



HAL
open science

Évolution du mode de valorisation de l'officine pharmaceutique

Caroline Massfelder

► **To cite this version:**

Caroline Massfelder. Évolution du mode de valorisation de l'officine pharmaceutique. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01076113

HAL Id: dumas-01076113

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01076113>

Submitted on 21 Oct 2014

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

**ÉVOLUTION DU MODE DE VALORISATION DE L'OFFICINE
PHARMACEUTIQUE**

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

Caroline MASSFELDER

Née le 26 septembre 1988 à Metz (57)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 17 octobre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : **Madame le Professeur Martine DELETRAZ-DELPORTE**, Docteur en pharmacie, responsable du laboratoire de droit pharmaceutique de la faculté de pharmacie de Grenoble

Directeur de thèse : **Madame le Professeur Martine DELETRAZ-DELPORTE**

Co-directeur de thèse : **Monsieur Jean-Marie BURTON**, Expert-comptable et Commissaire aux comptes

Membres : **Madame Anne-Sophie VITTET**, Docteur en pharmacie

Maître Sylvain LAGNEAUX, Avocat spécialiste en droit fiscal et en droit des sociétés

**ÉVOLUTION DU MODE DE VALORISATION DE L'OFFICINE
PHARMACEUTIQUE**

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

Caroline MASSFELDER

Née le 26 septembre 1988 à Metz (57)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 17 octobre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : **Madame le Professeur Martine DELETRAZ-DELPORTE**, Docteur en pharmacie, responsable du laboratoire de droit pharmaceutique de la faculté de pharmacie de Grenoble

Directeur de thèse : **Madame le Professeur Martine DELETRAZ-DELPORTE**

Co-directeur de thèse : **Monsieur Jean-Marie BURTON**, Expert-comptable et Commissaire aux comptes

Membres : **Madame Anne-Sophie VITTET**, Docteur en pharmacie
Maître Sylvain LAGNEAUX, Avocat spécialiste en droit fiscal et en droit des sociétés

LISTE DES ENSEIGNANTS

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Christophe RIBUOT**
Vice-doyen et Directeur des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2013-2014

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES (n=12)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC,IMAG)
MARTIN	Donald	Laboratoire TIMC-IMAG (UMR 5525 UJF-CNRS)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=6)

ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)

PROFESSEURS EMERITES (n=2)

CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-PH)
GRILLOT	Renée	Parasitologie – Mycologie Médicale (L.A.P.M)

DOMAINE DE LA MERCI

38706 LA TRONCHE CEDEX – France

TEL : +33 (0)4 75 63 71 00

FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (n=32)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BELAIDI-CORSAT	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MELO DE LIMA Christelle		Biostatistiques (L.E.C.A)
MOUHAMADOU Bello		Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
OUKACINE	Farid	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH Nicolas		Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie (D.P.M)

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=3)

BEDOUCH	Pierrick	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
BUSSER	Benoit	Pharmacie (MCU-PH-IAB-INSERM)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I/MCU-PH)

PROFESSEUR CERTIFIE (PRCE) (n=2)

FITE	Andrée	P.R.C.E
GOUBIER	Laurence	P.R.C.E

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n=4)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

PROFESSEUR AGREGE (PRAG) (n=1)

GAUCHARD	Pierre-Alexis	(D.P.M)
-----------------	---------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (n=3)

CHANOINE	Sébastien	Pharmacie Clinique (UF-CHU)
GARNAUD	Cécile	Parasitologie-Mycologie
VAN NOLLEN	Laetitia	Biochimie Toxicologie (HP2-DNTP-BGM)

MEDAILLE D'OR D'ANNE D'INTERNAT SUPPLEMENTAIRE (n=2)

BERNARD	Delphine	période de 6 mois – novembre 2013 à avril 2014
GAUTIER	Elodie	période de 6 mois – mai 2014 à novembre 2014

DOMAINE DE LA MERCI

38706 LA TRONCHE CEDEX – France

TEL : +33 (0)4 75 63 71 00

FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

ATER (n= 3)

BRAULT Julie	ATER	Pharmacologie - Laboratoire HP2 (JR)
GRAS Emmanuelle	ATER	Physiologie-Pharmacologie - Laboratoire HP2 (JR)
LEHMANN Sylvia	ATER	Biochimie Biotechnologie (JR)

MONITEUR ET DOCTORANTS CONTRACTUELS

BEL	Coraline	(01-10-2012 au 30-09-2014)	
BERTHOIN	Lionel	(01-10-2012 au 30-09-2014)	Laboratoire(TIMC- IMAG-THEREX)
BOSSON	Anthony	(01-10-2013 au 30-09-2015)	Laboratoire GIN
CAVAREC	Fanny	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
CHRISTEN	Aude	(01-10-2013 au 30-09-2015)	DCM
CRESPO	Xenia	(01-10-2013 au 30-09-2015)	LBGE
LECERF-SHMIDT	Florine	(01-10-2012 au 30-09-2014)	Pharmacochimie (DPM)
LESART	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Laboratoire(TIMCIMAG)
MELAINE	Feriel	(01-11-2011 au 31/10.2014)	Laboratoire HP2(JR)
MORAND	Jessica	(01-10-2012 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
NASRALLAH	Chady	(01-10-2011 au 30-09.2013)	Laboratoire HP2(JR)
OUIDIR	Marion	(01-10-2011 au 30-09-2014)	
THOMAS	Amandine	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)

Professeur Invité

NURISSO	Alessandra	(01/11/13 au 31/12/2013))
----------------	-------------------	---------------------------

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »

IBS : Institut de Biologie Structurale

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

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

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

REMERCIEMENTS

À Madame Martine DELETRAZ-DELPORTE, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction et la présidence du jury de cette thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre écoute. Veuillez trouver ici l'expression de ma très vive reconnaissance.

À Monsieur Jean-Marie BURTON, pour m'avoir suivie tout au long de ce travail, un grand merci pour votre investissement et votre patience. Veuillez trouver dans ce travail toute ma reconnaissance et mon respect pour vos compétences, vos précieux conseils, votre sens de la pédagogie et votre gentillesse.

À Madame Anne-Sophie VITTE, pour avoir accepté de juger mon travail. Mes sincères remerciements. Puisses-tu trouver dans ce travail une marque de respect, de reconnaissance et d'amitié.

À Monsieur Sylvain LAGNEAUX, pour avoir accepté avec enthousiasme de participer au Jury de cette thèse. Merci également pour la lecture attentive et pour ton aide tout au long de ce travail.

À mes parents, qui m'ont toujours soutenue durant toutes ces années, et sans qui je ne serais pas arrivée là aujourd'hui. Merci pour tous vos sacrifices, merci de m'avoir transmis l'amour du métier, merci d'être des parents en or. Je vous aime.

À ma sœur, mon cortex, Julie, que j'admire et que j'aime tant. Merci de m'avoir permis de réussir.

À ma grand-mère, Jacqueline, un grand merci pour ta présence, tes encouragements et pour tous ce que tu m'as appris.

À ma grand-mère, Maya, merci pour ton soutien malgré la distance.

À la mémoire de mon grand-père, Gérard, c'est aussi grâce à toi que j'ai choisi cette voie. J'aurai aimé que tu puisses lire ce travail. Une grande pensée pour toi.

À la mémoire de mon grand-père, Adolphe, parti trop tôt...

À Clément, pour ta patience, ta relecture, ton aide et ton soutien pendant la réalisation de cette thèse et pendant mes études.
Merci pour tout.

À mes amis, et notamment Christophe, Janick et Claire, merci pour toutes ces belles années passées ensemble. Que notre amitié reste toujours aussi forte !

À Alice, merci d'avoir toujours été là pendant ces 7 années d'études.

À Monsieur Julien BAUDOT et à la société CODEX LYON, merci de m'avoir permis de réaliser ce travail.

Et enfin, un grand merci à **toute l'équipe de la pharmacie Belle Étoile** de m'avoir accueillie pour mon stage de 6^{ème} année, de m'avoir transmis vos connaissances, votre rigueur ainsi que votre bonne humeur.

TABLE DES MATIÈRES

ÉVOLUTION DU MODE DE VALORISATION DE L'OFFICINE PHARMACEUTIQUE

LISTE DES ENSEIGNANTS	2
REMERCIEMENTS	7
TABLE DES MATIÈRES	10
LISTE DES FIGURES	14
ABRÉVIATIONS	16
INTRODUCTION	20

PREMIÈRE PARTIE : Revue de la littérature	23
--	-----------

Chapitre 1 : Évolution de l'environnement économique de l'officine de 1975 à aujourd'hui

1. Les plans de réduction des dépenses de santé.....	24
2. La liberté des prix et de la concurrence.....	29
3. De la marge forfaitaire à la marge dégressive lissée.....	30
3.1 La marge forfaitaire	30
3.2 La marge dégressive lissée.....	31
3.3 Impact de la MDL	32
4. Analyse géographique et démographique.....	34
4.1 Un système d'implantation planifié.....	34
4.2 Typologie des officines.....	37

Chapitre 2 : Analyse de l'activité de l'officine et étude des différents ratios économiques

1. L'officine : un lieu d'activité commerciale particulier.....	38
2. Analyse du chiffre d'affaires	41
2.1 Évolution du CA.....	41
2.2 Les facteurs d'augmentation du CA	44
2.2.1 La généralisation du tiers payant.....	44
2.2.2 Le vieillissement démographique et la consommation médicamenteuse	44
2.2.3 L'apparition de nouvelles molécules très onéreuses.....	45

2.2.4 Le développement de la parapharmacie et de l'automédication	46
2.3 Les facteurs de diminution du CA	47
2.3.1 Le développement des génériques	47
3. Analyse des marges.....	48
3.1 Évolution des marges	49
4. Analyse des charges.....	51
4.1 Charges externes	52
4.2 Frais de personnel.....	52
5. Analyse de la rentabilité	53
5.1 Définition de la notion	54
5.2 Évolution de l'EBE.....	54
6. Activité de la profession : synthèse	56
6.1 Entre 1975 et 2005 : une forte croissance de l'activité.....	56
6.2 De 2005 à aujourd'hui : une activité en baisse.....	58

Chapitre 3 : Évolution de la valeur des fonds de l'officine de 1975 à aujourd'hui

1. Historique des transactions	62
2. Historique des taux d'emprunts	68
3. Pyramide des âges.....	69
4. Les Sociétés de Participations Financières de Profession Libérales.....	70
5. Synthèse	72

DEUXIÈME PARTIE : Vers une valorisation plus économique..... 74

Chapitre 1 : L'évaluation des fonds d'officine

1. Le fonds de commerce	75
2. La valorisation d'un fonds.....	76
3. La méthode de valorisation traditionnelle	78
3.1 Définition	78
3.2 Décomposition du CA.....	79
3.3 Analyse du CA par rapport à la rentabilité.....	80
3.4 Impact de la nouvelle rémunération	81
4. Les autres méthodes possibles.....	82
4.1 Méthode utilisant un multiple de l'excédent brut d'exploitation	82
4.1.1 Définition.....	82
4.1.2 L'EBE retraité	82

4.2 Méthode utilisant les flux de trésorerie actualisés (Discounted cash flow)	83
4.2.1 Définition.....	83
4.2.2 Avantages / Limites	83

Chapitre 2 : Étude des méthodes de valorisation

1. Le bilan et le compte de résultat.....	85
2. Méthodologie	87
3. Résultats	90
4. Discussion	91
4.1 Analyse des résultats	91
4.2 Limites des deux méthodes.....	93
4.3 Nouvelle méthode	96
CONCLUSION.....	99
BIBLIOGRAPHIE	103
LISTE DES ANNEXES	108
ANNEXES.....	110
SERMENT DES APOTHICAIRES.....	124

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution des montants remboursés de soins de santé [5]	26
Figure 2 : Décomposition du chiffre d'affaires moyen d'une officine en 2013 [7]	27
Figure 3 : Impact des plans médicaments sur l'économie de l'officine [8]	28
Figure 4: Répartition des officines sur le territoire, avril 2014 [12]	35
Figure 5: Typologie des officines françaises [13]	37
Figure 6: Évolution du chiffre d'affaires hors taxes par année [20]	42
Figure 7: Évolution du CA HT par tranche de chiffre d'affaires [20]	43
Figure 8: Répartition des CA Ordonnances par tranches d'âge [22]	45
Figure 9 Évolution de la marge brute en pourcentage du CA HT [20]	49
Figure 10 : Évolution de l'excédent brut d'exploitation retraité [20]	55
Figure 12: Ouvertures de procédures collectives d'officine de 2009 à 2013 [1]	60
Figure 13: Ouvertures de procédures collectives d'officine par région en 2013 [1]	61
Figure 14 : Évolution du prix de cession moyen en pourcentage [1]	62
Figure 15: Carte de France des prix de cession en % du CA HT [1]	64
Figure 16: Nombre de mutations d'officine [1]	65
Figure 17: Évolution du prix de cession moyen France entière en valeur[1]	66
Figure 18 : Comparaison des évolutions du prix de cession moyen [1]	67
Figure 19: Évolution du taux à 10 ans depuis 1980 [31]	68
Figure 20: Vieillessement des pharmaciens titulaires [1]	69
Figure 21 : Départs en retraite et décès de titulaires [1]	69
Figure 22 : Limites de participations dans les SEL pour un pharmacien titulaire [33]	71
Figure 23: Les facteurs de variations des prix de cessions [20]	72

ABRÉVIATIONS

ALD	Affections de Longue Durée
ASMR	Amélioration du Service Médical Rendu
BODACC	Bulletin Officiel des Annonces Civiles et Commerciales
CA	Chiffre d’Affaires
CA HT	Chiffre d’Affaires Hors Taxes
CA TTC	Chiffre d’Affaires Toutes Taxes Comprises
CAVP	Caisse d’Assurance Vieillesse des Pharmaciens
CEPS	Comité Économique des Produits de Santé
CNOP	Conseil National de l’Ordre des Pharmaciens
CSG	Cotisation Sociale Généralisée
CSP	Code de la Santé Publique
EBE	Excédent Brut d’Exploitation
EBEr	Excédent Brut d’Exploitation Retraité
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FSPF	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
GMS	Grandes et Moyennes Surfaces
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
HT	Hors Taxes
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INED	Institut National d’Etudes Démographiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
IR	Impôts sur le Revenu
IS	Impôts sur les Sociétés
JO	Journal Officiel
LFSS	Lois de Financement de la Sécurité Sociale
MDL	Marge Dégressive Lissée
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PFHT	Prix Fabricant Hors Taxes
PMF	Prescription Médicale Facultative
RFA	Remises de Fin d’Années
RMO	Références Médicales Opposables
SARL	Société À Responsabilité Limitée
SEL	Sociétés d’Exercice Libéral
SELARL	Société d'Exercice Libéral À Responsabilité Limitée

SELAFA	Société d'Exercice Libéral À Forme Anonyme
SELAS	Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée
SELASU	Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée Unipersonnelle
SELCA	Société d'Exercice Libéral en Commandite par Actions
SMR	Service Médical Rendu
SNC	Société en Nom Collectif
SPF-PL	Sociétés de Participations Financières de Profession Libérales
TFR	Tarif Forfaitaire de Responsabilité
TNS	Travailleurs Non Salariés
TPE	Très Petite Entreprise
TTC	Toutes Taxes Comprises
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UNPF	l'Union Nationale des Pharmacies de France
USPO	Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

*« Un pessimiste voit la difficulté dans chaque opportunité.
Un optimiste voit l'opportunité dans chaque difficulté. »*

Winston Churchill

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années déjà, la conjoncture économique ne plaide pas en faveur de l'exercice officinal. Le marché des transactions d'officines évolue dans une ambiance morose. De nombreux évènements ont concouru à la baisse des prix de cession des pharmacies d'officine ainsi que du nombre des cessions de fonds, et ce pour la cinquième année consécutive. En effet, depuis 2009, les prix ont chuté de 11 points pour finalement représenter 83% du chiffre d'affaires hors taxe (CA HT) en 2013. Malgré cette diminution significative, les prix de vente des officines restent encore très élevés. [1]

Il fût un temps où le chiffre d'affaires des pharmacies progressait de plus de 10% par an. Le prix de cession moyen quant à lui se situait aux alentours de 100% du CA TTC et atteignait parfois même 120% de ce dernier dans certaines régions (PACA). L'accès au crédit était facilité, les banquiers prêtaient en toute sécurité avec un faible apport. En d'autres termes, la pharmacie d'officine était une activité solvable. Il semblerait que cette « belle époque » ne soit plus que le souvenir d'un confort désormais révolu.

La notion de chiffre d'affaires est complètement perturbée par la nouvelle économie de l'officine. Utiliser le CA TTC comme indicateur revient à valider l'hypothèse selon laquelle les officines bénéficient d'une rentabilité homogène. Mais est-ce encore le cas aujourd'hui ? Ne demeure-t-il pas de grandes disparités dans les rentabilités en fonction, entre autres, de la typologie de l'officine ? Cet indicateur est-il valable dans la conjoncture ?

Selon l'étude réalisée par Interfimo en 2013, le prix des officines a augmenté de 25% par rapport à la rentabilité au cours des 10 dernières années.

Cette survalorisation des fonds bloque littéralement le marché. Les transactions stagnent alors que des opportunités majeures se présentent :

- les titulaires en âge de prendre leur retraite n'ont jamais été si nombreux ;
- et les taux d'intérêt restent bas.

Par ailleurs, les nouvelles missions confiées au pharmacien dans le cadre de la récente loi “Hôpital, patients, santé, territoires¹” (HPST), nécessitent une réelle capacité d’investissement, que ce soit au niveau de l’aménagement d’espaces confidentiels ou de la formation de l’équipe. Dans ce contexte, acquérir une officine à un prix survalorisé ne risque-t-il pas de représenter un frein au développement de l’activité du pharmacien ?

Partant de ces constats, il devient alors indispensable de faire évoluer la méthode de valorisation du fonds de commerce de l’officine. Apprécier son juste prix permettrait non seulement de dynamiser le marché mais aussi de revaloriser la profession en plaçant le pharmacien comme acteur à part entière du système de soin.

Après avoir réalisé une mise au point de la situation économique de la pharmacie d’officine de ces 20 dernières années, nous identifierons les facteurs qui ont conduit à la survalorisation actuelle des fonds de l’officine.

La méthode de valorisation utilisée de nos jours, semble présenter nombre de limites dans la conjoncture et la seconde partie de cette étude sera pour nous l’occasion de nous y pencher. Après avoir mis en évidence ces principales limites, nous étudierons les autres méthodes possibles. Suivra alors une comparaison des ces diverses méthodes à travers une évaluation de 14 officines de la région Rhône-Alpes.

Et enfin, grâce aux résultats de cette étude, nous tenterons de déterminer une nouvelle approche qui permettra de déterminer le juste prix de l’officine de demain.

¹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

PREMIÈRE PARTIE

Revue de la littérature

1. Les plans de réduction des dépenses de santé

Pour comprendre l'économie actuelle de l'officine, il est indispensable de connaître l'évolution de son environnement de ces dernières décennies.

En France, une véritable politique du médicament se met en place après 1945. Et c'est seulement à partir de 1975, suite à un accroissement considérable des dépenses de santé et à l'apparition des premières crises économiques, que les premiers plans de réduction des coûts apparaissent.

De 1976 à 1993 s'ensuit une multitude de plan de réduction de dépenses de santé¹. Ces plans se traduisent d'une part, par des baisses des taux de remboursement des médicaments voire des déremboursements définitifs. D'autre part nous assistons à une augmentation de la participation financière des assurés, à des baisses de marges des officinaux, ainsi qu'à des modifications des remises. Des mesures de régulations de plus en plus drastiques se sont mises en place depuis de nombreuses années déjà.

À partir de 1996, une nouvelle politique de régulation et de maîtrise des dépenses de santé se dessine avec le plan Juppé et l'instauration des lois de financement de la Sécurité Sociale (LFSS). En parallèle une nouvelle méthodologie apparaît pour la fixation des prix fabricant hors taxe des médicaments remboursables en fonction de l'amélioration du service médical rendu (ASMR). Ensuite, comme lors des années précédentes, on retrouve encore un contrôle des taux de remboursement et une diminution des marges de distribution des officinaux. Enfin, de nouvelles mesures sont instaurées à l'image du droit de substitution, du développement des génériques et de la marge dégressive lissée (MDL) en 1999. En 2003 est créé le prix de référence, encore appelé tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), sur le modèle allemand.

¹ Près d'un plan par année, voir Annexe A. p111.

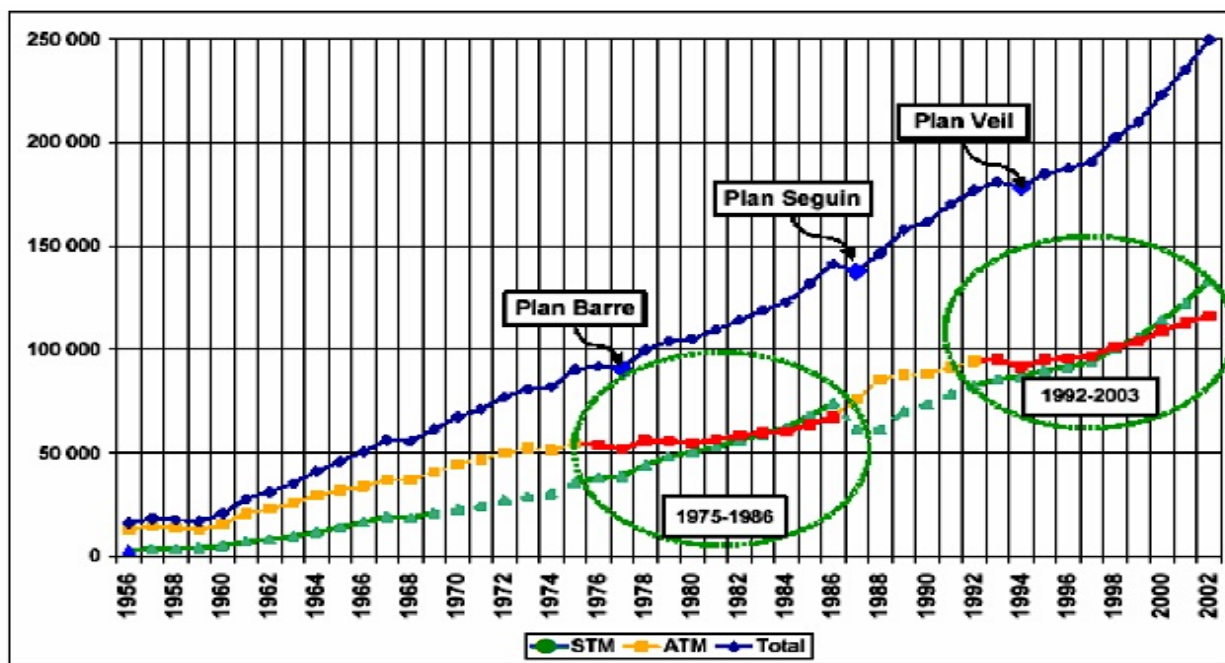
Les années 90 marquent ainsi un réel tournant dans l'histoire du médicament. À partir de 2004, l'État s'engage avec l'ensemble des entreprises du médicament dans la réussite de la réforme de l'Assurance Maladie. Un nouveau plan médicament voit le jour visant à faire économiser plus de 2 milliards d'euros sur la période 2005-2007. Le développement des génériques a contribué à l'économie de la moitié de cette somme, le reste ayant été réalisé par l'introduction des grands conditionnements, la régulation des prix à l'hôpital (rétrocession et T2A), de nouveaux remboursements et l'arrivée des vignettes orange¹ (2010).[2] [3]

L'année 2013, quant à elle, est marquée par une baisse de prix des médicaments historique et constitue à ce jour la plus importante baisse jamais vécue par l'officine. Au total, ce sont près de 2 000 spécialités, dont plus de la moitié des génériques, qui ont vu leurs tarifs revus à la baisse. 2014 se présente sans grand changement avec une poursuite des baisses de prix des médicaments². [4]

¹ Taux de remboursements des médicaments à 15%.

² Les baisses de prix des médicaments seraient de l'ordre de 1 milliard d'euros dans le cadre du PLFSS pour 2014.

Toutes ces différentes mesures se sont avérées être surtout efficaces à court terme. En effet, une fois que les dépenses semblaient stabilisées, elles repartaient rapidement à la hausse, ce qui est parfaitement illustré par le graphique suivant (figure 1). [5]



STM : dépenses Sans Ticket Modérateur

ATM : dépenses Avec Ticket Modérateur

Figure 1 : Évolution des montants remboursés de soins de santé hors hospitalisation (en millions de francs constants) [5]

La courbe bleue représente le total des dépenses de santé hors hospitalisation (avec et sans Ticket Modérateur). Elle est en constante progression depuis les années 1960 déjà. De 1975 à 1977, nous notons une première stabilisation des dépenses, correspondant à l'instauration de 3 plans de réductions des coûts de santé. Par la suite, les dépenses augmentent significativement jusqu'à la mise en place de nouvelles mesures. Nous constatons donc que le phénomène décrit ici se reproduit régulièrement au fil des années. Cette augmentation constante des dépenses est corrélée à un effet volume.

Les dépenses de santé ont donc très fortement augmenté ces quarante dernières années et progressées plus vite que la richesse nationale, jusqu'à atteindre 9% du PIB en 2012 contre 2,6 % en 1950. [6]

L'économie de l'officine a été largement impactée par l'ensemble de ces différentes mesures. En effet, le chiffre d'affaires de la pharmacie d'officine est majoritairement porté par le médicament remboursable (figure 2). En 2013, ceux prescrits représentaient en moyenne 73,7% du CA d'une officine. Cette dernière demeure ainsi complètement tributaire des décisions prises par l'Etat concernant les plans médicaments.

