



**HAL**  
open science

## Les particularités de l'exercice officinal à l'Ile de la Réunion

Corentin Sacareau

► **To cite this version:**

Corentin Sacareau. Les particularités de l'exercice officinal à l'Ile de la Réunion. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01518922

**HAL Id: dumas-01518922**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01518922>**

Submitted on 5 May 2017

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

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

## AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

**UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2017

N°

**LES PARTICULARITES DE L'EXERCICE OFFICINAL A L'ÎLE DE LA REUNION**

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

Corentin SACAREAU

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE  
GRENOBLE

Le 27 Avril 2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury

Dr Serge KRIVOBOK, Docteur en pharmacie, MCU en Botanique et Mycologie (UGA)

Membres :

Dr Martine DELETRAZ-DELPORTE, Docteur en Droit pharmaceutique (UGA)

Mme Charlotte DISLE, Spécialiste en sciences de gestion (UGA)

Dr Vincent SERRIER, Docteur en Pharmacie, spécialiste de la répartition.

*La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

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

Vice-doyen et Directrice des Etudes : Mme Christine DEMEILLIERS

Année 2016-2017

### ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

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

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

Mise à jour le 03 nov.2016

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

-----

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

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

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot,

IBS : Institut de Biologie Structurale

JR : Jean Roget

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MCU : Maitre de Conférences des Universités

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

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

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

UMR : Unité Mixte de Recherche

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 03 nov.2016

## **Remerciements :**

### **A mon président du jury, Mr le Docteur Serge KRIVOBOK,**

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

Votre pédagogie, ainsi que votre passion pour la botanique et la mycologie, nous ont toujours gardé captivés lors de vos cours et investis lors des TP.

Votre accompagnement des étudiants dans leurs parcours et leurs problèmes personnels a toujours été d'une grande aide. Par ailleurs, chaque conversation extra-scolaire avec vous s'est toujours révélée instructive.

Je vous adresse pour cela mes plus sincères remerciements.

### **Aux membres du jury,**

#### **Au Professeur, Mme Charlotte DISLE, Maître de conférence**

Toute ma gratitude pour votre disponibilité ainsi que votre aide dans le domaine de la comptabilité, peu maîtrisé par les étudiants en pharmacie. Nos différentes entrevues m'ont permis de structurer mon analyse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, et de participer au jury.

#### **Au Docteur, Mr Vincent SERRIER,**

Nos échanges de mails m'ont aidé pour la partie liée à la distribution.

Toute ma reconnaissance pour votre participation à ce jury et l'intérêt porté à mon travail.

#### **A ma directrice de thèse, Mme le Docteur Martine DELETRAZ-DELPORTE,**

Pour avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir permis d'effectuer mon stage d'application à La Réunion, qui fût une expérience enrichissante tant professionnellement que personnellement.

Merci pour le temps passé aux diverses relectures et corrections, vos contacts, ainsi que vos conseils avisés tout au long de mon travail.

**Aux différentes personnes qui m'ont aidé à la réalisation de cette thèse,**

**A Mr Vincent THEODOLY, Directeur générale de Pharmar<sup>®</sup>,**

Merci pour le précieux entretien que vous m'avez accordé, ainsi que nos échanges, afin de m'expliquer toute la logistique de l'approvisionnement en médicaments à La Réunion, ses problématiques et ses coûts.

**A Mme la pharmacienne Christine AZEMAR et toute son équipe officinale.**

Merci pour votre accueil et l'apprentissage que vous m'avez adressé durant ces six mois de stage. Je garde que de bons souvenirs de cette période sur l'île. Je vous remercie également pour la relecture et pour nos entretiens téléphoniques durant lesquels vous avez répondu à toutes mes questions concernant ma thèse.

**Remerciements personnels,**

**A ma mère,** qui aurait été tellement heureuse de voir son dernier enfant soutenir sa thèse comme ses deux aînés. Merci pour ton accompagnement durant toute mon enfance, qui m'a permis d'en arriver là. Je pense fort à toi.

**A mon père,** pour ton soutien sans faille, ta disponibilité dès que l'on a besoin de toi, et tes conseils avisés dans tous les domaines. Mais surtout pour l'énorme travail que tu as fourni afin de m'aider dans la réalisation de cette thèse. Merci d'avoir pris le temps de m'expliquer certaines notions de comptabilité et de m'avoir aidé dans l'interprétation des données récoltées.

**A Florie,** dont le sens de la famille est sans limite. Merci pour ton soutien, ta générosité et ton énergie qui illumine chaque retrouvaille familiale. Je suis désolé de te décevoir en n'ayant pas choisi les bolets à pied rouge comme sujet de thèse. Merci pour ta relecture.



**A Jordan**, qui a également toujours été là pour me soutenir. Ta contribution à la bibliographie m'a beaucoup aidé. Merci pour tous ces moments partagés autour de passions communes. Que cela perdure et qui sait, peut-être travaillerons nous ensemble dans 10 ou 20 ans.

**A ma grand-mère**, merci d'être présente ce soir.

**Aux représentants toulousains**, qui sont venus me soutenir ce soir.

**A Tops, et Anne**, ces années en colocation n'ont été que des moments inoubliables, et ont gravé notre amitié dans la pierre.

A tout ceux avec qui j'ai passé ces années à la faculté, **Rom Rich, Parmi, Nico, Alex, Simtoch, Manon** et les autres.

Enfin, **aux six autres nains et à Blanche-neige**, notre amitié infailible depuis la plus jeune enfance nous a fait partager tant de moments et de voyages. Merci d'avoir toujours été là, particulièrement lors de ma première année, votre présence a été l'une des clefs de ma réussite. Un remerciement spécial pour leur contribution à **Timide translate**, et **Blanche-neige Pivot**.

## Table des matières

<b>Index des Tableaux</b> .....	<b>9</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>10</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Généralités sur ile de la Réunion</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Généralités administratives</b> .....	<b>13</b>
1.1.1 Historique.....	13
1.1.2 Les conséquences de la départementalisation sur la santé publique.....	15
1.1.3. Démographie, éducation et situation économique.....	17
<b>1.2 Généralités sanitaires</b> .....	<b>19</b>
1.2.1 La sécurité sociale et les aides santé à la Réunion.....	19
1.2.3 La santé publique à La Réunion.....	21
<b>1.3 Traditions insulaires</b> .....	<b>26</b>
1.3.1 L'influence des religions dans la santé.....	26
1.3.2. Place de la phytothérapie .....	27
1.3.3 Place des huiles essentielles dans la pharmacopée locale.....	31
<b>1.4 Généralités pharmaceutiques</b> .....	<b>33</b>
1.4.1 L'ordre des pharmaciens.....	33
1.4.2 Les groupements .....	35
<b>2. Le circuit du médicament pour l'île de la réunion</b> .....	<b>38</b>
<b>2.1 Les acteurs</b> .....	<b>39</b>
2.1.1 Les établissements pharmaceutiques : Boiron, seul fabricant implanté localement.....	39
2.1.2 Rôle et place des Grossistes-répartiteurs .....	41
2.1.3 Les pharmaciens d'officines à la Réunion.....	46
<b>2.2 Les particularités du circuit</b> .....	<b>49</b>
2.2.1 Le transport .....	49
2.2.2 La chaîne du froid : cas des contraintes liées aux Médicaments Dérivés du Sang (MDS)...	52
2.2.3 Les ruptures de stock .....	54
<b>3. Les particularités économiques</b> .....	<b>57</b>
<b>3.1. Taxes applicables localement</b> .....	<b>57</b>
3.1.1 TVA, délais pour baisse de prix et remboursements.....	57
3.1.2 Les octrois de mer.....	59
<b>3.2 Les coefficients applicables</b> .....	<b>62</b>
3.2.1. Les coefficients de majoration en officine.....	62
3.2.2 le coefficient de majoration répartiteur.....	65
<b>3.3 Analyse de l'activité des officines réunionnaises</b> .....	<b>67</b>
3.3.1 Méthodologie .....	67
3.3.2 Chiffre d'affaires et évolution.....	70
3.3.3 Taux de marge et évolution.....	73
3.3.4 Analyse des rentabilités .....	76
<b>3.4 Analyse des moyens pour l'activité</b> .....	<b>81</b>
3.4.1 Délais de paiement, rotation des stocks : .....	81
3.4.2. Fond de roulement (FR) et besoin en fond de roulement (BFR).....	84
3.4.3 La situation de trésorerie des officines .....	86
3.4.4 Le financement des officines .....	88
<b>Conclusion</b> .....	<b>90</b>
<b>Données des liasses fiscales de notre échantillon</b> .....	<b>92</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>97</b>

## Index des Tableaux

Tableau I : Revenus nécessaires à l'obtention d'aides de santé.....	20
Tableau II : Taux d'ayant droits aux aides de santé.....	20
Tableau III : Effectifs des pharmaciens réunionnais.....	46
Tableau IV : Répartition des officines selon la forme juridique.....	47
Tableau V : Résultats des élections URPS 2015 .....	48
Tableau VI : Taux de TVA applicables en Métropole et à La Réunion .....	57
Tableau VII : Taux d'octroi de mer par catégorie de produits .....	61
Tableau VIII : Coefficient de majoration du prix de vente des médicaments remboursables ..	62
Tableau IX : Exemple des différences de prise en charge des caisses de sécurité sociale .....	63
Tableau X : Exemples de facturation d'articles d'orthopédie .....	64
Tableau XI : Coefficient de vente des médicaments par les répartiteurs réunionnais .....	66
Tableau XII : Coefficient de vente des médicaments par les répartiteurs métropolitains .....	66
Tableau XIII : Répartition des officines selon le chiffre d'affaires : .....	70
Tableau XIV : Evolution du Chiffre d'affaires 2014/2015 par tranches de CA.....	71
Tableau XV : Analyse statistique de l'évolution du CA.....	71
Tableau XVI : Taux de marge brut commerciale selon les strates de CA.....	73
Tableau XVII : Analyse Statistique du Taux de marge .....	74
Tableau XVIII : Analyse statistique de l'évolution du Taux de marge 2014/2015 .....	75
Tableau XIX : Résultats nets .....	76
Tableau XX : Comparaison PCG 2014/2015.....	77
Tableau XXI : Analyse statistique de l'évolution de la PCG .....	77
Tableau XXII : Comparaison des taux d'AACE .....	79
Tableau XXIII : Comparaison des frais de personnel.....	80
Tableau XXIV : Comparaison des délais de paiements et de la rotation des stocks .....	81
Tableau XXV : Rappel d'un bilan, du FR et du BFR.....	84
Tableau XXVI : Comparaison des BFR et FR.....	85
Tableau XXVII : comparaison des Trésoreries 2015 .....	86
Tableau XXVIII : Analyse Statistique de la trésorerie .....	87
Tableau IXX : Analyse des charges et produits financiers :.....	89

## Liste des abréviations

**AACE** : Autres Achats et Charges Externes  
**ACS** : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé  
**ADOP** : Aide et Dispositifs d'Orientations des Pharmaciens  
**ALD** : Affection de Longue Durée  
**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CA** : Chiffre d'affaires  
**CFAO<sup>®</sup>** : Compagnie Française d'Afrique Orientale  
**CGA** : Centre de Gestion et d'Administration  
**CGSS** : Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion  
**CICE** : Crédit d'Impôt pour la compétitivité et l'emploi  
**CMU-B** : Couverture Médicale Universelle – Base  
**CMU-C** : Couverture Médicale Universelle-Complémentaire  
**CSP** : Code de la santé publique  
**DGCRF** : Direction Générale de la Concurrence et de la Répression des Fraudes  
**DOM** : Département d'Outre-Mer  
**ETM** : Eléments et Traces Métalliques  
**EURL** : Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité Limitée  
**FSPF** : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France  
**HT** : Hors Taxe  
**IR** : Impôts sur les Revenus  
**IS** : Impôt sur les sociétés  
**K€** : Kilo Euros  
**LPPR** : Liste des Produits et Prestations Remboursables  
**M€** : Millions d'Euros  
**OM** : Octroi de Mer  
**OMR** : Octroi de Mer Régional  
**OTC** : *Over The Counter*  
**PAF** : Prix d'Achat Fabricant  
**PCG** : Performance Commerciale et de Gestion  
**PUMA** : Protection Universelle Maladie  
**SARL** : Société A Responsabilité limitée  
**SEL** : Société d'Exercice Libéral  
**SNC** : Société en Nom collectif  
**SRA** : Société de Regroupement à l'Achat  
**TTC** : Toutes Taxes Comprise  
**TVA** : Taxe sur la Valeur Ajoutée  
**UNPF** : Union Nationale des Pharmaciens de France  
**URPS** : Union des Représentants des Professions de Santé  
**USPO** : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officines

## **Introduction**

La santé sur l'île de La Réunion, plus particulièrement, l'approvisionnement en médicaments a des caractéristiques propres liées à l'insularité. Située à 9000 km de Paris, La Réunion est un département français ; son appartenance à l'Union européenne oblige les habitants et les commerçants à respecter les lois, les règles, ainsi que les divers protocoles en vigueur. Cela peut être avantageux pour le développement local, mais nécessite des adaptations pour notamment transposer les normes françaises dans la culture et les traditions locales. Nous pouvons aisément comprendre que les délais entre une commande et une livraison sur l'île sont bien plus longs que les mêmes activités pratiquées en Métropole. Cela contraint « les acheteurs » à détenir un stock plus important (pour l'officine comme pour les grossistes) afin de limiter le risque d'une longue rupture de stock. L'éloignement justifie des prix plus élevés dus aux taxes de douanes et aux taxes transitaires qui correspondent respectivement au dédouanement et à l'acheminement. Cela sous-entend évidemment l'immobilisation de sommes d'argent et nécessitant d'avoir une bonne gestion de stock, ainsi qu'une trésorerie ad hoc.

Les pharmaciens d'outre-mer doivent donc composer avec les caractéristiques économiques propres à leur département. Les taxes d'octroi de mer par exemple diffèrent en fonction du DOM, n'étant pas les mêmes en Guadeloupe et à La Réunion. Ces pharmaciens auront également des missions de santé publique différentes de celles qu'on retrouve généralement en Métropole, comme aider les habitants à faire face aux épidémies de Dengue ou de Chikungunya, en faisant de la prévention et en délivrant de bons conseils. Comme la situation économique est moins favorable à La Réunion qu'en Métropole, l'accompagnement de patients défavorisés prendra une plus grande place au quotidien. L'attitude au comptoir, tout comme dans certaines régions rurales métropolitaines, devra être axée sur l'écoute et l'accompagnement de ces personnes défavorisées, en s'assurant d'une bonne compréhension des traitements, en faisant des dessins sur les boîtes s'ils ne savent pas lire, en les orientant si nécessaire vers une consultation médicale.

Les prévalences de certaines pathologies diffèrent également avec la Métropole. On retrouve des taux de diabète, d'asthme et d'alcoolisme bien plus importants.

A l'heure où nous constatons une fermeture d'officine tous les deux jours en Métropole, ainsi qu'un chiffre d'affaires annuel moyen en baisse constante depuis plusieurs années, il sera intéressant d'analyser la santé financière des officines à la Réunion. Leurs particularités économiques leur permettent-elles de survivre plus facilement aux baisses de prix ainsi qu'aux déremboursements ? Quelle est leur rentabilité aujourd'hui ?

Pour répondre à ces questions, nous étudierons dans un premier temps les caractéristiques de La Réunion et des DOM, à travers le système de santé et le type de patientèle rencontrés. Dans un second temps, nous observerons de plus près le circuit du médicament pour l'île de la Réunion, avec ses divers acteurs : fabricants, grossistes répartiteurs, groupements d'achats, officinaux... Nous considérerons leurs rôles et leurs points de vue. Les particularités du circuit du médicament seront ensuite abordées : acheminement, ruptures de stock, contraintes des médicaments de la chaîne du froid...

La revue de littérature n'a pas identifié de thèses ou articles traitant des performances économiques des officines à La Réunion. Même le CGA (centre de gestion et d'administration) qui réalise des moyennes des indices sectoriels n'a pas assez d'officines partenaires à La Réunion pour traiter et analyser leurs performances. Nous nous sommes donc fixés comme objectif dans cette ultime partie de créer les moyennes des indices sectoriels des officines à la Réunion. Les tendances qui en ressortiront seront décortiquées et confrontées à celles identifiées sur le continent, afin d'essayer d'apporter une réponse à la question : Quelle est leur santé financière aujourd'hui ?

# 1. Généralités sur l'île de la Réunion

## 1.1 Généralités administratives

### 1.1.1 Historique<sup>1</sup>

L'île de la Réunion, aujourd'hui le plus gros département d'outre-mer avec 843.000 habitants en 2015<sup>2</sup> n'a pourtant commencé à être habitée qu'il y a 300 ans.

Certainement connue avant par des navigateurs arabes, La Réunion fut officiellement découverte par des marins portugais au XVI<sup>e</sup> siècle. Lors des siècles suivants et de sa colonisation, un important brassage ethnique a eu lieu : Français, Anglais, Arabes, Chinois, Malgaches, Indiens ont participé progressivement à la « colonisation » de La Réunion.

Le premier apothicaire (Sieur Gros) de l'île est envoyé de France en 1741 suite aux demandes des chirurgiens exerçants sur l'île. C'est en 1819 que les premières règles sont établies. L'exercice en tant que pharmacien n'est alors autorisé qu'à deux catégories d'apothicaires : ceux qui ont reçu le diplôme de pharmacien de première classe en Métropole, et ceux qui ont obtenu un diplôme dit « local » à la Réunion, qui correspondait au diplôme de pharmacien de seconde classe.

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle et jusqu'au début du XX<sup>e</sup>, des arrêtés réglementent le fonctionnement de la pharmacie locale en fixant un stock de réserve pour certains médicaments.

Les remèdes sont alors importés de Métropole comme les sirops vermifuges, les anti-glaireux... Puis l'arrivée massive de Chinois lors du 19<sup>e</sup> siècle permit la vente libre d'opium dont la quantité d'importation a explosé à partir de 1869.

En 1900, on ne comptait que 26 pharmaciens sur l'île et les officines étaient mal réparties. Des dépôts de médicaments furent créés et confiés à des personnes offrant toutes les garanties d'honorabilité, exerçant sous la responsabilité des pharmaciens fournisseurs. De ce fait, peu de jeunes furent attirés par la profession, et l'on ne comptait plus en 1920 que 21 officines dans l'île. De nombreux changements ont eu lieu pendant ces années : le diplôme de pharmacien local est supprimé en 1913 puis rétabli en 1929 avant d'être de nouveau et définitivement supprimé en 1939. Les pharmaciens de seconde classe déjà en

possession d'un diplôme gardèrent le droit de poursuivre leurs activités. Mais aucun nouveau diplôme ne fut délivré par la suite afin de supprimer ce statut de pharmacien de seconde classe.

Le 13 Mars 1946, La Réunion devient un département français et la Loi française sur la pharmacie devient également celle en vigueur sur l'île. Les dépôts de médicaments sont supprimés, de nouveaux médecins et pharmaciens métropolitains s'installent sur l'île pour développer rapidement les diverses activités médicales et étendre le maillage territorial.



### **1.1.2 Les conséquences de la départementalisation sur la santé publique<sup>3</sup>**

Lors de la « colonisation », de nombreux esclaves arrivaient par bateau de Madagascar et d’Afrique, introduisant sur l’île des maladies encore inconnues à La Réunion comme la lèpre, le choléra, la variole ou le paludisme.

La mise en place de grands projets de santé publique a commencé avec la départementalisation votée le 13 Mars 1946 à l’Assemblée nationale. Des moyens financiers et humains sont alors investis massivement permettant un développement accru de la Réunion jusqu’aux années 1970. Beaucoup de routes sont construites réduisant l’isolement de nombreux villages. Des aides sociales sont mises en place aidant les plus démunis et leur permettant un accès aux soins. La Réunion demeure soumise à une exposition permanente aux maladies à transmission vectorielle, comme l’a rappelé la récente épidémie de Chikungunya de 2005-2006 touchant près de 40% de la population et entraînant plus de deux cents décès, dont 75% de personnes âgées.<sup>4</sup> Elle a été un foyer majeur de paludisme jusqu’en 1949, constituant alors la principale cause de morbidité et de mortalité. Suite aux effets combinés des campagnes de lutte contre les moustiques vecteurs (début de la disponibilité du DEET(N,N-Diéthyl-3-méthylbenzamide)), de la chimioprophylaxie de masse (disponibilité de la chloroquine), de l’amélioration des conditions de vie et d’habitat, des résultats spectaculaires ont pu être rapidement obtenus. Ainsi, en 1979, l’Organisation mondiale de la santé a certifié l’élimination du paludisme autochtone à la Réunion. Dès lors, un dispositif de surveillances épidémiologique et entomologique a été mis en œuvre et est régulièrement adapté.

Plus récemment une centaine de cas autochtones de dengue a été confirmée depuis fin 2015. Les autorités publiques luttent activement en tentant d’éliminer les moustiques vecteurs dans les zones touchées (principalement l’ouest et le sud de l’île). Le début de l’hiver permet un ralentissement naturel de l’épidémie en réduisant la population de moustiques. Il n’existe aucun traitement ou vaccin ; le seul moyen est de lutter contre le vecteur de la maladie. Les autorités publiques vont dans les villages concernés pour répandre des produits « anti moustiques » mais il faut également compter sur l’éducation et l’information à la population pour qu’elle lutte, à son échelle, contre le moustique, en éliminant toute eau stagnante

pouvant être un lieu de ponte pour ces derniers. Des informations sont également diffusées sur les protections disponibles (sprays, moustiquaires imprégnées, vêtements longs, large et épais ...), et les premiers symptômes afin d'accélérer la prise en charge en cas de dengue avérée.<sup>5</sup>

Les maladies infectieuses ont ainsi été largement réduites, malheureusement de nouvelles pathologies ont émergé : celles que l'on retrouve dans les pays riches. Le département souffre aujourd'hui d'un fort taux de diabète, d'obésité, ainsi que d'alcoolisme.

La départementalisation a donc permis une amélioration considérable de l'état de santé des Réunionnais. Ils ont connu une réelle évolution en l'espace de cinquante ans alors qu'elle a nécessité plusieurs siècles en Europe. L'espérance de vie a augmenté de trente ans depuis les années cinquante.

Afin d'avoir un élément de comparaison, regardons Madagascar qui avait le même niveau économique et social que la Réunion au début du siècle dernier. Les différences se sont creusées après la départementalisation. Madagascar lutte toujours contre le paludisme, les infrastructures et les routes n'ayant pas été aussi bien développées qu'à la Réunion, l'accès aux soins s'en trouve largement impacté. Les études de médecine et de pharmacie ne sont pas équivalentes à celles en Europe et les soignants sont en nombre insuffisant. À l'inverse, on retrouve beaucoup de médecins, pharmaciens ou investisseurs métropolitains qui s'installent provisoirement ou définitivement à la Réunion grâce à son rattachement à la France qui leur garantit les mêmes services qu'en Métropole (sécurité sociale, administrations identiques, infrastructures développées, lois françaises, sécurité, ...), tout en bénéficiant d'un cadre de vie agréable.

