



**HAL**  
open science

# Les groupements de pharmacies d'officine des années 60 à aujourd'hui : évolution, état des lieux et enjeux

Alexandre Le Carpentier

## ► To cite this version:

Alexandre Le Carpentier. Les groupements de pharmacies d'officine des années 60 à aujourd'hui : évolution, état des lieux et enjeux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01758264

**HAL Id: dumas-01758264**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01758264v1>**

Submitted on 5 Jun 2018

**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.



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1  
FACULTÉ DE PHARMACIE**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

présentée par

**Alexandre Le Carpentier**

né le 17 février 1978 à Cherbourg

---

**LES GROUPEMENTS  
DE PHARMACIES  
D'OFFICINE DES  
ANNÉES 60 À  
AUJOURD'HUI :  
EVOLUTION, ETAT  
DES LIEUX ET  
ENJEUX.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 21 mars 2016**

devant le jury composé de :

**Sophie TOMASI**

Professeur des Universités, Faculté des Sciences  
Pharmaceutiques et Biologiques de Rennes /  
*président*

**Jean-François GUILLERM**

Docteur en Pharmacie / *Juge*

**Vincent LAUDRIN**

Docteur en Pharmacie / *Juge*

**Paul-Henri PERCHAI**

Docteur en Pharmacie / *Juge*

**Thomas PENTEL**

Pharmacien / *directeur de thèse*

**ANNEE 2015-2016****Listes des enseignants-chercheurs de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques****PROFESSEURS**

1	BOUSTIE	Joël
2	BURGOT	Gwenola
3	DONNIO	Pierre Yves
4	FAILLI	Ahmad
5	FARDEL	Olivier
6	FELDEN	Brice
7	GAMBAROTA	Giulia
8	GOUGEON	Anne
9	LAGENTE	Vincent
10	LE CORRE	Pascal
11	LORANT (BOICHOT)	Elisabeth
12	MOREL	Isabelle
13	SERGEANT	Odile
14	SPARFEL-BERLIVET	Lydie
15	TOMASI	Sophie
16	URIAE	Philippe
17	VAN DE WEGHE	Pierre
18	VERNHET	Laurent

**PROFESSEURS ASSOCIES**

1	BUREAU	Loïc
2	DAVOUST	Noëlle

**PROFESSEURS EMERITES**

1	CILLARD	Josiane
---	---------	---------

**MAITRES DE CONFERENCES**

1	ABASQ-PAOFAI	Marie-Laurence	
2	ANINAT	Caroline	
3	AUGAGNEUR	Yaann	
4	BÉGRICHE	Karima	
5	BOUSARGHIN	Latifa	
6	BRANDHONNEUR	Nelwenn	
7	BRUYERE	Arnaud	
8	BUNETEL	Laurence	
9	CHOLLET-KRUGLER	Marylène	
10	COLLIN	Xavier	
11	CORBEL	Jean-Charles	
12	DAVID	Michèle	
13	DELALANDE	Olivier	
14	DELMAIL	David	
15	DIGN	Sarah	nouvelle MCF en cours de formation (étudiante de 5ème année HU)
16	DOLLO	Gilles	
17	GILLOT	David	
18	GOVAULT	Nicolas	
19	HITTI	Eric	
20	JEAN	Mickaël	
21	LEOUREUR	Valérie	
22	LE FERREC	Eric	
23	LE PABIC	Hélène	
24	LEGOUIN-GARGADENNEC	Béatrice	
25	LOHEZIC-LE DEVEHAT	Françoise	
26	MARTIN-CHOULY	Carinne	
27	MINET	Jacques	

28 MOURET-PLEIBER	Liza
29 NGURY	Fanny
30 PINEL-MARIE	Marie-Laure
31 PODECHARD	Normand
32 POTIN	Sophie
33 RENAULT	Jacques
34 ROUILLON	Astrid

**ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE (AHU)**

1 GICQUEL	Thomas
-----------	--------

**ATER**

1 SMIDA	Imen
2 PASCREAU	Guéhen
3 SAVARY	Camille
4	

en attente de nomination

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à tous les membres de ce jury :

À Madame le Professeur Sophie Tomasi,

Veillez trouver ici tous mes remerciements pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

À Monsieur Thomas Pentel, Pharmacien Répartiteur,

Un grand merci pour ses conseils, son soutien et sa disponibilité pour l'élaboration de ce travail.

À Monsieur le Docteur Jean-François Guillerm, Pharmacien d'officine à Plancoët et membre du conseil de l'ordre ;

À Monsieur le Docteur Vincent Laudrin, Pharmacien d'officine à Saint Grégoire ;

À Monsieur le Docteur Paul-Henri Perchais, Pharmacien d'officine à Plélan le Grand ;

Merci d'avoir aimablement accepté de faire partie de ce jury et de s'être libérés pour assister à la soutenance de cette thèse.

À ma famille,

Merci pour m'avoir donné le goût du travail et pour m'avoir soutenue tout au long de ces longues et périlleuses études.

À mon épouse,

Qui m'apporte la joie de vivre au quotidien, merci pour ton soutien.

À tous mes amis,

Merci pour leur présence et leur aide, ainsi que pour tous les bons moments passés et à venir.

## TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE I : .....</b>	<b>17</b>
<b>EVOLUTION DE LA PROFESSION ET DES GROUPEMENTS DES ANNEES 60 A NOS JOURS.....</b>	<b>17</b>
<b>A-D’UN EXERCICE INDIVIDUEL VERS UN EXERCICE GROUPE....</b>	<b>18</b>
<b>I) LES ANNEES 60 : NAISSANCE D’UN DYNAMISME DE GROUPE..</b>	<b>18</b>
<b>II) LES ANNEES 70 : LA CRISE ECONOMIQUE .....</b>	<b>19</b>
<b>III) «LES PREMIERES STRUCTURES - LES PREMIERS ECHECS»...</b>	<b>19</b>
<b>IV) LES ANNEES 80 : « LA FIN DE LA BELLE EPOQUE » .....</b>	<b>20</b>
<b>V) FIN DES ANNEES 80 : LES PREMIERS « VRAIS » GROUPEMENTS ; .....</b>	<b>20</b>
<b>B- EVOLUTION DE LA PROFESSION ET ADAPTATION DES GROUPEMENTS... .....</b>	<b>21</b>
<b>I) LES ANNEES 80-90, VERS UNE REVALORISATION DU PHARMACIEN... .....</b>	<b>22</b>
<b>1) Marge dégressive lissé (MDL).....</b>	<b>22</b>
<b>2) Création du FIF-PL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux).....</b>	<b>23</b>
<b>3) Création du haut comité de la formation pharmaceutique continue (HCFPC)</b>	<b>23</b>
<b>4) Développement professionnel continu (DPC).....</b>	<b>23</b>
<b>5) Première sortie de la réserve hospitalière .....</b>	<b>24</b>
<b>6) Lancement de Cyclamed .....</b>	<b>24</b>
<b>7) Les pharmaciens à l’écran .....</b>	<b>25</b>
<b>8) Les pharmaciens mettent en avant l’acte pharmaceutique et la qualité de service.....</b>	<b>25</b>

9) L'opinion pharmaceutique. ....	26
10) Les pharmaciens renforcent leurs actions de dépistage et de prévention. ....	26
11) Création du répertoire des génériques. ....	27
12) Les ateliers de l'officine.....	28
13) Naissance du collectif des groupements.....	28
<b>II) FIN DES ANNEES 1990 : L'EMERGENCE DE NOUVELLES TECHNOLOGIES .....</b>	<b>29</b>
1) Les automates et les robots .....	29
2) L'informatique .....	30
<b>III) 1999 : LE PROTOCOLE ETAT OFFICINE, UN TOURNANT DANS LA PROFESSION. ....</b>	<b>31</b>
<b>IV) DE 1999 A NOS JOURS : LES PHARMACIENS S'IMPLIQUENT... 33</b>	
1) Loi de répartition géo-démographique et création de la CMU (couverture maladie universelle) .....	33
2) Déremboursements et baisse du taux de remboursement.....	34
3) Des groupements font le choix stratégique de l'enseigne .....	35
4) Premiers réseaux de santé initiés par des pharmaciens.....	35
5) Premières structures répartiteurs des groupements.....	36
6) Loi MURCEF <sup>18</sup> .....	37
7) Les 35 heures .....	38
9) L'USPO revendique le statut de 3° syndicat pharmaceutique. ....	39
10) Dossiers patients: nouvelle étape pour les réseaux de santé. ....	40
11) Le dossier pharmaceutique .....	40
12) Médecins et patients impliqués dans le générique.....	40

13) Incitation à la substitution. ....	41
13) Le TFR.....	42
14) Loi Dutreil .....	42
15) Entrée en vigueur du tiers payant contre générique.....	43
16) Loi de financement de la Sécurité sociale.....	44
17) Vente par correspondance. ....	44
18) La loi HPST .....	45
19) La convention Pharmaciens-Assurance Maladie: «une nouvelle donne dans la santé publique» .....	45
<b>CHAPITRE II :</b> .....	<b>47</b>
<b>ETAT DES LIEUX DES GROUPEMENTS</b> .....	<b>47</b>
<b>A-LES DIFFERENTES FORMES DE STRUCTURES JURIDIQUES ET ECONOMIQUE.....</b>	<b>48</b>
<b>I) DIFFERENTES STRUCTURES ET FORMES D’EXPLOITATION DES OFFICINES ET GROUPEMENTS.<sup>49</sup> .....</b>	<b>48</b>
1) Association.....	48
2) Entreprise.....	48
3) Société anonyme. ....	48
4) Coopératives.....	49
5) Groupe d’entreprise, participation et GIE.....	49
6) La filiale.....	49
7) Une « Holding ».....	49
8) L’entreprise individuelle.....	50
9) L’EURL ou SARL.....	50

