européen et un ancrage politique de l'événement. L'EPSA est une association apaisane et fait son possible pour travailler avec des représentants de différents partis politiques.

Cet événement permet une tribune pour les étudiants en pharmacie sur la scène européenne. L'EPSA promeut l'opinion des étudiants en pharmacie sur le sujet de l'événement et met en avant son sérieux. L'événement joue un rôle particulier pour asseoir la place de l'EPSA au sein de l'« European bubble » de Bruxelles.

Comme cet événement fait venir des étudiants en pharmacie à Bruxelles, l'EPSA saisit cette opportunité pour leur organiser autour de la réception annuelle des ateliers sur les affaires européennes, sur ses actions à Bruxelles, des trainings sur des « softskills » et parfois des visites d'institutions.

À titre d'exemple voici les sujets des récentes réceptions annuelles :

- 2017 : « *Self-Care : Empowering pharmacists for enhanced access, quality and safety* »
- 2016 : « *Will reducing prices of medicines ensure sustainability of healthcare systems in Europe?* »
- 2015 : « *Healthcare Workforce* »

- 2014 : « *mHealth* »
- 2013 : « *Health inequalities - Access to medicines* »
- 2012 : « *Active and healthy ageing* »

4.6.2.2. Organisation de l'édition 2015

4.6.2.2.1. Choix du sujet

Le choix du sujet doit prendre en compte plusieurs paramètres. Le plus important est selon moi l'intérêt des étudiants en pharmacie et des associations membres de l'EPSA, car elle les représente. Cela permet de promouvoir l'opinion des étudiants en pharmacie plus facilement. Il faut aussi fortement considérer le lien avec l'agenda politique européen, et l'intérêt que le sujet peut susciter auprès des différents acteurs européens. Le sujet est proposé par le VP EA de l'EPSA à son équipe en interne puis au réseau de l'EPSA.

Le choix « *healthcare workforce* » pour l'édition 2015 a été décidé en Octobre 2014 et présenté à l'Assemblée Générale d'automne. Ce sujet impacte directement les étudiants qui seront les futurs professionnels. Les associations membres de l'EPSA trouvaient ce sujet important, notamment les membres français et britanniques qui avaient récemment pris position sur ce sujet. Le sujet s'inscrivait dans l'agenda politique de la Commission européenne car son plan d'action était déjà lancé. Le GPUE finissait, avec d'autres organisations, son étude sur le Développement Professionnel Continu des professionnels de santé dans l'UE. Enfin, l'EPSA avait commencé son implication au sein du JAHWF l'année précédente et cela permettait de coupler différentes activités de l'association sur le même sujet.

4.6.2.2.2. Liens avec les députés européens

Un des plus grands défis lors de l'organisation de la réception annuelle de l'EPSA est celui d'obtenir le soutien de députés européens. Leur soutien permet d'avoir le point de vue du législateur, une écoute politique de l'EPSA, l'accès au Parlement européen et augmenter le prestige de l'événement.

Il faut pour cela créer une relation avec eux. C'est un travail de fond qui prend beaucoup de temps. Les représentants de l'EPSA à Bruxelles et particulièrement le VP EA se retrouvent régulièrement dans des réunions où des députés sont présents. C'est l'occasion de faire connaître l'association et ses positions. Il faut ensuite entretenir les contacts par mail, téléphone et rendez-vous avec les assistants parlementaires plus disponibles et en charge de certains aspects du travail du parlementaire.

Le Parlement européen est un lieu de débat. Celui-ci ne se limite pas aux séances plénières, aux commissions parlementaires et rassemblement des groupes politiques. Il existe de nombreux événements organisés en son sein par la société civile. En effet un député peut réserver une salle ou un lieu dans le Parlement pour accueillir un événement.

La réception annuelle 2015 a pu se faire avec le soutien de deux députés européens :

- Cristian Buşoi député roumain membre du groupe parlementaire « Parti Populaire Européen ».

- Nessa Childers députée irlandaise membre du groupe parlementaire « Alliance progressiste des Socialistes et Démocrates ».

M. Buşoi fait parti de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire du Parlement européen depuis 2014. Il a été auparavant président de la caisse d'assurance santé nationale en Roumanie (2013 - 2014), député européen (2007 - 2013) et membre du parlement roumain (2004 - 2007) et de sa commission pour la santé et la famille. Il est diplômé de l'Université Carol Davila de Médecine et de Pharmacie de Bucarest ainsi que de l'école de droit de l'Université Titu Maiorescu. Il a aussi obtenu en 2010 un diplôme de 3^{ème} cycle universitaire en Santé Publique et Management de la Santé à l'Université Victor Babes de Médecine et de Pharmacie de Timisoara.

Mme Childers est membre du Parlement européen depuis 2009 et fait partie de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire depuis sa première élection. Elle est co-présidente du groupe d'intérêt du Parlement européen sur la santé mentale et vice-présidente du groupe d'intérêt « les députés européens contre le cancer ». Elle est diplômée en Arts et Psychologie du Trinity College Dublin et possède un diplôme de 3^{ème} cycle universitaire en Psychologie de l'University College Dublin. Avant son élection au Parlement européen, elle a travaillé pendant 20 ans en tant que psychanalyste, a créé le master en psychothérapie psychanalytique au Trinity College Dublin dans les années 90 et l'a dirigé de 2001 à 2006.

L'EPSA avait déjà travaillé avec M. Buşoi sur une précédente réception annuelle ce qui a facilité les contacts avec ses assistants. Ils connaissaient déjà l'EPSA et la qualité de l'événement organisé par des étudiants. Le choix du sujet a été très bien accueilli et un accord de principe pour accueillir l'événement au Parlement a été donné à l'automne 2014.

Pour respecter l'indépendance partisane de l'EPSA, un deuxième soutien de député a été recherché dans un autre groupe parlementaire. C'est au mois de janvier que l'accord de soutien de Mme Childers a été obtenu après de nombreux contacts avec ses assistants.

Les assistants des 2 députés se connaissaient ce qui a également facilité le travail pour trouver une date, réserver une salle et préparer l'intervention des députés.

Les contacts avec ces députés ont été gardés après la réception annuelle. Ces 2 députés sont actifs sur les questions de santé. L'EPSA a pu par exemple les informer de ses nouvelles prises de positions, comme celle relative à la vaccination contre la grippe par les pharmaciens prise en Juin 2015.

4.6.2.2.3. Choix des panélistes

Le choix des panélistes est laissé au VP EA qui organise l'événement. Il faut utiliser les contacts de l'EPSA dans le monde professionnel et politique pour avoir des intervenants de qualité répondant au sujet.

Pour le sujet sur l'« Healthcare workforce » il semblait important d'avoir des représentants professionnels pour parler de la situation de leur profession respective. Le sujet étant d'actualité, des acteurs politiques pouvaient compléter le propos pour exposer les actions en cours.

Après plusieurs mois de contacts, l'EPSA a pu accueillir les panélistes suivant pour la réception annuelle 2015 :

- M. Michel Van Hoegaerden (Belgique), manager de programme du Joint Action on EU Healthworkforce Planning and Forecasting.
- M. Darragh O'Loughlin (Irlande), président 2015 du Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne.
- Mlle Alma Basokaite (Lituanie), cadre du service juridique à l'unité responsable de la libre circulation des professionnels à la Direction générale du marché intérieur, de l'industrie, de l'entrepreneuriat et des PME (DG GROWTH) de la Commission européenne.
- Dr. Katrín Fjeldsted (Islande), présidente 2013 – 2015 du Comité Permanent des Médecins Européens (CPME).

4.6.2.2.4. Logistiques

4.6.2.2.4.1. Date & lieu

Fixer la date de la réception annuelle a été particulièrement difficile pour l'édition 2015.

Elle doit être dans les mois de février ou mars et surtout s'inscrire dans l'agenda du Parlement européen pour assurer la présence des députés à Bruxelles. En effet sur un mois, le Parlement européen se réunit une semaine en session plénière à Strasbourg, une semaine pour les travaux des commissions à Bruxelles, une semaine pour les travaux des groupes parlementaire à Bruxelles puis une semaine est réservée pour les activités parlementaires extérieures des députés, souvent dans leurs circonscriptions. La date devait répondre aux disponibilités des 2 députés ce qui était compliqué. Les assistants parlementaires m'avaient prévenu au tout début de l'année 2015 qu'une demande de réservation de salle avait été faite pour fin février convenant à toutes les parties. La réponse devait être rapide mais les événements en France ont imposé des changements.

Suite aux terribles attaques terroristes en France en janvier 2015, Bruxelles en général et le Parlement européen en particulier ont augmenté considérablement leurs mesures de sécurité. Le Parlement européen a annulé tous les événements extérieurs en son sein jusqu'à nouvel ordre.

Après des recherches de salle et de demandes de devis, la solution choisie fut d'utiliser l'auditorium international de Bruxelles à la suite de l'assemblée générale du GPUE le 12 mars. Cela correspondait à une semaine de session plénière du Parlement européen, ce qui a empêché les députés d'être présents. Mme Childers a envoyé un communiqué et M. Buşoi a transmis un message vidéo, tous deux présentés lors de l'ouverture de l'événement.

