

UNIVERSITE DE NANTES  
FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2005

N°

**THESE**  
**pour le**  
**DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

par

**Antoine SALOMON**

Né le 9 avril 1981

*Présentée et soutenue publiquement le 9 Mars 2005*

***L'aspect commercial de la pharmacie d'officine :  
situation et avenir***

**Jury**

Président : Mr Yves MAUGUEN, Professeur de Biophysique

Directeur de thèse : Mr Yves-François Pouchus, Professeur de Botanique et de  
Cryptogamie

Membres du jury : Mr Guillaume ANDRE, Docteur en Pharmacie  
Mme Anne HAIE, Docteur en Pharmacie

## AU PRESIDENT DU JURY

Je tiens à témoigner ma plus vive reconnaissance à Monsieur le Professeur MAUGUEN qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

## A MON DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur POUCHUS qui a su me diriger et me guider de façon objective dans mon travail. Qu'il en soit sincèrement remercié.

## AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Docteur Guillaume ANDRE dont les travaux ont été la source d'inspiration pour la rédaction de cette thèse.

Madame le Docteur Anne HAIE dont la pédagogie et la disponibilité en font le maître de stage idéal.

A Madame Anne-Françoise GRAVIER

Qui à défaut de faire partie du jury, mérite autant de remerciements que Madame HAIE...

A Ombeline

Toujours là dans les moments de découragement et toujours avec les bons mots.  
Compte sur moi lorsque ce sera ton tour.

A mes parents

Dont j'admire l'esprit épicurien.  
Merci d'avoir été là tout au long de mes études.

A Victor et Julien

En espérant vous consacrer plus de temps dans les années à venir.  
On se retrouvera sur l'eau...

Les études pharmaceutiques, aussi complètes et intéressantes soient-elles, semblent légèrement en décalage avec le métier de pharmacien. Mon expérience officinale, certes limitée, m'a montré les prémices d'une discipline peu enseignée dans les facultés de pharmacies françaises : le commerce. Effectivement, force est de constater qu'en plus d'être un professionnel de santé rigoureusement formé, le pharmacien est également un commerçant ; statut qu'il refuse parfois de reconnaître et auquel il n'est pas spécifiquement préparé.

L'objet de cette étude est donc précisément d'étudier l'aspect commercial de la pharmacie d'officine ainsi que ses perspectives d'évolution :

- Perspectives souvent présentées de manière pessimiste par les différents acteurs de la profession ainsi que par les médias. Ce pessimisme est-il justifié ?
- Perspectives d'évolution qui vont s'accélérer si l'on regarde ce qu'il en est dans les divers secteurs du commerce de détail.

En chapitre d'introduction, nous commencerons par définir la mission de la pharmacie d'aujourd'hui : en quoi consiste le métier de pharmacien d'officine ?

Puis afin de mener à bien notre travail, l'étude comportera trois axes de réflexion :

- Que vend-on en pharmacie ?
- Dans quel cadre ?
- Quel est l'avenir de l'aspect commercial de la pharmacie d'officine ?

## **Chapitre d'introduction Quelle est la mission de la pharmacie d'officine ?**

Une organisation trouve sa raison d'être dans l'accomplissement d'une tâche spécifique au sein de son environnement : fabriquer des voitures, fournir un logement pour la nuit, prêter de l'argent... A l'origine elle poursuit en générale une mission claire. Avec le temps il se peut que cette mission s'estompe ou que son adéquation à son environnement ait besoin d'être remise en cause.

La pharmacie n'a cessé d'évoluer. Des découvertes des alchimistes au fonctionnement d'aujourd'hui, on mesure le chemin parcouru...

Énoncer la mission de la pharmacie d'officine d'aujourd'hui n'est donc pas chose aisée.

Ainsi, nous allons identifier cette mission par rapport :

- au domaine d'activité de l'officine (1),
- à la compétence du pharmacien (2),
- au segment de clientèle visée (3),
- et enfin par rapport à la valeur ajoutée du pharmacien (4).

# **1 Quel est le domaine d'activité de l'officine ?**

## **1.1 Quelques définitions concernant l'officine**

Le Code de la Santé Publique définit l'officine (article L5125-1 et L4211-1) comme étant "l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales et officinales".

L'officine semble donc essentiellement (au sens de la loi) un établissement vendant au détail des médicaments au consommateur.

On dénombre donc déjà trois domaines d'activité pour l'officine : le médicament (a), les préparations magistrales (b) et les préparations officinales (c).

### **a) Le médicament**

Sa définition complète se trouve à l'article L5111-1 du CSP.

"On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou l'animal en vue d'établir un diagnostic médical, de modifier, corriger ou restaurer leurs fonctions organiques".

### **b) Les préparations magistrales**

Elle sont définies (article L5121-1 du CSP) comme tout médicament préparé extemporanément en pharmacie selon une prescription destinée à un malade déterminé.

### **c) Les préparations officinales**

Ce sont (article L5121-1 du CSP) les médicaments préparés en pharmacie selon les indications de la pharmacopée et destinés à être dispensés directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie.

## **1.2 Autres produits dont le commerce est autorisé en officine**

En plus des éléments découlant de la définition législative de l'officine, les pharmaciens peuvent faire le commerce d'autres marchandises (article L 5125-24 du CSP) figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé sur proposition du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.

Cette liste autorise notamment les officinaux à faire le commerce :

- de dispositifs médicaux à l'exception de ceux qui sont implantables,
- des plantes médicinales,
- des huiles essentielles,
- des produits de parapharmacie,
- des produits diététiques,
- du matériel de maintien et d'hospitalisation à domicile,
- de produits cosmétiques...

Au premier abord on pourrait croire que l'activité d'une officine se limite à vendre des médicaments, mais nous venons de voir que son domaine d'activité est en pratique beaucoup plus étendu.

C'est pourquoi nous diviserons l'activité d'une pharmacie en trois domaines : le médicament (1.3), les produits de parapharmacie (1.4) et les autres activités de l'officine (1.5).

## 1.3 Le médicament

Nous avons déjà donné sa définition. L'officine possède vis à vis du médicament un statut particulier : elle dispose du monopole de dispensation.

### a) Qu'est ce qu'un monopole ?

Un monopole existe lorsqu'une seule entreprise délivre un produit ou un service sur un marché donné (par exemple en France, la SNCF est la seule entreprise à fournir un service de transport ferroviaire).

Une telle situation peut résulter :

- d'une réglementation,

Le monopole dont les pharmaciens disposent est défini par la loi (article L4211-1 du CSP).

- d'un brevet,

Les médicaments ne sont pas des biens de consommation ordinaire et ils sont protégés par des brevets.

- d'une licence,

Les médicaments sont mis en vente après obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

De plus l'exploitation d'une pharmacie d'officine est soumise à l'obtention d'une licence d'exploitation.

Une entreprise en situation de monopole pourrait, en l'absence de réglementation et de menace de produits de substitution, pratiquer des prix élevés tout en s'abstenant de toute publicité, les consommateurs n'ayant pas le choix.

Dans le cas de la pharmacie d'officine, on observe la situation opposée ; il s'agit d'un monopole sous tutelle de l'Etat.

Il se traduit par :

- des prix plus modérés car les industriels ne fixent pas librement le tarif de leurs spécialités contrairement à d'autres pays comme les États-Unis.

- un meilleur service imposé au nom de l'intérêt général ; le pharmacien engage son diplôme lorsqu'il travaille.

#### **b) Tous les médicaments vendus en officine ont-ils le même statut ?**

Non, on distinguera deux grands types de spécialités vendues en officine :

- Les médicaments soumis à une prescription médicale.

Leur délivrance est conditionnée par cette prescription et ils peuvent, dans certaines limites donner lieu à un remboursement par les organismes de sécurité sociale et de mutuelles complémentaires.

- Les médicaments non soumis à prescription.

Nous les appellerons médicaments "familiaux" ou encore médicaments de prescription pharmaceutique.

Le médicament "familial" correspond aux médicaments connus du grand public et demandés spontanément. Par exemple EFFERALGAN.

Le médicament de prescription pharmaceutique est parfois appelé "médicament conseil". Le pharmacien est amené à le conseiller de sa propre initiative à un patient venant à la pharmacie sans ordonnance pour soulager une pathologie bénigne . L'officinal, s'il le juge nécessaire peut orienter son patient vers une consultation médicale.

## 1.4 Les produits de parapharmacie

Nous avons vu qu'en plus des produits pour lesquels le pharmacien dispose du monopole de dispensation, il lui est possible de proposer à la vente d'autres produits parmi lesquels les produits de parapharmacie.

L'encyclopédie Larousse définit la parapharmacie comme l'ensemble des produits non thérapeutiques vendus en pharmacie (savons, shampoings, cosmétiques...).

Les produits de parapharmacie ne font donc pas partie du monopole et seront délivrés :

- en prolongement de l'acte pharmaceutique, par exemple pour des patients traités pour des problèmes dermatologiques,

ou

- en réponse à une demande ou attente particulière d'un client.

Chaque pharmacien est ainsi libre de choisir sa propre démarche quant à son réassort de produits de parapharmacie.

## 1.5 Les autres domaines d'activité plus ou moins spécifiques de l'officine

Nous avons mentionné la parapharmacie que nous considérerons comme systématiquement vendue en officine. Nous avons également précisé que le pharmacien était autorisé par le Code de la Santé Publique à faire commerce d'autres marchandises.

Ces produits requièrent bien souvent une formation spécifique mais feront toute la valeur ajoutée d'une pharmacie.

On retrouvera ainsi des officines spécialisées dans l'orthopédie, d'autres dans la phytothérapie, la dermocosmétique, les produits diététiques ou encore le maintien à domicile.

On retrouve aujourd'hui de plus en plus de pharmaciens spécialisés dans ces domaines, sans doute pour se démarquer de leurs concurrents, fidéliser une clientèle particulière, ou alors pour ajouter plus de valeur à leur diplôme.

## ***2 La compétence du pharmacien : le dilemme de l'officinal***

Il s'agit ici d'exprimer les savoir-faire spécifiques que le pharmacien d'officine possède ou souhaite développer.

## 2.1 Le pharmacien d'officine possède une double compétence

### a) Nature juridique de l'officine (1)

L'officine est un fond de commerce. Cette nature découle de l'article L5125-3 du Code du Commerce, en vertu du décret 55-685 du 20 mai 1955.

Il n'existe pas de définition législative du fond de commerce mais il peut être apparenté à un "droit mobilier portant sur la clientèle et accessoirement sur d'autres éléments corporels et incorporels". (1)

- Les éléments corporels sont constitués par le matériel, le mobilier commercial nécessaire à l'exploitation et les marchandises.
- Les éléments incorporels sont représentés par l'enseigne, le nom commercial, la clientèle, l'achalandage, le droit de bail et enfin la licence d'exploitation.

### b) Statut juridique du pharmacien

En temps que Docteur en pharmacie, l'officinal est un professionnel de santé. De ce fait, ses actes et l'ensemble de sa démarche sont orchestrés par le Code de la Santé Publique.

Pour faire respecter ce code, et protéger le grand public (tout comme la profession), le législateur créa en 1945 l'Ordre National des Pharmaciens.

Aujourd'hui, nul ne peut exercer la profession si il n'est inscrit au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Le cas échéant on parle d'exercice illégal de la pharmacie, ce qui est puni par la loi.

Grâce à l'Ordre, les pharmaciens ont la possibilité de légiférer au sein même de leur profession.

### c) Conséquences de ce double statut

Le métier de pharmacien est ainsi tiraillé entre deux statuts :

- L'officine reste un fond de commerce (donc le pharmacien est bien un commerçant).
- MAIS le pharmacien n'est pas un commerçant ordinaire ; c'est un professionnel de santé.

Ces deux considérations font que l'activité de pharmacien d'officine est régie par le Code de la Santé Publique **ET** par les dispositions du Code du Commerce.

Dès lors il appartient au titulaire de ne pas correspondre au portrait archetypé du commerçant ayant pour objectif de vendre toujours plus. En effet, dans le cadre du Code de la Santé Publique, le pharmacien doit avoir comme objectif de vendre toujours plus juste.

Ainsi donc, le pharmacien d'officine :

+ Sur le plan juridique :

- est inscrit au Registre du Commerce et des Sociétés (par décret du 23 mars 1967), (1)
- et doit tenir les livres de commerce obligatoires,

+ Sur le plan fiscal :

- est imposé personnellement sur ses revenus au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC), sauf en cas d'exercice en société où il sera soumis à l'impôt sur les sociétés (IS),
- est assujéti au paiement de la Taxe Professionnelle et de la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA).

+ Sur le plan social :

- est affilié au régime obligatoire de l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (=AMPI),
- est immatriculé à une caisse de retraite vieillesse : la CAVP.

Toutes ces dispositions limitent les conditions d'exploitation qui s'offrent à l'officinal. Aujourd'hui en France, le CSP impose au pharmacien de rester indépendant, si bien que le commerce intégré et le franchisage lui sont théoriquement fermés.

Ce n'est toutefois pas le cas dans d'autres pays (parfois même voisins du notre).

## 2.2 D'où provient cette double compétence ?

Une officine est un commerce spécialisé, initialement dans la dispensation des médicaments. Nous avons vu que son champ d'activité s'est aujourd'hui considérablement élargi.

La compétence du pharmacien d'aujourd'hui est le fruit de plusieurs événements majeurs parmi lesquels nous retiendrons l'industrialisation (a), la volonté de l'Etat (b), le besoin de sécurité des patients (c) et la notion de proximité du public (d).

### **a) L'industrialisation (2)**

L'industrialisation de la fabrication du médicament a conduit au remplacement progressif des préparations magistrales et officinales par les spécialités.

Cette industrialisation remonte principalement au début du XX<sup>ème</sup> siècle.

Jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'essentiel des médicaments étaient destinés à un malade particulier et préparés à l'officine, sur prescription d'un médecin.

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle les ventes moyennes réalisées en officine étaient dues, pour 80%, à des préparations effectuées au comptoir et, seulement pour 10 %, à des spécialités.

L'industrialisation de la fabrication des médicaments s'est accélérée à partir de la seconde guerre mondiale. En 1966, les spécialités entraînent, pour 83 %, dans le chiffre d'affaires moyen des officines, chiffre que l'on retrouve approximativement aujourd'hui.(2)

### **b) La volonté de l'Etat**

Si la pharmacie d'officine existe aujourd'hui, nous le devons en grande partie à l'Etat. Nous avons expliqué que le pharmacien dispose du monopole de dispensation des médicaments. Ce monopole constitue un service public. On peut l'assimiler à un contrat entre l'Etat et la profession. Il permet la continuité de la prise en charge des missions de service public sous le contrôle rigoureux des pouvoirs publics et de l'Ordre des pharmaciens.

### **c) Le besoin de sécurité des patients**

La société du troisième millénaire exprime de plus en plus ses besoins, qu'il s'agisse du domaine sanitaire ou d'autres domaines.

Dans notre pays, le médicament n'est pas considéré comme un produit de consommation banal. Sa distribution ne suit donc pas les mêmes lois que les autres produits : publicité interdite ou contrôlée, prix fixés sur les spécialités remboursables, remises des fournisseurs encadrées....

La réglementation française de l'exercice officinal peut paraître stricte. Son unique objectif est de protéger la santé publique et d'assurer un service égal à tous les citoyens, principalement en réservant le domaine de la santé à des professionnels et en protégeant le système de soins des investisseurs en capitaux et des charlatans. Cela se traduit par la réglementation de la répartition des officines sur le territoire, par la présence obligatoire d'un pharmacien responsable dans les établissements où transitent des médicaments, par le contrôle des produits vendus en officine, par l'autonomie des pharmacies (non ouverture de capital)...

### **d) La notion de proximité**

Qu'il s'agisse du domaine médical ou social, le pharmacien est attendu et apprécié pour sa notion de proximité. Dans bien des cas il s'agit du premier interlocuteur du malade.

La relation qui peut s'instaurer entre le pharmacien et son client est typique du commerce de proximité spécialisé. On vient le voir pour des questions extrêmement diverses et variées.

Cette notion de proximité est très importante et permet souvent au titulaire de se légitimer comme un acteur de santé publique bien au-delà du médicament.

### **3 Quel est le segment de clientèle visée par la pharmacie d'officine?**

On utilise le mot client puisqu'on parle ici de l'officine en temps qu'entreprise à vocation commerciale, mais en réalité une officine s'adresse à deux types de personnes : une patientèle (3.1) et une clientèle spécifique (3.2) dont les attentes ne sont pas les mêmes.

#### **3.1 La patientèle de l'officine**

Nous appellerons patientèle la population qui vient en officine pour répondre à un besoin physiologique de santé. Sa motivation d'achat n'est donc pas choisie ; elle fréquente l'officine suite à une pathologie.

Elle peut venir d'elle-même pour une demande d'automédication ou suite à la prescription d'un médecin.

Cette patientèle fréquentera ainsi l'officine pour venir y acheter des médicaments.

#### **3.2 La clientèle spécifique**

La clientèle vient à l'officine pour répondre à un besoin de bien être. Elle fréquente alors la pharmacie pour une motivation choisie : elle recherche un produit de qualité pharmaceutique.

La notion d'officine en temps que commerce spécialisé prend alors tout son sens.

=> La clientèle totale de l'officine regroupe donc une patientèle et une clientèle spécifique.

## **4 La valeur ajoutée de la pharmacie**

Tout commerce spécialisé justifie sa raison d'être par une valeur ajoutée.

L'originalité de la pharmacie provient du fait qu'elle détient des compétences et un savoir qu'aucun autre commerce ne possède. C'est sans doute pour assurer la pérennité de son originalité qu'elle est la seule profession commerciale organisée en Ordre.

Le pharmacien est bien entendu LE spécialiste du médicament dont il doit tout connaître ; de sa conception à son élimination. Cette base technique est complétée par l'aspect médical des études avec la connaissance des pathologies ainsi que par l'apprentissage de spécialités typiquement pharmaceutiques : mycologie, phytothérapie, homéopathie...

Ainsi le pharmacien est à la fois un interlocuteur possible du médecin sur des questions de thérapeutique et un interlocuteur du patient à qui il expliquera son traitement, sa pathologie, et qui viendra à l'officine pour des questions diverses et variées. Actuellement on parle beaucoup du dossier médical partagé, le pharmacien aura probablement un rôle de pivot à jouer en permettant de faire le lien entre les divers professionnels de santé et le patient.

Les études pharmaceutiques françaises sont avec celles des Pays-Bas les plus longues d'Europe. Elles durent au minimum six ans (contre quatre au Royaume-Uni). Ces écarts dans la durée des études sont toutefois à modérer puisque dans certains pays de l'UE une classe préparatoire est nécessaire avant d'avoir accès aux études pharmaceutiques.

Notre profession bénéficie ainsi d'une image de qualité. Cette qualité pharmaceutique constitue un argument de vente reconnu.

=> Nous comprenons maintenant que la pharmacie d'officine possède un double statut. Le pharmacien est un acteur de santé, mais c'est aussi un commerçant, et c'est cet aspect de notre profession que nous allons étudier plus en détail afin de comprendre les enjeux de l'évolution du paysage officinal français.

# Première partie ANALYSE STRATÉGIQUE DES PRODUITS VENDUS EN OFFICINE

Nous avons recensé les différents domaines d'activité de la pharmacie d'officine. Il convient maintenant de les analyser en détail afin de savoir s'il doivent être développés, maintenus, exploités ou abandonnés.

Toute entreprise possède ses "gloires du passé" et ses "stars de demain", mais on ne peut se fier à nos seules impressions pour en décider. De nombreux outils d'analyse systématique sont aujourd'hui disponibles. Nous tenterons d'exploiter l'un des plus célèbres proposé par le Boston Consulting Groupe (BCG).

## 1 La matrice BCG appliquée à la pharmacie d'officine

### 1.1 Présentation de la matrice

Le Boston Consulting Group, célèbre cabinet de conseil en stratégie, a élaboré une matrice croissance / part de marché. (3)

***Tableau 1 : La matrice BCG appliquée à la pharmacie d'officine***

<b><u>STARS</u></b> - Médicaments remboursés	<b><u>DILEMMES</u></b> - Produits de parapharmacie - Domaines spécifiques
<b><u>VACHES A LAIT</u></b> - Produits conseil - Médicaments familiaux	<b><u>POIDS MORTS</u></b>

10                      5                      2                      1                      0,5  
(Part de marché relative)

Sur une telle matrice, l'axe vertical indique le *taux de croissance* du marché correspondant au domaine d'activité considéré. Les produits à taux de croissance élevée sont les stars et les dilemmes.

L'axe horizontal correspond à la *part de marché relative* détenue par l'entreprise. Un chiffre supérieur à un indique que l'entreprise est leader et dispose de parts de marché plus élevées que ses concurrents. Tous les produits dont la dispensation relève du monopole sont donc à classer sur la gauche du tableau.

Chaque case de la matrice correspond à une situation particulière, donnant naissance à la classification suivante : les produits stars (a), les vaches à lait (b), les dilemmes (c) et les poids morts (d). (11)

### **a) Les produits stars.**

Les produits stars connaissent une forte croissance et détiennent une part de marché élevée. Ils sont avides de moyens financiers qui leur permettent de poursuivre leur croissance et de maintenir leur forte part de marché. La croissance du marché ralentira cependant un jour et les stars deviendront des vaches à lait.

Bien entendu, les produits stars de l'officine sont les médicaments remboursables qui représentent la principale source de revenu d'une pharmacie, mais aussi la majeure partie du montant du stock.

### **b) Les vaches à lait.**

Les vaches à lait disposent d'une forte part relative d'un marché en faible croissance. Elles dégagent une quantité de cash substantielle qui permet à l'entreprise de financer d'autres activités en mal d'investissement, en particulier les produits dilemmes.

A l'officine on considérera comme vache à lait les produits de médication familiale et les médicaments conseil.

### **c) Les dilemmes.**

On les appelle aussi "points d'interrogation". Ils correspondent à des activités à faible part dans un marché en forte croissance. L'entreprise doit analyser pourquoi leur part de marché est réduite. Est-ce parce qu'ils ont fait l'objet d'investissements limités ? Si tel est le cas, on peut décider de leur affecter des moyens importants afin d'accroître leur part de marché et d'en faire des stars. On peut aussi constater que d'autres obstacles empêchent le développement de ces activités et renoncer à en faire une priorité.

Nous considérerons les produits de parapharmacie comme des dilemmes. La stratégie de développement de ces produits varie considérablement d'une officine à l'autre.

#### d) Les poids morts.

On les nomme encore "gouffres financiers". Ils n'ont ni croissance ni part de marché importantes. Ils éprouvent beaucoup de difficulté à survivre et ne peuvent en aucun cas contribuer à la croissance des autres activités.

On considérera que sauf erreur stratégique du titulaire, une officine ne dispose pas de produits poids morts. Admettons qu'un titulaire choisisse d'acheter un stock considérable de médicaments permettant de traiter la coccidiose du poulet alors qu'il se situe en plein centre-ville de Nantes ; là nous pourrions parler de produit poids mort.

La répartition des différentes activités d'une entreprise entre les quatre cases de la matrice d'analyse stratégique révèle la santé de son portefeuille d'affaires.

***Tableau 2 : Répartition moyenne de la marge brute d'une officine***

	Contribution à la marge brute (en %)	Taux de marge par type de marché (en %)
<b><i>Produits stars.</i></b>		
- Médicaments remboursés	75,34	22,92
<b><i>Vaches à lait</i></b>		
- Médicaments conseil et grand public	8,45	35,83
<b><i>Dilemmes</i></b>		
- Homéopathie	2,04	42,86
- Vétérinaire	1,18	38,26
- Diététique	2,39	31,09
- Cosmétologie	3,82	35,23
- Bas et collants	0,78	29,98
- Accessoires	6,00	28,29

*(Source IMS Health, panel pharmastat sur 10493 officines en octobre 2004)*

Toutefois ces chiffres sont donnés à l'échelon national, et on relève de grandes disparités entre officines. Les produits vaches à lait et dilemmes peuvent représenter jusqu'à 35 % (voire plus) du chiffre d'affaires d'une officine.

## 1.2 Que faire avec cette matrice ?

Une fois identifiés les produits de la matrice, l'étape suivante consiste à déterminer les objectifs, la stratégie et les budgets associés à chaque domaine d'activité, dans la perspective d'une utilisation optimale des ressources.

Quatre solutions sont envisageables :

- *Développer.*

On cherche à accroître la part de marché, même s'il faut renoncer au bénéfice à court terme. C'est la stratégie classique pour transformer un dilemme en star. Une officine pourra choisir de se développer dans un domaine dilemme particulier : dermocosmétique, phytothérapie....

- *Maintenir.*

On se soucie alors de préserver sa part de marché.

Le conseil de l'Ordre n'a-t-il pas pour objectif permanent d'assurer le monopole de dispensation du médicament au pharmacien ?

Dans les pays n'ayant pas ce monopole, les médicaments ne sont plus les produits stars de l'officine qui, dès lors, élargit son activité à d'autres domaines. Prenons le cas de la chaîne de pharmacies britanniques BOOTS. Leur enseigne ne comprend-elle pas les mentions "food + pharmacy + beauty + photo" comme en témoigne la photo suivante ?



*Photographie n°1 : l'exemple d'une officine britannique*

- *Exploiter.*

On améliore la rentabilité à court terme en limitant les investissements, de quelque nature qu'ils soient. C'est souvent la stratégie appliquée aux produits "vaches à lait" tels que les médicaments de médication familiale.

- *Abandonner.*

On vend ou on liquide l'activité. C'est souvent la stratégie adoptée pour les produits poids morts ou pour certains dilemmes qui coûtent trop cher à l'entreprise.

## **2 Le médicament remboursable**

Il apparaît que les médicaments remboursables incarnent les produits stars de l'officine. Analysons ce secteur plus en détail, d'un point de vue économique (2.1), démographique (2.2) et contextuel (2.3).

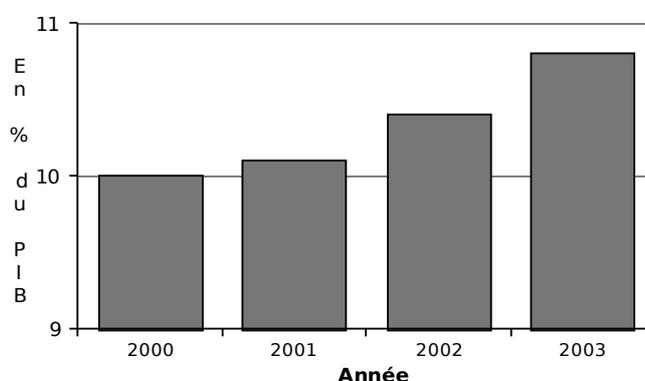
### **2.1 Approche économique**

## 2.1.1 Le point sur les dépenses de santé en France en 2003 (4)

Depuis la fin des années 70 les dépenses de santé augmentent plus vite que le PIB.

Selon les comptes nationaux de la santé publiés le 08/07/2004, elles ont atteint 168 milliards d'euros en 2003, soit 10.8 % du PIB. Ce taux record semble autant s'expliquer par le dérapage des dépenses que par l'atonie de la croissance.

La France reste cependant "en position moyenne au sein des pays de l'OCDE" comme le souligne la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Concrètement, la part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté de 1,5 % entre 1990 et 2003. Notons que cette croissance semble prendre une allure exponentielle ces dernières années comme en témoigne l'histogramme suivant.



**Graphique 1 : Les dépenses de santé en France**

(Source : Insee reprise dans les Echos du 08/07/04)

Le système de santé français est en danger et le secrétaire d'Etat à l'Assurance-Maladie, Xavier BERTRAND, évoque ouvertement "une envolée des dépenses menaçant directement le système d'implosion". (4)

De ce fait, la consommation de soins et de biens médicaux a représenté 2 346 € par habitant en 2003 (+6,6 % contre +6,1 % en 2002).