10) La SNC (société en nom collectif) .....	50
11) La SEL (société d'exercice libéral) .....	51
12) La SELAS (société d'exercice libéral par actions simplifiées).....	51
13) Les SPFPL (sociétés de participation financières de professions libérales). <sup>41</sup>	51
a) les avantages pour le pharmacien gérant : .....	52
b) les avantages pour le pharmacien investisseur .....	52
<b>II) RAPPEL SUR LES DIFFERENTS « COMMERCES » EXISTANT. ..</b>	<b>55</b>
1) Le commerce intégré.....	55
2) Les commerces indépendants.....	56
a) Deux sortes d'indépendants organisés .....	56
b) Le commerce indépendant isolé .....	57
<b>III) LES DIFFERENTES RELATIONS ENTRE OFFICINES.....</b>	<b>58</b>
1) Le groupement informel. ....	58
2) Société de Regroupement à l'Achat entre Pharmaciens (SRA) <sup>44</sup> .....	58
3) Les réseaux de santé.....	60
4) Les groupements d'achats ou commissionnaires aux achats.....	61
5) Les groupements généralistes. ....	62
6) Le collectif des groupements.....	62
7) Les « G.I.E » internationaux.....	63
<b>IV) LES DEUX TENDANCES DES GROUPEMENTS.....</b>	<b>63</b>
<b>V) QUELQUES EXEMPLES INTERESSANTS : .....</b>	<b>65</b>
1) STRUCTURE GIROPHARM : « De l'association à la coopérative. ».....	65
2) STRUCTURE GIPHAR « Le pionnier ».....	68
4) STRUCTURE Pharmactiv et Alphéga: « Un groupement qui émane d'un répartiteur. » .....	72
5) STRUCTURE PLUS PHARMACIE avec PHARMAVIE et Familyprix; et	

<b>Groupe PHR avec PHARMA REFERENCE et VIADYS: « Structure proche de la franchise. »<sup>51</sup></b> .....	<b>73</b>
<b>6) PHARM'UPP « Une certaine idée de la pharmacie »<sup>53 54</sup></b> .....	<b>74</b>
<b>7) Univers Pharmacie «L'union c'est la fédération»</b> .....	<b>75</b>
<b>B- ETAT DES LIEUX DES SERVICES</b> .....	<b>76</b>
<b>I) ACHATS</b> .....	<b>76</b>
<b>1) Rappel et définition</b> .....	<b>76</b>
<b>2) Fonctionnement d'une commission achats :</b> .....	<b>79</b>
<b>3) La commande</b> .....	<b>80</b>
<b>II) COMMUNICATION</b> .....	<b>81</b>
<b>1) Communication orientée client :</b> .....	<b>81</b>
<b>2) Communication intra groupement :</b> .....	<b>83</b>
<b>III) FORMATION ET QUALITE DE SERVICE</b> .....	<b>84</b>
<b>1) Les standards de la qualité de service sont :</b> .....	<b>84</b>
<b>2) L'outil de mesure de la qualité du service officinal est le « client mystère »:</b> ..	<b>85</b>
<b>IV) MERCHANDISING</b> .....	<b>85</b>
<b>V) RESEAUX ET MAINTIEN A DOMICILE (MAD)</b> .....	<b>86</b>
<b>VI) REPARTITION ET DISTRIBUTION DU MEDICAMENT</b> .....	<b>87</b>
<b>VII) ENSEIGNE ET CONCEPT SPECIFIQUE A L'ENSEIGNE</b> .....	<b>88</b>
<b>1) Mais qu'est ce que c'est ?</b> .....	<b>88</b>
<b>2) Que va apporter l'enseigne ?</b> .....	<b>88</b>
<b>VIII) SERVICES DIVERS</b> .....	<b>89</b>
<b>1) Conseil juridique et financier</b> .....	<b>89</b>
<b>2) Informatique</b> .....	<b>90</b>
<b>3) Statistique</b> .....	<b>91</b>

4) Service de PLV (publicité sur les lieux de vente) .....	91
5) Sites Internet personnalisés à l'officine .....	91
<b>C- TABLEAUX COMPARATIFS .....</b>	<b>92</b>
<b>CHAPITRE III : .....</b>	<b>97</b>
<b>ENJEUX ET PERCEPTION DES GROUPEMENTS .....</b>	<b>97</b>
<b>A- LA «PERCEPTION» DES GROUPEMENTS.....</b>	<b>99</b>
<b>I) .LE POINT DE VUE DES PHARMACIENS INDEPENDANTS. ....</b>	<b>99</b>
1) Etre son propre patron.....	99
2) Etre maître de son référencement.....	100
3) Garder sa propre identité, la croix verte est elle la seule enseigne véritable?.	100
4) Trop jeune, trop vieux, pas décidé.....	100
5) Rester autonome.....	101
<b>II) LE POINT DE VUE DES ADHERENTS.....</b>	<b>101</b>
1) La logistique .....	101
2) Apports et contraintes des services proposés par le groupement .....	103
3) Les achats .....	104
4) Le coût. ....	105
5) Réseau, groupement, enseigne ou chaîne ?.....	105
<b>III) LE POINT DE VUE DE L'ORDRE.....</b>	<b>107</b>
<b>IV) LE POINT DE VUE DES SYNDICATS PROFESSIONNELS DE</b>	
<b>TITULAIRES.....</b>	<b>108</b>
<b>V) LE POINT DE VUE DES ADJOINTS. ....</b>	<b>109</b>
<b>VI) LE POINT DE VUE DES LABORATOIRES.<sup>72</sup> .....</b>	<b>109</b>
<b>VII) LE POINT DE VUE DES REPARTITEURS.....</b>	<b>110</b>
<b>VIII) LE POINT DE VUE DES CLIENTS ET USAGERS DU</b>	
<b>MEDICAMENT.....</b>	<b>111</b>

<b>IX) LE POINT DE VUE DES DIRIGEANTS DES GROUPEMENTS. ....</b>	<b>111</b>
1) Hétérogénéité / Homogénéité: .....	111
2) Investissement personnel des dirigeants.....	112
3) Absence de vision à moyen terme pour certains projets du fait des freins législatifs ou ordinaires.....	113
<b>B-TABLEAU DES EVOLUTIONS DE TYPES D’OFFICINE EN FRANCE ET EN EUROPE.....</b>	<b>113</b>
<b>C-QUELS INTERETS OU ENJEUX POUR LE PHARMACIEN ET LA PROFESSION.....</b>	<b>117</b>
<b>I) LES REFORMES DE LA PROFESSION SE FONT AUSSI INDIRECTEMENT PAR LES GROUPEMENTS. ....</b>	<b>117</b>
<b>II) GARANT DE L’INDEPENDANCE DE LA PROFESSION ? .....</b>	<b>118</b>
<b>III) RENFORCER LE ROLE DU PHARMACIEN .....</b>	<b>119</b>
<b>IV) RESEAU DE SOIN .....</b>	<b>119</b>
<b>V) OPERATION RESEAU .....</b>	<b>119</b>
<b>VI) INSTALLATION DES JEUNES PHARMACIENS.....</b>	<b>120</b>
<b>VII) COMMUNICATION DES RESEAUX A ENSEIGNE.....</b>	<b>120</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>122</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>125</b>
<b>PERMIS D’IMPRIMER .....</b>	<b>140</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>142</b>

## ABREVIATIONS

ACOSS, Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale.

AFD, Association Française des Diabétiques.

AFSSAPS, Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé.

ALD, Affection Longue Durée.

APR, Association des Pharmacies Rurales.

APLUS, Action Pharmaceutique Libérale d'Union Syndicale.

CEIDO, Centre Européen d'intérêt de Développement de l'Officine.

CMU, Couverture Maladie Universelle.

DC, Dénomination Commune.

DGCCRF, Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes.

EURL, Entreprise Universelle à Responsabilité Limitée.

FAF-PL, Fonds d'Assurance Formation des Professions Libérales.

FSPF, Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France.

GIE, Groupe d'intérêt économique.

GIPHAR, Groupement d'Intérêt Pharmaceutique.

HCFPC, Haut Comité de la Formation Pharmaceutique Continue.

IFMO, Initiative Française Marketing Officinal. IS, Impôt sur les Sociétés.

MAD, Maintien à Domicile.

MDL, Marge Dégressive Lissée.

OPCA-PL, Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales.

ORP, Ouest Répartition Pharmaceutique.

PEE, Plan d'Epargne Entreprise.

RFA, Remise de Fin d'Année.

SA, Société Anonyme.

SARL, Société à responsabilité limitée.

SEL, Société d'Exercice Libérale.

SELARL, Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée.

SHP, Supplément d'Honoraires Pharmaceutique.

SMR, Service Médical Rendu. SNC, Société en Nom Collectif.

SPFPL, Sociétés de Participation Financières de Professions Libérales.

TFR, Tarif Forfaitaire de Responsabilité.

UNPF, Union Nationale des Pharmaciens de France.

USPO, Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine.

UTIP, Union Technique Interprofessionnelle Pharmaceutique.

VPC, Vente de Médicaments Par Correspondance.

