UNIVERSITE DE ROUEN

UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2014-2015 N°

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 06 mars 2015

par

KEMOUGNE Murielle

Née le 19 Décembre 1990 à Yaoundé, Cameroun

GESTION DE LA STRATEGIE COMMERCIALE DANS L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Président du jury :	VERITE Philippe	Professeur des universités
Membres du jury :	GUERBET Michel	Professeur des universités
	GUILLAUME Olivier	Pharmacien, Opérations & Initiatives stratégiques

REMERCIEMENTS

A M. Olivier Guillaume, Responsable des Opérations et Initiatives Stratégiques aux Opérations Commerciales à Sanofi, pour avoir accepté de superviser ce travail doctoral, pour l'accueil et l'intégration durant cette riche expérience à Sanofi, pour son enthousiasme et les connaissances qu'il m'a transmises.

A M. Philippe Vérité, Professeur de Chimie Analytique et responsable de la filière industrie de la faculté de pharmacie de Rouen d'avoir accepté de présider ma thèse, pour la qualité de ses enseignements, son accompagnement et son engagement dans la filière industrie

A M. Michel Guerbet, Professeur de Toxicologie et directeur du département Pharmacie de Rouen, pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et pour la qualité de son enseignement et son engagement pour le département Pharmacie

A Jérôme Larrouturou, Responsable de Projet Revenue Management à Sanofi pour son soutien, sa bonne humeur et les connaissances que j'ai pu acquérir durant cette expérience.

A Markus pour son inspiration et pour avoir contribué à la richesse de cette expérience à Sanofi.

A tous mes chers collègues à Sanofi, Anne Béatrice, Zineb, Soline, Ivan, Pierre, Jonathan, Marine, Laurent pour leur soutien durant la rédaction de cette thèse.

A tous ceux qui ont contribué à mon séjour à Rouen et à mon parcours étudiant : M. Balland, M. Chesnel, M. Blampied, Mme Bordes.

A tous mes amis que j'ai connus sur les bancs de la faculté et qui ont été avec moi durant ces merveilleuses années, et plus particulièrement Jimmy, Pauline, Myriam, Noémie, Astrid, Charles et Pierre.

A mes amis rencontrés durant mon mastère à HEC et qui m'ont eux aussi soutenue fièrement durant cette période de rédaction (Julie, Félicitée, Sixtine, Audrey, Chloé, Jordan, Sarah et les autres).

Aux chers membres de la communion de Montsouris pour leur soutien.

A mes très chers amis Winnie, Pamela, Laure, Jeanne, Coralie, Céline, Marthe, Cédric, pour leur support et leur présence et à Serge pour avoir toujours été présent pour moi et pour son soutien indéfectible.

A ma très chère famille et merveilleuse famille sans laquelle tout cela n'aurait été possible. Merci infiniment pour votre amour, votre soutien, et votre présence quelle que soit la distance.

MISE EN GARDE

L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

U.F.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

LISTE DES ENSEIGNANTS CHERCHEURS

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I – MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre)*	HCN Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART**	HCN Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité

(surnombre)

Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)* HCN Réanimation médicale

Mr Olivier **BOYER** UFR Immunologie

Mr Jean-François **CAILLARD** *(surnombre)* HCN Médecine et santé au travail

Mr François **CARON** HCN Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe **CHASSAGNE** HCN Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent **COMPERE** HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Antoine **CUVELIER** HB Pneumologie

Mr Pierre **CZERNICHOW** HCH Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Nicolas **DACHER** HCN Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan **DARMONI** HCN Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre **DECHELOTTE** HCN Nutrition

2

Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)* HCN Oto-rhino-laryngologie

Mr Frédéric **DI FIORE** CB Cancérologie

Mr Fabien **DOGUET** HCN Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean **DOUCET** SJ Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard **DUBRAY** CB Radiothérapie

Mr Philippe **DUCROTTE** HCN Hépato-gastro-entérologie

Mr Frank **DUJARDIN** HCN Chirurgie orthopédique - Traumatologique

Mr Fabrice **DUPARC** HCN Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique

Mr Eric **DURAND** HCN Cardiologie

Mr Bertrand **DUREUIL** HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mme Hélène **ELTCHANINOFF** HCN Cardiologie

Mr Thierry **FREBOURG**	UFR Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN Urologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier **LE LOET**	HCN Rhumatologie
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN Neurologie

Mr Christophe **MARGUET**	HCN Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN Hépato-gastro-entérologie
Mr Bruno **MIHOUT** *(surnombre)*	HCN Neurologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN Chirurgie générale
Mr Jean-Marc **PERON** *(surnombre)*	HCN Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian **PFISTER**	HCN Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN Chirurgie vasculaire
Mr Bernard **PROUST**	HCN Médecine légale
Mr François **PROUST**	HCN Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace **ROMAN**	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN Imagerie médicale

Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN Nutrition
Mr Stéphanie **DERREY**	HCN Neurochirurgie

Mr Manuel **ETIENNE**	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN Bactériologie
Mr Jean-François **MENARD**	HCN Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent **RICHARD**	UFR Pharmacologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN Anatomie
Mr Olivier **TROST**	HCN Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ** UFR Anglais

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie

Mr Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE**	Biochimie
Mme Maïté **NIEPCERON**	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mr Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

TABLE DES MATIERES

Remerciements 2
Liste des figures..... 21
Liste des abréviations..... 22
Introduction 23

I. Politique commerciale : Données générales 25
I.1. Notions générales
I.1.1. Distribution
I.1.1.1. Description des circuits
I.1.1.2. Rôles des acteurs
I.1.1.3. Place de la distribution dans la stratégie marketing
I.1.2. Prix et gestion des marges
Prix conso, prix facturé, gestion des marges
I.2. Différents modèles
I.2.1. Intersectoriels
I.2.2. Intra-sectoriels
I.2.3. Géographies
I.2.3.1. Environnement réglementaire
I.2.3.2. Pouvoir d'achat et système social
I.2.3.3. Environnement économique
I.2.4. Exemple : Historique des rapports producteurs-distributeurs en France dans la grande distribution

II. L'industrie pharmaceutique..... 46
II.1. Généralités

II.1.1. Cycle de vie du médicament
II.1.2. Secteurs d'activité
II.1.3. Chaîne de valeur et circuit de distribution
II.1.3.1. Chaine de valeur
II.1.3.2. Distribution pharmaceutique
II.1.3.2.a. Grossistes répartiteurs
II.1.3.2.b. Dépositaires
II.1.3.2.c. Centrales d'achat des groupements de pharmacies
II.1.3.3. Dispensation pharmaceutique
II.2. Enjeux généraux
II.2.1. La fin d'un cycle économique
II.2.1.1. Challenges de coûts
II.2.1.2. Challenges de revenus
II.2.2. Nouvelles stratégies
II.2.2.1. Spécialisation
II.2.2.2. Diversification
II.3. Enjeux commerciaux
II.3.1.1. Déplacement du pouvoir des laboratoires vers le circuit de distribution
II.3.1.1.a. Consolidation à deux niveaux
II.3.1.1.b. Intégration verticale
II.3.1.1.c. Internationalisation
II.3.1.1.d. Professionnalisation des clients
II.3.1.2. Déplacement du pouvoir vers le patient
II.3.1.2.a. Augmentation de la proportion d'out-of-pocket
II.3.1.2.b. Développement des labels privés

II.3.1.2.c. Un meilleur accès à l'information
II.3.1.2.d. Des offres de services de plus en plus innovantes

III. La politique commerciale, un nouveau levier de la promotion ... 68
III.1. Caractéristiques
III.1.1. Composantes
III.1.2. Echelle de prix de la fabrication à la dispensation
III.1.2.1. Déterminants du prix producteur
III.1.2.2. Déterminants de la marge distributeur
III.1.2.3. Déterminants de la marge détaillant ou marge pharmacien
III.2. Etat des lieux : Une industrie peu mature en termes de gestion de la politique commerciale
III.2.1. Une faible visibilité à travers et au sein des canaux de distribution
III.2.2. Un manque d'harmonisation et des outils non adaptés
III.3. Solutions et perspectives
III.3.1. Plans d'actions à mettre en place à court et à moyen terme : Revenue Management
III.3.1.1. Excellence commerciale
III.3.1.2. Développement organisationnel
III.3.1.3. Gestion de la Demand Chain
III.3.2. Vision à développer à long terme
III.3.2.1. Anticipation de l'évolution du marché : Qui aura le patient ?
III.3.2.2. Brand building ?

IV. Perspectives de la politique commerciale pharmaceutique en France 92
IV.1. Chaîne de valeur pharmaceutique et réglementation
IV.2. Limites et réflexions
Conclusion 97
Annexe 99
Références 100
Serment de Galien 103

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Deux catégories d'acheteurs (*Mercator 2013)* 27
Figure 2 : Mode de distribution et longueur des circuits (*Mercator 2013*) 30
Figure 3: Stratégies Push et Pull 32
Figure 4: Décomposition du prix et des marges 34
Figure 5: Niveau de maturité des secteurs d'activité en gestion de la politique commerciale 36
Figure 6 : Prix de la Copaxone® dans différents pays en 2013 41
Figure 7 : Cycle de vie du médicament 49
Figure 8 : Chaîne de valeur de l'industrie pharmaceutique 51
Figure 9 : Acteurs de l'industrie pharmaceutique 52
Figure 10 : Canaux de distribution du médicament en France métropolitaine en 2013 53
Figure 11 : Répartition des établissements des principaux grossistes répartiteurs en 2014 54
Figure 12 : Les 5 obligations des grossistes-répartiteurs 54
Figure 13: Dépenses de R&D et autorisations de mise sur le marché aux USA de 2004 à 2010 59
Figure 14: Principaux médicaments ayant perdu leur brevet en 2011 60
Figure 15: Evolution du nombre d'officines en France 63
Figure 16 : Prix de vente net producteur 72
Figure 17 : Marge distributeur 73
Figure 18 : Marge pharmacie 76
Figure 19 : Variation de la marge pharmacien en Afrique du Sud selon l'aire thérapeutique et le type de pharmacie 76
Figure 20 : Echelles de prix pour différentes catégories de produits aux Pays-Bas 78
Figure 21 : Echelle moyenne de prix sur 5 aires thérapeutiques, indexée sur le prix producteur 79
Figure 22: Matrice Rentabilité Client (CAP) 83
Figure 23: Diagramme de dispersion indiquant le pourcentage de remises en fonction des ventes brutes par client 84
Figure 24: Application mobile de gestion de la santé développée par Janssen 89
Figure 25: Farmacias del Ahorro, chaîne de pharmacie majeure au Mexique 90
Figure 26: Affiche publicitaire de Biogaran 91
Figure 27: Affiche publicitaire de Bayer 91
Figure 28: Décomposition du prix patient en France 95

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé

EMA : European Medicines Agency

FDA : Food & Drug Administration

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTC : Over-The-Counter

SMR : Service Médical Rendu

INTRODUCTION

L'industrie pharmaceutique a toujours été un secteur particulièrement complexe. Ses produits sont développés pendant des années avant d'être disponibles sur le marché, sont promus auprès des médecins, payés par les organismes sociaux et dispensés au patient par des pharmacies qui les reçoivent de distributeurs.

La complexité de ce secteur et ses spécificités l'ont pendant longtemps mis à l'écart de l'évolution qu'a eue la relation entre distributeurs et fabricants dans les autres industries.

Cependant, l'avènement des génériques et la fin d'un business model basé principalement sur l'innovation l'amène à reconsidérer la politique commerciale comme outil de positionnement stratégique. Par ailleurs, la diversité des environnements économiques et réglementaires des pays forcent les laboratoires à faire preuve d'adaptabilité et de flexibilité dans l'exercice de leur stratégie commerciale.

Ce mémoire se propose de faire un état des lieux de la gestion de la stratégie commerciale dans différents pays en comparaison à d'autres industries et en regard des enjeux auxquels elle est confrontée.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux données générales concernant la politique commerciale d'une entreprise. Deuxièmement, nous poserons les bases de l'industrie pharmaceutique en analysant son environnement et ses challenges. Puis dans une troisième partie nous verrons comment la politique commerciale peut devenir un nouveau levier de la promotion dans l'industrie

pharmaceutique. Pour finir, nous analyserons les perspectives de la politique commerciale pharmaceutique en France.

Première Partie :
Politique Commerciale

I. Politique commerciale

I.1. Notions générales

Le terme « politique commerciale » correspond à l'ensemble des décisions relatives à la commercialisation d'un produit ou d'un service par une entreprise.

Ces décisions rassemblent en général les politiques de prix, de distribution et de services destinés aux clients. Il s'agit donc d'un levier de la stratégie marketing du produit ou du service concerné.

Dans les marchés de forte consommation, on distingue deux types d'acheteurs (*Figure 1*) :

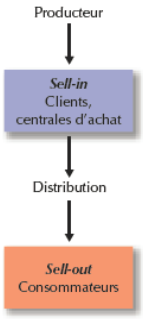
- *Les clients des producteurs*

Ce sont les grossistes, les centrales d'achats, les détaillants. Ils sont généralement peu nombreux. Les produits qu'ils achètent proviennent directement de l'usine de fabrication. Les ventes qui leurs sont destinées sont appelées « *sell-in »*.

- *Les consommateurs finaux*

Ils achètent auprès des distributeurs ou des détaillants et se comptent par milliers voire millions. Ces ventes sont appelées *« sell-out ».*

Figure 1 : Deux catégories d'acheteurs (*Mercator 2013)*



I.1.1. Distribution

La distribution est une activité qui consiste à délivrer au bon client la bonne quantité du bon produit au bon moment, avec l'entretien et la maintenance qui y sont associés. Ces exigences entraînent un certain nombre de décisions et d'actions à prendre à compte pour définir une politique de distribution de la part des producteurs. La distribution est organisée en circuits.

Dans les économies modernes, l'activité de distribution est le plus souvent réalisée par des organismes distincts des producteurs, qui peuvent avoir une relation conflictuelle ou de partenariat avec ces derniers.

I.1.1.1. Description des circuits

On distingue 2 grands types de circuits de distribution *(Figure 2).*

- *Circuit direct*

Les producteurs livrent les produits ou services aux consommateurs finaux sans aucun intermédiaire.

Elle est souvent rencontrée dans les économies peu développées où les moyens de transports font défaut. Dans les zones mondialisées, la distribution est en général confiée à un externe car elle permet au fabricant de se concentrer sur l'activité de production qui est son cœur de métier. Cependant, elle y connaît un essor de plus en plus important car elle a l'avantage de permettre au producteur de maitriser le process de distribution (délais de livraison, maintien de la qualité du produit) et le prix final du bien. Par ailleurs, étant au contact même du consommateur, le fabricant peut définir et maîtriser l'expérience client qu'il souhaite, en accord avec l'image de la marque. Les entreprises qui optent pour ce mode de distribution ont en général un nombre de clients peu élevé.

C'est ainsi que Nespresso qui se veut un leader haut de gamme dans le domaine du café a choisi de servir les consommateurs de façon directe à travers un nombre de canaux de vente limités (boutiques, internet, téléphone). Ce côté sélectif renforce l'image haut-de-gamme de la marque.

Le contact direct avec le client permet aussi au fabricant de récolter un certain nombre de données sur les habitudes des consommateurs (la date d'achat des machines à café, les modèles, le suivi de la consommation) et ainsi d'en déduire leurs attentes et donc de pouvoir adapter son offre en conséquence. Ce mode de distribution est d'autant plus adapté qu'il permet de réagir rapidement aux différents aléas et aux besoins des clients.

La vente directe peut aussi être choisie pour des raisons techniques (exemple : producteurs d'eau et d'électricité).

Cependant, ce mode de distribution peut présenter plusieurs inconvénients majeurs : le besoin en ressources humaines et financières étant important, les coûts logistiques seront plus élevés, ce qui entrainera un prix final plus important. Par ailleurs, l'entreprise productrice consacre une grande partie de son temps et de son énergie à une activité qui n'est pas son cœur de métier.

- *Circuit indirect*

Cette solution est le plus souvent choisie pour couvrir des zones géographiques plus importantes. Elle est ainsi adaptée lorsque le volume de clients potentiels est important, et permet d'optimiser les coûts de déplacement et d'atteindre de nouvelles populations de clients par rapport à un circuit direct.
On distingue ensuite deux types de circuit indirect selon leur longueur :

  - *Circuit court*

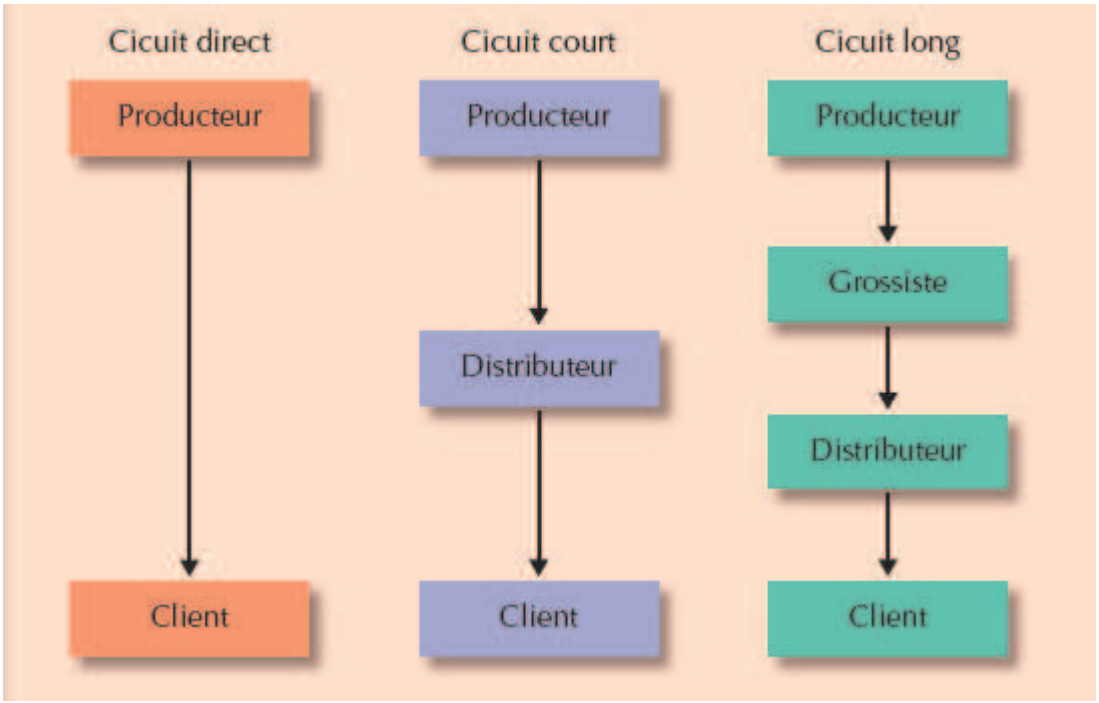
Il existe un seul distributeur intermédiaire entre les producteurs et les acheteurs. Les principaux avantages de cette solution sont que le producteur peut bien contrôler la distribution, et le nombre limité d'intermédiaires permet une économie financière qui pourra se traduire par un prix attrayant au niveau du consommateur final. C'est le cas par exemple pour les franchises, la vente à distance (Amazon, 3 Suisses).