4.6.2.2.4.2. Autres

Il a fallu créer la promotion de l'événement auprès des étudiants en pharmacie et des professionnels, en parallèle mais de manières différentes. Pour les étudiants, la promotion a été faite sur les réseaux sociaux et via les associations membres de l'EPSA. Ils devaient ensuite s'inscrire via un formulaire en ligne. Pour les professionnels, les inscriptions se faisaient directement au près du VP EA. Un premier

email « save the date » une fois la date arrêtée, et un deuxième email comprenant le programme et les intervenants avaient été envoyés à la liste de contacts externes de l'EPSA.

Tous les aspects logistiques ont du être préparé à l'avance. En arrivant, les participants recevaient chacun une pochette EPSA contenant le livret de l'événement (Annexe 2), la dernière newsletter de l'EPSA dont une double page était dédiée au sujet de la réception, une carte de visite du VP EA ainsi qu'un stylo et bloc-notes floqués EPSA.

Pour la première fois pour cet événement, nous avons réussi à mettre en place une diffusion vidéo en direct sur internet. La vidéo est disponible en replay sur le site internet de l'EPSA. Il a été aussi préparé un live-tweet depuis le compte twitter de l'EPSA. Les participants étaient encouragés à participer à la promotion en ligne de l'événement et d'utiliser le hashtag officiel de l'événement #epsaAR15.

Le lendemain a été organisé un atelier sur les affaires européennes dans les locaux de l'*European Students' Union*. Pour cette occasion le manager des affaires politiques des systèmes de santé de l'*European Public Health Alliance* (EPHA), M. Sascha Marschang, a été convié. C'était l'occasion de faire intervenir un partenaire de travail régulier de l'EPSA à Bruxelles pour présenter des pratiques de la société civile.

4.6.2.3. Messages clés de l'édition 2015

4.6.2.3.1. Députés européens

Mme Childers dans sa déclaration écrite a souligné le rôle central de la profession de pharmacien dans le bien-être des communautés, dans la santé physique et mentale de chacun. Elle a invité à discuter de l'articulation entre le droit des professionnels de santé à la mobilité et le maintien de systèmes de santé durables, résilients. Elle a ensuite appelé les étudiants en pharmacie à prendre part aux discussions sur le prix et l'accessibilité des médicaments. Elle souhaite continuer le dialogue avec les étudiants sur ces sujets qui nous concernent tous.

M. Buşoi, dans son message vidéo depuis le Parlement européen de Strasbourg, a commencé par souligner l'importance du secteur de la santé dans l'économie européenne. Selon M. Buşoi, ce secteur représente plus de 7 millions d'emplois et connaîtra une croissance en lien avec les besoins grandissants d'une population vieillissante. Il a rappelé que la mobilité des personnes est un droit de l'UE. Néanmoins pour les états membres dont les professionnels de santé émigrent (à la recherche d'un meilleur salaire par exemple) cela entraîne, bien trop souvent, des déficits démographiques. Ces déficits sont comblés par un recrutement actif dans d'autres pays de l'UE, notamment les pays de l'Est, ou du tiers monde, majoritairement en médecins et infirmiers. Il a exprimé que ce problème de migration restera tant que les inégalités sociales et économiques entre les pays de l'UE ne seront pas réduites. Il a rappelé les fortes contraintes budgétaires que subissent les systèmes de santé ce qui nécessitait une réflexion encore plus importante sur l'attribution des ressources. Il a exprimé l'importance d'avoir une démographie de professionnels de santé durable notamment par sa planification, son recrutement et d'avoir des professionnels compétents et motivés. Il a terminé en soulignant l'importance pour le Parlement européen, la Commission européenne ainsi que les États membres d'impliquer tous les acteurs, notamment les organisations professionnelles, dans ce

dialogue sur la démographie des professionnels de santé et a accueilli chaleureusement l'initiative de l'EPSA.

4.6.2.3.2. EPSA

Mlle Svetlana Kolundžić, Présidente 2014 – 2015, a présenté les derniers résultats de l'EPSA dans les grands domaines de l'association.

Elle a notamment mis en évidence la réponse de l'association à la consultation publique de la Commission européenne sur la *mHealth* (sous partie de *ehealth* sur les applications mobiles de santé). Elle a présenté les dernières campagnes de santé publique organisées, en soulignant la présence de l'EPSA au siège de l'*European Center for Disease Control & Prevention* pour le lancement de la campagne européenne de sensibilisation aux antibiotiques. Ce fut l'occasion de présenter le document de position sur la résistance des antibiotiques de l'EPSA. Elle a présenté la nouvelle initiative qu'est l'*European Healthcare Students' Associations Summit* qui a rassemblé en décembre 2014 les représentants de 5 associations européennes d'étudiants en santé (médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers et kinésithérapeutes) pour travailler sur la collaboration interprofessionnelle dans nos études et nos métiers. L'EPSA est très fière d'avoir été à l'origine de ce projet et d'en avoir organisé la première édition.

C'est ensuite Mlle Sandra Hočevar, *Vice-President of Education* 2014 – 2015, qui a présenté la perspective étudiante sur le sujet de la table ronde.

Elle a commencé par souligner l'importance de ce sujet pour les étudiants car toute politique régulant la formation, les rôles du pharmacien ou la mobilité, les impacte directement. Elle a ensuite présenté les résultats d'une consultation auprès des associations membres de l'EPSA :

Premièrement, les associations membres ont des ressentis différents de la situation d'approvisionnement en pharmaciens dans leurs pays. 55 % des répondants décrivaient un manque de pharmacien, 30 % une situation équilibrée et 15 % un surplus de pharmacien.

Deuxièmement, les associations membres ont décrit comme faible et négligeable le nombre d'étudiant partant faire leurs études à l'étrangers sans revenir dans leur pays d'origine.

Les associations membres étaient d'accord sur l'importance de se pencher sur le nombre d'étudiants entrant dans les études de pharmacies pour la démographie. Ce fût d'ailleurs l'occasion pour l'EPSA de présenter les positions de deux de ses membres :

- La BPSA, association britannique membre de l'EPSA, a pris une position officielle pour demander la réglementation du nombre d'universités de pharmacie, et dénoncer le laisser-aller des pouvoirs publics ne faisant du marché de l'emploi le seul régulateur du nombre d'étudiants.
- L'ANEPP, association française membre de l'EPSA, a une position pour demander de nouveaux critères concernant la fixation du *numerus clausus* pour s'assurer que celui-ci réponde bien aux besoins de santé publique et maintienne une formation de qualité.

D'une manière générale les associations membres regrettaient le manque et la difficulté de trouver des informations sur ce sujet.

C'est pourquoi l'EPSA a appelé les associations membres à s'impliquer encore plus sur le sujet démographique. L'EPSA a surtout appelé les autres acteurs du débat, notamment les instances publiques, à impliquer les étudiants dans ces discussions.

4.6.2.3.3. Panélistes

Les panélistes ont chacun eu 10 minutes de présentation avant de répondre aux questions de l'auditorium.

M. Van Hoegaerden a commencé par présenter le *Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting*, son inscription dans le plan d'action de la Commission européenne et l'avancée des travaux. Il a souligné l'importance d'impliquer les étudiants pour plusieurs raisons : ce sont les futures ressources professionnelles ; la problématique démographique ne disparaîtra pas tout de suite et leur connaissance globale sur le sujet est faible. Il a encouragé les associations professionnelles et étudiantes d'informer leurs membres mais aussi de collecter leur opinion. Les évolutions du métier de pharmacien et de son rôle dans le système de santé rendent leurs implications dans le JAHWF encore plus importante selon M. Van Hoegaerden.

Bien que les pharmaciens soient moins touchés que d'autres professions, M. O'Loughlin a commencé par rappeler la prévision de la Commission européenne sur le futur manque de professionnel de santé dans l'UE si rien n'est fait. Il a souligné que les pharmaciens restent le professionnel de santé le plus facilement accessible pour la population. Il a expliqué que le rôle changeant du pharmacien au sein des systèmes de santé doit être un paramètre pris en compte dans les politiques menées sur le contenu des études mais aussi dans celles relative à la démographie professionnelle. M. O'Loughlin voit aussi la possibilité d'étendre le rôle du pharmacien pour compléter l'action d'autres professionnels qui pourraient se trouver en déficit démographique, c'est par exemple l'un des avantages d'avoir un service pharmaceutique sur la vaccination. Il a terminé en appelant à ce que les programmes universitaires s'adaptent aux nouveaux rôles des pharmaciens en Europe, et de faire en sorte que la profession reste attractive pour les étudiants.

Mlle Basokaite a commencé par rappeler les principes de la directive européenne 2005/36/EC du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle a ensuite parlé des dernières modifications apportées par la directive 2013/55/UE entrées en vigueur en janvier 2014 et dont le délai de transposition était fixé au 18 janvier 2016. Elle a notamment présenté la carte professionnelle européenne, expliqué son fonctionnement et les avantages qui en découlent pour les pharmaciens.