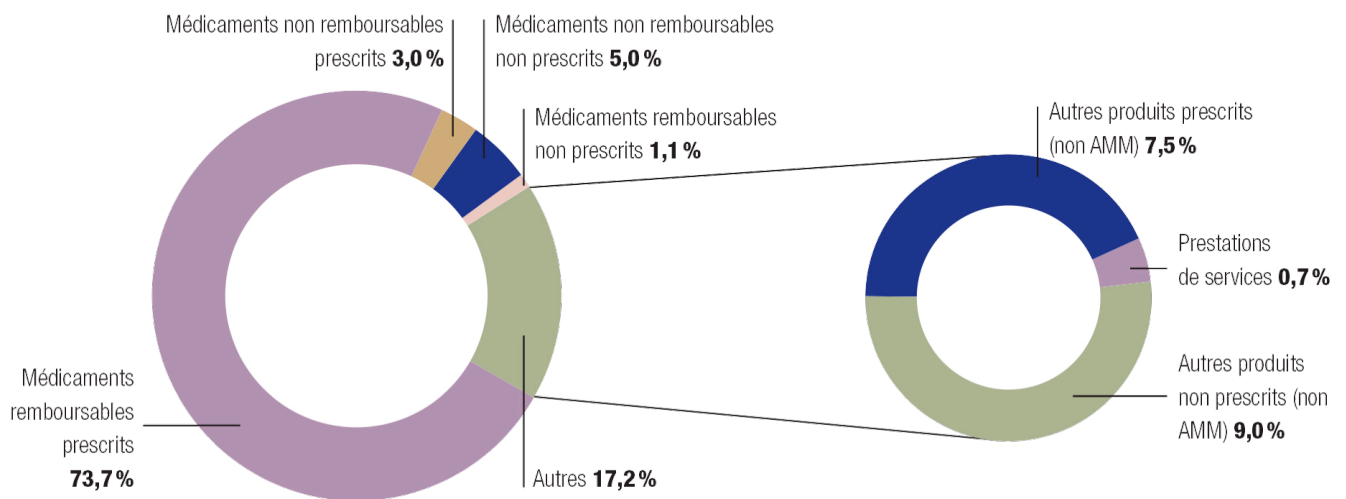
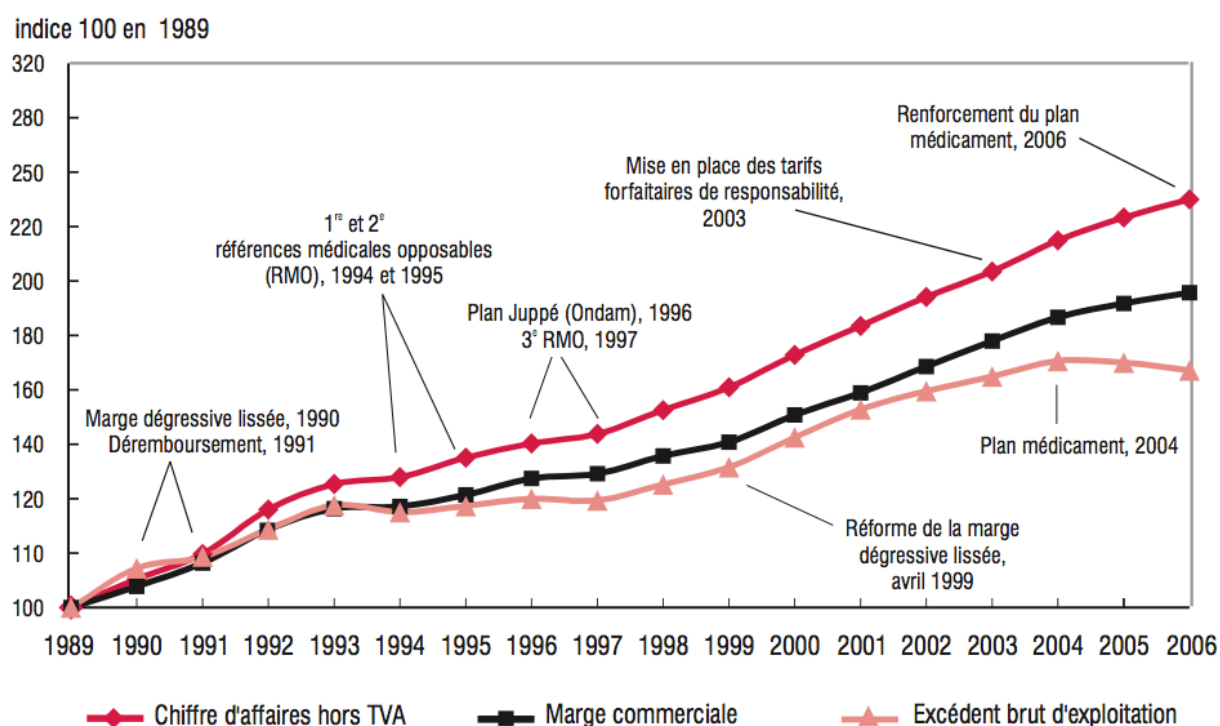


Figure 2 : Décomposition du chiffre d'affaires moyen d'une officine en 2013 (en prix public TTC) [7]

Le graphique suivant (figure 3) représente l'évolution des principaux indicateurs de l'économie de l'officine¹ depuis 1989.



Note : le repère semi-logarithmique permet de visualiser les taux de croissance d'une variable évoluant dans le temps. Quel que soit le niveau de la variable, des taux de croissance identiques sont représentés par des segments ayant la même pente.
 Source : Insee, comptes du commerce, Suse.

Figure 3 : Impact des plans médicaments sur l'économie de l'officine [8]

Nous pouvons remarquer que les trois courbes (figure 3) sont parfaitement corrélées à celles représentant les dépenses de santé vues précédemment (figure 1). Plus précisément, lors de chaque mise en place des différentes mesures de réductions des dépenses, nous pouvons constater un ralentissement de l'évolution de ces indicateurs. Il importe toutefois de remarquer que l'évolution du chiffre d'affaires est moins influencée par le facteur étudié que la marge commerciale et l'excédent brut d'exploitation (EBE). Ceci est essentiellement dû au vieillissement de la population mais aussi à la mise en place de nouveaux traitements ainsi qu'à une augmentation conséquente des volumes de ventes. Nous reviendrons par la suite sur les détails de l'évolution de ces différents indicateurs.

¹ Chiffre d'affaires hors TVA, marge commerciale et excédent brut d'exploitation.

Ce véritable durcissement des politiques de maîtrise des dépenses de santé a littéralement conduit à une détérioration de l'économie de l'officine. Pour tenter de faire face à cette situation qui se révèle être de plus en plus inconfortable, les pharmaciens ont fait évoluer leur exercice vers une forme beaucoup plus commerciale. Une concurrence exacerbée s'est installée dans le réseau ce qui a contribué à la progression continue des volumes de ventes, et donc des chiffres d'affaires. Cette concurrence s'est premièrement effectuée sur les horaires d'ouverture. Ceci c'est traduit dans certaines régions, notamment en centre ville par des ouvertures « sauvages » d'officines de 8 heures à 20 heures en « non-stop ». Dans la capitale et les grandes villes, nous avons même vu apparaître des pharmacies ouvertes 24h/24. Ce comportement a littéralement troublé le bon déroulement des services de garde et d'urgence et a même fini par entraîner des dérives professionnelles par le refus de certains officinaux à effectuer des gardes, considérées comme inutiles. [9]

2. La liberté des prix et de la concurrence

La liberté des prix et la liberté de la concurrence sont étroitement corrélées, l'une ne pouvant subsister sans l'autre. Elles sont définies par l'Ordonnance du 1^{er} décembre 1986 comme telles : « *Les prix des produits, des biens et services relevant antérieurement de ladite ordonnance sont librement déterminés par le libre jeu de la concurrence* ». Malgré cette Ordonnance, la liberté du pharmacien d'officine dans la fixation des prix des produits de santé est encadrée par des textes et limitée seulement à certains types de produits. En effet, le prix de vente d'un médicament remboursable est fixé par convention entre l'entreprise exploitant ledit médicament et le Comité Économique des Produits de Santé¹. En revanche, depuis 1987, les prix des médicaments non remboursables et des produits de parapharmacie sont librement déterminés par les pharmaciens d'officine, tout en respectant le Code de Déontologie, c'est-à-dire une détermination « *avec tact et mesure* ».

¹ CEPS : organisme placé sous la tutelle du Ministère de l'Economie et des Finances et du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

Jusqu'en 1988, les produits de parapharmacie étaient distribués selon un système sélectif par les pharmaciens d'officines. Lorsque la vente de ces produits est devenue libre, la concurrence au sein de ce secteur s'est considérablement accrue. Le pharmacien d'officine a effectivement vu apparaître de nouveaux concurrents¹, non soumis aux règles de déontologie. Ces derniers ont donc pu adopter des politiques de prix qui leur sont propres et investir dans des campagnes publicitaires, qui elles restent interdites aux officinaux.

Ce développement de la concurrence a fortement contribué au changement de l'approche de la profession par les pharmaciens.

3. De la marge forfaitaire à la marge dégressive lissée

3.1 La marge forfaitaire

Nous avons pu voir précédemment que les spécialités remboursables représentaient environ 75% du chiffre d'affaires de l'officine. Les pharmaciens devraient donc réaliser l'essentiel de leurs marges sur la vente de ces médicaments.

En raison de l'existence d'une prise en charge de ces médicaments par la Sécurité Sociale, ce sont les pouvoirs publics² qui fixent à la fois les prix fabricants et encadrent les marges des acteurs³ de la distribution du médicament en ville. Les mesures réglementant ces taux de marges ont donc un impact important sur l'économie de l'officine.

Historiquement, le système de rémunération du pharmacien était strictement proportionnel au prix fabricant. La marge était linéaire et a évolué, passant de

¹ Les grandes surfaces et les parapharmacies.

² Les ministres chargés des finances, de la santé et de la Sécurité Sociale.

³ Les grossistes-répartiteurs pour la distribution en gros et les pharmacies d'officine pour la distribution de détail.

34,96%¹ en 1970 à 30,44%² en 1988.

La marge linéaire fut remplacée en 1990 par un système dit de marge « dégressive lissée » ou MDL. Ce nouveau système de marge s'adaptait mieux à notre activité libérale. La marge linéaire correspond en effet à celle utilisée par les distributeurs et les commerçants.

3.2 La marge dégressive lissée

Ce nouveau mode de rémunération a été appliqué dès le 1^{er} mars 1990³. Il consiste à diminuer le taux de marge au fur et à mesure que le prix du médicament s'élève. Toujours dans un contexte général de maîtrise des dépenses de santé, ce système a été instauré dans le but de limiter l'effet d'aubaine sur les marges des officinaux lié à la croissance importante des prescriptions de produits récents et onéreux. Cependant, pour de tels médicaments, malgré un faible pourcentage de marge, la marge en valeur demeure tout de même conséquente. Ce système a été plusieurs fois modifié depuis son instauration en 1990.

Initialement le dispositif de la marge de 1990 repose sur six tranches⁴ :

Tranches de prix en F (PFHT)	Coefficient HT
0 – 5	0,9
5 – 10	0,56
10 – 17	0,38
17 – 30	0,26
30 – 70	0,125
Supérieur à 70	0,10

¹ Arrêté du 24 juillet 1970. JO du 25 juillet 1970.

² Arrêté du 12 novembre 1988. JORF 13 novembre 1988.

³ Arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables. Version consolidée au 01 juillet 2012.

⁴ Arrêté du 2 janvier 1990.

En 1997, la marge est simplifiée par un système à trois tranches¹ :

Tranches de prix en F (PFHT)	Taux limite de marge brute
0 – 10	66,05%
10 – 200	26,42%
Supérieur à 200	5,284%

Et enfin le système actuel repose sur trois tranches auxquelles s'ajoute un montant forfaitaire par boîte². L'objectif de ce dernier est alors de valoriser l'acte pharmaceutique.

Tranches de prix en € (PFHT)	Coefficient HT
0 – 22,90	0,261
22,91 – 150	0,10
Supérieur à 150	0,06
Forfait par boîte : 0,53 cts	

De plus, afin de favoriser la substitution, la marge des génériques est alignée sur celle des princeps. À partir de 2003, cette disposition concernant les génériques devient limitée aux spécialités non soumises au tarif de responsabilité³.

3.3 Impact de la MDL

Plus de 20 ans après son application, nous pouvons constater que la MDL a profondément modifié l'économie officinale. Elle a en effet contribué à accentuer les différences entre les taux de marge brute des officines de différentes typologies. Le taux de marge brute se calcule en comparant la marge dégagée en valeur avec le CA HT. Concrètement il s'agit du solde qui reste à l'officine pour couvrir ses frais, rémunérer le service rendu et rembourser ses emprunts. Il inclut également les coopérations commerciales ainsi que les nouvelles rémunérations sur objectifs de santé. Nous aurons l'occasion de développer davantage ce dernier point plus loin

¹ Arrêté du 21 mai 1997. JORF n°117 du 22 mai 1997, page 7673.

² Arrêté du 12 février 2004. JO n° 44 du 21 février 2004, page 3529 à 3530.

³ Arrêté du 08 août 2003. JORF n°204 du 4 septembre 2003, page 15184, texte n° 34.

dans ce travail.

Taux de marge brute commerciale (% du CA) [10]

$$= \frac{\text{Ventes de la pharmacie HT} - (\text{stock début} + \text{achats} - \text{stock fin})}{\text{Ventes de la pharmacie H.T}} \times 100$$

À chiffres d'affaires égaux, deux officines peuvent avoir des taux de marges foncièrement différents. Le taux de marge est d'autant plus élevé que l'officine délivre un nombre plus important de médicaments et de médicaments à faible prix¹. Ainsi les taux de marge sont corrélés aux caractéristiques objectives de l'activité de chaque officine.

Initialement, la MDL avait été instaurée pour apporter une certaine « sécurité » économique aux pharmaciens privilégiant l'acte de dispensation. Toutefois, son application a notamment eu pour conséquences de pousser les officinaux à développer la dispensation de médicaments non remboursables et à choisir des stratégies de volumes, contraires au code de déontologie. [11]

L'exemple suivant illustre parfaitement cette situation :

Une officine de la région lyonnaise, spécialisée dans la dispensation de trithérapies, est reconnue pour la qualité des conseils donnés aux patients, pour la disponibilité de son personnel, ainsi que pour l'écoute et le temps important que ce dernier consacre aux patients. Comparée à une officine ayant choisi de développer une stratégie de volume, des prix bas pour attirer une clientèle de passage et accordant 3 minutes maximum par patient au comptoir ; la MDL s'est révélée malheureusement moins bénéfique pour la première officine, que pour la seconde.

¹ Résultat de la dégressivité de la marge.

4. Analyse géographique et démographique

4.1 Un système d'implantation planifié

Le marché français de l'officine présente une particularité : le contingentement. Depuis 1941, les règles d'implantation des officines sont passées d'un système libre à un système planifié¹. Afin d'assurer une bonne répartition géographique des officines, la loi fixe des quotas de pharmacies en fonction du nombre d'habitants par commune. Cette répartition harmonieuse des officines sur le territoire permet de garantir un service de santé publique accessible à tous.

Au 1^{er} avril 2014, on recense 22 498 officines en France, soit une moyenne d'une pour environ 2900 habitants. [12]

En se basant sur le quota défini par la loi, la Cour des Comptes évalue à plus de 5000 le nombre de pharmacies excédentaires en France, ce qui représente 22% de la totalité des établissements. La sur-implantation est principalement marquée dans les grandes villes, telles que Paris, Marseille, ou encore Bordeaux. Cette augmentation surnuméraire, s'explique par le fait que malgré un système d'implantation très règlementé, pendant de nombreuses années ont eu lieu des créations d'officines par dérogation. Cette procédure a permis l'ouverture de pharmacies à des endroits où le quorum était atteint, lorsque « les besoins de la population l'exigeaient... »². Conçue initialement comme une mesure à caractère exceptionnel, l'octroi de licences par voie dérogatoire s'est développé davantage dans les quartiers excentrés ou en périphérie des villes. Il s'agit aujourd'hui d'une procédure strictement interdite³.

¹ Articles L571, L572 et L573 du Code de la Santé Publique.

² Loi du 11 septembre 1941, relative à l'exercice de la médecine. JORF du 20 septembre, 1941 page 4023.

³ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, JORF n°172 du 28 juillet 1999 page 11229.

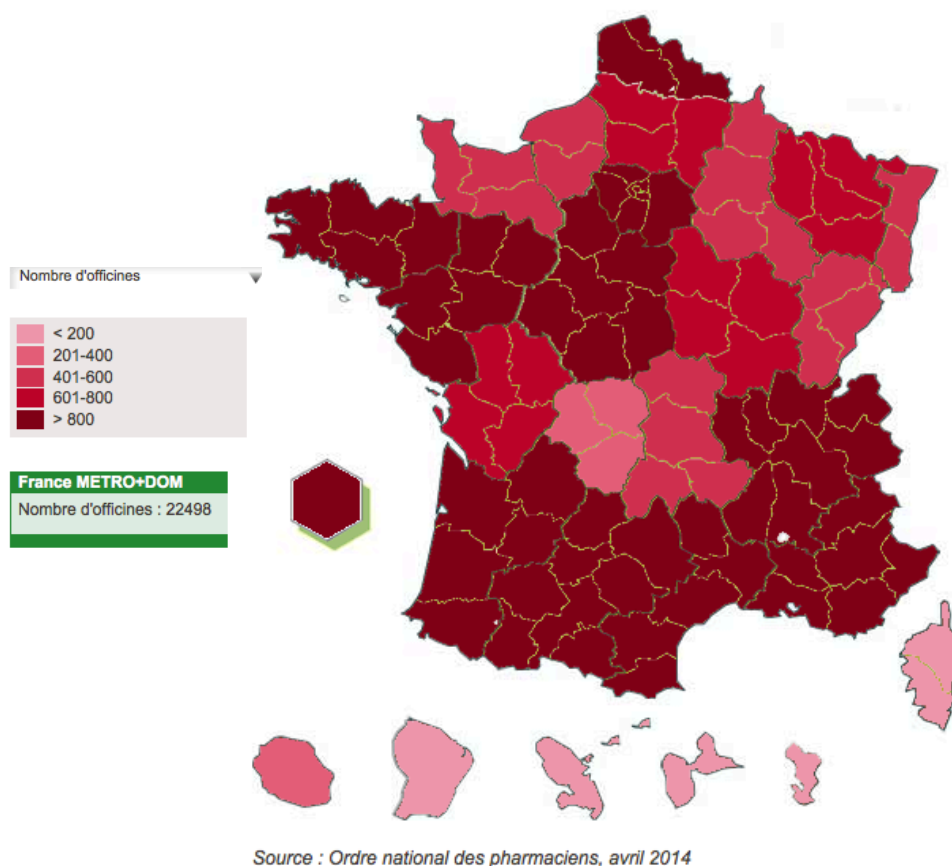


Figure 4: Répartition des officines sur le territoire, avril 2014 [12]

Malgré des règles de maillage très rigides, la répartition géographique des officines se révèle toujours inégale. On constate aujourd'hui qu'il existe une surconcentration d'officines dans les zones très urbanisées alors qu'une tendance inverse se produit dans les régions rurales. La carte ci-dessus (figure 4), illustre parfaitement ce phénomène. Il apparaît clairement que les régions Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône Alpes et Ile de France représentent la majorité du nombre total d'officines.

Cette répartition inégale est une des sources du développement de la concurrence, plus élevée dans les zones fortement urbanisées et qui s'est davantage renforcée ces dernières années. Partant de ce constat, une réorganisation du réseau semble donc nécessaire. C'est pour cette raison que les seuils de populations des règles d'implantation ont été revus à la hausse¹ : « *L'ouverture d'une nouvelle officine dans*

¹ Décidé dans le cadre de la LFSS pour 2008, loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 – art.59. JORF n°0296 du 21 décembre 2007, page 20603, texte n° 1. Article L5125-11 du CSP.

une commune de plus de 2500 habitants où au moins une licence a déjà été accordée, peut être autorisée par voie de transfert à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 4 500 habitants recensés dans la commune. » (Initialement 3 500)

Dans un second temps, la loi, en simplifiant les démarches, a davantage poussé les titulaires à se regrouper et/ou à réaliser des transferts. Néanmoins, force est de constater que les regroupements restent aujourd'hui très peu nombreux¹. Depuis 2012, les rachats et cessions de clientèle sont largement préférés pour la recomposition locale de l'offre officinale.

Cependant, depuis quelques années, on assiste à une diminution régulière du nombre d'officines, témoignant de la fragilité du réseau et de la conjoncture économique. Au total, on dénombre près de 500 fermetures définitives ces 5 dernières années. On rencontre la plupart du temps les 2 cas suivants : soit suite à une restitution volontaire de licence ou un regroupement, soit suite à une liquidation judiciaire. Bien que ces chiffres de fermetures soient élevés, les autorités recensent un nombre d'officine encore trop important sur l'ensemble du territoire. [12]

¹ 24 regroupements en 2011 (source CNOP).

4.2 Typologie des officines

Selon la zone de chalandise, on distingue quatre principaux groupes d'officines. Pour chacun d'entre eux, il existe trois différences notables : au niveau de la clientèle, des produits et des charges supportées.

Officines Critères	RURALE	QUARTIER	CENTRE-VILLE	CENTRE COMMERCIAL
Clientèle	Fidèle voire captive, recherchant le service de proximité Forte demande de conseil face à la désertification médicale	Fidèle, recherchant le conseil, l'écoute et la disponibilité	De passage, cherchant le choix, le prix et la disponibilité	De passage, volatile, cherchant le choix, le prix, la disponibilité, la rapidité et le côté pratique
Produits	Taux de parapharmacie faible, taux de produits remboursables et médicaments familiaux élevé. Largeur de services	Taux de parapharmacie faible, taux de produits remboursables élevé	Taux de parapharmacie et de conseil élevé (exemple les pathologies d'hiver)	Taux de parapharmacie et de conseil élevé Taux de produits remboursables faible
Charges	Frais généraux souvent faibles, faible masse salariale	Frais généraux et masse salariale souvent modérés	Frais généraux et masse salariale importants	Frais généraux (loyer important) et masse salariale importants

Figure 5: Typologie des officines françaises [13]

On remarque que les facteurs liés à la zone d'implantation géographique, tels que l'âge de la population, le pouvoir d'achat ou encore la concurrence avec d'autres officines, expliquent en grande partie la performance économique des celles-ci.

Nous verrons par la suite que les pharmacies de centre-ville et situées dans les centres commerciaux affichent les marges les plus faibles mais par contre les chiffres d'affaires les plus importants. Par conséquent, il est important de tenir compte de ces zones de chalandises pour toute comparaison des ratios économiques.

Chapitre 2 : Analyse de l'activité de l'officine et étude des différents ratios économiques

1. L'officine : un lieu d'activité commerciale particulier

L'officine est, selon l'article L5125-1 du Code de la Santé Publique (CSP), définie comme « l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales ».

Par ailleurs, l'article L121-1 du Code de Commerce nous informe que sont considérés comme « commerçants ceux qui exercent des actes de commerce et en font leur profession habituelle ». L'acte de commerce représente l'achat et la vente de biens ou de services dans un but de bénéfice. Le pharmacien titulaire dispose donc du statut de commerçant puisqu'il achète des médicaments ou d'autres produits définis par le CSP, les dispense à un patient-client et en tire un bénéfice.

En tant que commerçant, le pharmacien se doit de répondre à des obligations relevant du Code de Commerce et du Code Général des Impôts. De ce fait, le titulaire doit inscrire son officine au registre du commerce et des sociétés ainsi qu'au répertoire national des entreprises. Il se voit alors attribuer un numéro de SIREN, de SIRET ainsi qu'un code APE, constituant une véritable carte d'identité de l'entreprise. Le pharmacien-commerçant devra également remplir deux autres obligations résultantes du Code de Commerce : tenir une comptabilité et posséder un compte bancaire ou postal¹.

Du point de vue de l'administration fiscale, le pharmacien devra verser un certain nombre de taxes et impôts.

La pharmacie d'officine occupe ainsi une position unique en son genre. En plus de son statut de commerçant, le pharmacien se veut surtout être reconnu comme un

¹ Art.L123-24 du Code de commerce.

professionnel de santé à caractère libéral, et ceci depuis 1905. Une profession libérale peut être définie comme « toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante »¹. Le pharmacien d'officine est également soumis aux dispositions du Code de la Santé Publique réglementant l'exercice de sa profession et à un Code de Déontologie. Il relève donc d'un ordre professionnel garant du respect de ses devoirs, de ses obligations et de son indépendance.

Les éléments que nous venons d'aborder nous permettent d'affirmer que, considérée comme un commerce, l'officine n'en reste pas moins une activité très règlementée. De ce fait, elle échappe paradoxalement à certaines règles commerciales, ce qui peut être source de difficultés pour les pharmaciens. C'est par exemple le cas des nombreuses restrictions en matière de publicité qu'imposent le CSP et la Déontologie. Alors que certaines entités concurrentielles², externes à la profession, peuvent librement communiquer auprès du grand public, les pharmaciens doivent se contenter d'actions limitées au sein de l'officine³.

Autre exemple illustrant notre propos : le nombre de pharmacien(s) dont le titulaire d'officine doit se faire assister. Ce dernier n'a en effet pas le choix : c'est la loi qui le fixe⁴, en fonction du montant du chiffre d'affaires. Or, l'ensemble des produits dispensés à l'officine entrent dans la constitution de celui-ci. De ce fait, la part du chiffre d'affaires réalisée par la vente de produits cosmétiques et de parapharmacie est comprise dans la détermination du seuil alors qu'aucun texte n'oblige les parfumeries ou les parapharmacies à avoir un nombre de personnes qualifiées en fonction de leur chiffre d'affaires. Ainsi, par rapport aux autres activités commerciales, cette obligation liée à la qualification du personnel peut devenir pénalisante financièrement dans la mesure où elle entraîne des charges relativement lourdes pour l'officine.

¹ Directive relative aux qualifications professionnelles datée du 07 septembre 2005.

² Telles que la parapharmacie ou les magasins spécialisés de matériel médical.

³ Pour un même produit de parapharmacie.

⁴ Arrêté du 01 août 1991 relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires. JORF n°182 du 6 août 1991, page 10456.

A cela s'ajoute une autre difficulté : une officine réalisant 1,4 millions de CA HT et une autre réalisant 2,5 millions de CA HT auront les mêmes contraintes d'embauche d'un pharmacien assistant, dans la mesure où elles se situent dans la même tranche. Aussi, il est facile d'imaginer que l'amortissement de cette charge se fera plus facilement sur l'officine réalisant davantage de chiffre d'affaires. Selon le dernier rapport de l'IGAS¹, la référence au chiffre d'affaires pour déterminer le personnel n'est plus pertinente. Ce document va plus loin et préconise une modernisation du système en utilisant une référence corrélée au nombre d'ordonnances traitées par l'officine. [14]

À la vue de l'évolution de l'environnement économique de l'officine, il apparaît clairement que l'exercice officinal d'aujourd'hui fait appel plus que jamais à une double compétence. Le pharmacien d'officine est d'une part un spécialiste du médicament et à ce titre un professionnel de santé, bénéficiant d'une véritable position d'interlocuteur de proximité. Mais il est également un dirigeant-propriétaire d'une très petite entreprise ou TPE à laquelle incombent de plus en plus de décisions en terme de gestion et de responsabilités d'ordres financiers et managériaux.

D'ailleurs, l'une des premières décisions essentielles que le titulaire doit prendre consiste à choisir la structure juridique de son officine. Pendant de longues années, les pharmaciens ont opté pour un exercice individuel. Mais depuis peu, ces derniers se sont vus proposer d'autres modes d'exploitation telles que les sociétés dites « classiques »², ainsi que les sociétés d'exercice libéral uni ou pluri personnelles³, plus « moderne ».

Ce choix de mode d'exercice est capital pour la pérennité de l'entreprise dans le sens où il orientera le choix du régime fiscal ainsi que le statut social du titulaire. Une mauvaise décision de structuration juridique peut parfois avoir des répercussions potentiellement graves sur le développement économique de l'officine⁴. Ce choix aura également des conséquences lors de la cession de l'officine. Il n'existe

¹ Inspection générale des affaires sociales.