  - *Circuit long*

La mise à disposition s'effectue via une cascade d'acteurs successifs. Les produits vont des producteurs à des grossistes qui les envoient à d'éventuels distributeurs de seconde ligne qui les enverront à de multiples détaillants. Ce mode de distribution est particulièrement adapté à des marchés comportant un grand

nombre de points de vente indépendants. Il est en l'occurrence intéressant pour les producteurs sur le plan logistique car ils n'ont pas à gérer un nombre important d'éléments tels que la vente, de livraison, de service, de facturation, etc. et peuvent se concentrer sur leur cœur de métier.

Figure 2 : Mode de distribution et longueur des circuits (*Mercator 2013*)



Tandis qu'un circuit de distribution est déterminé par sa longueur (le nombre d'intermédiaires), le canal de distribution constitue quant à lui une catégorie d'intermédiaires. Un circuit de distribution comporte ainsi plusieurs canaux de distribution.

I.1.1.2. Rôles des acteurs

La distribution intègre plusieurs fonctions qui doivent répondre aux attentes des producteurs

- La distribution physique de la production dans de bonnes conditions
- L'assortiment : la transformation de lots de production en lots de vente
- Le stockage et la mise à disposition des produits
- La communication auprès du marché final et la remontée d'information consommateurs au producteur

Les distributeurs ont eux aussi des attentes vis-à-vis de leurs fournisseurs :

- Une rémunération proportionnelle au volume de vente
- Un droit de référencement
- Des produits à rotation élevée
- De longs délais de paiement

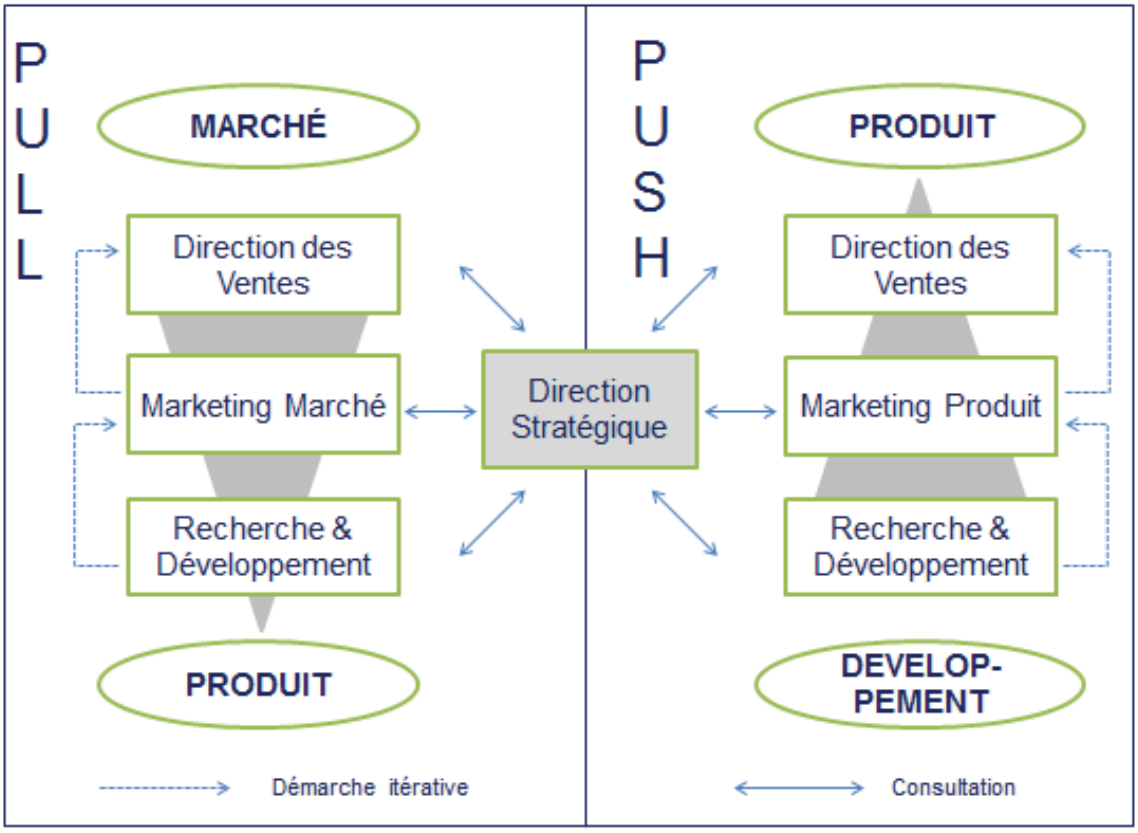
I.1.1.3. Place de la distribution dans la stratégie marketing

La relation avec les distributeurs joue t un rôle important dans la stratégie marketing qu'une entreprise adopte. En effet, la distribution va être adaptée selon le choix du mode de sollicitation des consommateurs : *« Push »* ou *« Pull »* (*Figure 3*)

- *« Pull »* : La vente du produit est tirée par la demande des consommateurs. Cela implique d'importants efforts de la part du producteur afin de sensibiliser la cible finale. Dans ce cas de figure, les distributeurs ont peu de pouvoir vu qu'ils ne sont pas à l'origine de la demande.

- *« Push »* : Il s'agit de pousser le produit dans le canal de distribution en offrant des services (merchandising, etc..) et/ou des conditions d'achat intéressantes (remises, etc...). Dans ce cas les distributeurs jouent un rôle important car ils sont chargés de la communication auprès des consommateurs finaux.

Figure 3: Stratégies Push et Pull



Lors de la mise en place de sa politique de distribution, le producteur doit donc tenir compte de la nature de son circuit de distribution et des implications dans sa stratégie marketing.

I.1.2. Prix et marges

La distribution peut en effet influer sur la politique de prix de l'entreprise. Le producteur peut ainsi avoir une maîtrise totale ou partielle de sa politique de prix selon la réglementation et la politique de distribution adoptée.

Une entreprise peut choisir elle-même le prix final de son produit dans deux cas de figure :

- Elle passe par un circuit de distribution directe en vendant directement son produit au consommateur final et peut donc décider du prix de vente public à destination de ce dernier.

Exemple : Les producteurs d'électricité tels qu'EDF.

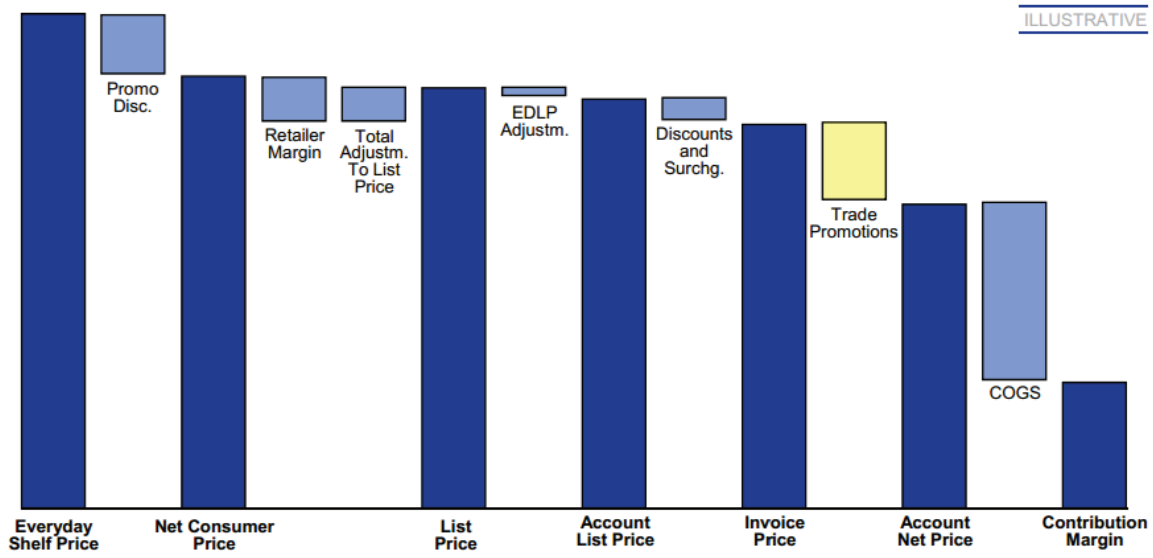
- L'entreprise productrice passe par des intermédiaires et est autorisée par la réglementation à imposer aux distributeurs le prix final auprès des consommateurs. Ce cas est plutôt rare, notamment dans la législation française. C'est notamment le cas lorsque la marge des distributeurs est fixée par la loi

Exemple : Les laboratoires pharmaceutiques en France, fabricants de cigarettes, etc.

Cependant, le cas de figure le plus fréquent est celui où le producteur n'a la possibilité de fixer que le prix de vente à ses clients directs (« sell-in »). Il n'a alors qu'un contrôle partiel de sa politique de prix, car les intermédiaires sont libres de fixer le prix de vente final aux acheteurs. Le distributeur peut ainsi décider d'utiliser ce produit de l'entreprise comme « produit d'appel » en le vendant à prix très faible afin

d'attirer plus de clients, ou à l'inverse le vendre à prix très élevé, et ce sans que le producteur ne puisse rien y faire.

Figure 4: Décomposition du prix et des marges



La politique commerciale constitue donc un élément crucial de la stratégie marketing d'une entreprise. Cela a d'autant plus d'importance qu'une politique commerciale optimisée de façon adéquate a un impact direct sur le prix et par ricochet sur le bénéfice final.

I.2. Différents modèles

La définition, la mise en pratique et l'impact de la politique commerciale peuvent varier de façon importante selon différents éléments : les secteurs et industries dans lesquelles les compagnies opèrent, les entreprises au sein d'un même secteur industriel, les pays dans lesquels peuvent être implantés une même entreprise.

I.2.1. Intersectoriels

Selon l'INSEE, une industrie est l'ensemble des activités économiques qui combinent des facteurs de production (installations, approvisionnements, travail, savoir) pour produire des biens matériels destinés au marché.

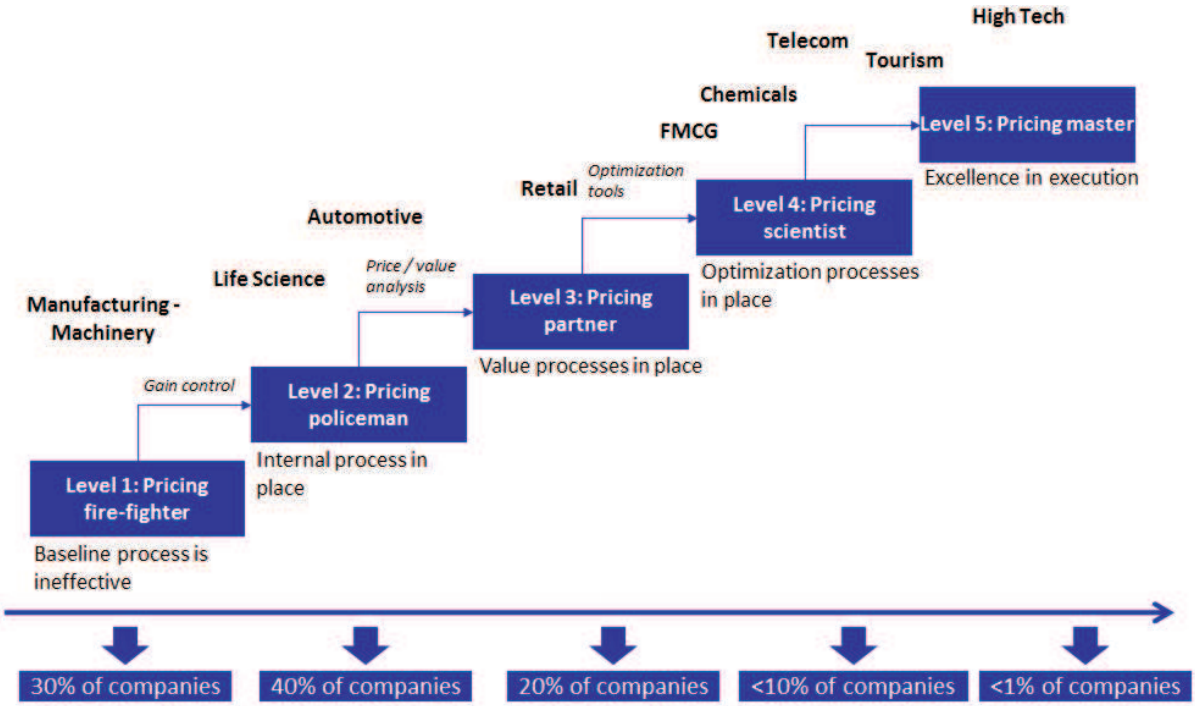
On distinguera ainsi l'industrie agroalimentaire, l'industrie pharmaceutique, l'industrie pétrolière, etc…

Du fait des spécificités relatives à chaque secteur, des entreprises de taille similaire mais de secteurs différents peuvent avoir des politiques commerciales foncièrement différentes. En effet du fait de leurs spécificités en termes de mode opérationnel et de clientèle, les secteurs peuvent être plus ou moins matures dans la gestion de leur politique commerciale et de prix en fonction de leur évolution et leur niveau de flexibilité, de connaissances et de pratique.

Ces différences sont liées à plusieurs éléments déterminés par le marché concerné :

- Le degré de proximité avec le client final
- La nature du circuit de distribution
- Le degré de réglementation

Figure 5: Niveau de maturité des secteurs d'activité en gestion de la politique commerciale



Ainsi selon une étude réalisée par Deloitte Research *(Figure 5)*, il existe 5 niveaux d'excellence qui sont, classés du moins au plus efficient :

- **Niveau 1 : Pricing réactif**

C'est le plus souvent le cas pour les entreprises situées tout en amont de la chaîne de valeur et qui sont ainsi le plus éloignées du client final. Le processus de base est ineffectif. Exemple : Sociétés spécialisées dans la production, la machinerie qui sont soumises de façon directe aux changements des prix de matières premières telles que le cuivre ou l'aluminium.

- **Niveau 2 : Pricing proactif**

Les entreprises ont gagné en contrôle par rapport au niveau précédent. Des processus internes sont mis en place pour suivre l'évolution des prix. Dans cette catégorie on retrouvera les compagnies opérant par exemple dans l'industrie pharmaceutique ou l'industrie automobile, et qui sont souvent séparées du consommateur par des grossistes et des détaillants.

- **Niveau 3 : Pricing partenarial**

Il s'agit le plus souvent de détaillants ou de commerçants qui sont situés en aval de la chaine de valeur et font office d'intermédiaire avec le client final. Du fait de leur interaction avec différents types d'acteurs (fournisseurs, grossistes, clients..), ils ont tendance à mettre en place des processus permettant d'évaluer la valeur apportée par chaque intervenant. Des analyses du rapport entre prix et valeur ajoutée sont souvent effectuées de façon régulière. C'est le cas par exemple de grandes chaines de magasins de vêtements ou de la grande distribution. Ayant généralement la liberté de fixer le prix final, elles prennent le soin d'étudier le meilleur rapport prix/valeur à partager avec leurs interlocuteurs

- **Niveau 4 : Pricing maîtrisé**

Dans cette catégorie, en plus du suivi de la valeur, des systèmes, process et outils spécialisés sont utilisés pour permettre une optimisation effective de la politique de prix. On y retrouve les entreprises de la grande consommation ou des télécoms. Ils ont une flexibilité qui leur permet d'ajuster et de corriger leur politique en fonction des clients et des mesures réglementaires

- **Niveau 5 : Pricing expert**

Il s'agit le plus souvent des industries du tourisme (aviation, hôtellerie…). L'exécution est maîtrisée de façon excellente et un système de Revenue Management est généralement mis en place.

Le Revenue Management ou Yield Management est l'art de prédire en temps réel la demande client au niveau final et d'optimiser le prix et la disponibilité du service/produit. Cela consiste à observer les habitudes d'achats des clients et d'allouer la capacité disponible en fonction des segments et de la demande. (Cross, 1977 ; Capiez et Poutier, 2008). La littérature montre qu'un certain nombre de caractéristiques sont indispensables aux organisations qui mettent en pratique le Revenue Management :

- un inventaire périssable
- des indicateurs d'inventaire
- des marchés segmentables
- une fluctuation prévisible de la demande
- des couts de structure
- un système avancé de gestion des réservations

Cependant, au sein d'un même secteur d'activité il est possible d'observer des modèles de politique commerciale différents.

I.2.2. Intra-sectoriels

En dépit des caractéristiques communes qui feront que des secteurs seront plus ou moins matures que d'autres, les spécificités d'une entreprise l'autre peuvent aussi rentrer en jeu.

En effet, selon la stratégie adoptée par l'entreprise, notamment en termes de positionnement par rapport au client final, de positionnement par rapport aux autres acteurs de la chaîne de valeur (fournisseurs, clients intermédiaires, etc), de taille et de diversité du portefeuille de produits ou de services, l'offre commerciale sera différente. Par exemple, une entreprise positionnée sur un marché avec très peu de concurrents où elle est en situation de monopole aura un pouvoir de négociation important par rapport aux distributeurs et aux détaillants, et une plus grande liberté en terme de fixation de prix au niveau du consommateur. Elle est donc susceptible de mettre moins de process et d'outils en place pour surveiller ce dernier le long de la chaîne de valeur, comparée à une entreprise possédant un large portefeuille de produits ou faisant face à une compétition intense.