## INTRODUCTION

La thèse de doctorat en pharmacie est, quoi qu'on en pense, un réel aboutissement des études de pharmacie : ainsi nous devons nous pencher sur un thème qui nous tenait à cœur. Le sujet étant libre, nous avons choisi de nous pencher sur le sujet des « groupements de pharmacies d'officine », vaste sujet dont il est important de connaître les tenants et les aboutissants, afin d'essayer de faire les bons choix, lors d'une installation.

Ainsi dans un premier temps, afin de bien comprendre l'apparition et le développement de ces groupements, nous proposerons un historique de la profession, dans lequel nous retrouverons les évolutions sociopolitiques du pays et de la profession qui permettent de comprendre les raisons qui ont amené les pharmaciens à se rassembler.

Puis dans une seconde partie, nous rappèlerons les différentes structures juridiques ainsi que les stratégies globales des groupements en France et en Europe, avant de proposer un état des lieux des groupements actuels et des services apportés aux adhérents.

Enfin pour terminer, nous exposerons les différents points de vue de l'ensemble des acteurs de la profession et dégagerons les enjeux des groupements pour l'avenir.

**CHAPITRE I :**  
**ÉVOLUTION DE LA PROFESSION ET DES**  
**GROUPEMENTS DES ANNEES 60 A NOS JOURS.**

## **A-D'un exercice individuel vers un exercice groupé.**

### **I) Les années 60 : naissance d'un dynamisme de groupe**

Dès la fin de l'année 1945, date à laquelle fut créée la sécurité sociale en France, le « monde du médicament » entamait une longue période de prospérité. La recherche en médecine se développe, les industries pharmaceutiques françaises et mondiales sont en pleine expansion et la consommation du médicament croît de façon constante.

La pharmacie était une rente... Les titulaires géraient leurs officines sans réelles contraintes (pas de gestion de stock, pas de tiers payant, pas de concurrence).

La profession de pharmacien, dans les années 60, était plutôt individualiste.

Cependant, de manière isolée, des notions de dynamique de groupe apparaissaient. Ces mouvements, bien que confidentiels, complétaient le travail des syndicats (défenseur des professionnels de santé) ou bien de l'UTIP (Union Technique Interprofessionnel Pharmaceutique).

Ils n'avaient à l'époque aucune vocation à l'achat et à la vente, ils permettaient un échange de bons procédés tout simplement...

Localement de nombreuses associations loi 1901 naissaient, sans savoir qu'elles étaient les embryons des groupements d'aujourd'hui.

On ne parlait alors que de groupement local, parfois d'inter groupement entre région, mais pas encore de groupement national.

Dans les mêmes années, sont arrivées les grandes surfaces avec une offre commerciale très importante... Cela a entraîné la mort partielle du commerce de proximité qui n'a pas pu ou su s'adapter pour résister.

Si on prend l'exemple des opticiens (KRYSS, OPTIQUE 2000...) : ils se sont groupés sans doute les premiers dès les années 70, et leurs groupements ont su évoluer en surfant sur la vague de la consommation. Mais, c'est une profession où la réglementation n'est pas aussi rigide que dans la pharmacie, ce qui a grandement facilité leur développement. Pour le pharmacien, absolument rien ne laissait présager une telle lutte de marché.

Nous pouvons prendre pour exemple GIPHAR, groupement d'intérêt pharmaceutique, qui n'était pas un groupement au départ. Ce sont des pharmaciens qui se regroupaient pour échanger des formules ou fabriquer des " produits maisons ".

[Annexe 1 : les premiers pas du GIPHAR.]

## II) Les années 70 : La Crise économique

Entre les mouvements étudiants puis sociaux à partir de 1968 et les chocs pétroliers de 1973 et 1979, les économies française et mondiale vivent une grande période de crise, la société est remise en cause...

### III) «Les premières structures - Les premiers échecs»

Le premier rôle des " premiers groupuscules " ou des groupements informels était d'assurer la convivialité. Le deuxième était d'apporter de meilleures remises au profit du seul pharmacien. Dans les années 70-80, le pharmacien d'officine avait un monopole total (les médicaments et aussi les produits de parapharmacie), et tout le monde vendait encore au prix fort.

S'agissant des groupements d'achats, l'idée était d'améliorer les conditions commerciales de manière à pouvoir résister plus facilement à l'attaque de la grande distribution... C'était, finalement dans un premier temps un atout pour conforter sa marge, sans perdre d'avantage... À l'époque ce n'était pas vivre avec son temps, mais être très en avance sur lui, avec un véritable projet stratégique en ligne de mire, que partageaient quelques visionnaires.

Quand ces groupements ont tenté de se formaliser, la professionnalisation nécessaire n'a pas suivie. Certains laboratoires ont connu des déroutes importantes car les pharmaciens ne payaient pas leurs factures. Et cela est resté ancré et il faut savoir que certains laboratoires ne souhaitaient pas être référencés dans les années 90 fort de l'expérience et des risques financiers déjà pris auparavant. Il reste deux exemples d'un groupement dans le sud de la France et d'un groupement sur Lyon, qui ont connu des faillites dont certains se souviennent encore. Certains laboratoires ont, malgré tout adhéré, ou plutôt certains représentants y ont vu un intérêt à court terme (ils pouvaient récupérer des commandes de plusieurs pharmaciens en une seule visite).

Nous pouvons encore prendre l'exemple du GIPHAR ; vers 1975, les pharmaciens étaient assez nombreux, ils ont essayé de transmettre leurs formules dans différentes régions à travers une structure coopérative, tout en préservant essentiellement la convivialité.

[ANNEXE 1 : le jeune âge du giphar].

#### **IV) Les années 80 : « la fin de la belle époque »**

Malgré quelques relances non fructueuses, le climat économique est devenu défavorable, le système de santé de l'époque montre ces limites : l'Etat cherche des solutions... C'est le début des multiples et successifs plans pour « sauver » ce système. Raymond Bourra, membre actif de Giropharm se souvient des mesures prises dans les années 80 qui devaient faire face à l'évolution d'un environnement professionnel peu rassurant ; « *Jusqu'en 1981 la pharmacie était un peu une rente ; (une inflation à 2 chiffres, des prêts pour l'acquisition à des taux inférieurs à l'inflation, une marge linéaire à 30,43) les bénéfices augmentaient plus vite que le chiffre d'affaires. Il n'y a aucune honte à cela...les pharmaciens sont aussi des commerçants.*

*En 1981, François Mitterrand devient Président, et l'on pensait sérieusement à la nationalisation des services de santé. Il n'en fut rien. La pharmacie a continué à se développer avec la généralisation du tiers payant. En 1986, arrive un gouvernement de cohabitation, en même temps que les déficits de la sécurité sociale se creusent, le gouvernement décide d'assurer un remboursement à 100% uniquement pour l'ALD (affection longue durée) dont souffrent les malades et non plus pour toutes les maladies du patient...*

*En 1988, on recherche des économies dans la pharmacie : on baisse la marge de 2 points, on supprime le SHP (Supplément d'Honoraire Pharmaceutique). Les revenus des pharmaciens sont jugés exponentiels par rapport aux autres professions, on aboutit alors à la marge dégressive lissée (MDL) à 6 tranches en 1990.*

*Là, la profession confrontée à des difficultés, essaie de regagner de la marge en se groupant pour obtenir de meilleures conditions commerciales.»*

#### **V) Fin des années 80 : Les premiers « vrais » groupements ;**

La belle époque est bien terminée et le pharmacien sait que tout seul, il n'a aucune force d'action... Bon nombre de pharmaciens ont la tête dans le « guidon », à part les plus gros peut être. Certains sont très endettés, ils ont du mal à assurer autre chose que le quotidien (gérer leur personnel, mettre en place le tiers payant, gérer le stock, etc.).

Les groupements vont entreprendre de véritables réflexions prospectives sous l'impulsion de certains pharmaciens avant-gardistes et néanmoins téméraires. Différentes philosophies, éthiques et stratégies de groupement apparaissent au grand jour. Les Gi pharmaciens, Evolu

pharmaciens, Giro pharmaciens et bien d'autre encore se font connaître (Plus Pharmacie, Euro Pharmacie, IFMO, Pharmactiv, Pharma 6, Forum Santé, CEIDO, Optipharm, Co.Pharm.Ec).

Ainsi, les groupements vont apporter les outils administratifs et économiques pour faire face à des conditions de travail de plus en plus contraignantes. Les groupements nés à partir de 1986 sont basés sur des structures juridiques solides et pratiquement tous sont encore actifs.

Certains pourront se permettre d'embaucher des permanents, pour former au bout du compte de véritables entreprises. Ce fut l'apparition de nouveaux métiers de la pharmacie (Directeur général de groupement, responsable *trade marketing*, conseillers et animateurs commerciaux etc.)

Entre 1986 et 1992, personne, en France, ne pensait que les groupements seraient pérennes, et qu'ils prendraient une telle importance.

## **B- Evolution de la profession et adaptation des groupements...**

Les mesures mises en place à partir de la fin des années 1980 ont donné lieu à de nouvelles missions pour les pharmaciens. Il est intéressant de constater que les groupements se sont adaptés à chaque fois aux évolutions du système en apportant des moyens, des outils et des idées à l'ensemble de leurs adhérents. Les groupements, au même titre que les syndicats, l'ordre et les différents ministères de santé ont amené la pharmacie là où elle est aujourd'hui.

Centrale de référencement à l'origine, le groupement tend de plus en plus aujourd'hui à offrir un service global à l'officine. L'objectif largement partagé, est d'accompagner l'évolution de la profession et d'offrir une réflexion stratégique sur l'organisation de l'officine en vue de mieux satisfaire les attentes du consommateur, dans un environnement concurrentiel de plus en plus difficile.