### **1.1.3. Démographie, éducation et situation économique<sup>6</sup>**

Le niveau économique s'est largement amélioré à La Réunion depuis 1946, ce qui a favorisé l'installation de métropolitains. La population est passée de 416.000 habitants en 1968 à 843.000 en 2015. C'est le département ayant la plus grosse croissance démographique avec 1,9% par an de 1990 à 1999, puis 1,5% jusqu'en 2008. Depuis 2008, elle n'est que de 0,7% par an. On assiste à un inversement du flux migratoire.<sup>7</sup> Moins de monde s'installe à La Réunion et un flux vers la Métropole s'accroît. Les jeunes partent en Métropole pour les études et ne peuvent pas toujours revenir car les opportunités professionnelles sont plus concentrées en Métropole. La croissance démographique est maintenue par une natalité plus forte qu'en Métropole (2,45 enfants par femme contre 1,98 en Métropole). Le potentiel de La Réunion est largement exploité par les nombreuses installations d'officines de ces trente dernières années ; mais la croissance ralentit, les quotas d'habitants par officine sont presque atteints et le développement passera maintenant par de nouvelles activités et non par de nouvelles officines.

L'augmentation démographique de ces trente dernières années a bouleversé le paysage. De nombreuses zones agricoles sont devenues résidentielles. Les routes surchargées forcent la mise en place de grands travaux comme la route du littoral (12 km sur l'océan, longeant la côte ouest), afin de réduire les bouchons des 50.000 voitures quotidiennes entre Saint-Denis et Le Port. Le prix de l'immobilier explose sur les zones côtières, repoussant les nouvelles constructions dans les hauteurs.

Ces grands travaux « boostent » la croissance locale qui se maintient à 2,8% en 2015 après un rebond de 3,1% en 2014 suite à deux années atones (0,7%). Les investissements (surtout dans le BTP) qui avaient augmenté de 6,8% en 2014, n'augmentent que de 4,1% en 2015. L'emploi salarié marchand poursuit en 2015 la dynamique entamée en 2014 : + 3,7 % en glissement annuel après + 2,4 %. Cette hausse de l'emploi combinée à une stabilisation des taux d'activités permet un nouveau recul du taux de chômage. Celui-ci passe de 26,8 % en 2014 à 24,6 % en 2015. Le taux de chômage réunionnais reste cependant très supérieur à la moyenne métropolitaine (10 %)<sup>8</sup>.

Les prix des produits quotidiens sont plus élevés dans les DOM qu'en Métropole. Mais les modes de vie et habitudes alimentaires varient : ainsi, un métropolitain ne consommera pas les mêmes produits qu'un réunionnais. C'est pourquoi il faut comparer le prix des paniers métropolitains à celui des paniers réunionnais. Les produits locaux, qui sont les plus consommés par les Réunionnais, sont moins chers que les aliments importés. Par exemple si on achète un panier métropolitain à la Réunion, le prix sera 36% supérieur au prix du même panier en Métropole. Mais pour un panier réunionnais (produits alimentaires liés aux traditions culinaires locales) le prix sera 10% inférieur au prix retrouvé en Métropole.

Enfin, le prix de l'énergie a chuté, notamment à cause de la chute du prix du baril de pétrole. Ces différents éléments permettent de constater une augmentation du pouvoir d'achat de 1,6% ; La Réunion retrouve sa croissance des années 2000 qui était en moyenne de 1,5%. Les coûts des loisirs, du logement, des restaurants, de la culture restent en revanche plus élevés à la Réunion, même avec des résultats lissés par type de consommation (local ou métropolitain)<sup>9</sup>.

La vie reste donc plus chère à La Réunion et le pouvoir d'achat en est impacté. Le fort taux de chômage est à prendre en compte pour les activités officinales. Cela signifie qu'une plus grande attention devra être portée à ces gens en détresse qui ont peu de moyens financiers. Il faut ajouter le problème de l'illettrisme affectant 22,6% des Réunionnais en 2011 contre seulement 7,4% en Métropole.

La scolarisation tend à faire diminuer cette proportion chez les jeunes (un jeune sur sept entre 16 et 29 ans), mais de nombreuses personnes plus âgées ayant parlé toute leur vie uniquement le créole, ne sont pas à même de pouvoir lire des explications ainsi que les diverses informations relatives aux médicaments. Le Pharmacien au comptoir devra être vigilant en essayant de détecter rapidement si le patient sait lire. À défaut, des explications orales en créole ainsi que des dessins sur les boîtes seront nécessaires pour un bon usage du médicament de la part du patient.<sup>10</sup>

## **1.2 Généralités sanitaires**

### **1.2.1 La sécurité sociale et les aides santé à la Réunion**

Le rôle de la sécurité sociale à La Réunion est identique à celui de la France métropolitaine. Elle est obligatoire et aide les personnes les plus démunies. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, date d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, la CMU-B (couverture médicale universelle – base) a été supprimée et remplacée par la protection universelle maladie (PUMA). Les conditions d'obtention sont moins contraignantes. La PUMA garantit à toute personne le droit à la prise en charge des soins dès la première heure de travail. À défaut, elle doit justifier de résider en France de façon stable et régulière, pour obtenir la prise en charge de ses frais de santé. La notion d'ayant droit majeur est supprimée. La réforme tend à l'individualisation et l'autonomisation des droits. Chaque majeur aura son propre numéro de sécurité sociale ainsi que son propre décompte de remboursement. Des cotisations sont exigées de la part des assurés au-delà de certains revenus ou d'un certain patrimoine.

Les statistiques sur le taux d'affiliation ou le taux de personnes exonérées de cotisations n'existent pas encore, puisque ce système n'a vu le jour qu'en janvier 2016. Il existe en revanche les derniers chiffres d'affiliation à la CMU-B pour l'année 2015. On constate une très nette supériorité du nombre de personnes ayant recours à cette aide avec 20,1% de la population à La Réunion contre seulement 3,3% en Métropole.

La CMU-C (Couverture Médicale Universelle – Complémentaire) ainsi que les ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) sont maintenues. La vie étant plus chère à La Réunion et le taux de pauvreté plus élevé, les conditions d'obtention sont légèrement différentes. Les tableaux I résume les revenus nécessaires à l'obtention de la CMU-C et de l'ACS <sup>11</sup>:

<b>Revenus inférieurs au plafond (Par an pour une personne vivant seule)</b>	<b>La Réunion</b>	<b>Métropole</b>
<b>CMU-C</b>	9.631€	8.653€
<b>ACS</b>	13.002€	11.682€

**Tableau I : Revenus nécessaires à l'obtention d'aides de santé**

L'ACS nécessite d'avoir des ressources légèrement supérieures au plafond de la CMU-C mais inférieures à ce même plafond majoré de 35%.

	<b>La Réunion</b>	<b>Métropole</b>
<b>Taux de CMU-C</b>	35,5%	6,5%
<b>Taux d'ACS</b>	7,3%	1,8%

**Tableau II : Taux d'ayant droits aux aides de santé**

La patientèle sera différente de celle qu'on retrouve en Métropole. On constate à La Réunion, 5 à 6 fois plus de CMU-B, CMU-C ainsi que d'ACS comparativement à la Métropole. Il y a donc plus de patients défavorisés avec un faible pouvoir d'achat.

Les pharmaciens font donc face à une double contrainte : vendre des produits plus chers qu'en Métropole à une population pourtant moins fortunée. Ils doivent également être au centre du système de soins en orientant correctement les patients, pour consulter les médecins, prendre contact avec le personnel médical (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme), les informer sur leurs droits aux différentes aides...

Il faut toujours prendre en compte que près d'un quart de la population ne sait pas lire, ils n'ont donc pas forcément accès à toutes les informations sur leurs droits.

### 1.2.3 La santé publique à La Réunion

Les efforts pour améliorer les soins ont eu des effets considérables depuis la départementalisation. L'espérance de vie à la naissance n'était que de 70,9 ans pour les hommes et 79,9 ans pour les femmes en 1999 à La Réunion. Elle est en 2014 de 77,1 pour les hommes et de 83,7 pour les femmes.<sup>12</sup> L'espérance de vie a donc presque rattrapé celle de Métropole qui est de 79,2 pour les hommes et de 85,4 ans pour les femmes. L'évolution ralentit cependant et les dernières années seront dures à rattraper à cause du taux de pathologies chroniques plus élevé qu'en Métropole comme le diabète, l'hypertension, l'alcoolisme, ou l'asthme.

Le diabète est une pathologie très répandue à la Réunion. Il est source de complications et d'handicaps et peut sérieusement réduire l'espérance de vie. Sa prévalence ne tient pas compte des diabètes non diagnostiqués, sachant qu'un tiers des diabétiques réunionnais ignoreraient leurs pathologies. Selon l'enquête REDIA, 17,5% des réunionnais seraient diabétiques contre 3,8% de la population métropolitaine, ce qui est 5 fois supérieur.<sup>13</sup>

Nous pouvons imaginer que la prévalence a probablement augmenté du fait de l'allongement de l'espérance de vie, des polyopathologies, et des habitudes alimentaires.

Nous avons pu constater ces dernières décennies un début de changement dans les habitudes alimentaires, à la source d'un double problème nutritionnel. D'un côté, nous avons une occidentalisation des régimes alimentaires avec plus de produits agroalimentaires transformés, riches en graisses saturées, sucres, sel, conservateurs, colorants... En partie responsables d'une augmentation de l'obésité, du diabète, de l'hypertension artérielle, ou de certains cancers. Les jus de fruits locaux sont très consommés par les enfants ; la marque « Capri-Sun » contient dans des poches de 200 ml, 18 g de sucres. Or, les apports journaliers maximum recommandés pour les enfants ne devraient pas dépasser les 19 g ! D'un autre côté, les habitudes alimentaires traditionnelles, favorisent également le diabète. Carrys, rougails, ou boucané restent très consommés autant dans les restaurants que lors des repas de famille. Ces plats s'accompagnent systématiquement de riz, souvent très cuit, ce qui dégrade l'amidon en sucres rapides au détriment des sucres lents.

De nombreuses complications vasculaires, oculaires, cardiaques peuvent handicaper les diabétiques. 56% des personnes ayant une pathologie endocrinienne souffriraient

d'incapacités légères, 15% d'incapacités plus affirmées. On peut donc penser que les coûts sont logiquement élevés.

Une enquête a été réalisée dans le service de diabétologie du Groupe Hospitalier Sud Réunion à Saint-Pierre sur l'ensemble des patients hospitalisés entre le 28 avril et le 4 août 2006, soit un échantillon de 195 patients, dont la particularité était d'être identifiés comme diabétiques de type 2 depuis au moins un an, et d'avoir été interrogés sur leur consommation de soins durant l'année 2005. Précisons que cette enquête concerne une population composée en majorité de diabétiques insulino-traités et principalement hospitalisés en raison du mauvais équilibre de leur diabète. Le coût des médicaments et des soins infirmiers est donc surestimé, car certains antidiabétiques oraux coûtent peu chers, et lorsque le diabète est bien équilibré, peu de complications apparaissent.

Hormis le coût des actes de biologie qui n'ont pu être estimés à partir de l'enquête et des visites chez une diététicienne ou un podologue qui n'ont pas été recueillies, le coût annuel moyen par diabétique s'élève environ à 5.450 €. Plus d'un tiers de ce budget est lié aux médicaments, un peu moins d'un tiers aux soins infirmiers et un cinquième aux hospitalisations. À noter que près d'un tiers du budget est entièrement consacré à la prise en charge des complications du diabète. Ce chiffre est nettement supérieur au montant moyen des dépenses du régime général à La Réunion, au titre de l'assurance maladie, qui étaient de 1.815 € par habitant en 2004.<sup>14</sup> Le diabète a donc un impact important sur l'état de santé des réunionnais et sur les coûts de soins.

L'alcoolisme est un problème de santé publique mais également sociétal. L'actualité réunionnaise nous amène chaque semaine son cortège d'accidents mortels, d'agressions ou de violences conjugales. C'est un cercle vicieux qu'il faut casser en considérant le problème dans son ensemble : l'alcoolisme est lié à la précarité, à l'insularité, ainsi qu'à un fort taux de chômage.

Les alcools importés sont fortement taxés avec une taxe d'octroi de mer de près de 50% les rendant très chers ; les alcools locaux n'ont pas cette taxe et ont donc des prix très accessibles. Les « piles plates », petites flasques de rhum de 200 ml coutent seulement 2 € dans certaines épiceries, ce qui rend très accessible l'alcool fort. Pourtant, la consommation



en 2009 par habitant de plus de 15 ans d'alcool pur par an est supérieur en Métropole avec 12,5 litres contre 10,1 à la Réunion<sup>15</sup> !

Malgré ces indices de consommation favorables aux réunionnais, les dégâts sont plus importants : d'après le service d'addictologie de l'hôpital de Saint-Denis, la Réunion est le département qui a la prévalence de consommation d'alcool à problèmes chez les patients masculins hospitalisés, la plus élevée de France (40% à la Réunion Vs 15% pour la moyenne nationale).<sup>16</sup> La mortalité est de 80 pour 100.000 habitants contre 50 en Métropole. On constate cependant un début d'amélioration ces 30 dernières années avec une diminution de la consommation d'alcool fort, en faveur de la bière qui s'est rapidement démocratisée et rentrée dans les habitudes de consommation des Réunionnais.

Malgré ces améliorations, le mode de consommation, irrégulier et excessif, ainsi que le type d'alcool (le rhum), sont responsables d'une surmortalité immédiate et moins étalée dans le temps. C'est le contraire de la Métropole, qui avec une consommation moins importante mais plus régulière, d'alcools moins nocifs, comme le vin, provoque des décès retardés. C'est pourquoi on retrouve une nette surmortalité de 4 à 5 par psychose alcoolique et alcoolisme, ainsi que de 1,5 pour les cirrhoses, dès l'âge de 20 ans. En revanche, à partir de 70 ans les courbes se croisent, et les décès liés à l'alcoolisme sont supérieurs en Métropole.<sup>17</sup> L'alcoolisme réunionnais a donc plusieurs spécificités : malgré une consommation moyenne par habitant relativement faible, on constate une morbidité et une mortalité très importantes provoquées par l'ingestion massive d'alcools forts dans un contexte nutritionnel souvent carencé.

La dernière pathologie importante à La Réunion est l'asthme. Le taux de mortalité régional est le triple de celui en Métropole. La prévalence d'inscription en ALD pour asthme sévère est légèrement supérieure (284 habitants pour 100.000 habitants contre 245 en Métropole) mais la différence n'est pas aussi importante que celle de la mortalité. On peut penser que c'est justement parce que les réunionnais asthmatiques se soignent moins bien que la mortalité est si importante, mais d'autres facteurs notamment environnementaux rentrent en jeu. Une étude montre une plus grande proportion d'asthme grave chez les asthmatiques comparativement aux pays européens en général. Les résultats de La Réunion sont comparables avec les données épidémiologiques des pays de la zone océanienne (Australie, Nouvelle-Zélande). Les profils des asthmatiques sont effectivement proches (autour de 30%

d'asthme sévère persistant contre seulement 10% en Métropole)<sup>18</sup>. On ne retrouve pas la même flore dans les deux hémisphères, par conséquent les pollens allergisants identifiés sont plus semblables à ceux retrouvés dans d'autres pays de l'hémisphère sud, plutôt qu'aux pollens métropolitains. La Réunion a un profil climatique austral, avec des étés longs et humides et des hivers tempérés, ce qui favorise la pollinisation tout au long de l'année : la canne à sucre (*Saccharum officinarum* L.) de fin avril à juin, les plantes exotiques comme les goyaviers de chine (*Psidium cattleianum* P.), d'octobre à Avril, et les graminées de novembre à juin.<sup>19</sup> Enfin, de nombreuses plantes exotiques allergisantes sont largement répandues à La Réunion, il est donc normal de constater une plus grande proportion d'asthmatiques qu'en Métropole où les hivers sont froids et peu polliniques.

Des mesures ont été prises pour lutter contre l'asthme chez les enfants. Par exemple, les dosettes de sérum physiologique sont remboursées pour les moins de 8 ans dans le cadre de nébulisation pour l'asthme, ce qui n'est pas le cas en Métropole.

Ces trois pathologies ont des origines différentes : les origines de l'alcoolisme sont sociétales et liées à la précarité. Le diabète est lié aux habitudes alimentaires qui changent trop rapidement. Quant à l'asthme, il est dû notamment à un environnement très allergisant (nombreux pollens comme les filaos *Casuarina litorea* L. ou les jacarandas, *Jacaranda* J.) ainsi qu'à un fort taux d'humidité, favorisant les moisissures.

Enfin nous nous devons d'aborder le sujet de la qualité de l'eau. Il existe encore un retard important en matière d'infrastructure d'adduction d'eau de consommation humaine. Plus de la moitié des eaux distribuées par les réseaux publics proviennent de captage d'eaux superficielles et sont donc très exposées aux diverses sources de pollution. Après de fortes pluies, le sol est lessivé par la violence des pluies qui drainent les polluants et bactéries jusqu'aux lieux de captage d'eau. Il est recommandé d'éviter de consommer l'eau courante en période de dépression ou de cyclone. De nombreux habitants ne consomment plus que de l'eau minérale. Les pharmaciens doivent bien insister lors de la dispensation auprès des parents, que les médicaments pour les nourrissons type suspension buvable à reconstituer doivent impérativement l'être avec de l'eau minérale, pour éviter toute contamination gastro-intestinale<sup>20</sup>.

Les risques chimiques environnementaux sont également à prendre en compte. En 2011, 49 cas de saturnisme infantile ont été recensés, près de la ville du Port, en proximité d'un sol pollué par des batteries de voiture. L'activité du volcan, le Piton de la fournaise entraîne des retombées volcaniques sans doute insuffisamment évaluées. On retrouve des sols riches en éléments et traces métalliques (ETM). Les eaux étant souvent captées en surface, elles drainent également des métaux lourds, bactéries, résidus de pesticides... Cette absence des garanties minimales d'hygiène et de sécurité sanitaire pour une fraction significative de la population entraîne une surexposition aux risques biologique et physico-chimique.<sup>21</sup>

## **1.3 Traditions insulaires**

### **1.3.1 L'influence des religions dans la santé**

La Réunion étant multiculturelle, nous retrouvons une convergence d'usages entre les plantes des principales traditions populaires de l'île : créole, indienne, malgache, chinoise... Les traditions restent importantes et nous retrouvons dans les hauteurs de l'île des « tisaneurs » qui préparent des remèdes à base de plantes. Ils se considèrent comme herboristes et non comme détenteurs de pouvoirs magiques.

En revanche, on retrouve des « Pusaris » qui sont des guérisseurs spirituels de tradition indienne, mêlant plantes et religion pour guérir les différents maux. Les tamouls considèrent encore la maladie comme une sanction à un manquement religieux ou personnel. Les différents maux peuvent aussi être dûs à un mauvais sort jeté par une personne malveillante. Il est fréquent d'apercevoir au milieu des routes, des paniers contenant un coq ou un poulet dans un sac plastique, en offrande. Dans les croyances tamoules, la maladie et les mauvais sorts peuvent être rejetés sur ces volailles grâce aux « pusaris ». Le but de cette manœuvre est de se débarrasser du mauvais sort. La première voiture qui roulera sur ce panier est censée récolter le mauvais sort et libérer le malade initial.

Depuis la départementalisation, le nombre élevé de médecins, le tiers payant généralisé, ainsi que les différentes aides sociales ont permis aux patients les plus défavorisés d'accéder aux soins afin de bénéficier de la médecine allopathique. En revanche, les maux du quotidien (comme des syndromes grippaux, céphalées, maux de ventre) ne sont pas toujours pour les réunionnais un motif de consultation. L'utilisation de plantes médicinales peut alors être privilégiée par ces patients.

### 1.3.2. Place de la phytothérapie

Le chef de file de la pharmacopée réunionnaise est le curcuma (*Curcuma longa* L.). On utilise ses rhizomes pour obtenir une poudre qui sera utilisée dans presque tous les plats réunionnais. Le curcuma est très apprécié à la Réunion, probablement grâce aux influences tamoul et chinoise qui ont importé cette habitude d'Inde et d'Asie du sud-est. Ce rhizome est considéré par ces derniers comme une plante exceptionnelle en regard de ses diverses utilisations : épice, conservateur de nourriture, agent colorant, cosmétique et médicinal. Il est utilisé depuis des millénaires dans les médecines ayurvédique et chinoise, pour traiter les troubles biliaires, l'anorexie, les rhumatismes, l'obésité, le diabète, ou encore les toux et les sinusites.

Son absorption intestinale étant très faible, il faut systématiquement l'associer avec du poivre qui augmente de 1.000 à 2.000 fois son absorption intestinale. L'absorption est également améliorée lorsque le curcuma est solubilisé dans un corps gras, c'est pourquoi il est conseillé de l'intégrer dans une sauce, avec de l'huile ou de la crème.

Traditionnellement utilisé pour traiter des pathologies inflammatoires (articulaires ou digestives), il aurait également des effets protecteurs face aux différents cancers. Des études sur les effets du curcuma sur le corps humain sont menées depuis plusieurs années, notamment pour évaluer son effet protecteur sur les cancers<sup>22</sup>. Ces études ont montré sur des souris une réduction du développement de tumeur, grâce à son composant actif : la curcumine. Par la suite, de nombreuses études ont démontré l'effet protecteur de la curcumine sur le développement de cancer du foie, des poumons, des ovaires, du colon, prostate, estomac, leucémies, pancréas ... Des études ont même prouvé son efficacité comme adjuvant en chimiothérapie. La présence de Turmérine, autre molécule active anti-oxydante aurait également un effet protecteur.<sup>23</sup>

Il y a une dizaine d'années, une étude avait été réalisée comparant à travers le monde, les taux d'incidence de divers cancers ainsi que les survies à cinq ans après le diagnostic. De nombreux traitements inconnus dans les années 2000 sont aujourd'hui largement utilisés et les taux de mortalité ont fortement chuté. Cependant on retrouve dans cette étude que l'Inde est toujours classée dans les meilleurs pays pour les incidences de cancer, lorsqu'il n'est pas le premier.<sup>24</sup> Pour le cancer du poumon (le plus mortel en France avec une incidence de

360/100.000 habitants en 2015<sup>25</sup>), les indiens ont l'incidence la plus faible du monde avec dans certaines régions moins de trois cas pour 100.000 habitants. Ils ont parmi les taux d'incidence les plus faibles avec jusqu'à cinq fois moins de cancers du sein et de l'estomac, neuf fois moins de cancer du colon... Cependant, n'ayant pas accès aux mêmes soins qu'en occident, la survie à 5 ans après le diagnostic est jusqu'à deux fois plus faible pour les cancers du poumon, du rein, de l'estomac...