I.2.3. Géographiques

Il est également possible de trouver des schémas de politique commerciale différents au sein d'une même entreprise présente dans différents pays. L'orientation organisationnelle de la société (plus ou moins décentralisée), l'environnement économique et les contraintes réglementaires des différents pays seront sources de variation.

I.2.3.1. Environnement réglementaire

En Russie, les réseaux de distribution sont importants et promus par la régulation en place qui favorise les distributeurs locaux, ce qui leur donne un pouvoir de négociation important par rapport aux producteurs étrangers. Le programme « Pharma 2020 » mis en place par les autorités visant à localiser 50% des importations d'ici 5 ans va intensifier la compétition entre les multinationales

présentes sur place, ce qui aura sans aucun doute des conséquences importantes sur les schémas de politique commerciales de ces dernières.

Au Brésil, jusqu'à peu les entreprises étrangères étaient sujettes à TVA de sur la circulation de biens d'importation entres états fédéraux lorsque la transaction, et cette TVA était de montant différent selon les Etats. Les distributeurs avaient ainsi adopté des schémas de circulation particuliers inter-états afin de bénéficier d'avantages discaux. Mais suite à une réforme récente d'harmonisation de cette TVA, les grossistes essaieront de transférer cette perte financière au moins partiellement sur les fournisseurs qui verront leur pouvoir de négociation diminué.
La loi peut également imposer les marges des distributeurs dans certains pays tandis que dans d'autres elles seront libres.

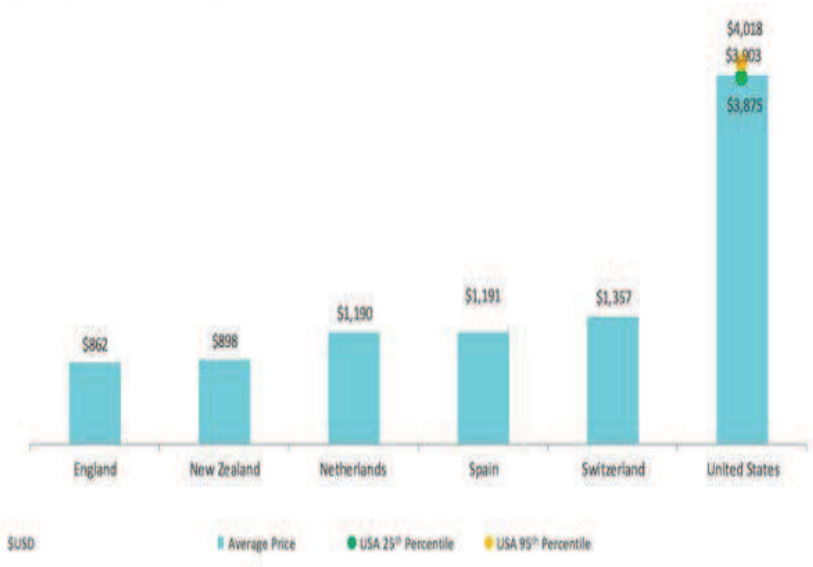
Certains pays peuvent, en dépit des lois en vigueur, être fortement imprégnés de corruption. Ce sont les lois « du marché ». Un fournisseur pourra ainsi être fortement incité à participer à des pratiques frauduleuses pour intégrer un marché. Cependant, des lois telles que la FCPA (Foreign Corrupt Practices Act) aux Etats-Unis ou UKBA (UK Bribery Act) en Grande-Bretagne sanctionnent tout acte de corruption (passive, active, non prévenue) réalisé par toute entreprise ayant des activités aux USA ou au Royaume-Uni. Ainsi, une multinationale belge ayant une filiale en Grande Bretagne et étant impliquée dans des activités de corruption en Chine au travers de sa filiale locale sera sanctionnée par la loi britannique.
Exemples : Le groupe énergétique Alstom a été sanctionné d'une amende de 772,29 millions de dollars en décembre 2014 par les autorités américaines suite à des pots-de-vin versés à des officiels en Egypte, en Indonésie, à Taiwan, en Arabie Saoudite pour remporter des contrats.

Les entreprises pharmaceutiques sont également régulièrement sanctionnées du fait d'implication de certaines de leurs filiales dans des activités frauduleuses.

I.2.3.2. Pouvoir d'achat et système social

Les fabricants présents sur plusieurs géographies adaptent en général leurs prix au niveau économique du pays. Ainsi certains pays émergents ou sous-développés bénéficieront parfois de prix plus avantageux que les pays matures du fait de la différence de pouvoir d'achat. C'est souvent le cas pour les produits pharmaceutiques. A ce facteur s'ajoutent aussi l'environnement social du pays, notamment le niveau de niveau de prise en charge par l'Etat. Les prix des médicaments seront ainsi en moyenne beaucoup plus élevés aux Etats-Unis qu'en Europe du fait du système social plus avantageux (*Figure 6*). Et ces mêmes produits seront en général moins coûteux dans les pays les moins développés afin de favoriser l'accès aux médicaments.

Figure 6 : Prix de la Copaxone® dans différents pays en 2013



I.2.3.3. Environnement économique

Selon la situation économique de chaque pays, l'activité commerciale des fabricants peut également se retrouver fortement impactée.

De façon générale, dans les pays faisant face à une crise économique, les entreprises évolueront dans un environnement où les conditions commerciales seront plus strictes et seront plus disposées à les suivre de plus près.

Des changements « brusques » du climat économique tels que la dévaluation du Rouble en Russie par exemple peuvent aussi amener les entreprises à mettre en place une politique commerciale plus suivie. La société américaine Apple s'est ainsi temporairement retirée du marché en ligne russe après l'effondrement du cours du Rouble qui avait conduit à une chute de ses prix. A un moment donné, un iPhone 6 coutait 560€ sur le marché russe contre 700€ en moyenne dans les pays voisins, nourrissant ainsi un marché parallèle.

Une multinationale présente dans des pays soumis à des climats économiques et des environnements réglementaires très différents sera donc amener à adapter sa politique commerciale aux conditions locales. Par conséquent, le nombre de pays dans lesquels sera présent le groupe ainsi que le degré de différences entre ces géographies aura un impact non négligeable sur la politique globale.

L'organisation de la société jouera alors un rôle important : une entreprise très centralisée où la majorité des décisions sont soumises à approbation hiérarchique

n'aura pas la même flexibilité qu'une société où chaque filiale est quasiment autonome notamment en termes de politique commerciale.

I.2.4. Exemple : Historique des rapports producteurs - distributeurs en France dans la grande distribution

Les relations entre les distributeurs et les producteurs ont beaucoup évolué en France durant ces dernières décennies, et cette évolution est fortement liée à celle du rôle des services de distribution. En effet, les distributeurs ont vu leur pouvoir de contrôle sur ces services augmenter considérablement. Ils sont passés d'intermédiaires passifs, simples « acheteurs de produits » à des « vendeurs de services » (Dietsch, 2007). Selon Marc Benoun (2007), on peut recenser cinq grandes périodes dans l'évolution de l'équilibre entre les industriels et les distributeurs :

- Avant 1950 : Des rapports équilibrés

Du fait de l'existence de plusieurs dizaines de milliers de détaillants, et un faible nombre de producteurs, les rapports entre les deux catégories d'acteurs sont relativement équilibrés. Le mode de distribution principal est le circuit long.

- 1950 à 1960 : Des fabricants dominants

Cette période est marquée par la croissance des entreprises productrices, notamment agro-alimentaires, et l'entrée des multinationales sur le sol français. On observe alors l'avènement du marketing avec pour objectif de créer une préférence chez le consommateur (stratégie Pull). Les nouveaux distributeurs, les détaillants et succursalistes se retrouvent donc dans l'obligation de référencer les produits préférés des consommateurs. Le pouvoir est alors du côté des industriels.

- 1960 à 1975 : Une relation équilibrée

Durant ces 15 années on observe une percée des grandes surfaces qui vont progressivement prendre la place des traditionnels commerçants. Les producteurs font alors alliance avec ces nouveaux distributeurs tels que Leclerc et Carrefour pour préserver leurs intérêts.

- 1975-1995 : Des distributeurs dominants

Grâce à leurs gains rapides en part de marché, la grande distribution gagne progressivement en pouvoir. Les commerçants traditionnels se raréfient et les distributeurs, conscients de leur force, négocient farouchement les prix avec les producteurs

- Depuis 1995 : Vers un nouvel équilibre ?

Les autorités interviennent en 1996 afin de rétablir l'équilibre producteurs et distributeurs. La loi Galland introduit ainsi le seuil de revente à perte, prix en dessous duquel il est interdit de vendre.
Cependant, cette loi est considérée comme ayant favorisé un relâchement de la concurrence et conduit à une élévation des prix au détail.

En effet, depuis 1997, le prix d'achat est défini comme le prix figurant sur la facture, et dont n'est pas déduit une remise acquise en fin d'année par exemple. Seules les *marges avant,* marges acquises de façon formelle au moment de la facturation, sont ainsi transférables au consommateur au travers d'un prix de vente final plus faible. Par opposition, toutes les autres remises liées par exemple à un volume de vente annuel minimum, ou au respect mutuel de certains engagements commerciaux sont qualifiées de *marges arrière* et ne sont pas rétrocédables au consommateur.

Les producteurs et distributeurs avaient donc intérêt à privilégier les marges-arrières dans le prix de vente final étant donné qu'elle ne serait pas affectée par la concurrence. La part des marges arrière serait ainsi passée de 22% à 32% entre 1998 et 2003, le nouvel équilibre entre producteurs et distributeur se faisant au détriment du consommateur.

Deuxième Partie : L'industrie pharmaceutique

II. L'industrie pharmaceutique

II.1. Généralités

L'industrie pharmaceutique recherche, développe, produit et commercialise des médicaments à usage humain et vétérinaire. Au sens large du terme, elle regroupe aussi les activités de dispositifs médicaux, de biotechnologie et de produits de santé grand public.

La différentiation entre la médecine et la pharmacie comme deux disciplines scientifiques différentes n'apparaît qu'au cours du 12^{e} siècle. Cependant, les origines de la pharmacie remontent au 8^{e} siècle, avec les premières officines recensées à Bagdad en 754. (Hadzović, 1997). Un grand nombre de pharmacies se développèrent ensuite en Europe et en Amérique du Nord au 19^{e} siècle, et c'est à cette période que la majorité des laboratoires pharmaceutiques furent fondés. Après la découverte de l'insuline et de la pénicilline dans les années 1920 et 1930, les productions industrielles commencèrent et un grand nombre de découvertes scientifiques suivirent. C'est le cas de la première contraception orale et de la Cortisone dans les années 1950-1960, et du Diazépam en 1963. Depuis lors, des technologies de plus en plus précises et innovantes ont permis de développement du secteur à grande échelle.

Large et dynamique, l'industrie pharmaceutique est aujourd'hui l'une des plus importantes au monde avec des revenus mondiaux de plus de 850 milliards d'euros en 2014. Ce marché devrait croitre de 3 à 6% dans les années à venir, atteignant ainsi 1 000 milliards d'euros en 2019. Cette croissance serait principalement tirée par les génériques et les marchés émergents (Xerfi Global 2014).

L'industrie pharmaceutique est cependant très fragmentée et dominée par les groupes occidentaux. En effet, les dix plus gros laboratoires pharmaceutiques représentent 40 % du marché, dominé par des groupes américains, européens et japonais. Cette fragmentation importante peut être expliquée par l'environnement réglementaire important et le fort besoin en investissements. En effet, les compagnies pharmaceutiques opèrent sur de longs cycles requérant de lourds investissements sur de longues périodes.

II.1.1. Cycle de vie du médicament

La première étape consiste en une recherche exploratoire au cours de laquelle des milliers de molécules sont criblées en fonction de leur structure, leur mécanisme d'action et leur possible intérêt dans le traitement ou la prévention de certaines affections. A l'issue de ce criblage, une centaine de molécules sont sélectionnées et sont soumises à des tests précliniques et cliniques.

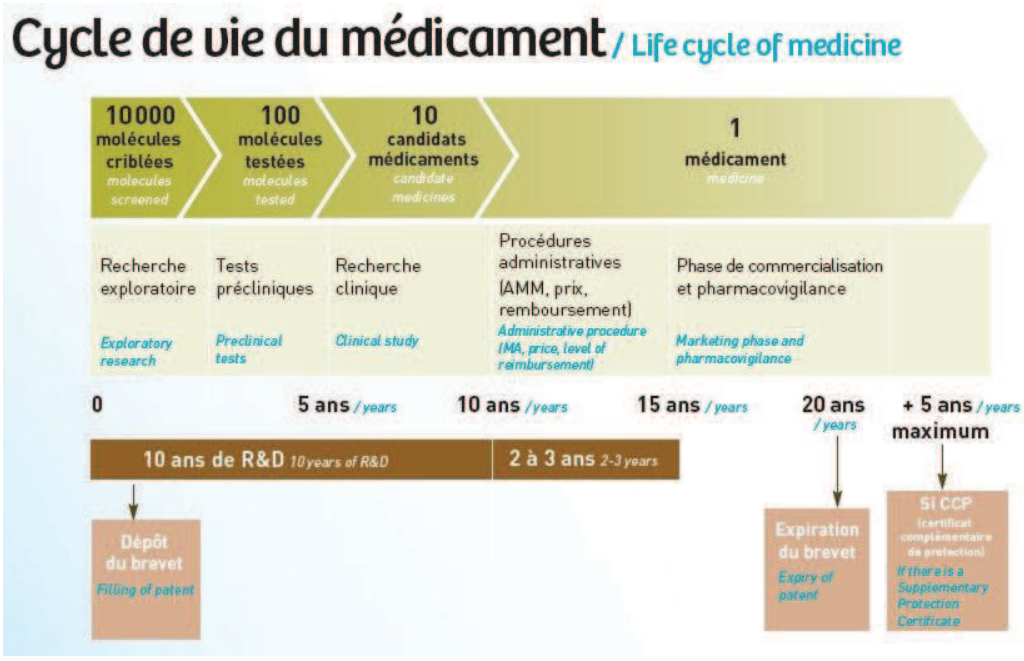
- Les essais précliniques: Ils sont réalisés sur des cellules et des animaux. Au travers de l'étude de la structure de la molécule, de son effet sur les cellules et sur l'animal, de ses organes-cibles, sont déterminées la sécurité et les doses maximales tolérées du médicament. Sur une centaine de molécules en phase préclinique, seules 10 passeront les tests.
- Les essais cliniques, comprenant des phases I à IV : Elles sont réalisées chez l'homme et permettent d'évaluer progressivement la tolérance, les effets indésirables, l'efficacité et les doses optimales de la molécule.

Ces essais étant très couteux et à risque élevé, les premières étapes de recherches sont souvent réalisées par des équipes de recherche universitaires ou de

plus petits laboratoires qui vendront ensuite leurs résultats à des laboratoires suffisamment larges pour poursuivre les couteuses étapes suivantes. Un médicament met en moyenne 10 ans en recherche et développement entrainant ainsi de lourdes dépenses. Ainsi, une molécule requiert environ 1,2 milliard d'euros à développer, et en 2012 plus de 105 milliards d'euros ont été dépensés en R&D par les laboratoires pharmaceutiques. Cependant, seules 1 à 2 molécules sur 10 000 synthétisées en laboratoire passent toutes les étapes d'essais cliniques.

Un dossier d'enregistrement est alors déposé auprès des autorités (ANSM, EMA, FDA, etc.) afin de pouvoir commercialiser le médicament sur le marché. Les procédures administratives comprenant l'autorisation de mise sur le marché, la fixation du prix et des modalités de remboursement durent en moyenne entre 2 et 3 ans. Un brevet protège la molécule pour une durée de 20 ans qui peut être modulée selon certaines circonstances.

Figure 7 : Cycle de vie du médicament



(Source : LEEM, Bilan Economique des Entreprises du Médicament en France)

II.1.2. Secteurs d'activité

Le long cycle opérationnel de l'industrie pharmaceutique la rend complexe. Elle peut être segmentée de différentes façons suivant divers facteurs liés au médicament :

- La **disponibilité**

Médicaments éthiques (nécessitant la prescription d'un praticien), *Médicaments OTC* (médicaments disponibles sans prescription)

- L'**usage final**

Médicaments à usage humain, Médicaments vétérinaires

- Le **processus de production**

Petites molécules (fabriqués par synthèse chimique, exemple : comprimés, gélules, etc…), *Larges molécules* ou *médicaments biologiques* (fabriqués à partir d'organismes vivants tels que du sang ou des cellules. Ex : facteurs de croissance, médicaments dérivés du sang, etc…)

- Le **statut**

*Médicaments brevetés, Génériques, Me-too (*même activité thérapeutique mais modification mineure de la molécule), *Génériques Plus (*amélioration des originaux en terme d'efficacité, etc...), *Bio-similaires (*propriétés similaires et même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence dont le brevet est tombé dans le domaine publique, *etc…)*

- **L'aire thérapeutique**

Oncologie, Cardio-vasculaire, Virologie, Respiratoire, etc.