À l'aide d'une rétrospective des mesures clés de ses dernières années, nous pouvons aisément comprendre le chemin parcouru par les groupements...

## **I) Les années 80-90, vers une revalorisation du pharmacien...**

### 1) Marge dégressive lissée (MDL).

La réforme des marges des pharmaciens d'officine est intervenue en 1990. Un système de tranches avec un taux dégressif de marge a remplacé un système de marge proportionnelle (de 48,5 %) du prix fabricant hors taxe (PFHT) qui prévalait auparavant. Ce système a été modifié plusieurs fois depuis 1990. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, à la suite au passage à l'euro, le système de rémunération du pharmacien est composé d'un forfait par boîte de 0,53 € et d'une marge à deux tranches : 0-22,90 € : 26,10%, au-delà : 10,0%. La dispensation des médicaments à délivrance particulière entraîne parallèlement un forfait additionnel de 0,30 € par boîte.

L'arrêté du 3 mars 2008 modifie la 1<sup>ère</sup> tranche de rémunération et fixe trois tranches suivantes : 0-22,90 € : 26,10%, 22,90-150 € : 10% et au-delà : 6 %, auxquels s'ajoute toujours un forfait par boîte de 0,53 €. <sup>5</sup>

Plus le médicament est cher moins le pharmacien peut bénéficier d'une marge importante.

Après des mois de discussions, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union nationale des pharmaciens de France (UNPF) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) ont signé début janvier 2014 un protocole d'accord avec l'Assurance maladie sur les modalités de mise en place sur deux ans des honoraires de dispensation. Ce protocole fait basculer à terme 47 % de la rémunération officinale sous forme d'honoraires.

Concrètement, ce protocole d'accord prévoit la mise en place d'une rémunération à la boîte de 0,80 € au 1er janvier 2015, ainsi que des honoraires de 0,50 € pour les ordonnances complexes de cinq lignes et plus, qui seront liés à la remise au patient d'un plan de posologie. Au 1er janvier 2016, la rémunération à la boîte sera portée à 1 €. Pour que ce changement de rémunération puisse s'opérer, il s'accompagnera d'un reprofilage de la marge dégressive lissée dite MDL. <sup>6</sup>

## 2) Création du FIF-PL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux).

Le FIF PL est un fonds d'assurance formation agréé par Arrêté Ministériel du 17 mars 1993, publié au Journal Officiel, le 25 mars 1993.

Il a été créé à l'initiative de l'UNAPL et des organisations professionnelles adhérentes, conformément aux dispositions de la loi du 31 décembre 1991, portant sur la formation continue des Travailleurs Indépendants et des Professionnels Libéraux, faisant obligation à tous de s'acquitter de la Contribution à la Formation Professionnelle (CFP).

Cette contribution est passée, dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2012, de 0,15 % à 0,25 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale (93 € en 2014)<sup>7</sup>.

## 3) Création du haut comité de la formation pharmaceutique continue (HCFPC)

Le Haut Comité de la Formation Pharmaceutique Continue est né le 27 juin 1994 de la volonté de la profession de créer une structure fédératrice pour promouvoir une formation pharmaceutique continue de qualité.

Sous l'égide de l'Ordre, les missions du HCFPC sont de:

- définir les besoins de formation des pharmaciens,
- encourager les organismes de formation continue à promouvoir des programmes correspondant aux objectifs professionnels (c'est-à-dire aux compétences pharmaceutiques nécessaires selon le secteur d'activité),
- s'assurer de leur qualité,
- évaluer les moyens mis en œuvre par les formateurs et de promouvoir les formations agréées (entrant dans le cadre des objectifs professionnels et comportant une procédure d'évaluation).

## 4) Développement professionnel continu (DPC)

Le développement professionnel continu est un dispositif d'amélioration continue de la

qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins.

La loi HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé<sup>8 26</sup>.

### 5) Première sortie de la réserve hospitalière

Le décret du 2 Décembre 1994 permet la dispensation en ville de médicaments à prescription initiale hospitalière ou sous surveillance particulière. Pour le pharmacien, c'est une nouvelle responsabilité, il doit notamment vérifier la capacité de prescription de tel ou tel médecin et le respect des indications du médicament ainsi prescrit.

Le 16 juin 2004 le Ministère de la santé et de la protection sociale a publié un décret relatif au transfert en ville d'une grande partie des produits rétrocedés dans les pharmacies hospitalières (PUI, pharmacie à usage intérieur)<sup>9</sup>.

### 6) Lancement de Cyclamed

Le recyclage est un réflexe qui s'impose. Cyclamed est reconnu depuis 2003 comme cause d'intérêt général, réunissant les pharmaciens d'officines (à travers l'Ordre et les syndicats), les grossistes répartiteurs et les industriels. Cette démarche concilie à la fois des valeurs humanistes et environnementales et s'inscrit *in fine* dans le cadre plus général du bon usage des médicaments.

Chaque personne produit 1 kg de déchets issus du médicament et par an. En 2002, la redistribution du médicament non utilisé est trois fois moins importante qu'en 1995 alors que la valorisation énergétique a doublé au cours de la même période ; là est le résultat d'une meilleure observance des traitements de la part de nos concitoyens et d'une plus rigoureuse distribution du médicament.<sup>10</sup>

Depuis le premier janvier 2009, conformément à la loi du 26 février 2007, la redistribution

des MNU récupérés par les pharmaciens à des fins humanitaires est interdite. Par conséquent il n'existe plus qu'un seul type de carton Cyclamed et non plus deux comme autrefois afin de séparer les MNU Périmés (destinés à être détruit) et non périmés (destinés au don).<sup>30</sup>

1996

## 7) Les pharmaciens à l'écran

Le code de déontologie interdit toute sollicitation de clientèle aux pharmaciens ou aux groupements. La publicité, notamment télévisée, est donc pratiquement impossible ; ce qui n'empêche pas les pharmaciens de communiquer depuis quelques années auprès du grand public dans le cadre de campagnes institutionnelles à partir du moment où elle concerne la profession entière. CYCLAMED a ouvert la marche avec des campagnes télévisées. L'Ordre, que ce soit au niveau national ou régional, a conçu des campagnes grand public sur des thèmes comme le diabète (1996), l'asthme (1998), le tabac (2000) ou les génériques (2003)<sup>10</sup>. Toutes ces campagnes ont permis aussi de casser un peu l'image traditionnelle du pharmacien, en le rendant plus détendu et moderne. Depuis 1998, le conseil central A de l'Ordre poursuit son travail de valorisation du rôle du pharmacien comme conseiller sanitaire et professionnel de la prévention.

En 2010, le groupement Giphar, afin de mettre en avant son enseigne, a tenté de se démarquer en communiquant auprès du grand public, en mettant en scène le comédien Richard Berry à la radio, sur le site Internet du groupement et dans les points de vente des adhérents, mais le conseil de l'ordre a sanctionné cette campagne car elle n'était pas déontologique.

[Annexe 3 : La publicité en pharmacie]

## 8) Les pharmaciens mettent en avant l'acte pharmaceutique et la qualité de service.

Afin d'anticiper le mouvement général d'évaluation des pratiques qui semble peu à peu gagner l'ensemble des professions de santé (cependant bien après les Etats-Unis et l'hôpital), les premières réflexions sur la démarche qualité ont été exposées tout d'abord localement puis étendues sur l'ensemble du territoire. C'est en mars 2002, que l'ensemble des officines s'est

vu remettre un guide d'autoévaluation proposant un état des lieux autour de cinq axes (dispensation, structure et équipe, locaux et installations, procédures et documents, traitements des non-conformités) et des méthodes visant à améliorer la pratique officinale ; tout ceci avec le soutien des instances représentatives : Ordre, FSPF, UNPF, APR, UTIP. Signe des temps, il intervient au moment où différentes initiatives participent à la mise en place d'une démarche qualité à l'officine et de solutions correctives dans les groupements (commissions qualité au GIPHAR, démarche qualité orientée client chez GIROPHARM, client mystère chez PHARMACTIV, enquêtes chez IFMO, système de veille chez PHARMA REFERENCE, norme ISO 9000 chez CO.PHARM.EC)

#### 9) L'opinion pharmaceutique.

L'opinion pharmaceutique décrit la conduite à tenir par le pharmacien lorsqu'il constate un incident au niveau de la prescription, ce qui permet de révéler l'acte de dispensation. Il s'agit d'un avis motivé du pharmacien, qu'il soit titulaire ou adjoint, sur la pertinence de la prescription. Cet avis est consigné à l'officine et impérativement adressé par écrit au prescripteur en cas de refus, de modification d'office ou de révision de l'ordonnance. Sa promotion nécessite certains aménagements. La question de la valorisation et de la rémunération spécifique se pose (comme en Angleterre, où une quinzaine de pharmaciens expérimentent ce système) ? De nombreux pharmaciens groupés ou non utilisent peu à peu cet outil très valorisant.

Il existe un site Internet mis en place par l'Ordre, [www.opinionpharmaceutique.fr](http://www.opinionpharmaceutique.fr)<sup>11</sup>.

#### 10) Les pharmaciens renforcent leurs actions de dépistage et de prévention.

Les pharmaciens ont renforcé ces dernières années leur action dans le domaine de la santé publique et de la prévention. La campagne de dépistage gratuit du diabète « action prévention diabète », lancée en novembre 1996, a ainsi mobilisé la quasi-totalité des officines. À l'origine, cette campagne n'avait qu'un objectif : faire participer les pharmaciens à la mission de santé publique. Un enjeu à la mesure de l'importance de la maladie : 1,5 millions de diabétiques non-insulinodépendants, dont 500000 non dépistés. Un mois durant, les

pharmaciens d'officine ont ainsi fait remplir un questionnaire d'évaluation des facteurs de risque aux personnes le souhaitant.