² SNC, SARL.

³ SELARL/SELURL, SELAS/SELASU, SELAFA, ou encore SELCA, régies par la loi du 31 décembre 1990 modifiée et ses décrets d'application. JORF n°0004 du 5 janvier 1991, page 216

⁴ Voir Annexe B. p115.

cependant pas de forme juridique particulière à préconiser pour tous les nouveaux accédants : il importe donc d'étudier chaque situation de manière spécifique.

En tant que gestionnaire d'entreprise, le pharmacien se doit d'évaluer régulièrement la situation économique de son officine afin de maintenir l'équilibre financier. Nous allons donc maintenant nous intéresser aux différents marqueurs économiques permettant une prise en charge globale de la pharmacie d'officine. Pour cette analyse nous avons utilisé comme référentiel « les statistiques professionnelles de la pharmacie », édition 2014, réalisé à partir d'un échantillon de 1318 officines sélectionnés parmi les clientes des cabinets d'expertise comptable membres du groupement CGP¹. [16] Cet échantillon est représentatif de la population mère.

2. Analyse du chiffre d'affaires

Le chiffre d'affaires (CA) représente le montant des ventes totales réalisées par l'entreprise officinale au cours de l'exercice de son activité professionnelle normale et courante. Cela correspond à la somme des ventes de produits ainsi que des prestations de services². Comme nous avons pu le voir précédemment (figure 2), le chiffre d'affaires de la pharmacie est essentiellement porté par le médicament remboursable, véritable cœur de notre métier.

2.1 Évolution du CA

En 2012, le chiffre d'affaires HT du réseau officinal a globalement stagné à 36,25 milliards d'euros³. [15] Le CA moyen en 2013 s'élève à 1 679 766€ dans l'échantillon étudié. [16]

¹ Voir Annexe C. p118.

² Essentiellement les locations effectuées par le pharmacien.

³ Légère baisse de -0,5% par rapport à 2011, (source Pharmastat IMS-indicateurs clés de la pharmacie).

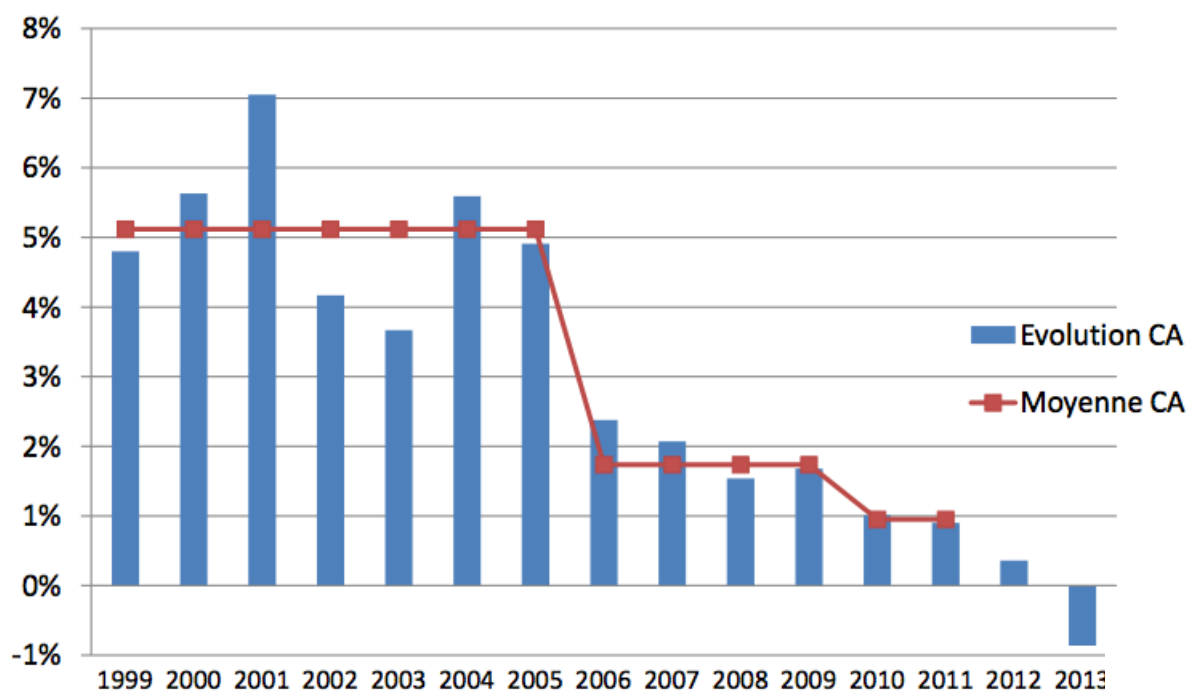


Figure 6: Évolution du chiffre d'affaires hors taxes par année [20]

Nous pouvons constater d'après le graphique ci-dessus (figure 6) que le CA HT progresse chaque année au cours de la dernière décennie. Entre 2000 et 2006, le CA des pharmacies a progressé de 5,3% en moyenne. Sur cette période, l'officine s'est avérée être 2 fois plus dynamique que l'ensemble des autres commerces de détail. [8]

Mais cette progression a tendance à s'atténuer à partir de 2006, ce qui s'explique majoritairement par un ralentissement des ventes de médicaments remboursables. Après une croissance quasi nulle en 2012, l'année 2013 est marquée par une baisse globale du CA HT d'environ 1%. Si l'on s'intéresse de plus près au détail des ventes par taux de TVA, nous remarquons que le chiffre d'affaires des médicaments remboursables à un taux de TVA de 2,1% est en involution de 2,45 % par rapport à l'année précédente. Cette tendance est consécutive à la baisse des prix, aux déremboursements de nombreuses références, mais aussi au développement des médicaments génériques. Concernant les segments de l'automédication, de la

parapharmacie et des prestations de services¹, nous observons une belle progression de 4,5 % en moyenne². Celle-ci permet de compenser la baisse globale du chiffre d'affaires. [16][20]

Nous pouvons voir sur le graphique suivant (figure 7) que de fortes disparités d'évolutions des CA existent d'une officine à une autre, suivant la taille de la structure.

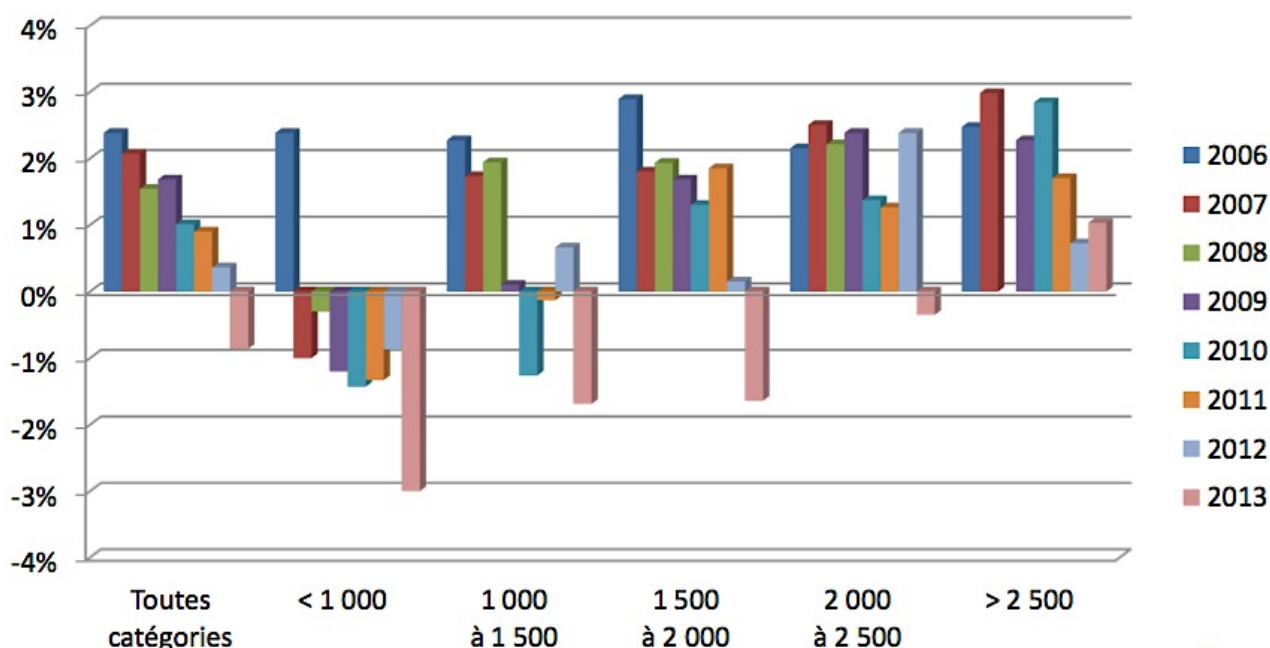


Figure 7: Évolution du CA HT par tranche de chiffre d'affaires (en milliers d'euros) [20]

La figure ci-dessus nous permet d'illustrer cette idée. Ainsi, seules les officines réalisant un CA HT supérieur à 2500 k€ enregistrent une progression en 2013. Elles sont représentées en grande partie par celles présentes dans les centres commerciaux. Celles-ci suivent des politiques « de volume » sur le non remboursable et sont donc moins tributaires de la politique des prix du médicament remboursable, ce qui explique leur évolution positive. Les officines de milieu rural sont en revanche celles qui connaissent les baisses de chiffre d'affaires les plus importantes.

¹ Les prestations de services comprennent principalement les contrats de coopération commerciale sur les génériques et, dans une moindre mesure, la prime à la performance sur le générique et les indemnités de garde.

² Segments des produits des taux de TVA de 5,5%, 10% et 20% confondus

La lecture de ce document nous renseigne également sur un autre élément : les officines les plus vulnérables faces aux mesures gouvernementales de maîtrise des dépenses de santé sont celles dont le CA HT est inférieur à 1000 k€. En effet ces dernières ont, dans la composition de leur CA, un pourcentage de médicament remboursable plus important. Dans cette tendance économique incertaine, les écarts se creusent entre les officines de tailles et d'environnement différents. La question se pose alors concernant l'avenir de ces petites structures.

2.2 Les facteurs d'augmentation du CA

2.2.1 La généralisation du tiers payant

Dès le début des années 80, les officines ont pu pratiquer pour la première fois le tiers payant. Mais cette pratique ne s'est vraiment développée qu'une dizaine d'année plus tard, avec la progression des transmissions de données et l'apparition de la carte Vitale. Le tiers payant s'est ainsi, depuis plus de 20 ans, déployé sur l'ensemble du territoire. Il se pratique aujourd'hui dans l'ensemble des officines françaises.

Cette généralisation du tiers payant a grandement facilité l'accès aux soins et a ainsi conduit à une nette progression de la consommation médicamenteuse. Par conséquent, les officines ont alors vu leur chiffre d'affaires augmenter de manière singulière.

2.2.2 Le vieillissement démographique et la consommation médicamenteuse

L'espérance de vie progresse d'année en année : elle a été évaluée à 81,85 ans selon l' INED¹ en 2013. [21]La proportion de personnes âgées augmente au sein de la population française et la structure de la pyramide des âges se modifie au fil des années. À l'heure actuelle, les individus de plus de 60 ans représentent d'ailleurs plus de 20% de la population nationale. Il importe alors de remarquer que ces mêmes personnes sont celles qui souffrent le plus de pathologies chroniques et/ou

¹ Institut National d'Etudes Démographiques.

aigües. Selon les données de l'IMS PHARMASTAT, ils constituent la majeure partie des porteurs d'ordonnances à l'officine. [22]

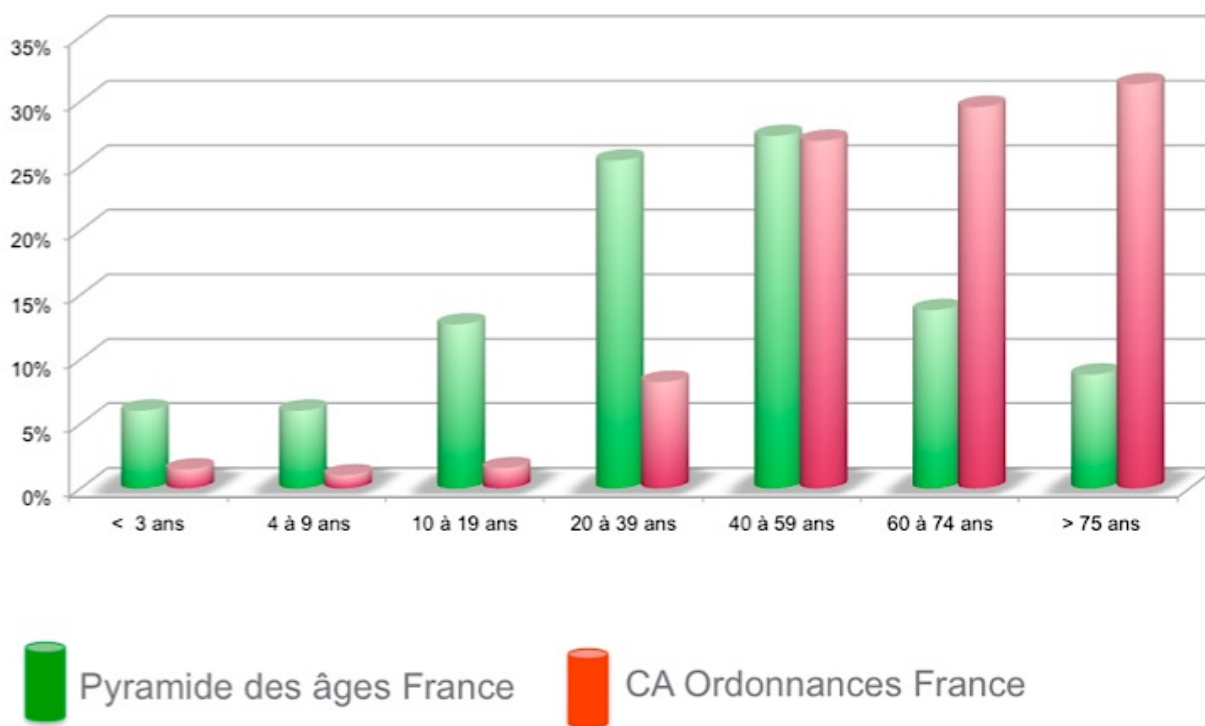


Figure 8: Répartition des CA Ordonnances par tranches d'âge [22]

Comme l'indique le graphique ci-dessus (figure 8), la population des plus de 60 ans compte pour 60% du chiffre d'affaires « ordonnances ». Ce véritable « papy-boom » a contribué à l'augmentation des CA des officines françaises ces dernières années.

2.2.3 L'apparition de nouvelles molécules très onéreuses

En 2004 et 2005, nous avons assisté à une nette augmentation des chiffres d'affaires (figure 8), ce qui s'explique par la sortie de nombreux produits onéreux de la réserve hospitalière. La même année, ce sont environ 140 présentations pharmaceutiques qui sont passées de l'hôpital à la ville. À noter que cet effet de renchérissement du marché n'a plus été significatif à partir de l'année 2007. [23]

2.2.4 Le développement de la parapharmacie et de l'automédication

Parmi les différentes sources de revenus de l'officine, plusieurs sont soumises à une concurrence qui s'est accentuée au cours de ces dernières années. C'est notamment le cas de la parapharmacie, mais aussi de l'automédication avec le développement des enseignes et des groupements. Ces différentes mesures ont ainsi conduit à une diminution constante des prix de vente¹.

La parapharmacie et l'automédication sont cependant restées des marchés très porteurs. Mais qu'en sera-t-il pour les années à venir ? C'est la question que l'on peut se poser à l'heure actuelle.

En effet, 2014 a été une année charnière pour le secteur de l'automédication puisque de nombreux événements marquants sont venus perturber cette activité. Parmi eux, on retiendra notamment le lancement de la vente de certains médicaments à prescription médicale facultative (PMF) sur internet, le retour du débat autour des grandes et moyennes surfaces² (GMS) ainsi que la hausse de la TVA sur les médicaments non remboursables.³ [24]

En ce qui concerne l'ensemble des produits des taux de TVA de 5,5%, 10%, et 20% nous pouvons noter une augmentation de l'activité. Mais si nous analysons en détail chaque segment, il apparaît clairement que le marché des médicaments conseils a reculé de 3% en valeur, pour la première fois depuis ces cinq dernières années. [24]

Cette diminution est en majeure partie due à une forte pathologie de grippe entraînant une hausse des consultations chez les médecins généralistes et par conséquent une augmentation des prescriptions. [25] Nous pouvons donc en déduire que la tendance n'est pas significative et qu'elle ne nous permet pas d'annoncer pour autant la fin de l'automédication. De plus, cette même année, nous

¹ Diminution régulière des prix ces 6 dernières années avec en 2013 une dispersion des prix qui se réduit entre les officines (médiane de 0,37€).

² Rapport de l'Autorité de la concurrence et préconisation d'une ouverture de la vente des médicaments d'automédication aux GMS.

³ Augmentation de 7% à 10%.

avons assisté à une progression spectaculaire des ventes de compléments alimentaires, compensant ainsi l'involution de celles des autres médicaments conseils.

Par ailleurs, la vente de médicaments sur internet ne constitue pas une menace à l'heure actuelle, puisque d'une part elle est pharmaceutique et que d'autre part, elle ne représente que 0,1% du marché total de l'automédication. [24] Ce qui inquiète le plus la profession reste l'ouverture du monopole de distribution du médicament à prescription médicale facultative. Cela pourrait en effet avoir des conséquences non négligeables au niveau l'économie de l'officine. Bien que le gouvernement s'y oppose toujours, il n'est pas exclu que les choses changent, notamment face à la pression exercée par les enseignes de la grande distribution.

2.3 Les facteurs de diminution du CA

Nous avons pu voir précédemment que l'ensemble des mesures prises par les pouvoirs publics afin de maîtriser les dépenses de santé a fortement contribué à la détérioration de l'économie de l'officine. Parmi elles, celle relative aux médicaments génériques a considérablement impacté l'évolution des CA.

2.3.1 Le développement des génériques

En France, le pharmacien est autorisé à substituer un médicament princeps par un générique depuis 1999¹. Les années 2002, 2005, 2006 et 2008 sont quant à elles marquées par de fortes pénétrations des génériques dans le marché grâce à l'arrivée de nouvelles molécules. Ces médicaments génériques bénéficient d'une spécificité économique par rapport aux médicaments princeps : ils ont un prix fabricant moins élevé.

Toujours dans une volonté de diminuer les dépenses de santé, un accord national est signé en avril 2012 entre les trois syndicats représentant les pharmaciens

¹ Cette substitution est réalisée en respectant le Répertoire des médicaments génériques, créé et géré par l'ANSM et l'HAS et publié au Journal Officiel.

titulaires d'officines et l'Assurance Maladie. L'objectif est le suivant : inciter les pharmaciens à développer davantage la dispensation de médicaments génériques. Désormais, le dispositif « Tiers payant contre génériques » est généralisé à l'ensemble des départements et pour tous les assurés, quel que soit leur régime d'affiliation. Depuis la mise en place de cette mesure, les médicaments génériques commencent enfin à entrer dans les habitudes des Français. Le marché est actuellement en pleine croissance¹. [26]

Mais il se trouve que ce véritable essor des médicaments génériques entraîne une chute importante des chiffres d'affaires moyens des officines. Toutefois, la marge brute du pharmacien est conservée en valeur pour le moment car la marge du générique est égale à la marge de son référent. De plus, grâce à la Loi Chatel², le taux de marque apparaît même supérieur à celui des médicaments princeps, n'entraînant ainsi pas de conséquences directes négatives sur l'économie de l'officine, bien au contraire.

3. Analyse des marges

Par définition, la marge commerciale du pharmacien correspond au montant total des ventes de médicaments auquel est retranché le coût d'achat. Elle tient compte également des autres éléments de rémunération, tels que la coopération commerciale ainsi que les rémunérations sur objectifs de santé publique définies avec l'Assurance Maladie.

L'analyse de la marge constitue un élément essentiel dans la mesure où elle reflète fidèlement l'activité de l'officine. C'est la raison pour laquelle il est important que le titulaire suive régulièrement son évolution.

¹ Le taux de pénétration des génériques au répertoire conventionnel arrêté au 30 juin 2011 a augmenté de 12 points entre juin 2012 et février 2013.

² Loi Chatel : régissant les conditions de vente des génériques : et fixant les remises plafonnées à 40% du PFHT. Nouvel Arrêté du 22 août 2014, de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale. Mais attention, la fin des avantages financiers liés aux génériques est à prévoir.

A noter que l'existence d'une prise en charge collective des médicaments remboursables par les instances publiques conditionne l'évolution de la marge réalisée par les officines¹.

3.1 Évolution des marges

En 2013, la marge commerciale moyenne s'établit à 492 238€ dans l'échantillon étudié, ce qui correspond à 29,30% du CA HT, soit une progression de la marge brute en valeur de 1,53% par rapport à l'année précédente. [16] Cette évolution est majoritairement due à la poursuite de l'effet générique.

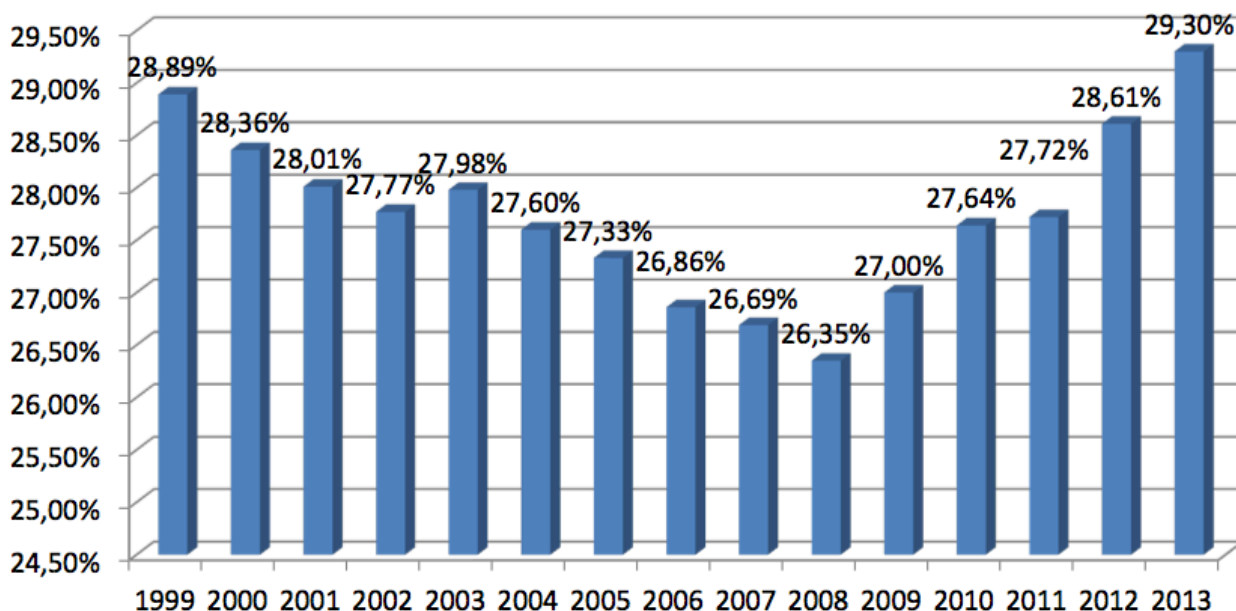


Figure 9 Evolution de la marge brute en pourcentage du CA HT [20]

Nous pouvons identifier sur le graphique ci-dessus (figure 9) 2 périodes distinctes d'évolution de la marge brute. La première, de 1999 à 2008, s'est caractérisée par une marge qui s'est érodée régulièrement d'environ 0.10% par an, jusqu'à atteindre sa plus faible valeur jamais atteinte en 2008 (26,35%). Cette longue décroissance éclaire sur l'impact des nombreux plans médicaments mais elle est également due à la sortie de nombreux médicaments coûteux de la réserve hospitalière et ce, dès

¹ MDL

2004. En effet, ces médicaments bénéficient d'un taux de marque très faible, à hauteur de 6% pour la plupart¹.

Dès septembre 2005, toujours dans le cadre d'une revalorisation de l'économie, nous assistons à l'apparition des conditionnements trimestriels² pour les médicaments de pathologies chroniques tels que l'ostéoporose, le diabète, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Sous l'effet de la MDL, le taux de marge³ pour ces grands conditionnements est nettement inférieur à celui du conditionnement mensuel, ce qui a pour conséquence une importante perte pour le pharmacien.

Parallèlement à ces mesures, les politiques de prix des médicaments non-remboursables se démocratisent. Nous constatons alors que de plus en plus de pharmaciens rognent une partie de leur marge pour attirer de nouveaux patients. Voilà pourquoi la marge sur les produits de TVA 5,5%, 10% et 20% continue de diminuer d'année en année même si l'activité augmente.

Enfin, nous assistons à une seconde période (2009 à 2013), connaissant cette fois-ci une importante croissance du taux de marge. Celle-ci s'explique notamment de par l'ensemble des dispositions favorisant la dispensation de médicaments génériques, tels que les remises complémentaires, les bénéfiques en cas d'achats en direct, les contrats de coopérations commerciales et depuis 2013, la rémunération sur les objectifs de santé liés à la substitution. La pénétration du marché par les génériques permet à la marge d'augmenter malgré un chiffre d'affaire qui lui, diminue mécaniquement. Toutefois, ces taux sont à analyser avec précaution, car même si la marge augmente et que le chiffre d'affaires baisse, la marge en valeur absolue n'augmente pas pour autant.

¹ MDL : 6% correspond à la tranche des médicaments >150€, Arrêté du 12 février 2004, JO n° 44 du 21 février 2004, page 3529 à 3530.

² Institué par le décret n°2004-1367 du 16 décembre 2004 visant à dégager une économie de 180 millions d'euros jusqu'en 2007 pour l'Assurance Maladie. JORF n°294 du 18 décembre 2004, page 21533, texte n° 10.

³ La marge d'une boîte trimestrielle = 3 x la marge d'une boîte d'un mois – 10%

Si nous analysons en détails celle-ci pour l'année 2013, nous pouvons constater que, selon la typologie de l'officine, les pharmacies qui affichent la plus grande progression par rapport à 2012 sont celles des centres commerciaux (+ 3,37%). Et celles qui présentent les meilleurs taux de marge sont situées dans les zones rurales (29,89%). De plus, seules les officines ayant un chiffre d'affaires inférieur à 1 000 000€ enregistrent une évolution négative de la marge en valeur. (- 0,95%) [16]

Le pharmacien titulaire d'aujourd'hui doit donc, plus que jamais, suivre régulièrement l'évolution de sa marge en valeur et non le seul CA HT pour piloter son entreprise officinale. Ce dernier n'apparaît en effet plus comme un indicateur suffisamment pertinent pour analyser l'activité ainsi que la performance de l'officine.