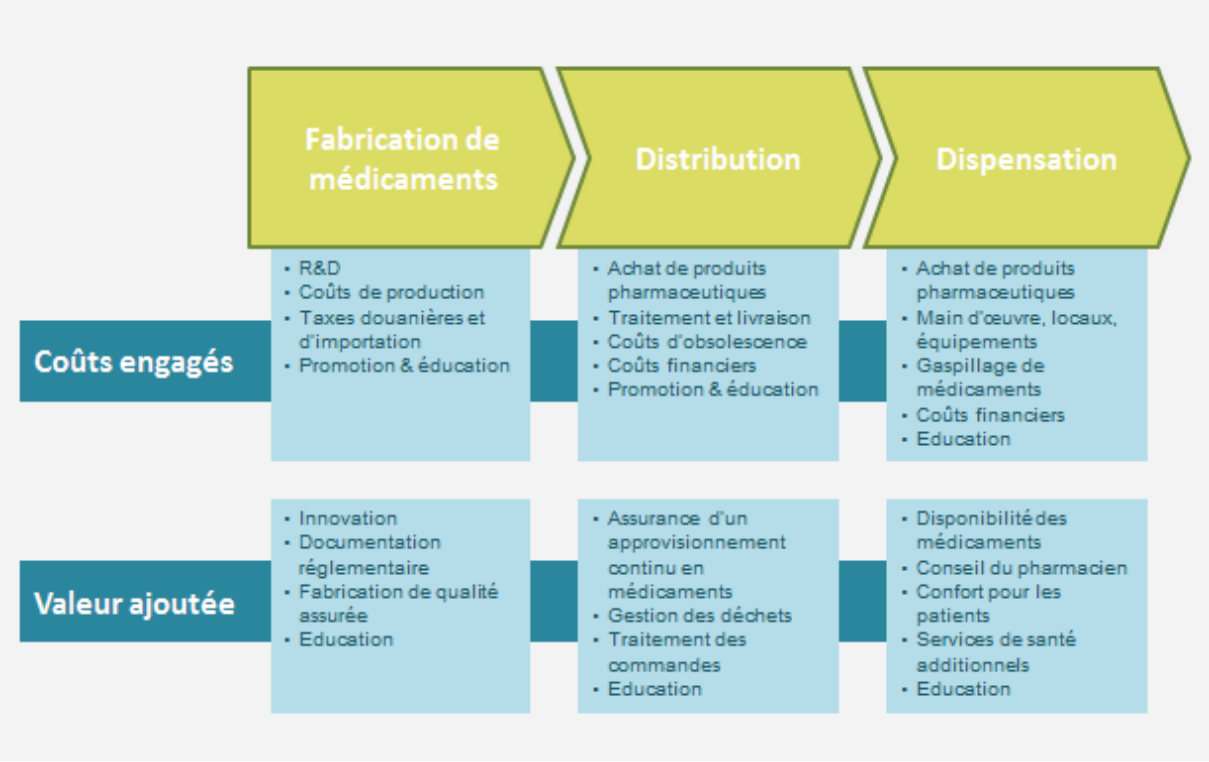
Ces différents facteurs sont importants à prendre en compte dans la stratégie que chaque laboratoire adopte pour son positionnement sur le marché.

II.1.3. Chaîne de valeur et circuit de distribution

II.1.3.1. Chaîne de valeur

La chaîne de valeur d'une industrie, telle que définie par Michael Porter, est un système constitué par un ensemble d'activités interdépendantes intégrant toutes les étapes de l'approvisionnement en matières premières jusqu'à la consommation finale. Celle de l'industrie pharmaceutique reflète la diversité des acteurs qui interviennent dans le cycle de vie du médicament, leurs liens ainsi que l'importance et la valeur ajoutée de chaque maillon. (*Figure 8*)

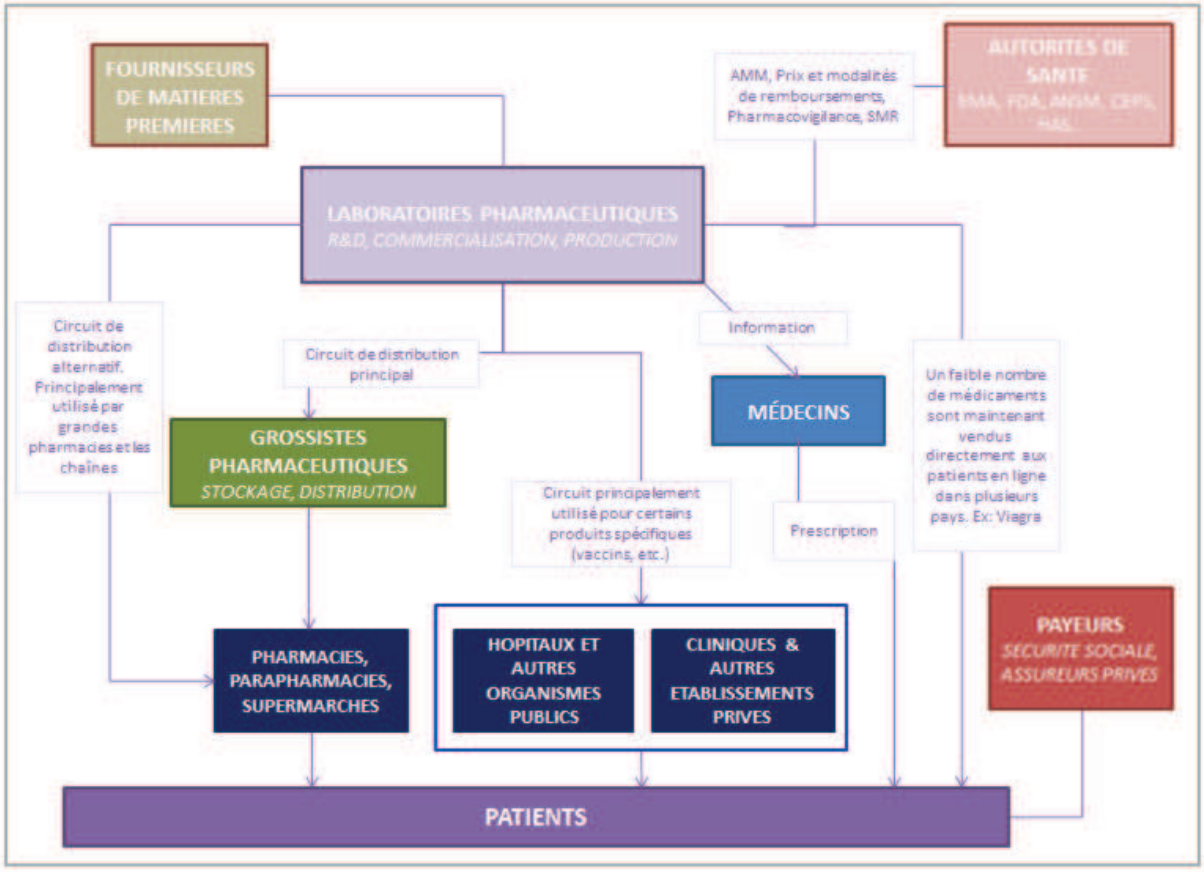
Figure 8 : Chaîne de valeur de l'industrie pharmaceutique



II.1.3.2. Distribution pharmaceutique

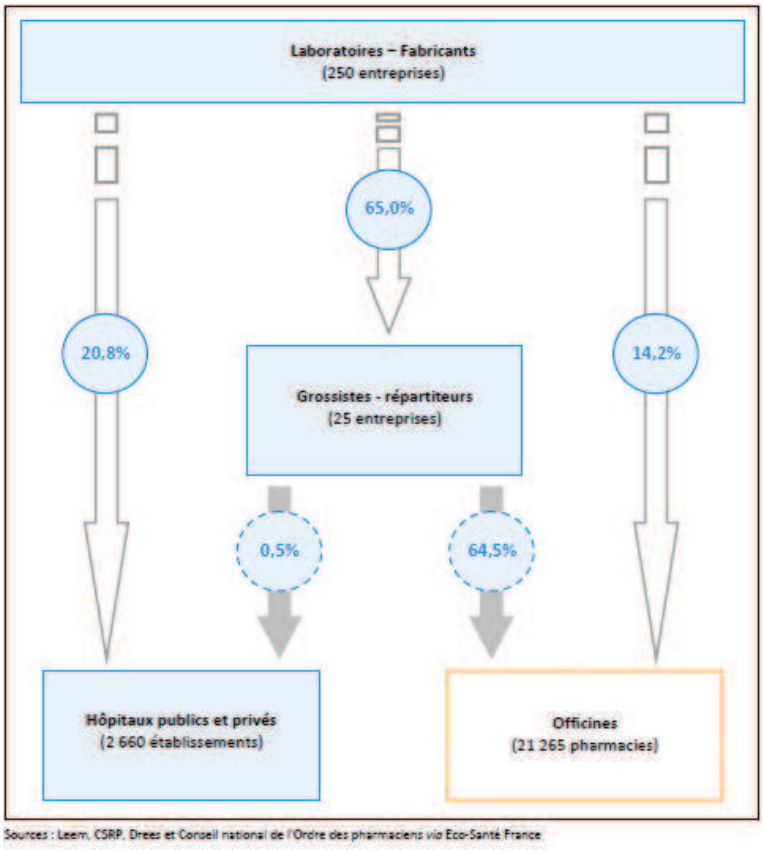
Le long de cette chaîne d'acteurs vont intervenir une multitude d'acteurs qui auront un pouvoir différent selon les pays. Les médicaments produits par les laboratoires et approuvés par les autorités vont ainsi être distribués par l'intermédiaire des distributeurs, aux pharmacies et établissements de santé, puis être dispensés aux patients et payés par des organismes publics et privés *(Figure 9)*.

Figure 9 : Acteurs de l'industrie pharmaceutique



La distribution pharmaceutique est à 65% indirecte *(Figure 10)*.

Figure 10 : Canaux de distribution du médicament en France métropolitaine en 2013



Elle est constituée de plusieurs acteurs :

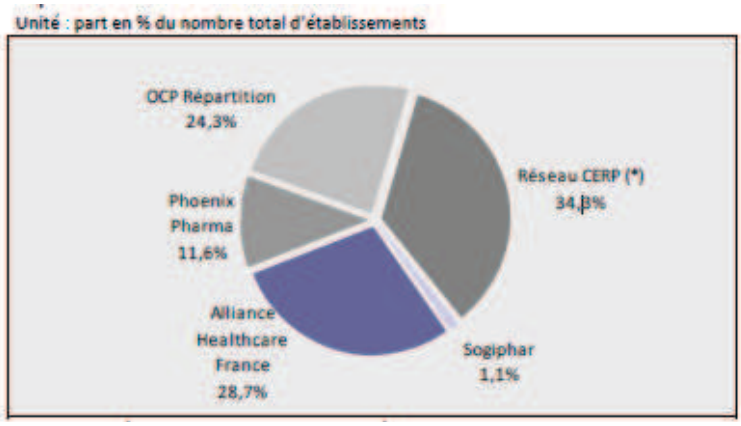
- **Les grossistes-répartiteurs**

On en compte 25 en France métropolitaine. Ils représentent plus de 80% de l'approvisionnement des officines en produits pharmaceutiques. (Xerfi, 2014). Les 5 premiers acteurs représentaient 98,5% du marché en 2013 : OCP, Alliance Healthcare, Phoenix Pharma, CERP et Sogiphar *(Figure 11)*. Leur activité consiste à acheter les médicaments et articles médicaux auprès des laboratoires, les stocker et les revendre aux segments susmentionnés.

Ce métier est régi par une réglementation européenne transposée dans le droit français dans le « Guide des bonnes pratiques de distribution en gros » et dont l'application est contrôlée par l'ANSM. Ils sont notamment tenus de détenir en

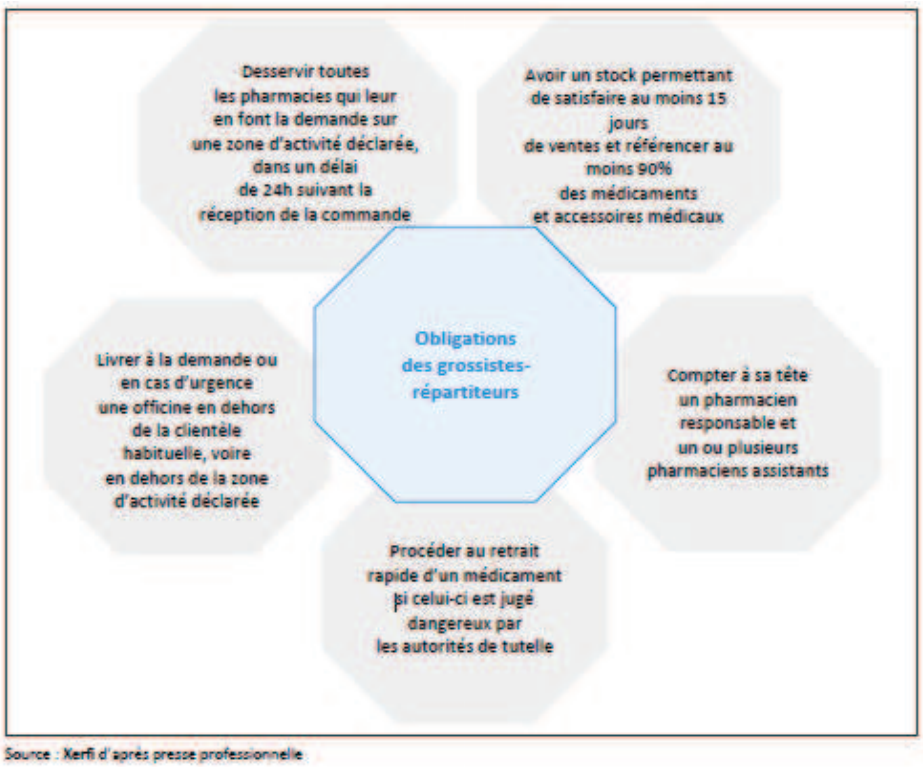
permanence un minimum de stock de produits pharmaceutiques, de livrer les pharmacies d'officines dans un délai maximal de 24h, et d'avoir à leur tête un pharmacien responsable. *(Figure 12)*

Figure 11 : Répartition des établissements des principaux grossistes répartiteurs en 2014



Source : Xerfi, CSRP

Figure 12 : Les 5 obligations des grossistes-répartiteurs



Source : Xerfi d'après presse professionnelle

- **Les dépositaires** :

On en dénombre 115 en France en 2013. Leur activité consiste à stocker et à distribuer les produits pharmaceutiques et articles médicaux pour le compte des laboratoires et à les distribuer par la suite aux officines, hôpitaux, cliniques, ou grossistes-répartiteurs. Ils interviennent donc à la fois dans la distribution indirecte, en amont de la répartition qu'ils approvisionnent dans 70% des cas, et dans la distribution directe. La différence fondamentale avec les grossistes-répartiteurs est que les dépositaires ne sont pas propriétaires de leur stock.

- **Les centrales d'achat des groupements de pharmacies** :

De plus en plus d'officines se rassemblent au sein de groupements possédant des centrales d'achat qui leur permettent de négocier des conditions commerciales plus avantageuses que lors d'achats individuels. La plus connue est la société Giphar, qui a d'ailleurs aussi débuté une activité de grossiste-répartiteur en 2012 via Sogiphar; Cependant, afin de contrer ces groupements, les grands groupes de la répartition ont créé des structures similaires. Ex. : Pharmactiv pour l'OCP, Alphega pour Alliance Healthcare, Plus Pharmacie pour Phoenix Pharma, Les pharmaciens associés pour CERP Rouen.

II.1.3.3. Dispensation pharmaceutique

Les produits vont atteindre le patient par l'intermédiaire de deux grands segments :

- *Le segment* ***« Non Retail »***

Il s'agit des organismes qui feront bénéficier du produit au consommateur final sans le lui facturer directement. Ce sont les établissements de santé publics et privés tels que les hôpitaux et les cliniques, les organismes publics (centres de planning familial, etc..). Ces acteurs achètent les médicaments le plus souvent par un processus d'appel d'offre.

- *Le segment* ***« Retail »***

Il s'agit de tous les organismes qui revendent directement le produit au patient ou consommateur final. Ce sont les pharmacies, parapharmacies, éventuels supermarchés dans certains pays, ainsi que les chaînes de pharmacies lorsqu'elles existent.

Les acteurs principaux de ce segment sont les pharmacies. Le pharmacien est en charge de l'analyse et de la validation des ordonnances prescrites par les médecins et de la délivrance des médicaments. Il peut, en accord avec le prescripteur, modifier les posologies ou les médicaments lorsqu'il le juge nécessaire, et substituer par des génériques. Au Québec, il est aussi autorisé à prescrire des médicaments et analyses biologiques si nécessaire.

En plus des fonctions liées à la médication, le pharmacien un rôle social ; il oriente les personnes en difficulté vers les structures compétentes en matière de santé publique

La France compte près de 23 000 officines et 55 000 pharmaciens d'officine. Selon la législation, le capital d'une pharmacie doit toujours être détenu par un ou plusieurs pharmaciens diplômés de manière à ce que les décisions prises soient toujours dans l'intérêt du patient. Par ailleurs, la vente en ligne de médicaments est

autorisée depuis 2013, mais uniquement pour les médicaments en vente libre, et si les sites marchands sont adossés à des pharmacies physiques. Cependant, ce monopole est de plus en plus menacé. En effet, les supermarchés réclament de plus en plus le droit de vendre des médicaments en grande surface tel que c'est déjà le cas dans de nombreux pays.

II.2. Enjeux généraux

II.2.1. La fin d'un modèle économique

Durant des décennies, l'industrie a suivi un business model basé sur des blockbusters.

Un blockbuster est un médicament générant au moins 1 milliard de dollars de chiffre d'affaires mondial à une entreprise pharmaceutique. L'avènement des grandes innovations et le système des brevets a permis à l'industrie de se reposer sur ses blockbusters pour effectuer une croissance à deux chiffres. Ce business model ayant pour but d'être à l'origine du prochain blockbuster était constitué d'une identification intensive de nouvelles molécules prometteuses en R&D, de tests dans de larges essais cliniques suivis par un marketing intensif (Rusu, Kuokkanen, Heier 2011).

Certains laboratoires sont toujours très dépendants des ventes liées à ces blockbusters, tels que GSK avec *Sérétide*®, Abbvie avec *Humira*® ou Johnson & Johnson avec *Remicade*®, qui représentent respectivement 23%, 45% et 21% de leurs ventes.

Cependant, du fait de la baisse en productivité de l'innovation thérapeutique ces dernières années, on observe de plus en plus un shift d'un modèle centré produit à un modèle centré client. Par ailleurs, la gain en pouvoir du payeur et du consommateur et l'avènement des génériques ont permis aux laboratoires de réaliser la valeur ajoutée de produits et services complémentaires. Cette nouvelle approche est ainsi centrée sur des solutions complètes de santé incluant par exemple des diagnostics avec de la médecine personnalisée ou des applications mobiles pour patients. L'industrie doit donc faire face à un nombre croissant de challenges.