Dr. Fjeldsted a expliqué que la problématique de pénurie de professionnel de santé touchait aussi les médecins dans l'UE, que ce soit géographiquement ou pour certaines spécialités. Elle a rappelé que la qualité des études doit être la pièce centrale des politiques de santé. Elle a rappelé que la libre circulation des personnes est un droit important qui, dans le cas des professionnels de santé, aide notamment au transfert de connaissance. Elle a présenté la position du CPME qui est contre des mesures restrictives de mobilité pour combler un manque de médecin et contre l'immigration de médecin d'un pays déjà en situation de déficit. Elle a, au contraire, souligné le soutien du CPME pour former un nombre suffisant de médecins et améliorer l'attractivité du métier. Ces recommandations s'appliquent selon elle aussi pour les pharmaciens. Elle a encouragé la réflexion sur le partage des

services de santé entre les différentes professions. Elle a terminé en appelant les différentes professions de santé à travailler ensemble pour le patient et pour améliorer les décisions politiques.

Les discussions découlant des questions de l'audience ont porté sur l'impact des organisations professionnelles sur la pratique interprofessionnelle, la perspective du public sur les nouveaux rôles des pharmaciens, la mobilité des professionnels, l'incorporation des changements de rôle des professionnels dans les modèles de planification ainsi que l'évaluation des besoins des patients.

4.6.2.4. Suite de l'édition 2015

À la suite de l'édition, l'EPSA est resté en contact avec les différents intervenants et leur a envoyé le compte-rendu des discussions. Les présentations ainsi que la vidéo de l'événement ont été intégrés au site internet de l'EPSA. Certaines associations professionnelles présentes telles que *l'European Association for Hospital Pharmacists*, *Council of European Dentists* ou encore le PGEU ont parlé de l'événement dans leur communication interne pour leurs membres nationaux. L'EPSA a dédié un article à l'événement dans la newsletter qui a suivi (volume 22, édition 3).

L'EPSA a continué son implication dans le JAHWF et a eu notamment la chance de pouvoir commenter certains documents produits avant leur publication.

L'EPSA a commencé la création d'un document regroupant ses positions sur le sujet démographiques en concertation avec ses membres. Bien avancé à la fin du mandat 2014 – 2015, il n'a pu être fini dans les mandats suivants et ne fait malheureusement plus parti des priorités de l'association, maintenant que le JAHWF est clos.

Néanmoins, l'événement a contribué à mettre en lumière ce sujet au niveau européen et de rappeler l'importance que lui portent les étudiants en pharmacie. De plus, cela a permis de montrer une nouvelle fois le professionnalisme de l'EPSA auprès de ses interlocuteurs réguliers sur Bruxelles.

Malgré l'absence de position officielle, l'EPSA reste attachée à informer ses membres sur le sujet. C'est pourquoi l'EPSA a décidé d'organiser un atelier sur ce sujet lors de son dernier congrès annuel, voulant valoriser les précédents travaux de l'association et créer du lien avec les actions actuelles.

4.6.3. Atelier d'introduction « health workforce » – Congrès Annuel 2017

4.6.3.1. Organisation du congrès

Le 40^{ème} congrès annuel de l'EPSA a eu lieu du 17 au 23 Avril 2017 à Kranska Gora en Slovénie. Le congrès est l'occasion de rassembler plus de 300 étudiants de toute l'Europe. Le congrès est composé d'un symposium éducatif sur 2 matinées, d'un programme éducatif riche, de moments de détente mais surtout l'assemblée générale de l'EPSA.

Le programme éducatif est composé de 12 plages de 1h30 ayant chacun entre 4 à 6 ateliers disponibles pour les participants. D'autres activités éducatives sont aussi organisées comme une visite de site industriel, un concours de poster de recherche scientifique pour les étudiants revus par des professionnels et une session récapitulative générale. La *Vice-President of Education 2016 – 2017*, en charge de la partie éducative du congrès, a décidé de réserver une plage entière pour des formations animées par des *Alumni*. Les *Alumni* sont des personnes précédemment engagées au sein

de l'EPSA. C'est dans ce cadre que je fus invité à animer une session d'introduction sur la problématique de la démographie pharmaceutique.

4.6.3.2. Objectif et nature de l'atelier

L'atelier était destiné pour des étudiants ayant probablement très peu de connaissance sur le sujet et a été préparé de sorte à favoriser l'interaction et des travaux pratiques. L'atelier était basé sur l'apprentissage par les pairs et le partage avec de nombreux moments d'échanges.

La session a été nommée « Starting your learning journey on a professional topic – Health workforce » et les objectifs d'apprentissage établis étaient les suivants :

- « *Familiarise yourself on the health workforce topic and policies that impact it.*
- *Understand the differences between European countries in health workforce policies.*
- *Develop your own thoughts and reflexion on the topic. »*

L'atelier a commencé par un court jeu pour briser la glace entre les participants et une mise en contexte par quelques définitions et principes avant la première activité. Tout en modérant la discussion, les participants devaient dessiner le schéma général de la démographie des professionnels de santé avec ses flux entrants et sortants (**Figure 1**). La discussion s'est poursuivie par un remue-méninge des politiques pouvant avoir un impact sur cette démographie.

Après cette première partie d'introduction au sujet, j'ai présenté les problématiques qui ressortent de cette discussion générale (étendue du sujet, les données démographiques, l'évolution des besoins en santé et des professions, etc.) et les travaux au niveau de l'UE par la Commission européenne. J'ai pris le temps de souligner l'existence de la Directive 2005/36/EC modifiée sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, et la nouvelle carte professionnelle européenne.

La partie mise en pratique consistait à demander aux participants de se regrouper par pays et de rechercher sur internet les informations suivantes :

- Le nombre actualisés de pharmaciens dans leur pays et la source de cette information.
- L'existence d'une institution ou organisation en charge de la démographie des professionnels de santé.
- Une position officielle de l'organisation représentant les pharmaciens.

Chaque pays avait ensuite une minute pour présenter ses résultats. Un débriefing général sur cette partie a ensuite été fait.

Pour terminer, j'ai demandé aux étudiants s'ils pensaient que l'EPSA pouvait avoir une position officielle sur la démographie pharmaceutique et si oui, quelle serait-elle.

4.6.3.3. Résultats et feedbacks

Une trentaine de participants sont venus à l'atelier. Ils venaient de 10 pays différents dont certains hors de l'UE. La participation a été satisfaisante avec des prises de paroles régulières de leur part.

Lors de la mise en pratique, les objectifs de recherche étaient sûrement trop ambitieux puisque les participants éprouvaient déjà des difficultés pour trouver le nombre de pharmaciens dans leur pays. La plupart du temps, leur source était l'organisation représentative des pharmaciens. Certains participants ont découvert des institutions en charge de la démographie dans leur pays mais d'autres ont eu la mauvaise surprise de ne rien trouver ; c'est le cas du participant moldave.

Néanmoins, les présentations de chacun suscitaient de l'intérêt. Ils ont été surpris du nombre très différent de pharmaciens entre les pays. L'écart est impressionnant entre la France ou l'Allemagne, qui ont toutes deux plusieurs dizaines de milliers de pharmaciens, et des pays comme la Chypre ou la Slovénie où ils ne se comptent qu'en centaine. Les participants ont exprimé dans le débriefing que ces présentations leur ont montré que les pays ne s'investissent pas de la même manière sur le sujet.

Les participants étaient unanimes sur l'importance du sujet et de la nécessité pour l'EPSA de continuer de travailler dessus ne serait-ce pour les informer. Ils n'ont pas pu dire sur quel domaine plus précisément l'association pouvait prendre une position. Cela pouvait être prévisible pour des participants découvrant parfois le sujet. Je les ai encouragés à s'investir dans leurs associations nationales sur le sujet pour pouvoir continuer de débattre au sein de l'EPSA ensuite.

Les premiers retours étaient positifs. Les participants étaient heureux d'apprendre sur un sujet dont ils n'avaient pas spécialement eu vent auparavant dans leur pays.

5. Discussion

5.1. Modèle démographique français

Pour rappel, dans ce travail, le modèle démographique correspond à une organisation réfléchie (articulation des politiques démographiques, des moyens de régulation de la démographie, des prévisions des besoins de la population, de la planification du nombre de professionnel de santé, etc.) autour du système démographique. Il y a donc bien un modèle démographique français, représenté par une institution dédiée, des collectes de données et différentes politiques de régulation de cette démographie. Néanmoins, ce modèle n'est pas complet, parfaitement articulé et reste perfectible.

La France s'implique dans la démographie des professionnels de santé et des pharmaciens à différents niveaux. L'accentuation des réformes, la création de l'ONDPS et les travaux engagés sur la démographie sont des signes encourageants. Cette implication est la bienvenue mais le manque de lien entre les différentes réflexions met en évidence l'absence d'objectifs généraux à atteindre. Les questions centrales du besoin en pharmacien et de l'articulation des moyens pour l'atteindre restent sans réponses.