Toutes ces hausses n'ont pas empêché l'Etat et la Sécurité Sociale de rembourser une proportion quasiment stable des dépenses : 77 % en 2003 (+0.2 %). "Mais deux effets jouent en sens inverse" souligne Xavier BERTRAND. La progression du nombre de personnes prises en charge à 100 % (pathologies lourdes) fait croître le taux de couverture par la Sécurité Sociale. "A l'opposé, explique le secrétaire d'Etat à l'Assurance-Maladie, les dépenses de santé tendent structurellement à se déplacer des soins bénéficiant d'un remboursement élevé, comme les soins hospitaliers, vers les soins ambulatoires et les médicaments moins bien remboursés". (4)

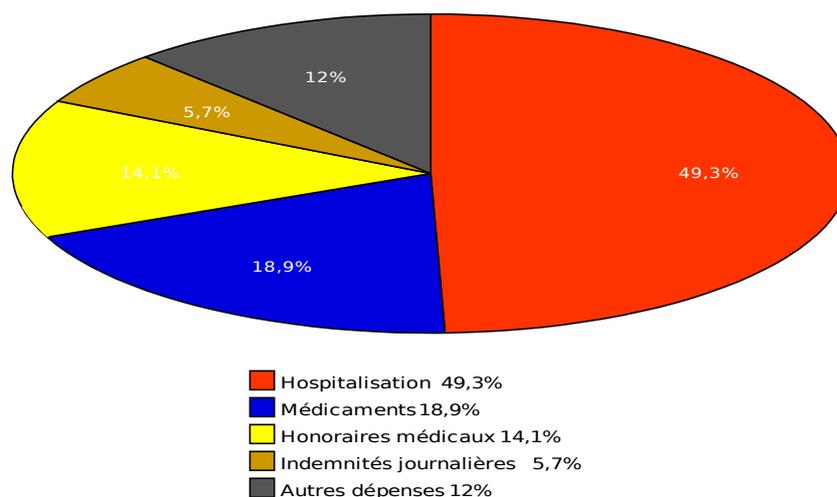
## 2.1.2 Les chiffres exacts du médicament en 2003-2004 (5)

Tout d'abord, les médicaments demeurent l'un des rares postes de dépenses dont l'augmentation n'a pas fléchi lors du premier semestre 2004 (+ 8,7 % de janvier à juin 2004 par rapport aux six premiers mois de l'année 2003 contre + 5,9 % pour l'ensemble des dépenses d'assurance maladie pour la même période). On peut donc parler de surperformance par rapport aux autres postes de dépenses.

Dans une étude publiée le 08/07/2004, la DREES souligne "la contribution renforcée des nouveaux produits : les médicaments mis sur le marché depuis moins d'un an ont représenté un tiers de la croissance des ventes l'an dernier".

Sur l'ensemble de l'année 2003, les différents régimes d'Assurance Maladie ont ainsi remboursé plus de 2,6 milliards de boîtes, flacons, ou autres présentations de médicaments acquises dans les pharmacies d'officines pour un montant total de 16,5 milliards d'euros (+ 4,6 % par rapport à 2002).

Le médicament représente près de 20 % des dépenses d'Assurance Maladie comme en témoigne le graphique suivant.



**Graphique 2 : Les remboursements de l'Assurance Maladie en 2003**

(Source : CNAMTS)

De plus, le médicament occupe une place croissante dans le budget des ménages comme en témoigne le tableau suivant.

**Tableau 3 : Évolution de la consommation de médicaments**  
(hors hôpital et en prix public)

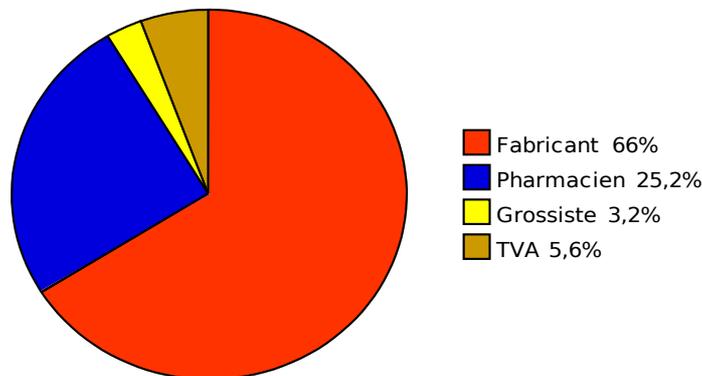
Années	Par personne et par an (en €)	Par personne et par jour (en €)
1970	32	0,09

1980	95	0,26
1990	258	0,71
2000	414	1,13
2002	467	1,28

(Source : Comptes nationaux de la santé, 2003)

### 2.1.3 Décomposition du prix d'un médicament

Quatre acteurs se partagent le prix du médicament.



**Graphique 3 : Décomposition du prix d'un médicament**

(Source LEEM, l'essentiel du médicament, 2003)

Signalons que la marge du pharmacien (et celle du grossiste) s'érodent régulièrement depuis une vingtaine d'années.

Il existe différents taux de TVA concernant les produits vendus en officine :

- Une TVA de 2,1 % s'applique sur les médicaments remboursables.
- Une TVA de 5,5 % sur les médicaments OTC et les produits de nutrition.
- Les produits de parapharmacie ainsi que tous les accessoires sont taxés à 19,6 %.
- Les seuls produits exonérés de TVA sont les dérivés du sang.

#### a) Comment se calculent les marges des différents acteurs ?

- Le Prix Fabricant Hors Taxes (PFHT), c'est à dire le prix de vente de l'industrie pharmaceutique aux grossistes répartiteurs ou aux officines dans le cas de la vente directe, est le résultat d'une négociation entre le CEPS et les industriels.

- La marge du grossiste répartiteur représente 10,74 % d'un PFHT inférieur à 22,90 € et 6% d'un PFHT supérieur à 22,90 € .

- La marge du pharmacien est calculée de la façon suivante :

### **=> La marge sur les médicaments remboursés**

Elle est encadrée par un arrêté ministériel du 12/02/04. C'est la Marge Dégressive Lissée (=MDL).

Elle comporte trois tranches :

- 26,10 % du PFHT si ce dernier est compris entre 0 et 22,89 € HT,
- 10 % du PFHT s'il est compris entre 22,90 et 149,90 € HT,
- 6 % du PFHT si ce dernier est supérieur à 150 €.

A cette marge on ajoute un forfait additionnel de 0,53 € par boîte.

On ajoute également la remise commerciale qui peut atteindre au maximum 2,5 % (sauf génériques).

Cette construction du prix public TTC conduit à un taux de marge moyen des pharmaciens plus élevé sur les médicaments peu coûteux.

### **=> La marge sur les médicaments génériques**

Le calcul se complique légèrement puisqu'elle diffère selon les génériques. En pratique l'AFSSAPS détermine trois types de génériques répondant à des calculs de marge différents.

- Les génériques listés simples.

La remise commerciale autorisée passe de 2,5 à 10,74 %. La marge globale en € est alignée sur celle du princeps (= le médicament de référence) et le PFHT doit être au moins inférieur de 30 %.

- Les génériques listés au TFR.

L'entrée en vigueur fin 2003 d'une première vague de Tarif Forfaitaire de Remboursement a modifié la donne en terme de calcul de marge sur les génériques. Les génériques soumis au TFR sont ceux dont le taux de pénétration est compris entre 10 et 45 %.

La sur-marge du commercial est alors plafonnée à 2,5 % (versus 10,74 %). La marge globale n'est plus forcément égale à celle du princeps et il y a possibilité de co-paiement par le patient.

- Les génériques non listés et non TFR.

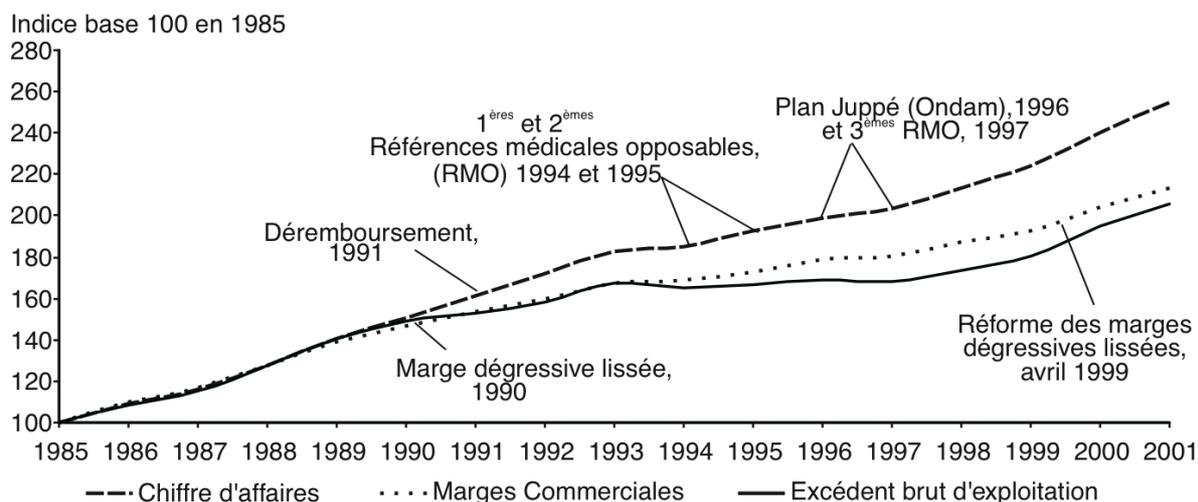
La marge se calcule alors suivant les trois tranches de MDL.

## **b) L'évolution de la marge et les interrogations.**

**=> Le constat :**

- Les chiffres d'affaires dus aux médicaments sont en hausse continue.
- Les marges commerciales diminuent en pourcentage mais augmentent en valeur absolue.
- Il en est de même concernant l'EBE des officines.

Tout cela devient significatif sur le graphique suivant.



**Graphique 4 : La pharmacie d'officine, évolution des CA, des marges commerciales et de l'EBE depuis 1985**

(Source : Insee, comptes du commerce reprise dans le magazine Insee première n° 955, avril 2004)

#### => Les interrogations :

- La baisse de la marge du grossiste sera-t-elle répercutée sur celle de l'officine ?
- La liste des génériques va-t-elle s'étoffer ?
- Le nombre croissant de produits chers ne va-t-il pas remettre en cause la MDL actuelle ?
- Que vont devenir les remises arrières sur les génériques ? (remises en cause par l'ex ministre des finances Mr Sarkozy, puis par son successeur).
- Y aura-t-il une autre vague de TFR ? (l'actuel ministre de la santé Mr Douste-Blazy l'a ouvertement évoquée si les pharmaciens ne jouent pas le jeu de la substitution)

## 2.2 Approche démographique

***Tableau 4 : Parts représentatives de chaque classe d'âges dans la population française***

<b>Années</b>	<b>Moins de 20 ans</b>	<b>De 20 à 64 ans</b>	<b>Plus de 65 ans</b>
1980	30,6 %	55,4 %	14 %
1990	27,8 %	58,3 %	13,9 %
2000	25,8 %	58,4 %	15,8 %
2004	25,3 %	58,5 %	16,2 %

(Source : Insee)

Selon les projections de l'INSEE, 35 % de la population française sera âgée de plus de 60 ans en 2050 contre 20,6 % aujourd'hui.

Nous l'avons compris, cette tranche de la population est largement la plus consommatrice de spécialités pharmaceutiques. La croissance de consommation des médicaments remboursables semble donc a priori assurée bien que dépendant de l'état de santé de ces personnes.

## 2.3 Approche contextuelle par rapport à l'Europe

### **2.3.1 Place de la France en termes de dépenses médicamenteuses** (6)

Pour bien comprendre le contexte dans lequel nous nous trouvons, nous commencerons par dire que la France est le pays d'Europe où les dépenses pharmaceutiques par habitant sont les plus élevées.

Selon la fondation néerlandaise des chiffres pharmaceutiques (SFK), elles atteignent 480 euros en 2002, devant la Suisse (445 euros), l'Allemagne (354 euros) et la Belgique (339 euros).

Les "meilleurs élèves" sont les Pays-Bas (267 euros), l'Espagne (259 euros), le Royaume-Uni (249 euros) et le Danemark (225 euros).

Pourquoi de tels écarts entre pays de l'UE ? Selon la SFK, ces disparités s'expliquent par le vieillissement de la population : 16 % de la population a plus de 65 ans en Allemagne et en France, contre moins de 13 % aux Pays-Bas. Seconde raison : dans certains pays, dont la France, plus de 90% des consultations médicales se terminent par une ordonnance...

### **2.3.2 La France et le commerce intra-communautaire des médicaments**

(7)

Selon un rapport de la cours des comptes publié en septembre 2004, à la différence du Royaume-Uni ou de l'Allemagne (pourtant pays gros producteurs), la France ne s'est pas encore engagée dans une politique d'importation de médicaments venant de pays où ils sont moins chers.

Toutefois, tout est prêt pour mettre en œuvre les importations parallèles. Effectivement, l'ensemble du dispositif législatif et réglementaire permettant l'importation de médicaments dans l'hexagone est en place depuis l'été dernier.

La loi autorisant ces importations est passée en janvier 2001. Les décrets d'application définissant les conditions de mise sur le marché des médicaments importés sont parus en janvier 2004. L'Afssaps a diffusé au mois d'août des précisions sur la procédure. Enfin, la loi sur l'assurance maladie a autorisé l'inscription de ces spécialités sur les listes de la sécurité sociale et des collectivités.

Le système va donc pouvoir commencer à fonctionner, les premières commandes se préparent...

En pratique le produit doit venir d'un pays de l'UE où il bénéficie déjà d'une AMM et les obligations décrites dans l'AMM française doivent être respectées.

Toutefois, il serait étonnant que ces importations parallèles prennent une importance significative dans notre pays puisque la France est le premier producteur européen de médicaments.

#### **=> Conclusion sur le médicament remboursable**

L'histoire sociale et politique de notre pays (et des pays européens) a amené les différents gouvernements à considérer les médicaments comme devant relever non pas des lois du marché mais de la solidarité nationale. L'Etat se trouve aujourd'hui confronté à la difficulté de devoir équilibrer ses dépenses publiques de santé, dans une situation où une partie de ces dépenses, celles en médicaments, explose sous la pression de prix de ventes très élevés des nouvelles spécialités.

Cette tension entre des valeurs et des intérêts différents se retrouve à différents niveaux. Ainsi les pouvoirs publics restent souvent englués dans des contradictions mal résolues entre la défense de l'intérêt public qui est leur mission fondamentale, et leur respect des forces du marché.

Pour en revenir à la pharmacie d'officine, la sortie massive de médicaments de la réserve hospitalière, le développement des réseaux de maintien à domicile et la démographie de la population française... autant de points qui font que les médicaments sont les produits stars de l'officine et le seront encore plus demain. Le pharmacien du futur se devra donc d'être encore plus spécialisé dans ce domaine. La profession s'y prépare au mieux : la formation continue n'est-elle pas obligatoire depuis quelques années ?

### **3 Le médicament conseil / familial**

Les produits de médication familiale sont associés aux médicaments du quotidien ou aux médicaments sans ordonnance. Étant dotés d'une AMM, ils sont obligatoirement localisés derrière le comptoir afin que le public ne puisse y avoir directement accès (article R5125-9 du CSP).

Ces produits font l'objet d'une forte attente de conseils de la part du pharmacien.

On peut même considérer que leur délivrance doit obligatoirement faire l'objet d'un conseil. Ce dernier aura un double intérêt :

- Le conseil instaure le dialogue et aide les patients à formuler leurs demandes, il témoigne de la prise en charge de leurs problèmes et il induit une promesse de soulagement,

- Le conseil permet de fidéliser une clientèle. En orientant vers le bon produit, l'officinal enrichit son image en termes de compétence, de sérieux et de capacité d'écoute. Le pharmacien a donc un rôle primordial à jouer au travers de ce conseil. 84 % des consommateurs reconnaissent sa compétence et le considèrent comme un expert. (8)

Le conseil est donc un vecteur d'image.

#### **3.1 Les habitudes du client acheteur de médicaments conseil (8)**

Les clients achètent pour un besoin immédiat : 3 achats sur 4 sont destinés à une consommation (ou utilisation) immédiate. Les antalgiques et les produits de dermatologie sont parfois achetés par avance et pour "ne pas manquer".

Ils achètent surtout pour eux-mêmes. En effet, 8 fois sur 10, l'acheteur est le destinataire.

Ils sont fidèles à leur pharmacie. 78 % des acheteurs de médication familiale sont fidèles à leur officine.

#### **3.2 La marque (en temps que nom de spécialité) joue un rôle majeur**

Les clients font confiance aux marques, qu'elles soient prédéterminées ou remémorées au comptoir. Une fois sur deux, l'achat se décidera dans l'officine.

- Quand la marque voulue par l'acheteur manque : (8)
- 24 % des consommateurs iront chercher la marque dans une autre officine,
  - 27 % déclareront l'acheter plus tard,
  - 49 % achèteront la marque conseillée par le pharmacien.

D'où l'importance d'un conseil adapté associé à la délivrance de ces spécialités. En s'investissant un peu, le pharmacien est quasiment assuré d'assister au développement de son rayon conseil.

## **4 Les produits de parapharmacie et les secteurs spécifiques**

### **4.1 Approche démographique et économique**

Nous l'avons déjà mentionné, selon les projections de l'INSEE, 35 % de la population française sera âgée de plus de 60 ans en 2050 contre 20,6 % aujourd'hui.

En plus d'assurer la croissance de la vente de spécialités, la montée en puissance de ce type de consommateurs aura des répercussions sur les ventes de produits de parapharmacie.

Effectivement, tous ces "seniors" attirent bien des convoitises car leur pouvoir d'achat est le plus élevé des français. A titre d'exemple, les plus de cinquante ans constituent 75% des clients de voitures de luxe et la plus grande partie des acheteurs de produits de soins. Évidemment, la pharmacie d'officine profitera à coup sûr de ce potentiel de clients, tout comme l'ensemble du secteur commercial.

Ils dépensent d'autant plus facilement que, lorsqu'ils sont actifs, ils n'ont plus ou peu d'enfants à charge, et que retraités, ils ont du temps libre. Groupes de cosmétiques (donc touchant de près l'officine), distributeurs ou voyagistes, tous les industriels partent à la traque de leurs besoins futurs.

Que veulent les seniors ? Avant tout rester jeunes. En 2003 ils ont dépensé 170 millions d'euros en crèmes antirides. Ces ventes explosent et représentent 44 % des soins du visage achetés en France contre 36 % en 2001. Ainsi, Hélène Rubinstein a mis ses équipes de chercheurs sur la problématique de l'antivieillesse. Lierac se concentre sur la problématique des correcteurs anti-tâches (une femme sur deux de plus de 60 ans reconnaît être préoccupée par les tâches sur les mains). L'Oréal dépose actuellement de nombreux brevets sur des molécules favorisant la pousse des cheveux... (9)

Autre secteur à l'avenir prometteur ; l'optique. Effectivement, passé un certain âge, tout le monde devient presbyte (c'est physiologique), si bien que les gros groupes d'opticiens sont actuellement en pleine croissance. Pourquoi ne pas se spécialiser en optique médicale ?

## 4.2 Approche stratégique

Le pharmacien doit être capable de se recentrer sur les marchés en pleine expansion.  
Les divers secteurs de la parapharmacie ne connaissent pas les mêmes croissances et évolueront distinctement.

Ainsi, selon une source IMS health datant de juin 2003 :

- les compléments alimentaires connaissent une croissance de 23 %,
- le secteur du sevrage tabagique connaît une croissance de 32 %,
- tandis que les produits d'hygiène bucco-dentaire connaissent une chute de 3 %.

Libre au titulaire de choisir les domaines dans lesquels il souhaite s'investir...

Une autre étude IMS permet de bien cibler les attentes des clients sur la parapharmacie.

30 % avouent ne pas acheter leurs produits en pharmacie (donc ce sont des clients potentiels...).

60 % changent de produits car :

- le produit ne leur apporte rien de plus et ils changent donc de marque,
- le produit est inadapté à leur problème,
- le produit n'est pas toléré.

Les motivations amenant à acheter des produits de parapharmacie en officine sont également différentes. Ainsi, le client se tourne vers l'officine :

- pour un problème dermatologique à 34 %,
- pour un conseil de l'équipe à 17,2 %,
- suite à une publicité dans 8 % des cas,
- en raison de la notoriété de la pharmacie dans 28 % des cas...

## **Deuxième partie LE CADRE COMMERCIAL ACTUEL DE LA PHARMACIE D'OFFICINE**

Nous connaissons maintenant les divers produits vendus en pharmacie et nous savons que l'activité officinale est dotée d'un fort potentiel de croissance pour les années à venir.

Nous allons donc maintenant chercher à étudier les différentes possibilités qui s'offrent au pharmacien pour exploiter une officine et tenter d'en comprendre les avantages et les inconvénients.

### ***1 Les structures de distribution dans le commerce de détail***

Le premier constat qui s'impose à l'observateur de l'appareil commercial français est son poids économique. Au 1<sup>er</sup> janvier 2001, on comptait 660 000 entreprises de commerce pour un chiffre

d'affaires au détail de 402 milliards d'euros. Le commerce représente plus d'une entreprise sur quatre et occupe une personne active sur six. (10)

Pour présenter les principaux types de commerce, nous étudierons leur place dans le circuit de distribution et leur degré d'intégration des fonctions de détail et de gros. On distinguera ainsi trois formes de commerce : le commerce intégré (1) , le commerce indépendant (2) et le commerce associé (3).

## **1 Le commerce intégré (11)**

Il comporte à la fois des entreprises privées et des sociétés coopératives. Généralement ce type de commerce représente l'aboutissement de la réussite d'un commerçant performant qui multiplie ses unités de vente dont il reste le propriétaire en créant une chaîne.

### **1.1 Les différents types de commerce intégré**

On distingue :

- *Les grands magasins* . De localisation urbaine, ils présentent un très large assortiment, un niveau de service élevé et rassemblent sur le territoire environ 150 points de vente. Les enseignes aujourd'hui les plus connues sont les galeries Lafayette, Le Printemps propriété du groupe PPR et La Samaritaine propriété du groupe LVMH.

- *Les magasins populaires*. Ils répondent à une version simplifiée des grands magasins avec un assortiment réduit et surtout alimentaire. On citera la chaîne Monoprix.

- *Les maisons à succursales multiples*. Elles sont constituées de petits points de vente détenus par l'enseigne et desservant une clientèle de quartier. Dans l'alimentaire il s'agit de magasins comme Casino, dans la parfumerie des enseignes Marionnaud et Séphora. En centralisant à

l'extrême les méthodes de gestion et en appliquant les techniques de vente modernes (libre service...), les succursalistes connaissent une certaine prospérité.

- *Les discounters et grandes surfaces* rassemblent des sociétés s'efforçant de rationaliser le plus possible les méthodes de distribution de façon à proposer des prix de vente réduits. Ils sont souvent implantés à la périphérie des villes de façon à construire de vastes parkings à peu de frais, et leur assortiment est concentré en priorité sur les articles à forte rotation. Dans le domaine de l'alimentaire il s'agit par exemple du groupe Carrefour, aujourd'hui deuxième groupe mondial de distribution derrière l'américain Wal-Mart.

## **1.2 Le commerce intégré et la pharmacie d'officine**

Dans le domaine de l'officine, le commerce intégré se traduit par des chaînes de pharmacies. Elles emploient des pharmaciens gérants qui sont salariés d'un bureau central. Ce dernier est responsable de tous les programmes professionnels, ainsi que des programmes de commercialisation, de merchandising, d'achats, etc. Un individu ou une personne morale doit être propriétaire de plusieurs officines pour être considéré comme une chaîne. Pour le moment en France, ce type de structure est interdit mais ce n'est pas le cas dans d'autres pays.

## **2 Le commerce indépendant**

Il se compose de grossistes et de détaillants et a bien du mal à résister face aux nouvelles formes de distribution.

### **2.1 Les grossistes**

Ils subissent une double attaque.

1) En amont, de plus en plus de producteurs souhaitent contrôler leur système de distribution et implantent un réseau de succursales régionales qui, progressivement supplantent les grossistes.

2) En aval, les détaillants les plus dynamiques se groupent pour traiter directement avec les fabricants. Toutefois les grossistes restent particulièrement puissants lorsque les fabricants d'une part

et les détaillants d'autre part sont nombreux et disséminés sur tout le territoire. La logistique (transport, stockage..) devient alors essentielle surtout si les clients ont des exigences de délai.

Toutes ces conditions sont réunies dans le domaine du médicament où quatre grossistes-répartiteurs (OCP, CERP, ALLIANCE, PHCENIX) contrôlent 90 % du marché.

Pour l'avenir, on peut s'attendre à une sophistication de plus en plus poussée des fonctions remplies (commerciales et financières) visant à redonner au grossiste un rôle de partenaire à part entière des filières commerciales (cette remarque s'applique également à la pharmacie d'officine).

## **2.2 Les détaillants indépendants**

Ils représentent encore l'essentiel du système de distribution en France. Cependant le poids des détaillants isolés va en s'amenuisant. Ils sont principalement victimes de leur petite taille ne leur permettant pas de proposer des prix compétitifs par rapport aux GMS. Ils sont d'autant plus vulnérables s'ils ne sont pas spécialisés : la pharmacie, par sa valeur ajoutée pourrait donc à priori résister aux nouvelles formes de distribution.

## **3 Le commerce associé**

### **Qu'est-ce que le commerce associé ?**

Il représente un mode de commerce intermédiaire, une alternative, et constitue la principale forme de réponse du commerce indépendant au commerce associé. On y distingue notamment les groupements de détaillants, les chaînes volontaires et le franchisage.

- *Les groupements (ou coopératives) de détaillants* relèvent tous d'une même idée : plusieurs détaillants se réunissent pour court-circuiter le grossiste et effectuer ensemble une partie de leurs achats. En outre ils harmonisent leurs méthodes de gestions et la présentation de leurs points

de ventes. La différence essentielle avec le commerce intégré est qu'ils demeurent propriétaires de leurs points de vente et libres de quitter à tout moment la coopérative. Par ailleurs les associés ne sont pas tenus d'effectuer tous leurs achats auprès de celle-ci. Les groupements de détaillants les plus importants sont, dans l'alimentaire Leclerc, Intermarché et Système U, et dans le non alimentaire Conforama et But.

Dans le domaine qui nous concerne, les groupements de pharmacies connaissent actuellement une certaine prospérité.

- *Les chaînes volontaires* représentent une forme d'association entre un ou plusieurs grossistes et un ensemble de magasins adhérents. On en rencontre dans l'alimentaire (SPAR), la quincaillerie (Catena) ou le textile (Sermo).

- *La franchise* est un accord passé entre un franchiseur et un réseau de détaillants (les franchisés). Le franchiseur bénéficie d'un système de distribution sans avoir à investir et le franchisé tire partie de l'image, l'assistance ou l'expérience en matière de gestion du franchiseur. La France possède un grand nombre de franchises qui couvrent des domaines allant du textile (Phildar) à la restauration (Mac Donald) en passant par l'hygiène (Yves Rocher).

Les franchises de pharmacies sont pour le moment interdites en France.

## **4 Évolution du commerce de détail en France**

### **4.1 Les constatations**

Le tableau suivant retrace sous forme abrégée, l'évolution des parts de marché (en %) de chaque segment du commerce de détail en France. Ce tableau fait clairement apparaître la progression du "grand commerce" au détriment du commerce de détail. Ce sont surtout les grandes

surfaces alimentaires qui assurent cette progression, tandis que chez les petits commerçants, les non spécialisés sont les plus durement touchés.