Les Indiens ne sont certainement pas moins exposés que les Occidentaux aux éléments cancérigènes de l'environnement. La différence pourrait être attribuable à leur consommation élevée de **curcuma**, laquelle est en moyenne de 1,5 à 2 g de curcuma par jour (l'équivalent d'un quart à une demi-cuillère à café).

L'effet antioxydant de la curcumine jouerait également un rôle protecteur dans la maladie d'Alzheimer, en inhibant partiellement la dégradation des plaques  $\beta$ -amyloïdes par les macrophages. Une étude de l'université californienne a montré *in vitro*, la diminution de liaison entre les macrophages et les plaques  $\beta$ -amyloïdes lorsqu'elles sont traitées avec de la curcumine.<sup>26</sup>

Elle régulerait également l'expression de certains médiateurs inflammatoires comme PPAR $\gamma$  ou NF- $\kappa$ B, ce qui aurait un effet bénéfique sur le diabète de type 2. Cela retarderait aussi l'apparition de complications chroniques.<sup>27</sup>

L'île de la Réunion regorge d'une grande variété de plantes endémiques. Ses divers microclimats, associés à un terrain volcanique riche, ainsi qu'un relief très varié allant de 0 à 3.000 m d'altitude, ont donné naissance à une multitude de plantes, fleurs et arbres aux senteurs et couleurs hétéroclites. On observe des forêts sèches, semi-sèches et humides. De nombreuses plantes endémiques à la Réunion ne sont présentes que depuis une ou deux centaines d'année. L'arrivée de colons du monde entier, a permis l'introduction de nouvelles plantes, souvent d'Asie du sud-est qui ont pu se développer dans le climat chaud et humide du littoral réunionnais. Durant l'été austral, l'est de l'île est quotidiennement exposé à des pluies, tandis que le littoral ouest est souvent protégé des pluies par un vent côtier qui repousse les nuages vers les montagnes. Nous allons aborder 4 plantes traditionnellement utilisées par les Réunionnais pour traiter divers symptômes. Rappelons que d'une part, en 1950, il n'y avait qu'une vingtaine de pharmaciens sur l'île, et que d'autre part, les consultations médicales étaient trop chères pour les locaux. Les plantes étaient alors

la première ligne de défense des habitants pour atténuer certains symptômes ou guérir des pathologies. Les connaissances se transmettaient oralement de génération en génération. Cette transmission orale a été responsable de nombreuses confusions pouvant s'avérer mortelles. En effet seulement 20% des plantes endémiques ont été étudiées afin de déterminer leur composition chimique, dont près de la moitié se sont avérées toxiques pour l'homme.

**Le Jamelonier** (*Syzygium cumini* (L.) Skeels), originaire d'Indo-Malaisie, est considéré aujourd'hui comme plante potentiellement envahissante. Le fruit est sucré, acide et astringent. La pulpe contient de l'anthocyanine qui colore la langue en mauve. Elle est riche en vitamines A, C, ainsi qu'en fer et en magnésium. Certains réunionnais en consomment régulièrement pour ses vertus médicinales. Le fruit est utilisé pour confectionner du vin, vinaigre, tartes, sorbets ou rhum arrangé. Le vinaigre préparé à partir du jus du fruit a des propriétés carminatives et diurétiques. L'écorce âcre serait antihelminthique et utilisée pour le mal de gorge, les bronchites, l'asthme, les ulcères. La graine du fruit séchée et torréfiée, est consommée par les diabétiques en milieu ou fin de repas, car elle est hypoglycémisante et anti-inflammatoire.<sup>28</sup> Les huiles essentielles extraites des feuilles et de l'écorce, sont traditionnellement utilisées comme antihypertenseur ou comme anti-infectieux dans les gingivites par exemple.

**Le Benjoin pays** (*Terminalia Bentzoe* (L.) Pers.), contrairement au jamelonier, n'a pas été importé par des colons. Il est bien endémique de La Réunion. Rappelons qu'un benjoin est une résine obtenue à partir de l'écorce de l'arbre. Les créoles l'utilisent sous forme de décoction d'écorce pour traiter différentes affections cutanées. Il est également utilisé en inhalation pour traiter l'asthme, la toux ou encore les enrhouements. En tisane, le benjoin pays est sudorifique, emménagogue, astringente, et anti-diarrhéique. Aujourd'hui encore, il reste la plante incontournable des tisanes et des gargarismes pour les maux de gorge et les angines. Enfin, il est parfois macéré dans de l'alcool avec du thuya et du gingembre, pour obtenir un liniment à appliquer sur les muscles fatigués après une longue marche ou lors de rhumatismes. Il faut rester vigilant face aux effets indésirables de cette plante, dus à la richesse de son écorce en tanins. Elle peut provoquer des troubles gastro-intestinaux comme des ballonnements ou une constipation. Cette plante abondante il y a encore quelques

décennies est aujourd'hui protégée et classée en « danger critique d'extinction ». À force d'arracher l'écorce de l'arbre, ce dernier est privé de sa sève, le condamnant à mourir. De nouvelles pousses ont été plantées dans deux localités de la Réunion afin de prévenir cette extinction qui aurait de nombreuses conséquences sur les écosystèmes locaux. Par exemple, cet arbre est le seul hôte d'un papillon endémique de la Réunion, le sylvain de la Réunion (*Neptis Dumetorum* Boisduval). La disparition de cet arbre provoquerait un déséquilibre des écosystèmes, entraînant la disparition d'autres espèces florales ou animales.<sup>29</sup>

**Le bois de Quivi** (*Turraea thouarsiana* (Baill.) Cavaco et Keraudren.) est également un arbuste endémique des Mascareignes. Le nom de Quivi a été donné aux colons rebelles à Madagascar, lorsqu'ils se cachaient dans la forêt lors des passages des encaisseurs de la Compagnie française des Indes. Cette plante a été également consommée par les femmes esclaves qui tombaient enceintes de leur patron, afin d'avorter. En médecine populaire, le bois de Quivi est utilisé comme emménagogue, antihypertenseur et veinotonique.

**Le bois caustique** (*Phyllanthus casticum* Soy.-Will.), endémique des Mascareignes, est appelé localement bois des demoiselles, car il était utilisé par les jeunes filles pour rendre leurs premières règles moins douloureuses. Il est utilisé en infusion comme emménagogue dans le cadre de dysménorrhée, ainsi que pour traiter les hémorroïdes et les ulcères gastriques. Les fruits sont comestibles et peuvent servir à fabriquer une boisson alcoolisée. À Madagascar, on utilise encore aujourd'hui les tiges souples, afin de confectionner des filets de pêche. Les jeunes rameaux sont utilisés comme brosses à dents désinfectantes. À Rodrigues et aux Seychelles, la décoction de rameaux et de feuilles se consomme comme boisson rafraichissante.<sup>30</sup>

Ces quatre plantes sont aujourd'hui encore, largement consommées par les réunionnais qui perpétuent les traditions médicinales familiales. Les plantes exotiques étant omniprésentes à la Réunion, les habitants ont appris à les respecter et à les utiliser, bien qu'il y ait encore de nombreux accidents dus à des confusions entre plantes.



### 1.3.3 Place des huiles essentielles dans la pharmacopée locale

Les huiles essentielles sont beaucoup utilisées à la Réunion. Certaines sont produites localement et exportées dans le monde entier, comme l'huile essentielle de racines de Vétiver bourbon (*Chrysopogon Zizanioides* (L.) Roberty) qui est très recherchée en cosmétologie et en parfumerie. Elle est traditionnellement utilisée en usage externe pour certaines maladies de peau, pour éloigner les mites, contre l'épuisement mental et physique, les insomnies, la dépression et l'anxiété. La production a fortement chuté passant de plus de cinquante tonnes en 1950 à vingt tonnes dans les années 80. Aujourd'hui, à cause de la complexité de la culture de cette plante, le nombre de producteurs diminue. De nombreuses distilleries de *C. zizanoïde* ferment (5 distilleries en 1950 dans le sud de l'île contre une seule aujourd'hui). La production s'exprime en kilogrammes et non plus en tonnes passant à seulement 500 kg en 2001. Cette chute est également due au prix très élevé de cette essence qui la rend de moins en moins compétitive avec celles produites dans d'autres pays. En effet, l'essence de *C. zizanoïde* de la Réunion est considérée comme la meilleure au monde et coûte trois fois plus chère que cette même essence produite à Haïti, en Chine ou en Indonésie. La demande mondiale serait supérieure à 200 tonnes par an, ce qui rend la production de la Réunion presque insignifiante. Le *C. zizanoïde* est également planté sur le bord des routes, jardins ou dans les pentes car son système racinaire développé retient la terre durant les intempéries et limite l'érosion des sols.

Le géranium rosat (*Pelargonium graveolens* L'Hér.) est massivement cultivé dans les hauteurs de l'ouest de l'île, en direction du Maïdo, où l'on peut apercevoir de nombreux panaches de fumées s'élevant des alambics artisanaux. Cela pose des questions d'ordre écologique quant à la mauvaise combustion de bois, nécessaire pour chauffer les alambics artisanaux. Ces derniers ne sont pas tous récents et ne sont pas optimisés, pour produire un maximum de chaleur avec un minimum de bois. Cela a pour conséquence une combustion incomplète qui produit des rejets gazeux type monoxyde de carbone, oxydes d'azote, mais également des benzènes, et des composés volatils comme des cendres, de la suie, du goudron ou des hydrocarbures aromatiques polycycliques. Les autorisations d'activité sont maintenues pour les petits producteurs qui exercent depuis longtemps, afin de ne pas les jeter dans la précarité du jour au lendemain, mais aucune autre autorisation ne sera délivrée

dans les prochaines années. Il n'y aura pas de remplacement des départs ou fermetures, afin de réduire à terme cette pratique. Parallèlement, certains producteurs se mutualisent en formant des structures plus grosses, avec l'aide d'investisseurs afin d'obtenir un meilleur rendement tout en étant plus écologique. À moyen terme, les petits producteurs locaux d'huiles essentielles disparaîtront, remplacés par certaines structures plus grosses et moins nombreuses.

L'huile essentielle de *P. graveolens*, est largement utilisée à la Réunion comme parfum d'ambiance ou pour ses propriétés médicales : cicatrisante, tonique, stimulante, anti-infectieuse, antalgique, antiseptique et hémostatique<sup>31</sup>. Enfin elle est très souvent utilisée en association avec de l'huile essentielle de citronnelle de Java (*Cymbopogon winterianus* Jowitt) pour éloigner les insectes, dont les moustiques.

On retrouve donc de nombreux agriculteurs qui cultivent ou achètent des plantes pour produire leurs propres huiles essentielles, et les vendre aux autochtones, aux touristes ou à des magasins près du littoral. Cette pratique met ainsi en concurrence les pharmaciens de l'ouest réunionnais avec ces artisans, réduisant la quantité d'huiles essentielles vendues en pharmacie. Les officines réunionnaises proposent souvent une gamme d'huiles essentielles distillées localement (Run'essence<sup>®</sup> produit localement 141 huiles essentielles), afin de satisfaire la demande des patients.

Les habitants sont conscients de la richesse et de la variété de la flore de l'île. Ils en sont fiers, ce qui explique que les créoles et les tamouls préféreront acheter des huiles essentielles issues de plantes cultivées à la Réunion, de manière biologique, en faisant parfois vivre les petits producteurs locaux, plutôt qu'une marque européenne de plantes récoltées et distillées à l'étranger. En proposant cette marque, les officinaux conservent certains patients qui seraient allés rechercher ces produits dans l'une des nombreuses petites distilleries locales. Les traditions familiales dans le domaine des plantes aromatiques et médicinales sont encore très présentes et demandent aux différents professionnels de santé d'adapter les alternatives thérapeutiques et les conseils aux attentes des patients.

## **1.4 Généralités pharmaceutiques**

### **1.4.1 L'ordre des pharmaciens**

L'article L4232-1 du code de la santé publique (CSP) définit la section E de l'ordre des pharmaciens comme étant : « l'ensemble des pharmaciens exerçant leur art dans les départements d'outre-mer et dans les collectivités territoriales de Saint Pierre et Miquelon ainsi que de Wallis et Futuna ».

L'ordre des pharmaciens est représenté à la Réunion par une délégation et non par un conseil régional. Cette délégation est constituée d'une secrétaire qui assure une permanence, ainsi que de plusieurs élus pharmaciens représentant les différents corps de métiers (titulaires, adjoints, biologistes, hospitaliers, industriels...). Ces élus se réunissent une fois tous les deux mois pour aborder les sujets propres à la Réunion. Le délégué (représentant métropolitain) travaille et réside souvent en Métropole. Il n'appartient donc pas à la section E mais est représentant d'une délégation de cette section. Cela a été autorisé pour des raisons pratiques afin de s'affranchir des contraintes de distance, et ainsi de s'assurer de la présence au conseil de l'ordre d'un représentant de la délégation dès que cela s'avère nécessaire.

Le président de la délégation ainsi que son délégué métropolitain se rendent une fois tous les deux mois à Paris, au Conseil national de l'ordre afin de faire valider certaines décisions. Par exemple, seul le conseil central peut prendre les décisions relatives aux inscriptions à l'ordre, aux autorisations d'achat d'officine (bien que cela nécessite aussi une autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et du représentant de l'Etat dans le Département) ou aux modifications de statuts. La délégation fait remonter à la section E du conseil central tout évènement justifiant des poursuites pénales (si la Sécurité Sociale décide de poursuivre le pharmacien fraudeur), ou disciplinaire (si un confrère poursuit le pharmacien pour non-respect des règles professionnelles). En cas de poursuites disciplinaires, le rapporteur sera un pharmacien d'un autre DOM afin de s'affranchir de tout conflit d'intérêt. En effet avec seulement 250 officines à la Réunion, beaucoup de pharmaciens se connaissent et différents intérêts personnels peuvent alors émerger.

La délégation n'ayant pas les mêmes pouvoirs que les conseils régionaux, certaines missions comme « l'aide et dispositif d'orientation des pharmaciens » (ADOP), ne pourront pas être appliquées localement par la délégation. Ces aides logistiques, organisationnelles ou financières que l'on retrouve dans les régions métropolitaines, tend à subvenir aux besoins des confrères en difficulté financière, administrative ou psychologique. Les pharmaciens, en tant que libéraux, n'ont ni médecine du travail ni direction des ressources humaines. En cas de doute, ils sont seuls à y faire face. C'est pourquoi cette mission avait été créée en Métropole et revenait à la charge des conseils régionaux.

La délégation peut tout de même intervenir de manière indirecte pour aider certaines officines à survivre. En 2015, une officine des hauteurs de l'île qui était en difficulté financière s'est vu attribuée le marché du cirque de Mafate suite aux demandes entreprises par la délégation de l'ordre. 800 personnes vivent isolées dans ce cirque, coupées du reste de l'île. L'approvisionnement en divers produits alimentaires, médicaux ou autres se fait plusieurs fois par semaine par hélicoptère. Auparavant, les médicaments étaient délivrés par l'hôpital aux dispensaires de chaque village qui avaient une dotation fixe constituée de plusieurs médicaments utilisés fréquemment. Aujourd'hui, la pharmacie qui a récupéré le marché, a des ordonnances nominatives et délivre seulement le nombre de boîtes nécessaires pour un patient donné. Nous avons donc une meilleure gestion des médicaments avec moins de gaspillage, une dispensation nominative, une traçabilité améliorée, ainsi qu'une sécurisation du circuit du médicament. Les traitements des autochtones sont transportés par hélicoptère dans les dispensaires où ils peuvent venir chercher leur traitement personnel, hebdomadaire ou mensuel.

La section E de l'ordre se subdivise en sept sous-sections composées de quatre délégations locales (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion) ainsi que de trois délégués afin de représenter Saint Pierre et Miquelon, Mayotte et Wallis et Futuna. Depuis 2005 il n'y a plus la Polynésie française qui possède maintenant son propre Ordre des pharmaciens, tout comme la Nouvelle Calédonie. Quant aux collectivités d'Outre-mer comme Saint Barthélemy ou Saint Martin, elles sont dépendantes de la sous-section de Guadeloupe et appartiennent donc à la section E.

## 1.4.2 Les groupements

Les officines réunionnaises ont encore plus qu'en Métropole, intérêt à se regrouper pour mutualiser leurs achats. Bien sûr, l'intérêt dépend des exigences du groupement qui peuvent s'avérer plus contraignantes qu'avantageuses : lorsque les cotisations annuelles au groupement sont trop importantes, ou lorsque le groupement exige des travaux sur la devanture ou les vitrines pour une uniformité entre ses officines adhérentes. Les coûts de rénovation peuvent s'élever à plusieurs dizaines de milliers d'euros, il faut alors que le groupement apporte en contrepartie à l'officine adhérente, des remises d'achats importantes, des prestations, ou prenne en charge certains frais comme les signes distinctifs du groupement sur les vitrines... Il faut donc, avant de rentrer dans un groupement, bien peser les avantages escomptés face aux coûts humains et financiers.

Les groupements auront plusieurs missions au service de leurs adhérents. Tout d'abord ils vont négocier les prix d'achats avec les laboratoires en ayant plus de poids s'ils parlent pour vingt officines (avec des contrats annuels de plusieurs dizaines de milliers d'euros) qu'une officine qui négocie toute seule un contrat annuel qui s'élèvera à 2.000 ou 3.000 €. En faisant jouer la concurrence entre fournisseurs, le groupement peut obtenir de meilleurs prix d'achats. En échange, il s'engage envers ce laboratoire à mettre en avant leurs produits, ainsi qu'à passer commande chez eux toute l'année, avec ou sans minimum d'achat annuel requis pour la validité du contrat.

Les groupements permettent aussi de trouver des solutions lors des ruptures de stock ou des manques de produits de santé. La politique des groupements reposant sur l'entraide, les dépannages entre officines partenaires sont quotidiens, afin de satisfaire les demandes et besoins des clients rapidement, sans avoir besoin de le réorienter vers une autre officine. Ceci est d'autant plus important à la réunion où les aléas durant le transport retardant les commandes provoquent régulièrement des manques en certains produits de santé. Ce système permet d'assurer une continuité dans les soins des patients, de limiter leurs attentes et d'éviter de les renvoyer dans d'autres pharmacies, au risque de perdre de la clientèle. L'équipe travaillant pour le groupement a aussi la mission d'organiser des événements de santé publique coordonnés dans les différentes officines partenaires. Il peut s'agir d'affiches

pour sensibiliser et informer la population à la lutte contre les moustiques, d'organiser des semaines de dépistage gratuit du diabète ou d'entretien d'éducation thérapeutique pour l'asthme. En centralisant l'organisation, les officines ont moins de préparatifs à exécuter et plus de temps pour d'autres activités. Des moyens humains et financiers plus importants peuvent alors être mis en œuvre pour ces campagnes de santé publique à l'aide de différents moyens de communications à la population.

Cependant, l'intérêt d'un groupement repose plus sur la dynamique commerciale générale que sur des prix négociés attractifs. Le pouvoir de négociation est limité car les laboratoires ne peuvent pas baisser leurs prix à l'infini. On constate parfois des prix d'achats similaires entre un groupement de 300 pharmacies et un groupement de 30. En revanche en étant dans un groupement, une dynamique est créée : une ou plusieurs personnes travaillent à temps plein aux achats du groupement, à négocier avec les fournisseurs, à organiser la logistique de la répartition des commandes, à mettre en place des projets communs de santé publique, ou encore réfléchir aux produits à mettre en avant. C'est une équipe entière qui s'occupe de 20 ou 30 points de ventes. Cela permet de stimuler une officine et d'alléger le titulaire qui peut faire un peu plus de management, de gestion ou de comptoir. Des idées que le titulaire seul n'aurait pas eues, peuvent émerger du travail collectif du groupement, soit lors d'une réunion d'adhérents, soit à l'initiative des employés du groupement, et être bénéfique à l'ensemble des adhérents.

Le pouvoir de négociation n'est donc pas linéaire en fonction du nombre de pharmacies adhérentes. De plus comme le département est isolé, un groupement local trop gros mettrait en concurrence ses propres pharmacies adhérentes. C'est pour conserver un pouvoir de concurrence commerciale que les groupements de La Réunion ont une taille limitée. Le plus gros est **Socopharm** avec une soixantaine d'officines, suivi du **groupement des pharmaciens solidaires de La Réunion** avec une trentaine d'adhérents, puis on retrouve **Pharwest** composé de 18 adhérents, **ôtô pharma** avec 16 adhérents, **Arena pharma** qui a une quinzaine d'officines dans le sud. Tous ces groupements sont locaux et n'ont pas d'officines adhérentes en dehors de la réunion. Seul **Univers Pharmacie** qui est un important groupement en Métropole (plus de 300 adhérents) a commencé à s'implanter à la Réunion. Il compte 9 officines mais a du mal à s'implanter davantage ; Les officines

préférant se tourner vers des groupements locaux qui seront plus à même de faire face aux problèmes spécifiques de La Réunion. L'implantation initiale d'Univers est due à la volonté d'un titulaire désirant développer localement un nouveau groupement, tout en profitant de ses acquis préexistants. Cela revient à acheter une licence d'une grande franchise pour la développer localement. Il a donc racheté une officine à La Réunion afin de l'exploiter en la rattachant au groupement Univers. Rappelons que la qualité de titulaire, ne permet d'être exploitant que d'une seule officine car il est tenu à une obligation d'exercice personnel. En revanche, il est possible d'investir et de posséder des participations au capital de quatre autres sociétés d'exercice libéral. Le titulaire cité précédemment a utilisé ce fonctionnement en aidant financièrement de jeunes pharmaciens à s'installer, en échange de leur adhésion au groupement Univers<sup>®</sup>. Ils ont accepté d'appliquer la politique de ce groupement en échange d'une participation financière d'aide à l'installation, des remises commerciales obtenues par le groupement, ainsi que des événements de santé publique organisés.

Il n'y aurait qu'une vingtaine de pharmacies non groupées à La Réunion, ce qui ne représente que 8% des officines. Après avoir discuté avec quelques officinaux non groupés, il en ressort plusieurs éléments permettant de justifier leurs choix : ils considèrent avoir plus de libertés sur les choix de gammes, les stratégies de développement, les prix appliqués ou les événements de santé publique organisés. Leur pouvoir de négociation serait aussi efficace que s'ils étaient groupés et affirment obtenir les mêmes remises que les gros groupements sur certains produits de santé. Rien ne les empêche de commander tout ce qui n'est pas des médicaments vignettés (parapharmacie, matériel médical, médicaments en vente libre) pour trois ou quatre pharmacies afin d'augmenter le volume d'achat, et donc le pouvoir de négociation. Ils peuvent par la suite, faire des rétrocessions entre eux, dans la limite tolérée par la loi, sans avoir le statut de société de regroupement à l'achat (SRA).