Malgré les recommandations de l'Ordre, certains ont proposé un dépistage gratuit de glycémie. Certains laboratoires d'analyses n'avaient alors pas apprécié cette concurrence, arguant du fait que les officinaux ne sont plus biologistes depuis 1974. Selon J.P Benwaiche, président du groupe Plus Pharmacie Pharmavie en Février 2004, « *le conseil, la prévention et le dépistage feront partie intégrante de l'exercice officinal ; l'officine sera ainsi un espace où le consommateur se fera délivrer ses médicaments, pourra se faire conseiller en fonction du dépistage réalisé* ».

Les groupements ou enseignes ont déjà mis en place des bornes d'autodiagnostic (comme l'enseigne VIADYS). D'autres profitent de la saisonnalité pour aborder des thèmes comme le diabète. À l'instar d'autres groupements, GIROPHARM a ainsi engagé en Novembre 2002, en partenariat avec l'AFD (association française des diabétiques) l'ensemble de ses adhérents, dans une campagne d'information auprès de leurs patients, les pharmaciens proposent un dépistage généralisé et gratuit, un accompagnement des diabétiques avérés dans l'observance de leur traitement et la récupération des déchets d'activité des soins.<sup>12 13</sup>

1996-1997

#### 11) Création du répertoire des génériques.

- La première définition du générique date de 1983 :  
« Toute copie d'un médicament original dont la commercialisation et la production sont rendues possibles par la chute du brevet dans le domaine public ».
- Puis la définition européenne transposée en droit français est désormais utilisée à partir de mai 1988 :  
« Spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec l'autre spécialité a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. »
- La convention sur la commercialisation des génériques sous DCI, dénomination commune internationale (devenu DC en 2002) a été signée en octobre 1995.
- Les Ordonnances d'avril 1996 (dites Juppé) introduisent la "SPECIALITE GENERIQUE" dans le champ législatif.
- Le répertoire des groupes génériques est créé au printemps 1997 (spécialités de

référence et spécialités qui en sont génériques).

- Un groupe de travail sur les génériques est constitué en septembre 1997 au sein de l'Agence Française du Médicaments, devenu AFSSAPS (agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé) en 1999, puis ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) en mai 2012.
- Droit de substitution en 1999

## 12) Les ateliers de l'officine

Temps fort de la réflexion sur la pharmacie, lancés en 1996 par le ministre des affaires sociales (Jacques Barrot) et le secrétaire d'Etat à la santé (Hervé Gaymard), les ateliers de l'officine ont consisté en une série de réunions entre les Pouvoirs publics et les représentants des pharmaciens d'officine.

Ils ont pour Claude Japhet (UNPF, Union Nationale des Pharmaciens de France), été « *d'excellents détonateurs d'une réflexion approfondie sur notre profession, et tout ce qui se fait aujourd'hui en provient* ». Jean-Marc Yzerman (FSPF, Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France) y voit l'origine « *de l'accord de 1998, à la carte Vitale, du contrat avec l'assurance maladie, du contrat avec l'état* ».

La loi de répartition démo-géographique, le développement du générique, le nouveau mode de rémunération et le droit de substitution sont issus de cette concertation.

1997

## 13) Naissance du collectif des groupements

Autre force de réflexion, le Collectif des groupements, structure informelle regroupant, dès 1997, 11 groupements de pharmaciens représentant plus de la moitié des officinaux, est né officiellement en novembre 2002. Sa profession de foi : une meilleure économie de l'officine pour un meilleur service rendu au public, grâce à un pharmacien 100% acteur de santé publique et 100% chef d'entreprise. Ses objectifs sont de devenir, aux cotés des syndicats et de l'Ordre, un interlocuteur de référence des pouvoirs publics et une force constructive nouvelle dans la négociation des grandes mutations en cours et à venir.

En février 2003, le collectif se structure en association loi 1901. Il réclame notamment la mise en place d'une prescription pharmaceutique. Cependant le collectif n'est pas reconnu comme entité représentative au niveau de l'état, il est donc difficile pour lui de se faire entendre.

Le groupement Co.Pharm.Ec quitte le collectif en Novembre 2003, car il ne se considérait plus en phase avec les autres groupements adhérents.

Le CNGPO (collectif national des groupements de pharmacie d'officine) réunit 10 000 pharmacies adhérentes de ses 12 Groupements. <sup>14</sup>

## **II) Fin des années 1990 : l'émergence de nouvelles technologies**

### 1) Les automates et les robots

À l'instar de l'Allemagne, qui fait un peu figure de pionnier en l'espèce, les automates et les robots sont apparus dans l'Hexagone dès 1993, mais ils n'ont pris leur véritable essor qu'à partir de 1999. Dans le début des années 2000 le parc des pharmacies qui se sont automatisées a fortement augmenté, pour finalement se stabiliser vers 2010. D'observateurs attentifs et parfois sceptiques, les pharmaciens, convertis à l'informatique durant les années 80, n'ont pas tardé à saisir toutes les potentialités de ces nouveaux outils, en usage depuis longtemps chez de nombreux répartiteurs. Délocalisation du stock et utilisation d'espaces affectés aux réserves (ou sans affectation précise), réorganisation du *back-office* et optimisation de la surface clientèle sont devenues les préoccupations communes à nombre de confrères. Plus encore, le gain de temps dans la dispensation (une ordonnance complète peut être délivré en 20 à 25 secondes), la manutention et le rangement (environ 2 heures par jour et par employé) sont immédiatement réinvestis dans l'écoute et le dialogue avec les patients.

Pour leur part, les constructeurs, à l'écoute du terrain et des conditions de l'exercice officinal, ont su tirer parti des échanges avec les titulaires et leurs équipes. Les gammes d'automates proposées se sont enrichies de configurations de mieux en mieux ajustées en termes de modularité, de périmètre d'automatisation, de compatibilité avec les équipements informatiques, de facilité d'utilisation, de sécurité au remplissage et à l'éjection, notions barbares et presque incongrues dans l'univers officinal, il n'y a encore pas si longtemps. Parallèlement, les prix des configurations se sont adaptés à la demande d'un éventail de budgets de plus en plus larges, jusqu'à proposer de limiter l'automatisation à une seule

activité : l'homéopathie.

Les groupements des grandes officines sont des clients intéressants pour ces sociétés de robotique.

Aujourd'hui, le marché du renouvellement commence à apparaître. « Des clients équipés depuis plus de 7 ans commencent à vouloir modifier leur équipement. Les systèmes d'occasion récupérés sont ensuite proposés à la revente dans le cadre de notre programme de développement durable » note François Legaud (ARX). Le marché de l'occasion peut devenir une véritable alternative. Olivier Resano (Apoteka Mekapharm) estime que le renouvellement des systèmes, bien que faible, est en constante augmentation.<sup>29</sup>

En chiffres : Nombre de pharmacies équipées en 2010 :

**APOTEKA MEKAPHARM**

68 (+56 commandes non installées +21 bons de commandes signés depuis janvier 2011)

**ARX**

297 (75 prévues en 2011)

**MACH4**

40 (300 prévues en 2011)

**MEDITECH**

50 (plus de 50 en 2011)

**RETINCO**

8 (30 à 35 prévues en 2011)<sup>29</sup>

## 2) L'informatique

L'outil informatique est devenu incontournable dans la pharmacie. La télétransmission a constitué une étape décisive dans l'évolution de la prise de commande et dans l'informatisation des officines (aujourd'hui encore, les pharmaciens sont les professionnels, de la santé, les mieux équipés).

La carte Sesam-Vitale a permis la dématérialisation de la feuille de soins et l'amélioration de la gestion du tiers payant au plan local. Le nombre de spécialités de plus en plus important impose une gestion optimale du stock. Toutes ces nouvelles données intègrent le quotidien du pharmacien.

Ainsi quatre outils informatiques se sont développés ces dernières années : 1 : Concentrateur

de tiers payant. 2 : Portail intégrant des Logiciels de Gestion de stock, et de base de données sur le médicament, la santé et le conseil associé. 3 : Banques de données statistiques d'achats et de vente. 4 : Sites extranet et intranet.

Depuis 2007, le dossier pharmaceutique (DP) a été mis en place. Le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens est chargé de la mise en œuvre du Dossier pharmaceutique.<sup>15</sup>

### **III) 1999 : Le protocole ETAT OFFICINE, un tournant dans la profession.**

Alors que les syndicats et l'Ordre s'impliquent politiquement et professionnellement dans l'évolution du métier de pharmacien, les groupements apportent les outils économiques à cette grande évolution. Monsieur Christian Grenier, Président et fondateur du groupement Co.Pharm.Ec - Nepenthes fait part de son opinion à l'ensemble des pharmaciens dans l'éditorial du CO PHARM 'ECHO du mois de février 2003 :

De grandes idées concernant la substitution, l'opinion pharmaceutique, l'honoraire, la prescription pharmaceutique naissent, *« Cette démarche aboutira à la signature du protocole additionnel. En effet, ce sont ces pharmaciens, « visionnaires » en quelque sorte, qui, en passant par la signature du PROTOCOLE ETAT OFFICINE en 1999, ont amené la profession là où elle est aujourd'hui.*

*Dix ans après la naissance des groupements nationaux, le pharmacien est reconnu par l'Etat, participe à la maîtrise des dépenses de santé en exerçant le droit de substitution ou par l'acte pharmaceutique et commence à discuter de la convention étendue pour le positionner en professionnel conventionné. Demain, il pourra faire de la prescription pharmaceutique dans le domaine de la médication officinale. Le chemin n'est pas terminé, mais le pharmacien d'officine aujourd'hui existe et ce sont les syndicats qui ont positionné politiquement et professionnellement le pharmacien.*

*En 1989, parallèlement tous les groupements s'impliquent économiquement pour devenir, dix ans après leur création, de véritables entreprises en mettant en place des objectifs, des moyens et des philosophies. En 1999, l'obtention du droit de substitution et la signature d'accords de partenariat avec les génériques, changent la donne relationnelle, le pharmacien prenant alors la main sur presque 25% du CA de l'officine. Les groupements prennent de ce fait force et vigueur et deviennent les opérationnels des décisions politiques. »*

La signature du protocole marque la reconnaissance du rôle d'acteur de santé publique du pharmacien. Il se caractérise d'une part par le droit de substitution, d'autre part par le

déploiement de Sesam-Vitale et aussi par la rénovation de la formation continue obligatoire.