**Tableau 5 : Évolution des parts de marché (en %) de chaque segment du commerce de détail**

Forme de vente	1995	1997	2000
<i>Pharmacie</i>	6,0	6,0	6,2
Grandes surfaces d'alimentation générale	33,0	33,5	34,4
- Supermarchés	13,8	13,8	14,4
- Magasins populaires	0,6	0,5	0,6
- Hypermarchés	18,7	19,2	19,5
Alimentation spécialisée, petites surfaces d'alimentation générale	11,5	11,0	10,1
Magasins non alimentaires spécialisés (hors pharmacie)	27,3	26,9	26,8

(Source Insee, comptes du commerce)

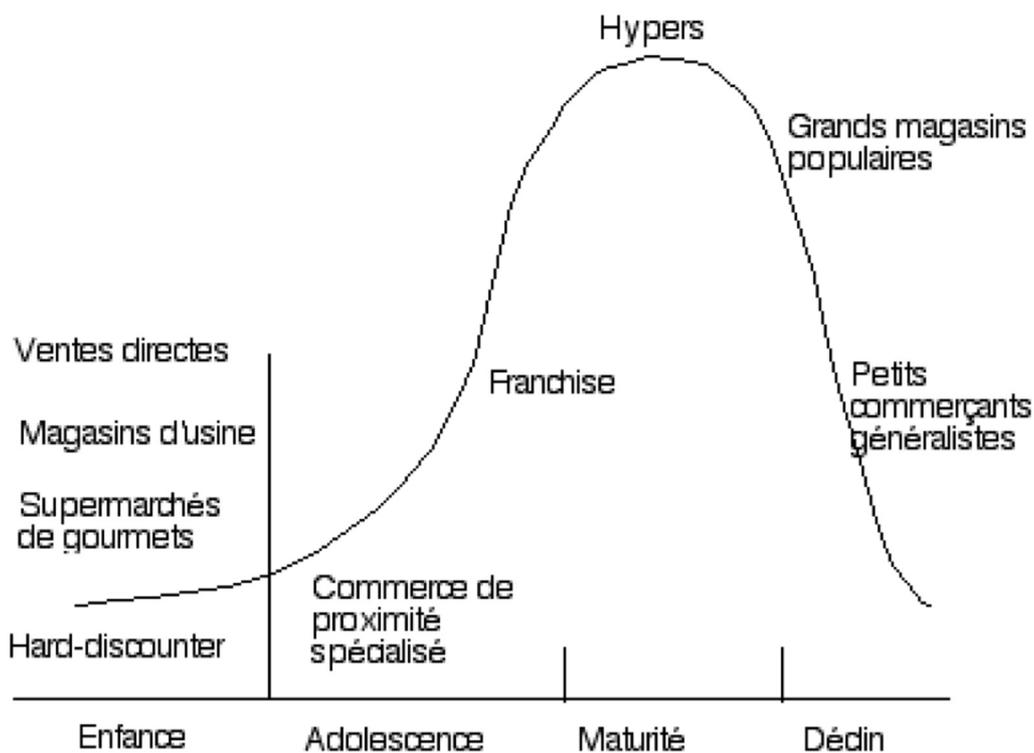
## 4.2 L'analyse

L'évolution de l'appareil commercial est un phénomène complexe dont certaines innovations peuvent être expliquées à l'aide de la théorie du "cycle de la distribution". (12)

Selon cette théorie, les nouvelles formes de commerce commencent toutes par offrir des prix plus bas, des marges plus faibles et un service restreint. Elles concurrencent alors sérieusement les points de vente traditionnels. Leur succès même les conduit cependant à améliorer progressivement leurs installations et à offrir davantage de services. Cela entraîne une augmentation des coûts, et donc une augmentation des prix, de sorte que ces nouveaux circuits finissent par ressembler aux points de vente qu'ils ont voulu supplanter. Ils sont alors eux-mêmes concurrencés par de nouvelles formes de commerce et le cycle recommence.

Cette théorie semble pouvoir expliquer le succès initial puis les difficultés actuelles des grands magasins, des supermarchés et des hypermarchés. Carrefour est une des seules valeurs du CAC 40 grandement malmenées en 2004. En Allemagne, le plus gros distributeur, Karstadt envisage près de 5000 suppressions d'emplois en 2005... Inversement, les agences de voyages en ligne (www.expedia.fr par exemple) supplantent leurs concurrents traditionnels...

On peut ainsi positionner les différentes formes de commerce sur la classique courbe du cycle de la vie.



***Graphique 5 : Cycle de vie des différentes formes de commerce***

Selon cette courbe, la pharmacie d'officine, telle qu'elle existe en France (c'est à dire en temps que commerce de proximité spécialisé), n'en est qu'à son adolescence tandis que les franchises et les chaînes apparaissent comme des structures plus évoluées, ce qui laisse présager de l'évolution de demain.

## ***II - Le commerce indépendant appliqué à la pharmacie d'officine***

En France, le commerce indépendant étant le seul type de commerce autorisé pour exploiter une officine, nous allons donc en étudier les différentes modalités d'application.

Une pharmacie indépendante est une pharmacie qui n'est affiliée à aucune bannière commerciale, à aucune franchise commerciale, ni à aucun programme de chaîne. Le nom de cette pharmacie est utilisé exclusivement par ce commerce et le propriétaire peut choisir en toute liberté ses commandes, ses stratégies de commercialisation, l'image de son point de vente etc. Il est totalement libre sur sa démarche marketing. Le propriétaire peut posséder plus d'une pharmacie, dans la limite de la législation...

Pour un pharmacien exerçant seul, il y a le choix entre deux possibilités :

- l'Exercice en Nom Propre,
- l'EURL (= Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité Limitée).

Par contre, pour l'exercice en association il existe davantage de structures juridiques possibles :

- l'association de fait ou indivision,
- la SNC (= Société en Nom Collectif),
- la SARL (= Société à Responsabilité Limitée),
- les SEL (= Société d'Exercice Libéral).

## 1 Présentation des structures juridiques d'exploitation

**Tableau 6 : Répartition des structures juridiques d'exploitation**

<b>Nom propre</b>	<b>Copropriété</b>	<b>SNC</b>	<b>SARL</b>	<b>EURL</b>	<b>SEL</b>	<b>DOM-TOM</b>
17079	312	4919	511	1908	962	590

(source : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, les chiffres au 1<sup>er</sup> janvier 2004)

### 1.1 L'exercice en commun connaît un succès grandissant

Au 1er janvier 2004, 11 733 pharmaciens exerçaient en commun, ce qui représente 42 % de l'effectif des titulaires (+ 3,8 % par rapport à 2003).

Le fonctionnement en nom collectif (SNC) continue de séduire : 4 919 officines fonctionnent sous ce régime, 1 909 en exercice unipersonnel (EURL), 962 en SEL, 511 en SARL et 312 en copropriété.

## 1.2 Les grandes tendances de cessions

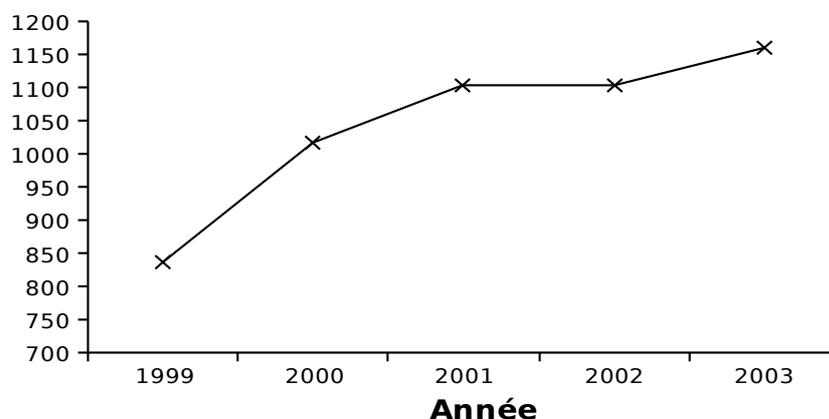
2003 fut une année en nuances mais qui montre plusieurs tendances ;

- la forte progression des SEL, le nombre d'officines exploitées sous ce régime a doublé en 4 ans (+ 442 en un an).
- la poursuite de la croissance des capitaux traités.

Toutefois, la croissance du nombre des cessions n'est certainement pas due à l'installation des jeunes, mais plus que jamais à la restructuration des entreprises, notamment par la mise en SEL. Leur forte augmentation n'est donc pas obligatoirement un indicateur de bonne santé du marché.

### a) Évolution du nombre de cession

On peut relever 1159 cessions de fonds publiées au BODACC au cours de l'année 2003. Le nombre de cessions ne cesse d'augmenter depuis quelques années comme on peut le voir sur la courbe suivante.



***Graphique 6 : Évolution du nombre de cessions***

*(source BODACC)*

Il semble intéressant de constater que cette augmentation du nombre de cessions va de paire avec une baisse de taux d'intérêts d'emprunts.

### b) Évolution des modalités d'acquisition

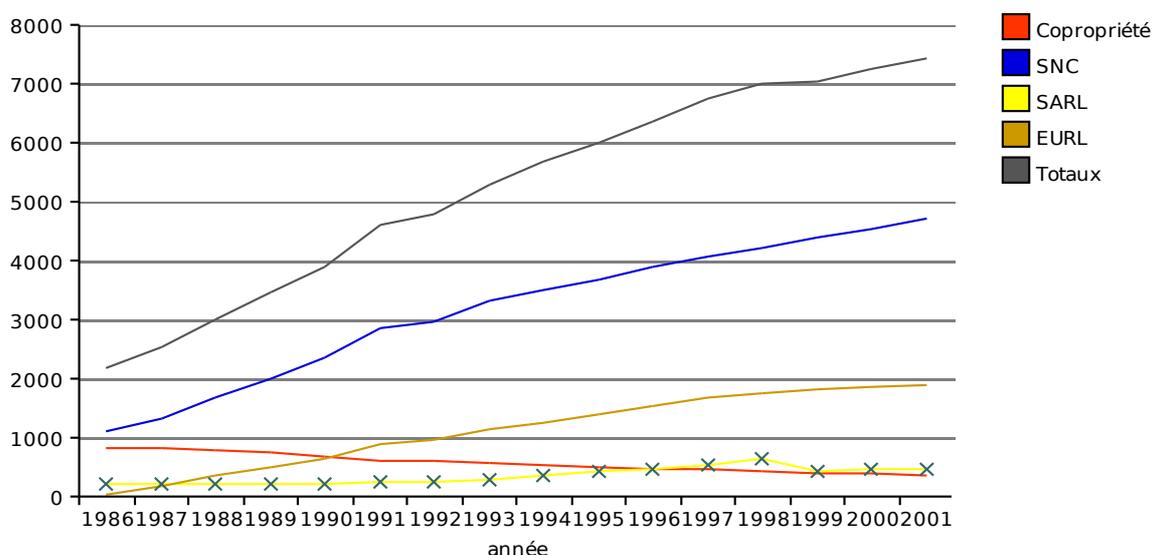
L'acquisition par des entreprises individuelles est toujours en forte régression. La SNC reste une structure prisée mais entame une baisse de faveur. La SARL maintient son cap tout comme l'EURL.

Par contre, les SEL font preuve d'une progression fulgurante.

### c) Analyse et interprétation

*Pour la première fois en 2003, il y a davantage de rachats en société qu'en nom personnel.*

D'une manière générale, depuis une vingtaine d'années, la tendance est à la mise en société comme en témoigne le graphique suivant.



**Graphique 7 : Évolution du nombre d'officines en copropriété et en société**

(Source : CNOF, étude démographique , 2004)

Le marché se renverse progressivement au profit des achats en société, ce qui constitue un signe évident de l'évolution des psychologies.

La SEL est la structure reine incontestée de cette année 2003 et poursuivra certainement son ascension dans les prochaines années. C'est en tous cas un pronostic qui se vérifie déjà en ce début d'année 2004.

L'Ordre note une régionalisation marquée du phénomène de mise en SEL : la Normandie et le Nord-Est sont les régions les plus concernées. On rappellera que ce sont les régions où la densité en officines est la plus faible.

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (LZW)  
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (LZW)  
sont requis pour visionner cette image

**Graphique 8 : Taux de pénétration des SEL (en % du nombre total d'officines)**

(Source : CNOP, étude démographique , 2004)

## **2 L'exploitation en nom propre**

(1)

Il s'agit de la structure juridique d'exploitation la plus répandue puisqu'elle concerne approximativement 17000 des 23000 officines de France.

Une personne unique exploite l'entreprise et en est responsable aussi bien juridiquement que financièrement. Le pharmacien est donc à la fois propriétaire et gérant de sa pharmacie : le résultat net lui appartient entièrement.

La procédure de montage est assez simple puisqu'elle ne nécessite aucun statut particulier ni capital (social) de départ.

Le pharmacien est seul et indéfiniment responsable des dettes de son entreprise. Il y a fusion des patrimoines professionnels et privés, si bien qu'en cas de problème, la banque actionne le patrimoine personnel et hypothèque les biens privés.

### **a) Avantages**

Le gros avantage de ce type d'exploitation est que les intérêts d'emprunts se déduisent des impôts. Ainsi, lors des premières années d'emprunt, les sommes déductibles sont considérables puisqu'on ne rembourse quasiment que des intérêts.

### **b) Inconvénients**

En milieu de prêt (vers la cinquième année), la situation se complique : les intérêts sont remboursés et les mensualités d'emprunts sont alors consacrées au capital, donc non déductibles. L'imposition sur le revenu augmente de la sorte, il s'agit d'un moment à bien anticiper en capitalisant lors des premières années d'exercice.

### **c) Dans la pratique**

Généralement les emprunts se font sur douze ans. Notons qu'à partir de 980 000 € de chiffre d'affaires hors taxe, un titulaire exerçant seul se voit obligé d'employer un pharmacien assistant.

## **3 L'indivision**

Ce type de copropriété est assimilé à une véritable société de personnes dont le type est la SNC. Ainsi chaque associé indivisaire est imposable à l'impôt sur le revenu dans la rubrique des bénéficiaires industriels et commerciaux. Il n'existe aucun règlement intérieur. Les copropriétaires répondent solidairement et indéfiniment des dettes et obligations sur l'intégralité de leur patrimoine. C'est une situation précaire qui demande confiance réciproque et bonne entente entre les associés.

## **4 Les différents types de sociétés : étude de l'essor des SEL**

En optant pour l'exercice en société, le pharmacien fait partie d'une entité : la personne morale. C'est la société qui sera propriétaire du fond de commerce.

En pratique :

- soit un pharmacien possède déjà le fond de commerce dans lequel il exerce à titre individuel et l'apporte à une société qu'il va constituer avec un ou plusieurs confrères (c'est ce qui se passe actuellement et explique l'essor des SEL),
- soit deux ou plusieurs confrères décident de s'associer pour acquérir ou créer un fond de commerce,
- soit deux ou plusieurs pharmaciens reprennent ensemble une pharmacie qui existe déjà sous forme de société, en achetant les parts.

A la différence de l'indivision ou de l'exploitation en nom propre, les pharmaciens ne possèdent plus une partie du patrimoine professionnel mais des parts de la société. C'est la personne morale qui possède le patrimoine.

Les sociétés sont aujourd'hui les structures juridiques préférées des pharmaciens, nous allons donc les étudier.

### **4.1 Les Entreprises Unipersonnelles à Responsabilité Limitée (EURL)**

Ce type de structure existe depuis 1985. Il s'agit d'une société avec un seul associé. Ici, la responsabilité financière se limite au capital professionnel (au minimum de 1 €) de la société. Le pharmacien n'est donc responsable du passif qu'à hauteur de ses apports sauf que les banques exigent qu'il cautionne la société sur son patrimoine personnel. En pratique il n'y a donc pas d'étanchéité entre les patrimoines privés et professionnels.

L'EURL demeure la solution lorsqu'une SNC ou une SARL n'a plus qu'un associé. Le pharmacien étant le seul associé, il est obligatoirement le gérant majoritaire. Cependant, l'entreprise étant divisée en parts, en cas de cession, la valorisation du fond est assise sur la valeur de la part et ne se fait donc pas toujours à sa juste valeur.

Du point de vue fiscal.

L'EURL est soumise au régime des sociétés de personnes dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC). Le gérant est imposé sur l'intégralité du bénéfice au titre de l'impôt sur le revenu. Les intérêts d'emprunts ne sont alors pas déductibles.

Cependant le titulaire a ici le choix d'opter pour l'impôt sur les sociétés (IS). Dans ce cas, le bénéfice est imposé au titre de l'IS en soustrayant la rémunération qu'il a décidé de se verser (qui elle sera imposable au titre de l'impôt sur le revenu (IR)). Cette stratégie s'avère payante s'il s'avère que les deux impôts (IR+IS) sont moins lourds que si le pharmacien avait été imposé sur la totalité des BIC (Bénéfices Industriels et Commerciaux).

## 4.2 Société en Nom Collectif (SNC)

Il s'agit de la forme de société actuellement la plus répandue chez les pharmaciens. La SNC est une société de personnes dont les associés sont obligatoirement tous pharmaciens (et ne peuvent exercer d'autre profession en dehors de l'officine). C'est une association de professionnels où tout est mis en collectivité : les moyens et les charges.

Si l'un des associés ne respecte pas les engagements de l'officine, on actionne l'autre associé ; ils sont solidaires (d'où la nécessité d'une bonne entente entre associés).

Le montage se révèle simple et transparent : en effet, il n'y a pas de capital minimum exigé et les associés peuvent faire des apports en espèces, en nature ou en industrie. En revanche, les parts sociales ne peuvent être représentées par des titres négociables et ne peuvent être cédées qu'avec l'accord de tous les actionnaires (*article L221-13 du Code du Commerce*).

On choisit parmi les associés un gérant afin d'administrer la société.

Les recettes appartiennent à l'ensemble des titulaires et sont réparties en fonction du nombre de parts de chacun. Généralement la rémunération se fait en fonction du capital investi et du nombre d'heures de présence.

Au niveau social, les associés sont soumis au régime des travailleurs non salariés.

### a) Fiscalité

En principe la SNC n'est pas soumise à l'impôt sur les sociétés. On dit qu'elle est fiscalement transparente. Chaque associé est considéré comme un commerçant individuel et (comme dans l'indivision) il déclare personnellement la part de bénéfices qu'il a encaissé au titre des bénéfices industriels et commerciaux (BIC). A ce titre il est assujéti à l'impôt sur le revenu. Cependant la SNC peut aussi opter pour l'impôt sur les sociétés.

En pratique la société rembourse les emprunts dont les intérêts sont déductibles, puis les associés peuvent se verser leur salaire avec ce qu'il reste.

### b) Inconvénients

Les associés sont considérés comme des entrepreneurs individuels, MAIS ils répondent de façon indéfinie et solidaire aux dettes de l'entreprise (*article L221-1 du Code du Commerce*).

Avant tout engagement une réflexion est nécessaire. En effet, l'associé minoritaire, sans détenir le pouvoir et responsable sur tout son patrimoine de la bonne gestion de la société.

En cas de problème d'entente entre associés, la situation peut rapidement devenir critique. On mesure ici le risque d'une association qui se dégrade...

### **c) Avantages**

Indiscutablement on retiendra que la SNC permet la mise en commun de capitaux, de partager l'organisation des horaires, des gardes, des obligations... En instaurant des règles précises portant sur les conditions de départ d'un associé, les conditions de rachat de parts ou encore les conditions de fonctionnement, il n'y a aucune raison que l'exercice en SNC tourne à la catastrophe...

Cette forme de société a donc l'avantage de concilier l'efficacité et une organisation relativement soudée. La SNC semble être une bonne structure d'accueil pour l'officine car elle convient parfaitement à sa situation : petite exploitation constituée entre des personnes physiques qui acceptent de courir des risques et de se consacrer activement à l'entreprise commune.

## **4.3 La Société à Responsabilité Limitée (SARL)**

C'est le même principe qu'une EURL sauf qu'ici il y a plusieurs pharmaciens. Une SARL se constitue entre plusieurs personnes qui ne supportent les pertes qu'à concurrence de leurs apports (*article L223-1 du Code du Commerce*). La responsabilité, limitée en théorie à hauteur des apports, engage de toute manière le patrimoine commun qu'est l'officine, compte tenu des conditions d'acquisition d'un emprunt avec nantissement sur le fond. (c'est à dire que la banque acquiert un droit de vente sur l'officine si celle-ci ne peut plus rembourser ses crédits).

De plus les créanciers se protègent en demandant à chaque associé de se porter caution ou de garantir sur ses biens personnels.

La SARL est une société de nature juridique mixte, tenant à la fois de la société de personnes et de la société de capitaux. Le montage demeure simple : les apports se font en espèces ou en nature (fond de commerce, mobilier matériel...)

### **a) La gérance**

Un gérant est nommé parmi les associés (*article L223-35 du Code du Commerce*). Il est responsable de l'administration courante, les décisions importantes étant discutées et votées en assemblée générale.

On distingue un gérant majoritaire (possédant la majorité des parts). Il est rémunéré par les dividendes de ses actions dans la société et n'est donc pas considéré comme salarié.

Enfin, le gérant minoritaire est fiscalement considéré comme salarié.

### **b) Fiscalité**

La SARL est soumise à l'impôt sur les sociétés.

### c) Conditions de départs

Le régime fiscal de la SARL conduit parfois à des écueils en cas de dissolution ou de cession des parts. Concrètement, les parts sociales ne peuvent être représentées par des titres négociables (*article L223-12 du Code de Commerce*) et sont difficilement céderables à des personnes étrangères à la société (*article L223-14*) puisqu'il faut l'accord de tous les autres associés. Il est donc impératif de bien régler les conditions de départ et de cession de parts.

S'il ne reste plus qu'un associé dans la SARL, celle-ci devient EURL.

En conclusion, dans le cadre d'une officine, la SARL est fortement déconseillée pour ne pas dire à proscrire.

## 4.4 Les Sociétés d'Exercice Libérale (SEL)

Étant donnée la montée en puissance de ce type de structure, nous l'étudierons plus en détail.

### a) Présentation

Le terme de SEL regroupe plusieurs nouveaux types de sociétés commerciales autorisées à exploiter une officine (par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990, décrets d'application du 28 août 1992) :

- La SELARL, société d'exercice libéral à responsabilité limitée,
- la SELAFA, à forme anonyme,
- la SELCA, en commandite par actions,
- la SELEURL, qui ne comptabilise qu'un seul actionnaire,
- la SELAS par action simplifiée.

Grande première dans le monde de l'officine, les SEL sont des **sociétés de capitaux**.

Ces nouvelles structures juridiques ont pour objectif de concilier deux nécessités du métier : l'indépendance des pharmaciens (le capital reste entre les mains de pharmaciens) et la modernisation du financement de la profession (le capital n'est plus réservé aux pharmaciens exploitants).

En effet, il est de plus en plus difficile pour un jeune diplômé d'accéder à la propriété de son outil de travail, et les SEL sont censées lui faciliter la tâche.

L'envergure des SEL est pour le moment limitée. A ce sujet l'article R5125-16 du Code de la Santé Publique précise : "Qu'une SEL ne peut exploiter plus d'une officine de pharmacie". De plus, une SEL exploitant une officine ne peut détenir de parts ou d'actions que dans deux autres SEL exploitant une officine (*article R5125-18 du CSP*). L'accès au capital d'une telle société est pour le moment réservé aux pharmaciens (*article R5125-19 du CSP*). Le pharmacien exploitant doit détenir au moins 51% des parts, et les 49% restants peuvent être détenus par d'autres pharmaciens, qu'ils soient en activité ou non.

Les SEL protègent la profession de l'apparition de chaînes de pharmacies puisqu'il faut être inscrit au tableau A du conseil de l'Ordre afin d'investir. La société elle-même est ensuite enregistrée dans les tableaux de l'Ordre (*article R5125-15 du CSP*).

On distingue dès lors deux types d'associés :

- ceux en exercice dans la SEL,
- ceux possédant une partie du capital.

Cependant, dans ce type de structure, les intérêts d'emprunts ne sont pas entièrement déductibles : les bénéfices consacrés au remboursement de l'emprunt sont imposables au taux (certes réduit) de l'IS, et le fond de commerce ne peut pas être mis en garantie dans le cadre de l'emprunt.

Ainsi, le capital de l'officine s'ouvre progressivement, bien qu'il soit encore réservé aux diplômés.

## **b) Historique justifiant la naissance des SEL**

Le métier d'officinal s'est longtemps caractérisé par le fait d'être seul maître chez soi. Cette indépendance, toute relative parfois, voire chère payée en temps et en anxiété, constitue l'un des bienfaits les plus précieux de notre profession (ceci est unanimement reconnu).

Puis l'exploitation en commun (SNC ou SARL principalement) a gagné du terrain, notamment pour des raisons économiques, mais aussi des motifs liés à la qualité de vie. L'économie de l'officine, de plus en plus prégnante, amène aujourd'hui à repenser ces schémas établis et l'organisation même de la pharmacie.

Plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, il est peu probable que la rémunération du pharmacien progresse beaucoup, alors que la pharmacie reste un outil de capitalisation sur le long terme.

Les petites structures, non transférables, risquent de ne plus être économiquement viables. Déjà en 2002 sur Paris, 56 officines ont fait l'objet d'un redressement ou d'une liquidation judiciaire. En 2003, plus d'une vingtaine d'officines des Pays de la Loire se sont trouvées dans cette situation. Par ailleurs, le nombre trop élevé d'officines dans les grandes villes est pénalisant pour les jeunes installés qui paient cher une pharmacie qui se révèle peu rentable.

Il était donc urgent de trouver des solutions et de ne pas tromper les nouveaux pharmaciens, car une profession qui n'arrive pas à intégrer les jeunes diplômés se sclérose et perd sa valeur économique.

## **c) Pourquoi créer une SEL aujourd'hui ?**

Actuellement, les montages de SEL sont très souvent motivés par des situations particulières (installation d'un enfant diplômé, capitalisation dans une autre officine voisine de manière à préserver son marché et à ménager son potentiel de croissance, etc...). D'autres, de plus en plus nombreux, ont construit une véritable stratégie d'expansion en prenant des participations dans le capital de SEL de pharmacies et en les transférant dans des zones commerciales plus attractives.

Sans tomber dans l'excès d'un capitalisme dévorant, les pharmaciens peuvent songer à l'ouverture du capital pour mieux assurer la survie de leur entreprise et créer avec quelques confrères une union solide, stable et déontologiquement acceptable.

En investissant dans des SEL plutôt que dans l'achat classique d'un fond et en créant un réseau, les officinaux peuvent se donner les moyens de mieux lutter contre d'éventuelles difficultés financières, d'augmenter leur compétitivité, de générer des gains de productivité, de centraliser les achats, de baisser les frais généraux, et de lutter contre la concurrence liée à la création éventuelle d'une officine proche.

#### **d) La contrepartie**

Accepter de sacrifier un peu de son indépendance. En dépit de leurs inconvénients d'ordre fiscaux et financiers, les SEL sont-elles, parmi les structures juridiques à disposition des pharmaciens, celles les plus à même d'augmenter l'efficacité professionnelle et économique de l'officine ? En tout cas, cette logique commence à faire de plus en plus d'émules...

#### **e) Les schémas de montage les plus courants**

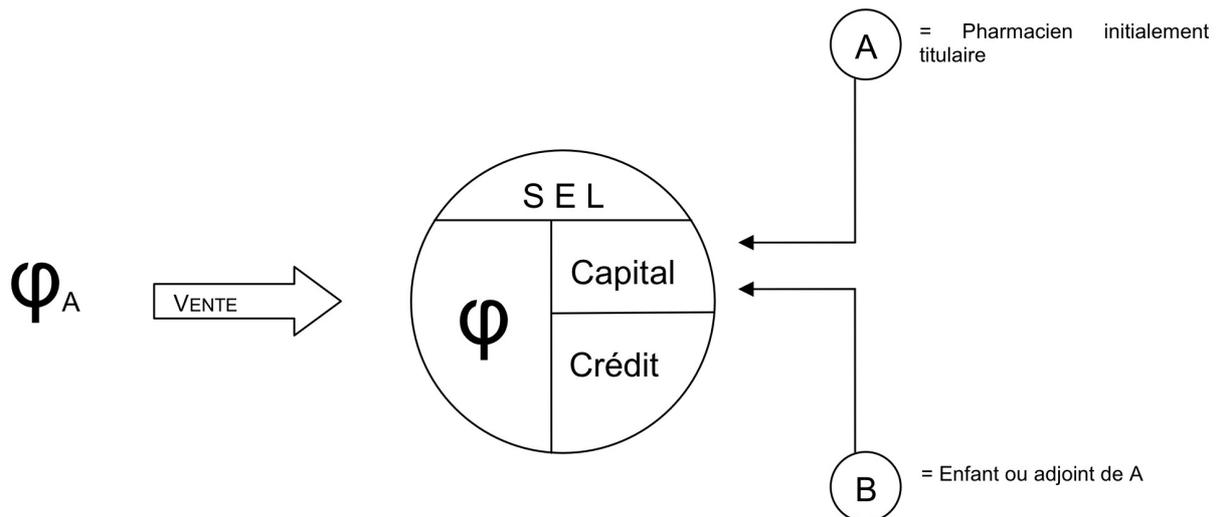
(13)

Dans la pratique le montage d'une SEL relève d'une stratégie globale.

Nous allons étudier trois possibilités :

- Un pharmacien titulaire d'une officine peut, avec un adjoint ou un enfant constituer une SEL à laquelle il revendrait son officine pour éventuellement organiser une transmission progressive de son affaire.
- Il peut vendre son officine à une SELEURL dont il restera le seul associé investisseur.
- Il peut enfin investir dans une pharmacie voisine avec un ou plusieurs associés sous couvert d'une SEL.

**=> L'association avec un adjoint ou un enfant.**



Cette stratégie donne la possibilité à un pharmacien titulaire d'une officine de vendre son fonds de commerce à une SEL qui emprunterait pour l'acquérir. Cette SEL serait constituée par le titulaire lui-même, un adjoint (ou plusieurs) ou un enfant.