Il est important de continuer à travailler sur le modèle démographique en France car le statu quo, en vigueur durant la deuxième moitié du XXème siècle, ne réglera pas la problématique actuelle. Au contraire il pourra accentuer les déficits ou surplus. De même, les réflexions anciennes sont souvent encore pertinentes. Les arguments du **Tableau 1** sur l'instauration du NC sont utilisés de nos jours. La réflexion de M. Guislain à l'instauration des règles de maillage territorial est toujours actuelle. On constate que dans des zones de surdensité où la concurrence est forte que certains pharmaciens oublient l'éthique dans leur pratique et portent ainsi préjudice à la profession.

La collecte des données démographiques est une étape importante qui dépend aussi des objectifs généraux. Ces données proviennent de différentes sources (Dress, Ordre pour l'offre en pharmacien, l'Insee pour la demande de la population). Elles doivent être rassemblées, optimisées et accessibles.

La France a la chance de posséder des outils pour réguler sa démographie pharmaceutique. Il convient de les utiliser harmonieusement pour répondre à de possibles objectifs généraux.

Le NC n'est défini que pour un an, même si les recommandations de l'ONDPS sont pluriannuelles, montrant ainsi qu'il n'est pas intégré dans une vision à moyen ou long terme. Il est regrettable que les capacités d'accueil des facultés de pharmacie deviennent le facteur limitant à la modification du NC. Une politique générale démographique donnerait peut-être les moyens aux universités pour répondre de façon pertinente à des modifications de NC. Les futurs besoins de la population deviendraient donc le 1^{er} facteur de décision du NC.

Le maintien du principe du maillage territorial des pharmacies en France et l'absence de désert pharmaceutique sont des atouts pour les patients et pour la profession. Les changements de législation autour des licences de pharmacie doivent permettre de maintenir cet atout et cette proximité, voir les renforcer. Il y a un besoin d'établir et de partager clairement les objectifs concernant notre réseau officinal. Cette absence bloque certains travaux engagés (ex : UNCAM/Syndicats) mais surtout crée une situation anxieuse. Est-ce que les moyennes nationales

des indicateurs de l'ONDPS ou de l'ONP sont les situations idéales ? En tout cas les évolutions législatives concernant les transferts, regroupements et fermetures de licences doivent être prises en compte. Elles devront intégrer les futures vagues de départ à la retraite des titulaires de pharmacie pour restructurer le réseau sans le déstabiliser.

La mobilité au sein du territoire français est une réalité et celle au sein de l'UE est une chance, y compris pour les professionnels de santé. Dans les études de l'ONDPS sur le NC, la mobilité des diplômés a parfois été écartée. L'ONDPS partant du principe qu'un diplômé d'une région reste et exerce dans celle-ci. Ce n'est plus une réalité de nos jours. Il y a de la mobilité entre les régions françaises, comme en témoignent les inscriptions à l'Ordre, et dans une moindre mesure de la mobilité internationale, même si la problématique de la langue et des systèmes de santé différents restent présents. Ces mobilités manquent cruellement de données actuellement ce qui empêche leurs prises en compte dans les réflexions politiques.

L'implication des différents acteurs existe en France puisque nous constatons l'ouverture de l'ONDPS aux représentants de la profession et des étudiants. L'engagement des travaux de l'Ordre sur la création d'un modèle démographique robuste reflète l'importance du sujet pour la profession. Il serait intéressant que le Ministère de la Santé et l'ONDPS travaillent pour avoir un modèle général cohérent, et a minima sur l'établissement d'objectifs démographiques communs.

Pour dernière remarque, il est toujours bon de rappeler qu'au-delà des chiffres de nombre de pharmaciens ou de pharmacies, il s'agit bien de personnes avec leurs vies et leurs histoires. Il ne faut pas oublier le facteur humain. Il convient de le considérer dans les changements démographiques.

5.2. Comparaison communautaire

Les travaux au niveau communautaire et chez nos voisins européens peuvent se révéler très intéressants et permettent de prendre du recul sur notre organisation nationale de la démographie pharmaceutique. Il semblerait que la France fasse partie des pays qui s'engagent le plus dans les réflexions menées sur la démographie des professionnels de santé. Ma recherche est bien-sûr biaisée par la facilité d'accès aux informations françaises comparée à celles d'autres pays qui n'ont pas tous une organisation dédiée ou un NC.

Il y a de bonnes pratiques dans certains pays mais aussi des situations à éviter. Certains pays ont par exemple libéralisé la pharmacie d'officine ou ne contrôlent pas le nombre d'étudiants diplômés.

Je n'ai pas pu évaluer dans cette thèse l'influence que peuvent avoir les travaux internationaux ou les pratiques étrangères dans les réflexions nationales de nos instances. Je ne saurais donc dire ce que pense l'ONDPS ou le Ministère de la Santé des travaux du JAHWF par exemple.

5.3. Rôle et poids des associations représentatives des étudiantes en pharmacie

Les associations représentatives d'étudiants en pharmacie que sont l'ANEPF et l'EPSA sont présentes dans les réflexions portant sur les sujets dits professionnels en lien avec l'organisation de la profession. Le premier rôle est un rôle d'information auprès des étudiants. Elles doivent expliquer les enjeux, les faits, l'organisation actuelle ainsi que les réflexions en cours. Le deuxième est un rôle d'animateur de débat. Elles doivent offrir des plateformes de débat et permettre à leurs membres d'échanger, de discuter. Cela peut aboutir à une position officielle. Enfin, leurs rôles de

représentation auprès des institutions et organisations professionnelles est essentielle. C'est en contact avec ces dernières qu'elles peuvent porter la voix des étudiants, défendre leurs opinions et intérêts. Elles se doivent de rester proactives dans ce domaine.

L'ANEPF a une position officielle sur le NC comme expliqué auparavant et est invitée au conseil d'orientation de l'ONDPS. Elle est très impliquée dans les discussions sur la réforme des études et travaille beaucoup à l'attractivité de la filière pharmacie dans les études de santé.

L'EPSA a été impliquée dans le JAHWF. Elle continue de suivre le sujet au niveau communautaire bien qu'il soit moins haut dans l'agenda politique européen depuis la fin du JAHWF. Elle a joué son rôle de plateforme de débat notamment sur les questions de NC entre ses membres mais elle n'a pas abouti à une prise de position officielle sur le sujet.

5.4. Ma vision du métier de pharmacien

Puisque l'évolution du métier de pharmacien a un impact direct sur les objectifs de démographie pharmaceutique, je me permets de partager rapidement ma vision du métier.

Je souhaite un pharmacien pleinement intégré dans l'équipe de soins primaires et acteur de la prise en charge des patients. Je souhaite un métier concentré sur la prise en charge médicamenteuse, son analyse et optimisation. Un pharmacien dont l'accompagnement et le suivi du patient restent ses priorités. Je préférerais une rémunération liée plus à l'acte intellectuel qu'aux quantités vendues. J'aimerais que mes journées de travail contiennent notamment du conseil, des dispensations d'ordonnances, des services pharmaceutiques en entretien, des moments d'échanges avec l'équipe de soins primaires et d'autres activités à inventer si tant est qu'elles restent bénéfiques pour le patient.

Les valeurs humanistes doivent rester au centre du métier. Celles-ci sont d'ailleurs rappelées dans le Serment de Galien. Il tient à chaque pharmacien de défendre ses valeurs sachant qu'il engage intrinsèquement celles de la profession. Les dérives existent malheureusement dans notre profession et je pense que la première méthode pour lutter est d'être soi-même à la hauteur.

6. Conclusion

En dépit de la liberté de commerce et d'industrie tant revendiquée, une réglementation autour de la démographie pharmaceutique fut mise en place pour permettre au pharmacien d'officine d'exercer son métier dans l'intérêt des patients et dans le respect d'une certaine éthique professionnelle.

Le but de l'ensemble des travaux sur la démographie pharmaceutique, ou des professions de santé d'une manière générale, est d'avoir un nombre adéquat de professionnels pouvant répondre efficacement et avec efficacité aux besoins des patients.

Le modèle démographique en France est perfectible. Il n'est pour l'instant que trop basé sur une analyse instantanée que suit une prise de décision à court terme. Il manque une vision à long terme avec une stratégie établie répondant à des objectifs définis. Une stratégie générale devra prendre en compte les facteurs influençant la démographie pharmaceutique mais aussi incorporer les outils de régulation déjà à disposition tels que le *numerus clausus*. Ces outils ont connu de nombreuses évolutions, notamment quantitatives, depuis leur introduction au XX^{ème} siècle. Il convient de continuer à les faire évoluer pour qu'ils répondent aux objectifs définis d'une manière organisée.

Les travaux sur la démographie continuent en France. Le modèle démographique préparé par l'Ordre national des pharmaciens est attendu mais l'implication du Ministère de la Santé et celle de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé sur une réflexion plus profonde du modèle démographique seraient les bienvenues.

Le sujet de la démographie pharmaceutique s'inscrit dans un contexte européen, notamment grâce à la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles dans l'Union Européenne. La France n'est pas un vase clos. Bien que les migrations soient minimes pour les pharmaciens depuis et vers la France, il convient d'en tenir compte. De même, des réflexions sont engagées au niveau communautaire et chez nos voisins européens. Les résultats peuvent s'avérer être des sources intéressantes d'idées, de réflexions voir de bonnes pratiques pour améliorer le modèle français.