4. Analyse des charges

Les charges sont un autre élément économique important à contrôler pour garantir l'équilibre financier d'une entreprise. Elles se subdivisent en 2 groupes distincts : les charges externes, fixes¹ et les frais de personnel², variables. Pour une analyse plus juste de cet élément, il convient d'isoler les salaires ainsi que les charges sociales des gérants et/ou des titulaires.

Or, il importe de remarquer que, d'une façon générale, celles-ci ont tendance à augmenter et ce, d'une manière constante tout au long des quinze dernières années. Il devient donc nécessaire de nous y intéresser, ce qui implique de se focaliser sur chacune des composantes de l'indicateur.

¹ Principalement les frais de fonctionnement de l'officine : les loyers, les frais d'assurances, les frais postaux et de télécommunications, les frais bancaires...

² C'est-à-dire les salaires bruts et les charges sociales patronales.

4.1 Charges externes

Ce ratio est relativement stable et, cette année encore, il est en faible augmentation du fait de la baisse du chiffre d'affaires. En 2013, la part globale des charges externes s'élève en moyenne à 4,94% du CA HT (dans l'échantillon de 1318 officines). Il est, à ce niveau, important de préciser qu'un élément entre majoritairement dans leur constitution : le loyer. Ce dernier représente souvent un tiers des charges externes, soit 1,6 % du CA HT. Or, il se trouve qu'en 2013, celui-ci a été marqué par des révisions importantes participant donc à l'augmentation des charges.

Ce poids financier reste donc dépendant du type de l'officine ainsi qu'à son implantation. Il est alors logique de voir que les charges externes des officines de centre commercial sont celles qui enregistrent la plus forte progression ces dernières années. [16] L'importance des loyers de ces structures s'explique, pour la majorité d'entre elles, par le fait qu'elles sont soumises aux baux commerciaux à l'américaine¹.

Nous pouvons tout de même préciser que, malgré l'importance des charges externes, elles représentent un coût fixe généralement bien maîtrisé par les titulaires.

4.2 Frais de personnel

En terme d'exploitation, ce sont les frais de personnel qui représentent la charge la plus conséquente². Ils incluent les salaires bruts versés aux salariés ainsi que les charges patronales correspondantes. À l'inverse des charges externes, les frais de personnel représentent un poids financier plus difficile à maîtriser. En 2013, ils représentent en moyenne 10,66% du CA HT. [16] Contrairement aux charges externes, ce ratio ne varie que très peu en fonction de l'emplacement géographique de l'officine. En revanche, il varie considérablement selon la taille de la structure et bien évidemment de son chiffre d'affaires. En effet, comme nous l'avons vu

¹ Bail spécifique avec un loyer indexé en fonction du CA du locataire.

² Hors achats de marchandises.

précédemment, le nombre de pharmaciens adjoints présents dans l'officine, est fonction de son chiffre d'affaires¹. Ainsi, plus le CA est élevé, plus le personnel doit compter de pharmaciens et donc plus la masse salariale est conséquente. Cet élément varie également en fonction de la valeur du point, qui reste inchangée en 2014 par rapport à l'année précédente.

Il nous faut également préciser que le pharmacien titulaire doit prêter une attention particulière à un autre ratio : la productivité des pharmaciens adjoints. Celui-ci permet de positionner l'activité au comptoir de ces derniers et donc d'en disposer d'un nombre suffisant pour garantir une qualité d'accueil au patient ainsi qu'un temps d'attente minimum [27]. Initialement ce ratio représentait le CA moyen par pharmacien adjoint et se calculait en comparant le chiffre d'affaires hors taxes par l'effectif équivalent temps plein des adjoints². Cependant, compte tenu de l'évolution de la structure du chiffre d'affaires dans l'officine et de son caractère moins pertinent pour mesurer l'activité, ce ratio se calcule désormais en substituant la marge au CA.

Enfin, il ne faut pas oublier les cotisations sociales T.N.S (travailleurs non salariés) du pharmacien titulaire. Ces dernières ont explosé en 2013, avec une progression de 8,76% par rapport à l'année précédente, ce qui s'explique par les différentes mesures intervenues récemment³.

5. Analyse de la rentabilité

Le titulaire d'officine ne doit pas pour autant se contenter des ratios que nous venons d'aborder. La rentabilité de la pharmacie en constitue un autre particulièrement important dans la mesure où il permet de connaître l'état de santé de l'entreprise.

¹ Arrêté du 15 mai 2011 - art. 1 - art.2, relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires. JORF n°182 du 6 août 1991, page 10456.

² L'effectif équivalent temps plein (titulaire(s) compris) s'élève à 5,4 en 2013. [10]

³ A savoir : le dé plafonnement de la cotisation maladie, la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels calculés sur la base soumise à cotisations, les dividendes soumises à cotisations sociales pour les gérants majoritaires et enfin la hausse des cotisations retraite.

5.1 Définition de la notion

Déterminer la rentabilité d'une entreprise consiste à évaluer l'Excédent Brut d'Exploitation (EBE). D'une manière très concrète, cet élément représente la somme perçue par le titulaire après avoir réglé la totalité des dépenses. Plus exactement, il sert au remboursement des emprunts (capital et intérêts), au paiement des impôts (IR et/ou IS), au financement de la trésorerie de l'officine ainsi qu'à l'autofinancement des investissements. Enfin, la rentabilité permet au(x) titulaire(s) de se rémunérer.

Il se calcule de la façon suivante :

EBE = Marge commerciale – Charges externes – Impôts et taxes – Frais de personnel

5.2 Évolution de l'EBE

L'EBE interprété seul, est une notion peu à peu dépassée en raison de l'évolution du monde de l'officine et du nombre croissant de sociétés d'exercice libéral (SEL) soumises à l'impôt sur les sociétés. En effet dans une structure à l'impôt sur le revenu, les charges sociales de l'exploitant sont proportionnelles au résultat et non pas à leur rémunération comme dans une structure à l'impôt sur les sociétés. L'EBE n'est donc pas comparable d'une officine à une autre. Par conséquent il convient d'utiliser un EBE retraité (EBEr) des différents éléments liés à l'exploitation ainsi qu'à la rémunération du ou des gérant(s).

Sa formule est la suivante :

EBEr = EBE + (La rémunération du ou des dirigeant(s) + les cotisations sociales de ce(s) dernier(s) + Les remises de fin d'années ¹ (RFA) + les charges de « convenance »²)

¹ RFA : correspondent à des remises quantitatives, accordées par le fournisseur en proportion d'un certain volume de commandes effectives, ou d'un marché annuel.

² Lorsqu'il y en a : ces charges comprennent le loyer, les frais de véhicule ainsi que toute autres dépenses du titulaire.

De plus, pour comparer des officines de tailles différentes, on préférera aujourd'hui analyser le ratio correspondant à l'EBEr, divisé par le CA HT en pourcentage. Ce ratio mesure la réelle performance économique. Il est d'ailleurs considéré comme le plus pertinent en ce qui concerne l'analyse économique d'une officine.

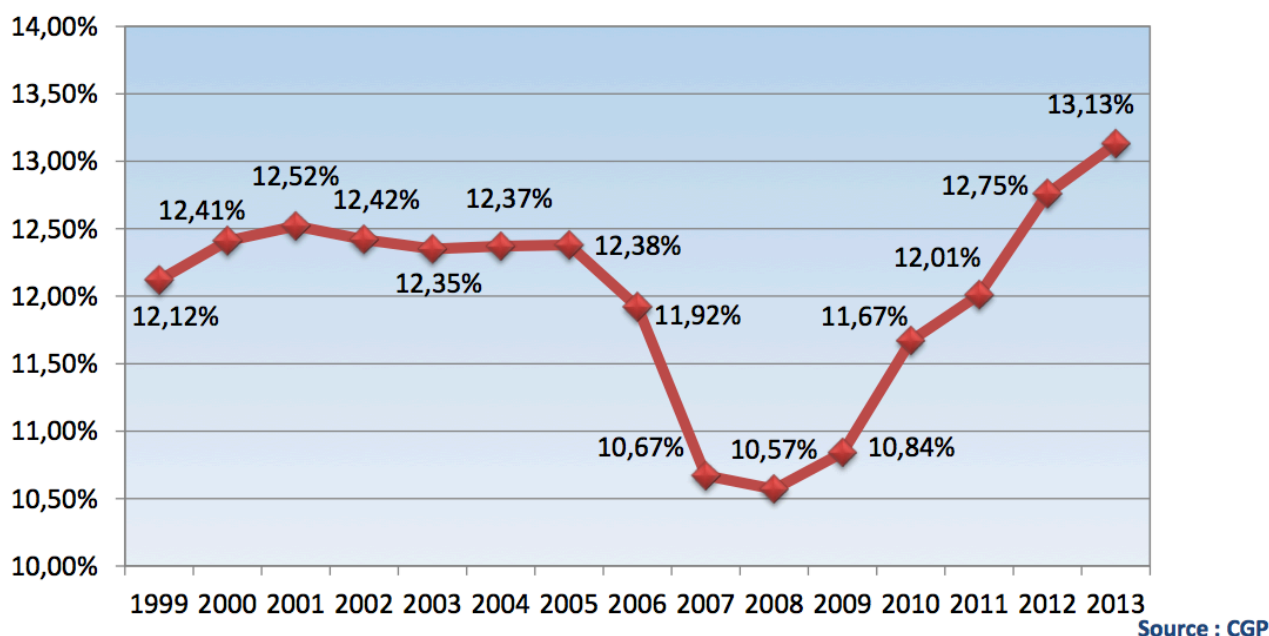


Figure 10 : Evolution de l'excédent brut d'exploitation retraité, en pourcentage du CA HT [20]

L'évolution du ratio EBEr/CA HT (figure 10) est semblable à celle de la marge brute en pourcentage du CA HT vu précédemment (figure 9). Sa valeur stagne jusqu'en 2006 puis chute significativement pendant deux années jusqu'à atteindre en 2008 la plus faible valeur jamais enregistrée. Cette décroissance témoigne de l'impact des différents plans médicaments, de la baisse du CA HT qui s'en est suivie, ainsi que de la diminution des volumes de ventes. Enfin, nous pouvons noter que, dès 2009, le ratio EBEr/CA HT progresse à nouveau et cette tendance se poursuit aujourd'hui encore.

Entre 2012 et 2013, l'EBEr moyen a progressé de plus de 2% et a atteint la valeur de 220,5 k€, soit 13,13% du CA HT (figure 10). Cette évolution est principalement liée à

la progression des prestations de services¹ qui représentent à elles seules 20% de l'EBE. Cependant, à l'heure actuelle, de nombreuses menaces pèsent sur le maintien de ces prestations², ce qui pourrait devenir préjudiciable à tout le réseau. C'est pourquoi le modèle économique d'aujourd'hui axé uniquement sur le développement du générique n'est plus tenable. [16]

Nous pouvons remarquer que la progression de celui-ci par rapport à l'année précédente est plus importante pour les officines de plus de 2000 k€ de chiffre d'affaires. Mais cette augmentation reste minime dans la mesure où la valeur de l'EBE en pourcentage du CA HT reste dans l'ensemble équivalente dans l'échantillon étudié. Nous pouvons donc en déduire que le facteur taille n'est pas significatif.

En revanche, la zone géographique s'avère nettement plus pertinente en ce qui concerne l'analyse de ce même ratio. Cette fois-ci, ce sont les officines situées hors des villes qui se distinguent et affichent les résultats les plus positifs.

6. Activité de la profession : synthèse

6.1 Entre 1975 et 2005 : une forte croissance de l'activité

L'activité économique de l'officine de 1975 à 2005 s'est notamment distinguée de par un accroissement continu du CA HT. Trois phases majeures la caractérisent :

- la 1^{ère}, allant de 1975 à 1991, où tous les indicateurs économiques étaient orientés à la hausse;

- la 2^{nde} (de 1992 à 1998), période où l'économie de l'officine a été perturbée

¹ Comprenant essentiellement les contrats de coopération commerciale sur les génériques et, dans une moindre mesure, la prime à la performance sur le générique et les indemnités de garde.

² Loi de finances SS 2014.

par les différentes réformes de l'Assurance Maladie, notamment l'instauration de la MDL et les TFR. Ces dernières ont eu un impact important sur la marge commerciale et sur l'EBE, qui ont alors connu une phase de quasi-stagnation. Dans le même temps, le chiffre d'affaires a quant à lui continué de progresser, notamment suite à une augmentation conséquente des volumes de ventes.

- la dernière, de 1998 à 2005, où les deux indicateurs (l'EBE et la marge) sont repartis à la hausse.

Lors de ces 30 années, les pharmaciens sont restés confiants pour leur avenir et l'évolution de leur profession. L'officine était une activité solvable et l'ensemble du réseau affichait une bonne santé économique : les diplômés investissaient alors dans un outil patrimonial. Mais cette situation change foncièrement dès 2005 comme nous avons pu le voir précédemment. Cette idée est par ailleurs parfaitement illustrée par la comparaison suivante des principaux ratios économiques (figure 11).

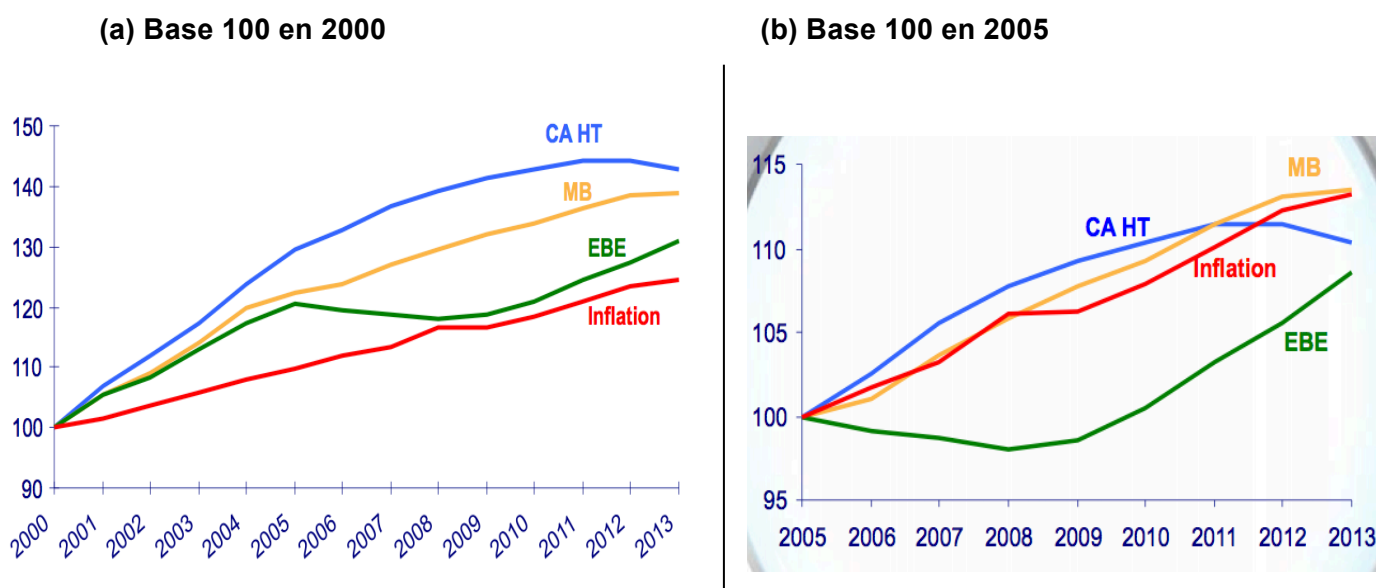


Figure 11 : Evolution comparée en valeur : CA HT/ Marge brute / EBE [1]

Après comparaison des trois principaux éléments que sont le CA HT, la marge brute et l'EBE en fonction de l'inflation et, selon une base 100 en 2000 et en 2005, on obtient des différences d'évolution considérables :

(a) Depuis 2000 pour une inflation de 24%, le CA HT a progressé de 43%, la marge brute de 39% et l'EBE de 31%. [1]

(b) En revanche, sur la période 2005-2013 nous assistons à un réel ralentissement de l'activité qui se traduit par la faible évolution de l'EBE de 9% en valeur. Le pouvoir d'achat du pharmacien a régressé d'environ 4% après impact de l'inflation.

6.2 De 2005 à aujourd'hui : une activité en baisse

Cette tendance baissière des indicateurs économiques après 2005 est principalement due au renforcement des politiques de maîtrise des dépenses de santé ainsi qu'aux nombreuses incertitudes qui pèsent sur l'évolution du métier. Cependant, cette tendance a surtout été préjudiciable aux petites officines ainsi qu'aux pharmaciens récemment installés, ayant acquis leur fonds de commerce à des prix trop élevés et/ou au dessus de leurs possibilités financières.

Des mutations importantes ont donc déjà eu lieu alors que d'autres sont encore à venir. Celles-ci portent notamment sur de nombreux sujets, tels que :

- l'évolution démographique du réseau;
- la réglementation de notre activité;
- l'ouverture éventuelle du monopole;
- la vente sur internet;
- les missions prévues par la loi HPST;
- ou encore la nouvelle rémunération à l'acte.

Nous avons pu constater que la rentabilité en valeur des pharmacies est en baisse continue depuis ces dernières années. Pour autant, les taux de rentabilité restent bons pour l'ensemble du réseau. L'activité de l'officine est en effet devenue très dépendante des médicaments génériques et des prestations associées, permettant de dégager une rentabilité suivant l'inflation. Mais il est toutefois nécessaire de rester vigilant car il est possible que ces avantages disparaissent, ce qui perturberait davantage le réseau en impactant l'EBE de chaque officine.

En 2013, le CA HT diminue pour la première fois [1] entraînant ainsi une totale perte de repère sur l'activité officinale. En effet nombreux sont les titulaires à suivre uniquement l'évolution de ce ratio pour connaître leur situation économique.

Par ailleurs, la concurrence entre les officines s'est considérablement accrue ces dernières années, entraînant de véritables difficultés financières chez certains pharmaciens. La pharmacie d'aujourd'hui est donc menacée et se sent en danger d'autant plus que la presse se fait exagérément le relais d'une situation dramatique.

Avant le début des années 90, rares étaient les titulaires qui rencontraient des difficultés financières et, lorsque cela arrivait, le pharmacien cédait son officine de sorte à dégager une plus value et à en racheter une autre plus petite. Compte tenu de l'évolution du marché et du contexte économique, cette solution n'est plus réalisable aujourd'hui.

Ce climat économique morose provoque depuis 2003 une multiplication des ouvertures de procédures collectives. De nombreux pharmaciens sont alors contraints soit de céder prématurément leur officine, soit de déposer le bilan. Entre 2003 et 2007, on dénombrait ainsi une quinzaine de fermetures annuelles, phénomène qui s'est renforcé entre 2008 et 2010, avec environ 50 cessations par année. Depuis, le nombre annuel d'officines mettant la clef sous la porte a atteint la centaine, soit une fermeture tous les 3 jours. La moitié d'entre-elles ferment par cession de clientèle, un tiers par restitution volontaire de licence, et le reste par regroupement ou liquidation.[28] [29]

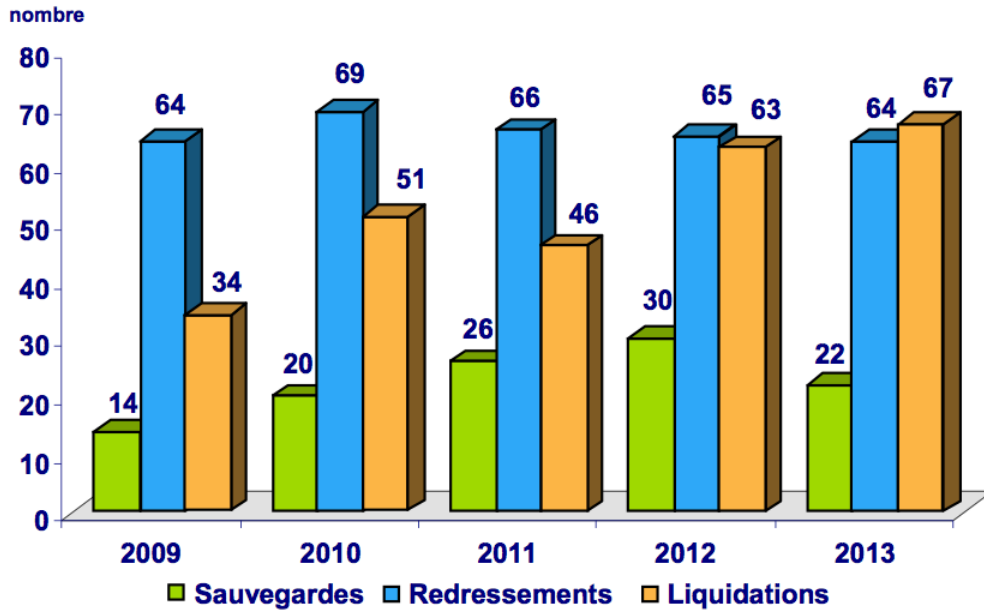


Figure 12: Ouvertures de procédures collectives d'officine de 2009 à 2013 [1]

Par la lecture du graphique précédent (figure 12), nous observons une augmentation significative des liquidations (en orange) au cours de ces cinq dernières années, avec tout de même un « tassement » en 2013. Ceci traduit clairement les difficultés économiques qui touchent l'ensemble du réseau.

Si l'on analyse plus précisément, on remarque qu'un tiers des pharmacies en difficulté se situent entre les régions Ile-de-France et PACA (figure 13), régions dans lesquelles la densité d'officine est la plus importante. Nous verrons également par la suite que ces régions correspondent également aux zones géographiques dans lesquelles les officines se vendent le plus cher.

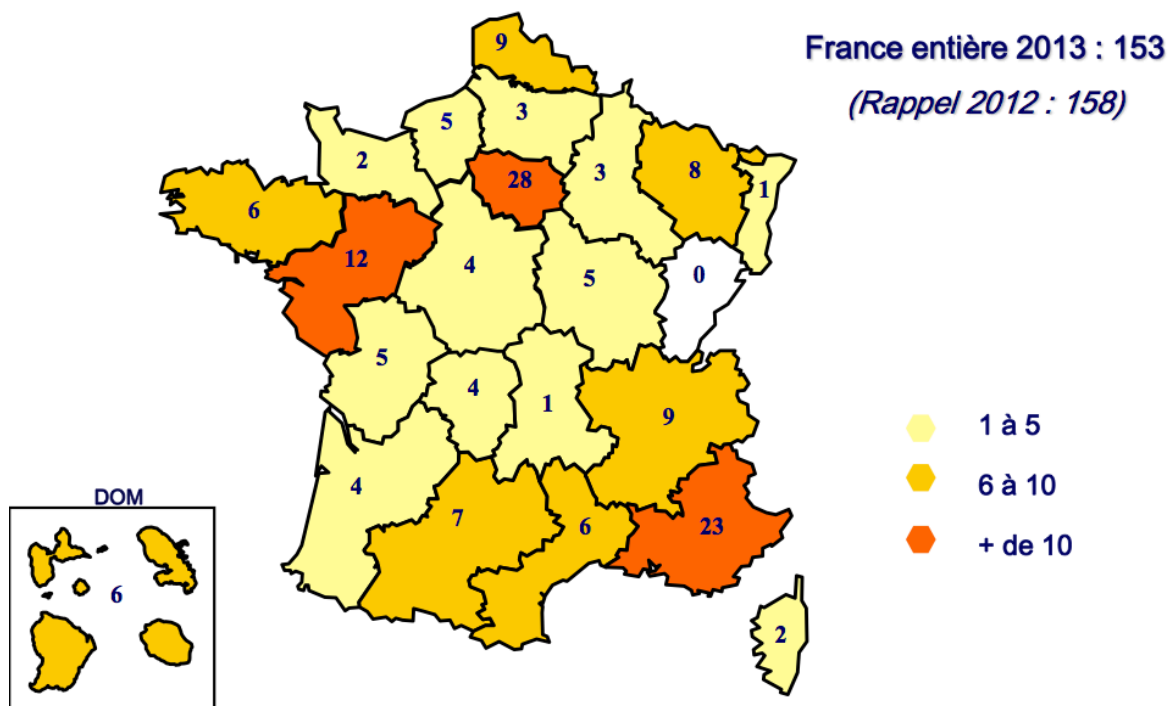


Figure 13: Ouvertures de procédures collectives d'officine par région en 2013 [1]

Malgré cette augmentation du nombre d'officines en liquidation, nous avons pu voir que, globalement, la pharmacie reste une activité « rentable ». Ce n'est donc pas uniquement la rentabilité de l'officine qui doit être remise en cause, mais surtout sa valorisation. En effet, l'endettement supporté par ces dernières est souvent trop important, conséquence directe d'une acquisition à un prix trop élevé. Il est donc fréquemment à l'origine de la fragilisation de leur équilibre financier.

Tous les éléments évoqués au cours de ce chapitre nous permettent donc d'affirmer que la profession est en pleine mutation. La principale difficulté reste son manque de flexibilité et d'adaptation aux contraintes actuelles, ce qui ne présage rien de bon pour celles à venir.

Maintenant que nous avons étudié en profondeur l'environnement économique de l'officine et analysé son évolution dans le temps, il convient de se concentrer sur une notion centrale de notre étude : la valeur des fonds de l'officine.

Chapitre 3 : Évolution de la valeur des fonds de l'officine de 1975 à aujourd'hui

1. Historique des transactions

L'évaluation d'un fonds de commerce constitue un enjeu majeur lors de la cession d'une officine. Historiquement, sur le marché de la pharmacie d'officine, la méthode la plus couramment utilisée pour déterminer le prix de vente d'un fonds, est un pourcentage de chiffre d'affaires TTC. Entre 1991 à 2000 ce dernier, en moyenne, est passé de 101% à 86% du CA TTC, ce qui correspond à une baisse de près de 15%. À partir du début des années 2000, pour une raison de facilité d'usage, la méthode évolue légèrement pour se baser cette fois-ci sur un pourcentage du CA HT.