Ces officines estiment que rentrer dans un groupement a plus d'inconvénients que d'avantages : Des négociations entre adhérents émergent, afin de s'accorder sur les différentes stratégies à opter. Ces pharmaciens considèrent que ces réunions sont des pertes de temps et compliquent l'organisation générale. Ils préfèrent travailler seuls ou avec leurs associés uniquement, afin d'avoir plus de marge de manœuvre. Les frais d'adhésion (très variables en fonction des groupements) sont le principal frein d'une intégration à un groupement.

## **2. Le circuit du médicament pour l'île de la réunion**

Etant situées à 9000km de l'Europe, comment fonctionne l'approvisionnement en médicaments pour les officines de La Réunion ? Quelles sont les contraintes et comment s'adaptent les pharmaciens pour que les patients aient toujours leurs traitements ? Comment anticiper les ruptures et trouver des solutions alternatives ? Nous avons réfléchi à ces questions, afin de présenter les grandes dissemblances dans le circuit du médicament réunionnais par rapport à celui de la Métropole.



## **2.1 Les acteurs**

### **2.1.1 Les établissements pharmaceutiques : Boiron, seul fabricant implanté localement**

Pour des raisons économiques, on ne retrouve qu'un seul fabricant de médicaments installé à La Réunion. Avec ses 800.000 habitants et son isolement géographique, le marché est bien trop petit pour les gros laboratoires, pour qui l'exportation des médicaments à partir de La Réunion coûterait beaucoup trop cher. Les fabricants préfèrent installer leurs usines là où le marché est le plus grand, c'est à dire en France métropolitaine et en Europe, au sein d'un marché de plus de 500 millions d'habitants.

Cependant, plusieurs raisons permettent à Boiron de s'installer localement contrairement aux autres laboratoires de médicaments allopathiques. Tout d'abord, les médicaments homéopathiques restent appréciés par la population française et sont remboursés par l'assurance maladie. Boiron n'a pas de concurrents directs dans le domaine de l'homéopathie et couvre l'ensemble des officines contrairement aux marques de médicaments allopathiques en vente libre qui font face à une concurrence plus rude. Le prix de fabrication est plus élevé pour les médicaments allopathiques qui nécessitent moins de main d'œuvre mais plus de machines industrielles coûteuses. Les préparations homéopathiques nécessitent des manipulations humaines. La grande variété des préparations ne permet pas toujours l'usage de machines industrielles. En effet, certaines préparations sont commandées à l'unité et du fait du caractère extemporané exigé, seule une manipulation locale permet de les réaliser rapidement. Les machines industrielles sont plus adaptées pour produire un grand nombre d'unités, de manière répétitive et rapide. La filiale réunionnaise emploie quatorze personnes pour environ 600 commandes par jour de granules. Le directeur de Boiron Océan indien reconnaît que la production locale n'est pas encore très rentable. Les normes d'hygiène et de contrôles microbiologiques imposées aux fabricants de médicaments sont des coûts fixes loin d'être négligeables : Le système de filtration d'air, l'asepsie des lieux, les contrôles qualités, impactent largement la marge du fabricant.

Boiron compte sur un développement du marché de l'Océan indien : l'île Maurice est un marché en forte progression. Mayotte est un marché dont le développement est plus récent et des opportunités apparaissent à Madagascar.<sup>32</sup> Les unités de fabrication sont donc installées près des grands axes routiers réunionnais et à proximité de l'aéroport pour desservir rapidement les commandes de l'Océan indien.

Boiron a un chiffre d'affaires consolidé qui augmente chaque année, passant de 520M€ en 2010 à plus de 608M€ en 2015, et une rentabilité nette qui est passée de 8,3% en 2010 à 14,6% en 2014. Les perspectives de développement sont bonnes et leur évolution constante.<sup>33</sup> Cette expansion lui permet de financer une jeune filiale peu rentable durant les premières années de développement, sans que cela n'impacte de manière significative les résultats du groupe.

Pour ces différentes raisons, Boiron fait exception dans le monde des fabricants de produits pharmaceutiques. Il peut se permettre d'avoir une production locale, qui s'avère indispensable pour les préparations extemporanées. En effet, ces dernières ne pourraient être importées de Métropole en moins de trois jours. La seule solution serait le transport en avion qui doublerait le prix de vente des médicaments homéopathiques. Grâce à leur site de production locale, une officine réunionnaise est livrée en moins de 24 heures si nécessaire, sans envolée des prix.

## 2.1.2 Rôle et place des Grossistes-répartiteurs

Nous retrouvons trois grossistes répartiteurs de produits pharmaceutiques à la Réunion :

- La Soredip<sup>®</sup> avec un chiffre d'affaires de 80 millions d'euros. C'est une filiale de Eurapharma<sup>®</sup> qui est l'un des leaders de la distribution de produits pharmaceutiques en Afrique, ainsi que dans les collectivités, territoires et départements d'outre-mer. Eurapharma appartient au CFAO (ancienne Compagnie Française de l'Afrique Occidentale) qui a été rachetée en 2012 par le groupe Toyota Tsusho corporation.<sup>34</sup>

- Pharmar<sup>®</sup> avec un chiffre d'affaires de 60 millions d'euros, est une filiale de la CERP Bretagne Atlantique<sup>®</sup>. Le Directeur Général de ce répartiteur m'a accordé un entretien afin de discuter des différents aspects de la répartition, ainsi que des spécificités de cette activité sur une île aussi isolée. Nous prendrons donc en exemple ce répartiteur pour détailler ses activités afin de mieux comprendre les enjeux de la répartition.<sup>35</sup>

- La CERP Réunion SIPR, avait un chiffre d'affaires consolidé en 2015 de 100 millions d'euros. Ce répartiteur est totalement indépendant. Il a un partenariat d'achat avec la CERP Rouen<sup>®</sup> mais n'en est pas une filiale. La SIPR<sup>®</sup> est une Société par actions simplifiées (SAS) avec près de 2500 actionnaires. Seuls des pharmaciens d'officines peuvent rentrer dans le capital afin d'empêcher tout investissement d'une entreprise multinationale. Afin de conserver ce côté indépendant et coopératif, aucun actionnaire ne peut détenir plus de 5% du capital.<sup>36</sup>

Le fait d'être adossé à une structure métropolitaine est une aide primordiale pour les grossistes réunionnais, qui permet de s'adapter plus aisément, dans des situations comme une augmentation d'octroi de mer ou une baisse du coefficient multiplicateur et faire face à des crises sanitaires. Certains services comme la comptabilité ou les ressources humaines peuvent être mutualisés et optimisés. Les achats sont réalisés par l'entité nationale qui connaît et se spécialise dans les besoins dans les DOM ou les pays étrangers, et achète pour toutes les unités en même temps. On aura des équipes entraînées et hautement qualifiées pour gérer ce stock à 1200 km.

La principale activité de ces grossistes est leur activité commerciale de répartition. Pour exercer cette activité, ils ont l'obligation de déclarer un territoire de répartition (ici, la Réunion entière a été choisie par les répartiteurs), sur lequel ils ont une obligation de service public. « Ils assurent l'approvisionnement continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients sur leur territoire de répartition. »<sup>37</sup> .

Le répartiteur métropolitain effectue des achats aux laboratoires, les réceptionne et les répartit entre ses différentes officines clientes. Le grossiste réunionnais, doit exercer en plus de son activité de répartition un travail « d'importation ». Il organise au départ le chargement, le fret, le dédouanement et le déchargement au port d'arrivée, ainsi que gérer les imprévus provoquant des retards de livraisons ou des ruptures de stocks.

Certains répartiteurs se diversifient en exerçant en plus des activités commerciales de grossistes répartiteurs pharmaceutique, des activités des centrales d'achat pour les médicaments de l'OTC (over the counter - médicaments en libre accès) et la parapharmacie, ainsi qu'une activité de dépositaire pour les laboratoires. Cependant, la centrale d'achat est une activité peu développée et ne représente que 2% du Chiffre d'affaire (CA) mais elle permet au répartiteur en question de fidéliser certaines pharmacies, d'améliorer leur image et de pouvoir faire de la prospection commerciale. Cette activité est peu lucrative car elle reste complexe à organiser, nécessite de l'espace pour le stockage, de la traçabilité, une bonne logistique et représente un coût conséquent. Elle permet cependant aux SRA qui correspondent à des groupements, de passer des commandes de médicaments directement chez certains laboratoires pharmaceutiques en laissant la partie logistique au répartiteur qui facture alors des prestations de services. La SRA n'a pas le droit de manipuler les boîtes de médicaments remboursables. Il faut pour cela avoir la qualité de centrale d'achat pharmaceutique (comme les grossistes-répartiteurs) pour pouvoir réceptionner, vérifier, valider et délivrer les boîtes aux pharmacies adhérentes au groupement qui les a commandées. Il n'y a pas d'activité commerciale dans cette partie puisque les boîtes n'appartiennent à aucun moment au répartiteur qui reste un prestataire de service. La SRA d'un groupement peut en revanche commander, réceptionner et distribuer à ses adhérents tous les médicaments non remboursables, type OTC ou la parapharmacie, et ne pas avoir

besoin des services des répartiteurs. L'équilibre reste fragile pour les répartiteurs, un développement de cette activité d'achats directs pourrait menacer les répartiteurs.

Enfin l'activité de depositaire se différencie par le fait que les clients sont cette fois des laboratoires et non des officines. Lors de son activité de depositaire, le répartiteur ne s'occupe que de la partie logistique du stock du laboratoire et non de la partie commerciale. Ce dernier peut demander au répartiteur de s'occuper de la réception, du stockage, du transport et parfois de la livraison. Le taux de service facturé dépend de la mission effectuée, de la taille du stock, de la durée du stockage, du nombre de pharmacies à livrer... Cette activité représente environ 15% du CA du répartiteur. Elle est surtout utilisée pour les génériques qui représentent de gros volumes pour de faibles montants financiers.

Nous retrouvons donc trois différentes missions. Les répartiteurs essayent de se diversifier afin d'être moins vulnérables aux aléas extérieurs comme les baisses de remboursements, de coefficients et de marges, face à des charges incompressibles, ainsi que l'augmentation des commandes directes par les groupements d'achats, ...

Les répartiteurs font face à d'autres contraintes logistiques ou financières. Par exemple il faut ajouter aux frais de transit et d'octroi de mer, une taxe de piraterie proche de 150\$ pour tout container passant dans le golfe d'Aden, afin de financer la protection des navires marchands et pêcheurs. Cette taxe se répercutera dans les « frais d'approche » et donc sur le prix final du médicament. Les palettes en bois servant au transport ou les médicaments périmés sont des ressources en Métropole et un coût à La Réunion. En Métropole, les répartiteurs vendront à bas coût les médicaments périmés à des industriels de l'énergie qui les brûleront afin d'en produire de l'énergie. A La Réunion, le répartiteur devra déboursier près de 10.000€ afin de renvoyer un container de vingt pieds de médicaments périmés en Métropole. Il n'est pas possible de détruire ces médicaments sur l'île, car aucune usine thermique pouvant utiliser ces médicaments comme matière première, n'est présente. Nous avons donc bien une ressource qui se transforme en coût, les coefficients applicables viennent donc en compensation de ces éléments.

Enfin, la loi encadrant les remises commerciales porte atteinte au pouvoir de concurrence des répartiteurs. En effet, les grossistes n'ont pas le droit de faire des remises commerciales

supérieures à 2,5% du prix d'achat fabricant (PAF) sur les médicaments hors génériques. Selon l'arrêté du 7 février 2008 fixant les coefficients de majorations applicables aux prix de vente des médicaments dans les départements d'outre-mer, les répartiteurs ont le droit de vendre les médicaments à la Réunion au prix métropolitain majoré d'un coefficient s'appliquant sur différentes tranches allant de 1,33 à 1,264. Nous développerons ce point et les différents coefficients dans la troisième partie de notre travail.

Un médicament ayant un prix d'achat fabricant de 100€ en Métropole sera donc vendu à la Réunion 133€ par le répartiteur. La remise de 2,5% étant indexée sur le PAF, il ne peut pas l'appliquer sur son prix de vente final. Ils n'ont donc le droit d'effectuer qu'une remise maximale de 2,5% de 100€, ce qui correspond à 1,89% de 133€. Les répartiteurs à la Réunion ne peuvent donc pas effectuer de remises commerciales supérieures à 1,89% sur les médicaments. Cela les place dans une situation où ils ne peuvent pas concurrencer les commandes directes des groupements aux laboratoires. Les laboratoires vendent aux officines directement au PAF avec une remise de 2,5%. Leur marge commerciale est déjà faite entre le prix de revient industriel et le prix d'achat fabricant. Contrairement au répartiteur qui doit augmenter le prix pour faire sa marge et reste bloqué à des remises de 1,89%. Pour un médicament de 100€, les pharmaciens ou groupements d'achat ont donc la possibilité de l'acheter directement 97,50€ (100€ avec une remise de 2,5%) au fabricant et de payer le transport eux-mêmes, ou de l'acheter directement au répartiteur 130,49€ (133€ avec une remise de 1,89%), prix comprenant également le transport et les diverses taxes de douane. Les répartiteurs ont donc une marge de manœuvre limitée. Il leur est difficile de proposer des prix attractifs permettant de concurrencer les ventes directes des laboratoires aux groupements d'achats pharmaceutiques, les obligations de services publics nécessitant une immobilisation importante de stock localement et rendant les livraisons obligatoires sous vingt-quatre heures.

Ces limitations de remises impactent fortement l'attractivité des répartiteurs. Jusqu'en 2012, de nombreux groupements effectuaient leurs commandes directement à une agence de l'OCP® en Andorre ou à Monaco. Ces derniers proposent les mêmes médicaments qu'en France, mais aucune Taxe sur la Valeur ajoutée (TVA) ne vient s'ajouter au prix d'achat qui n'est d'ailleurs pas réglementé. Il est évident que les répartiteurs réunionnais ne pouvaient pas rivaliser avec les prix pratiqués par ces villes-Etat, pouvant s'avérer de 10 à

50% moins cher ! L'ARS pour des raisons de sécurité sanitaire a statué sur une interdiction de cette pratique.

Afin de contourner cet encadrement des remises sur les médicaments, la solution trouvée par les grossistes est de mettre en place des remises sur la parapharmacie allant de 10 à 19%, des remises sur les compléments alimentaires allant de 10 à 14%, tout en offrant des services sur le matériel médical : frais de livraison réduits, étude de l'habitat des patients et adaptation du matériel médical.

### 2.1.3 Les pharmaciens d'officines à la Réunion

La section E de l'ordre national des pharmaciens a recensé 781 pharmaciens à la Réunion, dont 607 titulaires ou adjoints d'officines. Les autres sont biologistes, ou exercent dans des établissements de santé, ou dans l'importation et la distribution en gros de produits de santé.

	<b>Titulaires d'officines</b>	<b>Adjoints d'officines</b>	<b>Fabricants, Import. Export. Distrib en gros</b>	<b>Biologistes</b>	<b>Pharmaciens en établissement de santé</b>	<b>Total</b>
<b>Nombre de pharmaciens</b>	302	305	26	87	61	781

**Tableau III : Effectifs des pharmaciens réunionnais**

La Réunion étant le plus peuplé des départements d'outre-mer, on retrouve 44% des pharmaciens inscrits à la section E, qui regroupe 1768 pharmaciens exerçant également dans les DOM que sont, la Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte ainsi que les collectivités d'outre-mer comme Saint Pierre et Miquelon, ainsi que Wallis et Futuna.<sup>38</sup>

Le nombre d'habitants par officine est plus élevé pour La Réunion avec 3367 contre 2975 pour la France entière. C'est un avantage pour les pharmacies réunionnaises qui ont davantage de clients potentiels. Nous étudierons par la suite si cet avantage n'est pas compensé par les contraintes locales comme le surstockage qui immobilise une plus grande partie de la trésorerie. La démographie des pharmaciens est sensiblement la même qu'en Métropole. La seule différence étant une moindre proportion de pharmaciens de plus de 75 ans avec 3,7% à la Réunion contre 9% en Métropole. Ces chiffres sont peu significatifs à cause du faible effectif des pharmaciens. 3,7% représente seulement 11 pharmaciens. Si trois pharmaciens se retirent la même année, on constatera une variation de leur tranche démographique qui passera de 3,7 à 2,6%. Ce qui est une forte variation mais peu représentative à cause de son faible effectif.<sup>39</sup>

La répartition des pharmaciens par spécialités ainsi que la démographie de ces derniers est donc sensiblement identique à La Réunion et en Métropole. En revanche, il est plus difficile pour un jeune pharmacien de trouver du travail à la Réunion du fait de son attractivité. En effet, de nombreux jeunes essayent de vivre quelques années dans les DOM après



l'obtention de leurs diplômes, afin de profiter du cadre de vie plaisant tout en commençant à acquérir de l'expérience sur le marché du travail. La demande est bien plus forte que l'offre, ainsi les opportunités d'emplois qui étaient nombreuses il y a encore 15 ans, deviennent de plus en plus rares.

Forme juridique	Réunion (société.com)		Métropole (KPMG®)	
	Nombre	%	Nombre	%
Individuel	3	<b>1,5</b>	128	<b>26</b>
SNC	12	<b>6</b>	70	<b>14</b>
SARL et EURL	59	<b>29,5</b>	108	<b>22</b>
SEL	126	<b>63</b>	195	<b>39</b>
Total	200	<b>100</b>	501	<b>100</b>

**Tableau IV : Répartition des officines selon la forme juridique**

Notre échantillon n'étant pas assez important pour tirer des conclusions quant aux formes juridiques utilisées préférentiellement à La Réunion, nous avons pu trouver les formes juridiques utilisées pour l'exploitation de 200 officines réunionnaises, soit près de 80% des pharmacies insulaires. Cependant, il est très probable que dans les 50 officines réunionnaises non analysées, il y ait beaucoup de structures individuelles. Souvent plus petites, société.com ne dispose d'aucune information sur elles. D'autant que selon l'Ordre national des pharmaciens il n'y aurait que 187 officines en société, donc 61 officines exerceraient en individuel, ce qui est similaire aux proportions continentales (**72% en Métropole vs 74% à la réunion**)<sup>40</sup>. Les disparités régionales observées entre le nombre de pharmacies en individuel nous contraignent donc à relativiser leur proportion dans ce tableau. En revanche nous pouvons observer les autres formes juridiques pour constater (lorsqu'on exclut les formes individuelles de l'ensemble), qu'il y a une proportion moindre de SNC à La Réunion, autant de SARL ou d'EURL, et davantage de SEL.

A propos des syndicats des pharmaciens d'officine, leurs missions sont les mêmes qu'en Métropole avec quelques particularités supplémentaires comme la négociation des coefficients de majoration avec la branche locale de la sécurité sociale. A noter les

différences entre les résultats lors des élections de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de santé).

	<b>Réunion</b>	<b>Métropole</b>
<b>FSPF</b>	51%	49%
<b>UNPF</b>	32%	8%
<b>USPO</b>	17%	43%

**Tableau V : Résultats des élections URPS 2015**

Avec moins de 10%, l'UNPF a perdu sa représentativité ainsi que le droit de négocier avec l'assurance maladie. A la Réunion, ce dernier s'est maintenu en finissant second, au détriment de l'USPO.

## **2.2 Les particularités du circuit**

### **2.2.1 Le transport**

Le transport, son coût, et ses délais impacteront toute la chaîne du médicament en modulant les prix à travers différents coefficients, des répartiteurs jusqu'aux officines.

Le transport des médicaments et l'organisation logistique sont assurés par les répartiteurs, qui achètent en Métropole, au même prix que leurs confrères sur le continent, les médicaments aux différents laboratoires. En effet, nous avons expliqué précédemment que les achats étaient exécutés au niveau national en regroupant les besoins des différentes agences.

Les médicaments thermosensibles ou ceux qui doivent arriver rapidement seront expédiés en avion et réceptionnés sous 24 à 72 heures. Certains médicaments seront transportés en « avions lignes » reliant quotidiennement la Métropole à La Réunion, ou dans un « avion cargo » pour les commandes plus volumineuses. Ce dernier effectue un trajet hebdomadaire entre La Réunion et la Métropole. Afin de choisir le moyen de transport le plus adapté, il convient d'analyser le rapport entre le coût d'acheminement et le prix d'achat du médicament. Pour les médicaments chers et peu volumineux, il peut être intéressant de les importer par avion. En revanche, il y a peu d'intérêt à faire venir un produit de santé volumineux mais peu coûteux, car les « frais d'approche » annihilent la marge prévue.

Les autres médicaments et divers produits de santé seront expédiés en bateau pour un long parcours de plus de deux mois, exposés à de nombreux aléas pouvant retarder leur arrivée. La période entre l'enregistrement d'une commande et la livraison des médicaments au port de départ en Europe, peut durer jusqu'à vingt jours. Les commandes ne sont parfois relevées et traitées par les laboratoires qu'une fois par semaine. Le second temps consiste à l'emportage, c'est à dire la mise en container et la mise en bateau. Cette opération est gérée par des transitaires désignés par les répartiteurs. Lors du troisième temps le bateau navigue et fait différentes escales, pour des ravitaillements, des déchargements ou parfois pour transborder des containers qui continueront leurs routes sur d'autres cargos. Lorsqu'il n'y a aucun problème au cours du trajet, les bateaux arrivent à la ville du Port, à La Réunion, après plus d'un mois et demi en mer. Leur chemin n'est pas fini car les déchargements au Port ainsi que le dédouanement ne sont pas immédiats et peuvent être largement retardés par des grèves qui peuvent durer jusqu'à trente jours consécutifs comme en 2014. Il faut

également prendre en compte la localisation de l'île, afin de nous aider à comprendre la problématique. Les Mascareignes sont en fin de course pour les transporteurs maritimes. Il n'y a pas de lignes permettant de faire des escales à La Réunion. Cela réduit le nombre de passages des compagnies maritimes. Ainsi les répartiteurs ont peu de solutions alternatives en cas de problème logistique avec leurs transporteurs.