Ce montage permet aux nouveaux associés d'accéder à une part significative du capital avec peu de fonds propres. (Rappelons que c'est précisément ce manque de fonds propres qui empêche les jeunes d'accéder à la propriété). L'emprunt sous couvert de la SEL permet de déduire les intérêts et de bénéficier de la fiscalité de la société.

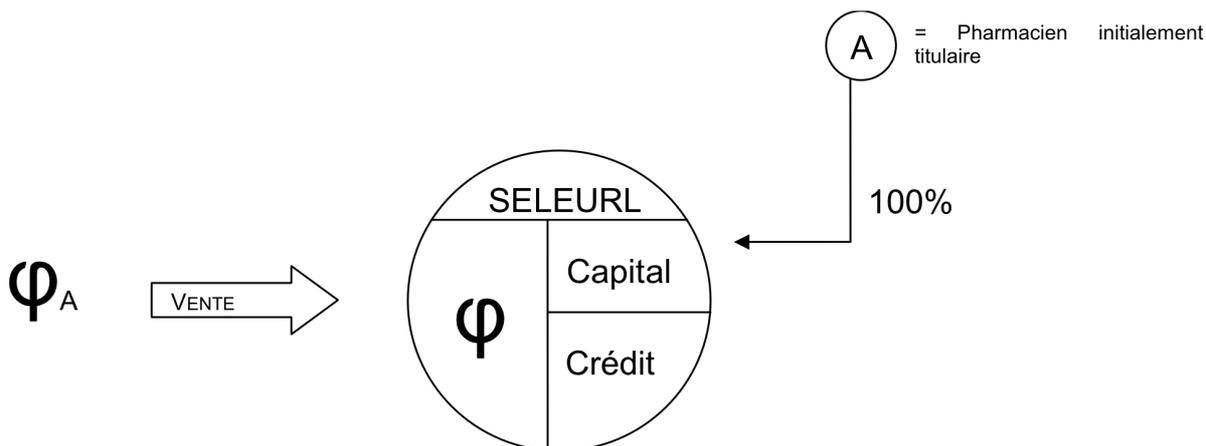
Pour le pharmacien initialement propriétaire de l'officine, l'opération dégage de l'argent frais qui pourra lui permettre de réaliser des investissements personnels, de prévoir sa retraite...

D'autre part, cela lui permet d'intégrer un jeune collaborateur et de le motiver pour participer à l'essor de l'entreprise. Il pourra finalement lui céder ses parts progressivement ou en bloc au moment voulu.

Dans le cas d'une association avec un enfant ce montage est intéressant en vue d'une transmission de l'officine. Les droits de succession sont considérablement réduits en cas de cession préalable du fond à une SEL.

Ce scénario propose des avantages au titulaire initial et aux nouveaux associés. Il entre dans un objectif positif d'intégration des jeunes et d'accès à la propriété.

**=> La vente à une SELEURL restant contrôlée par le titulaire initial.**



Selon ce montage, le pharmacien titulaire de l'officine revend son affaire à une SELEURL dans laquelle il est le seul investisseur.

Ainsi, il récupère une importante somme d'argent disponible immédiatement pour rembourser des crédits personnels ou réaliser des placements. Mais cette concrétisation immédiate en capital entraîne une baisse de revenus nets durant la phase de remboursement.

Pour que cette stratégie soit financièrement judicieuse il faudrait que le capital perçu par le pharmacien à la vente de l'officine soit supérieur à la baisse des revenus cumulés pendant la période de remboursement.

Cette possibilité semble difficile à envisager compte tenu de deux éléments :

- Les frais liés à la vente sont élevés : imposition à 26 % des plus-values de cessions ; c'est à dire que pour une pharmacie achetée 1 million et vendue 2, il faut donner 260 000 euros au fisc. Il convient ensuite d'ajouter l'ensemble des frais notariés...

- La valeur des fonds de pharmacie d'officine correspondant à des sommes importantes, le capital pourra être taxé à l'impôt sur la fortune.

Au final le capital disponible est sévèrement entamé.

Ce montage reste donc a priori peu recommandé pour le pharmacien d'officine.

### **=> La constitution d'un réseau local.**

Cette possibilité se présente quand un pharmacien déjà installé monte une SEL avec un adjoint pour acquérir une nouvelle officine mise en vente en général à proximité.

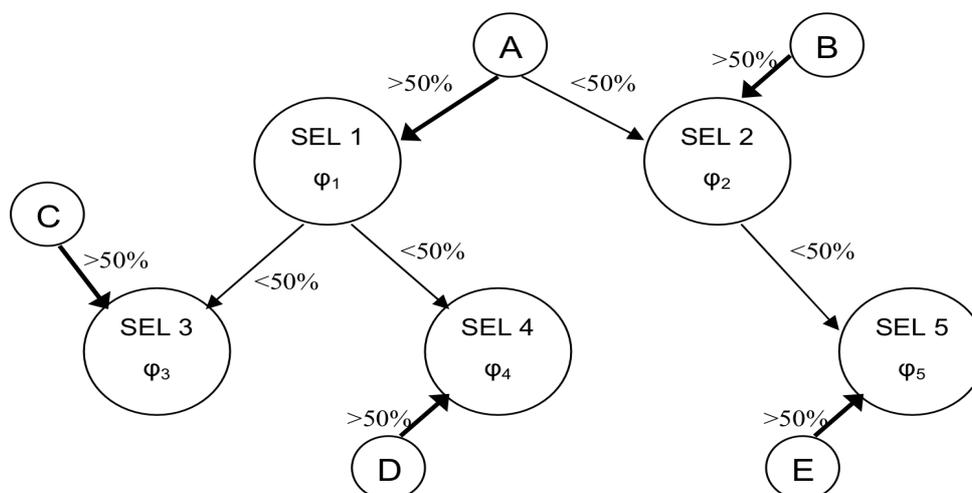
- Le premier apporte à la SEL des capitaux ou des garanties nécessaires à un financement bancaire : il joue le rôle de sponsor et s'assure un complément de revenus durable.
- Le second exerce sa profession dans l'officine acquise.

Cette configuration crée un lien entre les deux exploitations et suggère la création de petits réseaux locaux. On pourrait envisager des participations croisées entre officines voisines. Ceci permettrait de neutraliser les conséquences négatives du développement de l'une pour l'autre, d'optimiser la gestion du personnel, d'effectuer des achats groupés...

On peut également étendre le réseau constitué en exploitant les possibilités offertes par le décret du 28 août 1992, à savoir qu'un pharmacien peut détenir des participations dans deux SEL et qu'une SEL peut détenir des participations dans deux autres SEL.

Le schéma suivant propose une application de ces données.

### Schéma de constitution d'un réseau local avec participations en cascade.



Il est donc possible de constituer des réseaux d'officines par des participations en cascades : un pharmacien peut investir dans deux SEL qui, elles-mêmes, peuvent prendre des participations dans deux autres SEL... Mais ce montage complexe prédispose à des difficultés de fonctionnement et de contrôle. Une simplification de ce schéma serait possible si la loi autorisait les SEL à exploiter plusieurs officines.

L'ensemble de ces modèles de montage de SEL offrent des possibilités intéressantes aux pharmaciens, notamment dans la transmission du patrimoine à leurs enfants. D'autre part, elles apportent (théoriquement) une solution à l'exclusion des jeunes du marché des transactions.

### Conclusion.

Diverses possibilités d'exploitations sont offertes au pharmacien français. Libre à lui de choisir celle qui lui convient le plus sachant que les possibilités offertes par les SEL semblent en faire les structures anticipant le mieux l'avenir...

## **III - Les GROUPEMENTS de pharmacies**

Nous abordons ici le domaine du commerce associé qui, comme nous l'avons déjà souligné, représente une alternative entre le commerce intégré et le commerce indépendant isolé.

La législation française autorise dans certaines limites les pharmaciens d'officine à faire partie de groupements. Nous allons chercher à expliquer cela et à comprendre ce que les groupements peuvent apporter par rapport à un statut de commerçant indépendant isolé.

# 1 Qu'est-ce qu'un groupement et pourquoi les groupements sont-ils nés ?

La maîtrise des dépenses de santé voulue par l'Etat a souvent touché directement la pharmacie d'officine.

Effectivement, depuis 1970 :

- les diverses baisses de taux de marque sur les médicaments,
- l'instauration de la marge dégressive lissée,
- le déremboursement régulier de certaines classes thérapeutiques,
- l'apparition des Références Médicales Opposables,
- ou encore l'adoption annuelle par le parlement de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) (en 2004 de l'ordre de 5.5% du PIB)...

=> ont obligé les pharmaciens à changer leur mode de fonctionnement afin de rester compétitifs.

Ainsi, plus la marge des médicaments a diminué et plus les officinaux ont su se réunir au sein de groupements d'achats.

On peut même affirmer que le nombre de groupements a véritablement augmenté lorsque le gouvernement annonça une baisse du taux de marge sur le médicament de 2% en 1988. Il est difficile de donner des chiffres, mais il semble qu'au niveau national plus des deux tiers des pharmaciens soient aujourd'hui groupés, et 25% déclarent vouloir adhérer prochainement à un groupement.

Rassemblés, les pharmaciens ont donc fait pression auprès des grossistes-répartiteurs, puis des laboratoires afin d'obtenir des prix plus avantageux sur des produits préalablement sélectionnés et retenus.

Les groupements ont par la suite développé de nouveaux services, si bien que le fonctionnement actuel de certains d'entre eux s'apparente réellement à celui d'une franchise (nous le verrons par la suite).

A l'origine simples centrales de référencement, ils ont élargi leurs compétences.

L'objectif de cette évolution ? Accompagner les changements de la profession et offrir une réflexion stratégique sur l'organisation de l'officine.

Pourquoi cette tendance ? Afin de mieux satisfaire les attentes du consommateur, dans un environnement concurrentiel de plus en plus aigu.

A l'ère de l'économie numérique, le pharmacien d'officine ne peut se permettre de rester un professionnel de santé isolé tout comme il ne peut se permettre de rester un commerçant spécialisé n'intégrant pas les nouvelles structures du commerce de distribution.

Le groupement est au commerçant isolé ce que la franchise est à la chaîne...

## **2 On distingue deux types de groupements en France**

### **2.1 Les groupements amateurs**

Créés souvent entre d'anciens amis de la faculté, ils utilisent le système de rétrocession.

### **2.2 Les groupements professionnels**

Une structure salariée s'occupe des négociations et des commandes. Ce système conduit à une recherche d'adhérents pour atteindre le seuil de rentabilité et de financement de la structure.

En 2004 au niveau national, on recense une trentaine de "gros" groupements aux ambitions divergentes.

Aujourd'hui les groupements nationaux se nomment Giphar, Giropharm, Pharmaréférence, Forum Santé, Pharmavenir, Pharmactiv, Evolupharm, Népentès, Plus Pharmacie...

## **3 Quelles sont les contraintes réglementaires qui s'imposent aux groupements ?**

Pour les produits autres que les médicaments, il n'y a pas de contraintes juridiques particulières, ils relèvent du commerce de détail traditionnel.

En revanche, le Code de la Santé Publique indique (*article L5124-1 et suivants*) que pour acheter ou vendre des médicaments, il est nécessaire d'être une entreprise au statut d'établissement pharmaceutique, c'est à dire grossiste-répartiteur ou dépositaire.

Les groupements ne peuvent donc pas officiellement vendre à leurs adhérents des médicaments, et se recentreront sur les produits de parapharmacie qui, eux, ne posent pas ces contraintes réglementaires.

Toutefois, nous verrons que de plus en plus, certains d'entre eux acquièrent ce statut de grossiste-répartiteur.

## **4 Les principales formes d'organisation des groupements**

Il en existe trois.

#### **4.1 Le système de rétrocession**

Une pharmacie commande des produits à un laboratoire en quantité supérieure à ses propres besoins. Cette quantité correspond en réalité aux commandes de deux, trois ou dix pharmacies "amies". La pharmacie réceptionne les produits du laboratoire et fait parvenir par l'intermédiaire de son répartiteur les quantités revenant aux officines "amies".

On peut ainsi franchir un seuil de commande permettant des remises supplémentaires. Cependant, ce système de rétrocession ne peut concerner que des produits hors monopole pharmaceutique puisque l'activité de pharmacien d'officine est incompatible avec celle de grossiste-répartiteur.

De plus, la rétrocession engendre une procédure lourde à gérer en temps et en contraintes de stockage.

La rétrocession représente historiquement le premier système de distribution utilisé par les groupements.

#### **4.2 Les centrales de référencement**

Les centrales n'achètent rien et ne vendent rien ; elles négocient avec les fournisseurs les conditions de vente puis laissent aux pharmaciens adhérents passer séparément leurs commandes (tout en bénéficiant des conditions pré-négociées).

Les adhérents sont donc livrés directement par le fournisseur.

A aucun moment le groupement n'est propriétaire de la marchandise (donc pas de stock à gérer), ce qui lui évite d'avoir à faire des rétrocessions. Le groupement ne fait que gérer des flux financiers. Il n'y a donc aucune contrainte réglementaire et à ce titre le groupement peut référencer des produits avec AMM.

Cependant, ce système ne fonctionne que si les adhérents jouent le jeu de privilégier les laboratoires référencés par la centrale. Sinon, la crédibilité de cette dernière lors de la phase de négociation avec les fournisseurs est faible.

#### **4.3 Les centrales d'achats**

Ces centrales achètent des produits en leur nom, pour leur compte pour ensuite après réception les répartir entre leurs adhérents.

La centrale d'achat négocie avec les laboratoires des prix et des conditions de crédits correspondant au volume d'achat global de ses adhérents.

Elle est donc propriétaire de son stock qu'elle revend ensuite aux pharmacies en prenant une marge.

Les pharmacies adhérentes commandent individuellement à la centrale.

Si le groupement veut vendre à ses adhérents des médicaments, il doit bénéficier du statut d'établissement pharmaceutique (c'est à dire grossiste-répartiteur ou dépositaire).

Ainsi, la gestion des flux et des stocks est lourde à gérer, si bien que la centrale d'achats laisse peu d'autonomie à ses adhérents.

Cependant les groupements d'envergure nationale s'intéressent de plus en plus à la répartition en créant leur propre structure-répartiteur pour le médicament remboursable. Ainsi le groupement Pharma Référence est entré dans le capital de RBP Pharma en septembre 2000. Le Giphar a lancé Sogiphar Répartition en mars 2001, la prestation logistique étant assurée par Phœnix Pharma (une des trois entreprises nationale de répartition). Et Co-Pharm-Ec a créé fin 2002 Népentès Distribution. Giropharm a également son projet pour 2004 mais uniquement pour intervenir sur le hors vignetté et les génériques avec l'ORP (Ouest Répartition Pharmaceutique)

Signalons que cette entrée de certains groupements dans l'activité grossiste paraît logique (pour exemple, la CERP, répartiteur national était initialement un groupement) mais suscite le scepticisme des acteurs historiques du marché.

Enfin, la tendance inverse existe aussi puisqu'on voit des grossistes développer leurs propres groupements (ALPHEGA par Alliance Santé, Pharmactiv par l'OCP).

Pour finir, les exemples étrangers nous montrent que ce sont en général les grossistes qui ont intégré les officines par des chaînes...

## 5 Les structures juridiques des groupements

Plusieurs formes juridiques sont actuellement employées par les groupements.

### a) Les GIE

Ce type de structure est utilisé pour les petits groupements d'achats entre amis du fait de sa simplicité et de sa fiscalité.

Un GIE est constitué (avec ou sans capital) de personnes physiques ou morales. Son fonctionnement est simple et les résultats fiscaux sont directement intégrés dans les résultats des entreprises membres.

### b) Les SA

Les groupements d'envergure nationale adoptent généralement ce type de structure.

Le capital d'une SA est divisé en actions facilement cessibles et négociables (il est possible d'introduire une SA en bourse). Il faut au minimum 7 associés dont la responsabilité se limite à la hauteur des apports (*article L225-1 du Code du Commerce*). Le capital minimum est de 37 000 € (225000 € pour envisager un appel public à l'épargne) et la présence d'un commissaire aux comptes est obligatoire.

Tous les actionnaires se réunissent en assemblée générale afin d'approuver les comptes et de prendre des décisions sur la répartition des résultats.

On distingue deux types de SA au fonctionnement différent. (43)

1) La SA à conseil d'administration et direction générale qui est la plus courante chez les groupements.

Le conseil d'administration, composé d'actionnaires (au maximum 24) élus en assemblée générale, nomme et révoque le PDG et les DG et dispose de tous les pouvoirs pour agir au nom de la société.

La direction générale est représentée par un PDG (qui peut aussi être président du conseil d'administration).

2) La SA à conseil de surveillance avec un directoire.

Le conseil de surveillance, composé d'actionnaires (au maximum 24) élus en assemblée générale, nomme le directoire mais ne peut le révoquer. Il exerce sur lui une surveillance permanente.

Le directoire est un organe collégial de décision regroupant 2 à 5 membres, c'est lui qui représente et engage la société.

Les SA sont fiscalement imposables sur les bases de l'IS.

## 6 Quels services peuvent apporter les groupements ?

Nous avons vu que les groupements étaient nés de la propre demande des pharmaciens. A ce titre, leur fonctionnement général ne vise pas à identifier les clients correspondant à leur offre, mais plutôt à identifier l'offre correspondant à leurs clients.

L'optique de gestion de l'échange entre le pharmacien et son groupement est donc une pure optique marketing. Elle part des clients (les pharmaciens), de leurs besoins et désirs, puis élabore un ensemble de produits et de programmes destinés à servir ces besoins.

Nous sommes dans l'inverse de la logique d'une optique de vente qui consisterait à partir des produits de l'entreprise et à les promouvoir .

Pour résumer, l'optique marketing des groupements :

- |                     |  |                                   |   |
|---------------------|--|-----------------------------------|---|
| 1) Cible son marché | 2) Évalue les besoins et les désirs de ses clients | 3) Coordonne son action marketing | 4) Tire des bénéfices de la satisfaction de ses clients |
|---------------------|--|-----------------------------------|---|

Au final la palette de services proposés est assez large et comprend divers services.

### 6.1 Un service d'achats

Nous l'avons vu, sous leurs différentes formes d'organisation, les groupements permettent d'effectuer des achats en bénéficiant de conditions commerciales avantageuses.

Le plus important aux yeux du pharmacien d'officine semble bien souvent être l'importance économique de son groupement.

Cette importance va jouer à plusieurs niveaux :

- 1) vis à vis des fabricants.

Les groupements de pharmacies représentent une force de pression auprès des fabricants pour obtenir de meilleures conditions commerciales (comme tout groupement de clients face à un fournisseur).

2) vis à vis des grossistes.

La répartition pharmaceutique doit tenir compte des groupements pour trois principales raisons :

- les groupements sont une force de pression auprès du grossiste pour obtenir de meilleures conditions,
- les groupements catalysent la fuite de chiffre d'affaires vers le direct grâce à la simplicité des commandes via les centrales d'achats ou de référencement non seulement pour les produits de parapharmacie, mais aussi de plus en plus pour les produits vignettés.
- les groupements concurrencent l'offre de diversification des répartiteurs.

## 6.2 Des outils de communication

Les outils de communication dans le monde de la pharmacie sont relativement cloisonnés : le code de Déontologie interdit toute sollicitation de clientèle aux pharmaciens ou aux groupements.

La publicité, notamment télévisée, est donc pratiquement impossible ; ce qui n'empêche pas les pharmaciens de communiquer depuis quelques années auprès du grand public dans le cadre de campagnes institutionnelles.

La communication est un enjeu d'importance pour les groupements et la profession en général.

Au niveau du groupement proprement dit, il existe deux types de communications, celle orientée client (a) et celle intra groupement (b) :

### a) Communication orientée client

Le pharmacien **ET** son groupement attendent beaucoup de cette communication.

Pour l'officiel elle contribue à valoriser sa compétence auprès du consommateur (avec en arrière pensée de favoriser les ventes en mettant en avant quelques produits préalablement sélectionnés).

Pour le groupement elle vise à satisfaire deux objectifs :

- A court terme elle vise à accroître le trafic.
- A long terme elle cherche à conférer une image au point de vente représentant le groupement : on s'oriente vers une politique d'enseigne.

Dans le premier cas, le groupement exploite la publicité presse, la PLV (Publicité sur le Lieu de Vente), les animations promotionnelles..., dans le second il utilise surtout la publicité d'enseigne (en confèrent les spots télévisuels réalisés par Giphar entre autres).

1) Sur le terrain, on relèvera tout d'abord les **magazines "santé"** des groupements.

Aujourd'hui, la plupart d'entre eux possèdent leur propre magazine qu'ils offrent gratuitement aux clients 3 à 6 fois dans l'année (tous les mois pour Giphar). Ces magazines d'une vingtaine de pages prolongent le dialogue entre le pharmacien et son client par des textes de

vulgarisation sur la santé. Ils contiennent des articles de fond sur des sujets de santé qui répondent aux préoccupations de chacun (les maux de l'été, le maintien à domicile, les campagnes de prévention ...)

Ils font parfois office de catalogue de prix pour la parapharmacie.

## 2) On notera ensuite le développement des **sites Internet**.

Signalons qu'Internet offre au consommateur la possibilité de contrôler davantage les processus d'échange avec l'entreprise. Effectivement, une fois sur la page d'accueil d'un site, c'est le consommateur qui définit lui-même les règles d'échange. Il choisit les informations auxquelles il veut avoir accès en cliquant sur les liens. Le site doit donc être attrayant dès la première visite afin d'encourager les visites futures. Les premiers sites Internet, fondés essentiellement sur du texte sont aujourd'hui remplacés par des sites sophistiqués incluant son et animations. Les sites d'aujourd'hui ne sont pas tournés vers l'entreprise mais vers le grand public.

Tout cela amène les groupements à proposer des pages web extrêmement bien élaborées, l'objectif étant bien sûr de créer chez le visiteur l'envie d'en savoir davantage sur le groupement. Le travail de conception de ces sites a été (pour beaucoup de groupements) très impressionnant ces deux dernières années : on arrive maintenant à voir des sites réellement tournés vers le grand public, point qui faisait défaut il y a encore quelque temps...

L'objectif n'est pas de faire de la promotion sur des produits, mais d'offrir un réel service : dossiers sur des problèmes de bien-être, sur la prévention... On offre aux internautes la garantie d'un site de qualité pharmaceutique, ce qui possède un double avantage : mettre en avant l'utilité du pharmacien, et contrer le développement de sites "santé" aux contenus incertains.

On voit même aujourd'hui des pages, (voir des sites) individualisés à chaque officine du groupement. On y présente à l'internaute les horaires d'ouverture, la localisation de la pharmacie, la composition de l'équipe officinale ou encore les spécialités développées (phytothérapie, orthopédie....). Le client potentiel dispose ainsi des principaux renseignements sur la pharmacie et peut lui associer l'image de tel ou tel groupement.

3) Signalons également l'importance de la **communication multimédia** au sein de l'officine.

Les outils ne manquent pas : supports de PLV, merchandising, exposition des produits calquée sur le parcours du patient et son axe de vision à partir du comptoir... Toutes les techniques sont bonnes pour créer une ambiance et susciter l'achat d'impulsion.

A noter l'essor de la communication audiovisuelle. Quelques groupements motivent leurs adhérents à investir dans ce sens, surtout en milieu urbain. L'offre s'est diversifiée : spots vidéo aux couleurs du groupement, spots produits, campagnes d'informations, publicité laboratoire ou officinale..., la palette est large. Les prestataires ont su tirer profit des ressources technologiques disponibles (Internet, satellite, écrans plats démesurés, technologie sans fil...).

Reste pour le pharmacien à organiser ses campagnes de communication en fonction de ses stocks, de la typologie de sa clientèle et des messages qu'il souhaite faire passer. Quant au financement, ces systèmes de communication représentent un investissement dont le retour est difficilement mesurable.

On terminera en citant l'exemple de la société Novax qui propose aux pharmaciens une solution logiciel permettant de créer facilement et soi-même des spots vidéos. Plusieurs groupements nationaux se penchent actuellement sur la problématique de la communication multimédia. Les solutions proposées vont rapidement évoluer.

## **b) La communication intra-groupement**

Elle est nécessaire pour obtenir une bonne cohésion et permettre au groupement d'être efficace dans l'ensemble de ses démarches.

L'objectif de la communication intra-groupement, par sa régularité, est de renforcer les liens entre adhérents : il faut faire circuler l'information afin de partager les mêmes objectifs puis faire naître la convivialité...

Ce sont des priorités pour certains groupements comme Giropharm, Giphar ou encore Co.Pharm.Ec.

Là encore les moyens ont évolué.

1) On rencontre bien souvent un **journal interne** qui fait le point sur la vie du groupement.

2) D'autres axent leurs **informations sur les achats et les ventes**. Ainsi, Giropharm informe ses adhérents par fax des promotions, des marchés en cours et le "girovente" informe sur les animations, la politique de prix et les négociations du mois en plus du catalogue de référencement.

3) Nous arrivons dans l'ère de l'économie numérique, on ne s'étonnera donc pas de constater l'essor des **réseaux Extranet** qui permettent de relier en permanence chaque adhérent à son groupement.

On peut ainsi consulter le catalogue des référencements, adresser des messages au réseau ou encore passer des commandes. C'est un outil nécessaire au dynamisme de l'entreprise.

4) Je suis prêt à parier qu'à moyen terme, on verra apparaître des réseaux **Intranet** qui mettront en communication les membres du groupement entre eux. Pourquoi pas des visio-conférences pour remplacer les antiques systèmes de fax ?

5) On se doit d'évoquer les **congrès** et les **voyages** qui permettent de tracer les grandes lignes du groupement, de réfléchir sur l'évolution de la profession... Giphar et Plus Pharmacie proposent chaque année des congrès à leurs adhérents.

Les voyages se font généralement plus avec la collaboration de laboratoires extérieurs.

6) Enfin signalons l'importance des **rendez-vous régionaux** . Ils consistent généralement en des assemblées générales, des commissions achats, des groupes de travail sur des thèmes particuliers. Le groupement peut ainsi pérenniser son esprit de groupe et favoriser les échanges. Pour beaucoup de pharmaciens et notamment les jeunes, ces rencontres leur permettent de ne pas s'isoler.

## **6.3 La mise en œuvre de la “Qualité Totale”**

(11)

### **a) Introduction à la qualité**

Qu'il s'agisse de produits ou de services, les clients d'aujourd'hui n'acceptent plus une qualité simplement moyenne.

Mais concrètement, qu'est-ce que la qualité ? L'association américaine du contrôle et de la qualité en donne la définition suivante, aujourd'hui mondialement adoptée : “la qualité englobe l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui affecte sa capacité à satisfaire des besoins, exprimés ou implicites”.

De nombreuses entreprises poursuivent aujourd'hui un programme de “Qualité Totale” que l'on peut définir par : “un effort entrepris au niveau de l'ensemble de l'entreprise pour sans cesse améliorer produits, services et procédures”. (11)

Souvenons-nous que c'est en Europe qu'ont été mises en place les normes ISO 9000 fournissant un cadre de référence pour la détermination de la qualité des produits et des services vendus.

A l'officine il existe un lien étroit entre la qualité de l'offre, la satisfaction de la clientèle et la rentabilité. Un niveau supérieur de qualité entraîne en général une satisfaction plus forte et autorise en même temps des prix plus élevés.

Aujourd'hui les pharmaciens mettent en avant la valeur ajoutée de l'acte pharmaceutique et la qualité de leur service. La mise en œuvre d'une démarche qualité s'impose donc d'elle-même à l'officine. On peut même parier qu'à moyen terme l'accréditation sera obligatoire. Certaines officines commencent déjà à faire la démarche d'accréditation d'elles-mêmes.

### **b) Quelles sont les actions mises en place ?**

Sur le terrain, l'ensemble des groupements ont compris les enjeux de cette démarche qualité, et pour permettre au pharmacien de s'améliorer ils lui fournissent des formations présentant les grands standards de la qualité de service à l'officine (la gestion de l'accueil du client, la gestion de la relation avec lui, la propreté, la gestion des manquants, l'assistance administrative, la clarté d'une offre...). Autant de points sur lesquels le pharmacien doit impérativement s'améliorer.

Les groupements les plus en vogue envoient régulièrement à leurs adhérents des "clients mystères". Pharmactiv fut le premier à initier cette démarche.