- Premier volet : Droit de substitution, forfait par boîte et MDL à deux tranches.

L'accord établit un droit de substitution élargi entre princeps et génériques, ainsi qu'un nouveau mode de rémunération et de nouvelles incitations financières. Le protocole additionnel Etat-Officine d'avril 1999 remplace à partir du 1<sup>er</sup> septembre 1999 la marge dégressive lissée (MDL) à 6 tranches par une MDL à deux tranches, introduit un forfait par boîte de 0,53 € et une rémunération de 0,30 € supplémentaires pour la dispensation de médicaments à délivrance particulière (stupéfiants, antirétroviraux, sevrage de l'alcoolisme, médicaments d'exception). Il institue une rémunération spécifique pour les génériques et fixe un objectif de substitution de 35% du répertoire en vue de faire baisser le prix de chaque groupe de 10,5%. Le droit de substitution les faisant par ailleurs entrer dans le cercle des « prescripteurs » de spécialités remboursables, les pharmaciens, sont à ce titre, désormais soumis à la « loi anticadeaux », la Direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) se voyant habilitée à contrôler le niveau de remises accordées aux pharmaciens. Une étape majeure dans l'exercice officinal vient ainsi d'être franchie, le pharmacien d'officine se voyant rendu le droit de choisir le fabricant du produit qu'il délivre. Ce droit consacre le double rôle du pharmacien, professionnel de santé auteur d'actes responsables et acteur de la sauvegarde de l'assurance maladie, double rôle d'ailleurs défini par le code de déontologie.

- Deuxième volet : Déploiement de Sesam-Vitale.

L'accord prévoit le déploiement de Sesam-Vitale. La télétransmission a constitué une étape décisive dans l'évolution de la prise de commande et dans l'informatisation des officines. La carte Sesam-Vitale a permis la dématérialisation de la feuille de soins et l'amélioration de la gestion du tiers payant au plan local.

Sa généralisation au plan national et à tous les régimes obligatoires pose cependant quelques problèmes que les pharmaciens s'efforcent de régler au jour le jour.<sup>25</sup>

- Troisième volet : Formation continue obligatoire

La loi Kouchner sur le droit des malades et l'amélioration du système de soins du 4 mars 2002 énonce le principe du contrôle d'une formation continue obligatoire pour les professionnels de santé.

C'est une obligation déontologique inscrite dans le code de la santé publique : la formation pharmaceutique continue est désormais rendu opposable aux pharmaciens. Ceux-ci devront en

effet prouver tous les cinq ans (sous peine de sanction disciplinaire), qu'ils suivent une formation.<sup>8 26</sup>

#### **IV) de 1999 à nos jours : les pharmaciens s'impliquent...**

1999

1) Loi de répartition géo-démographique et création de la CMU (couverture maladie universelle)

La loi du 18 juillet 1999 portant création de la CMU inclut diverses dispositions relatives aux pharmaciens dont les modalités de création, transferts et regroupements d'officine. Ce texte stipule que les « créations, les regroupements et transferts doivent répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil et ne peuvent être effectués que dans un lieu qui garantie un accès permanent du public à la pharmacie et permet à celle-ci d'assurer un service de garde satisfaisant ».

Les nouveaux seuils pour obtenir une création sont : Une pharmacie pour 2500 habitants pour les communes de moins de 30 000 habitants et une pharmacie pour 3000 dans les communes de plus de 30 000 habitants. Cette loi a fait l'objet d'un lifting juridique à la demande de l'association des pharmacies rurales (APR), à travers deux amendements : Prise en compte, d'une part, dans l'arrêté préfectoral, des communes de moins de 2 500 habitants et plus, suppression, d'autre part, de l'interdiction de principe de transfert d'officine au sein d'une même commune excédentaire. Alors qu'un tabou semble être levé sur le nombre d'officines excédentaires (le collectif des groupements a avancé début 2003 le chiffre de 5000, la non rentabilité d'un certain nombre de pharmacies pouvant obérer la qualité du service pharmaceutique rendu aux patients, et le Ministère de la santé estime qu'il y a là matière à économie sur le coût de la distribution pharmaceutique), un état des lieux du maillage géographique officinal sera réalisé d'ici le premier, voire le deuxième semestre 2004.<sup>23</sup>

La LFSS 2008 (loi de financement de la sécurité sociale) a modifié les règles de répartition des officines sur le territoire.

Désormais si la première officine dessert comme auparavant une population égale ou supérieure à 2500 habitants, l'ouverture de toute officine supplémentaire ne pourra avoir lieu

que pour toute tranche supplémentaire de 3500 habitants (soit une officine pour 2500 habitants et deux officines pour 6000...).<sup>24</sup>

La nouvelle loi supprime la possibilité d'adopter de nouveaux arrêtés de répartition; Les transferts et regroupements peuvent être réalisés vers toute commune du territoire, y compris les DOM. Ils sont prioritairement utilisés pour répondre aux besoins en médicaments dans les communes dépourvues d'officine ou dont la population desservie justifie l'implantation d'une officine.

Les licences libérées par les officines qui ont fait l'objet d'un regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes sont fictivement maintenues en survie durant un délai de cinq ans dans la commune où a été réalisé ce regroupement. Ce gel peut être levé à l'expiration de ces cinq années sur décision du préfet à compter de la date de délivrance de l'autorisation y afférent.

Les créations sont maintenant exceptionnelles. Elles deviennent possibles uniquement dans les communes dépourvues d'officine comptant une population égale ou supérieure à 2 900 habitants, dans les zones d'aménagement du territoire remplissant les critères d'installation d'une officine durant deux années à compter de la publication au Journal officiel du dernier recensement (général ou complémentaire), ou enfin dans les communes de moins de 2 900 habitants qui comportaient une seule officine, fermée pour cause de cessation d'activité, et qui desservait une population supérieure ou égale à 2 900 habitants et si aucune décision de transfert ou de regroupement n'a pu permettre l'installation d'une officine pendant ledit délai.

Au 1er janvier 2014, on comptait 21 915 officines libérales en métropole et 627 en départements d'Outre-mer. Si la densité officinale d'une pharmacie d'officine pour 2 900 habitants est supérieur au ratio constaté dans d'autres pays européens, on doit aussi prendre en compte le nombre de pharmacies par kilomètres carrés à l'échelle de l'Ouest de l'Europe. Or, la France, du fait de son vaste territoire, connaît une densité pharmaceutique (33,83 officines par 1 000 km<sup>2</sup>) en retrait par rapport à ses voisins.<sup>27</sup>

## 2) Déremboursements et baisse du taux de remboursement.

Une première liste de 1 100 médicaments dont le remboursement a été redéfini en fonction de leur efficacité thérapeutique a été publiée en août 1999, l'évaluation par la commission de transparence des quelques 4500 médicaments remboursables a été finalisée fin

2000. Le décret du 27 octobre 1999 précise les futurs taux de remboursement en fonction du niveau de SMR (service médical rendu) : notamment 35% pour les médicaments à SMR modéré ou faible (58 produits dès août 2000, 617 en avril 2003), et déremboursement si le SMR est jugé insuffisant ou nul (835 médicaments concernés, dont 650 en juillet 2003, juillet 2004, et juillet 2005).

En avril 2010, 150 spécialités jusque-là pris en charge à 35%, ont vu leur taux de remboursement passé à 15%.

La baisse des taux de remboursement est jugée soit incohérente, soit inefficace, et nombreux sont ceux qui réclament un déremboursement total dès lors qu'un médicament n'est pas jugé efficace.

À partir du 2 mai 2011, le remboursement sera fixé à 30% pour les vignettes bleues (au lieu de 35%), incluant les médicaments à SMR modéré et les spécialités homéopathiques, et à 60% pour les dispositifs médicaux (au lieu de 35%).<sup>28</sup>

### 3) Des groupements font le choix stratégique de l'enseigne

Deux tendances complémentaires paraissent inéluctables: D'une part, on tend vers le regroupement des officines, dont la superficie et le chiffre d'affaires augmenteront pour atteindre la taille critique avec pour conséquence la baisse du nombre de pharmacies (on parle donc de 5000 en surnombre), et d'autres parts les pharmaciens se restructureront en réseaux de pharmaciens indépendants, enseignes, voire en chaînes, en mettant en avant une démarche orientée client.