Enfin, une implication des acteurs de terrain est nécessaire. Les pharmaciens doivent pouvoir participer aux travaux via l'Ordre. Nous pouvons ici féliciter l'implication de l'Ordre sur cette problématique. Mais l'implication des étudiants en pharmacie est aussi importante. Les associations représentatives comme l'Association nationale des étudiants en pharmacie de France ou l'*European pharmaceutical students' association* doivent rester proactives. Elles doivent connaître l'organisation de la vie politique et maintenir des contacts avec ses décideurs pour pouvoir porter efficacement la voix des étudiants. Je ne peux souhaiter que développements et succès à ces associations qui me sont si chères.

Le métier du pharmacien en France est en pleine évolution. Les responsabilités, missions, rémunération tout comme les études sont amenés également à évoluer. La démographie pharmaceutique devra être adéquate pour permettre un soutien à ces changements et ne pas être un frein au développement de la profession.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 27/06/17

LE DOYEN

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Michel SÈVE

Pr. Christophe RIBUOT

Christophe RIBUOT


Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Pharmacie
Pr. Michel SÈVE



7. Bibliographie

- (1) Hocevar S, Besson L. AR Topic: Health Workforce Is this an important topic for students? EPSA Newsletter. Volume 22 Edition 2. mars 2015;14-5.
- (2) Origine de l'Ordre - Qui sommes nous - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Qu-est-ce-que-l-Ordre/Origine-de-l-Ordre>
- (3) Ordonnance n°45-919 du 5 mai 1945 PORTANT INSTITUTION D'UN ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. mai 6, 1945 p. 2569.
- (4) Code de la santé publique - Article L4231-1. Code de la santé publique [Internet]. [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006689094&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110707&oldAction=rechCodeArticle>
- (5) Les Conseils - Qui sommes nous - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Organisation/Les-Conseils#info8>
- (6) Qui sommes-nous ? - La DREES - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/qui-sommes-nous/>
- (7) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DRESS 2015 Rapport d'activité. Dicom n°16-065;
- (8) Fauvet L. (MENESR), Jakoubovitch S. et Mikol F. (DRESS). Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé. Etudes et résultat. juill 2015;n°927.
- (9) Ministère des Affaires sociales et de la Santé. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante#L-ONDPS-ses-missions-son-organisation>
- (10) Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. 2010-804 juill 13, 2010.
- (11) ASIP Santé. Le RPPS [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/services/referentiels/identification/le-rpps-0>
- (12) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Tableau RPPS - Effectif des pharmaciens en 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

- (13) Ordre National des Pharmaciens. Démographie - Les pharmaciens panorama au 1er janvier 2016. 2016.
- (14) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Tableau RPPS - Âge moyen des pharmaciens en 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>
- (15) Pharmacie d'officine - Chômage des pharmaciens adjoints [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.observatoire-metiers-entreprises-liberales.fr/etudes_sante_pharma.php
- (16) Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Programme de travail 2015 [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2014 [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/programme-de-travail-2015>
- (17) Marc COLLET. La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 - Un exercice de projection au niveau national - études et résultats n°438. Dress; 2005.
- (18) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Tableau RPPS - Densité des pharmaciens en 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>
- (19) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Tableau RPPS - Effectif des pharmaciens en 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>
- (20) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Tableau RPPS - Âge moyen des pharmaciens en 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>
- (21) Institut national de la statistique et des études économiques. Évolution de la population – Bilan démographique 2016 | Insee [Internet]. [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
- (22) Fac-similé JO du 03/01/1979, page 00005 | Legifrance [Internet]. 1979 [cité 3 déc 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000880020
- (23) Archive Assemblée Nationale COMPTE RENDU INTEGRAL - 85° SEANCE 2° Séance du Mardi 13 Décembre 1977 [Internet]. 1977. Disponible sur: <http://archives.assemblee-nationale.fr/5/cr/1977-1978-ordinaire1/085.pdf>
- (24) Fac-similé JO du 27/01/1984, page 00433 | Legifrance [Internet]. 1984 [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000692733&pageCourante=00433
- (25) LOI no 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales. 91-73 janv 18, 1991.

- (26) Code de l'éducation - Article L631-1. Code de l'éducation. [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6102423E488A126CF8E98B249F548824.tpdila10v_2?idArticle=LEGIARTI000020829142&cidTexte=LEGITEXT000006071191&categorieLien=id&dateTexte=
- (27) LOI n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche. 2013-660 juill 22, 2013.
- (28) Arrêté du 31 août 2016 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2015 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en pharmacie à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2015-2016 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2016-2017 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.
- (29) Berland Y, Gausseron T, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mission « Démographie des professions de santé » Tome 1. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2002.
- (30) Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport 2010 2011 Tome 3 Des professions de sante en évolution pharmaciens, orthophonistes, médecins en formation.
- (31) Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport ONDPS 2013-2014.
- (32) Recommandation du Conseil du 8 juillet 2014 concernant le programme national de réforme de la France pour 2014 et portant avis du Conseil sur le programme de stabilité de la France pour 2014 [Internet]. 2014/C 247/09 juill 29, 2014. Disponible sur: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014H0729\(09\)&from=FR](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014H0729(09)&from=FR)
- (33) European Commission. Proposal for a DIRECTIVE OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on a proportionality test before adoption of new regulation of professions. 2017.
- (34) Standing Committee of European Doctors, Council of European Dentist & Pharmaceutical Group of the European Union. Press Release: European dentists, doctors and pharmacists conclude: proposed proportionality tests for professional regulation ignore public interest and threaten quality and safety of patient care. 2017.
- (35) Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique.
- (36) Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des finances. Rapport - La régulation du réseau des pharmacies d'officine. 2016.

- (37) Code de la santé publique - Article L5125-3. Code de la santé publique. [Internet]. [cité 25 fév 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1689F73C2A22E28CD4C0086277E5877D.tpdila13v_2?idArticle=LEGIARTI000017842121&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170620&categorieLien=id&oldAction=
- (38) Code de la santé publique - Article L5125-11. Code de la santé publique. [Internet]. [cité 25 fév 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=85E468653DE0505DC42FD3BD98790CAF.tpdila10v_2?idArticle=LEGIARTI000028650877&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=
- (39) Code de la santé publique - Article L5125-13. Code de la santé publique. [Internet]. [cité 25 fév 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8F55AB9A979234ECA5B349401EFFC343.tpdila10v_2?idArticle=LEGIARTI000017842152&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=
- (40) Code de la santé publique - Article L5511-6. Code de la santé publique. [Internet]. [cité 25 fév 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=65318979999D3F9ED90EF2EDBC7B88FA.tpdjo15v_2?idArticle=LEGIARTI000006690613&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111017
- (41) Assemblée Nationale. Annexe n°9793 Session de 1954 - Séance du 23 décembre 1954 [Internet]. Disponible sur: http://4e.republique.jo-an.fr/prjloi/2LEGIS_30_171-172.pdf
- (42) Code de la santé publique - Article L571 [Internet]. Code de la santé publique oct 7, 1953. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5F3D12F45A401DB87BFE268C10B756A0.tpdila10v_2?idArticle=LEGIARTI000006693616&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=19850103
- (43) Code de la santé publique - Article L571 [Internet]. Code de la santé publique janv 19, 1994. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=35826B5DF47BECD73F0E7E9EAD8129D1.tpdila10v_2?idArticle=LEGIARTI000006693619&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=19950204
- (44) Code de la santé publique - Article L571 [Internet]. Code de la santé publique févr 5, 1995. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=35826B5DF47BECD73F0E7E9E>

- [AD8129D1.tpdila10v_2?idArticle=LEGIARTI000006693620&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=19990727](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006693620&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=19990727)
- (45) Sénat. Comptes rendus des débats - Séance du 3 juin 1999 - Sénat [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/seances/s199906/s19990603/sc19990603018.html>
- (46) Code de la santé publique - Article L571 [Internet]. Code de la santé publique juill 28, 1999. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=7C23FA86891F27E8C42541CE5988FE30.tpdila10v_2?idArticle=LEGIARTI000006693621&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20000621&categorieLien=id&oldAction=
- (47) Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Dossier de presse : Présentation du PLFSS 2008 (projet de loi de financement de la sécurité sociale) [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss200709presse.pdf>
- (48) Assemblée Nationale. Compte rendu intégral ~ Première séance du lundi 29 octobre 2007 [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2007-2008/20080030.asp>
- (49) Code de la santé publique - Article L5125-11 [Internet]. Code de la santé publique déc 22, 2007. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=35826B5DF47BECD73F0E7E9EAD8129D1.tpdila10v_2?idArticle=LEGIARTI000017842174&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20111222
- (50) Inspection générale des affaires sociales. Rapport - Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000355.pdf>
- (51) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. PLFSS 2012 Annexe 10 : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe10_plfss_2012.pdf
- (52) Assemblée Nationale. Compte rendu intégral Troisième séance du jeudi 27 octobre 2011 [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2011-2012/20120031.asp#P1134_182857
- (53) Ordre National des Pharmaciens. Les Pharmaciens - Panorama au 1er Janvier 2007. 2007.
- (54) Code de la santé publique - Article L4221-1. Code de la santé publique. [Internet]. [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D4F4B862650BEA5121FFD4AB234B9288.tpdila20v_1?idArticle=LEGIARTI000021503741&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170620&categorieLien=id&oldAction=