Concrètement, le client mystère (ou client qualité) établit son diagnostic à partir d'un référentiel très précis. Ce dernier comporte de nombreux items classés par niveaux et calqués sur le parcours type d'un client à l'officine : que voit-il de l'extérieur ? (Signalétique externe, vitrine), que voit-il quand il rentre ? (Agencement, signalétique interne), comment est-il pris en charge ? (Temps d'attente, accueil, écoute), comment est-il conseillé ? (Argumentation, explications), comment se passe la prise de congé ? Une notation est établie à l'aide d'un tableau de bord qualité assorti d'une recommandation.

## **6.4 Le merchandising**

(11) (14)

Le merchandising correspond à l'ensemble des techniques destinées à améliorer la présentation des produits dans un espace de vente. Né aux États-Unis dans les années 60, ses principes de base sont aujourd'hui appliqués par l'ensemble du commerce de détail : la pharmacie d'officine n'y échappe pas.

En matière d'agencement de rayon par exemple, on s'efforce d'optimiser l'exposition du client à un maximum de produits sans pour autant compromettre la clarté de l'offre. Quelques contraintes techniques issues du magasin lui-même doivent également être prises en compte.

La présentation des produits en rayonnage se fait à partir d'une analyse précise de la rentabilité de chaque emplacement que l'on contrôle en permanence à l'aide des données de vente. Toutefois, afin de rompre la monotonie de présentation, on peut en alterner les principes. Par exemple utiliser tantôt la présentation horizontale (les produits de la même famille se trouvent juxtaposés sur toute la longueur de l'étagère), tantôt la présentation verticale (en colonne).

Le pharmacien est demandeur de conseils en merchandising, si bien que souvent, le groupement envoie ses conseillers commerciaux afin de définir, en fonction de la zone de chalandise et du profil de la clientèle, un juste assortiment et une offre adaptée.

On rencontre aussi des animations de l'espace vente, des meubles promotionnels, des présentoirs exclusifs repeints aux couleurs du groupement afin de valoriser ses produits.

Sur ce point, je pense que l'objectif final (mais parfois caché) des groupements est de faire souscrire peu à peu l'adhérent à l'enseigne par le biais d'un agencement spécifique, identifiable et typique du groupement. Le tout sans trop donner l'idée de s'imposer.

## 6.5 L'enseigne

L'enseigne incarne la suite logique de tout ce que nous venons de présenter. Les officinaux qui se sont regroupés dans des coopératives ont d'abord mis en commun leurs achats puis différents services avant de développer une véritable dynamique de vente : l'étape suivante est l'enseigne.

Elle doit permettre au groupement de véhiculer ses valeurs au travers d'un signe de ralliement et d'identification.

L'enseigne va symboliser l'image, les valeurs et la personnalité des commerçants qui l'ont adoptée. En combinant un logo, une marque et une signature, elle a donc une portée bien plus forte qu'un simple agencement.

En 2004, sept groupements affichent clairement leur appartenance à cette mouvance d'enseigne :

- Giphar,
- Giropharm,
- Pharmaréférence,
- Népenthes,
- Alliance Santé,
- Plus Pharmacie,
- Forum santé.

L'adhésion à une enseigne comporte cependant plusieurs niveaux d'engagement.

Selon les cas, on distingue ainsi : une identification uniquement extérieure, une identification extérieure et intérieure minimale, enfin une identification totale qui correspond à l'adhésion à toutes les recommandations de l'enseigne, le passage d'un niveau à l'autre pouvant être progressif dans le temps.

Rien ne sert d'afficher une enseigne ne recouvrant pas une différence, une originalité. Cela implique donc pour un réseau d'officines la nécessité de bâtir un vrai positionnement.

Le Code de la Santé Publique et le Conseil National de l'Ordre ne s'opposent pas au développement de l'enseigne en officine à condition que l'apparition d'une enseigne sur une pharmacie n'en supprime pas la dénomination (*article R4235-53 du CSP*). Par exemple si la "pharmacie du moulin" adhère au groupement PlusPharmacie, on doit d'abord voir le nom de la pharmacie avant le nom d'une éventuelle enseigne. Cependant un monde sépare la théorie législative de la réalité...

## 6.6 Des services divers

- Mise à disposition de conseillers juridiques et financiers,
- Outils informatiques propres au groupement (Logiphar chez Giphar),
- Outils de statistiques autorisant une analyse fine des stocks, de leur rotation et permettant au pharmacien de se situer par rapport à ses confrères...

## 7 Comment adhérer aux groupements ?

Le groupement GIPHAR reste attaché à ce que toute officine puisse rentrer dans son organisation alors que l'homogénéité est le fondement d'autres groupements.

Cette homogénéité peut se traduire par un chiffre d'affaires minimal (1.5 million au CEIDO, 1.2 million pour Plus Pharmacie qui revendique 500 officines adhérentes au CA moyen de 2.3 millions d'euros).

Les droits d'entrée varient selon groupement (de 0 à 1800 euros, et souvent sous forme d'actions). La cotisation annuelle varie également, elle peut être fixe ou représenter un pourcentage du CA.

## 8 Évolution actuelle des groupements

Aujourd'hui, la tendance est à la restructuration en réseaux de pharmaciens indépendants, en enseignes, voire en chaînes (ouvertes en partie à des non pharmaciens).

On semble ainsi discerner quelques grandes directives d'évolutions pour les groupements.

### 8.1 Ceux qui s'orientent vers un système de franchise

Ils font preuve d'une véritable politique d'enseigne. Certains y voient un bon moyen de former une identité forte et indépendante constituée uniquement d'officinaux, l'objectif étant de contrer l'entrée probable des grossistes, des laboratoires et/ou des financiers extérieurs dans le capital officinal.

**=> Quel est l'intérêt de fonctionner comme une franchise ?**

Les groupements ont compris qu'il était important de mettre en avant une démarche orientée client (et non médicament).

Plusieurs d'entre eux ont anticipé ce mouvement et décidé de franchir le pas en s'engageant dans la constitution d'une enseigne de pharmaciens indépendants mettant en avant la prévention, le suivi thérapeutique, la communication scientifique avec les patients...

Bref, les pharmaciens veulent mettre au cœur de l'exercice officinal une qualité de service, qui sera apportée aux clients et aux patients afin de les fidéliser, voire de les conquérir.

Cette démarche est facilitée par le biais d'une franchise. Celle-ci apporte aux franchisés son expérience en matière d'assurance qualité, de logistique, ainsi que tous les éléments de fidélisation du client.

## **8.2 Ceux qui misent sur le respect de l'indépendance du pharmacien d'officine**

Entre les pharmaciens qui adhèrent déjà aux structures existantes et ceux qui leur préfèrent les regroupements plus informels, on pourrait penser qu'il ne reste à priori plus de place pour de nouveaux groupements.

Erreur ! Depuis un à deux ans, de nouveaux acteurs se sont lancés. Et ils ont réussi à entraîner derrière eux plusieurs centaines de confrères chacun.

### **a) Les nouveaux groupements**

Alors que certains groupements cherchent à fusionner, d'autres se créent. Ils se nomment Direct Labo, Europharmacie, ou encore Pharmalibre.... Et pour séduire ils misent souvent sur la carte de la gratuité.

Mais ce sont leurs discours sur l'indépendance du pharmacien qui semblent faire la différence, à l'exemple de Pharmedel. Ce groupement est une centrale de référencement et comptabilise 250 adhérents (uniquement des grosses officines au chiffre d'affaires supérieur à 1.7 million). Créé en 2001, il mise justement sur une alternative aux enseignes, conjuguant l'indépendance préservée du pharmacien à une politique commerciale dynamique et concurrentielle.

(15)

#### - Le Club Europharmacie.

Né en mars 2002, ce groupement est ouvert aux membres des groupements informels, aux pharmaciens indépendants, groupés ou non, qui ne veulent pas appartenir à une bannière. "Selon une étude de Dasfa, le nombre des officinaux intéressés par les chaînes intégrées n'est que de l'ordre de 1500 aujourd'hui et de 3000 dans les cinq années à venir", indique Olivier Madelrieux, son responsable. L'inscription est gratuite, et en novembre 2002, Europharma déclarait compter 680 adhérents.

#### - Pharmalibre.

Autre groupement faisant également ses premiers pas ; Pharmalibre pour qui la liberté du pharmacien est également une valeur forte. En novembre 2002, plus de 200 pharmaciens avaient rejoint cette structure (dont 65% de non groupés auparavant).

Sa philosophie : une liberté totale et sans contrainte dans le choix des services proposés, parmi lesquels une plate-forme d'achats dépositaire, une centrale grossiste-répartiteur, des formations à la carte, une centrale de MAD.....

Pharmalibre souhaite également apporter à ses adhérents nombre de réponses à des questions d'ordre juridique. En novembre 2002, il comptait 224 adhérents, dont 80 % de pharmaciens non groupés auparavant.

Ainsi, en faisant un tour d'horizon de ces nouveaux groupements, on constate qu'en à peine deux ans, ils ont réussi à peser près de 10 % de la population officinale. Une belle performance qui, de plus, ne s'est pas réalisée sur le dos de structures déjà existantes mais plutôt en séduisant des pharmaciens jusque là réfractaires aux regroupements.

### **8.3 Ceux qui ambitionnent de devenir des chaînes de pharmacies**

Très peu de groupements affichent ouvertement leurs prétentions à vouloir devenir des chaînes.

Devançant les textes législatifs, le groupement Pharmaréférence annonçait dès 1999 son intention de constituer une chaîne de pharmacies en France (16). Lucien Bennatan, son président, estimait à l'époque que les chaînes "pourraient voir le jour d'ici 2 ou 3 ans". Il admit même à l'époque que des négociations étaient en cours avec l'assureur AXA pour établir un partenariat garantissant aux officines du groupement le monopole de certaines actions de prévention et de maintien à domicile. Bref, de l'ultra-libéralisme à l'américaine..., mais qui semble séduire puisque le nombre d'adhérents à ce groupement connaît actuellement une croissance fulgurante.

D'autres groupements affichent clairement leur tendance à vouloir injecter des capitaux dans leurs officines adhérentes afin de mieux les contrôler.

Forum santé posséderait des parts de SEL de pharmacies depuis janvier 2004. Plus Pharmacie montre assez clairement sa politique de chaîne.

## **9 Conclusion sur les groupements**

### **9.1 L'offre des groupements arrive à maturité**

Que de chemin parcouru entre l'offre des premiers groupements et celle d'aujourd'hui.

Il y a cinq ans, Guillaume André proposait dans sa thèse un nouveau type de groupements faisant office d'alternative aux chaînes de pharmacies. Le concept, baptisé la "French Touch" présentait les caractéristiques auxquelles devait répondre un groupement afin de pérenniser la profession du pharmacien sans risque pour l'officiel de perdre son indépendance.

Le groupement *French Touch* devait positionner sa stratégie en considérant le pharmacien autant comme un acteur de santé que comme un commerçant. (17)

Aujourd'hui, beaucoup groupements nationaux répondent à ce double impératif. Les offres ne se limitent plus à des remises commerciales accordées aux adhérents. Un groupement fort apparaît comme une entité capable d'offrir au pharmacien les moyens de se développer **ET** de faire connaître son côté praticien de santé.

Le pharmacien désireux de faire partie d'un groupement ne doit plus seulement adhérer à la structure en payant sa cotisation pour bénéficier des remises commerciales, il doit en plus adhérer à la politique et à la stratégie globales de son groupement.

Cependant, l'offre générale des groupements, **dans le contexte législatif actuel**, semble arriver à maturité. Tous proposent plus ou moins les mêmes idées, si bien que l'environnement devient concurrentiel entre groupements. Cette concurrence va conditionner la démarche qu'ils adopteront demain.

## 9.2 Vers un positionnement et une différenciation de l'offre

### a) La démarche actuelle des groupements

Les groupements en sont actuellement à adopter des **positionnements** différents. Nous l'avons vu, certains se tournent vers la politique d'enseigne, d'autres ne veulent pas toucher à l'indépendance du pharmacien alors que d'autres encore voudraient former des chaînes.

### b) La démarche de demain

A mon sens la prochaine démarche d'un groupement va consister à **communiquer** et à faire connaître son positionnement aux yeux du grand public. (Finalement pour le moment, seul PlusPharmacie le fait de façon officielle).

La suite consistera à accroître la **différenciation de l'offre** entre groupements ayant officiellement le même positionnement : chaque structure va construire un ensemble de différences caractérisant son produit. Aujourd'hui toutes les offres peuvent apparaître similaires aux yeux du public ; pour le commun des mortels, quelle différence y a-t-il entre une officine de tel ou tel groupement ? Même le pharmacien s'y perd...

La pharmacie d'officine en temps qu'activité spécialisée, présente des occasions de se différencier à la fois nombreuses et substantielles.

Elles porteront sur :

- Les produits propres au groupement .

Ils commencent déjà à apparaître, mais ce sont encore des produits dilemmes.

- Les services propres au groupement.

Imaginons un groupement spécialiste de la phytothérapie, demain quand j'entrerai dans une officine aux couleurs de ce groupement, je saurai que je pourrai demander un conseil en phytothérapie.

- Les points de vente du groupement.

Que vous soyez pharmacien de village ou pharmacien au terminal de l'aéroport Charles De Gaulle, vos attentes ne sont pas les mêmes ; n'ayons pas peur de dire que vous ne faites pas le même métier. Pourquoi ne pas imaginer un groupement spécialiste des officines de campagne, un autre spécialisé dans les officines de centres commerciaux ou de centre ville...

- L'image du groupement.

Demain le pharmacien devra correspondre à l'image de son groupement et savoir en transmettre les valeurs. On peut aisément imaginer une sélection des adhérents par le groupement qui, de ce fait deviendrait un véritable franchiseur.

### 9.3 Vers une démarche personnalisée de l'échange avec l'adhérent

Le groupement du futur sera constitué d'une enseigne et exigera de ses adhérents beaucoup plus qu'une simple adhésion.

Après avoir personnalisé son offre, tant aux yeux du public que du pharmacien, le groupement va également personnaliser sa démarche d'échange avec son adhérent.

La gestion des rapports du pharmacien à son groupement pourra se faire sous deux optiques marketing différentes : une optique de négoce ou une optique d'échange (souvent appelée "trade marketing").

**Tableau 7 : Principales caractéristiques du trade marketing et du marketing de négoce**

<b><i>Marketing de négoce</i></b>	<b><i>Trade Marketing</i></b>
- Centré sur la transaction	- Centré sur la relation
- Centré sur la marque	- Centré sur le client et ses besoins
- Centré sur le produit	- Centré sur la catégorie de produits
- Privilégie prix et négociation	- Privilégie la qualité de service
- Cherche à transférer les coûts	- Réduit ses coûts par sa valeur ajoutée
- Cherche le profit à court terme	- Profitable à long terme
- Mentalité d'adversaire	- Mentalité de partenaire
- Rapports standardisés	- Rapports personnalisés

(source : *Marketing et management, Kotler Dubois Manceau, 11 ème édition, Pearson éducation*)

Actuellement les groupements en sont à adopter doucement chacune de ces démarches. A mon sens ils afficheront bientôt clairement leurs positions respectives...

Le marketing de négoce est typique du fonctionnement du commerce intégré, tandis que le trade marketing adhère plus à l'esprit du commerce associé.

L'adoption de l'une ou l'autre de ces démarches conduira vers le développement d'autres circuits de distribution : franchise ou chaîne, chaque groupement en décidera...

**Troisième partie L'AVENIR COMMERCIAL DE LA  
PHARMACIE D'OFFICINE**

## ***I Les forces concurrentielles***

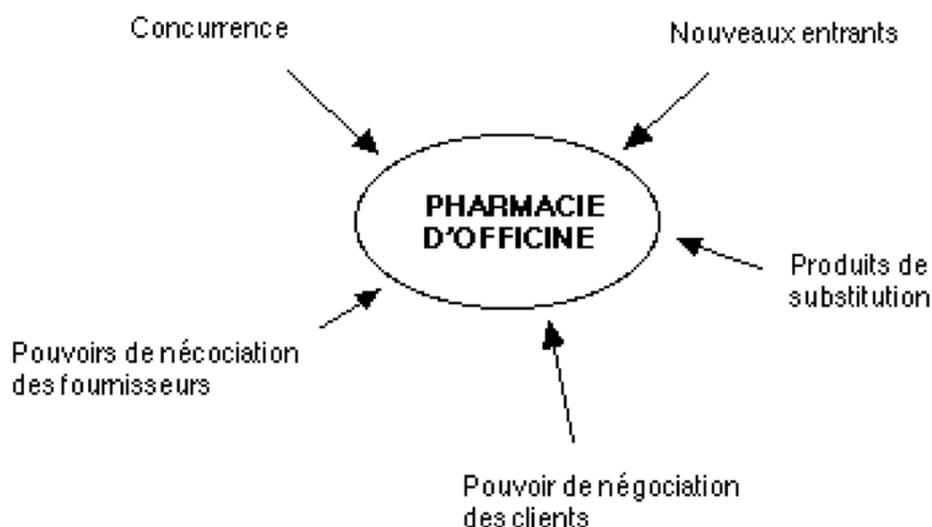
L'évolution de la pharmacie d'officine ne se fait pas de façon innée, elle n'est que la conséquence des changements d'un contexte dans lequel elle évolue.

Anticiper les changements nécessite donc d'abord d'identifier tous les facteurs susceptibles d'influencer le fonctionnement du système pharmaceutique français.

Michael PORTER a identifié cinq forces qui, collectivement, définissent l'attrait à long terme d'un marché. Elles correspondent chacune à une opportunité d'évolution particulière pour la structure en place. (18)

On étudiera ainsi les conséquences :

- de l'intensité de la concurrence (1),
- liées à l'arrivée de nouveaux entrants (2),
- de l'apparition éventuelle de produits de substitution (3),
- du pouvoir de négociation des clients (4),
- de l'influence des fournisseurs (5).



**Graphique 9 : les forces concurrentielles appliquées à la pharmacie d'officine**

### **1 La concurrence**

Un marché n'est guère attractif s'il est déjà investi par un grand nombre de concurrents puissants et agressifs. La situation est encore plus délicate lorsque ce marché est stagnant ou en

déclin, ses capacités de production excédentaires, ses coûts fixes élevés et les barrières à la sortie importantes. De telles conditions conduisent fréquemment à des guerres de prix, des surenchères publicitaires et des lancements de produits répétés et coûteux.

Nous allons donc ici tenter de répondre à la question suivante : la concurrence existe-t-elle en pharmacie d'officine ?

Pour cela, nous allons tout d'abord présenter la façon dont les officines sont réparties avant de regarder plus en détail ce qu'il en est au sein de chaque domaine stratégique d'activité.

## 1.1 L'implantation des officines est régulée

(1) (19)

L'ouverture d'une nouvelle officine, ou le transfert d'une pharmacie sont soumis à l'obtention d'une licence délivrée par le commissaire de la république qui fixera l'endroit où l'officine sera exploitée (*article L5125-4 du CSP*). Cette réglementation existe pour protéger la profession et le public. Concrètement on cherche à établir un réseau équilibré, cohérent et permettant une qualité de service pour la population.

De plus, la répartition des officines de France tombe sous le coup de la loi dite de "Couverture Maladie Universelle" dont les décrets d'application ont été publiés au Journal officiel du 23 mars 2000.

Par cette loi, les demandes de regroupement et de transfert d'officines bénéficient d'une priorité par rapport aux demandes de création (*article L5125-5 du CSP*).

=> On favorise donc les regroupements et les transferts d'officines au détriment des créations.

De plus, la présence d'une officine obéit à des quotas de population. Ces quotas ont été revus à la hausse.

***Tableau 8 : Les quotas de population obligatoire pour créer une officine***

<b>Quotas par type de ville</b>	<b>AVANT</b>	<b>AUJOURD'HUI</b>
Moins de 2000 habitants	1 officine pour 2000 habitants	Pas de création possible
De 2500 à 30000 habitants	1 officine pour 2500 habitants	1 officine pour 2500 habitants
Plus de 30000 habitants	1 officine pour 3000 habitants	1 officine pour 3000 habitants

(Source : CSP article L5125-11)

=> On favorise aujourd'hui la création de "grosses officines" capables de répondre aux besoins d'une zone de chalandise plus étendue.

Enfin, jusqu'à cette loi de 1999, il existait en France deux voies pour la création d'officine : la voie dite normale et une voie dérogatoire (permettant une adaptation aux besoins de la population, par exemple pour les endroits touristiques à fonctionnement saisonnier). Aujourd'hui il ne subsiste plus que la voie normale. La tendance à la création de "grosses" officines se confirme donc.

## **1.2 La concurrence au sein des domaines stratégiques d'activité**

On l'aura compris, il est impossible de monter une officine en face d'un concurrent, ce qui fait que la concurrence entre pharmacies, du moins en ce qui concerne le médicament, sera en pratique assez limitée.

### **a) Sur les médicaments remboursables**

Il ne devrait en théorie pas y avoir (ou presque) de concurrence. En effet, chaque officine est censée détenir une zone de chalandise "propre" et les prix sont fixés réglementairement. On rencontrera éventuellement des rivalités quant à l'obtention de certains marchés (par exemple concernant l'approvisionnement des maisons de retraites...).

En France, la concurrence sur les médicaments est donc à écarter et nous le devons à notre monopole. Cependant, dans les pays ayant perdu ce monopole, l'officine a de nombreux concurrents : vendeurs par correspondance, grandes surfaces...

### **b) Sur les produits de médication familiale**

Sauf démarche de guerre des prix on ne rencontre pas de véritable concurrence.

L'officinal n'est pas un marchand de tapis, une personne rentrant dans une pharmacie pour un rhume n'a généralement pas idée de faire jouer la concurrence pour négocier son traitement...

Toutefois lorsqu'elle existe, la concurrence portera sur des produits onéreux tels que les substituts nicotiniques.

Toutefois, au sein de certaines régions, les officinaux se livrent une concurrence réelle sur les produits OTC qu'ils n'hésitent pas à vendre avec des marges substantielles. Le phénomène reste cependant assez marginalisé et semble exister surtout dans le sud de la France, notamment dans la région de Montpellier.

### **c) Sur les produits de parapharmacie et les secteurs spécifiques**

La situation est différente et la concurrence existe réellement. Elle pourra se faire de deux manières ; certains se mettront en concurrence par les prix tandis que d'autres choisiront de se différencier en développant des marques ou des secteurs particuliers.

## **- La concurrence par les prix**

Ces produits ne relèvent pas du monopole pharmaceutique et leur prix est librement fixé. La concurrence se fera donc aussi bien entre pharmacies qu'avec les grandes et moyennes surfaces. On assiste ici à la naissance d'une tendance à casser les prix. (20)

On rencontre ainsi des casseurs de prix par conviction à la base de ce phénomène. Plus que pour lutter contre la concurrence, c'est leur idée de la pharmacie qu'ils ont appliquée. Bien souvent on n'hésite pas à appliquer de très faibles marges pour partie compensées par de gros volumes de ventes. Là encore la tendance semble avoir débuté dans la région de Montpellier il y a une vingtaine d'années. Aujourd'hui on y rencontre des officines qui réalisent jusqu'à 45 % de leur CA en parapharmacie.

Suite à cette démarche, certains pharmaciens se sont vus contraints de casser leurs prix par obligation en réponse à leur environnement. Effectivement lorsqu'on est installé en face d'un Monoprix avec un espace parapharmacie dès l'entrée du magasin, même si on mise sur la valeur ajoutée d'un conseil pharmaceutique, il devient obligatoire de faire du discount sur certains articles. De plus, si votre confrère le plus proche applique lui aussi une démarche agressive en termes de prix, vous êtes obligé de vous aligner...

### **=> Conséquences de cette mise en concurrence par les prix**

Cette concurrence par les prix risque d'avoir des effets néfastes sur la pharmacie d'officine. C'est une démarche allant entièrement à l'encontre de l'image de commerce spécialisé dont bénéficie la profession.

Lorsque l'on voit certaines officines qui ressemblent à des bazars, avec des étiquettes fluorescentes en nombre, faisant de la promotion pour des manteaux pour chiens, on peut se demander où est passé l'aspect spécialisé du commerce. Tout cela ne fait que discréditer l'image du pharmacien aux yeux du grand public.

A mon sens, un pharmacien doit sans complexe pouvoir justifier de tarifs plus élevés qu'en GMS. Effectivement, la qualité de service a un coût, donc un prix.

## **- La concurrence par les gammes, les secteurs... et les services**

En parapharmacie on considérera que cinq marques sont quasi systématiquement vendues en officine : Avene, La Roche Posay, Vichy, Ducray et Roc.

On trouve ensuite des marques plus "spécifiques" : Biotherm, Darphin, Nuxe, Lierac ou encore Caudalie.

Libre au titulaire de réaliser des arbitrages suivant la rentabilité au sein de sa zone de chalandise et suivant ses désirs.

Le pharmacien peut aussi se différencier de ses concurrents en se spécialisant dans des marchés en pleine expansion : phytothérapie, aromathérapie, compléments alimentaires, ou encore....en choisissant tout simplement de se spécialiser davantage dans le médicament (les réseaux d'oncologie en ville se développent et le pharmacien a son rôle à jouer).

Enfin, il existe un autre facteur de concurrence dont on parle peu : les services. Une large palette de services de qualité permet bien souvent à une officine de se distinguer. Un client ira dans telle officine car elle propose un service de livraison à domicile ou dans telle autre car le titulaire se plaît à identifier les champignons... Bien que le retour sur investissement en termes de service soit difficilement mesurable, son intérêt n'est plus à démontrer.

Aujourd'hui, les clients des officines françaises sont habitués à la qualité de service que l'on y trouve, peut être même un peu trop... Il n'est pas rare qu'ils ne comprennent pas qu'un produit ne soit pas immédiatement disponible alors qu'ils acceptent sans discuter des délais de livraison autrement plus longs chez des commerçants ordinaires.

### **=> Conséquences d'une concurrence par gamme, secteur ou service**

A mon sens une telle concurrence est beaucoup plus déontologique qu'une concurrence par les prix. En s'investissant dans un domaine ou une gamme particulière, le pharmacien se donne les moyens de se légitimer au-delà du médicament et donc de renforcer son image de commerce spécialisé.

Appliquer des prix d'appel sur des produits est une démarche de commerçant ordinaire.

Attirer des clients par une qualité de service et des connaissances spécifiques est une démarche digne d'un professionnel de santé.

Libre au titulaire de choisir ce qui lui convient le mieux...

=> Pour finir, on retiendra que la pharmacie d'officine bénéficie d'un environnement concurrentiel extrêmement propice à sa croissance : une implantation régulée et de multiples occasions de se différencier devrait lui permettre d'envisager sereinement son avenir.

## 2 Les opportunités pour les nouveaux entrants

Si les barrières à l'entrée sont faibles, le marché perd beaucoup de son attrait puisqu'il peut être pénétré à tout moment par des concurrents puissants. Un marché est d'autant plus attractif qu'il est protégé par des brevets (les médicaments ne sont pas des biens de consommation ordinaires), que l'accès à ses produits est privilégié (il est nécessaire d'être docteur en Pharmacie pour détenir une officine) ou qu'il nécessite de lourds investissements. La pharmacie d'officine semble donc être un domaine attrayant puisqu'a priori bien protégé.

Afin de comprendre les opportunités qui s'offrent aux nouveaux entrants dans le cadre officinal français, nous allons présenter les moyens humains (2.1), matériaux (2.2) et financiers (2.3) dont dispose la profession.

On tentera ainsi de répondre à la question suivante : la démographie actuelle de la profession est-elle un facteur d'évolution ?

### 2.1 Analyse des moyens humains de la profession

#### *2.1.1 Combien y a-t-il de pharmaciens ?* (21)

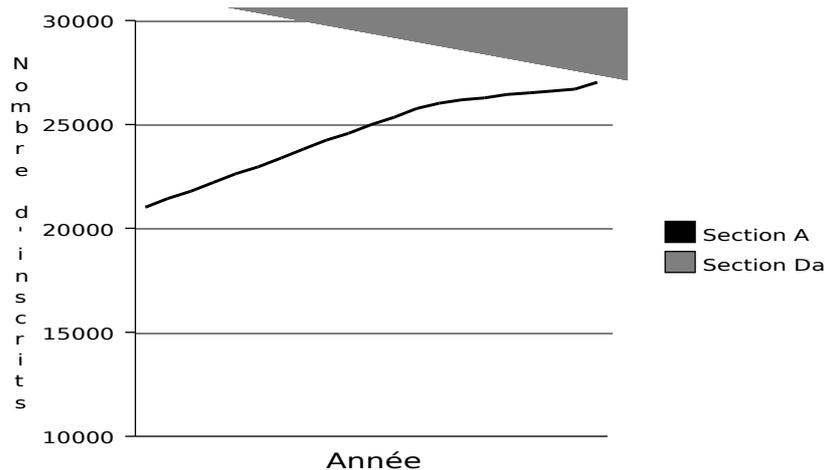
Au 1er janvier 2004, 68 974 pharmaciens étaient inscrits à l'Ordre. Le nombre de titulaires se chiffre à 27 817 (soit près de 40 % de l'effectif total).