Les répartiteurs ont le choix entre 3 compagnies maritimes qui sont Mersk<sup>®</sup>, la CMA-CGM<sup>®</sup> ainsi que MSC<sup>®</sup>. Quant au transit aérien, La Réunion n'est desservie que par trois compagnies qui sont Air France<sup>®</sup>, Air Austral<sup>®</sup> ainsi que Corsair<sup>®</sup>, voire Air Mauritius<sup>®</sup> lors de circonstances exceptionnelles. Bien qu'il y ait de la concurrence, les transitaires partenaires des répartiteurs restent souvent les mêmes au cours des ans pour conserver une certaine stabilité et une fiabilité entre ces deux partenaires. Des contrats de volumes sont passés entre les compagnies aériennes et le répartiteur, qui s'engage à utiliser un certain nombre de mètres cube hebdomadaire. Si la compagnie ne peut assurer le vol, le répartiteur ne pourra pas forcément se reporter sur une autre compagnie car elle n'aura pas de contrat de volume régulier avec cette dernière.

Certains événements extérieurs et non maîtrisables peuvent bloquer totalement l'approvisionnement en médicaments comme l'éruption du volcan islandais Eyjafjöll en 2010, qui a empêché tout avion d'approvisionner La Réunion depuis la Métropole durant près de 15 jours. Des grèves dans les ports de départ, d'escale ou d'arrivée peuvent également retarder l'acheminement. Lorsque le port est en grève, certains bateaux sont dérottés vers l'île Maurice pour patienter, le temps que les négociations syndicales aboutissent à une ré-ouverture du port. Mais lorsque la situation se débloque, les bateaux doivent revenir, et attendre qu'il y ait des moyens humains suffisants pour les décharger, ce qui peut encore retarder la livraison de plusieurs semaines. Ainsi des ruptures pourraient apparaître dès 2 à 3 semaines de grève. Lorsque des grèves durent longtemps, les répartiteurs utilisent prioritairement l'approvisionnement par avion pour compenser. Malheureusement les avions ont un coût élevé et sont vite saturés ; les volumes disponibles dans les avions cargos sont souvent réservés à l'avance, et il est difficile de trouver au dernier moment un avion-cargo avec un excédent de place pour nos médicaments.

Un effet de panique vient s'ajouter aux grèves. Les officines vont massivement commander certains médicaments, de peur que la grève ne bloque trop longtemps l'approvisionnement et ne crée de longue rupture. Les premières officines à commander étant les premières

servies, les officines suivantes se retrouvent en rupture et ne peuvent plus commander chez le répartiteur qui a déjà vendu tout son stock aux premières officines !

Enfin, la législation des douanes pose parfois une règle de priorité établissant les denrées périssables comme devant passer avant les médicaments. Nous nous retrouvons dans des situations où des palettes de médicaments sont débarquées des avions ou des bateaux afin d'être remplacées par des denrées alimentaires festives comme des huîtres en décembre ! Il y a quelques années en pleine période de conjonctivite, un répartiteur local a dû faire intervenir des officiers de la police judiciaire pour réembarquer les collyres, qui avaient été enlevés au dernier moment de l'avion à plusieurs reprises.

Le transport dure donc au minimum 45 jours et peut durer au-delà de 3 mois si un événement extérieur perturbe le trajet. Il faut donc bien anticiper les commandes et les différents aléas pouvant intervenir afin de ne pas s'exposer à de longues ruptures de stocks. Les répartiteurs ont pour obligation légale de détenir 95% des médicaments référencés sur le marché français, ce qui les contraint à une bonne gestion des stocks.

## **2.2.2 La chaîne du froid : cas des contraintes liées aux Médicaments Dérivés du Sang (MDS)**

En prenant en compte les conditions de stockage, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), classe les médicaments selon trois catégories.

1/ Les médicaments à conserver entre +2° et +8°C, dont font partie les MDS, qui seront majoritairement expédiés par avion car leur volume est peu important et leur prix souvent élevé, or l'approvisionnement par avion permet justement de moins stocker ces médicaments sensibles et coûteux, afin de limiter le risque de perte. Ces médicaments sont transportés dans des boîtes isolantes qui contiennent des pains de glace plus connues sous le nom de « Qualibox ». Elles garantissent une température inférieure à +8°C pendant 96 heures, sans provoquer de congélation ; il ne doit donc pas y avoir de contact entre le médicament et les pains de glace. La principale contrainte de ces boîtes est leur volume important, car la boîte de médicaments, même si elle est petite, sera entourée et espacée de plusieurs pains de glace, le tout dans une boîte isolante encore plus grosse. Or le tarif du transport aérien étant fixé en fonction du volume et du poids transporté, l'importation de cette boîte aura un coût relativement élevé du à son emballage spécifique. Ils peuvent également être importés en bateau, dans des containers réfrigérés. Ces derniers sont alimentés en électricité durant les deux mois de trajet, ce qui peut s'avérer très coûteux également. C'est pour ces raisons que le transport de ces médicaments se fait principalement par avion. Des sondes déposées dans ces Qualibox relèvent les températures tout au long du transport. Lors de la réception des médicaments par le répartiteur, il doit connecter la sonde en réseau pour envoyer les relevés de température au laboratoire. Ni le transitaire, ni le répartiteur n'ont accès directement aux résultats de ces sondes. Seul le laboratoire, peut à distance, regarder les valeurs et décider ou non de la libération du lot si ces résultats sont conformes aux exigences.

Cependant, l'ANSM a fixé une liste de critères à respecter afin d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché. On retrouve dans ces exigences, une certaine stabilité des médicaments face à la chaleur :

2/ Pour les médicaments à conserver à une température inférieure à +25° ou +30°C, l'ANSM exige que le dépassement ponctuel de quelques jours à plusieurs semaines de ces températures n'ait pas de conséquences sur la stabilité ou la qualité de ces médicaments.

Les études de stabilité doivent montrer une absence de dégradation après plusieurs semaines à une température constante supérieure à +40°C. Ils peuvent donc aisément être importés par bateau avec des sondes relevant les températures tout au long du voyage.

3/ Enfin pour les médicaments sans mention particulière de conservation (conservation à température ambiante), ils ne craignent pas une exposition à des températures élevées. Les essais de stabilité ont montré l'absence de dégradation après exposition pendant 6 mois à des températures supérieures à 40°C.<sup>41</sup>

### 2.2.3 Les ruptures de stock

Le stockage de grandes quantités de médicaments est indispensable pour éviter des ruptures des stocks. La loi métropolitaine oblige les grossistes à détenir au moins quinze jours de stocks. Les aléas climatiques, sociaux voire géopolitiques survenant lors de l'approvisionnement contraignent les répartiteurs à immobiliser près de cinq mois de stock. En effet deux mois de stocks sont immobilisés dans des containers en transit vers la Réunion par bateau : c'est ce qu'on appelle le stock flottant. Il faut ajouter 3 mois de stocks physiques qui sont dans les entrepôts des répartiteurs, à la Réunion. Les charges financières sont donc beaucoup plus importantes qu'en Métropole. Pour exemple, un stock qui tournerait en trois semaines en Métropole, ne sera renouvelé que tous les deux ou trois mois à la Réunion. L'un des grossistes principaux aurait 12 à 13 millions d'euros immobilisés en stock pour un chiffre d'affaires de 60 millions. Il y a donc près d'un cinquième du CA qui est immobilisé en stocks.

L'autre contrainte générée par ces immobilisations plus importantes concerne la surface nécessaire pour le stockage. Il faut 6500 m<sup>2</sup> pour effectuer correctement leurs opérations quotidiennes, lorsqu'il n'en faudrait que 3000 m<sup>2</sup> pour une agence équivalente en Métropole. Les charges locatives ou d'accès à la propriété sont plus élevées qu'en Métropole ce qui augmente encore les frais des répartiteurs. Enfin, les banques pratiquent des taux d'emprunt qui seraient jusqu'à 1% supérieur par rapport à ceux pratiqués en Métropole.

Les conséquences de ce stockage plus important sont certes une grosse immobilisation financière mais également des pertes qui sont bien plus conséquentes qu'en Métropole. Certains médicaments rares et chers ne sont distribués qu'à deux ou trois patients sur toute l'île. Si un patient change de traitement, est hospitalisé ou décède, le répartiteur peut encaisser une perte sèche de 15000 euros car le médicament ne peut pas toujours être renvoyé en Métropole ou d'en d'autres régions éloignées. On ne peut compter que 250 officines à qui revendre ce médicament contre plusieurs dizaines de milliers en Métropole. Il y a encore quelques années, les laboratoires étaient obligés de reprendre les médicaments périmés, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui, laissant l'impact financier de la perte aux répartiteurs et aux officinaux.



Les ruptures de stocks peuvent donc être dues à des événements extérieurs comme nous l'avons vu dans la partie traitant du transport, mais d'autres phénomènes peuvent créer des ruptures. Pour les médicaments à faible rotation (2 boîtes délivrées sur l'île tous les 3 mois), tout nouveau patient entrainera une rupture. Pour les médicaments à faible rotation, les ruptures ont souvent lieu en période d'épidémie. Lors de l'épidémie de Chykungunya, les ventes de Doliprane® ont été multipliées par huit. Un autre problème vient s'ajouter, il s'agit des flux directs. Pour les médicaments en OTC comme le Doliprane®, de nombreuses officines ont du flux direct en commandant directement au laboratoire. Mais les répartiteurs n'ont pas accès à ces informations et basent leurs prévisionnels en fonction des demandes actuelles. Comme les officines ne passent pas directement par eux, ils ne voient pas l'explosion des demandes de Doliprane®. Lorsque les stocks de flux direct sont terminés, toutes les officines se rabattent sur les répartiteurs, qui se retrouvent dévalisés en quelques jours. Il suffit d'un effet d'annonce, comme en 2013 où une rupture momentanée de Levothyrox® en Métropole a fait paniquer les officines réunionnaises qui ont commandé un grand nombre de boîtes pour sur-stocker afin de se mettre à l'abri d'une éventuelle pénurie de la part des grossistes. Les répartiteurs avaient pourtant plusieurs mois de stock, mais les premières officines à commander sont les premières servies, ce qui a créé une rupture de plusieurs semaines qui n'aurait pas dû avoir lieu au regard des stocks suffisants des trois répartiteurs.

Enfin, une erreur concurrentielle de l'un des trois grossistes pourra fortement impacter les deux autres. Si l'un des répartiteurs commet une erreur et ne commande pas assez d'unités d'un certain médicament, les officines clientes vont alors se déporter chez les deux autres grossistes pour obtenir ces médicaments. Ces derniers n'ayant pas prévu une augmentation de vente de 20 à 50%, leur stock s'épuise en quelques semaines alors qu'il aurait dû tenir deux ou trois mois.

Nous comprenons que l'équilibre de l'approvisionnement est très fragile et largement impacté par divers événements extérieurs non maîtrisables. Des erreurs provenant des officines, des répartiteurs, des laboratoires ou des transitaires se répercutent très rapidement sur les autres acteurs du circuit du médicament, créant des ruptures de stocks ou des retards dans l'approvisionnement. Les trois mois de stocks permettent le plus souvent aux répartiteurs de ne pas être en rupture malgré des retards d'approvisionnement. Les grossistes constatent qu'il y a moins de ruptures à La Réunion qu'en Métropole malgré la complexité

du circuit. Nous sommes donc face à un paradoxe dans lequel les DOM comme la Réunion sont à la fois plus préservés qu'en Métropole tout en étant plus exposés aux diverses sources de rupture de stock !

### 3. Les particularités économiques

#### 3.1. Taxes applicables localement

##### 3.1.1 TVA, délais pour baisse de prix et déremboursements

En tant que département français, la Réunion se doit, d'appliquer une TVA sur l'importation et la vente de produits de santé ou de biens. Seules la Guyane et Mayotte ont une exonération provisoire de TVA. L'article 294 du Code Générale des impôts (CGI)<sup>42</sup> précise les conditions d'application de la TVA aux importations et exportations. Cet article précise, que toute expédition depuis La Réunion vers la Métropole ou un autre pays de l'U.E, est considérée comme une exportation de biens. Il en est de même pour toute expédition depuis la France métropolitaine vers La Réunion. La TVA est donc applicable sur les activités de transports des produits de santé.

Les taux de TVA sont réduits par rapport à la Métropole pour compenser les coûts de vie plus élevés, afin de préserver le pouvoir d'achat des habitants.

Métropole		Réunion	
Taux de TVA	Produits concernés	Taux de TVA	Produits concernés
2,1%	-Médicaments remboursables	2,1%	- Médicaments remboursables ou non
5.5%	-Vente et location matériel médical*		- Vente matériel médical*
			- Petit appareillage**
10%	-Médicaments non remboursables	8,5%	-Location matériel médical*
20%	-Parapharmacie -Médicaments vétérinaires		-Parapharmacie -Médicaments vétérinaires

\*Appareillages handicapés, lits médicalisés, tire lait, aérosols, ...

\*\*Autopiqueurs, lecteurs glycémiques, sondes, stomies, ...

**Tableau VI : Taux de TVA applicables en Métropole et à La Réunion**

Lors des changements de taux de TVA ou des déremboursements de médicaments, les officinaux disposent comme en Métropole de délais pour écouler leurs stocks achetés aux grossistes ou aux laboratoires avant le changement de prix. Par la suite, toute nouvelle commande du médicament concerné devra être vendue au nouveau prix ou sans remboursement. Les stocks étant plus conséquents à La Réunion comme expliqué précédemment, il est normal que les officinaux disposent d'un peu plus de temps avant de mettre en application les changements. Des contrôles de la sécurité sociale permettent de s'assurer qu'il n'y ait pas de fraudes, comme ce serait le cas si des pharmacies continuaient à vendre des médicaments à l'ancien prix, plus élevé, alors que le stock est nouveau, donc acheté au nouveau prix, moins cher.

Rappelons que la TVA réglée lors de l'achat d'un médicament par un grossiste ou un pharmacien, est déductible de la TVA due par ces derniers lors de la revente de ce produit.

Exemple : Le grossiste achète un médicament 100€ Hors taxe (HT) au fabricant. Il le payera 102,1€ TTC soit 2,1€ de TVA que perçoit l'Etat. Il a le droit de le revendre 132,7€ HT, suite à l'application du coefficient répartiteur (développé dans la partie 3.2.2). Lorsque l'on ajoute 2,1% de TVA, on obtient un prix de vente du répartiteur au pharmacien de 135,50€, le répartiteur a donc récolté 2,80€ de TVA. Mais il en a déjà réglé 2,10€ lors de l'achat au fabricant. Cette somme va donc venir en déduction de la TVA qu'il reste au répartiteur à régler à l'Etat. Il devra donc régler 0,70€ à l'Etat qui correspond à la taxe sur la Valeur ajoutée que le répartiteur a produite.

### 3.1.2 Les octrois de mer

L'octroi de mer est l'une des plus anciennes taxes du système fiscal français. Les octrois sont des taxes apparues au Moyen Age, lorsque le Roi accordait à certaines villes dont les revenus ne suffisaient pas à couvrir leurs besoins, la possibilité de lever des impôts à leurs profits. Le premier vrai « octroi de mer » voit le jour en 1670 sous la forme d'une taxe de 1% sur tout produit entrant en Martinique. Cette taxe sera modifiée, suspendue et réinstaurée de nombreuses fois à partir de la Révolution française et n'a été appliquée que tardivement à La Réunion et en Guadeloupe.<sup>43</sup>

Depuis la loi du 2 août 1984 relative aux compétences des régions d'outre-mer, ce sont les conseils régionaux qui votent les taux. Cette taxe est appliquée uniquement aux produits importés jusqu'à la loi de 1992, qui a étendu la taxation aux productions locales pour mettre en conformité cette taxe avec le principe de non-discrimination contenu dans l'Acte Unique Européen de 1986. La loi de 1992 fixant les modalités du régime fiscal de l'octroi de mer, laisse aux régions la possibilité d'accorder des exonérations de taxes à certaines productions locales pour des motifs de développement économique, soumis à l'accord de la Commission européenne.

Les octrois de mer se décomposent en deux taxes qui s'appliquent sur la valeur marchande du produit importé : l'octroi de mer (interne ou externe) ainsi que l'octroi de mer régional.

- L'octroi de mer (OM), en règle générale de 4% à La Réunion mais avec une très grande variation dans les taux d'octroi applicables en fonction du produit, allant de 0% sur les produits sanguins et jusqu'à 61,5% pour certains alcools par exemple. Les revenus sont reversés aux communes locales finançant ainsi une grande partie de leur budget. On estime que cela représentait 43% de leurs recettes fiscales dans les années 2000.

- L'octroi de mer régional (OMR), ajouté par les conseils régionaux, d'un maximum légal de 2,5%, et au profit des caisses de la région. Cela représentait environ 11% des recettes fiscales de la région dans les années 2000.

Depuis il est prolongé tous les 5 à 10 ans par les sénateurs et députés. La dernière reconduction a été votée en juin 2015 afin de proroger l'octroi de mer jusqu'en 2020. La loi de reconduction de 2004 a autorisé les écarts de taxation, voire des exonérations au bénéfice des productions locales, dans les conditions fixées par le conseil. C'est pourquoi on retrouve

un « octroi de mer interne » pour les biens produits localement, souvent plus faible que « l'octroi de mer externe » pour les biens importés.

Les revenus générés sont reversés aux communes locales. L'objectif principal n'est plus seulement d'améliorer les recettes fiscales mais également de garantir la protection de la production ainsi que celle de l'emploi local. Rappelons que le taux de chômage est près de trois fois supérieur à la Métropole. Il est aisé de comprendre que des démarches de protection de l'emploi local sont indispensables. Toute exonération de taxe sur une quelconque production locale entraîne une amélioration des finances, et peut ainsi permettre un maintien voire des créations d'emplois.

Le prix des produits pétroliers au détail par exemple, est identique sur toute l'île quel que soit la station-service. Le prix est fixé selon des coefficients que les importateurs appliquent sur le cours du baril de pétrole. Le taux de marge brute des importateurs est donc assuré quelles que soient les variations du prix du baril. Cette activité est protégée pour les mêmes raisons que l'activité de répartition pharmaceutique. Premièrement il faut préserver l'intérêt économique de l'importateur pour cette activité en assurant des taxes faibles qui permettront de maintenir son activité lucrative. Si ce n'est pas le cas, il se désengagera de cette activité déficitaire et l'île sera isolée, sans importateur de produits pétroliers ou de médicaments. La seconde raison est l'emploi. En maintenant des taxes faibles, la marge de l'importateur est suffisante pour employer des pompistes dans toutes les stations essence de la Réunion, ce qui crée des centaines d'emplois et réduit le chômage des jeunes (problème majeur et préoccupant).

En règle générale, les taux d'OM et d'OMR sont respectivement de 4% et 2,5%. Le conseil régional applique de nombreux taux, différents, en fonction du produit importé. L'importation de produits pharmaceutiques ou d'autres articles vendus en officines fait partie des nombreuses exceptions à la règle.

	<b>Taux OM</b>	<b>Taux OMR</b>
Produits pharmaceutiques*	<b>3%</b>	<b>2%</b>
Parapharmacie (huiles essentielles, cosmétiques)	<b>15,5%</b>	<b>2,5%</b>
Compléments alimentaires	<b>15,5%</b>	<b>2,5%</b>
Equipements ou appareils destinés à l'usage de personnes handicapées	<b>0%</b>	<b>0%</b>
Articles d'orthopédie	<b>0%</b>	<b>0%</b>

\* Sauf : Sang et médicaments à usage humains, ainsi que les insecticides pour bétails (Butox<sup>®</sup>) qui sont exonérés de tout octroi de mer.

#### **Tableau VII : Taux d'octroi de mer par catégorie de produits**

Enfin une taxe portuaire de 3,59€ par tonne sera également facturée par le transitaire lors du dédouanement, afin de financer les infrastructures portuaires, ainsi qu'une taxe informatique de 10€ s'appliquant toutes les 5 lignes facturées.

## 3.2 Les coefficients applicables

### 3.2.1. Les coefficients de majoration en officine

Nous venons d'aborder les contraintes auxquelles font face les répartiteurs pharmaceutiques et les officinaux. Ces contraintes logistiques, organisationnelles et financières ne pourraient pas être supportables si les prix de vente et de remboursement des médicaments étaient identiques à la Métropole. Les marges commerciales seraient insuffisantes voire inexistantes, rendant ces activités non lucratives, et donc non viables. Il existe alors, de nombreux coefficients de majoration de prix de vente et de remboursement, fixés par la législation, en fonction du type de médicament ou produit vendu. Le texte de loi le plus récent est l'arrêté du 7 Février 2008 fixant les coefficients de majorations applicables aux prix de vente des médicaments remboursables dans les départements d'outre-mer. Ainsi les officinaux ont le droit de vendre les médicaments remboursables en appliquant un coefficient de majoration sur le prix de vente TTC pratiqué en Métropole. Chaque DOM a son coefficient propre, qui a été fixé en fonction du niveau de vie, de l'éloignement de la Métropole, des négociations entre les syndicats locaux et les organismes de sécurité sociale, ainsi que de nombreux autres facteurs.

#### **Coefficient de Majoration Du prix public TTC pratiqué en Métropole**

Martinique	1,323
Guadeloupe	1,323
<b>Réunion</b>	<b>1,264</b>
Guyane	1,34

**Tableau VIII : Coefficient de majoration du prix de vente des médicaments  
remboursables**

Ce coefficient vient compenser le prix d'achat plus élevé des médicaments chez les répartiteurs locaux par rapport au même médicament acheté en Métropole afin de conserver une marge commerciale vitale pour l'économie de l'officine.



Les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ne sont pas tous remboursés avec la même majoration.

les produits appartenant au chapitre pansement (sparadrap, coton, compresses, bandes, pansements hydrocolloïdes, pansements secs ou humides, ...) sont soumis à des majorations de prix de remboursement vis-à-vis de ceux pratiqués en Métropole suite à des accords de branche entre les syndicats et les caisses d'assurance-maladie suivantes : la CGSS (caisse générale de sécurité sociale de La Réunion), la SLI (section locale interministérielle – caisse des fonctionnaires), et la MGEN (mutuelle générale de l'éducation nationale) .Le prix de vente remboursé pour leurs adhérents sera alors le prix d'achat HT remisé multiplié par 1,67. En revanche pour d'autres caisses comme la RAM (réunion des assurances maladies) ou CNMSS (caisse nationale militaire de sécurité sociale) le prix de remboursement sera le prix d'achat hors-taxes multiplié par 1,20 , ce qui occasionne de nombreux dépassements pour ces assurés.

	<b>PAHT grossiste remisé</b>	<b>LPP facturé avec accord de branche</b>	<b>LPP facturé sans accord de branche</b>
<b>Bande crepe 4x10cm</b>	1.10 €	1.84 €	1.03 €
<b>Duoderm EM<sup>®</sup> 6x11 cm</b>	17.37 €	29,09 €	19,40 €

**Tableau IX : Exemple des différences de prise en charge des caisses de sécurité sociale**

Les pharmaciens ne pouvant vendre à perte, ils seront obligés de facturer un dépassement de remboursement aux assurés dépendant des caisses n'ayant pas signé l'accord avec les syndicats. Le même produit pour les autres assurés sera intégralement pris en charge par leurs caisses de sécurité sociale.