- (55) Code de la santé publique - Article L4221-2. Code de la santé publique. [Internet]. [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D4F4B862650BEA5121FFD4AB234B9288.tpdila20v_1?idArticle=LEGIARTI000021503737&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170620&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=
- (56) Code de la santé publique - Article L4221-4. Code de la santé publique. [Internet]. [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D4F4B862650BEA5121FFD4AB234B9288.tpdila20v_1?idArticle=LEGIARTI000021504087&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170620&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=
- (57) Centre national de gestion. Logigramme PAEx - Logigramme_PAE.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: http://cng.sante.fr/IMG/pdf/Logigramme_PAE.pdf
- (58) Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport 2016 - Les mobilités internationales des professions de santé. 2016.
- (59) European Commission. Base de données des professions réglementées [Internet]. [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: <http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm>
- (60) Union Européenne. EUROPA - Traités européens [Internet]. European Union website, the official EU website - European Commission. 2016 [cité 8 avr 2017]. Disponible sur: https://europa.eu/european-union/law/treaties_fr
- (61) Version consolidée du traité sur l'Union européenne TITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES Article 5 (ex -article 5 TCE) JO C 202 du 7.6.2016, p. 18–18
- (62) Glossaire des synthèses Principe de subsidiarité - EUR-Lex [Internet]. [cité 8 avr 2017]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/subsidiarity.html>
- (63) Glossaire des synthèses Principe de proportionnalité - EUR-Lex [Internet]. [cité 8 avr 2017]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/proportionality.html?locale=fr>
- (64) Union Européenne. Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. J.O.U.E. L 255 sept 30, 2005 p. 22-142.
- (65) Union Européenne. Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n ° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI »). J.O.E.U. L 354 décembre, 2013 p. 132-70.

- (66) Synthèses de la législation de l'UE: Régime de reconnaissance des qualifications professionnelles - EUR-Lex [Internet]. [cité 8 avr 2017]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=LEGISSUM:c11065>
- (67) Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 consolidée et relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles [Internet]. [cité 8 avr 2017]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2005/36/2016-05-24>
- (68) Union Européenne. Règlement d'exécution (UE) 2015/983 de la Commission du 24 juin 2015 sur la procédure de délivrance de la carte professionnelle européenne et l'application du mécanisme d'alerte conformément à la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil. J.O.E.U. L 159 juin, 2015 p. 27-42.
- (69) Union Européenne. EUROPA - Carte professionnelle européenne (EPC) [Internet]. [cité 26 avr 2017]. Disponible sur: http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/european-professional-card/index_fr.htm
- (70) Commission Européenne. COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT on an Action Plan for the EU Health Workforce [Internet]. 2012 [cité 28 avr 2017]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf
- (71) Matrix insight, Commission Européenne. EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study [Internet]. 2012 [cité 29 avr 2017]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf
- (72) Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting. Minimum planning requirements for health workforce planning [Internet]. 2014 [cité 3 mai 2017]. Disponible sur: http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2015/09/140414_wp5_d051_minimum_planning_data_requirements_final.pdf
- (73) Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting. Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries [Internet]. 2015 [cité 3 mai 2017]. Disponible sur: http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2015/11/150306_WP5_D052-Handbook-on-HWF-Planning-Methodologies-across-EU-Countries_Release-1_Final-version.pdf
- (74) European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems and Policy Monitor - HSPM - Health Systems in Transition (HiT) [Internet]. [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.hspm.org/mainpage.aspx>

- (75) Employed community Pharmacists in Europe. Employed Community Pharmacists in Europe: Croatia [Internet]. [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.epheu.eu/pharmacy-in-europe/croatia/>
- (76) State Agency of Medicines of the Republic of Latvia. Law on Pharmacy [Internet]. [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.zva.gov.lv/?id=355&top=333&large=0>
- (77) Malta medicines authority. Pharmacies - S.L. 458.16: Pharmacy Licence Regulations. [Internet]. [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: http://www.medicinesauthority.gov.mt/Pharmacies#Further_information
- (78) Pharmaceutical Services Negotiating Committee. Opening a pharmacy [Internet]. PSNC Main site. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: <https://psnc.org.uk/contract-it/market-entry-regulations/opening-a-pharmacy/>
- (79) Hajnalka Komjathy. Financial aspects of community pharmacies in Slovakia (2009-2014). Eur Pharm J. déc 2016;LXIII(2):12-7.
- (80) Pharmaceutical Group of the European Union. Vision and mission [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: <http://pgeu.eu/en/pgeu/vision-and-mission.html>
- (81) European Commission. Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU - Public Health [Internet]. Public Health. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/continuous_professional_development_en
- (82) Organisation Mondiale de la Santé. Qui nous sommes et ce que nous faisons... [Internet]. WHO. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/fr/>
- (83) Organisation Mondiale de la Santé. Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_fr.pdf?ua=1
- (84) Fédération Internationale Pharmaceutique. Vision 2020 [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: <http://fip.org/files/fip/StrategicPlanNoAnnexesFR.pdf>
- (85) Fédération Internationale Pharmaceutique. Pharmaceutical Workforce Development Goals [Internet]. 2016. Disponible sur: http://fip.org/files/fip/PharmacyEducation/Global_Conference_docs/WDGs_online_version.pdf

8. Annexes

ANNEXE 1 – Liste des arrêtés ministériels relatifs au *numerus clausus* de Pharmacie en France

Année Universitaire	Arrêté	Code NOR
2016-2017	Arrêté du 10 janvier 2017 du JORF du 11 janvier 2017	AFSH1700601A
2015-2016	Arrêté du 21 décembre 2015 du JORF du 26 décembre 2015	AFSH1531334A
2014-2015	Arrêté du 29 décembre 2014 du JORF du 31 décembre 2014	AFSH1430606A
2013-2014	Arrêté du 31 décembre 2013 du JORF du 5 janvier 2014	AFSH1332226A
2012-2013	Arrêté du 21 décembre 2012 du JORF du 11 janvier 2013	AFSH1243403A
2011-2012	Arrêté du 9 mars 2012 du JORF du 15 mars 2012	ETSH1207240A
2010-2011	Arrêté du 5 novembre 2010 du JORF du 14 novembre 2010	SASH1028543A
	Arrêté du 22 décembre 2010 du JORF du 5 janvier 2011	ETSH1033498A
2009-2010	Arrêté du 21 janvier 2010 du JORF du 27 janvier 2010	SASH1001983A
2008-2009	Arrêté du 12 janvier 2009 du JORF du 1 février 2009	SASH0901830A
2007-2008	Arrêté du 17 janvier 2008 du JORF du 26 janvier 2008	SJSH0801403A
2006-2007	Arrêté du 26 mars 2007 du JORF du 8 mai 2007	SANP0752471A
2005-2006	Arrêté du 19 avril 2006 du JORF du 23 avril 2006	MENS0600895A
2004-2005	Arrêté du 20 janvier 2005 du JORF du 28 janvier 2005	SANP0520259A
2003-2004	Arrêté du 31 décembre 2003 du JORF du 17 janvier 2004	SANP0325228A
2002-2003	Arrêté du 5 décembre 2002 du JORF du 18 décembre 2002	SANP0224077A
2001-2002	Arrêté du 17 décembre 2001 du 21 décembre 2001	MESP0124363A
2000-2001	Arrêté du 21 décembre 2000 du JORF du 6 janvier 2001	MESP0024031A
1999-2000	Arrêté du 20 octobre 1999 du JORF du 3 novembre 1999	MESP9923337A
1998-1999	Arrêté du 7 janvier 1999 du JORF du 22 janvier 1999	MESP9920127A
1997-1998	Arrêté du 1er décembre 1997 du JORF du 9 décembre 1997	MESP9723836A
1996-1997	Arrêté du 27 mai 1997 du JORF du 31 mai 1997	TASP9721919A
1995-1996	Arrêté du 22 mai 1996 du JORF du 26 mai 1996	TASP9621559A
1994-1995	Arrêté du 11 janvier 1995 du JORF du 18 mars 1995	SANP9500457A
1993-1994	*	<i>Manquant</i>
1992-1993	Arrêté du 15 octobre 1992 du JORF du 14 novembre 1992	SANP9202890A
1991-1992	*	<i>Manquant</i>
1990-1991	Arrêté du 26 juillet 1990 du JORF du 14 août 1990	SPSP9001562A
1989-1990	Arrêté du 14 septembre 1989 du JORF du 23 septembre 1989	SPSP8901917A
1988-1989	Arrêté du 12 octobre 1988 du JORF du 21 octobre 1988	MENB8801986A
1987-1988	Arrêté du 25 novembre 1987 du JORF du 27 novembre 1987	RESB8700863A
1986-1987	Arrêté du 13 novembre 1986 du JORF du 20 novembre 1986	<i>Manquant</i>