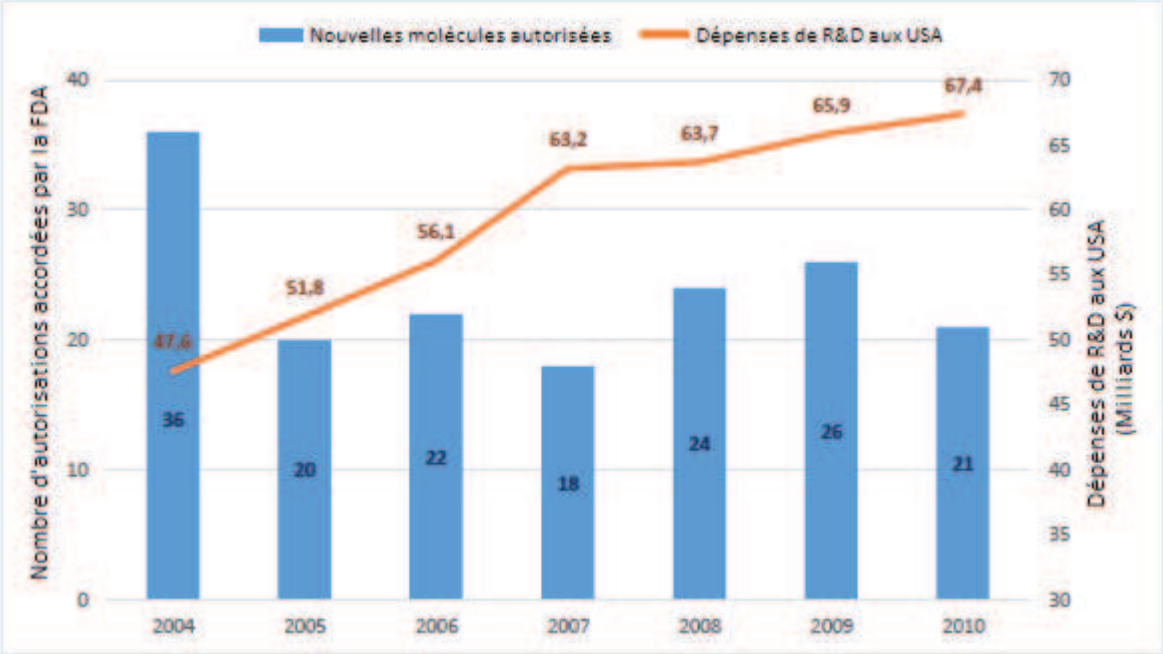
II.2.1.1. Challenges de coûts

- *Baisse de productivité de la R&D*

Les coûts de recherche et développement ont augmenté de plus de 80% mondialement, atteignant en 2012 un total de 1,17 milliards d'euros. Cependant, l'augmentation de dépenses en R&D ne se traduit pas nécessairement en un plus grand nombre de médicaments *(Figure 13)*.

En effet, plus d'un médicament développé sur cinq est refusé par les agences de régulation. Les autorités de mise sur le marché telles que la FDA aux Etats-Unis ou l'EMA en Europe sont de plus en plus strictes en termes d'attribution de brevets.

Figure 13: Dépenses de R&D et autorisations de mise sur le marché aux USA de 2004 à 2010



II.2.1.2. Challenges de revenus

- *Expiration des brevets*

L'industrie pharmaceutique a fait face à une vague massive d'expiration de brevets ces dernières années, laissant place à 46 milliards d'euros de ventes de substituts génériques entre 2010 et 2013. Les génériques étant commercialisés à des prix nettement plus faibles que les produits d'origine, ils creusent un fossé important dans les revenus pharmaceutiques. *(Figure 14)*

- *Réduction des prix et des remboursements*

Que ce soit du fait de la crise économique dans les pays développés ou de l'explosion des dépenses de santé du fait de la croissance démographique et des mesures favorisant l'accès aux soins dans les pays en voie de développement, les autorités gouvernementales multiplient les mesures pour réduire leurs dépenses de

santé. Cela passe par des réductions en termes de remboursements, des prix plus faibles, et un avancement des génériques.

Figure 14: Principaux médicaments ayant perdu leur brevet en 2011

Date d'expiration du brevet (USA ou Europe)	Médicament	Laboratoire	Ventes mondiales 2010 (milliards $)
3T 2011	Lipitor / Tahor	Pfizer	10,7
4T 2011	Zyprexa	Eli Lilly	5,73
1T 2012	Seroquel	AstraZeneca	5,3
1T 2012	Lexapro	Forest	2,3
1T 2012	Tricor	Abbott	1,6
1T 2012	Provigil	Teva	1,2
2T 2012	Plavix	Sanofi Aventis et Bristol-Myers Squibb	9,4
3T 2012	Diovan	Novartis	6,1
3T 2012	Singulair	Merck	5
3T 2012	Actos	Takeda	4,3

II.2.2. Nouvelles stratégies

Face à ces challenges croissants que subit l'industrie, les laboratoires sont à la recherche d'alternatives au modèle blockbuster. Deux types de positionnement sont observés :

II.2.2.1. Spécialisation

Les laboratoires peuvent choisir de se spécialiser dans certaines aires thérapeutiques en restant sur leur domaine d'activité et/ou en se séparant de certaines entités. C'est le choix de l'innovation comme levier de croissance. Cette spécialisation, plus risquée, est aussi source de plus de profit lorsqu'elle rencontre du succès. En effet, en se concentrant sur un nombre restreint d'activités, ces

laboratoires renforcent leurs connaissances dans ces secteurs et bénéficient souvent d'un monopole sur les indications thérapeutiques concernées. Leur place de leader dans leur catégorie leur donne un accès privilégiés à tous les interlocuteurs de la catégorie, ce qui leur permet d'identifier et de satisfaire les besoins non comblés des clients, à l'interface entre la science et le marketing. C'est ainsi le cas de Roche qui est resté centré sur le domaine de l'oncologie, ou de Novo Nordisk sur le domaine du diabète. Ces entreprises ont généré plus de 50% de leur chiffre d'affaire dans une seule aire thérapeutique. Pour Biogen Idec et Celgène par exemple, ce pourcentage se monte à 90%

II.2.2.2. Diversification

Certains laboratoires choisissent de se diversifier afin de diminuer le risque. C'est une application de la maxime « Ne pas mettre tous ses œufs dans un même panier ». Par exemple, Merck est entré en 2011 dans un marché différent des vaccins et petites molécules : les produits biologiques. Ils ont renforcé leur position dans ce secteur en acquérant Avecia Biologics et Schering Plough, étendant ainsi leur portefeuille aux peptides et anticorps monoclonaux.

D'autres groupes se diversifient sur le plan géographique. Ils se tournent ainsi principalement vers les marchés émergents. En effet la part de ces marchés dans les ventes pharmaceutiques mondiales devrait croître considérablement du fait de la démographie positive, l'augmentation du pouvoir d'achat, l'augmentation de la part des maladies liées au mode de vie (obésité, etc..) et un meilleur accès aux soins. De plus, la main d'œuvre moins coûteuse et les incitations en termes de taxes dans ces pays favorisent la délocalisation dans ces marchés. Pfizer a ainsi lancé plusieurs initiatives pour stimuler la recherche en Chine.

Un autre mode de diversification est celui de passer d'un modèle centré produit à un modèle centré client. Novo Nordisk a une forte présence dans le domaine cardiovasculaire. En 2011, l'entreprise a lancé le programme Changing Diabetes apportant un soutien aux associations de patients, des formations aux professionnels de santé, et des équipements offerts aux cliniques. Ce mode de diversification peut ainsi être opéré indépendamment de la spécialisation ou de la diversification sectorielle.

II.3. Enjeux commerciaux

Les challenges subis par l'industrie et les stratégies adoptées par les acteurs ont eu un impact important sur l'évolution non seulement de l'environnement économique de l'industrie mais aussi des relations entre les différents maillons de la chaîne de valeur.

II.3.1. Déplacement du pouvoir des laboratoires vers le circuit de distribution

Ce changement se manifeste de plusieurs façons et à des degrés différents selon les pays (en fonction du degré de régulation) :

II.3.1.1. Consolidation du marché aval

- *Au niveau de la distribution*

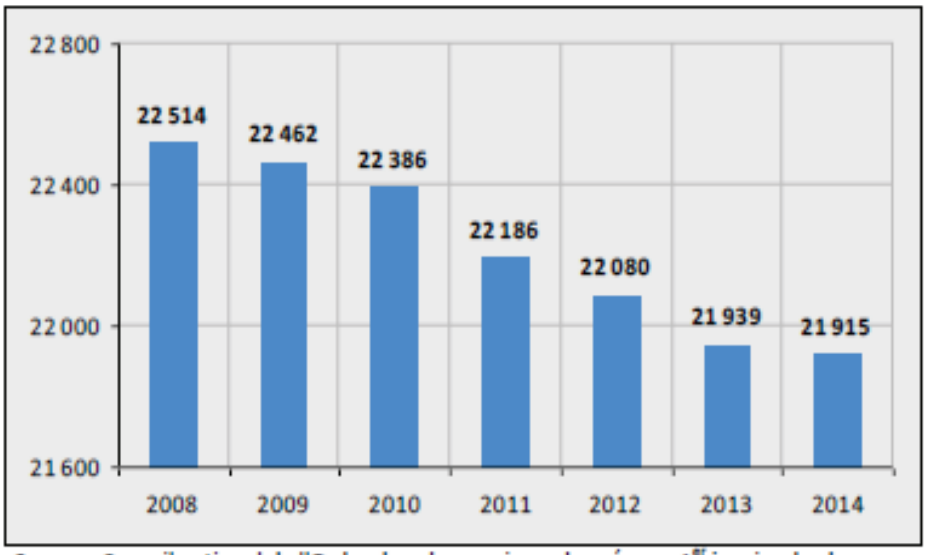
Les grossistes se rapprochent afin de constituer des acteurs plus gros et plus importants. Le meilleur exemple est celui du rachat en 2013 de Celesio, leader de la distribution en Europe et propriétaire de l'OCP en France, par McKesson, leader américain et mondial dans la distribution pharmaceutique. Le nouveau groupe

constitue alors un leader mondial dans les services de santé avec plus de 80. 500 salariés et des revenus annuels combinés de plus de 100 milliards d'euros. En 2012, c'est le groupe américain qui avait acquis 45% du britannique Alliance Boots pour former Walgreens Alliance Boots

- *Au niveau de la dispensation :*

On constate dans plusieurs pays une concentration progressive du segment Retail. Cela se traduit d'une part par une diminution progressive du nombre de pharmacies indépendantes (2000 pharmacies en moins ces 5 dernières années au Mexique, 20% en moins au Royaume Uni, 300 pharmacies fermant chaque année en France) *(Figure 15)*. D'autre part on observe un nombre décroissant de chaînes et de centrales d'achat et une augmentation du nombre de pharmacies membres. Ainsi la consolidation du marché Retail pourrait passer de 50% à 70% des pharmacies en Russie dans les prochaines années, et le nombre de pharmacies actives dans des chaînes virtuelles pourrait augmenter de 10% en France d'ici 5 ans.

Figure 15: Evolution du nombre d'officines en France



Source : Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, données au 1er janvier de chaque année

II.3.1.2. Intégration verticale

Les grossistes acquièrent de plus en plus de chaînes de pharmacies ou de centrales d'achat afin d'avoir plus de contrôle sur la fin de la chaîne de valeur. Les pharmacies quant à elles y voient l'opportunité de négocier de meilleures conditions commerciales. Au Brésil, le grossiste Propharma a ainsi acquis plusieurs chaines régionales de pharmacies. En Grande-Bretagne, la fameuse chaîne de pharmacie Lloyds est une propriété du géant McKesson - Celesio. Walgreens Alliance Boots est par ailleurs propriétaire de la deuxième plus importante chaîne de pharmacie aux Etats-Unis, Walgreens.

II.3.1.3. Internationalisation

La plus importante chaîne de pharmacie américaine CVS a acquis la chaîne Onofre au Brésil. Le groupe Walgreens Alliance Boots, présent en France à travers Alliance Healthcare, a acquis la chaîne Farmacias Benavides au Mexique.

II.3.1.4. Professionnalisation du circuit

En se consolidant, les chaînes de pharmacies développent leurs capacités en attirant de hauts talents, en construisant rapidement des outils et des systèmes performants et en développant rapidement leurs compétences pour se rapprocher et mieux comprendre les comportements des consommateurs.

II.3.2. Déplacement du pouvoir vers le patient

Ce changement peut être observé au travers de plusieurs points :

II.3.2.1. L'augmentation de la proportion d'out-of-pocket

La partie out-of-pocket du marché désigne les dépenses individuelles privées réalisées par les patients. Du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'accès aux soins et des baisses des dépenses de santé, les patients seront de plus en plus amener à participer financièrement à leurs traitements. De plus, avec la baisse des remboursements, on observera aussi une augmentation de la part de l'automédication.

II.3.2.2. Le développement de labels privés

On constate une forte expansion des labels distributeurs dans les pays où ils sont autorisés. Cela est favorisé par la consolidation des distributeurs et de pharmacies. En améliorant leur savoir-faire consommateur, les dispensateurs sont capables de développer leur propre image et d'ainsi lancer leurs propres marques en OTC et dans le domaine des génériques. Ces labels privés leurs permettent de gagner plus de marges que les produits de grande marque. Ces produits leur permettent de gagner plus de part de marché dans les catégories sociales à faible revenus.

II.3.2.3. Un meilleur accès à l'information

Avec l'avènement d'internet et du numérique, les patients et consommateurs ayant accès à une quantité croissante d'information sur les pathologies et les traitements et pourront ainsi devenir de acteurs de plus en plus importants de leur propre santé.

II.3.2.4. Des offres de services de plus en plus innovantes

Les consommateurs recherchent de plus en plus un accès permanent aux soins, et accueilleront à bras ouverts les offres de santé innovantes. Ainsi, les services de télémédecine, de prévention en ligne, de suivi de l'observance de traitements, et autres services innovants joueront un rôle majeur dans le rapprochement des consommateurs à l'offre de santé. L'entrée de nouveaux acteurs du Big Data tels que Apple ou Google, étant en mesure de posséder des données de santé sur le consommateur pourrait complètement chambouler la chaine de valeur actuelle. On peut ainsi citer l'application de santé Apple Health Kit rassemblant des données telles que la fréquence cardiaque, le taux de glycémie ou de cholestérol, etc. ; le service de consultation médicale en ligne en cours de lancement par Google.

Ces nouvelles tendances montrent ainsi un rapprochement de l'industrie pharmaceutique de celle de la grande consommation en termes de rôle du consommateur et de lien entre les acteurs de la chaine de valeur. Par ailleurs, dans le domaine de l'OTC, la compétition avec ces entreprises (P&G, Unilever, Reckitt Benkiser) est de plus en plus importante. En effet, certaines de leurs marques de produits de santé et beauté (Eucérin, Avène, Vichy, etc. ;) sont vendues en pharmacie et parapharmacies et conseillées par des médecins. pour Il en découlera une nouvelle compétition qui rassemblera à la fois les laboratoires, les acteurs de la grande consommation, les distributeurs et les dispensateurs. En effet, la délimitation du champ d'activité de chaque type d'acteur est de plus en plus floue. Les distributeurs et les dispensateurs, en se rapprochant du consommateur et en jouant un rôle important dans ses décisions d'achat marginaliseraient les laboratoires à de purs producteurs de molécules sans valeur ajoutée. Les distributeurs quant à eux

pourraient être en danger si les laboratoires basculaient vers une distribution directe pour améliorer leur visibilité en fin de chaîne.

Pour les entreprises ayant choisi une stratégie de diversification, et n'ayant plus l'innovation comme principale source de croissance, ces tendances apportent un nouveau rôle à la politique commerciale. Elle devient un outil d'interaction avec les distributeurs, dispensation et même le patient, et ainsi un levier important de la stratégie commerciale adoptée par le laboratoire.

Cependant, il faut tenir compte du fait que ces tendances s'observent à des degrés différents selon les pays, degrés liés au niveau de régulation spécifique à chaque pays. Leur vitesse d'apparition varie ainsi selon les géographies, ce qui ajoute un degré de complexité supplémentaire pour les larges groupes présents dans de nombreux pays, et accroît leur nécessité d'adaptation et de flexibilité.

Troisième Partie :

La politique commerciale,

Un nouveau levier de la promotion

III. La politique commerciale, un nouveau levier de la promotion

III.1. Caractéristiques

III.1.1. Composantes

Les ventes réalisées par les compagnies pharmaceutiques peuvent être décomposées en deux niveaux :

- les ventes brutes : c'est le nombre de médicaments vendus aux distributeurs multiplié par leur prix listé.
- Les ventes nettes : c'est le nombre de médicaments vendus multipliés par le prix listé duquel est déduite la remise faite par le distributeur.

La différence entre les ventes brutes et les ventes nettes, constituant la majeure partie des conditions commerciales, peut être décomposé en trois principaux éléments :

- *La contribution pharmaceutique*

Il s'agit des sommes payées de façon obligatoire déterminées par la régulation.

- *La politique client*

C'est la composante principale. Elle est constituée de :

  - Remises commerciales

Elles sont versées aux distributeurs et peuvent être liées à des objectifs de volumes de vente. Elles peuvent être sous la forme de rabais de prix, d'échantillons gratuits, etc.

- Escomptes financiers

Ils sont également versés aux distributeurs et sont liés aux délais de paiement (en cas de paiement en avance ou de prépaiement par exemple).

- Avantages clients

Il s'agit de sommes payées aux points de vente pour favoriser la vente. Il peut s'agir de frais de référencements, de frais d'animation payés aux pharmacies, etc.

- *Les retours de produits*

Ce sont les remboursements effectués en cas de retours de produits de la part des distributeurs

Une autre partie de la politique commerciale est enregistrée dehors de la différence enregistrée entre les ventes brutes et nettes :

- Au-dessus des ventes brutes :

Ce sont les marges distributeur et pharmacien lorsqu'elles sont régulées par la loi. Elles sont donc d'un montant qui ne peut être différencié entre les distributeurs ou les pharmacies, et est généralement exprimés en pourcentage du volume de vente.

- En dessous des ventes nettes :

Il peut s'agir de coûts de distribution qui peuvent nous être facturés par le client, de dépenses de Trade Marketing (ex. : pancartes publicitaires à disposer dans les pharmacies), etc.

III.1.2. Echelle de prix de la fabrication à la dispensation

III.1.2.1. Déterminants du prix producteur

De façon générale, les produits de consommation voient leur prix déterminé en fonction du prix de revient, de la nature du produit, de la concurrence, des attentes de la clientèle.