Les produits d'orthopédie (collier cervical, ceintures lombaires, chevillières, attelles diverses, ...) sont remboursés au tarif LPPR de la Métropole, majoré d'un coefficient de 1,40. Ce coefficient élevé est justifié par les volumes importants de ces produits. Les frais d'approche étant indexés sur les volumes et le poids des marchandises, il est normal que

l'approvisionnement par bateau ou avion, en produits d'orthopédie volumineux ait un coût plus élevé que pour les boîtes de médicaments, peu volumineuses. Par exemple, le volume d'une attelle articulée de genou est équivalent au volume de 500 boîtes de Paracétamol ! D'un autre côté une seule boîte de poches pour stomies, a un volume équivalent à dix boîtes d'attelles de poignets. Ce coefficient repose donc sur une estimation de moyenne.

Cependant, le prix d'achat final de ces produits orthopédiques (comprenant le coût du transit et les différentes taxes), pour les officines réunionnaises est le plus souvent inférieur à 1,4 fois le prix d'achat métropolitain. Cette majoration permet de vendre certaines attelles sans dépasser le tarif LPPR, lorsque cette même orthèse aurait un dépassement de 10 ou 20€ en Métropole. De nombreux pharmaciens réunionnais décident d'appliquer un coefficient inférieur à 1,4 voire à ne pas appliquer de coefficients pour éviter au patient d'avoir à payer un dépassement de remboursement. Ces pharmaciens diminuent leurs marges sur ces produits, voire l'abandonnent dans certains cas.

Le coefficient reflétant seulement une moyenne, on observe une grande diversité des marges officinales en fonction des références. Il est donc important de choisir judicieusement les références à commander en fonction du prix d'achat remisé et du prix de vente, mais également d'essayer d'acheter en direct (quitte à stocker pour une durée raisonnable), afin de mieux rémunérer cet acte de délivrance souvent chronophage (prise de mesure, essayage, délivrance).

	<b>PAHT remisé grossiste Réunion</b>	<b>LPP Métropole</b>	<b>LPP Réunion</b>
<b>Ceinture THUASNE Lombastab® 21cm</b>	58.09 €	47.18 €	66.06 € Marge faible
<b>Ceinture THUASNE Lombacross® 26cm</b>	44,32 €	52,13 €	78,20€ Marge importante

**Tableau X : Exemples de facturation d'articles d'orthopédie**

Enfin les autres produits inscrits à la LPPR comme les seringues, aiguilles, et kits pour diabétique ou bien les poches à stomies, les sondes et les produits diététiques sont remboursés au LPPR métropolitain majoré d'un coefficient de 1,20, car moins volumineux que les attelles

### **3.2.2 Le coefficient de majoration répartiteur**

L'arrêté du 7 février 2008 fixe les coefficients de majoration applicables aux prix de ventes des médicaments dans les départements d'outre-mer. Ces coefficients sont autorisés afin de compenser les coûts du transport, les frais de douanes ainsi que le surstockage nécessaire.

Les coefficients applicables aux répartiteurs réunionnais sont plus faibles que ceux retrouvés en Guadeloupe, Martinique ou Guyane. Comme pour les officinaux, ces différences de coefficients entre les DOM sont dues aux dissimilarités de coûts des routes maritimes empruntées, des négociations entre les syndicats locaux et la branche local de la sécurité sociale, ainsi que du niveau de vie et du pouvoir d'achat des habitants.

Contrairement aux officines qui appliqueront toujours le coefficient de 1,264, les répartiteurs réunionnais ont plusieurs coefficients de majoration, variant en fonction de la tranche de prix dans laquelle se situe le médicament en question.

<b>POUR UN PRIX FABRICANT HT (PFHT)</b>	<b>COEFFICIENT Réunionnais</b>
0 et 22,90 €	<b>1,330</b>
22,91 € et 150 €	<b>1,327</b>
150,01 € et 620€	<b>1,325</b>
Au-delà de 620 €	<b>1,325</b> pour les 620 premiers euros, puis <b>1,264</b>

**Tableau XI : Coefficient de vente des médicaments par les répartiteurs réunionnais**

On constate qu'à partir de 620€, le coefficient de majoration est identique à celui qu'on retrouve en officine.

Ce mode de rémunération est donc bien différent de ce que l'on retrouve chez les répartiteurs métropolitains. Ces derniers n'ont pas de marge dégressive lissée, mais une marge lissée de 6,68% de 0 à 450 €, avec un minimum de rémunération par boîte de 0,30€ ainsi qu'un maximum à 30,06€. Pour un répartiteur métropolitain, la vente d'une boîte de médicaments à 1000€ ne permet donc pas de faire plus de bénéfice que lors d'une vente d'une boîte à 450€.

<b>PFHT</b>	<b>Rémunération répartiteur ou Coefficient métropolitain</b>
0 à 4,5€	<b>0,30 €</b>
4,5 à 450€	<b>1,0668</b>
Au-delà de 450€	<b>30,06 €</b>

**Tableau XII : Coefficient de vente des médicaments par les répartiteurs  
métropolitains**

## 3.3 Analyse de l'activité des officines réunionnaises

### 3.3.1 Méthodologie

En France métropolitaine, nous retrouvons différentes moyennes des indices sectoriels des officines. Cela nous permet d'appréhender la santé financière du secteur ainsi que ses évolutions. Différentes agences comptables ont construit des statistiques à partir des comptes de leurs pharmacies clientes métropolitaines. Les bilans et comptes de résultats sont en effet, très souvent sous-traités par des agences comptables. N'ayant pas suffisamment d'officines adhérentes à la Réunion, ces agences n'ont pas réalisé de moyennes des indices sectoriels régionaux. Il serait pourtant intéressant d'observer comment les différentes spécificités du circuit du médicament à La Réunion, impactent les performances de gestion.

Nous avons donc constitué un échantillon de 34 officines réunionnaises de différentes tailles : C.A de moins de 500 K€ à plus de 5000 K€, réparties sur tout le département réunionnais. Certaines sont situées dans des zones à forte densité comme la capitale Saint Denis, ou d'autres grandes villes comme Saint-Paul ou Saint-Pierre, tandis que certaines sont plus isolées, dans les hauteurs de l'île par exemple ou au sein d'un des Cirques. Les pharmaciens étant d'une manière générale peu enclins à partager leurs résultats, ou de parler de leurs performances économiques, nous nous sommes affranchis de leur autorisation en sélectionnant toutes les liasses fiscales exploitables, disponibles publiquement et gratuitement sur le site [societe.com](http://societe.com). Légalement, toutes les sociétés doivent déposer leurs comptes annuels au greffe du tribunal de commerce. Nous constatons, que certaines pharmacies refusent de rendre publiques leurs liasses fiscales (du moins sur le site [societe.com](http://societe.com)), afin de dissimuler à leurs confrères leurs résultats. Ces sociétés s'exposent à une éventuelle amende.

**Avec 34 pharmacies, notre échantillon représente 14% des 250 pharmacies réunionnaises. Il est varié dans sa composition, que ce soit en fonction de sa localisation, de son CA, ou de sa patientèle.**

Afin de comparer les résultats qui ressortiront de cette analyse avec les moyennes sectorielles métropolitaines, nous nous baserons principalement sur les données recueillies en Métropole par les cabinets comptables KPMG<sup>®</sup> et Fiducial<sup>®</sup>.

Précisons que ces agences comptables disposent de toutes les données des liasses fiscales, puisqu'ils réalisent eux-mêmes la comptabilité de ces officines. Ils détiennent de nombreuses informations qui ne sont pas détaillées dans les liasses fiscales disponibles sur « societe.com ». Il nous manque certaines données nécessaires pour effectuer des comparaisons fiables avec les indices sectoriels métropolitains. Par exemple les rémunérations des titulaires sont souvent incluses dans l'ensemble des salaires versés à tout l'effectif et ne peuvent donc pas être appréciés individuellement. Or afin d'analyser la masse salariale, les cabinets comptables ne prennent pas en compte les rémunérations des titulaires, qui peuvent se présenter sous différentes formes (salaires, dividendes, remboursement d'un auto-prêt, ...). Il sera par conséquent pas possible de comparer certains indices soit par manque de données, soit à cause de méthodes de calculs différents.

Afin d'avoir un échantillon suffisant, nous avons été obligés de sélectionner quelques pharmacies ayant publié leurs comptes en 2014 mais pas en 2015. L'essentiel était d'avoir les bilans et comptes de résultats de deux années consécutives afin d'observer les évolutions.

Les données de KPMG<sup>®</sup> que nous utiliserons en comparaison, sont issues de leur 24<sup>°</sup> édition de l'analyse sectoriel des pharmacies, et correspondent aux moyennes professionnelles de l'année 2015. Leur échantillon est composé de 501 officines issues de leurs 1500 clients.

Les données Fiducial<sup>®</sup> ont été construites à partir de 530 officines issues des 1600 pharmacies clientes. Fiducial<sup>®</sup> analyse les indices sectoriels en fonction de la zone de chalandise : pharmacie rurale, de centre-ville, de quartier ou de centre commercial. Cela est intéressant pour analyser plus finement les différences entre pharmacies. Malheureusement, parmi nos pharmacies réunionnaises nous n'avons pas ces informations. Nous ne ferons donc pas de distinction en fonction de la zone de chalandise.

Un autre critère important est le CA des officines. Mais les tranches de CA utilisées par Fiducial<sup>®</sup> ne sont pas les mêmes que celles utilisées par KPMG<sup>®</sup> (5 tranches Vs 3 tranches différentes). Nous préférons donc souvent utiliser les données de KPMG<sup>®</sup>, plus nombreuses, plutôt que celles de Fiducial<sup>®</sup>. Lorsque les critères sont identiques, les données

de Fiducial® seront également prises en compte afin de diversifier nos sources de comparaisons métropolitaines.

Les officines métropolitaines choisies par ces cabinets ont donc ainsi été sélectionnées avec certains biais : élimination de certains résultats « hors norme », retraitements de données, élimination des bilans ayant changé de date de clôture d'une année sur l'autre, ...

Ces deux cabinets ont utilisé des échantillons de 500 officines ce qui représente 2 à 3% des 22000 pharmacies métropolitaines. Notre échantillon représentant 14% des pharmacies réunionnaises, bien qu'ayant un effectif moindre, reste pertinent.

**Les biais dans les sélections d'échantillons ainsi que les divergences sur les méthodes de calculs, nous obligent à regarder nos résultats ainsi que ceux des cabinets comme des indicateurs de tendances et en aucun cas comme des normes sectorielles officielles.**

### 3.3.2 Chiffre d'affaires et évolution

Le chiffre d'affaires correspond aux ventes de médicaments et de parapharmacie ainsi qu'aux prestations de service comme la location de matériel médical. Il comprend également les honoraires de dispensation ainsi que les rémunérations sur objectif de santé publique comme les primes sur la substitution générique. Nous avons décidé de classer les pharmacies selon les trois tranches de CA choisies par KPMG®.

Tranche de C.A	Réunion	Métropole KPMG®	Métropole Fiducial®
< 1100 K€	15%	31%	-
De 1100 à 2200 K€	44%	54%	-
> 2200 K€	41 %	15%	-
<b>C.A Moyen</b>	2087 K€	1533 K€	1498 K€

**Tableau XIII : Répartition des officines selon le chiffre d'affaires :**

Les pharmacies de notre échantillon sont en moyenne 33% plus grosses avec un CA moyen de 500K€ de plus que la moyenne métropolitaine ! Alors qu'en Métropole, plus de la moitié des officines se trouve dans la tranche intermédiaire et seulement 15% au-dessus de 2200K€, la composition de notre échantillon est bien différente. On retrouve deux fois moins de petites officines et près de 3 fois plus de grosses.

**Les prix d'achats et de ventes plus élevés à La Réunion qu'en Métropole permettent logiquement, à volume de vente égal, de produire un chiffre d'affaire supérieur. Nous avons également observé que le nombre d'habitants par pharmacie est bien supérieur sur l'île (3367 contre 2975).**

**La combinaison de ces deux explications justifie en grande partie, l'écart observé entre les CA.**



	Réunion	Métropole KPMG®	Métropole Fiducial®
<b>CA &lt; 1100 K€</b>	- 0,6 %	-1,4 %	-
<b>CA de 1100 à 2200 K€</b>	- 0,2 %	- 0,2 %	-
<b>CA &gt; 2200 K€</b>	1 %	1,4 %	-
<b>Moyenne</b>	0,23 %	0,12 %	-0,98%

**Tableau XIV : Evolution du Chiffre d'affaires 2014/2015 par tranches de CA**

Nous retrouvons la même tendance qu'en Métropole : Les petites officines ont du mal préserver leur CA et subissent une baisse par rapport au précédent exercice. La baisse de CA est plus faible pour les officines de taille moyennes (-0,2% réunion et Métropole). Quant aux grosses pharmacies, elles arrivent à sortir leurs épingles du jeu en améliorant leur CA (1% Réunion vs 1,4% Métropole). On retrouve donc un « effet taille » protecteur.

La stabilisation du CA est à noter alors que les deux années précédentes avaient enregistré un recul annuel du CA pour KPMG®. Par ailleurs, pour Fiducial® les résultats sont différents avec un CA moyen identique (autour de 1500K€). Pour 2015, l'évolution reste négative avec une baisse moyenne des C.A métropolitain de -0,98%. Cela représente la plus forte baisse de CA depuis 2004. En effet chaque année l'évolution du CA a diminué jusqu'à devenir négative à partir de 2012. La stabilisation du CA en 2015 est donc à relativiser.

<b>Evolution annuel du CA</b>	<b>Réunion</b>	<b>Métropole KPMG®</b>	<b>Métropole Fiducial®</b>
<b>D10 Décile inférieur</b>	<b>-7,0%</b>	<b>-6,6 %</b>	
<b>Q25 Quartile inférieur</b>	<b>-5,4%</b>	<b>-3,6 %</b>	
<b>M50 Médiane</b>	<b>-0,3%</b>	<b>- 0,6%</b>	
<b>Q75 Quartile supérieur</b>	<b>6,1%</b>	<b>3%</b>	
<b>D90 Décile supérieur</b>	<b>9,2%</b>	<b>6,7%</b>	
Part d'officine avec évolution négative	<b>52,9%</b>	<b>54,7%</b>	<b>60%</b>

**Tableau XV : Analyse statistique de l'évolution du CA**

Plus de la moitié des officines ont un CA qui baisse tant à La Réunion qu'en Métropole. Et pour un quart des pharmacies de notre échantillon la baisse de CA est très marquée (-5,4% sur l'exercice).

Les extrêmes sont plus marqués à La Réunion (nombre de pharmacies du décile faible). Les 10% d'officines réunionnaises enregistrant la plus forte évolution de CA atteignent en moyenne une évolution de 9,2% annuel, soit 2,5 points de plus qu'en Métropole.

A propos de « l'effet taille » il est intéressant de noter que dans le quartile supérieur de notre échantillon (25% des pharmacies ayant enregistré la plus forte hausse de CA), nous retrouvons autant d'officines ayant un CA inférieur à 1200K€, que d'officines avec un CA supérieur à 2200K€. Il en est de même dans le quartile inférieur (les 25% de pharmacies subissant les plus fortes baisses de CA) dans lequel 33% des officines ont un CA supérieur à 2200 K€. Bien que nous ayons plus de grosses pharmacies que de petites dans notre échantillon, cette observation doit nous faire relativiser « l'effet taille » de l'évolution du CA. Les grosses pharmacies ont en moyenne eu une meilleure évolution de CA, mais les données étant très variées, on retrouve aussi des grosses pharmacies subissant de fortes baisses de CA.

En revanche selon Fiducial<sup>®</sup>, en Métropole on observe un « effet taille » plus marqué, qui préserve les officines de plus de 2 millions de CA. Pour ces dernières, seulement 53% ont vu leur CA diminuer contre 63% des officines de moins de 2 millions de CA.

**Les baisses de prix et déremboursements provoquent une baisse de CA pour plus de la moitié des officines, à La Réunion, comme en Métropole.**

**L'évolution par tranches de CA montre un système officinal à plusieurs vitesses dans lequel « l'effet taille » peut jouer pour certaines officines, même si un CA important ne suffit pas à garantir une évolution positive.**

### 3.3.3 Taux de marge et évolution

Depuis le 1<sup>o</sup> Janvier 2015 le mode de rémunération des officines a changé. Les honoraires de dispensation sont rentrés en jeu afin de valoriser les conseils et le travail du pharmacien. En contrepartie la marge officinale sur de nombreux médicaments diminue. Le modèle économique de l'officine change : Le CA dépend un peu moins du prix des médicaments, et beaucoup plus du volume de boîtes vendues. L'impact de cette mesure était impossible à chiffrer avec certitude. De nombreuses inquiétudes ont logiquement émergé chez les officinaux, inquiets de voir leurs résultats amputés une nouvelle fois.

	Réunion	Métropole KPMG <sup>®</sup>	Métropole Fiducial <sup>®</sup>
<b>CA &lt; 1100 K€</b>	33,5%	32,3 %	-
<b>CA de 1100 à 2200 K€</b>	33,5%	32%	-
<b>CA &gt; 2200 K€</b>	34,9%	32%	-
<b>Moyenne</b>	34%	32 %	31,6%

**Tableau XVI : Taux de marge brut commerciale selon les strates de CA**

Le taux de marge réunionnais observé est 2,1% plus élevé qu'en Métropole. Les coefficients permettant de vendre les médicaments plus chers qu'en Métropole compensent donc les prix d'achats, de transports et de douanes plus élevés. Ce taux de marge plus élevé est censé aussi contrebalancer les charges plus élevées qu'en Métropole, à savoir le loyer, les frais bancaires, les frais de personnel... Le taux de marge seul ne suffit pas à comparer les performances des officines. Les autres indices sectoriels sont nécessaires pour appréhender la santé économique générale du secteur.

La taille de l'officine n'est pas un facteur discriminant pour le taux de marge. Plusieurs raisons à cela :

- Il faut prendre en compte la généralisation des groupements, permettant à de petites officines d'obtenir des conditions commerciales d'achats identiques aux grosses officines et d'améliorer leurs marges.
- Il faut également noter que la stratégie commerciale de certaines grosses pharmacies repose sur de gros volumes de vente à prix bas. Certaines pharmacies sont mêmes

spécialisées dans le « discount », pour attirer la clientèle et vendre davantage de parapharmacie. La marge sur chaque produit vendu est plus faible mais les volumes de ventes importants permettent d'obtenir un résultat financier élevé tout en ayant un taux de marge plus faible.

	Réunion	Métropole KPMG®
<b>D10</b> Décile inférieur	30,5 %	29,1 %
<b>Q25</b> Quartile inférieur	31,7 %	30,5 %
<b>M50</b> Médiane	34,0 %	31,9 %
<b>Q75</b> Quartile supérieur	36,3 %	33,7 %
<b>D90</b> Décile supérieur	37,3 %	35,1 %

**Tableau XVII : Analyse Statistique du Taux de marge**

On retrouve dans toutes les tranches, globalement le même écart d'environ 2%, entre La Réunion et la Métropole.

De grandes disparités de taux de marge sont relevés, sur l'île comme sur le continent entre les pharmacies. L'écart entre les 25% d'officines ayant le plus faible taux de marge et les 25% ayant le plus élevé est très important : 4,6% pour la Réunion et 3,2% pour la Métropole.

**Ces différences sont probablement liées au mix des ventes (médicaments remboursables, parapharmacie, orthopédie...) et stratégies commerciales (prix de ventes, prix et volume d'achats).**

	Réunion	Métropole
<b>D10</b> Décile inférieur	-2,7%	-6,6%
<b>Q25</b> Quartile inférieur	-1,8%	-3,5%
<b>M50</b> Médiane	0,6%	0,1%
<b>Q75</b> Quartile supérieur	2,2%	4,1%
<b>D90</b> Décile supérieur	2,8%	7,4%
<b>Part d'officines avec évolution négative</b>	<b>32,4 %</b>	<b>48,7%</b>

**Tableau XVIII : Analyse statistique de l'évolution du Taux de marge 2014/2015**

L'évolution du taux de marge par rapport à l'année précédente est légèrement supérieure à La Réunion. L'évolution est plus uniforme sur le département qu'en Métropole où les extrêmes sont très marqués. Les 10% ayant les plus fortes baisses de taux de marge n'ont perdu que 2,7% à La Réunion contre 6,6% en Métropole. Il en est de même pour les 10% ayant les plus fortes augmentations de marge, qui enregistrent seulement 2,8% à La Réunion contre 7,4% en Métropole. Notons la moindre part d'officines réunionnaises subissant une baisse de taux de marge : un tiers des réunionnaises seulement contre la moitié des métropolitaines.

La corrélation entre l'évolution négative du CA et l'évolution négative du taux de marge, est forte pour la Métropole (54% des officines pour le CA et 48% pour la marge), elle est beaucoup plus faible à La Réunion (53% pour le CA et 32% pour le taux de marge). Il y aurait donc 20% des officines de notre échantillon qui ont réussi à compenser la baisse du CA par une amélioration du taux de marge.

**On retrouve à La Réunion un meilleur taux de marge et moins de pharmacies avec une évolution négative de ce taux.**

**Comme en Métropole, les écarts de taux de marge entre pharmacies sont très importants.**

**Les pharmacies Réunionnaises semblent avoir réussi à sortir leur épingle du jeu en appréhendant correctement les évolutions de la profession. Un taux de marge supérieur à la Métropole ainsi que son évolution positive pour la majorité des officines réunionnaises sont les clefs d'une exploitation pérenne.**

### 3.3.4 Analyse des rentabilités

Nous avons analysé les résultats des officines par deux méthodes : Résultats net du bilan, et Performance commerciale de gestion (PCG).

KPMG différencie les résultats nets des officines soumises à l'impôt sur les sociétés (IS), de celles soumises à l'impôt sur le revenu (IR). Toutes les officines de notre échantillon sont soumises à l'IS. Comme nous l'avons vu dans les formes juridiques des officines réunionnaises, aucun pharmacien exerçant en nom propre n'a publié ses comptes, par conséquent, nous n'en avons pas dans notre échantillon. Quant aux autres types de sociétés (qui ont parfois le choix entre IS et IR), ils ont tous choisi d'opter pour l'IS. Nous comparerons donc, notre échantillon à la moyenne métropolitaine des pharmacies soumises à l'IS.