Année Universitaire	Arrêté	Code NOR
1985-1986	*	<i>Manquant</i>
1984-1985	*	<i>Manquant</i>
1983-1984	Arrêté du 16 juillet 1984 du JORF du 22 juillet 1984	<i>Manquant</i>
1982-1983	Arrêté du 24 août 1982 du JORF du 11 septembre 1982	<i>Manquant</i>
1981-1982	Arrêté du 18 août 1981 du JORF du 27 août 1981	<i>Manquant</i>
1980-1981	Arrêté du 22 août 1980 du JORF du 31 août 1980	<i>Manquant</i>
1979-1980	*	<i>Manquant</i>

** Les chiffres manquants des arrêtés proviennent du rapport 2013-2014 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.*

EPSA

Annual Reception

Healthcare Workforce

With the support of MEPs:
Ms. Nessa Childers (S&D, Ireland)
Mr. Cristian Silviu Buşoi (EPP, Romania)

12th March 2015 (Thursday) | 17.00 to 19.00
The International Auditorium | Brussels, Belgium

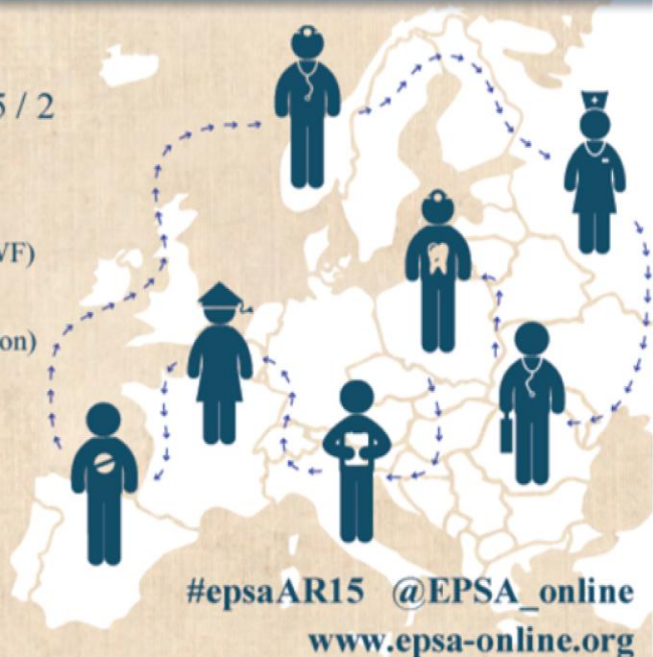
Address of the venue:

Boulevard du Roi Albert II, No. 5 / 2

Speakers:

Michel Van Hoegaerden (JA EUHWF)
Darragh J O'Loughlin (PGEU)
Alma Basokaite (European Commission)
Katrín Fjeldsted (CPME)

AR
annual reception





EPSA Annual Reception

Healthcare Workforce | 12th March 2015

AR
annual reception



EPSA Annual Reception 2015

"Healthcare Workforce"

With the support of MEP Nessa Childers (S&D) and MEP Cristian Buşoi (EPP)
12th March 2015, 17:00 – 19:00

The International Auditorium, Boulevard du Roi Albert II n°5/2, Brussels, Belgium

16:15	17:00	<i>Arrival of guests</i>
17:00	17:10	Welcome words from EPSA Vice President of External Affairs Lucas Besson
17:10	17:20	Opening words from MEP Nessa Childers and MEP Cristian Buşoi
17:20	17:40	Presentation of EPSA achievements by EPSA President Svetlana Kolundžić Student perspective and activities on "Healthcare Workforce" by EPSA Vice President of Education Sandra Hočevár
17:40	18:20	Panel presentations -Mr. Michel Van Hoegaerden, Programme Manager of the Joint Action Health Workforce Planning & Forecasting -Mr. Darragh O'Loughlin, President of the Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU) -Ms. Alma Basokaite, European Commission DG GROW, Free movement of Professionals -Dr. Katrín Fjeldsted, President of the Standing Committee of European Doctors (CPME)
18:20	18:50	Roundtable discussion moderated by EPSA Vice President of External Affairs Lucas Besson
18:50	19:00	Closing words
19:00	20:00	<i>Networking reception</i>

www.epsa-online.org | Rue du Luxembourg 19, bte. 6, 1000 – Brussels, Belgium
#epsaAR15 | @EPSA_Online



Biographies – Supporters



MEP Nessa Childers

Nessa Childers is an Irish politician who has been a Member of the European Parliament (MEP) since 2009. In June 2014, Childers re-joined the Group of the Progressive Alliance of Socialists and Democrats (S&D). Nessa serves on the Environment, Public Health and Food Safety Committee, and is a substitute member of the Economic and Monetary Affairs Committee and Women's Affairs Committee. Nessa has been very active in mental health issues such as Alzheimer and dementia, and has also been working to improve standards of integrity and transparency in political life.

Since 2009, she has been co-chair of the European Parliament Mental Health Interest Group, and vice-chair of MEPs against Cancer.

Nessa Childers has an Arts and Psychology degree from Trinity College, Dublin and a postgraduate diploma in psychology from University College Dublin. Prior to her election to the European Parliament in 2009 Nessa worked as a psychoanalyst for over twenty years. Her practice was established in 1986 with her former husband Ross Skelton. In 1993, along with colleagues, Nessa established the M. Sc. course in Psychoanalytic Psychotherapy in Trinity College Dublin. As well as lecturing and teaching, she was course Director between the years 2001 to 2006.



MEP Cristian Buşoi

Cristian Busoi is a member of the European Parliament, currently active in the Committee for Environment and Health, the Delegation to the EU - Ukraine Parliamentary Committee and the Delegation for the EURONEST Parliamentary Assembly. Prior to this he was President of National Health Insurance House from Romania (2013-2014), member of European Parliament (2007-2013) and member of the Romanian Parliament (2004- 2007), where he was part of the Health and Family Committee.

Cristian has been a member of the National Liberal Party for more than 17 years, being currently Vicepresident of the party at the national level and between 2007 and 2010 he has been sitting in the board of its National Political Bureau as responsible for the West Region. In 1999 he founded the "21st Century Youth" association in Drobeta Turnu Severin and since 2007 he is board member of the Institute for Liberal Studies in Bucharest.

Cristian Busoi graduated from the Carol Davila University of Medicine and Pharmacy in Bucharest, Carol I National Defence College, and the Law School of Titu Maiorescu University. In 2010 he obtained his Ph.D. in Public Health and Health Management from the University of Medicine and Pharmacy Victor Babes Timisoara.

Biographies – Panellists



Mr. Michel Van Hoegaerden

Michel is currently Programme Manager, on behalf of the Belgian Federal Public Service of Health of the Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting, co-financed by the EU. By the time of the 2010's Belgian EU Presidency Conference on Health Workforce and of the build of the Joint Action that followed, Michel was General Manager in charge of Health Workforce, Primary Care, Emergency care & Crisis Management within the Belgian Federal Public Service of Health. Michel studied Civil Engineering (Chemistry) and obtained a Master in Environmental Sciences at the Free University of Brussels, the city where he was born.



Mr. Darragh O'Loughlin

Darragh is a pharmacist who lives in Galway, on Ireland's west coast. He graduated in 1993 from the School of Pharmacy at Trinity College, University of Dublin, and first registered as a pharmacist in 1994. He has operated his own pharmacies for the last fifteen years. He is currently the President of the Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), having been its Treasurer since 2013. Darragh is Secretary General of the Irish Pharmacy Union since 2013 and was previously its President (2010 – 2012). He has previously served on both the Board of the Health Information & Quality Authority in Ireland and the Council of the Pharmaceutical Society of Ireland.

Ms. Alma Basokaite

Alma Basokaite, Lithuanian nationality, lawyer by education is working for the European Commission in Brussels since 2008. She carried out various functions within the European Commission. She started in the area of competition policies and changed to Internal Market policies later on. Since 2013 she works in the unit responsible for the free movement of professionals in DG GROWTH. She is dealing with issues concerning the free movement of certain health professionals, including pharmacists, nurses, midwives, and issues concerning recognition of their professional qualifications. She is also participating in preparatory work for the introduction of the European Professional Card, as foreseen under Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications.



Dr. Katrín Fjeldsted

Katrín, Icelandic nationality, completed her general practice training in 1979 (United Kingdom) after receiving her Medical Degree from the University of Iceland in 1973. She has been a family physician at Efstaleiti Health Centre since 1980. She was the assistant Reykjavik City Medical Officer 1979-1980. She has been a member of the Reykjavik City Council and a deputy parliamentarian. She was a member of the Icelandic parliamentary delegation to the United Nations General Assembly in 1999 and 2000, Member of the Icelandic delegation to the U.N. conference on sustainable development in Johannesburg S-Africa in 2002. She chaired the Icelandic College of Family Physicians and was member of the Board of the Icelandic Medical Association. Her involvement in CPME for the past years had led her to the Presidency in 2013.