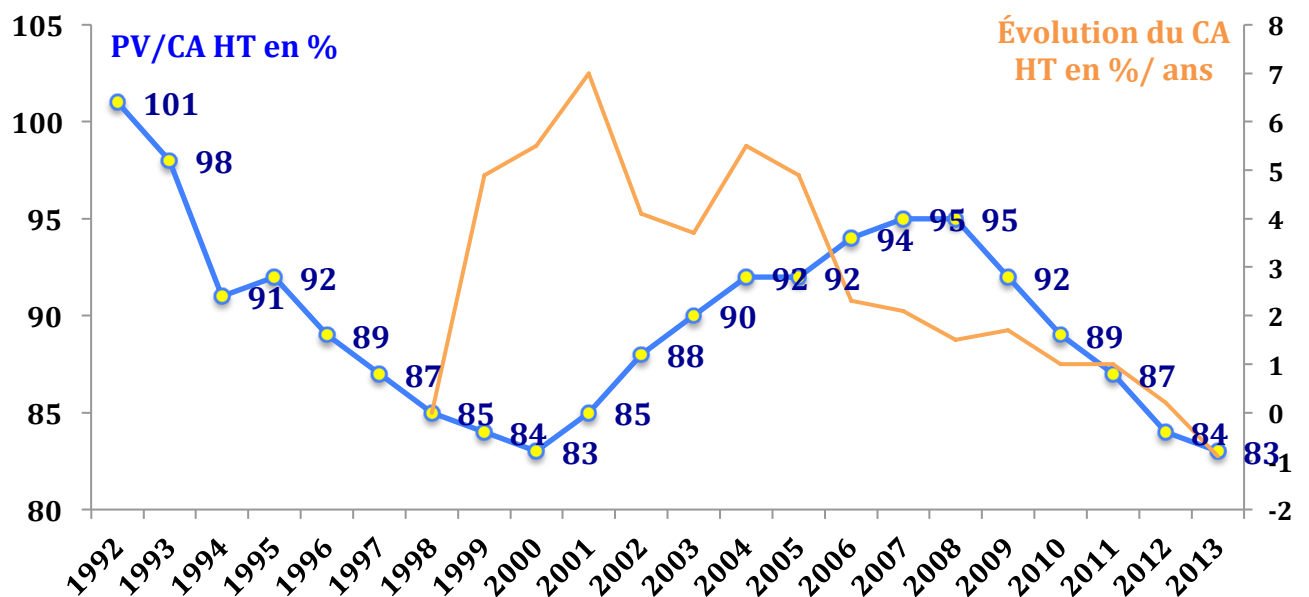


Figure 14 : Évolution du prix de cession moyen en pourcentage du CA H.T et évolution du CA HT en pourcentage par année [1]

La figure ci-dessus nous permet de mieux nous représenter l'évolution du prix de cession moyen sur les 21 dernières années. Ainsi, nous observons tout d'abord une chute dès 1992, se prolongeant jusqu'au début des années 2000.

Par la suite, la tendance s'inverse et les prix progressent de manière continue jusqu'en 2005. Cette situation s'explique de par l'évolution de deux éléments à la hausse : le CA HT et les taux moyens servant de référence pour les cessions d'officines, auxquels s'ajoutent une demande très importante sur le marché. Au cours de cette période donc, les ventes d'officines ont dégagés des plus-values conséquentes.

En 2005, la courbe représentant l'évolution du CA HT marque un important ralentissement. En toute logique, les taux exprimant la valeur de l'officine en pourcentage du CA augmentent pour contrer les effets négatifs de cette tendance. Ainsi, les prix restent sensiblement similaires sur cette période.

Ce que nous pouvons alors déduire de ces observations, c'est que les taux n'auraient pas dû augmenter entre 2000 et 2005, dans la mesure où le CA HT était lui aussi à la hausse. La situation économique particulièrement favorable a alors incité le marché à réaliser des transactions à des prix nettement plus élevés. Cela a fini par provoquer un véritable déséquilibre entre l'offre et la demande, conduisant ainsi à une nécessaire chute des prix en 2008, afin de retrouver des seuils jugés plus acceptables¹. Par ailleurs, cette tendance se trouve renforcée de par une perte de la confiance des investisseurs, suite à la dégradation du climat économique, d'une manière générale.

¹ En 2013, le prix moyen d'une officine s'élève à 1,147M€, soit 83% du CA H.T moyen.

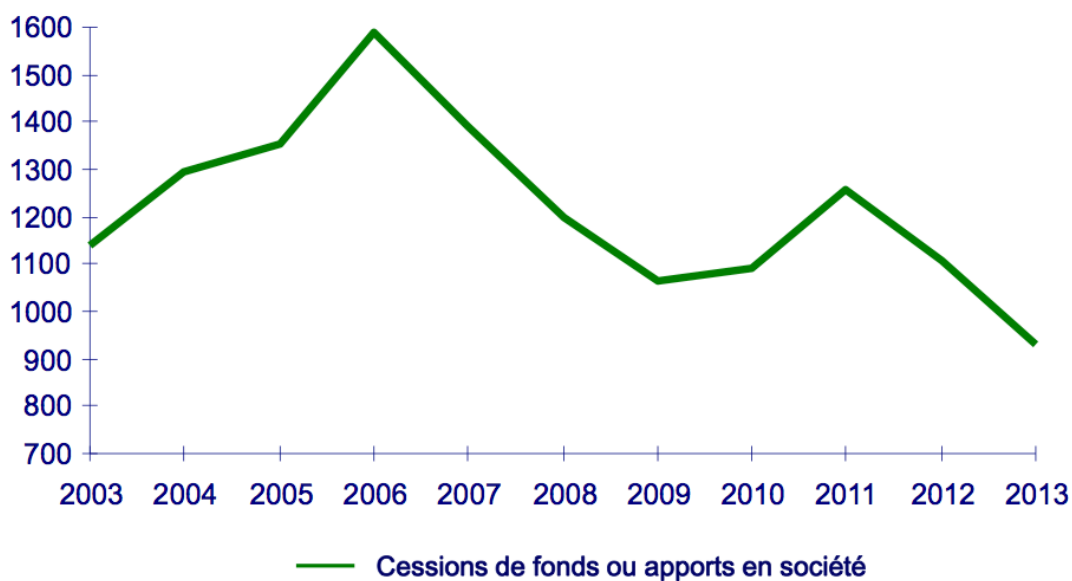


Figure 16: Nombre de mutations d'officine [1]

En ce qui concerne le nombre de mutations d'officines (figure 16), nous remarquons que le marché des transactions était très animé de 2000 à 2007, l'offre étant inférieure à la demande. En revanche, nous assistons ces dernières années à une nette diminution des volumes de transactions, due essentiellement à une hausse constante des prix des officines. En 2013, seules 930 cessions sont enregistrées, soit 16% de moins que l'année précédente, chiffre traduisant une situation de « blocage » du marché.

Cette baisse s'explique également par le manque de visibilité sur l'avenir de l'officine, notamment au niveau de la nouvelle rémunération ainsi que sur le devenir des avantages économiques actuels liés aux génériques. Paradoxalement, malgré la baisse des prix de cession, la demande n'est que guère stimulée, ce qui traduit une certaine désorientation des acteurs du marché.

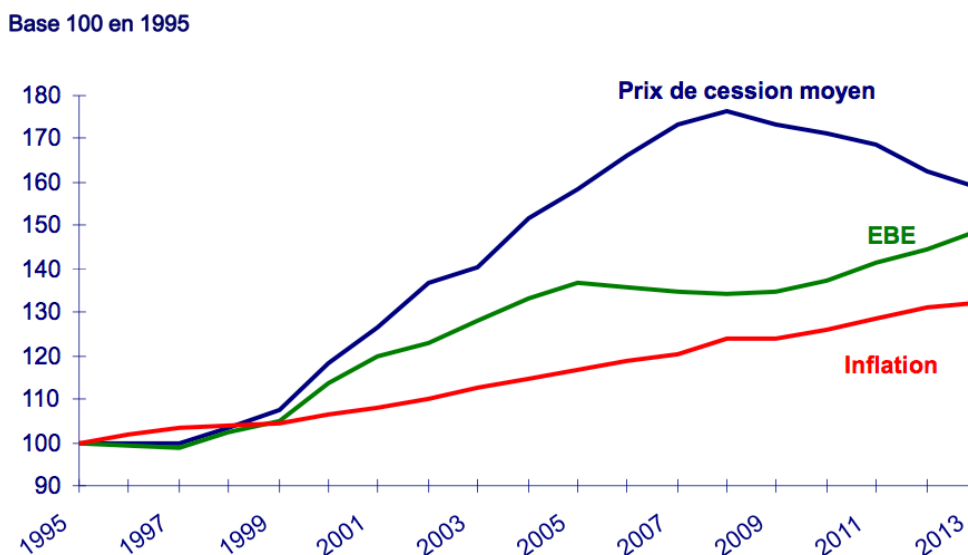
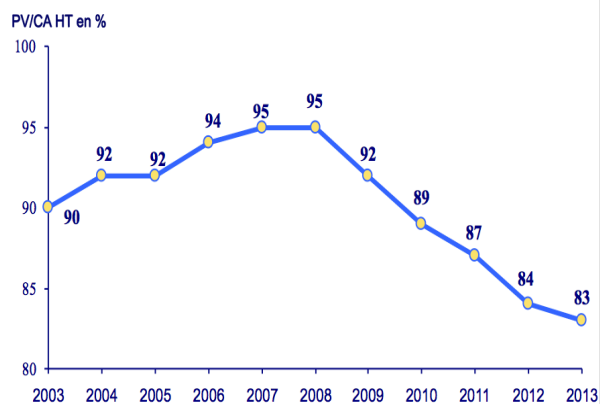


Figure 17: Evolution du prix de cession moyen France entière en valeur[1]

Si l'on compare l'évolution du prix moyen de cession avec l'évolution de l'EBE sur ces vingt dernières années, on constate qu'un écart se crée au début des années 2000. Il s'accroît considérablement au fil du temps jusqu'en 2009 où nous pouvons observer une totale déconnexion entre la rentabilité et le prix moyen. Cette situation absurde fait directement référence aux éléments que nous venons d'évoquer (les cessions se réalisant en fonction d'un taux calculé sur le CA HT). Néanmoins, depuis 2009, les prix semblent enfin se rapprocher de la rentabilité de l'officine (courbe verte). La partie suivante de cette thèse sera alors l'occasion de nous pencher sur ce problème et de mener une réflexion à ce sujet.

(a) en fonction du CA .H.T



(b) en fonction d'un multiple de l'EBE (avant rémunérations et cotisations sociales des titulaires cédants)

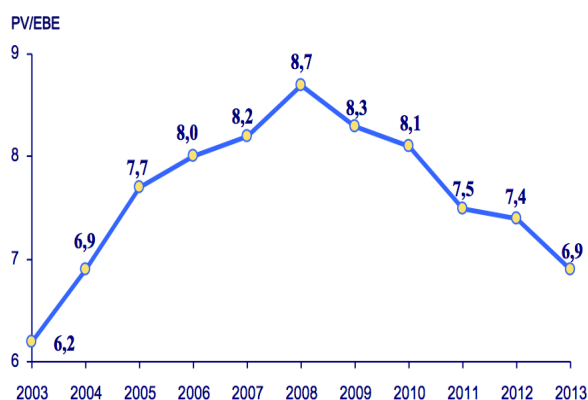


Figure 18 : Comparaison des évolutions du prix de cession moyen [1]

De 2003 à 2008, la tendance des prix de cession en fonction du CA HT est restée stable, comme le souligne le graphique (a) (figure 18). En revanche, sur cette même période, le graphique (b) démontre que le rapport prix de cession / EBE¹ a fortement augmenté jusqu'à atteindre 8,7 fois l'EBE en 2008. Ainsi l'augmentation du prix a été de plus de 25% par rapport à la rentabilité, alors qu'elle n'a été que de 5% par rapport au CA HT.

Pour avoir une idée de la valorisation actuelle des fonds d'officine, il nous faut rappeler que, dans la plupart des activités autres que la pharmacie, les prix de vente des fonds de commerce sont calculés en fonction de la rentabilité et varient entre 3 et 4 fois l'EBE. De plus, les emprunts d'acquisition contractés se font sur des durées beaucoup plus courtes, environ 7 ans contre 12 en pharmacie. Tous ces éléments nous font remarquer qu'il existe des incohérences dans la manière dont sont évalués les fonds d'officines à l'heure actuelle.

¹ EBEr = EBE retraité des rémunérations et des cotisations sociales des titulaires exploitants

Cette situation ne saurait perdurer et un changement de mentalité s'avère donc nécessaire. Nombreux sont les professionnels à penser que l'achat d'une officine doit tout d'abord se faire avec la vision de l'acquisition d'un outil de travail. Celui-ci permettant d'obtenir une rémunération et de faire face aux engagements financiers. [30]

Compte tenu des éléments évoqués, il apparaît nécessaire de fluidifier le marché et donc de faire évoluer les prix de cessions, d'autant plus que de nombreux autres facteurs sont favorables aux transactions. C'est justement ce que nous allons voir maintenant.

2. Historique des taux d'emprunts

Le taux à 10 ans en France (TEC10)¹, depuis 1980 est en baisse continue, il est au plus bas en 2013.



Figure 19: Evolution du taux à 10 ans depuis 1980 [31]

Ce facteur représente une réelle opportunité d'investissement et devrait participer à la redynamisation du marché des transactions.

¹ TEC10 : sert de référence pour les emprunts d'investissements à taux fixe, comme pour les prêts immobiliers. [31]

3. Pyramide des âges

En 10 ans, les titulaires âgés de 56 à 65 ans ont presque doublé (figure 20). En effet, en 2013, on dénombre environ 7 800 titulaires dans la tranche d'âge 56-65 ans, contre 4 200 en 2003.

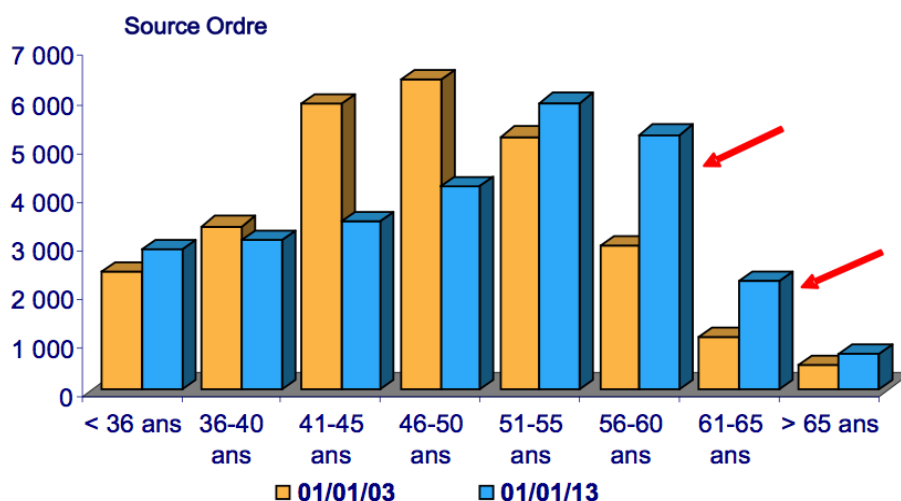


Figure 20: Vieillesse des pharmaciens titulaires [1]

Selon la Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens (CAVP), les départs en retraite des titulaires sont de plus en plus nombreux ces 7 dernières années. En 2013, ce sont plus de 1 330 départs qui ont été recensés. [32]

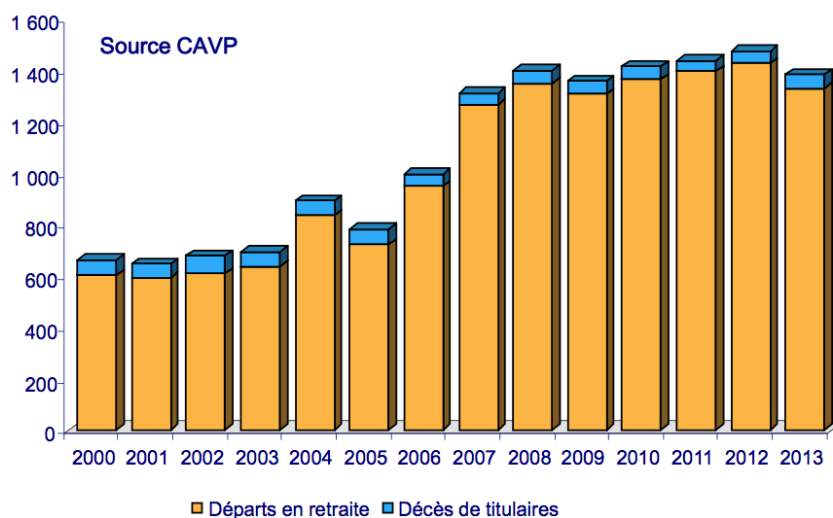


Figure 21 : Départs en retraite et décès de titulaires [1]

Dans le contexte actuel de stagnation des transactions, ces départs en retraite restent l'un des principaux facteurs d'animation du marché. De plus, ces vagues de mutations liées mécaniquement aux inéluctables départs en retraite devraient se poursuivre ces prochaines années.

4. Les Sociétés de Participations Financières de Profession Libérales

Un autre élément devrait être en mesure de contribuer à la redynamisation du marché des transactions : il s'agit des Sociétés de Participations Financières de Profession Libérales (SPF-PL).

En effet, attendu de longue date par l'ensemble de la profession, ce nouveau décret concernant les modalités de rachat d'officine via les holdings de sociétés d'exercice libéral (SEL) a été publié en juin 2013 au Journal Officiel. Il s'agit du Décret n°2013-466¹, venant en application de la loi Murcef du 11 décembre 2001. L'exercice individuel apparaît de moins en moins convoité, en effet, on dénombre à l'heure actuelle une officine sur trois sous forme de SEL. [33]

Ce texte autorise désormais les pharmaciens à pouvoir s'organiser en holding ou SPF-PL, c'est-à-dire qu'une seule officine peut détenir des participations dans trois SEL différentes (au maximum). Plus concrètement, il permet aux adjoints et aux jeunes pharmaciens d'entrer dans le capital en acquérant progressivement des parts de société. Ce nouveau décret ferme par conséquent la porte aux capitaux extérieurs à la profession. De plus, il offre l'avantage au titulaire de faciliter la transmission de SEL en l'autorisant à rester associé de la société après sa cessation d'activité pendant 10 ans.

¹ Décret n° 2013-466 du 4 juin 2013 relatif aux conditions d'exploitation d'une officine de pharmacie par une société d'exercice libéral et aux sociétés de participations financières de profession libérale de pharmaciens d'officine. JORF n°0129 du 6 juin 2013, page 9414, texte n° 11 Codification des articles R 5125-24-1 et suivants du Code de la Santé Publique

Cette nouvelle modalité devrait participer à la réorganisation du réseau en permettant le regroupement entre adjoints. D'autant plus que les mentalités changent, et que les jeunes d'aujourd'hui préfèrent se regrouper afin de disposer de certains avantages sociétaux : un apport limité (synonyme de risque moindre), ainsi qu'un partage du temps de travail (permettant de dégager davantage de temps libre).

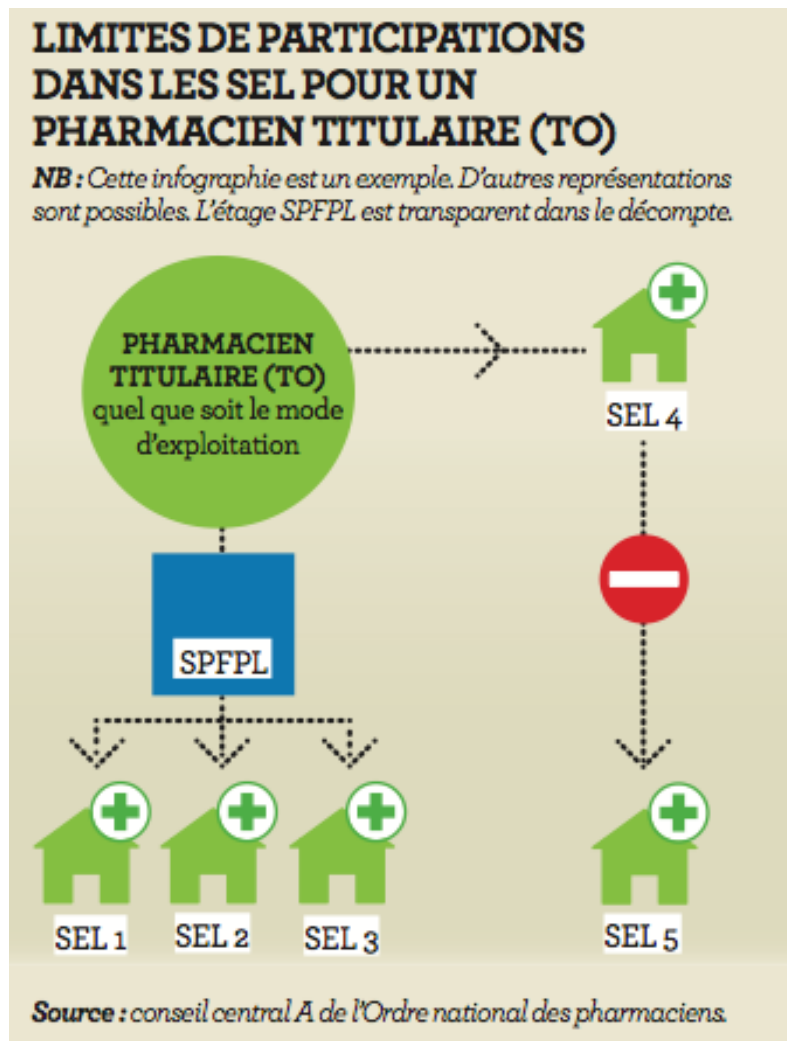


Figure 22 : Limites de participations dans les SEL pour un pharmacien titulaire [33]

5. Synthèse

Notre travail nous a permis de mettre en évidence que nombreux sont les arguments plaçant en faveur d'une flexibilité du marché des transactions d'officines. Cependant, nous constatons qu'à l'heure actuelle, les prix restent surévalués, ce qui constitue un frein majeur à l'acquisition.

Le tableau suivant propose une synthèse des différents facteurs de variations des prix de cessions évoqués dans cette 1^{ère} partie.

<i>Les facteurs qui ont soutenu les prix des officines :</i>	<i>Les facteurs qui font et feront baisser les prix :</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Augmentation constante du chiffre d'affaires,➤ Marché de la transaction actif,➤ Investissement par le biais de Sel avec le concours de pharmaciens investisseurs,➤ Effet de levier fiscal de l'IS,➤ Taux d'emprunt très bas, (rallongement de la durée des crédits...)➤ Perception de la pharmacie comme étant un outil de capitalisation sécuritaire...	<ul style="list-style-type: none">➤ Décroissance du chiffre d'affaires,➤ Incertitude sur l'évolution de la marge,➤ Fin des avantages financiers liés aux génériques,➤ Contexte économique difficile et déficits publics,➤ Difficulté pour obtenir un accord de financement des banques de plus en plus regardantes,➤ Perspective du papy-boom... (1 pharmacien titulaire sur 3 a + de 55 ans)

Figure 23: Les facteurs de variations des prix de cessions [20]

Pour remédier aux problèmes actuels, il apparaît nécessaire de faire coïncider le prix des fonds avec la valeur économique réelle de l'officine.

D'autant plus que, depuis 2012, de nouvelles missions ont été confiées au pharmacien, lui permettant de revaloriser son rôle comme acteur majeur de la santé publique. Par conséquent, une potentielle survalorisation du fonds risquerait de freiner la capacité de l'acquéreur à faire face aux investissements nécessaires à la

mise en œuvre de ces différentes missions (local, matériel, personnel qualifié). Par ailleurs, il convient de remarquer que nombreuses sont les officines se trouvant déjà paralysées par un endettement trop important.

Il semble alors évident que la méthode de valorisation des fonds d'officine traditionnellement utilisée soit dépassée et qu'elle ne tienne plus compte des perspectives d'évolution du monde officinal. Voilà pourquoi il nous faut maintenant analyser plus en détail la méthode actuellement utilisée. Après avoir cherché à mettre en évidence son manque de flexibilité et de pertinence dans le contexte économique actuel, nous nous attacherons à proposer une nouvelle méthode, déterminant avec plus de précision la valeur réelle de l'officine.

Ce seront donc les objectifs de la seconde partie de cette thèse, qui va maintenant être développée.

DEUXIÈME PARTIE

Vers une valorisation plus économique

Chapitre 1 : L'évaluation des fonds d'officine

1. Le fonds de commerce

Avant d'aborder les différentes méthodes de valorisation existantes, il est nécessaire de s'arrêter dans un premier temps sur la notion de fonds de commerce et sa définition. L'officine est considérée comme telle et comprend ainsi des éléments incorporels et corporels utilisés pour exploiter son activité.

Parmi les **éléments incorporels**, on retrouve :

- la *clientèle*, qui, par définition, correspond à un ensemble de personnes disposées à entretenir des relations contractuelles avec un commerçant. Sans elle, le fonds de commerce n'existerait pas. Elle figure donc comme un élément essentiel et peut être considérée comme « l'aptitude à réaliser un chiffre d'affaires »;

- le *droit au bail*, uniquement dans le cas où l'exploitant n'est pas le propriétaire des murs. Le pharmacien détient ainsi « un droit au renouvellement » qui constitue l'un des principaux éléments incorporels du fonds de commerce, lui permettant son maintien dans les lieux et évitant ainsi toute éviction arbitraire;

- le *nom commercial*, permettant une identification du fonds;

- l'*enseigne*, c'est-à-dire l'élément distinctif, apposé sur la façade de l'établissement;

- et enfin, les *autorisations administratives*, telles que les inscriptions à l'ordre des pharmaciens

Les **éléments corporels** quant à eux sont composés d'objets tangibles. On en distingue deux types :

- tout ce qui est « *matériel et outillage* », c'est-à-dire l'ensemble des objets mobiliers nécessaires à l'exploitation du fonds;
- ainsi que les *agencements, installations* et autres *aménagement*s permettant l'activité commerciale.

Les *stocks de marchandises* ne sont pas inclus dans ces « éléments corporels ».

2. La valorisation d'un fonds

Le problème de la valorisation d'un fonds peut se poser dans trois situations distinctes :

- premièrement, lors de la cession ou de la transmission d'une officine;
 - mais également, lorsqu'il y a apport de fonds ou de titres suite à une réorganisation des associés (départ ou entrée dans le capital);
 - et enfin lors de la constatation d'une dépréciation du fonds de commerce, quand la valeur du marché est manifestement inférieure à la valeur de son inscription à l'actif.
- [34][35]

Etant donné l'importance du travail nécessaire à l'analyse de chacune de ces situations, nous nous concentrerons uniquement sur la valorisation d'un fonds d'officine lors d'une transaction.

La cession d'un fonds de commerce est soumise à différentes règles du droit commun du Code civil et du Code de commerce¹. Ces lois ont pour objectif de garantir à l'acquéreur la consistance du bien vendu et d'assurer également la protection des créanciers du vendeur. Elles concernent l'obligation de mentionner les résultats d'exploitation, renseignent sur les différents délais obligatoires qui accompagnent l'opération de cession, ainsi que sur la parution au Bulletin Officiel des Annonces Civiles et Commerciales (BODACC). [36]

Lors d'une acquisition, il convient dans un premier temps de réaliser une analyse externe de l'environnement de l'officine afin de définir les opportunités ainsi que les menaces. Ensuite, il s'agit d'effectuer une analyse interne de l'entreprise pour déterminer ses forces et ses faiblesses. Celle-ci permet l'identification de différents facteurs clés de succès nécessaires au développement durable de l'officine.

Enfin intervient alors l'estimation de la valeur de l'officine. L'évaluation d'un fonds n'est pas une science exacte mais la méthode choisie doit néanmoins être simple et comprise par tous les acteurs de la cession². Trouver une valorisation équitable, c'est d'abord apprécier la capacité d'une entreprise à se développer ainsi qu'à pérenniser son activité.

En règle générale, la valorisation d'un établissement dépend de trois critères principaux : la rentabilité, l'emplacement et la taille.