	Réunion			Métropole KPMG®		
	2015	2014	Évolution	2015	2014	Évolution
<b>Résultat (K€)</b>	121,5	121,9	-0,9%	84,0	83,0	+1,2%
<b>Résultat (% du CA)</b>	<b>5,8</b>	<b>5,8</b>	<b>-0,5%</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>+1,0%</b>

**Tableau XIX : Résultats nets**

Les pharmacies de notre échantillon étant plus grosses que la moyenne métropolitaine, une comparaison du résultat en valeur n'est pas trop pertinente. Mais lorsque l'on calcule le ratio du résultat par rapport au CA, nous nous rendons compte que les résultats réunionnais sont proches des métropolitains. En revanche l'évolution est différente : Alors que les pharmacies continentales ont légèrement amélioré leurs résultats en 2015, les insulaires ont subi une légère baisse de résultat. En valeur, le résultat annuel n'a diminué que de 0,9%.

## La PCG (Performance commerciale de gestion)

La PCG est calculée à partir du compte de résultats. Concrètement, c'est ce qu'il reste au pharmacien, une fois toutes les charges réglées. Cette PCG servira à rembourser son emprunt, se verser un salaire, payer ses impôts et générer un éventuel bénéfice. Elle peut être utilisée pour définir, après application d'un coefficient (souvent autour de 6), le prix de vente d'une pharmacie. Cet indicateur financier est le plus pertinent pour mesurer la rentabilité d'une officine.

	Réunion		Métropole (KPMG®)	
	K€	% du CA	K€	% du CA
<b>PCG 2015</b>	327,3	15,68	238,6	15,56
<b>PCG 2014</b>	332,1	15,86	238	15,54
<b>Evolution en valeur</b>	-1,1%		+ 0,3%	

**Tableau XX : Comparaison PCG 2014/2015**

Evolution 2014/2015	Réunion	Métropole (KPMG®)
<b>D10</b> Décile inférieur	-30,5%	-16,2%
<b>Q25</b> Quartile inférieur	-20,2%	-8,2%
<b>M50</b> Médiane	4,2%	-0,5%
<b>Q75</b> Quartile supérieur	19,5%	7,2%
<b>D90</b> Décile supérieur	27,6%	16,0%
<b>Part d'officines avec évolution négative</b>	<b>44,1 %</b>	<b>50,5 %</b>

**Tableau XXI : Analyse statistique de l'évolution de la PCG**

Le ratio PCG / CA est presque identique à La Réunion et en Métropole. La marge brute plus élevée ne permet donc pas d'améliorer la rentabilité. Certaines charges, plus importantes qu'en Métropole, viennent diminuer les résultats des officines insulaires. Les écarts de

performances et d'évolutions, entre les officines analysées restent très importants. Nous retrouvons une pharmacie ayant vu sa PCG perdre 40% en un an tandis qu'une autre l'a améliorée de 40%. KPMG relate les mêmes observations dans son échantillon. Leur effectif étant plus important, les résultats extrêmes sont dilués dans la moyenne, ce qui n'est pas notre cas.

Le plus important est de noter que près de la moitié des officines métropolitaines et réunionnaises voient leur rentabilité évoluer négativement. Cette part ne représentait qu'un tiers des pharmacies métropolitaines il y a trois ans.

**Malgré des différences liées à l'insularité, les résultats des pharmacies de La Réunion sont très proches de ceux de la Métropole, y compris dans la proportion d'officines ayant une évolution de rentabilité négative. Ces résultats peuvent expliquer en partie la diminution du nombre de pharmacies.**

### **Ventes par taux de TVA**

Il est souvent instructif d'obtenir la ventilation des ventes par taux de TVA. Au vu des baisses de marges sur les médicaments remboursables, la parapharmacie et le non remboursables reste le moyen de nombreuses officines pour améliorer leurs résultats. En Métropole 75% du CA concerne les ventes de produits à 2,1% (principalement médicaments remboursables), et seulement 11% du CA est relatif à des produits à 20% de TVA (principalement parapharmacie). Les pharmaciens recherchent une augmentation de cette part qui permet de « marger » davantage

Malheureusement les taux de TVA différents à La Réunion nous empêchent de comparer la ventilation du CA par type de ventes. La vente et la location de matériel médical, par exemple, sont dans la tranche 5,5% de TVA en Métropole alors qu'elles sont respectivement dans les tranches 2,1% et 8,5% à La Réunion. Cela rend les résultats incomparables.



### Autres achats et charges externes (AACE)

Les AACE regroupent les charges fixes comme le loyer, les factures téléphoniques, d'électricité, les assurances, les intérimaires... L'objectif est que ce poste soit le plus faible possible, afin de conserver un résultat significatif.

	Réunion	Métropole KPMG®	Métropole Fiducial®
CA < 1100 K€	7,4%	6,6%	-
CA de 1100 à 2200 K€	6,7%	5%	-
CA > 2200 K€	5,6%	4,5%	-
Moyenne	6,3%	5,1%	5,28%

Tableau XXII : Comparaison des taux d'AACE

Nous observons cette fois que « l'effet taille » a un impact important sur les charges externes. Du fait de certaines charges fixes et incompressibles, les petites officines ont plus de mal à les absorber. Au contraire, pour les grosses officines, ces charges représentent un pourcentage plus faible du CA, ce qui impactera moins son résultat.

Les charges sont globalement plus élevées à La Réunion qu'en Métropole quelle que soit la tranche de CA dans laquelle se trouve la pharmacie. Ces charges représentent à la Réunion 1,2% du CA de plus qu'en Métropole. (6,3% vs 5,1%).

**Les charges externes sont plus élevées à La Réunion. Ceci est cohérent avec les coûts de la vie décrit dans la première partie. L'énergie, les loyers, les assurances, sont plus coûteuse sur l'île. La marge brute est plus élevée sur l'île mais les charges externes le sont aussi, ce qui explique que les taux de PCG soient proches.**

## Frais de personnels

Le ratio frais de personnel/CA est intéressant pour mesurer l'activité et la productivité des équipes. On entend par frais de personnel, les salaires bruts ainsi que les charges sociales et le Crédit d'impôts pour la compétitivité et l'emploi (CICE). Il est plus pertinent d'analyser les frais de personnel hors salaires titulaires. En effet, il peut se rémunérer en se versant un salaire, ou via le remboursement de l'auto-prêt qu'il avait fait à la pharmacie, ou encore via les dividendes. Dans les comptes de résultat, le poste « salaires » inclut toujours le salaire titulaire. Nous n'avons retrouvé le détail avec les salaires titulaires ainsi que les charges sociales liées, que pour la moitié des officines. Nous avons estimé les salaires titulaires pour l'autre moitié, à partir des données disponibles, pour les déduire de la masse salariale totale. Une fois retraités, les résultats sont identiques.

	Réunion	Métropole KPMG®	Métropole Fiducial®
<b>Frais de personnel / CA</b>	10,6%	11,0%	10,7%

**Tableau XXIII : Comparaison des frais de personnel**

Les salaires sont, en valeur, légèrement plus élevés qu'en Métropole. Mais en pourcentage du CA, les ratios sont proches.

Il serait intéressant d'analyser plus finement les frais de personnel en fonction du nombre de titulaires. Plus il y a de titulaires, moins il y aura d'adjoints, et les frais de personnels diminuent logiquement. Nous n'avons pas les informations suffisantes pour mener cette étude

**Les frais de personnels par rapport au CA, sont semblables aux pharmacies continentales, bien que les salaires (en valeurs) soient annexés sur le coût de la vie locale, donc légèrement supérieurs.**

### 3.4 Analyse des moyens pour l'activité

#### 3.4.1 Délais de paiement, rotation des stocks :

Il est intéressant de comparer les ratios de rotation de stocks, de crédits clients ainsi que des crédits fournisseurs à cause de l'impact sur la trésorerie.

		Réunion	Métropole KPMG®	Métropole Fiducial®
<b>Crédits Clients</b> (En jours de CA)	2015	12,5	7,7	8
	2014	12,0	7	8
<b>Crédits Fournisseurs</b> <u>retraités</u> (En jours d'achats)	2015	54,5	39,9	32
	2014	54,3	39,1	33
<b>Stock</b> (En jours d'achats)	2015	50,1	45,4	45
	2014	48,4	44,7	44
<b>Stock</b> (En % du CA)	2015	9,2 %	8,9 %	-
	2014	8,9 %	8,8 %	-

**Tableau XXIV : Comparaison des délais de paiements et de la rotation des stocks**

**Les crédits clients** sont stables depuis plusieurs années grâce aux efforts des officinaux pour encaisser les tiers payant et limiter les nombreux blocages qui retardent le remboursement de certaines ventes.

On observe que les pharmacies réunionnaises mettent 4 à 5 jours de plus qu'en Métropole pour obtenir les remboursements des clients. L'impact moyen est une baisse de trésorerie de 30 K€. Les causes de cet écart sont :

- a- La population réunionnaise fonctionne encore beaucoup avec des crédits à la consommation, ou des paiements différés (chèque encaissé le mois suivant), ce qui allonge la durée moyenne des crédits clients.
- b- La CGSS est tenue de régler les pharmacies sous 4 jours, mais lors de litiges sur une vente ou un remboursement, c'est au pharmacien de justifier la bonne dispensation et de

négocier le remboursement par les caisses. La multitude de caisses locales de sécurité sociale (liés aux métropolitains ; tourisme et nouveaux arrivants), génère de nombreux rejets de remboursements de la part de ces caisses.

**Les crédits fournisseurs**, correspondent aux délais accordés par les fournisseurs aux pharmaciens avant de devoir les payer. Selon la loi ce délai ne doit pas être supérieur à 60 jours. On retrouve une différence entre les pharmacies métropolitaines qui ont 60 jours à partir de la facturation pour régler les fournisseurs, et les pharmacies réunionnaises qui ont 60 jours à partir de la réception des marchandises, afin de s'affranchir des délais de transport (allant parfois au-delà de deux mois pour rappel). Nous avons retraité les résultats de notre échantillon pour trois pharmacies qui avaient des crédits fournisseurs allant de 124 à 267 jours. Cela ne correspond plus à des délais de facturation mais à des prêts de la part des fournisseurs. Par exemple lors d'un rachat d'officines, certains fournisseurs aident financièrement le pharmacien, en lui faisant un prêt, du montant du stock.

Une fois retraité, on constate une nette supériorité des crédits fournisseurs à La Réunion par rapport à la Métropole (54,5 vs 39,9 jours). Cela génère une amélioration moyenne de la trésorerie de 55 K€ !

Les pharmaciens réunionnais ont donc bien réussi à négocier avec les fournisseurs des délais de paiements. Cela améliore la trésorerie de leurs officines et leur permet éventuellement de commander plus d'unités pour obtenir les remises maximales, sans trop dégrader leur trésorerie.

**La rotation des stocks** est complexe. Il faut trouver un équilibre entre :

a- La possibilité d'acheter de grandes quantités afin d'obtenir les remises commerciales maximales.

b- Le risque de faible rotation et aussi d'invendus, responsables de péremption de stock. Certains produits périmés ne sont pas repris par les fournisseurs et génèrent une perte sèche.

c- Le risque de rupture de stock. L'aspect commercial est important, et il faut acheter suffisamment pour ne pas manquer de certains produits, sous peine de perdre de la patientèle. Par ailleurs les délais d'approvisionnement à La Réunion peuvent s'avérer relativement longs.

Nous avons en moyenne, dans les pharmacies réunionnaises, 5 jours de stock de plus que dans les continentales. L'impact négatif sur la trésorerie est d'environ 20K€.

**A cause de la complexité de l'acheminement des médicaments, les pharmaciens sont contraints d'avoir un stock plus important pour se prémunir de toute rupture et rester concurrentiels. Ceci impacte négativement la trésorerie qui est déjà fragilisée par des crédits clients allongés.**

**En revanche, les crédits fournisseurs, sont plus longs en moyenne dans notre échantillon qu'en Métropole. Cela est une ressource qui permet aux officines de se prémunir des ruptures ou des produits manquants.**

**L'impact négatif sur la trésorerie du crédit client et de la rotation des stocks s'équilibre avec l'impact positif des crédits fournisseurs (55-30-20 = 5K€)**

### 3.4.2. Fond de roulement (FR) et besoin en fond de roulement (BFR)

Actif	Passif	
<b>Immobilisations :</b> - Fonds de commerce - Installations, matériel informatique, brevets...	<b>Immobilisations :</b> - Capitaux propres - Report à nouveau	
<b>Circulant :</b> - Trésorerie	----- - Emprunt long terme (>1an)	
----- -Stock  -Créances clients	----- <b>Circulant :</b> - Emprunts courts termes - Dettes fournisseurs et sociales	

**Tableau XXV : Rappel d'un bilan, du FR et du BFR**

Dans l'analyse économique d'une entreprise, deux notions financières sont importantes :

A- Le FR correspond à la différence entre le passif immobilisé et l'actif immobilisé. Il est nécessaire que le financement à long terme (capitaux propres et emprunts) soit supérieur aux immobilisations, en particulier le fonds de commerce. Le FR doit donc être positif pour maintenir la stabilité économique de l'entreprise.

B- Le BFR correspond à la différence entre l'actif circulant (hors trésorerie) et le passif circulant (dettes à court terme). Il peut aussi se calculer à partir du FR de la manière suivante :  $BFR = FR - \text{trésorerie}$ . Dans l'idéal le BFR doit être négatif, s'il est positif, il est nécessaire de trouver le financement : découverts, emprunts courts termes, comptes courants.

Le BFR est très fortement impacté par les délais de paiements fournisseurs, délais de paiements clients et rotation des stocks. Dans le cas où le BFR est négatif, alors l'entreprise

n'a pas besoin de ressources supplémentaires pour exécuter son cycle d'exploitation. Les dettes fournisseurs ainsi que les emprunts à court termes suffisent à couvrir le stock et les créances clients.

Maintenant que ces notions ont été rappelées, comparons les résultats métropolitains et insulaires.

	Réunion	Métropole (KPMG®)
<b>BFR (K€)</b>	-113,4	7,8
Passif circulant / Actif circulant (hors trésorerie)	151%	96,1%
<b>FR (K€)</b>	36	94,7
Financements stables / Immobilisations	123%	109,8%

**Tableau XXVI : Comparaison des BFR et FR**

Contrairement aux données métropolitaines, le BFR est négatif à La Réunion. Le stock et les créances clients plus importants à La Réunion sont donc plus que compensés, par les dettes fournisseurs négociées. A tel point que ces délais deviennent une ressource permettant de prévenir une dégradation de la trésorerie, voire des découverts.

Le Fond de roulement des pharmacies insulaires est près de trois fois plus faible qu'en Métropole (36 vs 94,7 K€), mais le BFR étant négatif, cela n'impacte pas leur exploitation. De plus, lorsque l'on regarde le ratio des financements stables sur les immobilisations (FR sous forme de ratio), il reste positif, et est même supérieur au ratio métropolitain (123% vs 109,8%).

Il est opportun de noter que les résultats sont très dispersés au sein de notre échantillon, et certaines officines réunionnaises ont également des BFR positifs, avec parfois, des FR inférieurs au BFR, ce qui générera un besoin de financement à court terme (découvert bancaire)

**La structure financière des officines réunionnaises semble stable mais repose surtout sur des délais fournisseurs allongés et avantageux. Une diminution de ces délais perturberait donc cet équilibre, menaçant l'économie des officines.**

**Ils sont moins menacés par le poids des immobilisations grâce à davantage de financements stables, couvrant largement ces dernières.**

### 3.4.3 La situation de trésorerie des officines

La trésorerie est l'argent disponible immédiatement, cela correspond à ce qu'il y a sur les comptes bancaires et en caisse. Une trésorerie négative est donc délétère pour une pharmacie, cela limite les capacités d'achats en volumes, et la contraint à un découvert, synonyme de frais financiers supplémentaires. Plusieurs éléments peuvent venir dégrader la trésorerie d'une officine :

Le prix d'achat de l'officine tout d'abord, contraint le pharmacien à sortir de l'argent de la trésorerie chaque mois pour rembourser le prêt. La décroissance de l'activité ainsi que la baisse de rentabilité des dernières années contribuent à la dégradation de la trésorerie. Enfin lorsque le BFR augmente, le besoin en liquidité augmente également et la trésorerie peut devenir insuffisante. Par exemple lors de raccourcissements des délais légaux de paiements fournisseurs (à 60 jours).

En sens inverse beaucoup de pharmaciens limitent le salaire du titulaire et les bénéfices annuels ne sont pas versés en dividendes mais restent en report à nouveau ce qui améliore les capacités financières.

	<b>Réunion</b>	<b>Métropole(KPMG®)</b>
En K€	<b>149</b>	<b>86,8</b>
En % du CA	<b>7,1%</b>	<b>5,7%</b>

**Tableau XXVII : comparaison des Trésoreries 2015**



<b>Trésorerie 2015 en K€</b>	<b>Réunion</b>	<b>Métropole (KPMG®)</b>	<b>Métropole (Fiducial®)</b>
<b>D10</b> Décile inférieur	-36	-11	-
<b>Q25</b> Quartile inférieur	-11	14	-
<b>M50</b> Médiane	76	54	-
<b>Q75</b> Quartile supérieur	413	123,1	-
<b>D90</b> Décile supérieur	539	236	-
<b>Part d'officines avec Trésorerie négative</b>	<b>15%</b>	<b>13%</b>	<b>31%</b>

**Tableau XXVIII : Analyse Statistique de la trésorerie**

Le taux de trésorerie des officines réunionnaises est en moyenne 1,4 points supérieur au taux moyen des pharmacies continentales (7,1% vs 5,7%). Cela correspond à plus de 60K€ de trésorerie supplémentaire.

En revanche on retrouve sur l'île autant d'officines avec une trésorerie négative qu'en Métropole. A noter, que dans notre échantillon, parmi les quatre officines ayant une trésorerie négative, trois ont un Ca supérieur à 2 millions d'euros. L'effet taille n'influe pas sur la trésorerie des officines de notre échantillon.

Nous constatons que les données métropolitaines sont différentes entre les deux agences comptables, avec un pourcentage de pharmacies ayant un découvert allant du simple au double (13% selon KPMG® et 31% selon Fiducial®). Cela nous conduit à relativiser ces chiffres et à les considérer comme de simples indicateurs de tendances.

**Les pharmaciens réunionnais disposent de plus de trésorerie pour leurs opérations d'exploitation, en partie grâce au BFR négatif, qui limite fortement leurs besoins immédiats de liquidités. Une bonne trésorerie est une ressource qui permet des investissements ou des achats de plus d'unités pour obtenir les remises maximales. Les BFR étant très variables au sein de notre échantillon, les trésoreries le sont également. On retrouve à La Réunion, des officines ayant des découverts bancaires, dans une proportion similaire à la Métropole.**

### 3.4.4 Le financement des officines

En Métropole, selon Fiducial<sup>®</sup> 20% des officines ne remboursent plus d'emprunt en 2015. Dans notre échantillon seulement 6% des officines (2 officines) ne remboursent plus de prêt. Certaines officines n'ont plus d'emprunts auprès d'établissements de crédits, mais ont encore des prêts « associés », provenant généralement des titulaires. Parfois des officines laissent leur compte courant associés stable, afin de conserver d'autres formes de rémunération.

Nous n'avons pas le détail du traitement par Fiducial<sup>®</sup> de ces prêts « associés ». Sont-ils considérés comme des emprunts ou non ?

Il serait intéressant, pour aller plus loin dans l'analyse financière, de comparer le poids du remboursement des emprunts. C'est à dire le remboursement de capital plus les intérêts par rapport au CA. Nous n'avons pas ces détails dans les liasses fiscales à notre disposition. Après discussion avec certains pharmaciens et répartiteurs locaux, il apparaîtrait que les taux d'emprunts soient légèrement plus élevés qu'en Métropole, bien que certaines officines arrivent à négocier des taux égaux à ceux constatés en Métropole.

Le financement des officines provient principalement de prêts associés et d'emprunts auprès d'établissement de crédit. Le plus souvent c'est un mix des deux : parmi les officines de notre échantillon ayant encore des dettes long terme, plus de 42% ont des dettes envers les associés et les établissements de crédits. 32% des officines ont encore majoritairement des prêts associés et 26% ont principalement des dettes auprès d'établissements de crédit. Cela peut s'expliquer par l'obligation contractuelle de rembourser la banque avant son propre prêt.

**On constate que la part des financements personnels, provenant des associés, est plus importante que la part d'emprunts auprès d'établissements de crédit. La majorité des officines utilise les deux moyens de financements de manière concomitante. Par ailleurs, dans quelques cas des fournisseurs prêtent parfois des sommes d'argent correspondant au stock lors de rachat d'officines.**

### **Analyse des charges et produits financiers**

Les pharmacies remboursant un prêt, payent des intérêts qui correspondent aux charges financières. Celles qui ne remboursent plus d'emprunts, peuvent placer leur trésorerie, ce qui permet d'obtenir des produits financiers.

Réunion	Pharmacies ayant des <b>charges financières</b>	Pharmacies ayants des <b>produits financiers</b>	Pharmacies n'ayant ni <b>charges ni produits financiers</b>
<b>Proportion</b>	67%	27%	6%
<b>Taux de charges (+) ou de produits (-) financiers</b>	1,6%	-0,6%	0%

**Tableau IXX : Analyse des charges et produits financiers**

La plupart prêts associés sont sans intérêts (pour des raisons fiscales) ce qui limite les charges financières. C'est pour cela que nous retrouvons un tiers de pharmacies ayant des produits financiers alors que seuls 6% des officines n'ont plus d'emprunts du tout.

### **Crédit d'impôt investissement Réunion**

Dans les DOM-TOM un nouveau crédit d'impôts pour l'investissement productif neuf, a été mis en place par le gouvernement en 2014. Pour ces investissements, le crédit d'impôt est de 35% pour les sociétés soumises à l'IS et de 38,25% pour celles soumises à l'IR. Nous avons dans notre échantillon deux officines qui ont investi dans de l'immobilier commercial. Elles ont bénéficié de ce crédit d'impôt.

### **Evolution des fonds de commerce**

On retrouve dans notre échantillon deux pharmacies dont la valeur du fonds de commerce diminue. C'est en grande partie la conséquence d'une baisse d'activité. Par ailleurs la valeur des fonds de commerce diminue tendanciellemment depuis plusieurs années. La comptabilisation se produit au moment de la vente de l'officine.

## Conclusion

L'approvisionnement de La Réunion en médicaments révèle des caractéristiques liées à l'insularité ; située à 9000km de Paris, La Réunion est un département français. Son appartenance à l'union européenne oblige les habitants et les commerçants à respecter les dispositions en vigueur. Cela peut être avantageux pour le développement local, mais nécessite des adaptations pour notamment transposer les normes françaises dans la culture et la tradition locales.

Les particularités des officines se retrouvent dans les deux facettes de la profession : d'une part dans la dimension sociale de santé publique, et d'autre part dans la dimension économique.