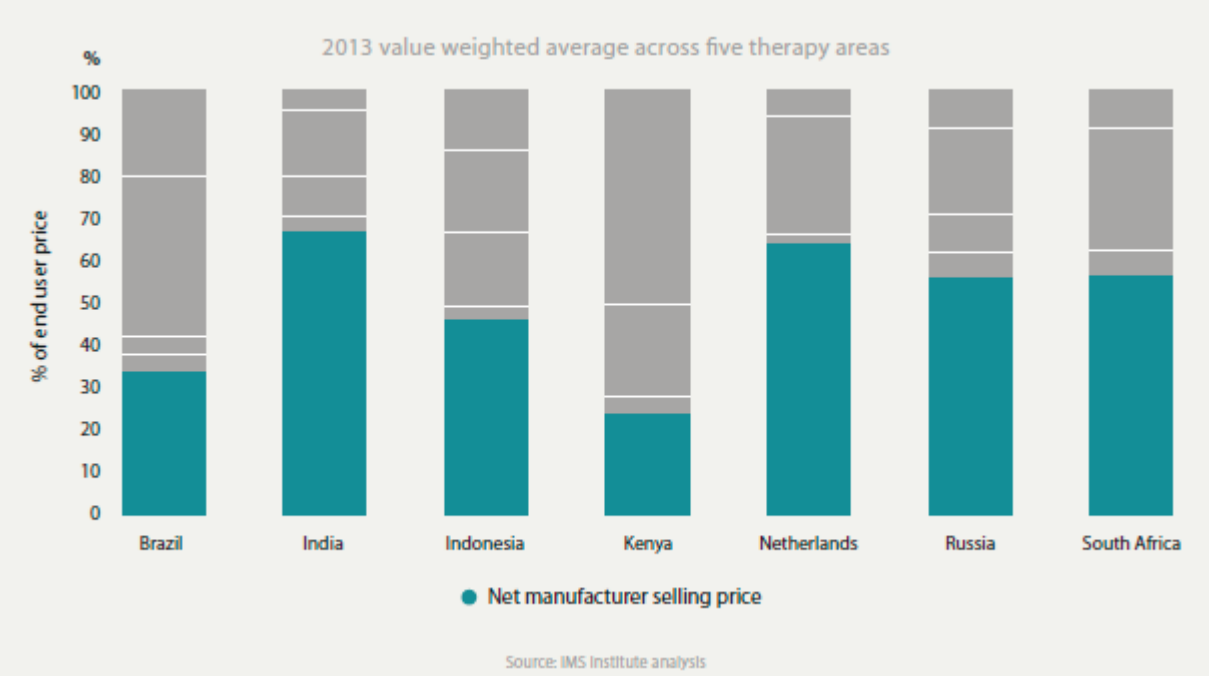
Par opposition, les prix des médicaments sont fixés par des procédures qui sont spécifiques à chaque pays. Par exemple, en Russie, le prix de vente *ex-factory* (au sortir de la fabrication) des médicaments appartenant à la liste des médicaments essentiels est basé sur le type de produit et sur la localisation de la production (en Russie ou non). En revanche, au Brésil, les prix de vente aux distributeurs et consommateurs sont régulés, et le prix auquel la pharmacie achète le médicament (en plus de la TVA) ne doit pas dépasser ce prix régulé. Cela laisse ainsi aux grossistes le soin de négocier leurs remises directement avec les producteurs.

Cependant, le prix officiel (régulé) ou négocié n'est pas toujours celui auquel le producteur facture. En effet, le prix net d'un producteur peut être impacté par un certain nombre de facteurs. Un des plus importants ce sont les remises commerciales, offertes aux grossistes ou aux pharmacies et négociées lors d'opérations commerciales. Elles varient selon le pouvoir d'achat de l'acheteur et le niveau de compétition, mais en général les producteurs de génériques offrent de plus importantes remises pour assurer une certaine part de volume. Par exemple, au Brésil, les génériqueurs peuvent offrir des rabais de plus de 50% sur le prix listé, contre 10 à 15% offerts par les laboratoires princeps.

L'écart entre le prix consommateur et les coûts de fabrication peut varier de façon importante selon les pays, allant ainsi de 24% au Kenya à plus de 64% aux

Pays-Bas *(Figure 16)*. De plus, pour une même classe thérapeutique, la différence peut être importante selon les pays. Une étude réalisée par IMS Health dans plusieurs pays montre ainsi qu'au Brésil les coûts de fabrication s'élèvent à environ 31% du prix final pour les antibiotiques et 42% pour les produits respiratoires contre respectivement 38% et 78% aux Pays-Bas. On observe aussi une différence entre les produits génériques et les produits princeps.

Figure 16 : Prix de vente net producteur



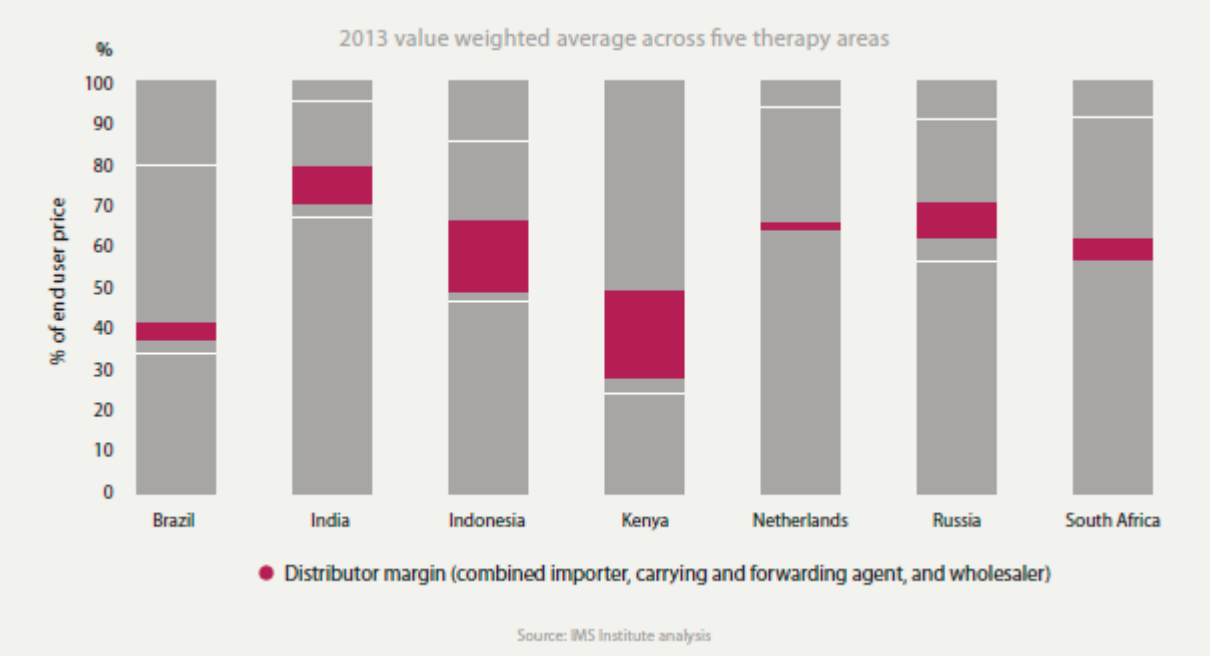
III.1.2.2. Déterminants de la marge distributeur

Les distributeurs sont traditionnellement rémunérés au travers d'une marge définie comme un certain pourcentage du prix. Dans les pays où les marges sont régulées, des remises du producteur peuvent également exister. Dans d'autres pays et pour certaines catégories de produits, les remises ne sont pas autorisées. En

général ces remises sont accordées lorsque le grossiste a le moyen de choisir entre différents producteurs. C'est notamment le cas pour les produits sans brevet (princeps dont le brevet a expiré ou génériques).

Selon les pays étudiés par IMS *(Figure 17)*, la marge distributeur varie entre 2% du prix consommateur (Pays-Bas) et 22% (Kenya). Cependant, cela peut être expliqué par exemple par le fait que les cycles de paiement sont plus longs pour les pharmacies au Kenya, ce qui entraine des coûts d'opération et de main d'œuvre beaucoup plus élevés. Ainsi, au Kenya les grossistes utiliseront des centres d'appel pour traiter les commandes des pharmacies, tandis qu'aux Pays-Bas cela sera la plupart du temps automatisé.

Figure 17 : Marge distributeur



III.1.2.3. Déterminants de la marge détaillant ou marge pharmacien

La marge détaillant est déterminée par deux facteurs clés :

- le niveau de remises négociées avec le fabricant et/ou le grossiste, qui déterminera le coût d'acquisition des médicaments. Il correspond par exemple aux ristournes accordées aux pharmaciens en France par les fabricants de génériques en cas de vente directe.
- la marge acquise sur le prix payé par le consommateur final. Cette marge peut être déterminée soit par un prix libre, soit par un pourcentage régulé du coût d'acquisition et/ou des frais de dispensation fixés par la régulation :

- la rémunération sur les marges est un pourcentage du prix de vente fabricant hors taxes (PFHT) des médicaments. Ce pourcentage peut être uniforme, plafonné comme en en Irlande, en Belgique, au Portugal et en Espagne, ou dégressif comme en Italie et en France

- la rémunération forfaitaire est issue d'un forfait de dispensation. Elle peut être payée par prescription comme en Finlande et aux Pays-Bas, ou par boîte (Grande-Bretagne, Allemagne).

Dans certains pays comme la Grande- Bretagne, l'Espagne et les Pays-Bas, il existent des clauses de « clawback » qui imposent la récupération par l'assurance maladie d'une partie de la marge sur les ventes de produits remboursables liée aux remises commerciales consenties aux pharmaciens (reversement calculé à partir de l'estimation des remises moyennes, selon le volume de prescriptions, le type de produits…).

Dans la plupart des cas, les frais de dispensation sont plafonnés afin de faciliter la régulation du prix consommateur. Cependant, afin de se différencier de la concurrence, les pharmacies peuvent facturer en dessous de ce maximum soit en réduisant leur frais de dispensation (Afrique du Sud), soit en transférant les remises des distributeurs au patient (Brésil). Les prix des médicaments sont donc souvent inférieurs au prix officiel fixé par la loi.

La possibilité de faire des remises au patient varie néanmoins selon les pharmacies. Celles qui sont capables de négocier d'importantes remises avec les distributeurs et/ou les fabricants (les grandes chaînes) sont plus à même d'offrir des prix plus faibles au patient final que les petites pharmacies indépendantes. Dans certains pays, les pharmacies vendent à perte sur les médicaments prescrits et le bénéfice est généré en revanche par les produits en vente libre (OTC) et de parapharmacie.

Le niveau moyen de marge pharmacien varie entre 15% du prix final en Inde et 50% au Kenya *(Figure 18)*. L'amplitude de cette marge peut aussi varier selon l'aire thérapeutique et le type de produit, selon le degré de régulation ou de négociation que les pharmacies ont avec les distributeurs et les laboratoires *(Figure 19)*

Figure 18 : Marge pharmacie

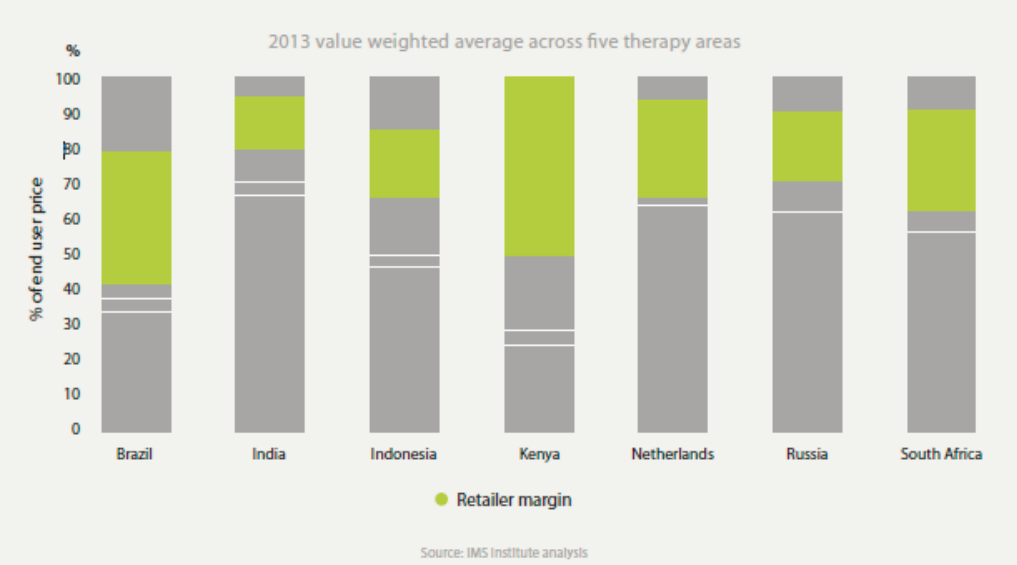
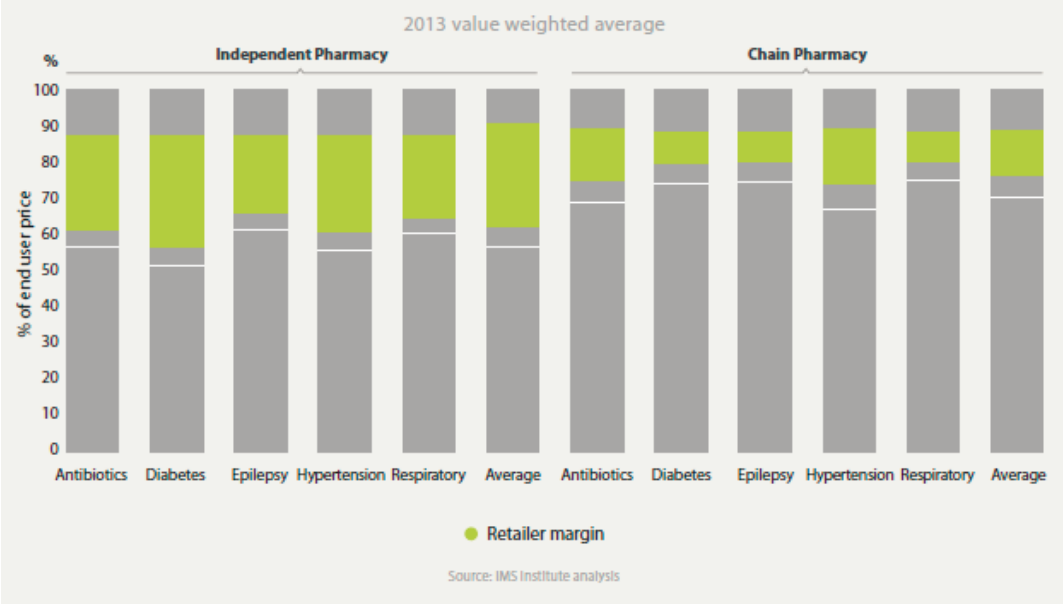


Figure 19 : Variation de la marge pharmacien en Afrique du Sud selon l'aire thérapeutique et le type de pharmacie



On peut noter que l'échelle de prix au sein de l'industrie pharmaceutique peut être impactée par 3 points communs :

- *La liste des médicaments essentiels* :

C'est une liste qui a été définie par l'OMS en 1977 et sui rassemble les médicaments auxquels les patients doivent avoir accès au minimum. Dans les marchés où le remboursement des médicaments est limité, les produits listés sont souvent sujets à de plus strictes politiques de prix et régulations de marges.

- *Les différences régionales* :

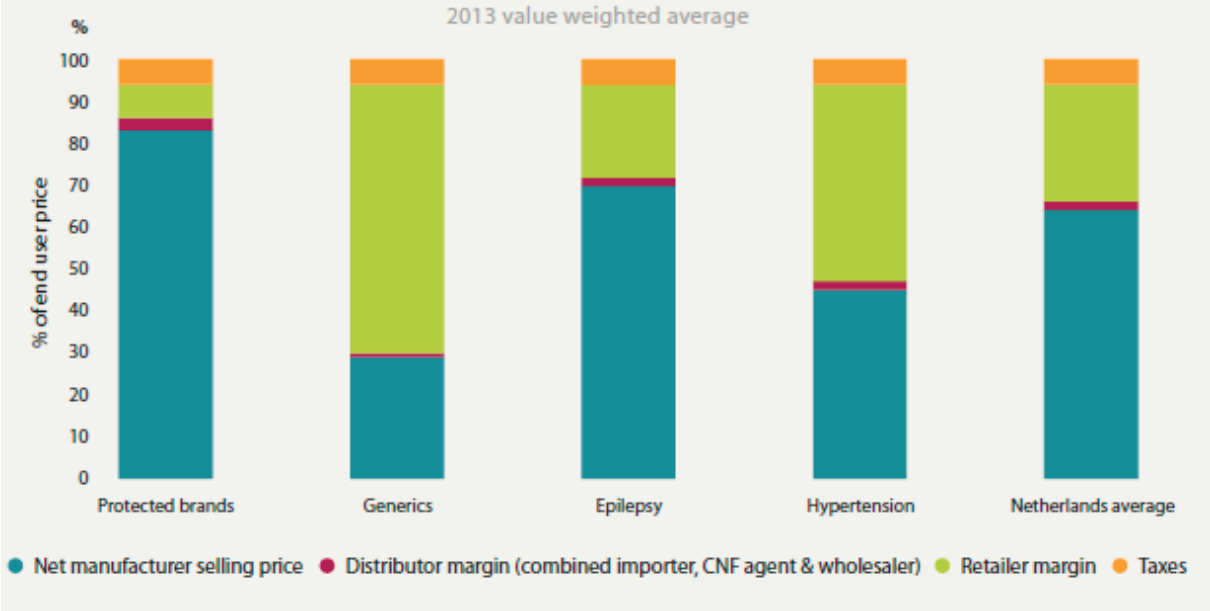
Au sein d'un même pays, des différences régionales telles que le niveau de taxe ou la marge appliquée au niveau des distributeurs ou des pharmacies peuvent entraîner des différences au niveau de la chaîne de valeur.

- *Le type de produit* :

La différence entre le niveau de remises selon le type de médicaments (par exemple princeps et génériques) peuvent influencer les prix finaux.