L'emplacement de l'officine comprend sa situation géographique ainsi que son environnement direct, c'est-à-dire le nombre de confrères présents dans le voisinage, la présence de médecins, de centre de soins, de maisons de retraite, d'écoles, de commerces, de parkings. Plusieurs critères sociaux-démographiques sont également inclus, tels que l'âge de la population, le niveau de vie...etc.

¹ Principalement : Loi du 17/03/1909, Loi du 29/06/1935, Loi du 20/03/1956 et les articles L141-1, L141-2, L141-3, et L141-4 du Code de commerce.

² C'est-à-dire le ou les titulaire(s) vendeur(s), le ou les titulaire(s) acquéreur(s), le banquier, l'expert-comptable, le notaire et l'avocat...

En ce qui concerne la taille, nous avons vu dans la première partie qu'il existe d'importantes disparités entre les ratios économiques d'officines de différentes typologies. La taille reste donc un élément fondamental de l'évaluation des fonds. Force est de constater que les officines de tailles plus importantes sont les plus recherchées, et par conséquent, ce sont également celles qui se vendent le plus cher. [37]

Les éléments précédemment abordés nous montrent par ailleurs, que lors de ces cinq dernières années, le contexte économique et financier a complètement perturbé le marché des transactions d'officines, malgré une baisse régulière des prix de cessions. Ceci illustre parfaitement l'idée selon laquelle les prix des officines restent trop élevés par rapport à leur rentabilité ainsi qu'à leur valeur économique réelle. La méthode d'estimation actuelle des fonds d'officine n'apparaît alors plus pertinente.

L'objectif principal de la valorisation d'un fonds est de calculer la valeur financière en tenant compte des données comptables passées et surtout du potentiel de développement de la société. Pour se faire, différentes approches existent, mais en pratique une seule est couramment utilisée. Après avoir présenté ces différentes méthodes, nous effectuerons une comparaison plus pragmatique de celles-ci.

3. La méthode de valorisation traditionnelle

3.1 Définition

Il s'agit de la méthode traditionnellement employée, notamment en raison de sa facilité d'usage. Elle consiste à utiliser un pourcentage du chiffre d'affaires pour exprimer le prix de cession. Ce taux dépendra de plusieurs facteurs comme la taille de l'officine, la région dans laquelle elle se situe, sa zone de chalandise et son potentiel de développement. Pour le déterminer, les experts se basent également sur les statistiques des transactions précédentes. En 2013, il atteint en moyenne 86% du CA HT pour la région Rhône Alpes. [1] Le chiffre d'affaires retenu est celui des

douze derniers mois d'exercice ou celui du dernier bilan comptable, hors taxe. Dans l'hypothèse où ce dernier serait irrégulier par rapport aux années précédentes, une moyenne arithmétique des chiffres d'affaires hors taxe des trois dernières années est alors réalisée.

Cependant, l'analyse du chiffre d'affaires doit être effectuée avec précaution, car ce dernier s'avère être souvent très volatil. Il convient alors d'analyser en détail correctement ce CA HT, de rechercher toute rupture brutale de ce dernier et de retrancher les éléments qui le font varier de façon importante.

3.2 Décomposition du CA

Il s'agit dans un premier temps de réaliser un découpage du CA HT en fonction des différentes familles de produits, et par taux de TVA. Celui-ci renseigne sur les structures des ventes et permet ainsi d'identifier la politique de l'officine en matière de prix, de positionnement ainsi que de stratégie de développement. Comme nous l'avons vu précédemment dans la première partie (figure 2), le chiffre d'affaires moyen d'une officine est principalement porté par le médicament remboursable. [7] De plus, il est également essentiel de connaître le taux de substitution des médicaments génériques puisqu'en fonction de ces derniers, des variations significatives peuvent apparaître.

Puis, il paraît indispensable d'observer la part de médicaments onéreux et son poids dans l'activité. En effet, nous avons pu voir précédemment qu'ils génèrent des chiffres d'affaires conséquents sans pour autant faire augmenter la marge. Pour rappel, selon la MDL, la marge actuelle de ces médicaments se situe seulement à 6%, et elle devrait encore baisser prochainement avec la nouvelle rémunération.

Afin d'illustrer ce que nous venons de voir, prenons l'exemple d'une officine réalisant un CA HT de 1 million d'euros, vendue 90% de son CA HT. Admettons qu'elle effectue 10% de son chiffre d'affaires sur les médicaments onéreux, soit 100 000€. Cette part du CA a donc été rachetée 90 000€. De plus, pour réaliser cet achat, le titulaire a emprunté 80% de cette somme, soit 720 000€, sur 12 ans à un taux de

4%. Cela correspond alors à des échéances annuelles de 72 000€, dont 7 200€ imputables au remboursement des médicaments onéreux. Or, nous remarquons que ces derniers ne rapportent que 6 000€. Il s'avère donc difficile de rembourser cet emprunt, d'où la nécessité d'exclure cette part du chiffre d'affaires lors de la négociation du prix de l'officine, et de les traiter séparément.

De la même manière, une officine approvisionnant une maison de retraite ou un EHPAD peut voir son chiffre d'affaires gonfler de façon significative. Il est donc prudent de ne pas le prendre en compte lors de la valorisation d'un fonds car, en l'absence de tout contrat, la clientèle que représentent ces établissements est non-captive et le successeur n'a aucune certitude de les conserver.

Enfin, il s'agit de prêter une attention toute particulière quant à la présence de rétrocessions sur les produits non remboursables et ceux de parapharmacies, à d'autres officines. Ces dernières ne peuvent pas être considérées comme des ventes puisqu'elles ne génèrent aucune marge pour l'officine. Bien qu'elles apparaissent au niveau du compte de résultat¹ dans les ventes de marchandises, elles doivent être différenciées des autres ventes², en minoration des achats. [38]

3.3 Analyse du CA par rapport à la rentabilité

Utiliser un pourcentage du CA HT pour valoriser les officines repose sur l'hypothèse que l'ensemble des pharmacies a une rentabilité homogène, ce qui était vrai il y a quelques années encore. Comme nous avons pu le constater précédemment, la rentabilité a fortement diminué, et il semble qu'il existe actuellement un décalage entre l'évolution des prix de cessions et la rentabilité des officines. C'est ce que nous allons maintenant essayer de voir dans l'étude ici présentée.

¹ Confère Annexe E. p121.

² Sous le compte 707800 : Rétrocessions

3.4 Impact de la nouvelle rémunération

Après le rapport Attali en 2007 suivi de celui de l'IGAS¹ en 2011 et, compte tenu de l'évolution de l'économie de l'officine ainsi que de celle de l'ensemble du système de soins, une évolution du mode de rémunération du pharmacien apparaît indispensable. De plus, la création de la Loi HPST en 2009, inscrivant les missions du pharmacien dans le Code de la Santé Publique au cœur des soins de premiers recours, va également dans ce sens. Un accord est enfin signé en mai 2014 entre les syndicats et l'Assurance Maladie, établissant ainsi une nouvelle rémunération mixte. Il devrait inclure un honoraire de dispensation permettant au pharmacien de s'affranchir à la fois de la dépendance aux prix des médicaments et du nombre de boîtes prescrites par le médecin. Grâce à ce nouvel horaire, il sera désormais possible de faire basculer la marge commerciale vers un modèle qui rémunère la valeur ajoutée scientifique du pharmacien.

Plus concrètement, cette nouvelle rémunération prévoit de convertir l'actuel forfait à la boîte de 0,53€ en honoraires calculés par unité de conditionnement à 0,80€ par boîte en 2015, puis à 1€ par boîte en 2016. Bien sûr, pour que ce changement puisse avoir lieu, il devra s'accompagner d'un reprofilage de la marge dégressive lissée, avec une suppression à long terme de la dernière tranche². À cela s'ajoute un honoraire de dispensation de 0,50€ pour les ordonnances dites « complexes », c'est-à-dire celles ayant au minimum cinq lignes de médicaments remboursables. [39]

Celle-ci devrait, en déconnectant le prix des médicaments de la rémunération, faire davantage évoluer à la baisse les chiffres d'affaires, pour une marge normalement équivalente. Par conséquent, elle vient ainsi renforcer l'idée que ces derniers ne sont plus pertinents pour l'évaluation des fonds d'officine.

¹ Inspection générale des affaires sociales.

² Marge de 0% pour les médicaments dont le prix d'achat est supérieur à 150€ HT.

4. Les autres méthodes possibles

4.1 Méthode utilisant un multiple de l'excédent brut d'exploitation

4.1.1 Définition

La seconde méthode présentée consiste à utiliser un multiple de l'EBE. Comme nous avons pu le voir précédemment, cet élément représente la rentabilité de l'entreprise, c'est-à-dire son aptitude à dégager des bénéfices. Cette méthode permet donc le rapprochement du prix de vente de la rentabilité.

4.1.2 L'EBE retraité

Pour pouvoir utiliser cette méthode, il convient dans un premier temps de choisir le bon excédent brut d'exploitation. En effet, l'EBE utilisé n'est pas celui apparaissant dans le bilan comptable¹, mais l'EBE retraité vu dans la première partie de cette thèse. Pour rappel, ce dernier est obtenu en réintégrant dans l'excédent brut d'exploitation du bilan différents éléments liés à l'exploitation ainsi qu'à la rémunération du ou des gérant(s). Il se calcule de la manière suivante :

EBEr = EBE + (La rémunération du ou des dirigeant(s) + les cotisations sociales de ce(s) dernier(s) + Les remises de fin d'années² (RFA) + les charges de « convenance »³)

L'EBEr ne tient pas compte des frais financiers générés par la dette éventuelle de l'officine. L'intérêt est donc de donner un résultat de l'officine avant impôt et avant amortissement, afin de permettre au futur acquéreur d'évaluer la réelle capacité de remboursement de l'entreprise ainsi que ses propres possibilités de rémunération.

¹ Confère Annexe D. p119.

² RFA : correspondent à des remises quantitatives, accordées par le fournisseur en proportion d'un certain volume de commandes effectives, ou d'un marché annuel.

³ Lorsqu'il y en a : ces charges comprennent le loyer, les frais de véhicule ainsi que toute autres dépenses du titulaire.

Dans un second temps, il s'agit de déterminer le multiplicateur à utiliser. Pour se faire, il faut se baser sur le risque accepté par l'acquéreur ainsi que le retour sur investissement. En règle générale, il se situe entre 5 et 7. [35] Ajoutons que, plus un secteur est stable économiquement parlant, plus il est fiable sur le long terme et donc plus le multiplicateur sera élevé.

Les experts utilisent également les multiplicateurs issus des statistiques des transactions. Selon celles d'Interfimo, il atteint en moyenne 6,9 en 2013 [1]. En région Rhône-Alpes, la même année, le prix de vente moyen d'un fonds d'officine correspond à 7 fois l'EBEr, ce qui le positionne encore légèrement au-dessus de la moyenne nationale. [35] Plus concrètement, cela signifie qu'au bout de 7 années d'exploitation, l'investissement doit avoir été rentabilisé. Pour compléter ce propos, il convient de préciser que cela représente un taux de rendement annuel de 14%.

4.2 Méthode utilisant les flux de trésorerie actualisés (Discounted cash flow)

4.2.1 Définition

La trésorerie est un indicateur fondamental de gestion, dans la mesure où l'analyse de son évolution permet d'apprécier la santé financière de toute entreprise. On appelle flux de trésorerie « tout mouvement de valeur monétaire ayant une incidence sur la trésorerie ». L'étude de ces flux est un complément indispensable au tableau de financement afin d'analyser les encaissements et les décaissements réalisés par l'officine au cours d'une période donnée et d'en déduire sa solvabilité ainsi que ses besoins de financement. [40]

4.2.2 Avantages / Limites

Cette méthode est toutefois très complexe à mettre en œuvre et nécessite des outils adaptés pour la réalisation de tableaux de trésorerie. De plus, elle est souvent difficilement comprise par l'ensemble des acteurs de la transaction de l'officine et n'est donc en pratique jamais utilisée par ces derniers.

Théoriquement, les avantages de cette méthode sont :

- la possibilité de comparer des projets de tailles et de typologies différentes ;
- sa capacité à traduire de manière synthétique la viabilité d'un projet et son niveau de prise de risques (si elle est utilisée correctement).

Cette méthode, de part sa complexité, ne sera pas décrite davantage dans la suite de ce travail et ne fera pas partie de l'étude réalisée ci-après. [41]

Chapitre 2 : Étude des méthodes de valorisation

Maintenant que nous avons présenté ces deux méthodes d'évaluation des fonds, nous allons chercher à les comparer de manière pragmatique afin d'identifier leurs avantages, inconvénients et limites compte tenu de la conjoncture économique. Pour compléter ce travail, il apparaît également nécessaire de proposer une nouvelle méthode, plus pertinente et plus adaptée à ce contexte : c'est que ce nous nous attacherons à faire à la suite de l'étude.

Pour la mener à bien, la société lyonnaise d'experts comptables CODEX m'a permis de sélectionner 14 états financiers d'officines¹, toutes clientes du cabinet. Nous utiliserons les données chiffrées contenues dans ces divers documents pour comparer les différentes méthodes d'évaluation.

Ainsi, avant d'entamer ce travail, il est indispensable de nous arrêter sur les notions de bilan et de compte de résultat, ainsi que les éléments s'y rattachant.

1. Le bilan et le compte de résultat

Le bilan² représente le patrimoine de l'officine, et permet de connaître la situation financière d'une entreprise à un instant donné. En général, il est réalisé sur un exercice comprenant 12 mois, pendant lequel l'entreprise a utilisé des fonds (ressources) pour effectuer des dépenses (emplois). Deux éléments majeurs entrent dans la définition de ce document comptable : l'actif et le passif.

L'actif représente l'image de ce que possède l'entreprise, soit les emplois ou la destination des flux. Il est composé des emplois durables, dits « actifs immobilisés » ainsi que des emplois cycliques, dits « actifs circulants ». L'actif immobilisé correspond plus concrètement à l'ensemble des biens nécessaires pour exploiter, et

¹ Contenant le bilan et le compte de résultat du dernier exercice.

² Confère Annexe D. p119.

sont de trois types : incorporels (le fonds de commerce), corporels (le mobilier et matériel informatique) et financiers.

Ces immobilisations peuvent s'amortir sur plusieurs années. L'actif circulant comprend quant à lui le stock de marchandises, les disponibilités de la trésorerie, les créances, incluant celles des clients. Ces différents éléments de l'actif se présentent par ordre de liquidité croissante dans le tableau comptable.

Le passif du bilan représente ce que doit l'entreprise, c'est-à-dire l'origine des flux et la composition des fonds de l'entreprise. Il se décompose lui-même en deux éléments : les fonds stables (ou capitaux propres) et les dettes.

- Les capitaux propres concernent les dettes que l'officine contracte vis-à-vis de ses propriétaires. Il s'agit par exemple du capital social ou individuel, des réserves ou bénéfices non distribués des années précédentes auxquels s'ajoutent le résultat du bénéfice ou la perte de rentabilité.

- Les dettes correspondent aux emprunts ayant permis le financement de l'entreprise. On y retrouve les sommes que l'officine s'est engagée à rembourser auprès d'organismes extérieurs, tels que les banques ou les fournisseurs. Ces chiffres sont rangés par ordre d'exigibilité croissante.

Selon toute logique, l'actif et le passif doivent être équilibrés de sorte à ce que le montant des ressources soit égal au montant des emplois. [42]

À la différence du bilan, le compte de résultat¹ est une représentation dynamique correspondant à une synthèse détaillée des charges (dépenses) et des produits (ressources) de l'activité de l'entreprise sur une période. La différence entre ces deux éléments donne le résultat net de l'entreprise, indiquant la rentabilité de l'activité. Soit il s'agira d'un bénéfice (lorsque les produits sont supérieurs aux charges), soit d'une perte (c'est-à-dire un résultat négatif). L'objectif du compte de résultat est tout

¹ Confère Annexe E. p121.

d'abord de donner une information synthétique de l'état de santé financière de l'entreprise au titulaire. [43]

2. Méthodologie

L'échantillon sélectionné est composé de 14 officines de typologies, tailles et zones de chalandises différentes, toutes situées en région Rhône-Alpes. Cette hétérogénéité de l'échantillon permet ainsi de réaliser une comparaison pertinente des différentes méthodes. Par souci de confidentialité des données utilisées, tout signe d'identification a été soigneusement effacé.

Pour la réalisation de cette étude, nous utiliserons les données brutes tirées directement des 14 bilans et comptes de résultats fournis par le cabinet d'experts comptables CODEX.

Nous utiliserons différentes matrices EXCEL réalisées avec l'aide de M. Julien BAUDOT, et sous la direction de M. Jean-Marie BURTON, tous deux experts comptables au sein de la société CODEX.

Dans un premier temps, il convient de remplir une première matrice appelée « collecte de données », disponible en Annexe F (p123). Celle-ci présente uniquement les données des états financiers nécessaires à l'application des formules d'évaluations vues précédemment.

Pour chaque officine, nous renseignons d'abord le type de structure juridique afin de connaître la fiscalité de celle-ci. En effet, dans une entreprise soumise à l'impôt sur le revenu, le titulaire ne se verse aucun salaire. Il prélève directement dans le résultat de l'exercice, ce qui peut donc avoir une influence non négligeable sur l'EBEr.

Nous avons par la suite identifié le nombre de titulaire(s) présent(s) dans la structure, ce qui nous sera utile pour le calcul de l'EBEr. Ce point sera abordé et développé plus longuement plus loin dans notre étude.

Par ailleurs, nous ajoutons dans la matrice le chiffre d'affaires hors taxe du dernier exercice clos pour chaque officine. Celui-ci nous permet d'appliquer la première des méthodes de valorisation (utilisant un pourcentage du CA HT)¹. Comme nous avons pu le voir précédemment, ce dernier peut être très volatil. C'est pourquoi nous avons enlevé au CA HT figurant dans le compte de résultat, la part réalisée par les traitements lourds ainsi que les rétrocessions effectuées sur les produits non remboursables et ceux de parapharmacies.

Pour information, nous avons également inséré la marge brute ainsi que le taux de marge brute, même si ces données ne serviront pas à l'application des méthodes d'évaluation.

Pour finir, nous avons ajouté les éléments permettant d'obtenir l'EBEr de chacune des officines et ainsi d'appliquer la seconde méthode de valorisation (utilisant un multiple de l'EBEr)². Il s'agit de l'EBE indiqué dans le compte de résultat, des RFA, ainsi que la rémunération du ou des titulaire(s) et les cotisations sociales correspondantes.

Par ailleurs, afin de rendre les résultats plus cohérents et comparables, nous avons fait le choix de retrancher une rémunération de l'EBEr obtenu pour les officines comptant deux titulaires. La raison de ce choix tient du surcroît de rémunération et de cotisations sociales que doivent justement supporter celles-ci. Étant donné que ces charges supplémentaires sont rajoutées à l'EBE, il y aurait en effet des disparités trop importantes entre les EBE retraités d'officines en fonction du nombre de titulaires. À l'opposé, une officine n'ayant qu'un seul titulaire aura une masse salariale plus importante et donc un EBEr plus faible. Nous avons donc défini cette

¹ Méthode 1

² Méthode 2

rémunération comme équivalente à celle d'un employé coefficient 550, ce qui représente un montant d'environ 60 000€¹. [44]

Pour une lecture plus aisée de la matrice, nous avons également choisi de classer les officines par ordre de CA HT décroissant.

Après avoir complétée la matrice « collecte des données », nous avons pu appliquer les deux méthodes de valorisation vues précédemment.

La première consiste à prendre 86% du CA HT alors que la seconde se sert d'un multiple de 7 de l'EBEr. Il est important de garder à l'esprit que le choix de ce multiplicateur n'est qu'un constat du marché des transactions actuel. Les prix des fonds étant encore trop élevés par rapport à la rentabilité de la majeure partie des officines, nous obtiendrons forcément des valeurs importantes. Ce multiplicateur devrait baisser dans les années à venir.

Par ailleurs, il s'agit de rester vigilant : 2013 a été une année record en ce qui concerne les remises de fin d'années, ce qui explique que nous obtenions des EBER conséquents. L'avenir de ces RFA demeure très incertain et une possible diminution est à prévoir, ce qui risquerait d'avoir un impact non négligeable sur les EBER.

Enfin, suite à la construction de cette matrice, nous proposerons un tableau récapitulatif, nous permettant ainsi d'avoir une vision claire et complète des résultats obtenus. Ce sera alors l'occasion de réaliser une comparaison plus poussée des deux méthodes étudiées.

¹ Correspond à la rémunération + les charges sociales : environ = 42 000€ + 18 000€

3. Résultats

Les résultats obtenus sont résumés dans le tableau suivant :

	CAHT dernier exercice clos	EBE retraité	E.B.E retraité en % du CAHT	Méthode 1 Estimation par le %CA	Méthode 2 Estimation par le multiple EBEr	Ecart entre les 2 méthodes
Officine A	7 229 568	698 298	9,66%	6 217 428	4 888 086	1 329 342
Officine B	3 461 974	463 161	13,38%	2 977 298	3 242 127	-264 829
Officine C	3 074 058	514 404	16,73%	2 643 690	3 600 828	-957 138
Officine D	3 055 744	340 377	11,14%	2 627 940	2 382 639	245 301
Officine E	2 252 488	329 191	14,61%	1 937 140	2 304 337	-367 197
Officine F	1 526 158	187 532	12,29%	1 312 496	1 312 724	-228
Officine G	1 402 730	243 629	17,37%	1 206 348	1 705 403	-499 055
Officine H	1 358 749	270 020	19,87%	1 168 524	1 890 140	-721 616
Officine I	1 039 227	79 438	7,64%	893 735	556 066	337 669
Officine J	966 201	139 021	14,39%	830 933	973 147	-142 214
Officine K	747 837	12 352	1,65%	643 140	86 464	556 676
Officine L	678 394	94 377	13,91%	583 419	660 639	-77 220
Officine M	636 250	63 734	10,02%	547 175	446 138	101 037
Officine N	552 199	47 857	8,67%	474 891	334 999	139 892

4. Discussion

Nous allons maintenant procéder à l'analyse des résultats obtenus. Avant de débiter, il est important de rappeler que cette analyse ne tient évidemment pas compte des autres éléments essentiels de la valorisation d'une officine cités précédemment (l'environnement, la zone de chalandise, la stratégie de développement). De plus, il faut garder à l'esprit que l'estimation obtenue par ces méthodes de valorisation ne correspond jamais au prix définitif, étant donné qu'une longue période de négociation débute à partir de ce moment là.

4.1 Analyse des résultats

D'après les résultats obtenus précédemment, aucune tendance majeure ne semble se dégager. Ce constat est à la fois logique et rassurant : il traduit le fait que chaque officine est une entité à part entière. En effet, pour 6 officines¹ sur les 14 de l'échantillon étudié, nous obtenons un prix supérieur avec la méthode de valorisation 1 (utilisant un %CA HT). En ce qui concerne les 8 autres², c'est la méthode 2 (utilisant un multiple de l'EBE) qui obtient une estimation du prix de cession supérieure.

Si nous nous concentrons maintenant sur les prix estimés en fonction de la taille des structures, nous remarquons que la majorité des « petites »³ officines obtient une meilleure estimation par la méthode 1. Nous verrons par la suite que cela s'explique par le fait que ces petites structures dégagent des rentabilités plus faibles.

Enfin, il importe de spécifier que l'écart entre ces deux méthodes, que ce soit en positif ou en négatif, reste tout de même significatif, à l'exception de l'officine F. Pour cette dernière, nous obtenons sensiblement la même valeur d'estimation avec les deux méthodes de valorisation.

¹ Officines A, D, I, K, M et N.

² Officines B, C, E, F, G, H, J et L.

³ C'est-à-dire, celles réalisant moins de 1100 k€ de chiffre d'affaires, soit I, J, K, L, M, et N.

Par ailleurs, rappelons que la valeur moyenne nationale de la rentabilité, exprimée par le ratio EBEr/CA HT, se situe à 13,13% en 2013 (figure 10). [20]

D'une part, pour les officines A, I, K et N (ayant une rentabilité nettement inférieure à la moyenne nationale), nous remarquons un écart effectivement important entre les deux méthodes. Ensuite, nous pouvons constater le même phénomène pour les officines H, G, et C, dont la rentabilité est quant à elle largement supérieure à 13%.

On remarque ainsi que, plus la rentabilité s'écarte (dans un sens ou dans l'autre) de cette valeur moyenne de 13,13%, plus l'écart entre les 2 méthodes d'estimation s'accroît.

L'estimation des officines B, F et L (rentabilité proche de 13%) est en revanche sensiblement équivalente par l'une ou l'autre des méthodes de valorisation.

Si l'on poursuit notre analyse, il nous faut maintenant préciser que toutes les officines ayant une rentabilité inférieure à la moyenne nationale¹ sont celles dont l'estimation du prix est supérieure avec la méthode 1. Pour celles-ci, nous constatons également que l'estimation de la valeur des fonds par la méthode 2 aboutit à une décote importante de ce prix. Il apparaît évident qu'il existe une totale déconnexion entre la rentabilité et les prix estimés par la méthode actuelle (méthode 1). Nous pouvons donc en conclure que les officines ayant une faible rentabilité se trouvent largement survalorisées par cette méthode.

Le cas de l'officine K illustre parfaitement cette idée. En effet, il s'agit de la structure dégageant la plus faible rentabilité parmi celles présentes dans l'échantillon considéré (soit 1,25 % du CA HT). L'estimation de cette officine par la première méthode nous permet d'obtenir un prix de vente de 643 140€ alors qu'avec la seconde, nous obtenons un prix de 86 464€, soit plus de 7 fois inférieur au précédent. Cet exemple nous montre bien qu'il n'est pas possible d'acquérir une officine de ce type en se basant uniquement sur son CA HT.

¹ Soit A, I, K et N.

À l'opposé, l'officine qui dégage la meilleure rentabilité est la H, avec un taux de 19,87%. Pour cette dernière, on obtient inversement une valorisation par la méthode du CA largement inférieure à la celle obtenue avec la méthode 2. Une telle estimation représente une réelle opportunité pour l'acquéreur au regard de la rentabilité.

Les résultats précédemment obtenus nous permettent également de dresser un autre constat. Si l'on compare les officines C et D (qui ont des chiffres d'affaires proches), il est tout à fait logique qu'en utilisant la méthode 1, on obtienne des résultats équivalents. Toutefois, même si ces deux structures semblent relativement similaires, leur rentabilité présente quant à elle bien des différences. Le recours à la seconde méthode nous permet justement d'en prendre pleinement conscience, avec la mise en évidence d'un écart de prix supérieur à 1 200 k€. Ainsi, l'officine C est plus rentable de près de 50%. Il est donc impossible de comparer des projets d'achat de pharmacies ayant des rentabilités différentes avec cette méthode.