Les pharmaciens réunionnais doivent s'adapter à la population, globalement moins aisée financièrement qu'en Métropole. Cela s'exprimera par un accompagnement dans le parcours santé du patient, une coordination interprofessionnelle de santé, l'organisation régulière d'événements de santé publique, comme des dépistages ou des entretiens d'éducation thérapeutique.

La logistique de l'approvisionnement en médicaments a également ses spécificités. L'analyse des différentes voies d'importation, de leur durée et de leur prix est nécessaire pour optimiser l'approvisionnement, conformément aux normes et à moindre coût.

Les coefficients d'achats, de ventes, de remboursements ont également pour conséquence une grande variété de marges pour le répartiteur et pour le pharmacien d'officine en fonction de la référence. Au sein d'une même catégorie de produit de santé, certains seront vendus à prix coûtant, lorsque d'autres, permettront de dégager une marge importante. Le choix des références proposées dans sa pharmacie est donc déterminant pour le résultat financier de cette dernière.

Notre analyse économique comparative entre les officines réunionnaises et métropolitaines a démontré certaines conséquences des particularités des officines réunionnaises sur leur activité ou leur structure économique :

L'activité des pharmacies de notre échantillon réunionnais, était plus importante qu'en Métropole, avec des CA supérieurs ainsi que son évolution plus marquée. Grâce aux coefficients de vente, le taux de marge est supérieur également et son évolution plus favorable qu'en Métropole. Pourtant le ratio de résultats nets sur le CA ainsi que la PCG

sont proches des tendances métropolitaines. Les pharmacies insulaires ne sont pas plus rentables que leurs homologues continentaux, principalement à cause de charges externes plus élevées.

La gestion de stock, ainsi que les négociations de délais de paiements avec les fournisseurs doivent être maîtrisés par le pharmacien réunionnais, afin de rendre l'exploitation pérenne et rentable.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude avec plus de pharmacies locales ainsi que leurs comptes détaillés. Il en ressortirait peut-être d'autres différences avec la Métropole dans la gestion, les charges ou les ventes. La même étude menée dans d'autres DOM serait également instructive : les coefficients sont différents, quel impact cela a-t-il sur l'économie des pharmacies ?

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Grenoble, le : 22/03/2017

**LE DOYEN**



**Pr. Michel SEVE**

**LE PRESIDENT DE LA THESE**



**Dr. Serge KRIVOBOK**

## Données des liasses fiscales de notre échantillon

N° Pharmacie	Taille*	CA A	CA A-1	Evolution CA	Taux de marge	Evolution du taux de marge
1	3	2 752	2 938	-6,3%	33,3%	1,5%
2	2	2 127	2 152	-1,2%	32,9%	1,5%
3	1	1 099	1 062	3,6%	34,7%	1,4%
4	3	2 938	2 912	0,9%	38,4%	-1,0%
5	3	2 544	2 435	4,5%	33,6%	0,5%
6	2	2 042	2 190	-6,8%	34,0%	1,7%
7	3	2 508	2 615	-4,1%	36,3%	3,2%
8	2	1 660	1 662	-0,1%	33,8%	-0,4%
9	2	2 233	2 158	3,5%	36,4%	0,9%
10	2	1 345	1 372	-1,9%	33,1%	-3,3%
11	1	1 026	1 001	2,5%	32,9%	1,6%
12	3	2 227	2 309	-3,6%	37,6%	0,1%
13	1	478	440	8,6%	33,7%	0,7%
14	3	2 546	2 275	11,9%	35,4%	0,6%
15	2	1 116	1 145	-2,6%	30,1%	-1,8%
16	2	2 013	2 054	-2,0%	32,5%	0,4%
17	2	1 521	1 431	6,3%	34,5%	-1,1%
18	2	2 149	2 178	-1,3%	30,0%	0,6%
19	1	607	658	-7,8%	31,8%	2,3%
20	2	1 485	1 552	-4,3%	35,3%	2,7%
21	3	4 805	4 729	1,6%	34,6%	-1,0%
22	3	2 957	2 835	4,3%	32,2%	-0,8%
23	2	2 064	2 148	-3,9%	35,1%	0,9%
24	3	2 745	2 765	-0,7%	36,8%	1,7%
25	1	808	895	-9,8%	34,5%	0,6%
26	2	1 556	1 473	5,6%	32,4%	-3,6%
27	3	3 100	3 045	1,8%	34,7%	2,9%
28	2	1 638	1 665	-1,6%	33,9%	2,3%
29	3	3 001	2 992	0,3%	35,0%	-2,1%
30	3	3 188	3 116	2,3%	30,2%	-0,5%
31	3	2 725	2 695	1,1%	34,0%	1,6%
32	2	1 673	1 717	-2,6%	33,0%	1,2%
33	2	1 680	1 531	9,8%	35,4%	0,3%
34	3	2 599	2 614	-0,6%	35,9%	-1,7%

\*Taille : 1 = CA < 1200 K€ 2 = 1200 K€ < CA < 2200 K€ 3 = CA > 2200 K€

N° Pharmacie	Taille*	Résultats A en K€	Résultats A-1 en K€	PCG A en K€	PCG A-1 en K€
1	3	53,5	71,1	294,2	478,4
2	2	127,3	106,9	288,3	262,0
3	1	105,8	102,5	267,0	252,0
4	3	298,2	208,8	471,9	335,1
5	3	153,7	132,6	388,2	363,6
6	2	26,2	105,3	162,1	276,9
7	3	178,8	161	510,6	440,6
8	2	128,9	121,1	300,7	259,4
9	2	158,8	201,1	414,6	414,0
10	2	135,6	170,6	308,9	358,0
11	1	63,5	53,6	203,3	194,7
12	3	80,2	144,3	290,2	351,7
13	1	-44,6	-29,2	88,4	98,6
14	3	258,8	219,8	682,8	627,5
15	2	34	23,9	192,3	171,0
16	2	176	179,1	375,0	392,8
17	2	126,1	135,8	275,7	285,7
18	2	27,6	6,5	149,7	136,6
19	1	-20,4	-2,1	124,3	111,9
20	2	100	57,7	329,4	276,5
21	3	410	386	658,2	766,4
22	3	388,9	382,9	520,0	526,0
23	2	26,9	-3,1	290,7	320,2
24	3	284,8	247,1	499,4	449,7
25	1	-0,6	26,5	93,0	123,2
26	2	77,8	97,5	267,9	247,0
27	3	86,2	63,5	347,1	327,4
28	2	-81,7	98,2	302,3	336,0
29	3	338,2	254	655,2	730,3
30	3	101,7	103,7	293,7	296,3
31	3	27,2	7,9	189,5	165,8
32	2	105,4	120,4	188,6	140,1
33	2	140,9	130,4	308,9	297,3
34	3	56,7	60,4	394,2	444,5

<b>N° Pharmacie</b>	<b>Taille*</b>	<b>Salaires Gérants</b>	<b>Charges sociales salaires gérants</b>	<b>Frais de personnel (hors titulaires) et charges sociales en K€</b>	<b>Frais de personnels (hors titulaires) et charges sociales sur CA</b>	<b>Taux d'AACE</b>
1	3	145	45	412	15%	6,8%
2	2	75	20	271	13%	5,7%
3	1	70	22	34	3%	7,1%
4	3	70	22	511	17%	3,8%
5	3	70	22	318	12%	5,2%
6	2	72	22	196	10%	15,9%
7	3	70	20	254	10%	5,0%
8	2	96	30	201	12%	3,1%
9	2	66	20	281	13%	5,0%
10	2	84	37	74	6%	4,1%
11	1	100	31	57	6%	6,5%
12	3	84	34	388	17%	5,5%
13	1	85	26	40	8%	5,8%
14	3	211	65	100	4%	4,5%
15	2	116	12	51	5%	8,0%
16	2	70	22	184	9%	3,7%
17	2	70	22	141	9%	6,1%
18	2	80	25	364	17%	5,2%
19	1	70	22	20	3%	6,9%
20	2	170	31	95	6%	6,5%
21	3	70	22	655	14%	6,7%
22	3	70	22	251	8%	4,6%
23	2	140	39	268	13%	7,4%
24	3	70	22	335	12%	4,9%
25	1	70	22	93	12%	10,8%
26	2	70	22	146	9%	5,2%
27	3	141	44	505	16%	6,2%
28	2	70	22	146	9%	5,8%
29	3	141	44	214	7%	5,4%
30	3	66	37	526	16%	4,1%
31	3	70	22	479	18%	8,1%
32	2	30	9	138	8%	13,1%
33	2	70	22	195	12%	5,2%
34	3	211	65	308	12%	7,7%



N° Pharmacie	Taille*	Stock en jours	Créances clients en jours	Crédits fournisseurs en jours	BFR	FR
1	3	48	7	48	-625	-672
2	2	58	12	18	96	134
3	1	85	12	33	-45	5
4	3	36	2	22	-4	599
5	3	62	5	96	-355	-208
6	2	55	5	80	-128	117
7	3	62	7	19	-150	18
8	2	42	12	25	77	318
9	2	48	8	61	-57	-15
10	2	41	0	10	-53	59
11	1	46	2	19	36	135
12	3	42	14	37	32	419
13	1	66	92	201 *	-46	-33
14	3	45	7	68	-172	332
15	2	52	13	84	-67	-4
16	2	32	7	48	-278	-354
17	2	40	4	59	-232	-172
18	2	40	9	43	-20	143
19	1	50	4	267 *	-340	-358
20	2	86	7	93	304	304
21	3	84	11	87	-450	-334
22	3	34	17	46	-39	42
23	2	39	7	66	-215	-151
24	3	41	12	28	66	550
25	1	64	37	74	-53	-44
26	2	42	6	54	-6	268
27	3	62	27	56	156	157
28	2	60	11	83	-196	-149
29	3	46	24	52	-20	123
30	3	49	8	44	-117	-120
31	3	21	10	72	-324	-253
32	2	46	9	93	-210	202
33	2	49	5	62	-213	-194
34	3	24	11	57	-209	358

\*Données brutes : elles ont été retraitées avant d'être utilisées dans des calculs ou des moyennes.

N° Pharmacie	Taille*	Trésorerie	Trésorerie / CA	Financements stables / immobilisations	Passif circulant / actif circulant
1	3	-7	-1,7%	72,4%	277,8%
2	2	57	1,8%	112,1%	71,0%
3	1	29	4,5%	100,4%	120,0%
4	3	296	20,5%	155,7%	101,9%
5	3	155	5,8%	91,4%	194,8%
6	2	154	12,0%	114,5%	144,5%
7	3	119	6,7%	100,8%	111,2%
8	2	191	14,6%	130,1%	63,1%
9	2	-1	1,9%	99,2%	121,6%
10	2	146	8,3%	105,5%	150,7%
11	1	88	9,6%	125,9%	66,3%
12	3	355	17,4%	132,4%	89,3%
13	1	9	2,8%	84,6%	126,1%
14	3	514	19,8%	118,4%	159,6%
15	2	75	5,7%	99,6%	139,4%
16	2	-62	-3,8%	78,7%	240,4%
17	2	102	3,9%	75,8%	263,3%
18	2	83	7,6%	118,2%	108,1%
19	1	-16	-3,1%	44,1%	428,1%
20	2	-	0,0%	274,8%	51,2%
21	3	60	2,4%	93,7%	139,9%
22	3	50	2,7%	105,6%	111,0%
23	2	-58	3,1%	92,4%	201,7%
24	3	500	17,6%	137,7%	79,7%
25	1	-2	1,1%	95,8%	140,3%
26	2	251	17,6%	127,6%	102,3%
27	3	53	0,1%	119,2%	74,7%
28	2	20	2,9%	90,6%	175,1%
29	3	200	4,8%	104,2%	103,3%
30	3	11	-0,1%	93,2%	127,9%
31	3	56	2,6%	64,9%	250,4%
32	2	368	24,6%	618,7%	195,6%
33	2	15	1,1%	87,6%	200,3%
34	3	455	21,8%	127,4%	194,9%

## Bibliographie

---

<sup>1</sup> Bonnemain H. Histoire de la pharmacie à la Réunion : Michel Lebiet, Chirurgiens, apothicaires et pharmaciens de l'Ile Bourbon des origines à nos jours. Revue d'histoire de la pharmacie. 1984;72(261):178-81.

<sup>2</sup> INSEE. (page consultée le 07/07/16). Populations légales à la Réunion, [en ligne]. <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/departement.asp?dep=974>

<sup>3</sup> INPES. (page consultée le 03/08/2016). La Réunion : état de santé des populations et pratique de promotion de la santé, [en ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/404/04.htm>

<sup>4</sup> INVS. Chykungunya à La Réunion, point de situation au 6 décembre 2006 [http://invs.santepubliquefrance.fr//presse/2006/le\\_point\\_sur/chikungunya\\_061206/](http://invs.santepubliquefrance.fr//presse/2006/le_point_sur/chikungunya_061206/)

<sup>5</sup> ARS océan indien.(page consultée le 29/06/2016). Situation épidémiologique de la dengue à la réunion, [en ligne]. [https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/78\\_2016\\_PE\\_dengue\\_Reunion\\_0.pdf](https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/78_2016_PE_dengue_Reunion_0.pdf)

<sup>6</sup> INSEE. (page consultée le 25/07/2016). Populations de 1968 à 2015, comparaisons départementales, [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=TCRD\\_004#col\\_1=8](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=TCRD_004#col_1=8)

<sup>7</sup> INSEE. (page consultée le 03/09/2016). Bilan démographiques 2014, [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=24&ref\\_id=24432](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=24432)

<sup>8</sup> INSEE. (page consultée le 05/09/2016). Économie régionale, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2018740?sommaire=2018756>

<sup>9</sup> INSEE. (page consultée le 05/09/2016). Comparaisons des prix entre les DOM et la métropole en 2010, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1287446>

<sup>10</sup> INSEE. (page consultée le 10/09/2017). 116000 personnes en situation d'illettrisme en 2011 à La Réunion, [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=24&ref\\_id=20417](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=20417)

<sup>11</sup> CMU. (page consultée le 10/09/2017). CMU complémentaire, [en ligne]. <https://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>

<sup>12</sup> INSEE. (page consultée le 10/09/2017). Espérance de vie à divers âges, selon le sexe et par département, [en ligne].

---

<http://www.bdm.insee.fr/bdm2/affichageSeries?idbank=001746086&idbank=001746322&bouton=OK&codeGroupe=1698>

<sup>13</sup> F. Favier, I. Jaussent, N. Le Moullec et al. Prevalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island – the REDIA study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2005;67:234-42.

<sup>14</sup> INSEE. (page consultée le 10/09/2017). Les coûts humains et financiers du diabète sont très élevés, [en ligne].  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1289738>

<sup>15</sup> Ricquebourg M , Stojcic I, Rachou E. Les addictions à la Réunion. Observatoire régional de la santé La Réunion. [en ligne]. Décembre 2010. Disponibilité sur internet :  
[https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/TB\\_Addictions\\_2010.pdf](https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/TB_Addictions_2010.pdf)

<sup>16</sup> Ferrandiz D. (consulté le 18/07/16). L'alcoolisme à La Réunion, [en ligne].  
<http://medecinetropicale.free.fr/spe/alcoolisme.htm>

<sup>17</sup> Catteau C. Des maladies de civilisation. INSEE La Réunion. 2003. Disponibilité sur internet :  
<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/12199>

<sup>18</sup> Paganin F, Prévot L, Assing M, Gilbert C, Bourdin A, Arvin-Berod C. Asthme à l'île de la Réunion : Analyse de la sévérité et de la prise en charge thérapeutique. *Revue des maladies respiratoires*. Février 2006;23(1):29-36.

<sup>19</sup> Pharmelia. (page consultée le 09/01/2017). L'allergie en forte augmentation, [en ligne].  
<http://pharmelia.com/l-allergie-en-forte-augmentation/>

<sup>20</sup> INVS. (page consultée le 28/08/2016). L'île de la Réunion, [en ligne].  
<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Europe-et-international/Les-oultre-mer/L-Ile-de-La-Reunion>

<sup>21</sup> ARS-OI. Plan stratégique de santé de La Réunion et de Mayotte. 2011. Disponibilité sur internet : [http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/PSRS\\_et\\_annexes.pdf](http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/PSRS_et_annexes.pdf)

<sup>22</sup> A. Kumar Panda, D. Chakraborty, I. Sarkar, T. Khan, G. Sa: New insights into therapeutic activity and anticancer properties of curcumin. *J Exp Pharmacol*. 2017 ;9 :31-45.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5386596/>

<sup>23</sup> Srinivas L, Shalini, V, Shylaja M. Turmerin: A water soluble antioxidant peptide from turmeric [*Curcuma longa*]. *Archives of Biochemistry and Biophysics*. 1992;292:617-23.

<sup>24</sup> IARC. Les cancers humains selon la localisation organique. Disponibilité sur internet :  
<https://www.iarc.fr/fr/publications/pdfs-online/wcr/2003/wcrf-5.pdf>

<sup>25</sup> INCa. (page consultée le 10/10/2016). Epidémiologie du cancer. [en ligne].  
<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>

- 
- <sup>26</sup>Zhang L, Fiala M, Cashman J, Sayre J, Espinosa A, Mahanian M, et al. Curcuminoids enhance amyloid-beta uptake by macrophages of Alzheimer's disease patients. *J Alzheimers Dis.* 2006;10(1):1-7.
- <sup>27</sup>Jiménez-Flores LM, López-Briones S, Macías-Cervantes MH, Ramírez-Emiliano J, Pérez-Vázquez V. A PPAR $\gamma$ , NF- $\kappa$ B and AMPK-dependent mechanism may be involved in the beneficial effects of curcumin in the diabetic db/db mice liver. *Molecules.* 2014;19(6):8289-302.
- <sup>28</sup> Ayyanar M, Subash-Babu P, *Syzygium cumini* (L.) Skeels: A review of its phytochemical constituents and traditional uses. *Asian Pac J Trop Biomed.* 2012;2(3):240–46.
- <sup>29</sup> Mi-aime-a-ou. (page consulté le 04/03/2017). *Terminalia Benzoe*. [en ligne]. [http://www.mi-aime-a-ou.com/Terminalia\\_bentzoe\\_L.php](http://www.mi-aime-a-ou.com/Terminalia_bentzoe_L.php)
- <sup>30</sup> Fleurs, fruits, feuilles de l'île de La Réunion et d'ailleurs. (page consultée le 04/03/2017). *Phyllanthus Casticum*. [en ligne]. [http://fleurs-fruits-feuilles-de.com/phyllanthus\\_casticum.php](http://fleurs-fruits-feuilles-de.com/phyllanthus_casticum.php)
- <sup>31</sup> Passeportsanté. (page consulté le 04/03/2017). Huile essentielle de Géranium Rosat. <http://www.passeportsante.net/fr/Solutions/HuilesEssentielles/Fiche.aspx?doc=huile-essentielle-geranium-rosat>
- <sup>32</sup> Technopole de La Réunion. (page consultée le 23/01/2017). Boiron océan indien. [en ligne]. <http://technopole-reunion.com/boiron-ocean-indien/>
- <sup>33</sup> Zone bourse. (page consultée le 23/01/2017). Boiron : ralentissement de la croissance au 2<sup>o</sup> trimestre. [en ligne]. <http://www.zonebourse.com/BOIRON-5685/actualite/BOIRON-ralentissement-de-la-croissance-au-deuxieme-trimestre-20709282/>
- <sup>34</sup> CFAO. (page consultée le 02/03/2017). Historique du groupe. [en ligne]. <http://www.cfaogroup.com/fr/historique/cfao-en-quelques-dates-cles>
- <sup>35</sup> V.Théodoly, Directeur Général Pharmar<sup>®</sup>, communication personnelle, 12/05/2016.
- <sup>36</sup> X.Lecina, Directeur Général CERP Réunion SIPR<sup>®</sup>, communication personnelle, 12/02/2017
- <sup>37</sup> Legifrance.(page consultée le 03/03/2017). Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé - Article 47. [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000025053440&idArticle=JORFARTI000025053589&categorieLien=cid>
- <sup>38</sup> Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Disponibilité en ligne : [http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/272315/1437425/version/13/file/Demographie-2015\\_Brochure-VDEF.pdf](http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/272315/1437425/version/13/file/Demographie-2015_Brochure-VDEF.pdf)

---

<sup>39</sup> Ordre national des pharmaciens. (page consultée le 12/12/2016). Carte régionale – officines. [en ligne].

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-regionales-Officine/Nombre-d-habitants-par-officine>

<sup>40</sup> Ordre national des pharmaciens. (page consultée le 12/12/2016). Carte départementale – officines. [en ligne].

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines-en-societe>

<sup>41</sup> ANSM. Conservation des médicaments en cas de vague de chaleur. 19/07/2012. Disponibilité en ligne : <http://www.ansm.sante.fr>

<sup>42</sup> Légifrance. (page consultée le 03/02/2017). Code Général des impôts. Article 294. [en ligne]. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4A4FAFBC71C8429CD24D51A34708E5AD.tpdila24v\\_3?idArticle=LEGIARTI000027978194&cidTexte=LEGITEXT000006069577&dateTexte=20150414&categorieLien=id&oldAction=rechCodeArticle](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4A4FAFBC71C8429CD24D51A34708E5AD.tpdila24v_3?idArticle=LEGIARTI000027978194&cidTexte=LEGITEXT000006069577&dateTexte=20150414&categorieLien=id&oldAction=rechCodeArticle)

<sup>43</sup> Sénat. (page consultée le 12/02/2017). Projet de loi relatif à l’octroi de mer. [en ligne]. [https://www.senat.fr/rap/l03-357/l03-357\\_mono.html#toc4](https://www.senat.fr/rap/l03-357/l03-357_mono.html#toc4)



# **Serment de Galien**



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

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

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

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

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

---

## Résumé

L'approvisionnement de La Réunion en médicaments révèle des caractéristiques liées à l'insularité. Située à 9.000 km de Paris, La Réunion est un département français. Les particularités des officines réunionnaises se retrouvent dans les deux facettes de la profession : d'une part dans la dimension sociale de santé publique, et d'autre part dans la dimension économique. La mission de santé publique s'adapte au type de patientèle ainsi qu'à ses pathologies. L'approvisionnement en médicaments et la gestion des stocks sont plus complexes à cause des coûts élevés, du temps de transport, et des risques de ruptures de stocks. Les prix de vente des médicaments par les répartiteurs ou les officines sont fixés par application de coefficients de majoration sur le prix de vente métropolitain. Ce coefficient compense les coûts inhérents au transport et au surstockage. Nous avons réalisé une analyse comparative des performances et des soldes intermédiaires de gestion entre des officines réunionnaises et leurs homologues métropolitaines. Il en ressort une rentabilité égale, malgré un taux de marge brut supérieur à La Réunion. Certaines charges plus importantes qu'en Métropole, ainsi que le surstockage, viennent compenser ce taux de marge supérieur.