Plusieurs groupements ont anticipé ce mouvement et décidé de franchir le pas en s'engageant dans la constitution d'une enseigne de pharmaciens indépendants mettant en avant la prévention, le suivi thérapeutique, la communication scientifique avec les patients... Bref, les pharmaciens veulent mettre au cœur de l'exercice officinal une qualité de service, qui sera apportée aux clients et aux patients afin de les fidéliser, voire de les conquérir.

### 4) Premiers réseaux de santé initiés par des pharmaciens

Dans les années 90, l'explosion du sida et la nécessité d'améliorer les relations entre

praticiens de ville et hospitaliers ont conduit à la naissance des premiers réseaux ville/hôpital. D'autres préoccupations, telles la toxicomanie ou les soins palliatifs, sont apparues par la suite. Le réseau est l'un des avènements de la profession, car il permet de mettre en valeur l'action du pharmacien. L'implication des pharmaciens s'est fortement accentuée en 1999. Disponibilité, proximité, connaissance du patient et de l'ensemble de ses traitements, compétences scientifiques... sont autant d'atouts que la profession peut mettre en avant. Le pharmacien est susceptible d'intervenir sur plusieurs plans : animation du réseau (participation à la formation continue), organisation (contacts locaux, livraison de matériel ou médicaments), qualité du traitement (observance, détection des interactions).

Il peut également orienter les patients et contribuer à les fidéliser, d'où l'intérêt pour certains groupements de s'investir pleinement dans les réseaux.

2000

#### 5) Premières structures répartiteurs des groupements.

Alors que les grossistes-répartiteurs se sont progressivement diversifiés dans des activités de service, en amont et en aval de leur métier, les groupements se sont intéressés à la distribution. À côté de prestations à forte valeur ajoutée permettant à leurs adhérents de mieux s'adapter à leur environnement, les groupements proposent une palette de services logistiques qui couvre l'éventail des produits vendus en pharmacie; ceci rentre dans l'objectif d'optimiser les achats et d'améliorer les conditions commerciales.

Les centrales de référencement et les plateformes d'achat faisaient déjà partie du paysage, or, depuis le début du millénaire, (hormis Evolupharm, actionnaire depuis 1994 de Ouest Répartition Pharmaceutique), plusieurs groupements ont créé leur propre «structure répartiteur» pour le médicament remboursable.

Pharma Référence est ainsi entré dans le capital de RBP Pharma en septembre 2000. Le Giphar a lancé Sogiphar Répartition en mars 2001, la prestation étant assurée par Phoenix Pharma à l'époque. Et Co-Pharm-Ec a créé fin 2002 Népentès Distribution. Giropharm avec l'ORP (Ouest Répartition Pharmaceutique) mais uniquement pour intervenir sur le hors vignetté et les génériques. Ces nouvelles structures de répartition sont confrontées à de réelles difficultés pour respecter le code de la santé publique et le guide des bonnes pratiques de distribution qui impose des obligations légales contraignantes, notamment de référencer au moins les 90 % des médicaments et de livrer tout médicament de son stock dans les 24 heures.

L'arrivée de nouveaux acteurs dans le domaine de la répartition ne remet pourtant pas en cause un marché contrôlé à 95% par trois groupes, le marché potentiel des structures répartiteur des groupements restant limité à 700 millions d'euros.

2001

#### 6) Loi MURCEF<sup>18</sup>

Sous ce nom barbare (Mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier) se cache un dispositif juridique complexe, publié au Journal Officiel du 12 décembre 2001, dont l'un des articles porte sur la création des sociétés de participation financières de professions libérales (SPFPL).

Ces SPF s'appliquent en particuliers aux pharmaciens et étendent la loi de 1990 sur les SEL (sociétés d'exercice libérale), l'exploitant n'est plus celui qui possède la totalité du capital officinal, même s'il en possède la majorité.

Des sociétés de conseils se sont créées pour répondre à une forte demande d'informations. Ce nouveau dispositif peut donc intéresser les adjoints en quête d'installation; de même, pour les titulaires, le départ à la retraite n'est pas synonyme de vente totale de l'officine. Concrètement, plus de la moitié du capital social d'une officine sous forme de SEL pourra être détenue aussi par des SPF, en l'occurrence de pharmaciens, dont le seul objet sera la détention de parts dans des SEL de pharmaciens.

Aujourd'hui à l'heure de la mise en place des nouvelles missions au sein des officines, il convient de donner un nouveau statut au pharmacien adjoint en lui permettant d'entrer au capital non pas des SPFPL mais de la société d'exploitation, de lui donner un statut fiscal et social de collaborateur libéral comme cela existe déjà dans certaines professions médicales et juridiques, de lui permettre de créer des parts en industrie (transformation de son travail en capital) chose impossible dans le cadre d'une SPFPL.<sup>6</sup>

Certains groupements comme Forum Santé revendiquaient début 2004 leur entrée dans le capital de plusieurs SEL, l'objectif étant de créer une franchise.<sup>31</sup>

D'autres y voient un bon moyen de former une identité forte et indépendante constituée uniquement d'officinaux, l'objectif étant de contrer l'entrée probable des grossistes, des laboratoires et/ou des financiers extérieurs dans le capital officinal.<sup>32</sup>

Capital des SEL - officine			
AVANT LA LOI MURCEF		DEPUIS LA LOI MURCEF	
<b>&gt; 50% Associés en exercice dans la SEL</b>	<b>&lt; 50 % Associés investisseurs</b>	<b>de 1% à 100 % Associés en exercice dans la SEL</b>	<b>de 0% à 99 % Associés investisseurs</b>
<b>Pharmaciens titulaires d'officine exerçant dans la SEL (associés en exercice)</b>	Pharmaciens titulaires exerçant dans une autre officine	<b>Pharmaciens (titulaires ?) d'officine exerçant dans la SEL</b>	Autres pharmaciens (titulaires ?) d'officine en exercice
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           Un pharmacien d'officine exerce dans une seule officine et peut avoir des participations dans deux autres.             Une SEL d'officine n'ex- ploite qu'une seule offi- cine et peut avoir des participations dans deux autres SEL.         </div>	Autres SEL d'officine	<b>CONSERVENT EN TOUTE HYPOTHÈSE LA MAJORITÉ DES DROITS DE VOTE</b>	Autres SEL d'officine
	Pendant 10 ans, anciens pharmaciens associés ayant exercé dans la SEL et ayant cessé toute activité professionnelle	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           Un pharmacien d'officine exerce dans une seule officine et peut avoir des participations dans deux autres.             Une SEL d'officine n'ex- ploite qu'une seule offi- cine et peut avoir des participations dans deux autres SEL.         </div>	Pendant 10 ans, anciens pharmaciens associés ayant exercé dans la SEL et ayant cessé toute activité professionnelle
	Pendant 5 ans, ayants droits des pharmaciens ci-dessus décédés		Pendant 5 ans, ayants droits des pharmaciens ci-dessus décédés
Autres personnes physiques ou morales : aucune			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) *</b>  <small>* La SPFPL peut avoir des participations dans un nombre illimité de SEL.</small> </div>
			Autres personnes physiques ou morales : aucune

TABLEAU 1: Comparaison du capital des SEL d'officines avant et après la Loi Murcef.<sup>34</sup>

## 7) Les 35 heures

La loi sur les 35 heures a fait l'objet d'un accord de branche qui a organisé la réduction du temps de travail à l'officine. Peu évidente à l'époque quand la pénurie de personnel se faisait parfois cruellement sentir. Le passage aux 35 heures fut un bouleversement dans la gestion de l'équipe et l'organisation des plannings tant et si bien que certains devaient faire appel à des consultants extérieurs (les groupements entre autres) pour venir à bout de certaines situations. À défaut d'innovation, ce fut pour le moins un fait marquant de ces dernières années. Si les adaptations se sont faites tant bien que mal, au cas par cas, quelques traits dominants se sont dégagés.

Ainsi les confrères les plus prévoyants optaient pour une adaptation progressive avec un passage en deux temps : 37 heures en janvier 2001 et 35 heures en 2002. Certains réduisaient l'amplitude horaire d'ouverture de l'officine. D'autres saisissaient cette opportunité pour concrétiser un recrutement qui s'imposait (ce qui, dans un contexte de pénurie de collaborateurs qualifiés, ne fut pas nécessairement une tâche aisée).

D'autres encore mettaient au point un savant dosage de jours de congés et d'heures supplémentaires. Dans la plupart des cas, et souvent pour les officines de petite taille, pour lesquelles toute économie d'échelle était périlleuse, la charge de travail supplémentaire

dégagée par la réduction du temps de travail des collaborateurs fut reportée sur le ou les titulaires ainsi astreints (s'ils ne l'étaient pas déjà) au régime des 60 heures ou des 70 heures. Une chose était sûre cependant, la réorganisation des plannings contraignait tous ceux qui ne s'y étaient pas penchés auparavant à étudier de près les courbes de fréquentation, à en identifier, parfois à la demi heure près (pour les changements d'équipe), les périodes d'affluence ou de calme.

Face à cette incontournable évolution dans l'organisation du temps de travail, de nombreux titulaires s'appuyaient sur les outils de leur groupement. Les 35 heures ont, quelque part, participé à la création des nouveaux métiers de la pharmacie (le conseil commercial et marchandisage, le secrétariat, réceptionniste etc.). Ce fut alors un bon moyen pour les groupements de se démarquer en proposant ces services à ses adhérents, de manière à décharger des équipes officinales parfois débordées.<sup>33</sup>

#### 9) L'USPO revendique le statut de 3<sup>o</sup> syndicat pharmaceutique.

L'USPO (Union des syndicats de pharmaciens d'officine) se crée le 22 octobre 2001 par sécession de la FSPF (Fédération syndicats pharmaceutiques de France). Selon un sondage réalisé par Impact Pharmacien en septembre 2001, il apparaissait que l'utilité des syndicats de pharmaciens était plébiscitée par 80% de la profession. Avec cependant un bémol de taille : une majorité de pharmaciens estimait que les syndicats avaient déserté le terrain des réalités quotidiennes. Plus de 70% des pharmaciens s'estimaient mal défendus auprès des pouvoirs publics, un bon tiers jugeant même que l'action des groupements est plus efficace que celle des syndicats ! Même si leur rôle est complémentaire.