31 797 diplômés en pharmacie sont salariés tous secteurs confondus (soit 45,3 % de l'effectif total). On dénombre 20887 adjoints en officine.

#### *2.1.2 Évolution des inscriptions à l'Ordre*

Le nombre de pharmaciens adjoints d'officine (section Da) augmente beaucoup plus vite que celui des titulaires (section A). Ainsi, on dénombre aujourd'hui presque autant de pharmaciens salariés que de diplômés propriétaires de leur outil de travail.

Tout cela se matérialise sur le graphique suivant.



**Graphique 10 : Évolution démographique de 1980 à 2000**

(Source : Conseil de l'Ordre)

Voici le bilan des nouvelles inscriptions à l'Ordre au 1<sup>er</sup> janvier 2004. On dénombre environ 5 nouveaux pharmaciens adjoints (section D) pour un nouveau titulaire (section A)

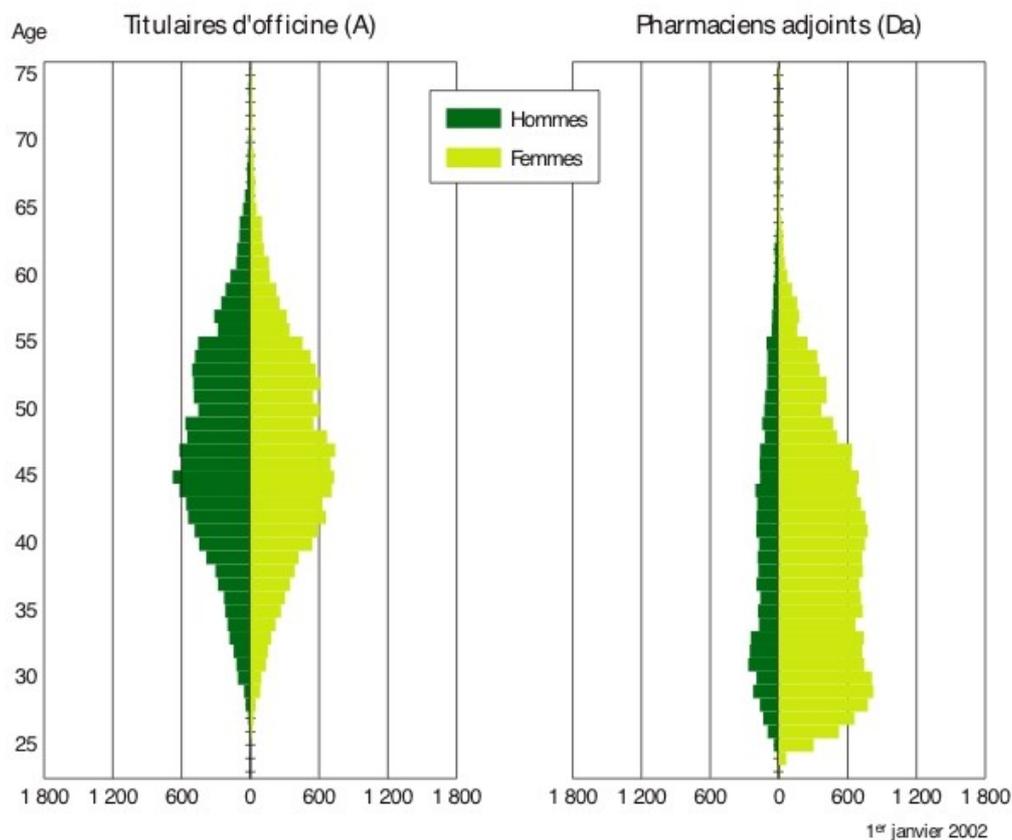
**Tableau 9 : Bilan des nouvelles inscriptions à l'Ordre au 1<sup>er</sup> janvier 2004**

Section	A	B	C	D	E	G
Sur un an	<b>+ 144</b>	+ 20	+ 16	<b>+ 784</b>	+ 94	- 46
En %	+ 0,52	+ 2,02	+ 4,38	+ 2,53	+ 7,73	- 0,58
Total	27817	1009	381	31797	1310	7841

### ***2.1.3 Tous les secteurs se féminisent***

Les femmes continuent leur progression. En 2004 elles représentent 64,70 % de la profession. Elles sont majoritaires parmi les titulaires (53,60 %), les adjoints en officine (79,26 %) et les hospitaliers (76 %). (21)

Cette féminisation se matérialise sur les pyramides de répartition par sexe et par âge des adjoints d'officine et des titulaires.



***Graphique 11 : Pyramides des âges des titulaires et des adjoints***

*(Source : Conseil de l'Ordre, Mai 2002, la démographie pharmaceutique, étude prospective sur 20 ans)*

Alors que la pyramide des âges des titulaires d'officine fait preuve d'une répartition par classe d'âge harmonieuse, celle des pharmaciens adjoints est toute autre. En effet, on note une forte concentration dans les classes d'âges correspondant à la première moitié de la vie professionnelle. C'est encore plus net s'agissant des pharmaciens adjoints femmes.

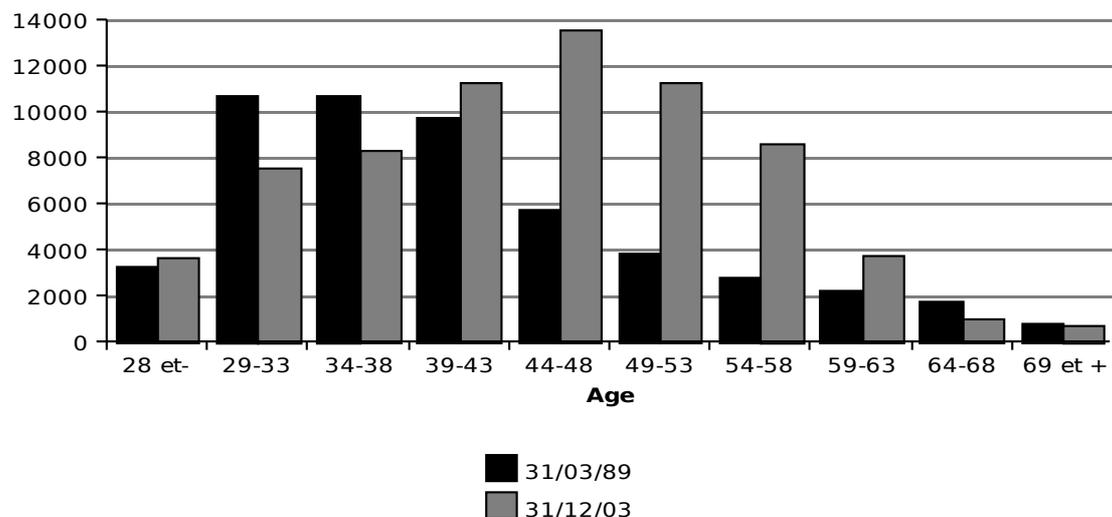
Cela traduit différents phénomènes propres à l'exercice du métier. Notamment, les jeunes femmes pharmaciens adjoints ont la quasi-exclusivité de l'exercice à temps partiel.

Cela montre aussi la vocation des pharmaciens adjoints, lorsque leur carrière s'avance, de se diriger vers une autre activité (souvent un rachat d'officine).

### ***2.1.4 Le vieillissement des titulaires s'accroît***

En 1989, la tranche des 29-43 ans était la plus importante. En 2003, les 39-53 ans dominent.

On prend pleinement conscience de ce phénomène en superposant les effectifs des titulaires par classes d'âges à deux dates différentes.



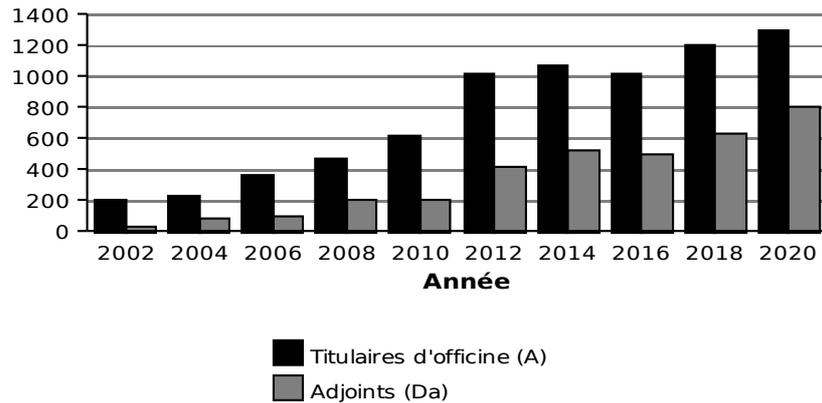
**Graphique 12 : Effectif des titulaires par tranche d'âges**

(Source : statistiques de l'Ordre au 1<sup>er</sup> janvier 2004)

### **2.1.5 Il devient urgent d'anticiper les futurs départs en retraite (22)**

Nous venons de voir que la population officinale se faisait vieillissante. Pour l'instant, les départs en retraite sont absorbés mais la profession connaîtra probablement une pénurie dans les 15-20 ans à venir : la génération "baby-boom" partira en retraite.

Les départs en retraite se feront donc de plus en plus nombreux comme en témoigne le graphique suivant (construit sur une base de départ en retraite à 65 ans).



**Graphique 13 : Prédiction des départs en retraite**

(Source : Conseil de l'Ordre, Mai 2002, la démographie pharmaceutique, étude prospective sur 20 ans)

Selon Jean Parrot, président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, "Le nombre de titulaires bientôt à la retraite nécessite de remodeler l'organisation des entreprises et le maillage du réseau officinal". (23)

L'Ordre a donc renouvelé une demande d'augmentation du *numerus clausus* (quota fixant le nombre d'admis en fin de première année d'études) à 3 000, au lieu des 2 600 actuels (en 2004), en prévision des départs à la retraite.

Le Ministère de l'Éducation nationale a récemment fixé le quota à 2800 admis en 2005. (24)

=> Cette présentation synthétique des moyens humains dont dispose la profession permet de comprendre que les nouveaux entrants sur le marché du travail auront théoriquement de bonnes opportunités de trouver un emploi. C'est d'ailleurs déjà le cas. Une étude réalisée en 1995 par l'Observatoire Universitaire de la région Rhône Alpes a montré que 84 % des étudiants issus de la filière Officine accèdent en moins d'un mois à leur premier emploi. (25)

## 2.2 Analyse des moyens matériels dont dispose la profession

### 2.2.1 La densité des officines (21)

Au premier janvier 2004, on dénombrait 23 281 pharmacies d'officine.

Aujourd'hui, si le nombre de pharmaciens augmente légèrement, le nombre d'officines diminue pour la deuxième année consécutive. Il y a eu en 2003 plus de fermetures (59) que de créations (28).

En métropole, la densité moyenne s'établit à 38 pharmacies pour 100 000 habitants (comme en témoigne le graphique suivant), soit 1 pharmacie pour 2 615 habitants et 1 pharmacien d'officine (titulaire et adjoint) pour 1 158 habitants.

Le Limousin (49,7 officines pour 100 000 habitants) détient le record à cause d'une dépopulation assez marquée.

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (non compressé)  
sont requis pour visionner cette image.

#### **Graphique 14 : Densité des officines (en nombre pour 100 000 habitants)**

*(Recensement de 1999, estimation INSEE au 1<sup>er</sup> janvier 2002)*

Cette densité en officines est l'une des plus élevées d'Europe. On dénombre une pharmacie pour 3800 habitants en Allemagne, une pour 4700 au Royaume-Uni, une pour 3700 en Italie, mais une pour 2100 habitants en Espagne.

Le réseau français semble même beaucoup trop dense. Notre ancien Ministre de la Santé Mr Mattei n'affichait-il pas clairement son ambition de réduire de 4000 le nombre d'officines ?

### **2.3 Analyse des moyens financiers dont dispose la profession**

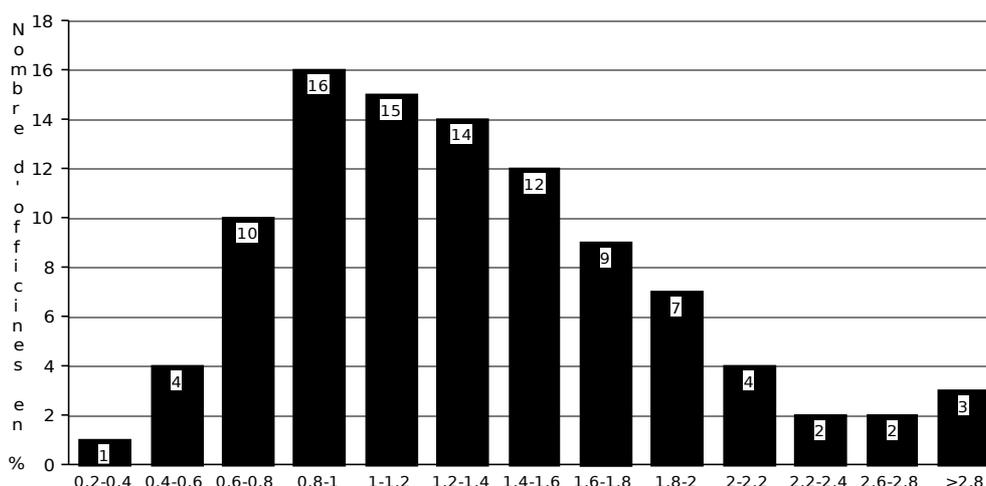
## a) Les principaux indicateurs

**Tableau 10 : Les ratios financiers de l'officine pour l'année 2002**

Chiffre d'affaires HT	1 107 800 €
Marge brute	29,1 %
Charges de personnel	9,5 %
Excédent Brut d'Exploitation	12,1 %
Résultat courant	113 000 €
Rotation des stocks	41 jours d'achats HT
Crédit clients	10 jours de CA TTC
Crédit fournisseur	39 jours d'achats TTC
BFR	9 jours de CA TTC

(Source : Fédération des Centres de Gestion Agréés. Étude sur 1496 officines)

La répartition des officines selon leur chiffre d'affaires prend l'allure d'une courbe gaussienne.



**Graphique 15 : Répartition des officines selon leur CA HT en M€**

(Pharmacien de France N° 9, Novembre 2004)

## b) Évolution économique de l'officine (26)

### - Évolution des chiffres d'affaires

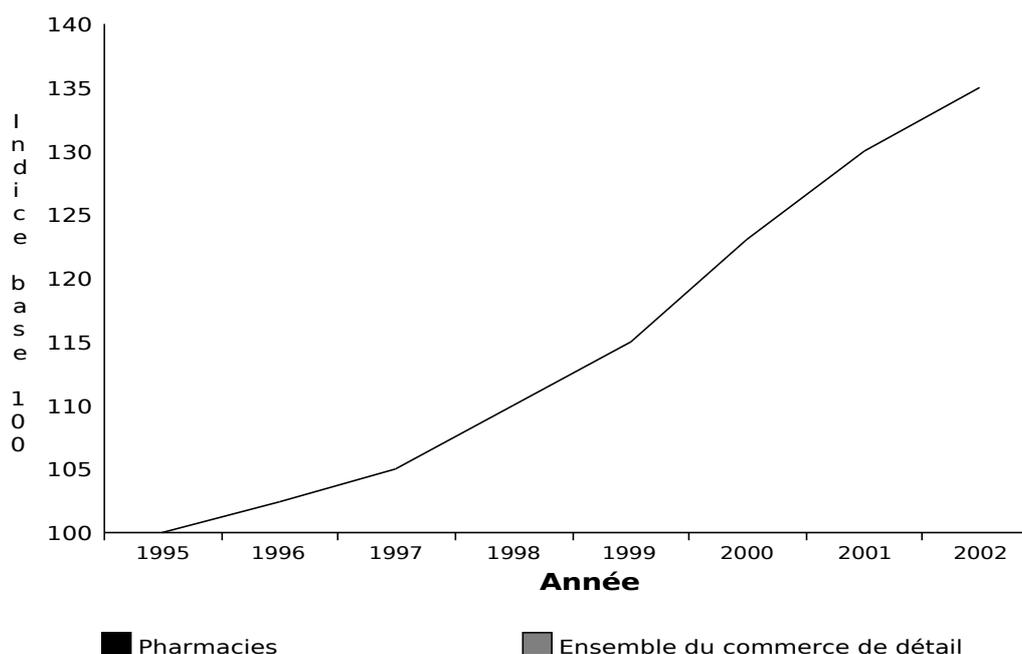
Une première constatation s'impose, l'activité des pharmacies suit les dépenses de santé. Effectivement, dans un pays qui détient le record européen de consommation de médicaments, il n'est pas étonnant de voir le chiffre d'affaires des officines augmenter.

**Tableau 11 : Valeurs moyennes d'une ordonnance en France**

Lignes / ordonnance	2,91
Unités / ligne	1,61
Unités / ordonnance	4,72
Panier moyen	46,02 €
Prix moyen de la spécialité	9,74 €

(Source : enquête Pharmastat août 2004, citée dans *Le Pharmacien de France* n°9, Novembre 2004)

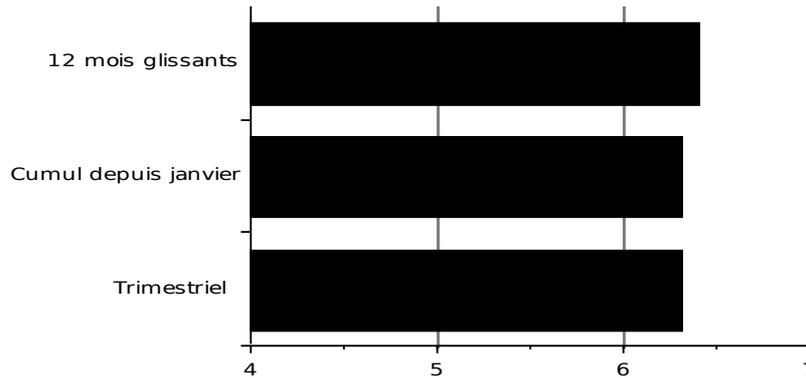
Selon une étude de l'INSEE, l'activité des officines françaises s'est ainsi accrue de 4,4 % par an en moyenne entre 1995 et 2002 contre 3 % pour l'ensemble du commerce de détail, c'est à dire une surperformance comme en témoigne le graphique suivant.



**Graphique 16 : CA TTC comparatifs à prix constants**

(Source Insee, *Comptes du commerce*)

Sur l'année 2004, la tendance à la surperformance se confirme et l'augmentation des chiffres d'affaires de la pharmacie d'officine tourne en moyenne à 6 % comme en témoigne l'histogramme suivant.



**Graphique 17: Mars 2004, évolution des CA en %**  
(Source FCGA)

On soulignera tout de même que le chiffre d'affaires des pharmaciens dépend étroitement des mesures prises par l'Etat pour la maîtrise des dépenses de santé. L'INSEE constate ainsi que l'activité a été freinée dans les années 1990 par des plans successifs (plan BIANCO en 1991, introduction des références médicales opposables en 1994, plan JUPPE en 1996). Depuis la période est plus profitable aux officines dont la croissance du chiffre d'affaires a atteint 5,6 % en moyenne entre 1997 et 2002. Et le déremboursement total de 82 médicaments, décidé en 2002 ne devrait guère peser sur les ventes.

### **- Évolution de la marge brute globale**

La tendance est aussi à l'amélioration des marges commerciales, très encadrées par les pouvoirs publics. Selon le système de la "dégressivité lissée", plus le prix du produit est élevé, plus le taux de marge diminue. En 1999, le système à 6 taux a été remplacé par un système à 3 taux plus avantageux pour les pharmaciens. Les marges en euros ont ainsi progressé de 4,3 % par an en moyenne depuis cinq ans (les officinaux bénéficiant de marges arrières sur les génériques).

Les pharmaciens font toutefois remarquer que cette embellie survient après des années de vaches maigres et qu'elle récompense leurs efforts pour favoriser l'essor des médicaments génériques. Effectivement, cette augmentation de marge est bien souvent "artificielle" : pour compenser les baisses de marges régulières sur les médicaments princeps, les pharmaciens se sont investis dans la vente de génériques aux marges plus élevées de même qu'ils ont souvent cherché à développer leur rayon de parapharmacie, domaine à forte valeur ajoutée.

Enfin, la marge brute moyenne des officines se situe aujourd'hui aux alentours de 29 %.

### **c) Évolution du prix des officines**

Le prix moyen de rachat d'une officine était en 2002 de 1 million d'euros, et il passe en 2003 à 1,03 millions soit une croissance de 3% comparable à l'inflation.

A noter que ce prix moyen était de 650 000 € en 1997.

Il semble bien que les "petites officines" (prix inférieur à 600K €) se vendent de moins en moins cher, et de même pour les officines se situant dans les prix de 600K€ à 1000K € .

L'objectif légitime d'un grand nombre d'étudiants est bien entendu d'accéder à la propriété de son futur outil de travail. Nous avons compris qu'une officine génère des flux financiers importants ; devenir titulaire n'est donc pas une démarche facilement accessible. A ce stade de notre étude, il semble important d'apporter quelques éclaircissements sur ce point.

Tout d'abord, signalons qu'une officine se négocie en général entre 80 et 100 % de son CA TTC (prix de vente moyen en 2003 = 86 % du CA selon la FCGA).

Il faut ajouter à cela les frais de cession (soit environ 10 % du prix de vente) comprenant les impôts, la commission de l'agence qui vend la pharmacie (si toutefois on passe par une agence) et le stock , soit une dépense totale d'au moins 100 % du CA.

Il faut généralement disposer de 15 à 20 % d'apport personnel et le reste de la somme est empruntée, généralement sur 12 ans par le biais de divers types de crédits.

L'apport personnel constitue le principal frein à l'accès à la propriété...

#### **d) Évolution du salaire des titulaires (27)**

Sujet souvent obscur pour ne pas dire tabou, très rares sont les titulaires à afficher ouvertement leur salaire. En revanche, tous ou presque vous diront que l'heure de gloire de la pharmacie est passée. Tendance générale pessimiste ? Qu'en est-il exactement ?

L'Excédent Brut d'Exploitation moyen d'une officine tourne autour de 12 %. C'est à partir de cet EBE que le pharmacien prélève son salaire. En moyenne le revenu annuel brut des titulaires avant impôt était estimé à 120 000 € en 2001. Les revenus augmentent du sud vers le nord de la France où la densité en officines est plus faible : un titulaire perçoit 110 000 € en moyenne en Aquitaine et Provence Alpes Côte d'Azur, contre plus de 140 000 € en Alsace ou Picardie.

Les disparités sont très fortes entre officines : parmi les pharmaciens dont l'entreprise est individuelle, un quart d'entre eux gagnent moins de 78 000 € par an et un quart plus de 167 000 €. (nous parlons toujours de salaires bruts).

## 2.4 Conclusion

Pour que l'exercice de la pharmacie d'officine, tel qu'il existe aujourd'hui, soit réellement mis en cause, il faudrait :

- que le monopole de dispensation des médicaments disparaisse, possibilité que nous écarterons,
- ouvrir le capital des pharmacies à des non diplômés. Possibilité beaucoup plus réaliste.

Effectivement, la démographie et la situation économique de la profession nous permettent d'anticiper deux phénomènes :

- soit la bulle spéculative sur le prix des officines éclate par le simple jeu de l'offre supérieure à la demande. Les grosses officines se vendront toujours bien, en revanche celles dont la rentabilité est faible ou alors situées dans des zones de chalandise peu attrayantes sont et resteront invendables. Ce phénomène prend place aujourd'hui : certains titulaires sont tellement effrayés à l'idée de ne pas vendre leur outil de travail qu'ils proposent tout simplement une suppression du *numerus clausus* en fin de première année d'études. (28)

- soit le capital des pharmacies s'ouvre à des non diplômés afin de pérenniser la croissance des capitaux traités. Cela semblerait logique puisque les flux financiers gérés par une officine vont continuer leur ascension dans les prochaines années.

Cela permettrait la création de chaînes de pharmacies. L'officine est un secteur attrayant, de nombreux investisseurs sont prêts à injecter des capitaux.

Cette idée unanimement rejetée par la profession il y a encore quelques années commence aujourd'hui à s'imposer. Claude Japhet, président de l'UNPF est aujourd'hui convaincu que l'ouverture du capital à des SPFPL assurera l'avenir du réseau officinal français. (29)

### **3 Quels produits et services sont susceptibles de se substituer à la pharmacie d'officine ?**

Un marché est d'autant moins attractif qu'il existe des substituts, actuels ou potentiels. Un produit de substitution induit en effet une limite aux prix et donc aux profits qui peuvent être réalisés.

#### **a) Les produits de substitution**

Concernant le médicament, aucun produit de substitution ne pourra entrer en concurrence. On ne peut pas substituer un médicament par un autre (sauf bien entendu dans le cas des génériques dont la substitution est du ressort exclusif du pharmacien).

En revanche pour les produits de parapharmacie il existe des produits de substitution. Effectivement, toutes les GMS proposent des rayons de parapharmacie. Cependant, les gammes proposées ne sont pas les mêmes qu'en officine.

Pour tous les produits hors monopole, nous retiendrons trois moyens de contrer la substitution :

- Diminuer les prix (grâce aux groupements d'achats...).
- Vendre des produits que le client ne trouvera pas ailleurs.
- Avoir une telle valeur ajoutée (conseil, proximité, accueil...) que le consommateur ne viendra pas seulement en pharmacie pour le produit recherché mais pour une qualité de service globale.

Cette rapide analyse pose donc avec insistance la question du choix des produits à vendre dans une officine.

#### **b) La substitution des services**

Pour le moment en France, on ne peut se procurer des médicaments qu'en officine. Dans les pays ayant perdu le monopole de dispensation, les pouvoirs publics cherchent à atténuer le coût du circuit de distribution du médicament. On voit ainsi fleurir des services de Vente Par Correspondance.

Or, la légalisation de la VPC n'est pas à l'ordre du jour en France.

Au printemps 2004, lors des débats sur la future réforme du système de santé, la question a été abordée. La totalité des partis politiques du pays ainsi que l'ensemble des syndicats ont fait entendre un "non" unanime à cette idée. (30)

Jean-Luc PREEL du groupe UDF (secrétaire national chargé de la santé) insiste sur le fait que "la vente par correspondance coupe tout lien avec un professionnel dont le rôle est majeur au

niveau du conseil, de la vérification des ordonnances et d'éventuelles interactions médicamenteuses néfastes".

De son côté, la FSPF présidée à l'époque par Bernard CAPDEVILLE insiste sur les difficultés de gestion que cela engendrerait ainsi que sur la valeur ajoutée irremplaçable du contact entre le pharmacien et son patient.

Même la CGT (!!) reconnaît qu'une légalisation de la VPC serait "contraire aux principes fondamentaux de la Santé Publique".

D'une manière générale, tous insistent sur la valeur ajoutée de l'acte pharmaceutique.

Cette idée d'une libéralisation du marché du médicament en France semble donc écartée.

## 4 Le pouvoir de négociation des clients

Un marché est moins attractif si ses clients disposent d'un pouvoir de négociation disproportionné. S'ils peuvent forcer les prix à la baisse, exiger une qualité et des services toujours plus accrus, jouer les fabricants les uns contre les autres, la rentabilité du secteur s'en ressent.

Le pouvoir des clients s'accroît lorsque leur nombre décroît, lorsque le produit représente un poids important dans le prix de revient de l'acheteur, lorsqu'il est peu différencié, lorsque le coût de substitution est faible, lorsque la sensibilité au prix est élevée et lorsque les clients peuvent intégrer leurs activités en amont. Le cas échéant, la meilleure stratégie consiste à consolider un avantage concurrentiel autour du produit. (11)

### 4.1 Concernant les médicaments remboursables

Au premier abord, on pourrait croire que l'officine n'a pas à se soucier du pouvoir de négociation de ses clients (ou plutôt patients-consommateurs). Leur nombre va en augmentant et bien souvent, procédure de tiers-payant aidant, ils n'ont aucune idée du coût de leur traitement. On se souviendra de cette phrase désormais mythique de notre ancien ministre de la santé Mr Mattei : "il faut que les gens arrêtent de croire que la santé c'est gratuit"...