EPSA Annual Reception

Healthcare Workforce | 12th March 2015

AR
annual reception

Practicalities

Arrival of guest

Guests will be welcomed from 16:15 on at the International Auditorium where coffee and tea will be provided before the start of the event.

Reception

We are pleased to invite you to the reception that follows the event which will take place in the hall of the International Auditorium. It will allow personal contact and networking opportunities for the participants in a more relaxed atmosphere.

Wifi

The International Auditorium provides free Wifi: "the international auditorium" and the password is "brussels".

Social Media

We encourage you to use the Twitter hashtag #epsaAR15 and @EPSA_Online to share news during and after the event.

Certificate of attendance

Certificates of attendance can be provided via email. Please write to vp.ea@epsa-online.org

For any urgent information on the day of the event, we invite you to contact Lucas at +32 484 618 909 or Sandra at +32 484 533 241.



List of participants

First Name	Last Name	Organisation	Country
Heja	Aga	BPhD	Germany
Frédéric	Agbohouto	ANEPF	France
Dena	Akbari	BPhD	Germany
Tugçe Ezgi	Aksongur	IUPSAint	Turkey
Mathieu	Alcaide	ANEPF	France
Gabriella	Andersson	SNAPS	Sweden
Andrada	Armaşu	AESGP - Association of the European Self-Medication Industry	Belgium
Olga	Barszczewska	EPSA	Poland
Alma	Basokaite	European Commission	Belgium
Lucas	Besson	EPSA	France
Thony	Björk	Swedish Pharmacy Association	Sweden
Piotr	Bohater	Polish Pharmaceutical Chamber	Poland
Nina	Brandelet-Bernot	CED - Council of European Dentists	Belgium
Diana	Carvalho	APEF	Portugal
John	Chave	PGEU - Pharmaceutical Group of European Union	UK
Harold	Cottin	Servier	Belgium
Sarada	Das	CPME - Standing Committee of European Doctors	Belgium
Kristien	De Paepe	EAFP - European Association of Faculties of Pharmacy	Belgium
Paul	De Raeve	EFN - European Federation of Nurses Association	Belgium
Sven	Declerck	VFSO	Belgium
João	Diogo	AEFFUL	Portugal
Mohamed	Elzarej	VFSO	Belgium
Pedro	Ferreira	ANF	Portugal
Katrín	Fjeldsted	CPME - Standing Committee of European Doctors	Iceland
Janice	Geers	EPSA	Belgium
Isabelle	Guillaume	Ordre des Pharmaciens	France
Caroline	Hager	European Commission	Belgium
Floriane	Havez	ANEPF	France
Sandra	Hočevár	EPSA	Slovenia
Magnus	Høie	EPSA	Norway
Daan	Huntjens	EPSA	The Netherlands
Shanna	Hurts	EPSA	Belgium
Charlotte	Jacobs	EPSA	Belgium

www.epsa-online.org | Rue du Luxembourg 19, bte. 6, 1000 – Brussels, Belgium
#epsaAR15 | @EPSA_Online



EPSA Annual Reception

Healthcare Workforce | 12th March 2015



AR

annual reception

First Name	Last Name	Organisation	Country
Linn	Jansson	SNAPS	Sweden
Momchil	Jelev	Johnson & Johnson	Belgium
Noemi	Jimenez Garcia	Johnson & Johnson	Belgium
Gareth	Jonas	NPA - National Pharmacy Association	UK
Anne-Claire	Julienne	Servier	Belgium
Wim	Kegels	EPSA Individual Member	Belgium
Jeanne	Kern	ANEPP	France
David	Kološić	EPSA	UK
Svetlana	Kolundžić	EPSA	Serbia
Kyriaki	Konstantakopoulou	GPSF	Greece
Luka	Kosec	ŠSSFD	Slovenia
Caroline	Lanthier	ANEPP	France
Lou	Le Goff	ANEPP	France
Acacia Pik Kay	Leong	BPSA	UK
Eugina	Levine	Bayer	Belgium
Jure	Levstik	EPSA	Slovenia
Frederic	Lievens	ISfTeH - International Society for Telemedicine & eHealth	Belgium
Thomas	Lion	EIPG - European Industrial Pharmacists Group	Belgium
Lukas	Löfling	SNAPS	Sweden
Sanziana	Marcu-Lapadat	Johnson & Johnson	Belgium
Sascha	Marschang	EPHA - European Public Health Alliance	Belgium
Ana Paula	Martins	ANF	Portugal
Tiia	Metiäinen	EFPIA - European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations	Belgium
Maxime	Michielsen	VFSO	Belgium
Frans	Moss	KNMP	The Netherlands
Patricia	Munoz	PGEU - Pharmaceutical Group of European Union	Spain
Koen	Nauwelaerts	EGA - European Generic Medicines Association	Belgium
Aljaz	Nedog	EPSA Individual Member	Slovenia
Catarina	Nobre	EPSA	Portugal
Darragh	O'Loughlin	PGEU - Pharmaceutical Group of European Union	Ireland
Deriz	Öner	EPSA Individual Member	Turkey
Joan	Peppard	EAHP - European Association of Hospital Pharmacists	UK
David	Preece	EAHP - European Association of Hospital Pharmacists	Belgium

www.epsa-online.org | Rue du Luxembourg 19, bte. 6, 1000 – Brussels, Belgium
#epsaAR15 | @EPSA_Online



EPSA Annual Reception

Healthcare Workforce | 12th March 2015



AR

annual reception

First Name	Last Name	Organisation	Country
Richard	Price	EAHP - European Association of Hospital Pharmacists	Belgium
Jasna	Puh	EPSA	Slovenia
Raluca	Radu	SSFB	Romania
Carmen	Rainer	AFÖP	Austria
Sofia	Ribeiro	APYN - Alcohol Policy Youth Network	Portugal
Timothy	Robinson	EPSA	UK
Magda	Savin	GIRP - European Association of Pharmaceutical Full-line Wholesalers	Belgium
Maja	Šerčić	EPSA	Slovenia
Miglė	Škadauskaitė	EPSA	Lithuania
Leonor	Soares	APEF	Portugal
Joana	Sousa Melo	APEF	Portugal
Katarzyna	Świderek	EPSA	Poland
Gaelle	Tachon	ANEPF	France
Lara	Teheux	EMSA - European Medical Students' Association	The Netherlands
Jan	Theuwis	VFSO	Belgium
Mylène	Tisseyre	ANEPF	France
Johann	Töpfer	BPhD	Germany
Dick	Tromp	EuroPharm Forum	The Netherlands
Neža	Trpin	ŠSSFD	Slovenia
Lauri	Vaihemäki	ELSA - European Law Students' Association	Finland
Thanasis	Vaiopoulos	EMSA - European Medical Students' Association	Greece
Audrey	Van Coillie	PGEU - Pharmaceutical Group of European Union	Belgium
Michel	Van Hoegaerden	Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting	Belgium
Nele	Van Lint	VFSO	Belgium
Leon	Van-Berkel	European Commission	Belgium
Anže	Vasle	EPSA	Slovenia
Diana	Velicu	EDSA - European Dental Students' Association	Romania
Quentin	Villé	ANEPF	France
Olav	Vogt Engeland	ELSA - European Law Students' Association	Norway
Joséphine	Wallays	VFSO	Belgium
Jamie	Wilkinson	PGEU - Pharmaceutical Group of European Union	UK
Carine	Wolf-Thal	Ordre des Pharmaciens	France

www.epsa-online.org | Rue du Luxembourg 19, bte. 6, 1000 – Brussels, Belgium
#epsaAR15 | @EPSA_Online

Lucas BESSON

**LA DÉMOGRAPHIE DES PHARMACIENS –
ÉVOLUTION DES RÉGLEMENTATIONS, RÉFLEXIONS PROFESSIONNELLES
ET ÉTUDIANTES, EN FRANCE ET DANS L'UNION EUROPÉENNE**

RÉSUMÉ :

En dépit de la liberté de commerce et d'industrie tant revendiquée, une régulation autour de la démographie pharmaceutique fut mise en place pour permettre au pharmacien d'officine d'exercer son métier dans l'intérêt des patients et dans le respect d'une certaine éthique professionnelle. Au 1er janvier 2016 il y avait 74 754 pharmaciens inscrits à l'Ordre national des pharmaciens mais est-ce que ce nombre répond au besoin de santé publique de la population ? Après un état des lieux de la démographie pharmaceutique actuelle en France et de ses influences, une analyse est faite du modèle démographique français. Les mises en place et évolutions du numerus clausus ainsi que celles du maillage territorial des officines sont détaillées. La problématique démographique existant aussi au niveau européen, ce travail met en avant les travaux de la Commission Européenne et les différentes pratiques de pays de l'Union Européenne. Enfin, parmi les réflexions d'acteurs de terrain, est mise en avant l'implication des étudiants en pharmacie notamment par les activités de l'auteur au sein de l'European pharmaceutical students' association.

MOTS CLÉS : démographie pharmaceutique ; numerus clausus pharmaceutique ; maillage territorial ; union européenne ; étudiants en pharmacie

FILIÈRE : Officine