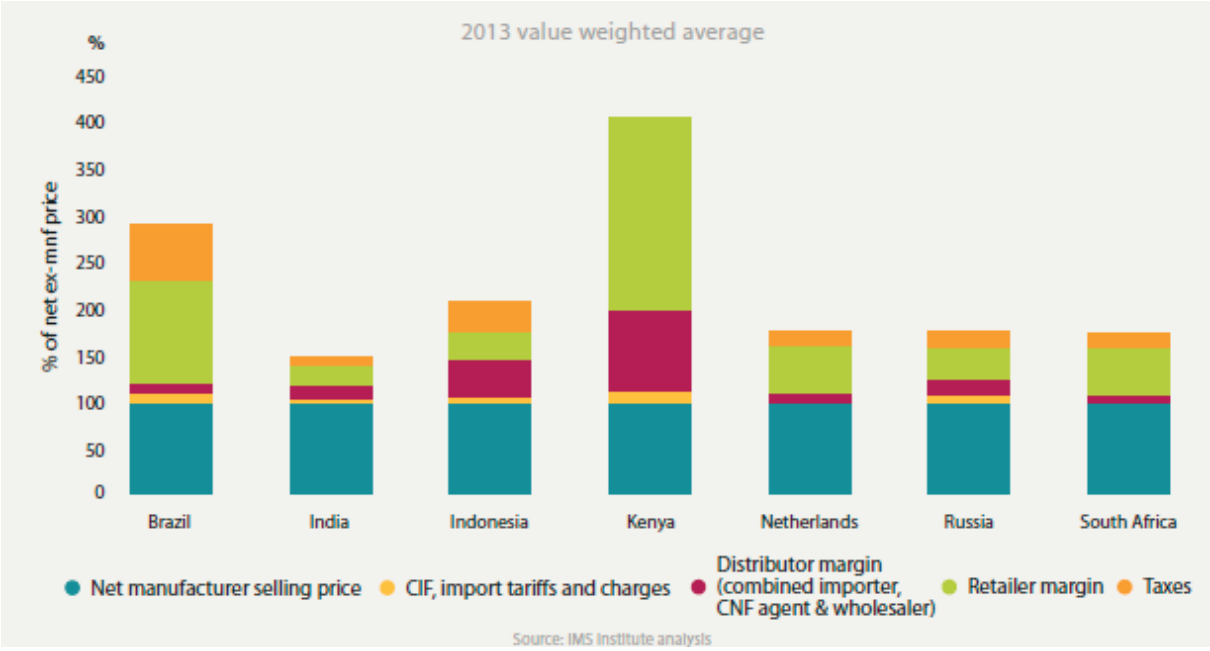
L'impact combiné de ces 3 facteurs dictera un impact au niveau d'une aire thérapeutique. *(Figure 20)*

Figure 20 : Echelles de prix pour différentes catégories de produits aux Pays-Bas



Il en résulte des échelles de prix complètement différentes selon les pays *(Figure 21)* du fait de la différence entre le mix de produits, le degré de régulation et le niveau de remises. Dans les pays tels que le Kenya où la régulation est très faible, la part des laboratoires est beaucoup plus faible que dans les marchés plus régulés. Cela est dû d'une part à l'absence de régulation de la marge pharmacien, et d'autre part au fait que ce marché est basé de façon conséquente sur l'importation. Dans ces conditions, les laboratoires produisant à l'étranger doivent payer des douanes et des taxes supplémentaires pour que les patients du pays puissent avoir accès au traitement. De plus, le prix des médicaments importés peut être impacté par le taux de change.

Figure 21 : Echelle moyenne de prix sur 5 aires thérapeutiques, indexée sur le prix producteur



III.2. Etat des lieux : Une industrie peu mature en termes de gestion de la politique commerciale

Du fait de la forte orientation des laboratoires pharmaceutiques vers le produit plutôt que vers le client, c'est une industrie peu mature en termes de gestion de la politique commerciale. Le classement réalisé par Deloitte mentionné plus tôt la classe au niveau 2 contre un niveau 5 pour les industries de grande consommation. Dans cette perspective, contrairement au modèle pharmaceutique classique, le terme « client » en matière de promotions et de marketing ne fait pas référence aux prescripteurs mais aux distributeurs, aux dispensateurs et aux consommateurs.

Cette faible maturité est visible à travers plusieurs attributs :

III.2.1. Une faible visibilité à travers et au sein des canaux de distribution

Dans de nombreux pays, les laboratoires n'ont pas de visibilité au-delà de leurs clients de première ligne, les distributeurs. Ils ne sont parfois pas à même de tracer les volumes et types de produits vendus par types de clients (privés, publics), ou même par client final (pharmacies et parapharmacies, institutions publiques et privés). Ce manque de visibilité empêche donc de faire une différenciation des remises au niveau de la clientèle (par exemple plus de remises aux pharmacies en centre-ville, ou transfert des remises au consommateur final).

III.2.2. Un manque d'harmonisation et des outils non adaptés

La « consommatisation » de l'industrie est d'une part surtout valable pour le segment OTC, et d'autre part apparaît à des degrés différents selon les pays. Cependant, les grands groupes pharmaceutiques présents sur plusieurs segments n'ont pas une définition harmonisée des termes et conditions à travers les entités et les filiales des groupes. Cela peut notamment être lié à l'organisation l'entreprise. En effet, les structures commerciales sont le plus souvent organisées par aire thérapeutique et par produit. On retrouvera ainsi un responsable grand comptes génériques, un responsable grand comptes médicaments éthiques, un responsable grands comptes santé publique. Il en résulte très souvent que les points de ventes rencontrent plusieurs forces de vente différente pour la même entreprise, la politique commerciale étant organisée par produits. Par ailleurs, cette harmonisation est d'autant plus nécessaire lorsqu'il y a plusieurs filiales parce que des termes

génériques tels que « remises commerciales » ou « Avantages clients » peuvent avoir des interprétations différentes selon les spécificités des pays.

De façon générale, les conditions commerciales sont le plus souvent fixées par produits et catégories de produits, et les responsables commerciaux veillent uniquement à appliquer les conditions en respectant le budget qui a été déterminée l'année précédente. Il s'agit donc d'une utilisation réactive de la politique commerciale, tel que décrit par le niveau 2 du classement mentionné plus haut. Cependant, pour se rapprocher d'un niveau 4 tel que celui des entreprise de grande consommation, il faudrait mettre en place un certain nombre de solution à court, moyen et long terme.

III.3. Solutions et perspectives

III.3.1. Plans d'action à mettre en place à court et moyen terme : Revenue Management

III.3.1.1. Excellence commerciale

Il s'agit de développer des capacités en intelligence client et en marketing de distribution, de professionnaliser les processus commerciaux et la gestion du portefeuille clients, et d'établir des relations stratégiques avec ces derniers. Cela passe par plusieurs dimensions :

- *Compréhension du client*
    - Comportement d'achat du client

Chaque filiale de l'entreprise doit être à même d'analyser systématiquement les habitudes d'achats des clients (fréquence d'achat, composition type des achats, etc.) en regard de certains indicateurs de performance tels que les remises, les retours, les délais de paiements, etc.

    - Valeur du client

L'analyse de la valeur que représente chaque client pour le laboratoire passe par

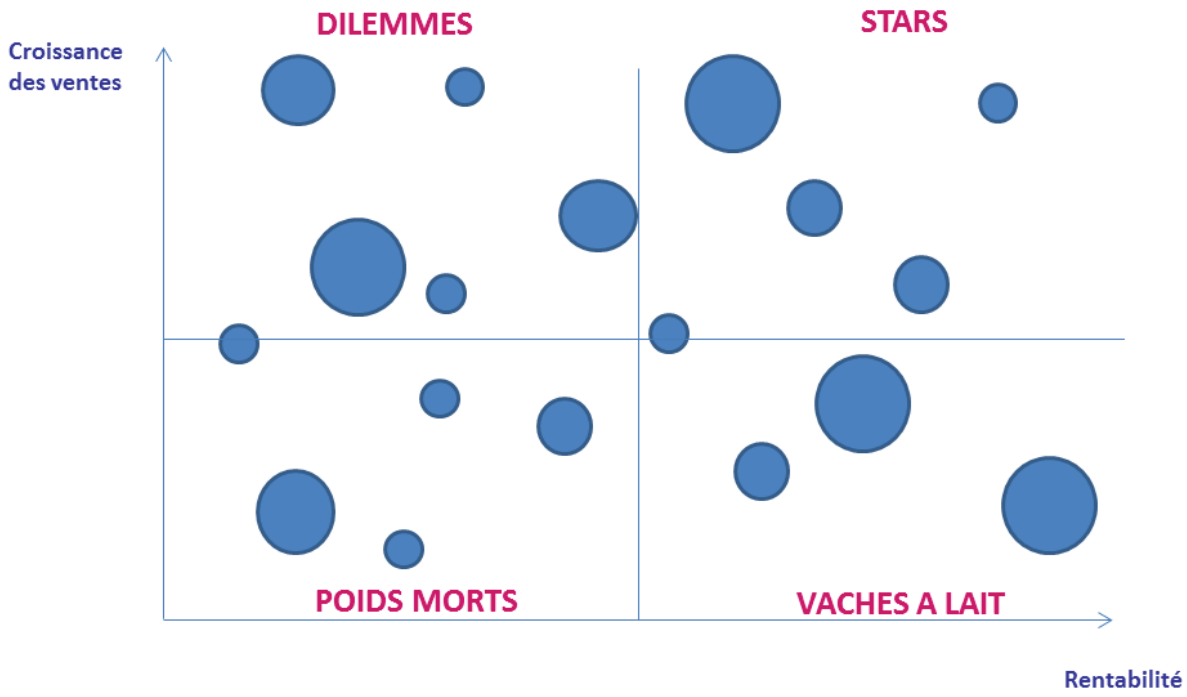
- Une matrice CAP (Customer Account Profitability)

C'est une analyse de profitabilité des clients (*Figure 22).* Elle peut être faite à l'échelle des distributeurs et à l'échelle des pharmacies. Elle permet de mettre en lumière les clients chez lesquels on a une croissance des ventes et une profitabilité au-dessus de la moyenne (Stars), ceux chez lesquels on a une croissance des ventes mais une faible rentabilité (Dilemmes), ceux pour lesquels la croissance des

ventes est faible et la rentabilité importante (Vaches à lait), et ceux qui ont les ventes moins croissantes et sont les moins rentables (Poids morts).

En fonction de cette classification, on pourra par exemple choisir les clients Dilemmes que l'on souhaite faire passer dans la catégorie Stars et pour ce faire leur offrir des conditions commerciales plus intéressantes afin de booster leurs ventes.

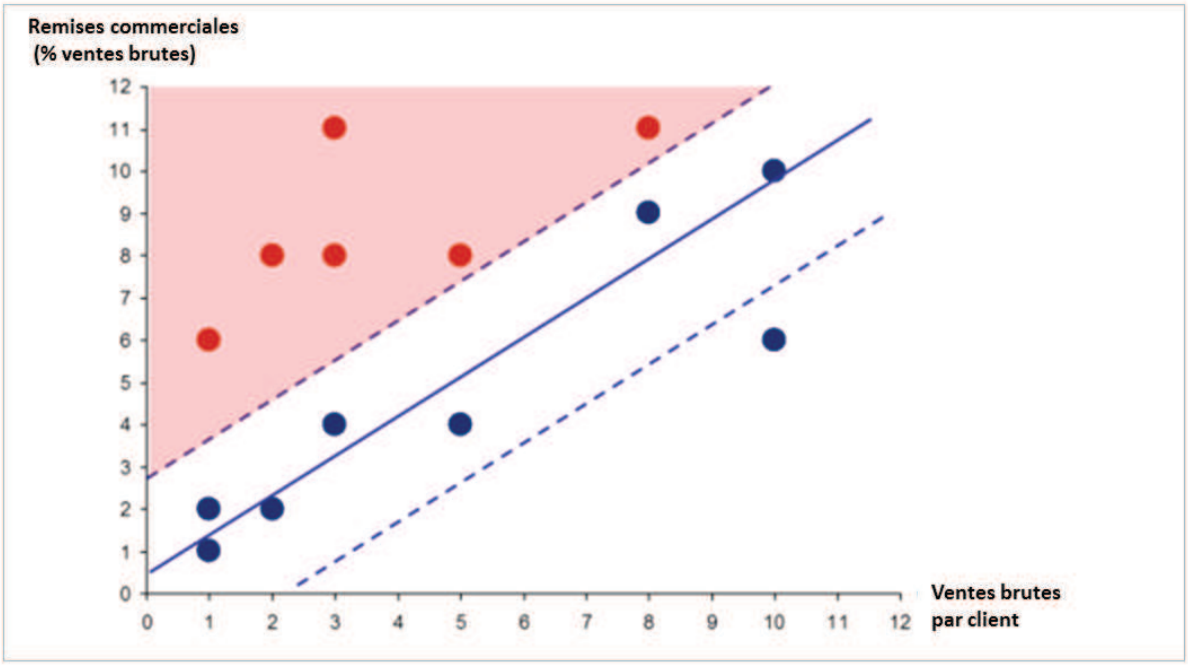
Figure 22: Matrice Rentabilité Client (CAP)



- Une matrice Remises/Ventes

Il s'agit d'analyser si il existe une relation proportionnelle entre le niveau de vents que 'l'on a avec des clients et les remises commerciales qu'on leur accorde *Figure 23).* En effet, il faudrait que les clients recevant les remises les plus importantes soient ceux avec lesquels le laboratoire a le plus de ventes.

Figure 23: Diagramme de dispersion indiquant le pourcentage de remises en fonction des ventes brutes par client



- *Relation client*

- Le Joint Business Planning

Le laboratoire doit réaliser des plans commerciaux conjoints avec ses clients, détaillés par plateforme de croissance (lancements, promotions, etc.) et par mois. Les objectifs définis lors de ces plans doivent être intégrés dans les accords commerciaux annuels.

- Bâtir des partenariats stratégiques avec les clients

De façon à assainir les rapports avec les acteurs du circuit de distribution, des relations stratégies doivent être bâtis avec ces derniers. Cela passe par des échanges réguliers de connaissances consommateurs afin de bâtir de façon conjointe des stratégies permettant de répondre au mieux à leurs demandes.

- *Suivi commercial*

- L'échelle de prix :

La filiale doit être en mesure de réaliser une échelle de prix et une analyse de la contribution au niveau de la transaction, du client et du produit, et ce pour chaque client.

Un processus automatisé devrait être mis en place pour récolter ces analyses, avec un système d'alerte en cas d'anomalie.

- La gestion du portefeuille clients

L'entreprise suit, analyse et adapte sa politique commerciale au niveau d'un portefeuille de clients, c'est-à-dire en étant en mesure d'identifier les groupes de clients ayant des schémas d'achat similaires, les clients les plus gros dans une aire thérapeutique donnée, etc.

- La visibilité client final

Il s'agit d'être à même de suivre les marges et les remises commerciales dans tous les canaux de distribution. Par exemple, le laboratoire doit être à même de savoir si les distributeurs transfèrent bien les remises au consommateur final lorsqu'ils s'y sont engagés. Le retour sur investissement des intermédiaires des canaux de distribution est aussi calculé et monitoré.

Ces analyses sont prises en compte par des comités de Revenue Management, notamment pour des raisons de risque et de conformité.

Ce type d'information pourrait être acquis en échange de conditions commerciales.

III.3.1.2. Développement organisationnel

- *Gouvernance*

L'entreprise doit mettre en place une organisation claire en charge du Revenue Mangement, au niveau global, régional et local. Cette structure permettra d'aligner la stratégie commerciale de façon cohérente à travers le groupe et d'être mieux préparé vis-à-vis de l'internationalisation des différents acteurs de la distribution.

- *Compétences, et formation continue*

L'organisation en place doit favoriser une amélioration permanente des capacités en termes de prix, de négociation, de contrat à travers un programme de management des talents et des rémunérations attractives

- *Outils et systèmes*

Le laboratoire doit faire un benchmark de systèmes informatiques en place dans des industries plus matures (grande distribution, tourisme, etc.) et développer des systèmes performants qui permettront d'effectuer des analyses de façon régulière et de mettre en place des points d'alerte.

III.3.1.3. Demand Chain

La vision actuelle de la chaine logistique des laboratoires s'arrête le plus souvent au niveau des distributeurs de premier ordre. Elle devrait être étendue jusqu'aux pharmacies voire aux consommateurs.

Les laboratoires pourraient envisager de servir les grandes chaînes en centre-ville de façon directe pour réduire leur dépendance vis-à-vis des grossistes.

De manière à optimiser les remises commerciales, un système de Fee-for-Service peut être mis en place : les distributeurs sont rémunérés non plus suivant des volumes de vente mais suivant l'accomplissement d'un certain nombre de services.

III.3.2. Vision à développer à long terme

La mise en place de mesures à court et moyen terme n'est pas suffisante pour faire face aux différents enjeux de l'industrie pharmaceutique. En effet, il serait utile pour les laboratoires de réfléchir aux changements auxquels ils pourraient faire face dans le futur.

III.3.3. Anticipation de l'évolution du marché : Qui aura le patient ?

La place de plus en plus importante qu'occupe le patient dans la chaîne de la santé révèle que les acteurs qui bénéficieront le plus des prochains changements de modèle économique seront ceux qui seront les plus proches des patients.

Les laboratoires devraient par conséquent développer des stratégies qui leur permettront de garder de la valeur ajoutée dans les années à venir.

- *Digital et Big Data ?*

Le monde de la santé est susceptible d'être modifié de façon importante par l'avènement du digital. En effet, la « e-santé » est porteuse de nombreuses opportunités : le suivi de patients atteints de maladies chroniques à distance par vidéoconférence avec des tablettes, outils et applications permettant la transmissions de données du patient au médecin et aux organismes de santé public (sécurité sociale, etc.). Il existe par exemple en suède une application (Medipal) qui

permet aux professionnels de santé d'effectuer le suivi de leur patient à travers leurs smartphones: Le professionnel de santé se connecte au téléphone d son patient et pose des questions. Les questions sont automatiquement envoyées sur le téléphone du patient qui y répond. Le personnel infirmier peut suivre les réponses du patient.