Cependant dans près de 80 % des cas une procédure de tiers-payant est mise en place à l'officine. Ainsi, les véritables clients de la pharmacie ne sont pas les consommateurs, mais l'Etat par le biais des divers régimes obligatoires de sécurité sociale ainsi que les divers organismes de mutuelles complémentaires.

Là, le pouvoir de négociation est tout autre puisque c'est en partie l'Etat, par le biais du CEPS qui fixe le prix des médicaments et les marges des acteurs de son circuit de distribution. Toutefois, l'Etat est bien souvent influencé par les firmes pharmaceutiques qui justifient leurs prix élevés par les coûts de recherche et développement colossaux qu'elles ont à supporter. Elles usent souvent du chantage à l'abandon de la recherche en cas de prix insuffisants. Aujourd'hui les pouvoirs publics ont pratiquement abandonné à ces firmes la responsabilité de financer la recherche et le développement en matière de médicament. (31)

Ce choix de société implique que les firmes choisissent les domaines de recherche les plus rentables (le prochain Blockbuster de Sanofi est un médicament traitant l'obésité, marché beaucoup plus prometteur que celui des maladies orphelines).

A mon sens, le prix des médicaments déjà sur le marché diminuera dans les prochaines années. En revanche, la croissance du prix des nouvelles spécialités ne sera pas remise en cause.

**Remarque** : Il est légitime que les soignants réfléchissent aux coûts des médicaments. Depuis cinquante ans, une accumulation considérable de nouveautés médicamenteuses ont transformé les moyens thérapeutiques à leur disposition. A mon sens ces moyens sont aujourd'hui loin d'être correctement évalués : beaucoup de nouveaux médicaments n'apportent aucun progrès thérapeutique tangible pour les malades et font pourtant l'objet de dépenses de plus en plus délirantes. Toutefois, l'étude de cette folle envolée des prix n'est pas l'objet de cette thèse...

## 4.2 Concernant les produits OTC

L'officinal fixe librement ses prix et le fait bien souvent selon les propres tarifs de ses confrères.

Comme on l'a déjà souligné, les patients ont rarement idée de venir négocier le prix des médicaments OTC. De plus, si les officinaux se livraient à une guerre des prix sur ces produits, les clients ne le comprendraient pas.

## 4.3 Concernant les produits de parapharmacie

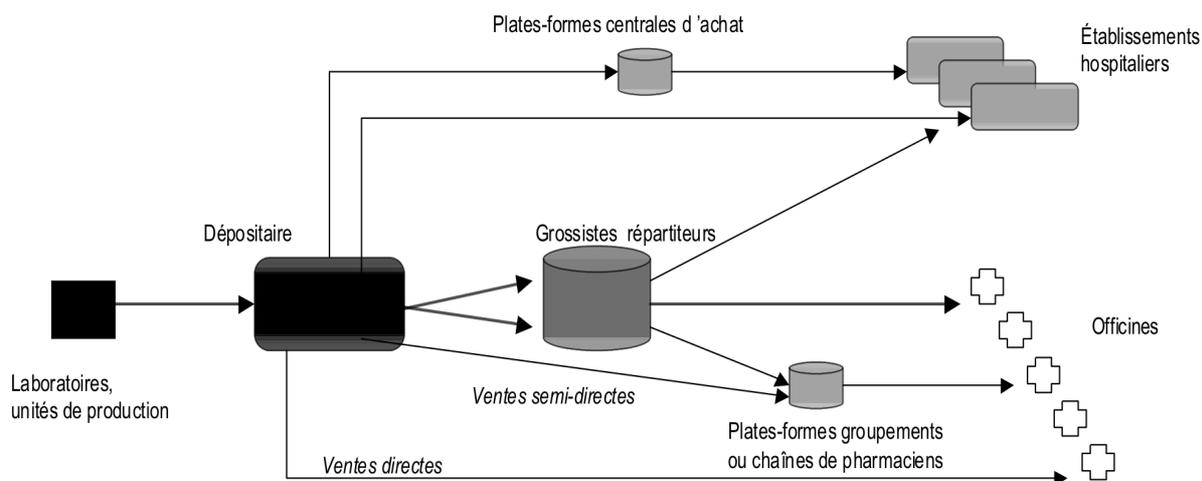
Le problème est tout autre, les clients peuvent vraiment faire jouer la concurrence entre officines et avec la GMS. C'est une démarche qu'ils font de plus en plus.

Au final, le titulaire devra appliquer une politique de prix cohérente reposant sur trois piliers :

- 1) Une classification en produits basiques sensibles aux prix et en produits spécifiques peu sensibles aux prix.
- 2) Une politique de marges distinctes entre les deux types de produits (moins élevée sur les produits les plus connus sujets à négociation et inversement).
- 3) Une harmonisation de quatre facteurs :
  - Le "prix standard" moyen retrouvé dans les autres officines,
  - Le prix psychologique que le client ne dépassera pas pour ce genre de produit,
  - Le juste prix fonction de la politique des prix et du point mort à atteindre pour que l'investissement soit rentable,
  - Le prix magique qui déclenchera l'achat d'impulsion.

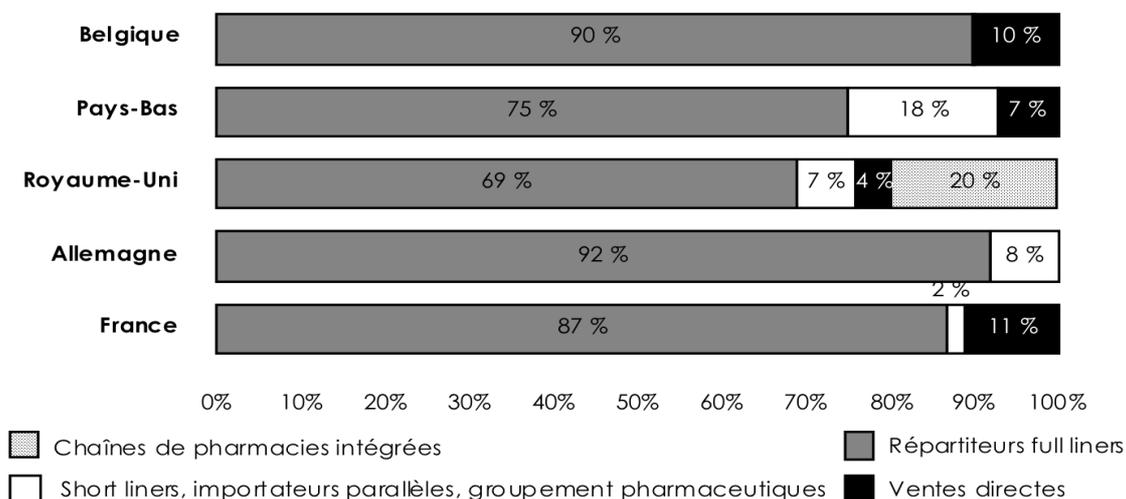
## 5 L'influence des fournisseurs

Un marché est d'autant moins attractif que le rapport de force est en faveur des fournisseurs. S'ils peuvent à leur guise accroître les prix, réduire la qualité ou la quantité des produits vendus, ils disposent d'un atout. Celui-ci est d'autant plus décisif que leur produit est un ingrédient important, que les fournisseurs sont peu nombreux et organisés, que les produits de remplacement sont rares, les coûts de substitution élevés et que les fournisseurs ont la faculté de s'intégrer en aval. Il est alors prudent de diversifier ses approvisionnements et d'entretenir de bonnes relations avec ses fournisseurs.



**Graphique 18 : Organisation de la distribution pharmaceutique en France**

(Source Eurostaf pour le Commission des comptes de la Sécurité Sociale, Septembre 2003)



**Graphique 19 : Approvisionnement du circuit officinal, répartition par profil d'opérateur**  
 (Source Eurostat pour le Commission des comptes de la Sécurité Sociale, Septembre 2003)

#### a) Degré de concentration des industries

Dans le contexte de la mondialisation et de la recherche d'économies d'échelle, l'industrie pharmaceutique s'est considérablement concentrée comme le montre le tableau suivant.

**Tableau 12 : Évolution du nombre d'entreprises pharmaceutiques industrielles**

Années	Nombres d'industries pharmaceutiques
1950	970
1960	565
1970	422
1980	365
1990	349
1998	300
2003	300

(source : LEEM)

La dernière fusion en date est purement française, il s'agit de celle de Sanofi-Synthelabo avec Aventis pour donner naissance au numéro 3 mondial de l'industrie pharmaceutique.

### **=> L'intégration de l'officine par l'industrie pharmaceutique**

L'industrie pharmaceutique est de plus en plus aux mains de groupes mondiaux dont les gestionnaires raisonnent en financiers et non pas en professionnels de santé. A titre d'exemple, avant leur fusion, Sanofi et Aventis avaient pour principaux actionnaires (entre autres) les groupes pétroliers Total et Koweït Pétroléum.

Une intégration de l'officine par l'industrie pharmaceutique n'aura lieu que si cette dernière y trouve un intérêt économique. Cette intégration ne semble possible que pour des laboratoires de produits peu différenciés (produits génériques, automédication). C'est ce qui s'est fait en Grande-Bretagne où le laboratoire Boots Healthcare, spécialiste des produits d'automédication (comme les pastilles STREPSIL ou encore la spécialité NUROFEN) a créé l'une des plus grosses chaînes de pharmacies du pays.

La tendance à laquelle on assiste en France est plutôt à la conclusion d'accord entre gros groupements et laboratoires génériqueurs avec parfois entrée de capital. (32)

### **b) Degré de concentration des grossistes-répartiteurs**

On assiste actuellement à l'émergence de groupes de distribution européens. D'une manière générale, l'harmonisation de la répartition pharmaceutique semble prendre place. Elle s'opère essentiellement sous l'impulsion des groupes internationaux tels que Gehe (rebaptisé Célesio il y a peu), Alliance Unichem et Phœnix Pharmahandel. Ces trois géants captent à eux seuls environ 60 % de la distribution pharmaceutique en Europe et plus de 90 % en France. (33)

La répartition est ainsi dominée par ces trois groupes dont les dynamiques de croissance reposent sur :

- La multiplication des opérations de croissance externe sur leur métier de base ; c'est à dire l'acquisition de sociétés de répartition d'envergure nationale ou multi-régionale. Par exemple en 2003, Alliance a racheté la société bretonne Ouest Répartition Pharmaceutique. (34)
- La rationalisation de leurs organisations logistiques,
- L'intégration logistique en amont au niveau national et / ou européen,
- Un mouvement d'intégration aval dans les pays où les pharmacies peuvent être acquises par des non pharmaciens et où la constitution de chaînes est autorisée.

### **=> Pourquoi envisager une intégration par les grossistes répartiteurs ?**

Les grossistes-répartiteurs ont tout intérêt à créer des chaînes de pharmacies pour au moins deux raisons :

- Rationaliser le circuit de distribution,
- Mais surtout pour lutter contre la montée en puissance des groupements qui ne cessent de leur prendre des parts de marché. C'est précisément cette raison qui a amené les groupes Celesio et Alliance à créer des chaînes d'officines en Grande-Bretagne notamment.

En France la législation interdit pour le moment l'entrée des grossistes dans le capital des officines. La tendance observée est à la création par les grossistes de leurs propres groupements. OCP a ainsi créé Pharmactiv tandis qu'Alliance Santé a créé en 2003 le groupement Alphéga (présenté comme une "chaîne virtuelle" de 200 officines sur le site Internet d'Alliance Unichem). Prélude à un changement de législation en France? Ou bien réponse défensive à certains groupements de pharmaciens ? Sûrement les deux à la fois...

### **Conclusion sur les forces concurrentielles**

La pharmacie d'officine est un domaine assez faiblement concurrentiel, les nouveaux entrants sur le marché du travail ont et auront de nombreuses opportunités d'emploi. Le pouvoir de négociation des clients est assez restreint. Le monopole de dispensation n'est pas remis en cause. Toutes ces considérations font du milieu officinal français un secteur très attrayant. En revanche, l'état des lieux des moyens humains et économiques dont dispose la profession nous oblige à penser à un changement de mode d'exercice. Changement qui satisferait les désirs d'intégration de la répartition pharmaceutique.

## ***II Vers une évolution du mode d'exercice***

A mon sens, l'évolution majeure de la pharmacie d'officine portera sur le cadre dans lequel s'exercera le métier. Pour pouvoir rester compétitif, le titulaire de demain devra ouvrir son entreprise à son environnement. L'environnement gèrera l'aspect commercial tandis que lui assurera l'aspect professionnel de santé. La pharmacie d'officine passera ainsi du statut de commerce indépendant (associé dans certains cas) à celui de commerce intégré.

Je pense que nous verrons bientôt fleurir des chaînes de pharmacies et des franchises. C'est pourquoi nous allons maintenant présenter ces modes d'exercice plus en détail.

### **A - Les franchises**

#### **1 Qu'est-ce que la franchise ?**

##### ***1.1 Présentation***

L'encyclopédie Larousse définit la franchise comme étant le droit d'exploiter une marque ou une raison sociale concédée par une entreprise à une autre et sous certaines conditions.

La franchise d'aujourd'hui se définit donc comme une méthode de collaboration entre, d'une part une entreprise (= le franchiseur) et d'autre part une ou plusieurs entreprises (= les franchisés). Le franchiseur offre l'utilisation de son concept, de sa marque ou de son système d'exploitation. En contrepartie, le franchisé prend à sa charge les investissements et paie une redevance généralement

proportionnelle au chiffre d'affaires. Mc Donald's, Avis ou encore Elytis (pour ne citer qu'eux) ont utilisé cette méthode pour entrer sur de nombreux marchés.

## ***1.2 Le concept de la franchise*** (35)

Toute franchise fonctionne selon un concept comprenant trois éléments :

### **a) Les signes de ralliement de la clientèle**

Le franchiseur garantit au franchisé la jouissance de **signes de ralliement** de la clientèle. Ces signes de ralliement interviennent par le biais d'une enseigne dont l'usage est réservé aux franchisés.

### **b) Le savoir-faire**

Le franchiseur garantit au franchisé la jouissance d'un **savoir-faire** qu'il entretient, transmet et développe.

En ce qui concerne la pharmacie d'officine : y a-t-il un savoir-faire spécifique (autre que celui certifié par le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie) qu'un franchiseur pourrait transmettre ? La réponse est oui, mais seulement pour ce qui concerne l'aspect commercial de la profession et la vente du non-médicament.

### **c) La collection de produits, services et / ou technologies**

Le franchiseur met à la disposition du franchisé une gamme de produits, services et / ou technologies qu'il a conçus, mis au point, agréés ou acquis.

## ***1.3 Les 4 acteurs de la franchise***

### **a) Le franchiseur**

C'est un entrepreneur **indépendant** (personne physique ou morale). Il est titulaire des droits sur les signes de ralliement (enseigne ou marque protégées) de la clientèle. Il apporte à ses affiliés un concept original, une formation initiale et permanente pour leur permettre d'appliquer ce concept.

En d'autres termes, le franchiseur doit être un personnage charismatique.

Enfin, il fournit les moyens humains et financiers permettant d'assurer le développement et la pérennité de son concept. Il est bien sûr lié à ses franchisés par un contrat répondant aux règles du Code de Déontologie européen de la franchise.

### **b) Le franchisé**

C'est une personne physique ou morale **sélectionnée** par le franchiseur.

Il est **responsable** des moyens humains et financiers qu'il engage dans le cadre de l'exploitation de la franchise.

Il est obligé de rétribuer le franchiseur pour ses apports, adhérant à l'esprit de la franchise.

### **c) Le réseau de franchise**

Il est constitué du franchiseur et de ses franchisés, tous porteurs de la même enseigne, symbole de l'identité et de la réputation du réseau.

La force d'une enseigne (ou d'une marque) est un élément qui influence de façon considérable l'acte d'achat du consommateur.

Cette enseigne constitue la garantie de la qualité du service rendu au consommateur.

### **d) Le consommateur**

Il achète pour son usage des produits et des services. C'est l'acteur le plus important de la franchise, mais aussi le plus difficile à cerner. Ses habitudes de consommation, liées à son environnement et à sa culture sont différentes selon sa situation géographique. Il n'existe pas de consommateur type.

L'entreprise a donc besoin de s'adapter localement pour répondre à ses attentes. Le consommateur évolue rapidement et l'entreprise est obligée de suivre ses mutations. Il achète moins et surtout, il achète mieux et cherche "autre chose" dans la consommation. Mieux informé (essor de l'Internet oblige), plus exigeant, il est plus sélectif, plus réfléchi et détermine ses achats de façon plus raisonnée. Le consommateur des années 2000 achète juste, au juste prix, la juste quantité.

D'une manière générale, être relié à une franchise permet de mieux anticiper les évolutions du consommateur, chose que le commerçant aura du mal à réaliser s'il est isolé.

=> Tout cela nous amène à la question suivante : aujourd'hui existe-t-il une différence entre groupements de pharmacies et franchises ?

En pratique aucune. Les produits propres au groupement étaient jusqu'alors limités aux produits de parapharmacie. En 2004 les gammes de produits se sont étendues, Giphar propose par exemple des compresses portant son logo. Pour 2005, le groupement Pharmaréférence proposera des génériques portant sa marque. (36)

Toutefois :

- la cotisation aux groupements est fixe et non proportionnelle au chiffre d'affaires de l'officine adhérente,
- Le pharmacien est libre de tout contrat pour quitter son groupement.
- ce n'est pas (encore) le groupement qui choisit ses adhérents (quoi que...).

## ***1.4 Histoire de la franchise commerciale***

Pour mieux comprendre l'essor actuel de la franchise dans le commerce de détail, il semble intéressant de s'attarder quelques instants sur son histoire et son évolution.

### **a) Les origines de la franchise (37)**

La signification première de la franchise était l'exemption de certains droits. Cela se matérialisait initialement par l'octroi de libertés et de privilèges à certaines populations définies territorialement.

Au sens étymologique, le premier système de franchise fut incontestablement mis en place par l'Ordre des Templiers. A la fin du XII<sup>ème</sup> siècle, cet ordre de moines bâtisseurs possédait à Paris un établissement très important couvrant près du tiers de la ville et échappant à la juridiction royale. Tous les métiers y étaient des "franc mestiers" et les artisans se pressaient nombreux dans ce vaste domaine où le droit de franchise leur permettait d'exercer librement leur art en échappant à toutes les charges du Roi et de la cité.

La métamorphose commerciale s'est produite au XVIII<sup>ème</sup> siècle, par la suppression des droits et péages intérieurs, étape dont on retrouve la trace dans certaines expressions courantes telles que : la franchise douanière, la franchise d'impôt, la franchise postale ou encore la franchise diplomatique.

### **b) Naissance de la franchise commerciale (35)**

Dans les années trente, simultanément aux États-Unis et en France, quelques pionniers lançaient les bases d'un système d'association qui allait, par la suite, donner naissance au concept de franchise.

En effet, dès cette époque le directeur de la Lainière de Roubaix veut installer un réseau de distribution. Les détaillants indépendants seront liés par un contrat leur garantissant l'exclusivité des produits comme de la zone géographique.

La franchise, stratégie de développement, était née. En moins de dix ans elle allait permettre aux laines du Pingouin d'établir un réseau de 350 franchisés.

Par un curieux hasard, de l'autre côté de l'Atlantique, les rigueurs et les contraintes de la loi anti trust obligent dès 1929 les constructeurs automobiles à imaginer de nouveaux systèmes de distribution (la propriété des points de ventes leur étant interdite).

Aussitôt, le directeur commercial de Général Motors travaille avec les juristes de la société sur un nouveau type de contrat évitant cet écueil. Associant des revendeurs indépendants, le premier contrat de franchise était mis au point, marquant le début d'une rapide expansion.

### **c) Le grand développement**

Si en France, il faut attendre le début des années soixante-dix pour assister à la multiplication des enseignes, c'est dès le lendemain de la guerre que le territoire américain se couvre de nouveaux panonceaux.

Ce démarrage foudroyant s'explique aisément. La taille et l'importance du marché américain obligent la plupart des grandes sociétés à se tourner vers un système permettant d'accroître leurs parts de marché sans investissements importants. Par ailleurs, cette solution permet à tous ceux disposant de quelques capitaux de créer leur propre entreprise.

Aujourd'hui, le nombre des franchisés dépasse les 550 000 aux États-Unis. Concentrée à 80 % dans les services, la franchise américaine fait la part belle à l'hôtellerie, à l'intérim, la location de voitures ou encore à la restauration rapide...

A l'heure actuelle, dans sa pleine maturité, elle a déjà atteint un certain niveau de saturation. Aussi les franchises américaines jouent-elles désormais la carte des marchés extérieurs. Chose impensable il y a quelques années, Mac Donald est désormais implanté à Casablanca, Rabat ou encore Marrakech.

Avec quelques années de retard, le boom de la franchise allait également modifier le paysage commercial français. En 1970, Pingouin-Stemm, Pronuptia, Rodier, Levitan ont déjà acquis une notoriété certaine. Le concept est encore bien méconnu mais cela ne va pas durer. Pour cause, (krach pétrolier aidant) la modernisation du commerce de détail devient impérative face à la concurrence des grandes surfaces. La distribution doit s'adapter ; elle ne va pas tarder à s'emparer de la franchise.

Les plus entreprenants ont montré la voie. Ils étaient 34 franchiseurs en 1970, ils sont près de 530 en 1998. Près d'un franchisé sur cinq implanté dans la CEE est français. Plus de 4 000 réseaux sont présents dans la communauté européenne. Ils représentent 150 000 franchisés et 1300 000 emplois.

### **d) La tendance générale en France aujourd'hui**

En France, la franchise de distribution reste encore tout à fait prédominante par rapport à la franchise de services.

Jusqu'en 1988 le nombre des franchiseurs s'est développé au rythme moyen de 15 % par an selon les chiffres annoncés par l'ACFCI (Association des Chambres Françaises de Commerce et d'Industrie).

De 1989 à 1993, on a observé une quasi-stagnation, voire une légère baisse (période cyclique moins favorable à l'économie). Depuis 1994, la tendance s'inverse.

Au 31 décembre 2002, on comptait environ 719 franchiseurs et plus de 33 260 franchisés...

Outre le fait que la franchise française représente 40 % de la franchise européenne (et la première place), la France a le mérite d'avoir su développer ses propres réseaux (seulement 10 % des réseaux de franchises qui se développent en France sont d'origine étrangère).

## ***1.5 L'avenir de la franchise***

### **a) La Franchise = un choix stratégique qui a fait ses preuves**

La franchise a été reconnue comme facteur de progrès économique et à ce titre a obtenu droit de cité en Europe par l'arrêt de la Cour européenne de Justice de Luxembourg du 26 janvier 1986. (35)

Le Code de déontologie européen de la franchise, initié et fortement promu par la FFF a accompagné cette entrée de la franchise dans l'âge adulte.

Aujourd'hui, la franchise européenne, en se donnant des règles de conduite, s'est largement affranchie de sa grande sœur américaine et a fourni la preuve de son efficacité, de ses qualités d'accélérateur de croissance, de multiplicateur économique.

La franchise s'étend de plus en plus aux domaines ou secteurs adaptés aux modes de vie actuels : bricolage, décoration de la maison, restauration rapide, chaussures de sport, services esthétiques spécialisés, services pour l'automobile : peinture rapide, pots d'échappement, location. Elle participe activement à la modernisation de métiers tels qu'agent immobilier, opticien, boulanger et pourquoi pas demain pharmacien ?

### **b) Le franchisé bénéficie généralement d'une croissance rapide**

De façon évidente, la franchise s'affirme comme le moyen privilégié pour profiter des leviers économiques traditionnels.

D'abord un levier financier qui permet au franchiseur ayant investi dans son concept et ses pilotes de se faire relayer pour le développement de son réseau par les moyens financiers de ses franchisés.

Ensuite un levier marketing basé sur la mobilisation de partenaires motivés, des franchisés commerçants indépendants et responsables attentifs aux besoins de leurs clients et à la finalité des services offerts.

### **c) La franchise demain : un choix encore plus pertinent**

La franchise répond aux mutations qui se font jour, tout en conciliant les paradoxes économiques et sociaux de ce nouveau millénaire. On recherche de la stabilité alors qu'on appelle le changement. On cherche de la solidarité tout en prenant conscience de son individualité, et en refusant d'abdiquer ses droits.

A mi-chemin entre commerce intégré et commerce indépendant, la franchise réunit tous les paramètres pour séduire. Elle protège les minorités de l'abus de pouvoir des grands groupes.

## **2 Les franchises de pharmacies**

### ***2.1 En France***

En France, il n'existe pas encore de franchises de pharmacies bien que, comme nous l'avons expliqué, le fonctionnement de nombreux groupements s'y apparente beaucoup. On trouve deux raisons **législatives** à cette absence.

#### **a) Les franchises touchent à l'indépendance du pharmacien d'officine**

En effet une franchise entraîne une perte d'indépendance et n'est donc pas officiellement compatible avec la législation pharmaceutique française.

Concrètement, un franchisé est juridiquement indépendant mais économiquement dépendant de son franchiseur. Ceci est difficilement conciliable avec les règles énoncées par les articles R4235-18 et R4235-54 du Code de la Santé Publique qui interdisent au pharmacien d'alliéner son indépendance professionnelle.

*Article R4235-18 du CSP :*

*“Le pharmacien ne doit se soumettre à aucune contrainte financière, commerciale, technique ou morale, de quelque nature que ce soit, qui serait susceptible de porter atteinte à son indépendance dans l'exercice de sa profession, notamment à l'occasion de la conclusion de contrats, conventions ou avenants à objet professionnel”.*

*R4235-54 du CSP :*

*“Les pharmaciens ne doivent pas aliéner leur indépendance et leur identité professionnelles à l'occasion de l'utilisation de marques ou d'emblèmes collectifs”.*

## **b) Franchise = publicité = problème**

Effectivement, nous avons vu que tout système de franchise requiert la mise en place de signes de ralliement de la clientèle (= une enseigne grand public). Cela passe donc nécessairement par de la publicité pour la faire connaître.

Or là encore la situation est ambiguë puisque le Code de la Santé Publique précise (*article R4235-58*) qu'il est interdit au pharmacien de solliciter la clientèle par des procédés et moyens contraires à la dignité de la profession.

En revanche, la publicité concernant des produits dont la vente n'est pas réservée au pharmacien est autorisée à condition d'observer tact et mesure dans sa forme et son contenu.

Un groupement ou un réseau constitué entre pharmacies ne peut théoriquement faire de la publicité en faveur des officines qui le constituent. (*article R5125-29 du CSP*).

Nous sommes donc dans une situation ambiguë. On notera tout de même l'essor des campagnes télévisées présentées par les grands groupements nationaux (Giphar en particulier).

Il faudra donc se tourner vers l'étranger pour rencontrer des franchises de pharmacies.

## **c) L'avis des pharmaciens concernant les franchises (17)**

D'après une enquête réalisée en 1999 par Guillaume ANDRE et portant sur près de deux cents officinaux des Pays de la Loire, il ressort que la majorité des pharmaciens (les trois quarts) pensent que les franchises de pharmacies vont voir le jour en France. Cette proportion est d'ailleurs majoritaire chez les adhérents d'un groupement. En revanche la quasi-totalité (près de 90 %) des officinaux interrogés se sont dits contre cette évolution.

A mon sens, il faut accueillir de façon positive l'éventuelle arrivée des franchises sur le marché officinal français.

Un franchiseur avec une image forte et de l'expérience n'est-il pas la personne la plus à même d'aider un jeune titulaire dans les domaines qui lui font le plus souvent défaut ?

## 2.2 Au Québec

### a) Le paysage pharmaceutique Canadien

Les franchises de pharmacies sont bien implantées au Canada. Il s'agit de la forme commerciale la plus répandue dans ce pays, loin devant les chaînes et les indépendants.

Cependant là-bas les pharmacies sont de véritables drugstores (on y trouve de l'alimentation, des produits ménagers, du tabac!!... avec toutefois une tendance à se recentrer sur le médicament).

En Amérique du Nord le médicament est un produit banalisé (mais moins au Québec).

### b) Fonctionnement de l'officine dans ce pays

Au Québec, la proportion d'indépendants est légèrement plus importante que dans le reste du Canada. (120 sur 1500 pharmacies).

Là-bas, le mode de fonctionnement des officines est tout autre que celui observé en France. En effet, en plus d'être rémunéré pour les spécialités qu'il délivre, le pharmacien touche de l'argent pour exercer d'autres fonctions. Par exemple l'Opinion Pharmaceutique, c'est à dire son avis sur un traitement à la suite de l'analyse du dossier pharmaceutique, accompagné d'un courrier adressé au médecin, voire au patient. Les Opinions Pharmaceutiques peuvent concerner l'apparition d'un effet indésirable, un problème d'observance, un profil pharmacologique complexe (interaction entre médicaments prescrits et/ou avec une spécialité d'automédication)...