Pour compléter ce que nous venons d'évoquer, il peut être judicieux d'utiliser un autre exemple, cette fois-ci ne se basant pas sur des officines ayant des chiffres d'affaires équivalents. Si l'on utilise la méthode de valorisation 1, l'officine H semble être moins chère que la F. Pourtant, il se trouve que la pharmacie F dégage une rentabilité supérieure de 50% à celle de l'officine H. Cette seconde illustration nous conforte donc dans l'idée ici développée. La première méthode de valorisation n'offre donc pas que des avantages.

4.2 Limites des deux méthodes

Pour y voir plus clair, il peut être intéressant de proposer une synthèse des atouts ainsi que des inconvénients des deux méthodes présentées et comparées dans cette étude. Si la première d'entre-elles apparaît dépassée au vue des éléments évoqués, il n'empêche qu'elle demeure encore largement utilisée par une écrasante majorité de titulaires ainsi que par les professionnels de la transaction, comme unique outil de valorisation.

Mais comme nous avons pu le voir, il se trouve que cette méthode (1) est basée sur une approche beaucoup trop statistique et, de ce fait, elle ne s'applique pas pour toutes les officines. Celle-ci était parfaitement cohérente il y a dix ans, lorsque les officines bénéficiaient d'une rentabilité homogène, et que les CA HT ne cessaient de croître d'année en année. Mais ce n'est cependant plus le cas aujourd'hui. Pour illustrer ce propos, prenons un exemple simple :

- En 2005, une officine est achetée à 80% du CA HT. Considérons qu'à cette époque, celui-ci était en croissance de 5% par an et ce, jusqu'en 2007. Si l'on fait le calcul, on remarque que la pharmacie n'a en réalité pas été achetée à 80% mais à 70% du CA HT (base 2007).

- Toujours dans notre exemple, la situation devient foncièrement différente en 2014. Le CA HT n'augmente plus mais, à l'inverse, baisse à un rythme de 5% les 2 années suivantes. La même pharmacie, achetée initialement à 80% du CA HT a finalement été acquise à 90% de celui-ci (base 2016). Ainsi, en se basant sur la seule méthode d'estimation du fonds qu'est le pourcentage de CA, il apparaît évident que l'acquéreur n'est plus protégé lorsque le CA de l'officine décroît en début d'activité.

L'évolution récente de l'économie de l'officine, l'impact des génériques sur les chiffres d'affaires, l'avenir incertain des coopérations commerciales, ainsi que la nouvelle rémunération¹, sont autant de facteurs qui rendent la méthode actuelle, totalement inexploitable lorsqu'elle est utilisée seule. Le résultat de l'activité est en effet moins prévisible par l'unique lecture du CA. De plus, d'importantes disparités sont apparues en termes de rentabilité entre les officines.

Par ailleurs, les résultats obtenus nous montrent que la méthode actuelle ne permet pas d'établir un lien entre le prix d'achat et la rentabilité du projet. Le second mode de valorisation, consistant à utiliser un multiple de l'EBE_r, parvient enfin à créer un lien entre le prix d'achat et la rentabilité et donc rend possible la comparaison possible d'officines de structures différentes. Il s'agit là d'un raisonnement beaucoup

¹ Qui vise à déconnecter le prix de vente des médicaments de la marge du pharmacien.

plus économique que la méthode précédente, basée uniquement sur des démarches statistiques.

Toutefois, la méthode 2 présente elle aussi quelques limites. Dans certains cas, celle-ci établit des prix particulièrement bas (officine K), ou, à l'inverse, trop élevés au regard de l'activité de l'officine (officine C). Les éléments suivants nous permettent de développer cette idée :

- Si l'on reprend l'officine K, on remarque que la méthode 2 évalue son prix à 86 464€, soit une décote d'environ 87% par rapport à l'estimation de la méthode 1. Son très faible EBEr résulte de différents problèmes au niveau de la gestion et de l'organisation de l'officine. Il ne reflète ni l'activité réelle de l'entreprise, ni son potentiel de développement. Dans ce cas, il apparaît bien difficile d'assurer la viabilité du projet.

- L'officine C se trouve quant à elle dans une autre situation. Elle bénéficie d'un taux de rentabilité élevé et, par conséquent, sera mieux valorisée si l'on a recours à la méthode 2.

L'approche par l'EBEr est donc plus juste économiquement parlant, mais elle n'est pas non plus suffisante lorsqu'elle est utilisée seule. L'EBE est en effet un élément qui varie selon le type de structure, la fiscalité, le poids de la masse salariale mais aussi lors de transferts ou de regroupements. Utiliser la méthode du multiple de l'EBEr seule ne permet donc pas de déterminer le potentiel de développement réel de l'activité de l'officine.

De plus, il est important de remarquer que le multiple utilisé actuellement est issu d'un constat de ce que valent les fonds d'officines actuellement. Étant donné que les prix actuels apparaissent « surestimés », ce dernier devrait être amené à diminuer très prochainement. Idéalement, il devrait se situer entre 5 et 6, et sa valeur pourrait s'ajuster en fonction de l'environnement de l'officine.

Il apparaît donc évident que le prix d'une officine doit à la fois dépendre de l'évolution du chiffre d'affaires mais aussi de la rentabilité.

4.3 Nouvelle méthode

Ainsi, pour déterminer un prix plus juste, il serait préférable non pas d'utiliser soit la première, soit la seconde méthode mais plutôt de les combiner.

Le prix (P) d'une officine serait ainsi égal à :

$$P = x (\text{perspective de croissance : \%du CA HT}) + y (\text{rentabilité: multiple de l'EBEr})$$

Cependant, x et y ne peuvent pas être égaux, le poids de la rentabilité étant devenu nettement plus important que celui de l'activité dans l'estimation du prix. Ainsi, il semble judicieux d'utiliser une moyenne pondérée, du type :

$$P = \frac{1 (\text{perspective de croissance : \%du CA HT}) + 2 (\text{rentabilité : multiple de l'EBE})}{3}$$

Nous allons donc maintenant appliquer cette nouvelle méthode à notre échantillon et les comparer avec les résultats obtenus précédemment.

	CAHT dernier exercice clos	EBE retraité	E.B.E retraité en % du CAHT	Méthode 1 Estimation par le %CA	Méthode 2 Estimation par le multiple EBEr	Ecart entre la méthode 1 et la nouvelle	Estimation par la nouvelle méthode (1CA+2EBE)/3
Officine A	7 229 568	698 298	9,66%	6 217 428	4 888 086	886 228	5 331 200
Officine B	3 461 974	463 161	13,38%	2 977 298	3 242 127	-176 553	3 153 851
Officine C	3 074 058	514 404	16,73%	2 643 690	3 600 828	-638 092	3 281 782
Officine D	3 055 744	340 377	11,14%	2 627 940	2 382 639	163 534	2 464 406
Officine E	2 252 488	329 191	14,61%	1 937 140	2 304 337	-244 798	2 181 938
Officine F	1 526 158	187 532	12,29%	1 312 496	1 312 724	-152	1 312 648
Officine G	1 402 730	243 629	17,37%	1 206 348	1 705 403	-332 703	1 539 051
Officine H	1 358 749	270 020	19,87%	1 168 524	1 890 140	-481 077	1 649 601
Officine I	1 039 227	79 438	7,64%	893 735	556 066	225 113	668 622
Officine J	966 201	139 021	14,39%	830 933	973 147	-94 809	925 742
Officine K	747 837	12 352	1,65%	643 140	86 464	371117	272 023
Officine L	678 394	94 377	13,91%	583 419	660 639	-51 480	634 899
Officine M	636 250	63 734	10,02%	547 175	446 138	67358	479 817
Officine N	552 199	47 857	8,67%	474 891	334 999	93 261	381 630

Comme nous avons pu le voir, les deux méthodes précédemment utilisées présentent des avantages et des inconvénients. La troisième apparaît plus universelle compte tenu des différences de rentabilités des officines. En effet, cette nouvelle méthode tient à la fois compte du volume d'activité et de la rentabilité. Elle semble beaucoup plus juste économiquement parlant et paraît mieux s'adapter à l'ensemble des officines étudiées.

Prenons l'exemple suivant : un pharmacien souhaite s'installer et acquérir une petite officine. En utilisant la première méthode, l'officine I (réalisant environ 1 million de CA HT annuel), bénéficie d'une estimation plus importante que l'officine L (ayant un CA de 678 394). Pourtant, l'évaluation réalisée avec la seconde méthode nous montre que l'officine L dégage une meilleure rentabilité et, par conséquent, elle obtient une estimation supérieure à l'officine I. Grâce à la nouvelle méthode, l'estimation devient équivalente pour les deux structures. Ce constat traduit parfaitement l'idée selon laquelle il est indispensable d'utiliser une combinaison des deux méthodes afin d'obtenir une estimation plus juste, tenant à la fois compte du potentiel de développement de l'officine et de sa rentabilité.

Cependant, les prix obtenus sont parfois encore trop élevés pour certaines officines présentes dans l'échantillon. On peut notamment l'expliquer de par le fait que le multiple (7) utilisé pour la formule de la méthode 2 soit lui-même encore trop important. En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, le multiple choisi n'est que le reflet des prix de cessions actuel.

Ce qu'il faut également retenir ici, c'est qu'il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire d'acheter une officine à un prix considéré comme plus juste. C'est pourquoi lors de l'achat d'une officine, il est important de prendre le temps d'étudier l'environnement de celle-ci dans les moindres détails et d'analyser scrupuleusement tous les ratios économiques afin de comprendre son fonctionnement. Enfin, il est évidemment primordial de se faire accompagner et épauler par des professionnels compétents.

CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR Caroline MASSFELDER

**TITRE : ÉVOLUTION DU MODE DE VALORISATION DE L'OFFICINE
PHARMACEUTIQUE**

CONCLUSION

Au cours des 30 dernières années, la situation économique de l'officine s'est nettement détériorée. Dans cette conjoncture difficile, nombreux sont les pharmaciens à s'inquiéter pour leur avenir ainsi que pour celui de la profession. En effet, comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail, l'officine est complètement tributaire des décisions de l'État et de l'Assurance Maladie. Les mesures, prises dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses de santé, fragilisent directement l'ensemble du réseau.

Pour la première fois en 30 ans, la majorité des officines a vu son chiffre d'affaires diminuer au cours de l'année 2013. Toutefois, le travail ici présenté nous a montré que les autres ratios économiques traduisant la santé financière de l'officine restent rassurants. Les marges et les rentabilités affichent en effet de bons résultats en moyenne. Mais il est important de garder à l'esprit que 2013 reste une année record en termes, notamment, de bénéfices perçus grâce aux médicaments génériques. Il convient donc de rester vigilant à l'avenir lors de la réalisation de prévisionnels afin d'anticiper une éventuelle fin des ces avantages.

Les éléments abordés reflètent les limites du modèle actuel et son manque d'adaptation à la réalité économique d'aujourd'hui. Il apparaît en effet de plus en plus nécessaire de proposer une évolution du mode de rémunération du pharmacien. Même s'il semble probable qu'un nouveau système soit très prochainement mis en place, le retard inhérent à sa définition n'a fait qu'exacerber les inquiétudes des officinaux.

Le réseau se trouve particulièrement fragilisé, ce qui se traduit également par la fermeture d'une officine tous les trois jours. Certes, le nombre d'officines sur le

territoire est très important à certains endroits, mais cela ne semble pas être la seule et unique raison de ces fermetures. Si beaucoup d'entre-elles ont vu leur équilibre financier perturbé, c'est en partie en raison d'un endettement trop important suite à une acquisition à un prix trop élevé. Il semble ainsi que la méthode de valorisation traditionnellement utilisée pour estimer la valeur d'un fonds d'officine ne soit plus pertinente dans le contexte économique actuel.

Il y a peu de temps encore, un acquéreur pouvait se permettre de « surpayer » son officine au regard de la rentabilité puisque le risque financier était rapidement neutralisé par l'augmentation constante du chiffre d'affaires. Cependant, l'involution de ce dernier ainsi que sa nouvelle composition ne permettent plus de l'utiliser afin de valoriser de façon pertinente et économique un fonds d'officine. C'est d'ailleurs la conclusion que nous avons pu tirer de l'étude comparative menée dans la seconde partie de ce travail. Les prix de cessions basés uniquement sur ce ratio sont dans certains cas « survalorisés » et complètement déconnectés de la rentabilité de l'officine. Or, comme pour toute acquisition d'entreprise, le pharmacien doit se poser la question du retour sur investissement mais aussi de la capacité de son nouvel outil de travail à lui octroyer une rémunération juste tout en faisant face au remboursement de la dette.

Par ailleurs, la pression actuelle des GMS et la question de l'ouverture du monopole devrait pousser plus que jamais les officines à disposer d'une trésorerie suffisante plutôt que d'une dette conséquente. Cette trésorerie devrait alors leur permettre de justifier de leur position indispensable dans le parcours de soin et d'offrir aux patients le meilleur service qui soit.

La majorité des professionnels est convaincue que les prix de cessions de l'ensemble des officines doivent baisser. Toutefois, les résultats de notre étude ne semblent pas complètement aller dans ce sens.

Le principal problème mis en évidence est que certaines officines sont survalorisées par rapport à leur rentabilité ainsi qu'à leur viabilité sur le long terme. Pour ces dernières, force est de constater que leurs prix doivent baisser.

Cependant, pour d'autres structures, les prix estimés avec la nouvelle méthode (tenant compte à la fois de l'activité (CA) et de la rentabilité (EBE)) apparaissaient supérieurs à ceux obtenus avec le mode de valorisation traditionnel. Cela s'explique par le fait que ces officines dégagent des rentabilités excellentes. N'est-il donc pas injuste que ces structures voient leurs prix baisser ?

L'avenir ne se trouverait-il pas dans un réseau comportant moins d'officines, mais des structures de tailles plus importantes dirigées par plusieurs associés et permettant d'offrir un plus large panel de services ? Pour cela, encore faut-il que le prochain décret au sujet des SPFPL aille dans ce sens et rende possible cette réorganisation du monde officinal.

Il ne s'agit pas d'avoir une vision pessimiste de l'avenir de la pharmacie, mais plutôt de faire preuve d'un réalisme économique et de réorganiser le marché afin de rendre cessibles toutes les officines, sans considérations de taille et de localisation.

La pharmacie d'officine reste un métier d'avenir.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 16/8/2014

LE DOYEN



Professeur Christophe RIBUOT

LE PRESIDENT DE LA THESE

Docteur Martine DELETRAZ-DELPORTE

BIBLIOGRAPHIE

[1] INTERFIMO. Prix et valeurs des pharmacies, évolution du cadre d'exercice des pharmaciens, mars 2014. Disponible sur : www.interfimo.fr (consulté le 18/05/2014)

[2] IRDES. Historique des Lois de financement de la Sécurité sociale en France, mise à jour : févr. 2014. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf> (consulté le 20/05/14)

[3] IRDES. Historique de la politique du médicament en France, mise à jour : mars 2014. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-de-la-politique-du-medicament-en-france.pdf> (consulté le 20/05/2014)

[4] CLAUSENER Magalie, Des baisses de prix à 1 Md€, Le Moniteur des Pharmacies, 1^{er} juin 2013, n° 2986

[5] DELAIR Joëlle, BILLET Brice, DARCHEN Laurence et KRAWEC Maroussia, Contrat d'Etudes Prospectives dans la Pharmacie d'officine, TOME I, mars 2006, 263 p. Disponible sur : http://www.emploi.gouv.fr/files/files/cep_pharmacie.pdf (consulté le 18/08/2014)

[6] LE GARREC Marie-Anne et BOUVET Marion, Comptes nationaux de la santé 2012, éd. 2013, 246 p. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2012.pdf (consulté le 24/04/2014)

[7] FSPF d'après Pharmastat, Marché intérieur, L'Économie du Médicament, 18 juin 2014. Disponible sur : <http://www.leem.org/article/marche-interieur-0> (consulté le 18/05/2014)

[8] COLLET Marc, DE KERMADEC Claire, DREES, INSEE, L'activité des pharmacies de 2000 à 2006, INSEE PREMIERE, nov. 2009, N°1267, 4 p. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1267/ip1267.pdf> (consulté le 14/04/2014)

[9] DELAUNAY Sabrina, Livre blanc. L'acquisition d'une officine de pharmacie : l'Expert-comptable : un partenaire à privilégier, mai 2007, 129 p.

[10] BORDAS Patrick, VELLOZZI Joël, KPMG – Pharmacies, Moyennes professionnelles 2014, 22^e éd. . Disponible sur : <http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Moyennes-Professionnelles-Pharmacies-2014.pdf> (consulté le 26/05/2014)

[11] FOLCO Jean-Patrice, La MDL à eu 20ans, Le Quotidien du Pharmacien, 25 oct. 2010

[12] Ordre national des pharmaciens, Les pharmaciens, panorama au 1^{er} janvier 2014, avr. 2014

[13] Alliance Healthcare, Le carnet de route de votre installation, document professionnel, éd. 2009

[14] BRAS Pierre-Louis, KIOUR Abdelkrim, MAQUART Bruno, et MORIN Alain, Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Juin 2011, 62p. . Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000355/0000.pdf> (consulté le 14/05/2014)

[15] IMS Pharmastat, Les indicateurs clés de la pharmacie – Bilan de l'année 2012. Disponible sur : <http://www.ims-pharmastat.fr> (consulté le 14/05/2014)

[16] CGP, Statistiques professionnelles de La pharmacie, éd. 2014. Disponible sur : www.conseil-gestion-pharmacie.com

[17] Le pharmacien de France, N°1233, oct. 2011

[18] BOTREL Pierre, la rémunération du titulaire, L'entreprise officinale N°3, sept.-oct. 2012

[19] DELÉTOILLE Olivier, ZAMBROWSKI Jean-Jacques, L'exercice en officine : SEL et SPF-PL en pratique, le Moniteur des pharmaciens, 5^e éd. , 2011, 176p.

[20] LECOEUR Joël, DESPLATS Olivier, CGP, La pharmacie : un métier d'avenir, Pharmagora 2014

[21] INED, statistiques 2013. Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/france/mortalite_causes_deces/esperance_vie/ (consulté le 14/07/2014)

[22] FOLCO Jean-Patrice, LE BOENNEC Barbara, IMS PHARMASTAT, Le Concept Libéral appliqué à la Pharmacie Tolstoï , Pharmagora 2014, 21p.

[23] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Avis sur le médicament, adopté le 25 septembre 2008, 2008, 13p. Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_250908.pdf (consulté le 20/06/2014)

[24] BROSSARD Pascal, DERRÉ Jean-François, AFIPA, CELTIPHARM, 12^{ème} Baromètre AFIPA 2013 : Des produits du Selfcare, 22 janv. 2014, 47p.

[25] «LOLIVIER Antoine, gestion et management, La revue PHARMA, n° 110, mars 2014

[26] LEEM, Évolution du chiffre d'affaires des médicaments, L'Économie du Médicament, 18 juin 2014. Disponible sur : <http://www.leem.org/article/evolution-du-chiffre-daffaires-des-medicaments> (consulté le 10/07/2014)

[27] SIROT Jérôme, MARTY Erick, KPMG, Comptabilité et instruments de gestion, le Moniteur des pharmacies, 4^e éd. , 2010, 150p.

[28] Ordre des pharmaciens, communiqué de presse, Démographie des pharmaciens au 1^{er} janvier 2013, 13 juin 2013. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/index.php/Communications/Communique-de-presse/Demographie-des-pharmaciens-au-1er-janvier-2013>

[29] POUZAUD François, 2013 aurait pu être pire ! , Le Moniteur des pharmacies, N° 3017, cahier 1, 1^{er} févr. 2014

[30] POUZAUD François, Transactions en 2013 le marché est bloqué, Le Moniteur des pharmacies, N°3026, cahier 1, 5 avr. 2014.

[31] France-inflation, Évolution du taux à 10ans pour la France. Disponible sur : http://france-inflation.com/taux_10ans.php

[32] CAVP, les chiffres clés, éd. 2014. Disponible sur <https://www.cavp.fr/> (consulté le 20/07/2014)

[33] Se regrouper dans des structures juridiques : SPFPL et SEL y voir plus clair, Le journal de l'Ordre national des pharmaciens, N°33, févr. 2014, 16p.

[34] Adequa, DELÉTOILLE Olivier, CASSEL Laurent, TIERNY Amaury, Provision pour dépréciation du fonds de commerce une jurisprudence fiscale récente attise le

débat, Conseil d'Etat du 23 déc. 2013, 2p. . Disponible sur : <http://blog-olivier-deletoille.fr/> (consulté le 25/07/2014)

[35] CODEX, BURTON Jean-Marie, Évaluation des fonds d'officine de pharmacie, 09 juill.2014 48p.

[36] L'expert-comptable, lexique et définitions. Disponible sur <http://www.l-expert-comptable.com/comptabilite/declarations-comptables-et-legales/les-elements-d-un-fonds-de-commerce.html> (consulté le 28/07/2014)

[37] Qui (sur)vivra verra, ce qu'il faut changer en 2009, Le Moniteur des Pharmacies, n°2780, 16 mai 2009

[38] POUZAUD François, Analyser l'activité de l'officine à reprendre, Le Moniteur des Pharmacies, n° 2857, 4 déc. 2010

[39] FSPF, « La nouvelle rémunération : explications », juin 2014

[40] BORDAGE François-Xavier, « Chapitre n°8 : Les flux de trésorerie », Finance Acquisition, 2012, 9p. <http://www.finance-acquisition.com> (consulté le 06/08/2014)

[41] Achat-de-pharmacie, « Avantages et limites du % de CA, du Multiple d'EBE et des Flux de Trésorerie. Disponible sur : <http://www.achat-de-pharmacie.com/pages/default.aspx?toid=ebe+ou+%25+de+ca-335&t=23> (consulté le 10/08/2014)

[42] ROLANDO Thierry, Comptabilité et finance appliqués à l'entreprise , cours de Master MAE, IAE Annecy, 2013-2014

[43] APCE, Étapes de la création, le compte de résultat. Disponible sur : <http://www.apce.com/pid1609/compte-resultat.html?pid=1609> (consulté le 12/08/2014)

[44] PHARM-EMPLOI, Salaires Grille, Janv. 2014. Disponible sur : <http://pharm-emploi.com/salaires-3/> (consulté le 12/08/2014)

Pour tous les articles de loi, décrets et arrêtés : Le site Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

LISTE DES ANNEXES

Annexe A - Récapitulatif des plans de réductions des dépenses de santé	111
Annexe B - Choix du régime fiscal, IR ou IS ?	115
Annexe C - Méthodologie CGP	118
Annexe D - Le Bilan comptable	119
Annexe E - Le Compte de résultat.....	121
Annexe F – Matrice « collecte des données »	123

ANNEXES

Annexe A - Récapitulatif des différents plans de réductions des dépenses de santé

Ce récapitulatif a été réalisé en utilisant les données de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) :

- « *Historique des Lois de financement de la Sécurité sociale en France : Mise à jour : Février 2014* » [2]

- et « *Historique de la politique du médicament en France : Mise à jour : Mars 2014* » [3]

- Le Plan Durafour, 1975

Réduction des taux de TVA sur les produits pharmaceutiques de 20 à 7%.

- Le Plan Barre, 1976

Suppression du remboursement à 70% de certaines spécialités.

- Le Plan Veil, 1977

Modification de la participation des assurés par la création d'une vignette bleue, accompagnée d'une hausse du ticket modérateur sur les médicaments dits de confort. (Arrêté du 4 juillet 1977, JONC du 31 juillet 1977 et arrêté du 4 août 1977, JO du 14 août 1977)

- Le Plan Bérégovoy, 1982

Diminution du taux de prise en charge de plus de 1280 spécialités (JO du 30 novembre 1982 – effectif à partir du 1er décembre 1982).

Taxe sur la publicité pharmaceutique.

Blocage des prix des produits pharmaceutiques (et des honoraires).

Et Plafonnement des remises consenties par les grossistes-répartiteurs aux officines à 3%. (Mesure révoquée en 1987)

- Le Plan Bérégovoy, 1983

Baisse du taux de marge des officinaux de 33,44% à 32,44%.

- Le Plan Dufoix, 1985

Diminution des remboursements de 379 médicaments de 70 à 40%. (Arrêté du 17 juin 1985 complétant et notifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux)

- Le Plan Seguin dit de « rationalisation des dépenses d'assurance-maladie », 1986

Déremboursement des vitamines (sauf vitamines D et B12).

Hausse des cotisations.

- Janvier/ février 1987

Déremboursement de 115 spécialités et déclassement de 28 autres. (Arrêtés ministériels du 16 janvier 1987 et du 12 février 1987, relatifs à la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux)

- Plan de financement du déficit, mai 1987

Baisse de la TVA sur les médicaments de 7% à 5,5%.

- Annulation du plan Seguin, 1988

Nouvelle baisse du taux de marge des pharmacies de 32,44% à 30,44%. (Décret du 12 novembre 1988)

- Le Plan Evin, 1989

Passage de la TVA de 5,5 à 2,1% pour les spécialités remboursables.

Réforme des ALD (Affections de longue durée).

Et augmentation de la taxe sur la publicité des laboratoires pharmaceutiques.

- 1990 : Introduction de la Marge Dégressive Lissée (MDL) (Arrêté du 2 janvier 1990, applicable au 1er mars) et création de la Cotisation Sociale Généralisée (CSG) le principe est simple, plus un médicament est cher, plus le taux de marge est faible.

24 octobre 1990, Création de l'ASMR, Association loi 1901 inscrite au Journal Officiel.

- Le Plan Bianco de financement et d'économie, 1991

Suppression du supplément pour honoraires pharmaceutiques (S.H.P), qui représentait 0,6% du C.A. des officines. (Arrêté du 19 février 1991)

Retrait du marché de 191 médicaments et déremboursement de 124 autres.

Mise en place d'un plafonnement des remises répartiteurs (2,55%) consenties aux officines sur les spécialités remboursables.

- Le Plan Teulade, 1992/1993

Nouvelle augmentation de la taxe sur la publicité au titre des spécialités remboursables.

Déremboursement des médicaments à base d'oligoéléments et de magnésium.

- Le Plan Veil, maîtrise des dépenses, 1993

Hausse de la CSG et à nouveau une diminution du taux de remboursements.

- Instauration des références médicales opposables (RMO), 1994

Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 et rectificatif relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie (JO, 5 janvier 1993)

- Réforme Juppé, 1996

Instauration de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Création de la caisse d'amortissement de la dette sociale.

- Loi de financement de la Sécurité sociale, 1997

Elle assujettit les entreprises du médicament à la contribution des grossistes répartiteurs sur les ventes directes.

Cette année sera marquée également par une seconde vague de RMO.

- Mesures Aubry, 1998

Relatives aux dépenses de santé affectant l'ensemble des professions de santé pour un montant de 410 M€ dont 270 M€ payés par les seules entreprises du médicament.