Ces innovations se traduiraient par une amélioration de l'efficacité administrative des organismes sociaux, une meilleure gestion des patients atteints de maladies chroniques, une meilleure liaison des patients à des professionnels de qualité et à des établissements de santé optimaux. Pour les laboratoires pharmaceutiques, la prolifération d'outils pouvant transmettre des données patient rapidement et de façon précise, les médicaments seront analysés de façon encore plus profonde par les payeurs publics et privés. Il faudra alors accélérer le processus de R&D pour produire des médicaments plus innovants à un rythme plus rapide. Les laboratoires seront alors menacés par le risque d'être réduit à de simples producteurs s'ils ne s'intègrent pas rapidement dans cette révolution digitale. L'entrée d'acteurs du Big Data tels que Apple, Yahoo ou Google ne fera qu'accroître cette marginalisation.

Certains laboratoires ont ainsi lancé des applications mobiles de gestion de la santé pour aider les patients à gérer leur traitement : Janssen a développé Care4Today *(Figure 24)* une application qui permet au patient d'avoir une meilleure observance du traitement et d'être encouragé par son entourage. Novartis a lancé en Espagne un outil de télésurveillance mis en place dans les pharmacies et associé à un programme « Novartis Health Club » ou les patients peuvent s'enregistrer et mieux gérer le traitement de leur hypertension.

Figure 24: Application mobile de gestion de la santé développée par Janssen



- *Développement d'une marque ?*

Se rapprocher du patient peut aussi passer par le développement d'une marque symbole d'une offre santé complète. Selon François Lamotte (W&Cie), pour reconquérir de l'autorité, la marque doit revendiquer une mission qui dépasse son métier, affirmer en quoi elle veut changer le monde. Les laboratoires pour l'instant se cacheraient derrière leurs blockbusters, sans revendiquer une vision sociétale, un sens à leur engagement qui dépasse l'exercice de leur métier.

Pourtant, une image de marque permettrait de créer une préférence au niveau du consommateur et ainsi d'avoir une place importante parmi les concurrents mais aussi la chaine de valeur de l'industrie pharmaceutique.

Cela est d'autant plus important que dans certains pays où la loi l'autorise, les chaînes de pharmacies ont bâti des marques qui font déjà partie du quotidien des consommateurs et se présentent auprès d'eux comme des interlocuteurs de référence en matière de santé. C'est le cas de la chaîne de pharmacie mexicaine Farmacias Del Ahorro *(Figure 24)*. Elle a développé un réseau de pharmacies possédant des consultations gratuites par des médecins dans chaque succursale, un site internet offrant des services de vente de médicaments en ligne, une application mobile pour Smartphones. Ils réalisent régulièrement des spots publicitaires à la télévision, mettant en avant les consultations médicales gratuites et les produits de beauté à prix réduits.

Figure 25: Farmacias del Ahorro, chaîne de pharmacie majeure au Mexique



Dans cette course vers le patient, certains laboratoires ont commencé à bâtir eux aussi une image et des messages pour pouvoir se faire connaître des consommateurs. En effet, les patients connaissent le plus souvent le nom des marques des médicaments (Doliprane, Humex, Plavix, etc.) sans forcément connaître celui des laboratoires fabricants et faire le lien entre les deux.

Bayer et Biogaran ont ainsi lancé des spots publicitaires qui les présentent comme des garants de la santé et du médicament. (*Figures 26 et 27)*

Figure 26: Affiche publicitaire de Biogaran



Figure 27: Affiche publicitaire de Bayer



Bien que le développement d'une image de marque par les laboratoires soit une perspective intéressante, elle n'est pas dépourvue de risques. En effet, l'industrie pharmaceutique bénéficie d'une image négative. Bâtir une « marque entreprise » impliquerait de faire face à divers défis tels que l'hypermédiatisation des crises, qui sont malheureusement assez fréquentes dans le secteur.

Quatrième Partie: Perspectives de politique commerciale pharmaceutique en France

IV. Perspectives de la politique commerciale pharmaceutique en France

IV.1. Chaîne de valeur pharmaceutique et réglementation

La loi Galland votée en 1996 pour soutenir le petit commerce en difficulté face aux grands distributeurs favorisa une croissance rapide des marges arrière. En effet, ces marges liées à des objectifs de ventes ou des services de coopération commerciale s'élevaient en 2004 à 33% du prix d'un produit selon l'ILEC. Elles représentent alors un intérêt partagé pour le fournisseur pour deux raisons :

- Elles n'entrent pas dans le calcul du seuil de revente à perte
- Elles représentent une marge garantie pour le distributeur vu que ce dernier ne peut pas vendre en dessous du prix net facturé

En 2005, la Loi Dutreil est votée et vient modifier la loi Galland: Les distributeurs doivent incorporer les marges arrières dans la détermination du seuil de revente, ce qui leur permet de pouvoir pratiquer des prix plus bas sur les produits de marque.

Les rémunérations du circuit de distribution, fixées par la loi, vont suivre plusieurs changements au fil de l'évolution de la régulation. Elles sont déterminées de façon différente selon qu'il s'agisse de spécialités remboursables ou de génériques

- Les grossistes-répartiteurs ont une rémunération régulée par la loi, qui est un pourcentage du prix fabricant hors taxes (PFHT).
- Les pharmaciens bénéficient de marges dégressives et proportionnelles au PFHT d'une part, et d'un forfait par boite d'autre part.
- Concernant les génériques, la marge des pharmaciens est alignée sur celles du médicament princeps, tandis que pour les grossistes elle est calculée comme pour tout autre médicament.

- Les remises commerciales que le laboratoire sont autorisés à accorder au pharmacien (et destinées à favoriser l'essor des génériques) sont plafonnées à 17% du prix de la boite de générique, et 2,5% du prix de la boîte de médicament princeps.

Dans le cadre de la valorisation de la fonction de conseil des pharmaciens d'officine et dans le but de déconnecter une part de la rémunération des officines du prix des médicaments (qui est régulièrement revu à la baisse), une nouvelle loi concernant leur rémunération a été votée . Privilégiant une rémunération à la boîte, elle est donc davantage liée aux volumes.

Cette rémunération sera composée : *(Figure 28)*

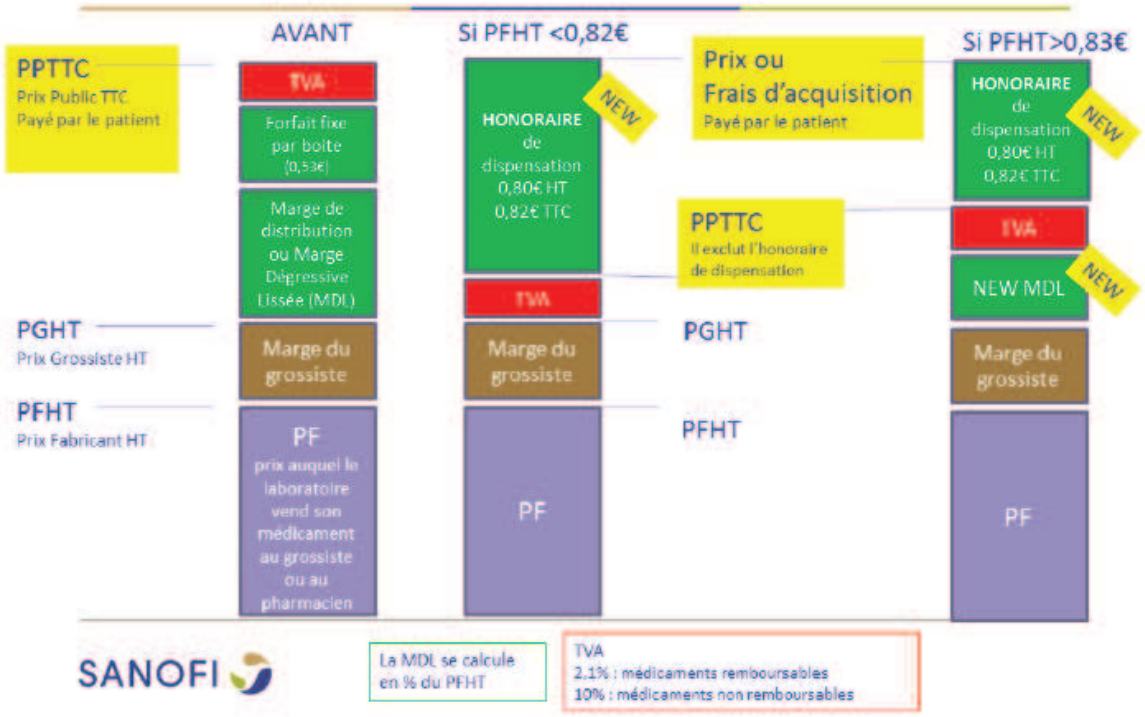
- D'un honoraire de dispensation : Il est actuellement de 0,82€ TTC par boîte de médicament, et passera à 1,02€ TTC au 1er janvier 2016 (respectivement 2,21€ et 2,76€ par boite de médicament à conditionnement trimestriel). Cet honoraire sera pris en charge par l'assurance maladie au même taux que le médicament associé (54%, 30%, ou 15%).
- D'un honoraire pour ordonnance complexe : Il s'appliquera aux ordonnances à 5 lignes ou plus de différentes spécialités remboursables. Il sera de 0,51€TTC par dispensation et sera pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Ces honoraires apparaitront sous la forme d'un Ticket Vitale imprimé au dos des ordonnances et mentionnant par spécialité :

- La somme à payer par le patient
- La somme prise en charge par l'assurance maladie

- La somme prise en charge par une éventuelle complémentaire santé
- Les honoraires perçus par le pharmacien par boîte de médicament
- Un éventuel honoraire pour ordonnance complexe

Figure 28: Décomposition du prix patient en France



IV.2. Limites et réflexions

Les différents projets de loi soumis dans le cadre du budget de la Sécurité Sociale posent la question des limites de la régulation. La loi doit-elle continuer à protéger le monopole des pharmaciens ? La rémunération du circuit de distribution doit-elle restée régulée ?

En effet en 2013, un projet de loi a été soumis afin d'obliger les laboratoires à déclarer l'intégralité des remises accordées au pharmacien, médicament par

médicament au CEPS suite à des rapports d'inspection et des contrôles de la DGCCRF faisant état de « fréquentes pratiques de remises ou de marges arrière déguisées, par exemple sous la forme de contrats de coopération commerciale, qui sont des contournements de ce plafond de 17% »,. Ce projet a fait débat, notamment auprès de pharmaciens déjà pénalisés par les baisses de prix des médicaments. Ce projet de loi a été abandonné au profit à la réformer citée plus haut.

Cependant, dans les pays où la marge n'est pas fixée par la régulation, le marché a tendance à s'autoréguler et la concurrence est renforcée.

Par ailleurs, les tendances de mondialisation et de consolidation à travers les marchés poussent les pays vers un système de plus en plus dérégulé.

La loi de santé présentée en début 2015 contient un projet de loi visant à ouvrir le capital des officines à des investisseurs autres que les pharmaciens et à encourager la vente des médicaments sur internet est un signe de cette dérégulation en marche.

CONCLUSION

La politique commerciale, reflet des relations entre distributeurs et producteurs, a évolué de façon différente au fil du temps selon les secteurs d'activité et la régulation dans les pays, dénivelant ainsi des niveaux de maturité différents selon les entreprises et les industries.

Dans l'industrie pharmaceutique, les challenges commerciaux principalement liés aux réductions des coûts de santé ont poussé les laboratoires à faire des choix cruciaux en termes de positionnement stratégique. Pour entreprises qui se sont orientées vers une diversification, la politique commerciale devient alors un levier de la stratégie commerciale. La gestion de la relation avec les distributeurs et les dispensateurs revêt une importance cruciale dans l'adaptation aux nouveaux modèles économiques, dans le passage d'une vision produit à une vision client.

Cependant, au vu des enjeux à venir liés aux tendances de dérégulation et de consolidation du marché et à l'avènement du digital, un simple gain de maturité en gestion de la politique commerciale dans le court terme ne sera pas suffisant.

Les laboratoires doivent rechercher de nouvelles sources de création de valeur afin de ne pas être les perdants dans un environnement de plus en plus orienté vers le consommateur. L'avènement de la e-santé permettra –t-elle à chacun de trouver son compte ? L'industrie pharmaceutique deviendra-t-elle une industrie de consommation ?

En faisant un zoom sur la situation en France, se pose alors la question des limites de la régulation dans la rémunération de la chaîne de valeur pharmaceutique. Face à une vague mondiale de démonopolisation, on peut se demander quels sont les meilleurs leviers qui sont à la disposition de l'Etat pour contenter chacun des acteurs et en priorité le consommateur final.

ANNEXE : Loi Galland

Article L442-2

- Modifié par LOI n°2008-3 du 3 janvier 2008 - art. 1

Le fait, pour tout commerçant, de revendre ou d'annoncer la revente d'un produit en l'état à un prix inférieur à son prix d'achat effectif est puni de 75 000 euros d'amende. Cette amende peut être portée à la moitié des dépenses de publicité dans le cas où une annonce publicitaire, quel qu'en soit le support, fait état d'un prix inférieur au prix d'achat effectif. La cessation de l'annonce publicitaire peut être ordonnée dans les conditions prévues à l'article L. 121-3 du code de la consommation.

Le prix d'achat effectif est le prix unitaire net figurant sur la facture d'achat, minoré du montant de l'ensemble des autres avantages financiers consentis par le vendeur exprimé en pourcentage du prix unitaire net du produit et majoré des taxes sur le chiffre d'affaires, des taxes spécifiques afférentes à cette revente et du prix du transport.

Le prix d'achat effectif tel que défini au deuxième alinéa est affecté d'un coefficient de 0, 9 pour le grossiste qui distribue des produits ou services exclusivement à des professionnels qui lui sont indépendants et qui exercent une activité de revendeur au détail, de transformateur ou de prestataire de services final. Est indépendante au sens de la phrase précédente toute entreprise libre de déterminer sa politique commerciale et dépourvue de lien capitalistique ou d'affiliation avec le grossiste.

REFERENCES

- Anderson C., Carroll B. – 'Demand Management: Beyond Revenue Management'. *Palgrave Journals. July 2007*
- Behnke N., Retterath M., Sangster T., Singh A. – 'New paths to value creation in pharma' – *Bain Brief, 2014*
- Benoun M. – 'Rapports producteurs – distributeurs'*. 2008*
- Boutin X., Guerrero G., - 'Loi Galland et prix à la consommation' – *Dossiers INSEE*, *Juin 2008*
- Business International – Distribution http://businessinternational.fr/distribution-direct-indirect/
- Cristofari J-J. – 'Crise économique : Le défi de la réputation'. *Pharmaceutiques*. *Février 2009*
- Cross, R. – 'Revenue management: Hard-core tactics for market domination'. *Journal of Revenue and Pricing Management,1997, Vol. 1, N°2*
- Deloitte Doing Business > Brazil > The Legal and Tax System: http://www.deloitte.dbbrazil.com.br/show.aspx?idCanal=ZkZ6B9NpYZ6w2BKVYIE2sA
- Deloitte Consulting LLP – 'Deloitte CPG Pricing, Profitability and Trade Investment Margin Enhancer'. *June 2010*

- Dietsch M. – 'L'équilibre des relations fournisseurs-distributeurs. Le cas des marchés de produits de grande consommation'. *Rapport pour la Commission d'Examen des Pratiques Commerciale*s. *Janvier 2007*
- Eliades G., Retterath M., Hueltenschmidt N., Singh K. – 'Healthcare 2020'. *Bain Brief, 2012*
- Ignjatovic, T. – 'Key findings: Pharmaceutical Diversification Trends 2012'. *SCRIP Insights, 2012*
- IMS Institute for Healthcare Informatics – 'Understanding the pharmaceutical value chain'*. Novembre 2014*
- Farkas C., Van Biesen T. – 'The future of healthcare – there's an app for that ' *Bain Brief, 2012*
- Hadzović S., 'Pharmacy and the great contribution of Arab-Islamic science to its development'. *Medicinski arhiv*, *1997, Vol. 51, n° 1-2*
- LEEM – 'Bilan Economique des Entreprises du Médicament en France'
- Lendrevie J., Lévy J. – 'Théories et nouvelles pratiques du marketing'. *Mercator, Editions Dunod, 2013*
- Roland Berger – 'E-health: Des acteurs inattendus, quelle évolution du modèle commercial?' *Septembre 2014*

- Rusu, Alexandru, Kuokkanen, Katja and Heier. 'Current trends in the pharmaceutical industry – A case study approach'. *European Journal of Pharmaceutical Sciences. 2011, Vol. 44, pp. 437-440*
- Sanofi – 'Mode de rémunération du pharmacien. *Février 2015*
- Srivnivasan S., Pauwels K., Hanssens D., Dekimpe M. - 'Les promotions bénéficient-elles aux fabricants, aux distributeurs ou aux deux?' – *Recherche et Applications en Marketing, Vol. 19, N° 3, 2004*
- Xerfi – 'Les grossistes-répartiteurs en produits pharmaceutiques'. *Décembre 2014*
- Xerfi – 'Les pharmacies'. *Décembre 2014*

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit 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.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



KEMOUGNE Murielle

Gestion de la stratégie commerciale dans l'industrie pharmaceutique, état des lieux et perspectives

Th. D. Pharm., Rouen, 2015, 104 p.

RESUME

La relation entre fabricants et distributeurs est un élément clé de la stratégie commerciale de façon classique dans les secteurs de consommation. L'industrie pharmaceutique, longtemps tirée par un modèle d'innovation, avait pour focus principal le produit.

Cependant, l'évolution du modèle économique du secteur liée à l'avènement des génériques et aux pressions croissantes sur les coûts change les pouvoirs des différents acteurs constituant l'écosystème pharmaceutique.

Ainsi, à travers les pays, la consolidation du marché se fait de plus en plus importante dans un environnement réglementaire démonopolisant, et la place des patients et consommateurs est de plus en plus importante. On observe alors l'entrée de nouveaux acteurs tels que les entreprises de la grande consommation ou du digital.

Pour adresser ces enjeux, les laboratoires doivent non seulement prendre des actions à court et moyen terme leur permettant d'intégrer la politique commerciale dans leur stratégie, mais aussi préparer leur positionnement sur le long terme afin de préserver une certaine valeur ajoutée dans le futur environnement pharmaceutique.

MOTS CLES : Stratégie Commerciale – Pricing – Distributeurs – Marges

JURY

Président : M. VERITE Philippe, Professeur

Membres : M. GUERBET Michel, Professeur

M. GUILLAUME Olivier, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 6 mars 2015