Cette pratique donne lieu à une rémunération, c'est une véritable reconnaissance professionnelle du pharmacien qui joue dès lors sur la valeur ajoutée de ses connaissances.

En France, l'Ordre milite activement pour une reconnaissance de l'Opinion Pharmaceutique. De même, le groupement Phमारéférence distribue à ses adhérents des feuilles normalisées permettant de réaliser des Opinions Pharmaceutiques afin d'établir les premières statistiques officielles... On ne peut donc s'empêcher de penser qu'un jour, le fonctionnement d'une officine française pourrait ressembler en partie à celui d'une officine québécoise.

### c) Exemple de l'entreprise Familiprix (38)

=> Fonctionnement de la société

Familiprix est une franchise de pharmaciens indépendants. Unanimement reconnu pour son dynamisme et son professionnalisme, ce groupe connaît actuellement une croissance fulgurante. Au cours de l'année 2003, l'entreprise a enregistré un chiffre d'affaires au détail de 650 millions de dollars.

Concrètement, il s'agit d'un regroupement de près de 250 pharmaciens propriétaires de pharmacies de petite (Familisanté) ou de moyenne surface (Familiprix). On retrouve des pharmacies faisant partie de ce groupement au Québec et au Nouveau-Brunswick (côte est du Canada).

Le capital action de la société est **détenu exclusivement par les pharmaciens** opérant sous les bannières Familiprix et Familisanté.

Les membres du groupement reçoivent durant toute l'année une formation continue, soit grâce à des cours magistraux, soit par un réseau Intranet ou encore par la documentation pharmaceutique et médicale à laquelle ils sont abonnés via un réseau (par exemple Pharmacist's letter).

Familiprix a même créé son propre centre de formation professionnelle en 1999. Ce dernier répond aux attentes des pharmaciens puisqu'il leur permet de maintenir leurs connaissances à jour et il les épaulé dans tous les aspects de leur pratique professionnelle.

Familiprix est le seul regroupement de pharmaciens propriétaires indépendants au pays à posséder son propre centre de distribution (fondé en 1991). Situé à Québec, il approvisionne quotidiennement les officines franchisées.

Finalement, le fonctionnement de Familiprix est semblable à bon nombre de nos groupements nationaux. A quand une reconnaissance officielle de certains groupements français en temps que franchise ?

## **B Les chaînes de pharmacies**

Nous avons déjà succinctement présenté le concept des chaînes appliqué à la pharmacie d'officine. Nous allons maintenant l'aborder plus en détail.

## 1 Problématique posée par les chaînes

Pour bien comprendre l'enjeu posé par l'éventuelle naissance de chaînes de pharmacies, on peut se placer en temps qu'observateur sceptique et défaitiste, ou alors en temps qu'observateur objectif et optimiste.

Dans le premier cas, on commencera par dire qu'avec les chaînes, le pharmacien perd la réalité du pouvoir. En effet, il perd le capital et c'est précisément le capital qui permet de détenir le pouvoir.

Si les officinaux perdent leur pouvoir de gestion, ils perdent leur liberté : ce serait donc un véritable bouleversement pour le pharmacien français, or cela se fait dans plusieurs pays européens avec ses avantages et ses inconvénients...

En étant le salarié d'une chaîne, le titulaire devient un gérant et risque de devenir un pharmacien standard, un employé, un suiveur dépourvu d'initiative et non plus "The pharmacien" du village ou du quartier.

Une chose est sûre, le pharmacien français n'est pas prêt à accepter ce modèle, mais le sera-t-il un jour ?

Plaçons-nous maintenant en temps qu'observateur optimiste. L'arrivée de chaînes de pharmacies devient alors quelque chose de tout à fait positif. Une super-structure s'occupe de la majeure partie de la logistique, des négociations avec les fournisseurs, du merchandising, de la notoriété de l'enseigne..., tandis que le pharmacien, libéré de ce travail long, fastidieux et pour lequel il n'est pas spécifiquement formé peut se recentrer sur son métier de base.

De plus, il doit développer et pérenniser les concepts décidés par le bureau central de la chaîne. Rémunéré au rendement, il ne doit plus rendre de comptes à son banquier mais à ses employeurs. Il n'est pas question qu'il s'endorme sur ses lauriers puisqu'il doit sans cesse chercher à améliorer les performances de l'entreprise qu'il dirige. Il a finalement autant, voire plus de responsabilités qu'en exerçant de façon isolée. Je suis persuadé que la qualité de service rendue au client-consommateur n'en serait que meilleure.

Observons ce qui se passe dans l'ensemble du commerce de détail. La croissance des groupes Alain Afflelou, Mr Bricolage ou encore Etam n'a-t-elle pas été unanimement saluée par les investisseurs financiers en 2004 ?

D'une manière générale, quitter le statut de commerçant indépendant pour intégrer une chaîne est un vecteur de croissance. Pourquoi ne pas appliquer ce concept à la pharmacie d'officine ?

## 2 Éléments favorables aux chaînes de Pharmacies en France

## ***2.1 Une logique capitaliste***

Si l'on suit la définition de l'encyclopédie, le capitalisme se caractérise comme un système économique et social dans lequel les moyens de production n'appartiennent pas aux travailleurs qui les mettent en œuvre. Marx pousse même cette définition plus loin. Pour lui le capitalisme est un régime reposant sur la recherche systématique du profit grâce à l'exploitation des travailleurs par les propriétaires des moyens de production et d'échanges.

Sans répondre à la définition marxiste du capitalisme, l'économie française, comme se plaisait à le dire le très humaniste François Mitterand, se trouve actuellement dans une "parenthèse libérale".

Obéissant à cette parenthèse libérale, la pharmacie d'officine, n'ayons pas peur de l'affirmer, se tourne doucement vers un capitalisme de production. Tous les éléments y sont favorables.

## ***2.2 Les étapes de l'orientation vers un capitalisme de production***

### **a) L'ouverture du capital à des pharmaciens non exploitants**

Nous l'avons déjà décrit, dorénavant un pharmacien non exploitant dans une SEL peut tirer des revenus de son seul capital.

A l'origine présentées comme facilitant l'accès des jeunes diplômés à la propriété, considérons tout de même la création des SEL comme la première démarche tournée vers un capitalisme de production.

L'actionnaire non exploitant ayant la possibilité de détenir jusqu'à 49 % du capital d'une SEL (et la majorité de ses droits de vote par le biais d'une SELAS), à partir du moment où cette dernière est bénéficiaire, cela peut lui assurer de bons revenus, de plus assez faiblement imposables.

### **b) L'ouverture du capital à des non pharmaciens**

Une pharmacie à vocation principalement commerciale nécessite l'ouverture du capital des officines. Effectivement, pour mener à bien cette démarche, il est nécessaire que des capitaux étrangers soient injectés. Le pharmacien n'a pas une formation commerciale, des commerciaux (par exemple), ou encore des répartiteurs devront faire partie intégrante de la structure.

En France, où en est cette démarche ? Est-ce un mythe ou une réalité ?

Ce n'est nullement un mythe puisque cette possibilité a été officiellement introduite en décembre 2001. Concrètement au travers d'une loi portant sur les Mesures Urgentes de Réformes à Caractère Économique et Financier, dite loi MURCEF. Cette loi risque de faire changer radicalement la donne en matière de répartition du capital des pharmacies d'officine. Sa parution a engendré de vives réactions au sein la profession.

Pour résumer, la loi MURCEF se propose d'apporter deux grands changements :

- Tout d'abord, elle suggère une nouvelle répartition du capital des SEL entre les associés détenteurs de parts.

- De plus, elle crée les Sociétés de Participations Financières de Professions Libérales (SPFPL). Ce sont des sociétés "holdings" composées de libéraux de professions différentes. Elles sont amenées à être actionnaires de SEL de pharmacies.

Ceci marque un tournant vers l'interprofessionnalité.

Selon le Secrétaire d'État aux petites et moyennes entreprises, au commerce, à l'artisanat et à la consommation de l'époque "l'objet de cette disposition est de permettre aux plus petites entreprises libérales de trouver un cadre juridique mieux adapté à leur développement dans le cadre des marchés et de la mondialisation des échanges". Objectif à mon sens tout à fait objectif et réaliste.

Pour l'instant, la constitution de SPFPL est toujours suspendue. Des décrets en conseil d'Etat sont attendus. Ils préciseront, profession par profession, le texte voté par les parlementaires et décideront ou non d'interdire l'accès aux SPFPL de personnes morales ou physiques susceptibles de mettre en péril l'exercice de la profession.

### **c) Quelles sont les modifications apportées par la loi MURCEF ?**

Le grand changement porte donc sur la répartition du capital. Pour mieux appréhender les évolutions possibles, nous allons étudier dans le détail cette répartition sous deux axes.

#### **=> Avant la loi MURCEF**

La première modification portant sur la répartition du capital des pharmacies d'officine est intervenu au travers de la loi du 31 décembre 1990 autorisant la création de SEL de pharmaciens d'officine. Elle encadre la répartition du capital en veillant à préserver l'indépendance des praticiens. Ce fut un premier pas en avant vers l'ouverture de capital.

Nous l'avons vu, les SEL connaissent un succès grandissant. Elles constituent aujourd'hui la plupart des dossiers de demandes de créations ou de cessions transitant par l'Ordre.

De plus la loi autorisera bientôt la déductibilité des intérêts d'emprunts pour l'acquisition de parts de SEL, chose auparavant interdite et qui constituait le principal frein à l'adoption de cette structure juridique d'exploitation. (39)

#### **=> Depuis la loi MURCEF**

##### **- La création des SPFPL**

L'article 32 de la loi MURCEF a modifié la loi du 31 décembre 1990 pour ouvrir le capital des pharmacies d'officine à des SPFPL. Toutefois, celles-ci ne pourront être constituées qu'à partir de la

publication d'un décret appliquant l'article 32 de cette même loi à la profession de pharmacien d'officine.

Ces sociétés seront constituées sous forme de SARL, SA, SCA, SAS. Leur objet exclusif sera la détention de parts ou d'actions de SEL. Ce seront donc des holdings "pures" rémunérées uniquement sous la forme de dividendes par leurs filiales proportionnellement à leur participation au capital, nous entrons donc bien dans la définition marxiste d'un capitalisme de production. Elles ne pourront pas fournir de prestations de service à leurs filiales et ne pourront donc pas obtenir de rémunération pour cela.

Elles pourront avoir des participations dans un nombre illimité de SEL.

Le capital d'une SPFPL de pharmacie d'officine devra être détenu majoritairement par :

- des pharmaciens en activité dans la SEL,
- des pharmaciens en activité dans d'autres officines,
- des SEL d'officine.

Les autres professionnels libéraux qui seront autorisés par décret à détenir des parts ou actions seront donc forcément minoritaires.

#### - Les modifications dans la répartition du capital

La loi MURCEF prévoit, d'autre part, un changement dans la répartition de ce capital : les associés investisseurs, qui n'exercent pas dans la société, peuvent maintenant détenir la majorité des parts sociales ou actions.

Il en résulte que les associés en exercice dans la SEL détiennent 1 à 100 % du capital. Les associés investisseurs, quant à eux, peuvent détenir jusqu'à 99 % du capital.

### 3 L'Europe et les chaînes de pharmacies

Pour bien comprendre les enjeux de notre évolution, il convient de préciser que l'officine de demain sera européenne avant d'être française.

En termes de conditions d'exploitation, la législation officinale diffère d'un pays à l'autre. Cependant, le commerce intégré appliqué à la pharmacie commence à faire des émules dans d'autres pays de l'Union Européenne.

Ainsi, la constitution de chaînes de pharmacies est autorisée dans les pays suivant :

- Royaume-Uni,
- Norvège, (depuis janvier 2003, les produits OTC sont autorisés à la vente dans le commerce de détail),
- Italie,
- Irlande,
- Pays-Bas,
- Belgique,
- République Tchèque.

#### 3.1 A qui appartiennent les chaînes de pharmacies?

Les plus importantes appartiennent aux groupes de répartition.

Au 30 juin 2004, Alliance Unichem possédait le troisième plus important réseau, soit 1130 officines.

**Tableau 13 : Le réseau officinal d'Alliance Unichem**

Royaume-Uni	838 (Moss Pharmacy)
Norvège	113 (Alliance Apotek)
Italie	28
Suisse	95
Pays-Bas	56

(Source : [www.alliance-unichem.com](http://www.alliance-unichem.com))

De son côté, Célesio déclare posséder 1721 officines.

**Tableau 14 : Le réseau officinal du groupe Célesio**

Royaume-Uni	1339 (Lloyds Pharmacy)
Italie	157 (AFM)
Norvège	91
République Tchèque	66 (Infarma)
Belgique	36
Irlande	22
Pays-Bas	10

(Source [www.boursorama.com](http://www.boursorama.com))

### **3.2 Qui est susceptible d'investir dans des chaînes de pharmacies ?**

Le secteur étant attrayant, il attire de nombreux acheteurs potentiels.

Alliance Unichem et Célesio sont cotés sur les principales places financières européennes et capitalisent en bourse plus de trois milliards d'euros chacun. La croissance de ces groupes surpasse tous les indicateurs financiers et est régulièrement saluée par les analystes économiques. N'importe quel citoyen peut donc entrer dans le capital de ces sociétés par simple achat d'actions...

Hormis les répartiteurs, les assureurs trouvent également de solides motivations pour investir dans des chaînes. Axa détient ainsi déjà près de 10 % du capital de Célesio.

Porté par ce courant libéral, on peut aisément imaginer les conséquences d'un partenariat entre des chaînes d'officines et des organismes de mutuelles complémentaires...

Plusieurs groupements sont prêts à investir dans des chaînes.

Bien entendu, on peut aussi imaginer la constitution de minichaînes détenues par seulement quelques personnes.

### **3.3 Une législation fluctuante d'un pays à l'autre**

D'une manière générale, les législations de chaque pays tendent à autoriser la création de chaînes d'officines.

### **a) Le cas de la Norvège**

En Norvège le gouvernement a décidé de libéraliser en mars 2001 le système de distribution du médicament. Auparavant ce système était très proche du nôtre : propriété de l'officine, exercice personnel, *numerus clausus*, etc....

Conclusion : 15 mois plus tard, sur les 472 pharmacies existantes en 2001, 280 étaient rachetées pour créer des chaînes dont les propriétaires sont les grossistes européens.

Célesio avait même proposé aux pharmaciens qui voulaient rester "indépendants" un concept d'enseigne qui regroupait déjà 80 pharmacies. De plus, là où il n'était pas possible de racheter une officine à potentiel, on a créé une officine de chaîne en face de celle-ci.

### **b) Le cas de l'Allemagne**

#### **- Les conditions d'exploitation en Allemagne (40)**

Les conditions d'exploitation ont été revues en janvier 2004. Dorénavant, un même diplômé peut détenir quatre officines. Les chaînes détenues par des groupes, des répartiteurs ou des laboratoires restent interdites. 500 officinaux allemands (sur 21559) possèdent plus d'une pharmacie.

Le mode de rémunération, jusque là basé sur un système de marge dégressive est passé en honoraires de délivrance : 8,20 € par ligne de prescription (-2€ qui sont reversés aux caisses sous forme de rabais).

La vente par Internet est autorisée à condition qu'elle se fasse sur le sol allemand, que le pharmacien exerce depuis l'Allemagne et y soit autorisé. 800 pharmaciens sont agréés et travaillent par correspondance. (41)

Les autres acteurs du commerce de détail ont la possibilité de vendre des médicaments.

#### **- Conséquences de la libéralisation du marché allemand (42)**

Les récents changements préfigurent une recomposition du cadre officinal allemand avec notamment trois principales nouveautés :

- les géants de la distribution proposent en rayon des spécialités pharmaceutiques,
- les réseaux de VPC fleurissent,
- les officinaux commencent à créer des "minichaînes" et tentent de se recentrer sur leur métier de base.

### **CONCLUSION.**

Désiré ou pas, le commerce intégré appliqué à la pharmacie d'officine existera un jour en France. Reste à bien définir ses modalités d'applications. Il convient notamment d'écarter une dérive ultra-libérale à l'américaine en excluant du capital des chaînes les mutuelles complémentaires ou encore l'Etat.

De plus, pour pérenniser l'aspect professionnel de santé du pharmacien, les chaînes devront respecter son métier de base et savoir se recentrer dessus. Lorsque l'on sait qu'en plus de vendre des médicaments, Boots est le plus gros développeur de photos de Grande-Bretagne et l'un des plus gros vendeurs de sandwiches, on est en droit de penser que ce type de structure n'a pas sa place en France.

## **CONCLUSION GÉNÉRALE.**

Le chapitre d'introduction nous a permis de définir la mission du pharmacien d'officine d'aujourd'hui et de mieux cerner l'originalité de sa profession : un métier commercial, organisé en Ordre et doté d'une véritable mission de service public.

Nous avons ensuite choisi d'étudier l'aspect commercial du métier.

La première partie a consisté en une analyse stratégique des produits vendus en officine et nous a permis de conclure facilement que l'activité des officines françaises allait s'accroître dans les années à venir.

Nous avons ensuite présenté le cadre commercial dans lequel s'exerce aujourd'hui le métier, en nous attardant sur l'essor des SEL et des groupements, éléments aujourd'hui incontournables du milieu officinal français.

La troisième partie a consisté à étudier l'avenir commercial de la pharmacie d'officine ;

- avenir qui sera fortement influencé par les autres acteurs du circuit de distribution du médicament, c'est à dire les répartiteurs et les groupements,
- avenir qui verra l'apparition de chaînes et de franchises de pharmacies.

Pour conclure, ayons un regard prospectif et répondons à la question suivante : que sera la pharmacie d'officine dans 20 ans ?

On peut penser que la mission du pharmacien sera redéfinie. Ainsi :

- L'Europe fera évoluer la pharmacie à la française, c'est à dire en insistant sur son aspect professionnel de santé,

- Envolée du prix des médicaments aidant, le pharmacien ne sera plus rémunéré par une marge mais par des honoraires négociés en termes de service rendu à la collectivité.

- La prévention sera en France une priorité et le pharmacien sera rémunéré pour cela ainsi que pour son rôle de coordinateur dans le système de soins (grâce au dossier médical partagé entre autres).

- Le développement des réseaux de soins, d'oncologie, de maintien ou encore d'hospitalisation à domicile auront forcé le pharmacien à se recentrer davantage sur son métier de base : le médicament. Son image de spécialiste n'en sera que meilleure.

- Les pharmaciens ont toujours su utiliser les évolutions de la technologie. Internet fera donc partie intégrante de leur outil de travail et sera utilisé au profit des entreprises tout comme des clients.

- Les quotas d'implantation seront modifiés : les officines ne seront plus situées là où les gens habitent mais sur les lieux de transit. Elles ne seront plus entassées dans des centres villes mais en périphérie et dans les centres commerciaux. (A titre d'exemple on dénombre 105 officines à Nantes alors que le quotas de population en autorise 90).

- Sans tomber dans un libéralisme extrême, la sécurité sociale française ne prendra en charge que les pathologies lourdes et les actions de prévention. Pour tout le reste, les français devront se prémunir d'une assurance santé privée. Il y aura à ce titre de nombreux partenariats entre les enseignes d'officines et les assurances.

D'un point de vue commercial :

- Le pharmacien n'aura plus qu'un monopole d'exercice et non plus un monopole de propriété. Les décrets d'application de la loi MURCEF seront parus depuis longtemps. Il existera des sociétés de pharmacies possédant de nombreux points de vente. Certaines de ces sociétés auront été rachetées par des investisseurs non pharmaciens pour former des chaînes. Il existera même des franchises venant du Canada, ou encore de pays émergents tels que l'Inde.

- Les groupements auront des participations dans le capital de leurs officines, et pourront même les posséder totalement.

- Il n'y aura plus 22700 officines mais 16000 car le développement des enseignes et des chaînes sera passé par là. De plus, les officines trop petites, mal gérées, surendettées et n'ayant pas su prendre le bon wagon disparaîtront.

- Les fusions-acquisitions réduiront le nombre de groupements qui, dès lors, développeront des enseignes fortes. Certains groupements seront cotés sur les places boursières européennes.

- Bien entendu il restera encore des officines indépendantes et le métier de pharmacien sera toujours passionnant.

Aujourd'hui, faire entendre un raisonnement qui sorte des sentiers battus est un défi, c'est pourquoi nous terminerons en remerciant tous les pharmaciens qui s'investissent afin de faire évoluer leur profession.

## INDEX DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableau 1 : La matrice BCG appliquée à la pharmacie d'officine	p13
Tableau 2 : Répartition moyenne de la marge brute d'une officine	p15
Tableau 3 : Évolution de la consommation de médicaments (hors hôpital en prix public)	p19
Tableau 4 : Parts représentatives de chaque classe d'âge dans la population française	p22
Tableau 5 : Évolution des parts de marché de chaque segment du commerce de détail	p31
Tableau 6 : Répartition des structures juridiques d'exploitation	p33
Tableau 7 : Principales caractéristiques du trade marketing et du marketing de négoce	p61
Tableau 8 : Les quotas de population obligatoire pour créer une officine	p64
Tableau 9 : Bilan des nouvelles inscriptions à l'Ordre au 1 <sup>er</sup> janvier 2004	p69
Tableau 10 : Les ratios financiers de l'officine pour l'année 2002	p73
Tableau 11 : Valeurs moyennes d'une ordonnance en France	p74
Tableau 12 : Évolution du nombre d'entreprises pharmaceutiques industrielles	p82
Tableau 13 : Le réseau officinal d'Alliance Unichem	p98
Tableau 14 : Le réseau officinal du groupe Celesio	p99
Graphique 1 : Les dépenses de santé en France	p17
Graphique 2 : Les remboursements de l'Assurance Maladie en 2003	p18
Graphique 3 : Décomposition du prix d'un médicament	p19
Graphique 4 : La pharmacie d'officine, évolution des CA, des marges commerciales et de l'EBE depuis 1985	p21
Graphique 5 : Cycle de vie des différentes formes de commerce	p32
Graphique 6 : Évolution du nombre de cessions	p34
Graphique 7 : Évolution du nombre d'officines en copropriété et en société	p35
Graphique 8 : Taux de pénétration des SEL	p36
Graphique 9 : Les forces concurrentielles	p63
Graphique 10 : Évolution démographique de 1980 à 2000	p68
Graphique 11 : Pyramides des âges des titulaires et des adjoints	p69
Graphique 12 : Effectif des titulaires par tranche d'âges	p70
Graphique 13 : Prévision des départs en retraite	p71
Graphique 14 : Densité des officines (en nombre pour 100 000 habitants)	p72

Graphique 15 : Répartition des officines selon leur CA HT en M€	p73
Graphique 16 : Chiffres d'Affaires TTC comparatifs (à prix constants)	p74
Graphique 17 : Mars 2004, évolution des CA en %	p75
Graphique 18 : Organisation de la distribution pharmaceutique en France	p81
Graphique 19 : Approvisionnement du circuit officinal, répartition par profil d'opérateur	p82

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 L'installation du jeune pharmacien, 36ème édition, ANEPF
- 2 Francis Puisieux, rapport rédigé en 2000 pour l'Académie nationale de pharmacie.
- 3 Boston Consulting Group, "Les mécanismes fondamentaux de la compétitivité", Ed Hommes et Techniques, 1980
- 4 Quotidien Les Echos, édition du 8 juillet 2004
- 5 Point d'information mensuel de l'Assurance Maladie .Le 2 septembre 2004, consulté sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), le site d'information en ligne de la sécurité sociale
- 6 Moniteur des Pharmacies n° 2548, 11/09/2004, page 16
- 7 Moniteur des Pharmacies n° 2552, 9/10/2004, "Tout est prêt pour les importations parallèles"
- 8 Étude MCA, Marketing Concept Action sur la perception et les attentes des clients-acheteurs face à l'offre de la médication familiale, mai 2002, menée auprès de mille patients pour le compte de Sanofi
- 9 Quotidien Les Echos, édition du vendredi 17 septembre 2004
- 10 Les Chiffres Clefs du Commerce, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie
- 11 Marketing et management, Kotler Dubois Manceau, 11 ème édition, Pearson éducation
- 12 Richard Fenwick, "La stratégie marketing", Paris, PUF, 1975, p 244 à 261
- 13 Th de pharmacie, Adeline ROGEMOND, "Les SEL appliquées à la pharmacie d'officine" 2003, université de Lyon
- 14 J.E Belot, th "les groupements de pharmaciens en 2004, évolution, état des lieux et enjeux" <http://www.pharmodel.fr>
- 15 Le quotidien du Pharmacien, Jeudi 18 novembre 1999
- 17 Thèse , G.ANDRE, "Quels groupements de pharmacies comme alternative française aux chaînes : la french touch", Nantes, année 2000
- 18 Michael PORTER, "Choix stratégiques et concurrence", Paris : Économisa , 1982
- 19 Code de la Santé Publique, édition 2004
- 20 Moniteur n° 2552 du 09/10/2004, François Cusset
- 21 [www.ordre.pharmaciens.fr](http://www.ordre.pharmaciens.fr) , le site du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
- 22 Conseil de l'Ordre, Mai 2002, "La démographie pharmaceutique, étude prospective sur 20 ans"

- 23 Le Moniteur des Pharmacies n° 2486, 19 avril 2003
- 24 Le Moniteur des Pharmacies n° 2560 du 4/12/2004
- 25 Observatoire Universitaire Régional de l'Insertion Professionnelle, Xavier Poulard, "l'insertion professionnelle des étudiants diplômés de pharmacie de la région Rhône-Alpes", 1995
- 26 Marc Collet, Sylvie Bernadet : " L'activité des officines et les revenus de leurs titulaires", DRESS, Études et Résultats n° 303, avril 2004
- 27 Source Insee reprise dans Les Echos du 8 avril 2004
- 28 Le Moniteur des Pharmacies n° 2557 du 13 novembre 2004, François POUZAUD, article sur l'association de pharmacie rurale
- 29 Le Moniteur des Pharmacies n° 2561 du 11 décembre 2004, NF, cahier I page 10
- 30 Le Moniteur des Pharmacies n° 2528 du 20 mars 2004
- 31 La revue Prescrire, n° 256, décembre 2004, "Prix des médicaments ; la folle envolée"
- 32 Le Moniteur des Pharmacies n° 2298 du 20/03/99
- 33 Étude Eurostaf pour la commission des comptes de la sécurité sociale, Septembre 2003
- 34 Avis n° 2-A-15 du Conseil de la Concurrence en date du 23 décembre 2002
- 35 [www.franchise-fff.com](http://www.franchise-fff.com) , le site de la fédération française de la franchise
- 36 Impact pharmacien n° 129, Novembre 2004
- 37 Paul NAUDON, La franc-maçonnerie, p21 et suivantes, ed PUF
- 38 <http://www.famili-prix.com/portail.aspx>
- 39 Le Moniteur des Pharmacies n° 2560 du 4/12/2004, François POUZAUD
- 40 Le Moniteur des Pharmacies n° 2557 du 13/11/04, Marie Luginsland : "Comment créer une chaîne ?"
- 41 Pharmaceutiques, juin / juillet 2002, n°98
- 42 Le Moniteur des Pharmacies .N° 2545 17/07/2004
- 43 [www.paris.notaires.fr](http://www.paris.notaires.fr)

### **LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS**

- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- AMPI : Assurance Maladie des Professions Indépendantes
- BCG : Boston Consulting Group, cabinet de conseil en stratégie
- BIC : Bénéfices Industriels et Commerciaux
- BODACC : Bulletin Officiel des Annonces Civiles et Commerciales
- CAVP : Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens
- CEPS : Comité Économique des Produits de Santé
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
- CSP : Code de la Santé Publique
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- EBE : Excédent Brut d'Exploitation

- FCGA : Fédération des Centres de Gestion Agréés
- FSPF : Fédération Syndicale des Pharmaciens de France
- FFF : Fédération Française de la Franchise
- GMS : Grandes et Moyennes Surfaces
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- IS : Impôt sur la Société
- LEEM : Les Entreprises du Médicament (anciennement Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique)
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
- ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
- OTC : "Over The Counter", littéralement au-delà du comptoir, médicament avec AMM vendu sans ordonnance en officine
- PIB : Produit Intérieur Brut
- TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité
  - TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
  -