- Loi de financement de la Sécurité sociale, 1999

- Droit de substitution des pharmaciens, celle-ci est possible si le médecin ne l'a pas exclue expressément et si elle entraîne une économie pour l'assurance maladie. (*Le décret n° 99-486 du 11 juin 1999 précise les conditions d'application de ce dispositif, JO n° 134, 12 juin 1999*)
- Mise en place de l'appréciation du service médical rendu (SMR) pour la détermination du taux de remboursement des médicaments. Trois niveaux de SMR sont définis. (*Décret n° 99-915 du 27 octobre 1999, JO du 30 octobre 1999*)
- Réforme de la Marge Dégressive Lissée (MDL). Création d'une marge à deux tranches (26,10% jusqu'à 150 francs prix fabricant et 10% au delà) assortie d'un forfait à la boîte de 3,50 francs. En échange, les officinaux s'engagent sur un objectif de substitution de 35%;

- Plan Aubry concernant les médicaments de SMR insuffisant, 2000

Se traduit par une nouvelle vague de remboursements et déremboursements.

- Plan Guigou, 2001

Caractérisé à nouveau par des baisses de prix et des déremboursements des médicaments de SMR insuffisant. Ce plan est destiné à réaliser 4 à 5 milliards de francs d'économie.

- Loi de financement de la Sécurité sociale, 2003

Création du forfait générique « Tarif Forfaitaire de Responsabilité » (TFR) Base de remboursement des médicaments

- Plan Mattei, 2003

Déremboursements et baisses des taux de remboursements des médicaments dont le SMR est jugé insuffisant.

- Loi de financement de la Sécurité sociale, 2004

Création d'une troisième tranche de la MDL, au delà de 150 euros HT prix fabricant, marge de 6 %.

- Loi Dutreil 2, 2006

Cette loi limite les marges arrière à 20%.

Déremboursements multiples. Nouveaux TFR.

- Suite Loi Dutreil 2, 2007

Diminution des marges arrières à 15%

- Plan de redressement de l'assurance maladie, 2007

« Accord Génériques - Tiers payant avec les pharmaciens »

Déremboursements et diminution des taux de certains médicaments.

- Loi Hôpital Patients Santé Territoire, 2009

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (*Journal officiel, 22 juillet 2009*)

Pour les pharmaciens, la loi annonce des changements en profondeur. Les pharmaciens d'officine voient pour la première fois leurs missions expressément définies, au-delà de la dispensation au détail de médicaments et de l'exécution des préparations magistrales ou officinales.

Huit nouvelles missions font leur apparition : Soins de premier recours ; coopération entre professionnels de santé ; missions de service public et de permanence de soins ; actions de veille et de protection sanitaire ; éducation thérapeutique ; pharmacien référent d'une EHPAD ; pharmacien correspondant susceptible de renouveler des traitements chroniques, d'ajuster leur posologie ou de dresser des bilans de médication ; conseils de prestations pour améliorer ou maintenir l'état de santé des personnes.

- Février 2010

Arrêté relatif aux caractéristiques de la vignette pharmaceutique pour les médicaments remboursés à 15 % (vignette orange) (*JO du 18/02/10*)

- Septembre 2011

Arrêté listant 26 molécules déremboursées à compter du 1er décembre 2011.

Diminution du taux de remboursement des médicaments à SMR modérés, des médicaments homéopathiques et des dispositifs médicaux

- Janvier 2012 :

25 nouveaux tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR).

- L'année 2012 est marquée principalement par la signature de la nouvelle convention pharmaceutique (le 4 avril 2012), qui revalorise le rôle du pharmacien en santé publique et la transposition dans la législation française de la directive européenne autorisant la vente des médicaments sur internet.

- 2013 :

Encadrement de la vente des médicaments sur internet, approbation de la charte d'expertise sanitaire et « Sunshine Act » français régissant les conflits d'intérêts entre l'industrie pharmaceutique et les professionnels de santé.

- 9 janvier 2014 :

Signature d'un protocole d'accord relatif à l'introduction d'honoraires de dispensation entre l'Assurance maladie et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Les deux autres organisations représentatives de la profession, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et l'Union nationale des pharmacies de France (UNPF), ont pour l'heure réservé leurs signatures à la consultation de leurs conseils d'administration.

Cette réforme se fera selon les mesures suivantes :

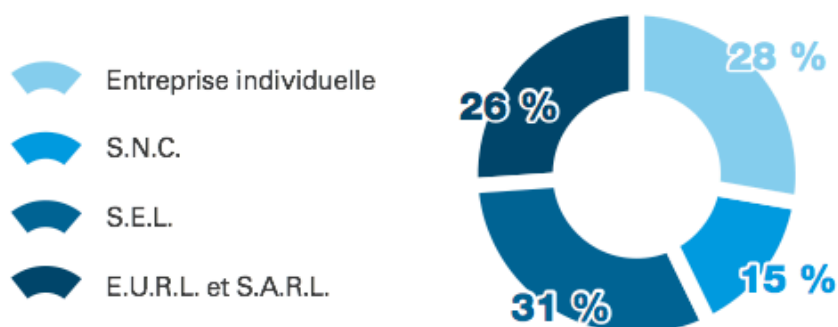
- Au 1er janvier 2015, sera créé un honoraire de dispensation par boîte de médicament de 0,80 euros HT contre 0,53 euro actuellement. Cet honoraire passera à 1 euro HT en 2016. S'ajoute un honoraire complémentaire pour les ordonnances complexes de 0,50 euros HT par dispensation.

- Le protocole d'accord prévoit une modification de la marge dégressive lissée (MDL).

Annexe B - Choix du régime fiscal, impôt sur le revenu (IR) ou impôt sur les sociétés (IS) ? Impact de ce choix sur le résultat comptable

Situation actuelle de la répartition des officines par forme juridique :

	NOMBRE	%
Entreprise individuelle	368	27,92 %
S.N.C.	193	14,64 %
S.E.L.	408	30,96 %
E.U.R.L. et S.A.R.L.	349	26,48 %
TOTAL	1 318	100 %



Source : statistiques professionnelles de LA pharmacie / Edition 2014 www.conseil-gestion-pharmacie.com, selon un échantillon de 1318 officines [16]

La majorité des pharmaciens d'officines ont choisi d'exercer sous la forme de S.E.L. Par conséquent, la fiscalité à l'impôt sur les sociétés ou IS devient la forme majoritairement utilisée (57% de l'échantillon étudié). Une fois la forme juridique choisie, le pharmacien doit définir sa rémunération en prenant en compte les besoins en trésorerie de l'officine. Le choix du régime fiscal s'effectuera après la réalisation d'une étude prévisionnelle de résultats et de flux financiers basés sur la durée des emprunts contractés.

Dans une officine soumise à l'IR, l'ensemble du résultat est imposable. C'est à dire que les revenus de l'entreprise et les autres revenus (ceux du conjoint, revenus fonciers ou de placements) sont additionnés puis, ils sont soumis à un barème progressif.

Alors que dans une officine soumise à l'IS, le résultat est certes imposable mais à un taux beaucoup plus faible. Les revenus de l'officine sont dissociés des autres revenus du ménage. Il n'y aura donc aucun impact sur la fiscalité personnelle. Toutefois, dans ce cas, n'est imposable au titre du revenu, uniquement la partie des dividendes prise réellement par le pharmacien et éventuellement la partie des dividendes versée aux associés, si associés il y a. L'IS facilite donc la capacité d'endettement de l'acquéreur. En tant qu'entrepreneur, l'IS est beaucoup plus juste : toute entreprise doit pouvoir épargner une partie de ses résultats pour les années suivantes. Surtout, en période de remboursement d'emprunt. [17][18]

Pour illustrer l'impact de ce choix sur le résultat comptable de l'officine, analysons l'exemple suivant :

	EURL 1		EURL 2	
	Soumise à l'IR		Soumise à l'IS	
	k€	%	k€	%
Chiffre d'affaires (CA)	1500	100,0	1500	100,0
Achats consommés	-1050		-1050	
Marge commerciale	450	30,0	450	30,0
Charges externes	-64		-64	
Frais de personnel	-160		-160	
Impôts et taxes	-11		-11	
Performance commerciale de gestion	215	14,3	215	14,3
Taxe sur le CA (0,16% du CA)	-2		-2	
Rémunération du titulaire			-63	
Cotisations sociales et CSG déductible du titulaire	-31		-21	
Excédent brut d'exploitation (EBE)	182	12,1	129	8,6
Dotations aux amortissements	-27		-27	
Intérêts et emprunts	-40		-40	
Résultat avant impôt			62	
Impôt sur les sociétés			-14	
Résultat comptable	115	7,7%	48	3,2%

Source : L'exercice en officine : SEL et SPF-PL en pratique, de Jean-Jacques Zambrowski et Olivier Delétoile, édition le Moniteur des pharmaciens, 5ème édition 2011) [19]

Cet exemple compare deux entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée (EURL). Elles réalisent le même chiffre d'affaires de 1,5 M€. L'EURL 1 est soumise à l'IR, alors que l'EURL 2 a opté pour l'IS.

Dans l'EURL 1, le titulaire ne se verse pas de salaire. Le résultat comptable de 115 000€ sera soumis au barème progressif de l'IR et il servira de base aux cotisations sociales du titulaire. Par contre, dans l'EURL 2, le titulaire se verse une rémunération. Celle-ci est déductible du résultat. Le résultat comptable de 48 000€ sera distribué sous forme de dividendes ou affecté au compte courant des associés pour rembourser un éventuel emprunt.

Au total, à chiffre d'affaires égal, nous pouvons constater que l'EURL 1 dégage un résultat plus important que l'EURL 2. Il en est de même pour la rentabilité économique¹, qui s'élève à 7,7% dans l'EURL 1, pour ne représenter que 3,2% dans l'EURL 2. [19]





¹ Correspondant au résultat comptable divisé par le CA.

Annexe C - Méthodologie CGP

2. POPULATION ÉTUDIÉE

PARTOUT EN FRANCE,
ET CONCERNANT TOUS TYPES D'OFFICINES.

RÉPARTITION PAR ZONES GÉOGRAPHIQUES

	NOMBRE	%
 ZONE RURALE	366	27,77 %
 GROS BOURG	326	24,73 %
 ZONE URBAINE	551	41,81 %
 CENTRE COMMERCIAL	75	5,69 %
TOTAL	1 318	100 %

RÉPARTITION PAR TRANCHE DE CHIFFRE D'AFFAIRES

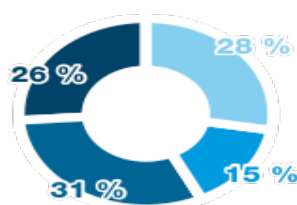
	NOMBRE	%
< 1 000 €	251	19,04 %
De 1 000 € à < 1 500 €	371	28,15 %
De 1 500 € à < 2 000 €	339	25,72 %
De 2 000 € à < 2 500 €	195	14,80 %
> = 2 500 €	162	12,29 %
TOTAL	1 318	100 %

En milliers d'euros

RÉPARTITION PAR FORME JURIDIQUE

	NOMBRE	%
Entreprise individuelle	368	27,92 %
S.N.C.	193	14,64 %
S.E.L.	408	30,96 %
E.U.R.L. et S.A.R.L.	349	26,48 %
TOTAL	1 318	100 %

-  Entreprise individuelle
-  S.N.C.
-  S.E.L.
-  E.U.R.L. et S.A.R.L.



À partir d'un échantillon de 1 318 officines sélectionnées parmi les pharmacies clientes des cabinets d'expertise comptable membres de notre groupement, nous avons le plaisir de vous présenter cette nouvelle étude statistiques des bilans clos en 2013.

Nous avons retenu les pharmacies dont les exercices 2013 et 2012 ont des durées de 12 mois afin de rendre les comparaisons possibles. Une ventilation a été opérée, d'une part en fonction de la situation géographique, et d'autre part en fonction du chiffre d'affaires hors taxes réalisé. Les structures I.S. (E.U.R.L.-S.A.R.L.-S.E.L.) représentent 57 % de l'échantillon étudié. La fiscalité I.S. devient la forme majoritairement utilisée aujourd'hui facilitant la capacité d'endettement de l'acquéreur. L'ensemble des ratios a été retraité afin de restituer les résultats de cette étude sous forme d'«entreprise individuelle» facilitant la lecture et les comparaisons.

Annexe D - Le Bilan comptable



N° 10937 * 15
Formulaire obligatoire (article 53 A
du code général des impôts).

①

BILAN – ACTIF

DGFIP N° 2050 2013

1^{er} EXEMPLAIRE DESTINÉ À L'ADMINISTRATION

Désignation de l'entreprise : _____		Durée de l'exercice exprimée en nombre de mois * <input type="text"/>	
Adresse de l'entreprise _____		Durée de l'exercice précédent * <input type="text"/>	
Numéro SIRET * <input type="text"/>			Néant <input type="checkbox"/> *
		Exercice N clos le, _____	
		N - 1 _____	
		Brut 1	Amortissements, provisions 2
		Net 3	
		Net 4	
Capital souscrit non appelé (D)	AA		
Frais d'établissement *	AB		AC
Frais de développement *	CX		CQ
Concessions, brevets et droits similaires	AF		AG
Fonds commercial (1)	AH		AI
Autres immobilisations incorporelles	AJ		AK
Avances et acomptes sur immobilisations incorporelles	AL		AM
Terrains	AN		AO
Constructions	AP		AQ
Installations techniques, matériel et outillage industriels	AR		AS
Autres immobilisations corporelles	AT		AU
Immobilisations en cours	AV		AW
Avances et acomptes	AX		AY
Participations évaluées selon la méthode de mise en équivalence	CS		CT
Autres participations	CU		CV
Créances rattachées à des participations	BB		BC
Autres titres immobilisés	BD		BE
Prêts	BF		BG
Autres immobilisations financières *	BH		BI
TOTAL (II)	BJ		BK
Matières premières, approvisionnements	BL		BM
En cours de production de biens	BN		BO
En cours de production de services	BP		BQ
Produits intermédiaires et finis	BR		BS
Marchandises	BT		BU
Avances et acomptes versés sur commandes	BV		BW
Clients et comptes rattachés (3)*	BX		BY
Autres créances (3)	BZ		CA
Capital souscrit et appelé, non versé	CB		CC
Valeurs mobilières de placement (dont actions propres :.....)	CD		CE
Disponibilités	CF		CG
Charges constatées d'avance (3)*	CH		CI
TOTAL (III)	CJ		CK
Frais d'émission d'emprunt à étaler (IV)	CW		
Primes de remboursement des obligations (V)	CM		
Écarts de conversion actif * (VI)	CN		
TOTAL GÉNÉRAL (I à VI)	CO		IA
Remois : (1) Dont droit au bail :		(2) Part à moins d'un an des immobilisations financières nettes :	(3) Part à plus d'un an : CR
Clause de réserve de propriété : *	Immobilisations :	Stocks :	Créances :

N° 2050 - IMPRIMERIE NATIONALE
Février 2013 - 126 492

* Des explications concernant cette rubrique sont données dans la notice n° 2032

Désignation de l'entreprise _____		Néant <input type="checkbox"/> *	
		Exercice N	Exercice N - 1
CAPITAUX PROPRES	Capital social ou individuel (1)* (Dont versé :)	DA	
	Primes d'émission, de fusion, d'apport,	DB	
	Ecart de réévaluation (2)* (dont écart d'équivalence <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text" value="EK"/>)	DC	
	Réserve légale (3)	DD	
	Réserves statutaires ou contractuelles	DE	
	Réserves réglementées (3)* (Dont réserve spéciale des provisions pour fluctuation des cours <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text" value="B1"/>)	DF	
	Autres réserves (Dont réserve relative à l'achat d'œuvres originales d'artistes vivants * <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text" value="EJ"/>)	DG	
	Report à nouveau	DH	
	RÉSULTAT DE L'EXERCICE (bénéfice ou perte)	DI	
	Subventions d'investissement	DJ	
	Provisions réglementées *	DK	
	TOTAL (I)	DL	
Autres fonds propres	Produit des émissions de titres participatifs	DM	
	Avances conditionnées	DN	
TOTAL (II)	DO		
Provisions pour risques et charges	Provisions pour risques	DP	
	Provisions pour charges	DQ	
	TOTAL (III)	DR	
DETTES (4)	Emprunts obligataires convertibles	DS	
	Autres emprunts obligataires	DT	
	Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit (5)	DU	
	Emprunts et dettes financiers divers (Dont emprunts participatifs <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text" value="EI"/>)	DV	
	Avances et acomptes reçus sur commandes en cours	DW	
	Dettes fournisseurs et comptes rattachés	DX	
	Dettes fiscales et sociales	DY	
	Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	DZ	
	Autres dettes	EA	
Compte régul.	Produits constatés d'avance (4)	EB	
TOTAL (IV)	EC		
(V)	ED		
TOTAL GÉNÉRAL (I à V)	EE		
RENOIS	(1) Écart de réévaluation incorporé au capital	IB	
	(2) Dont { Réserve spéciale de réévaluation (1959) Écart de réévaluation libre Réserve de réévaluation (1976)	IC	
		ID	
		IE	
	(3) Dont réserve spéciale des plus-values à long terme *	EF	
(4) Dettes et produits constatés d'avance à moins d'un an	EG		
(5) Dont concours bancaires courants, et soldes créditeurs de banques et CCP	EH		

* Des explications concernant cette rubrique sont données dans la notice n° 2032.

Annexe E - Le Compte de résultat



N° 10167 * 17



COMPTE DE RÉSULTAT DE L'EXERCICE (En liste)

DGFIP N° 2052 2013

Formulaire obligatoire (article 53 A du Code général des impôts).

1^{er} EXEMPLAIRE DESTINÉ À L'ADMINISTRATION

		Exercice N			Exercice (N-1)	
		France	Exportations et livraisons intracommunautaires	Total		
PRODUITS D'EXPLOITATION	Ventes de marchandises *	FA	FB	FC		
	Production vendue	biens *	FD	FE	FF	
		services *	FG	FH	FI	
	Chiffres d'affaires nets *	FJ	FK	FL		
	Production stockée *			FM		
	Production immobilisée *			FN		
	Subventions d'exploitation			FO		
	Reprises sur amortissements et provisions, transferts de charges * (9)			FP		
	Autres produits (1) (11)			FQ		
	Total des produits d'exploitation (2) (I)				FR	
CHARGES D'EXPLOITATION	Achats de marchandises (y compris droits de douane)*			FS		
	Variation de stock (marchandises)*			FT		
	Achats de matières premières et autres approvisionnements (y compris droits de douane)*			FU		
	Variation de stock (matières premières et approvisionnements)*			FV		
	Autres achats et charges externes (3) (6 bis)*			FW		
	Impôts, taxes et versements assimilés *			FX		
	Salaires et traitements *			FY		
	Charges sociales (10)			FZ		
	DOTATIONS D'EXPLOITATION	Sur immobilisations	- dotations aux amortissements *		GA	
			- dotations aux provisions		GB	
		Sur actif circulant : dotations aux provisions *			GC	
	Pour risques et charges : dotations aux provisions			GD		
	Autres charges (12)			GE		
Total des charges d'exploitation (4) (II)				GF		
1 - RÉSULTAT D'EXPLOITATION (I - II)					GG	
opérations en commun	Bénéfice attribué ou perte transférée *		(III)	GH		
	Perte supportée ou bénéfice transféré *		(IV)	GI		
PRODUITS FINANCIERS	Produits financiers de participations (5)			GJ		
	Produits des autres valeurs mobilières et créances de l'actif immobilisé (5)			GK		
	Autres intérêts et produits assimilés (5)			GL		
	Reprises sur provisions et transferts de charges			GM		
	Différences positives de change			GN		
	Produits nets sur cessions de valeurs mobilières de placement			GO		
Total des produits financiers (V)				GP		
CHARGES FINANCIÈRES	Dotations financières aux amortissements et provisions *			GQ		
	Intérêts et charges assimilées (6)			GR		
	Différences négatives de change			GS		
	Charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement			GT		
Total des charges financières (VI)				GU		
2 - RÉSULTAT FINANCIER (V - VI)					GV	
3 - RÉSULTAT COURANT AVANT IMPÔTS (I - II + III - IV + V - VI)					GW	

(RENOIS : voir tableau n° 2053) * Des explications concernant cette rubrique sont données dans la notice n° 2052.

N° 2052 - IMPRIMERIE NATIONALE Février 2013 - 126 697

1^{er} EXEMPLAIRE DESTINÉ À L'ADMINISTRATION

Désignation de l'entreprise _____		Néant <input type="checkbox"/> *	
		Exercice N	Exercice N - 1
PRODUITS EXCEPTIONNELS	Produits exceptionnels sur opérations de gestion	HA	
	Produits exceptionnels sur opérations en capital *	HB	
	Reprises sur provisions et transferts de charges	HC	
	Total des produits exceptionnels (7) (VII)	HD	
CHARGES EXCEPTIONNELLES	Charges exceptionnelles sur opérations de gestion (6 bis)	HE	
	Charges exceptionnelles sur opérations en capital *	HF	
	Dotations exceptionnelles aux amortissements et provisions	HG	
	Total des charges exceptionnelles (7) (VIII)	HH	
4 - RÉSULTAT EXCEPTIONNEL (VII - VIII)		HI	
Participation des salariés aux résultats de l'entreprise	(IX)	HJ	
Impôts sur les bénéfices *	(X)	HK	
TOTAL DES PRODUITS (I + III + V + VII)		HL	
TOTAL DES CHARGES (II + IV + VI + VIII + IX + X)		HM	
5 - BÉNÉFICE OU PERTE (Total des produits - total des charges)		HN	
(1) Dont produits nets partiels sur opérations à long terme		HO	
(2) Dont { produits de locations immobilières produits d'exploitation afférents à des exercices antérieurs (à détailler au (8) ci-dessous)		HY IG	
(3) Dont { - Crédit-bail mobilier * - Crédit-bail immobilier		HP HQ	
(4) Dont charges d'exploitation afférentes à des exercices antérieurs (à détailler au (8) ci-dessous)		IH	
(5) Dont produits concernant les entreprises liées		IJ	
(6) Dont intérêts concernant les entreprises liées		IK	
(6bis) Dont dons faits aux organismes d'intérêt général (art. 238 bis du C.G.I.)		HX	
(9) Dont transferts de charges		A1	
(10) Dont cotisations personnelles de l'exploitant (13)		A2	
(11) Dont redevances pour concessions de brevets, de licences (produits)		A3	
(12) Dont redevances pour concessions de brevets, de licences (charges)		A4	
(13) Dont primes et cotisations complémentaires personnelles : facultatives A6 obligatoires A9			
(7) Détail des produits et charges exceptionnels (Si le nombre de lignes est insuffisant, reproduire le cadre (7) et le joindre en annexe) :		Exercice N	
		Charges exceptionnelles	Produits exceptionnels
(8) Détail des produits et charges sur exercices antérieurs :		Exercice N	
		Charges antérieures	Produits antérieurs

REVENUS
Février 2013 - 126 498
N° 2053 - IMPRIMERIE NATIONALE

* Des explications concernant cette rubrique sont données dans la notice n° 2032.

Annexe F – Matrice « collecte des données »

	Officine A	Officine B	Officine C	Officine D	Officine E	Officine F	Officine G	Officine H	Officine I	Officine J	Officine K	Officine L	Officine M	Officine N
Nombre de titulaire(s)	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1
Statut juridique	SELARL	SARL	SELARL	SNC	SNC	SARL	SNC	SARL	SELARL	EI	EI	EI	SNC	EI
Régime fiscal	IS	IS	IS	IR	IR	IS	IR	IS	IS	IR	IR	IR	IR	IR
CA HT dernier exercice clos (hors rétrocessions et ttt lourd)	7 229 568	3 461 974	3 074 058	3 055 744	2 252 488	1 526 158	1 402 730	1 358 749	1 039 227	966 201	747 837	678 394	636 250	552 199
Marge brute	2 044 107	952 353	914 216	838 493	717 213	480 925	426 439	467 227	265 297	293 493	188 293	176 612	200 859	145 916
Taux de marge (en % du CAHT retraité)	28	28	30	27	32	32	30	34	26	30	25	26	32	26
EBE en valeur	184 967	248 926	338 176	239 457	235 793	108 727	117 231	111 400	8 777	79 663	-26 421	54 224	77 272	10 968
RFA (remises de fin d'année)	271 231	120 532	124 488	64 732	72 711	14 800	70 981	71 948	18 393	16 611	23 128	8 273	7 690	14 967
Rémunération du travail														
(Rémunérations + Cotisations sociales titulaire(s))	302 100	93 703	111 740	96 188	80 687	64 005	55 417	146 672	52 268	42 747	15 645	31 880	38 772	21 922
Rémunération technique (Coefficient 550)	-60 000		-60 000	-60 000	-60 000			-60 000					-60 000	
EBE retraité (avant rémunérations et RFA)	698 298	463 161	514 404	340 377	329 191	187 532	243 629	270 020	79 438	139 021	12 352	94 377	63 734	47 857
EBE retraité en % du CAHT	9,66%	13,38%	16,73%	11,14%	14,61%	12,29%	17,37%	19,87%	7,64%	14,39%	1,65%	13,91%	10,02%	8,67%

SERMENT DES APOTHICAIRES



Serment de Galien

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

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

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

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

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

ÉVOLUTION DU MODE DE VALORISATION DE L'OFFICINE PHARMACEUTIQUE

Résumé :

Depuis plusieurs années déjà, la conjoncture économique ne plaide pas en faveur de l'exercice officinal. L'ensemble du réseau s'en trouve aujourd'hui nettement fragilisé. Les éléments abordés dans la première partie de ce travail permettent de mettre en évidence les limites du modèle économique actuel de l'officine, ainsi que son manque de flexibilité. Dans ce contexte, le marché des transactions d'officines semble de moins en moins dynamique. Pourtant, de nombreux événements ont concouru ces 5 dernières années à la diminution des prix de cession. Malgré cette baisse significative, on constate que, pour de nombreuses pharmacies, les prix de vente restent encore trop élevés. L'étude réalisée dans la seconde partie de cette thèse conforte cette idée et précise que la valorisation actuelle des fonds est bien souvent injustifiée au regard de la rentabilité. La notion de chiffre d'affaires est par ailleurs complètement perturbée par la nouvelle économie de l'officine. Il apparaît donc que la méthode de valorisation traditionnellement utilisée ne semble aujourd'hui plus pertinente. De ce fait, nombreuses sont les officines présentant des prix de cessions en décalage avec la rentabilité qu'elles dégagent. Cette survalorisation entraîne, dans le contexte économique actuel, un endettement conséquent qui se révèle bien souvent difficile à maîtriser. Partant de cette réflexion, la dernière partie du travail ici présenté s'attache à proposer une nouvelle méthode de valorisation, tenant compte de la réalité économique.

Mots-Clés : Fonds d'officine – Valorisation – Chiffre d'Affaires – Rentabilité – Cession – Conjoncture économique

Membres du jury :

Président du jury : Madame le Professeur Martine DELETRAZ-DELPORTE

Directeur de thèse : Madame le Professeur Martine DELETRAZ-DELPORTE

Co-directeur de thèse : Monsieur Jean-Marie BURTON

Membres : Madame le Docteur Anne-Sophie VITTET

Maître Sylvain LAGNEAUX

Caroline MASSFELDER
40 chemin de la Fruitière
Sous-Perroix
74290 TALLOIRES