En vue de la négociation de la convention élargie avec l'assurance maladie, le gouvernement a procédé fin octobre 2002 à une enquête de représentativité des syndicats de pharmaciens d'officine. Les résultats de cette enquête permettront à l'USPO et l'APLUS (Action pharmaceutique libérale d'union syndicale) de participer aux négociations aux côtés de la FSPF (Fédération des syndicats pharmaceutiques de France) et de l'UNPF (Union nationale des pharmacies de France).<sup>35</sup>

## 10) Dossiers patients: nouvelle étape pour les réseaux de santé.

En juin 2003 est créé le dossier patient, c'est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus.<sup>36</sup>

## 11) Le dossier pharmaceutique

Le Dossier Pharmaceutique (DP) recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par votre médecin ou conseillés par votre pharmacien. Le Dossier Pharmaceutique (DP) a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé. Sa mise en œuvre a été confiée au Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Depuis sa création, des services complémentaires sont développés, sous le nom de "Portail DP".<sup>37</sup>

## 12) Médecins et patients impliqués dans le générique.

La loi du 29 décembre 2011, également connue sous le nom de "Loi Bertrand", du nom du ministre de la santé de l'époque, prévoyait, dans son chapitre "Prescription", une généralisation de la prescription en DC, comme l'avaient préconisé les participants aux Assises du Médicament. La date de mise en œuvre de cette généralisation avait été fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2015, pour laisser le temps aux éditeurs de LAP (logiciels d'aide à la prescription) de s'adapter.<sup>38</sup>

Depuis juin 2012, Le dispositif « tiers payant contre génériques » est mis en place dans les pharmacies d'officine. Ce dispositif consiste à réserver le tiers payant aux assurés qui acceptent la délivrance de médicaments génériques lorsqu'il en existe pour les médicaments qui leur sont prescrits.

Il est aujourd'hui appliqué sur l'ensemble du territoire.<sup>39</sup>

### 13) Incitation à la substitution.

Pour inciter les pharmaciens à la substitution, la loi de financement de la sécurité sociale de 2002 avait prévu une modification de la marge de l'officine (marge unique princeps / générique) ainsi qu'un déplafonnement des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés consentis par les fournisseurs sur les ventes de génériques, qui passaient de 2,5% à 10,74% sur le prix fabricant hors taxes (HT), puis de 10,74% à 20%.

Ces mesures ont permis aux pharmaciens qui s'impliquaient dans la substitution d'améliorer leur marge.

Entre deux pharmacies ayant un chiffre identique, la marge sera donc meilleure chez celle qui substitue le plus. La variation est, bien sûr, fonction du taux de substitution, mais elle peut atteindre un demi-point, voire plus. Le générique permet également au pharmacien d'avoir moins de capitaux immobilisés, puisqu'il achète moins cher et avec de meilleures conditions commerciales des produits équivalents.

Ainsi les groupements n'ont pas hésité à s'investir pleinement dans la substitution, en proposant des partenariats avec les laboratoires génériques, en négociant des budgets commerciaux parfois très intéressants (visite régulière des représentants, formation des équipes à la substitution, signalétique dans les rayons etc.)

Depuis mai 2014, Les remises sur les génériques sont désormais plafonnées à 40 % avec pour contrepartie une baisse du prix et une augmentation du taux de substitution.<sup>40</sup>

Explication : la marge en valeur absolue est identique sur le princeps et le générique. Mais comme le prix des génériques est inférieur (de 30%, voire 50% pour les spécialités tombées dans le domaine public depuis le 23 novembre 2001) par rapport à celui du princeps, la marge en pourcentage est mathématiquement augmentée. Ainsi un princeps dont le prix fabricant HT est de 10 euros sera acheté par le pharmacien 11,07 euros HT (prix grossiste HT) et aura un prix public HT de 14,21 euros (11,07 euros + marge pharmacien de 26,10%, soit 2,61 euros

+forfait boîte 0,53 euros), soit une marge de 22%.

Le générique lui, pour un prix fabricant HT de 7 euros (10 euros- 30%), dégagera 28% de marge avec un prix public HT de 11,21 euros (prix pharmacien HT 8,07 euros + marge identique 2,61 euros +forfait boîte de 0,53 euros).

### 13) Le TFR.

Avec la loi de financement de la sécurité sociale 2003, un vent de tempête a soufflé sur les génériques : pour développer le marché, qui stagnait aux alentours de 52% du répertoire en moyenne nationale, et donc générer des économies substantielles (l'objectif d'économie au titre des génériques avait été fixé à 300 millions d'euros pour l'année 2003), le gouvernement a décidé de mettre en place un forfait de remboursement ou tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), fixant un prix de remboursement unique (aligné sur le prix actuel des génériques) pour chaque groupe générique. Le TFR s'est appliqué, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003, à tous les groupes génériques pour lesquels la pénétration du générique est comprise entre 10 et 45 %.

Le taux de substitution avait été calculé sur les volumes d'achats de génériques au mois d'avril 2003 (la seconde étape initialement prévu au deuxième semestre 2004 a été repoussée, elle s'était basée sur le taux de pénétration à l'achat mais aussi à la vente. L'objectif fixé à 60% a été atteint en novembre 2003). Sont exclus de cette mesure les produits à SMR insuffisant faisant l'objet d'un plan de déremboursement, ainsi que les médicaments trop récemment inscrit au répertoire et qui n'ont pas eu le temps de prouver leur capacité à obtenir une part de marché suffisante.

Au vu des résultats, on a pu que constater le rôle primordial du pharmacien dans la substitution alors que les résultats des médecins ont été très décevants. Les groupements grâce à leur force économique ont grandement participé au développement de la substitution.<sup>45</sup>

### 14) Loi Dutreil

La loi Dutreil, publié au Journal Officiel du 3 août 2005, introduit dans la continuité de la loi Murcef deux nouvelles dispositions:

- L'une, d'application immédiate, imposant aux pharmaciens exploitants, pris

individuellement, de détenir au moins 5% du capital des SEL dans lesquelles ils engagent leurs diplômes (exit donc les montages en SELAS avec 99,99% des titres pour l'associé dormant et 0,01% pour celui qui engage son diplôme dans la SEL). Avec cette modification de la loi, un «investisseur» peut aujourd'hui détenir au plus 95% d'une SELAS dans la mesure où le seul titulaire exploitant détiendrait 5 % des titres.

- Au travers d'un décret d'application, la loi laisserait, à l'initiative de la profession, la possibilité d'interdire la dissociation du capital et des droits de vote, d'imposer à l'ensemble des pharmaciens exploitants de détenir la majorité des titres d'une SEL. Dans ce contexte, la structure juridique de type SELAS, sans être interdite, perdrait de son intérêt pratique. Les SELAS précédemment constituées auront deux ans à compter de la parution du décret pour se mettre au niveau de leur capital.

Cette évolution des textes appelle deux observations de la part d'Olivier Delétoille (Cabinet ArythmA):

- Tout d'abord, il est surprenant que ces nouvelles dispositions reviennent aussi radicalement sur la loi MURCEF qui offrait aux pharmaciens non exploitants de détenir la majorité en capital d'une SEL.
- Plus grave ensuite, cette mesure impacte l'intérêt pratique de la holding de rachat de titres de sociétés à l'impôt sur les sociétés (IS). En effet, en cas de reprise de titres de sociétés soumises à l'IS, le cessionnaire devra au minimum détenir directement la majorité du capital de la SEL reprise et, indirectement, au maximum 49,99% de cette dernière par le biais de sa holding de rachat. Dans ces conditions, la moitié des emprunts souscrits pour le rachat des titres d'une SEL sera remboursée avec des bénéficiaires ayant subi une fiscalité lourde, à l'impôt sur le revenu.<sup>32</sup>

#### 15) Entrée en vigueur du tiers payant contre générique.

Suite à une baisse régulière du taux de substitution, (72% en avril 2012 contre 80% deux ans plus tôt), un accord national a été signé en juin 2012 entre les syndicats de pharmacies et l'assurance maladie qui fixe un objectif de 85% de pénétration des génériques pour l'année 2013. Conformément à cet accord, depuis le 9 juillet, les pharmacies doivent appliquer la règle du «tiers payant contre générique» désormais généralisé à l'ensemble du territoire et à tous les assurés, quel que soit leur régime d'affiliation (régime général, régime agricole, régime des indépendants).

En clair, si un patient accepte le médicament générique proposé par son pharmacien, il ne fait pas l'avance des frais et l'Assurance maladie rembourse directement le pharmacien. En revanche, s'il refuse le générique, il paie ses médicaments et ne sera remboursé qu'ultérieurement.<sup>39</sup>

#### 16) Loi de financement de la Sécurité sociale.

Le déficit du régime général de 15,3 milliards d'euros en 2014.

La loi de financement de la sécurité sociale a chaque année pour objet d'établir les conditions d'équilibre des comptes sociaux, les prévisions des recettes, et fixer les objectifs de dépense.

#### 17) Vente par correspondance.

Un arrêt de la cour européenne de justice confirme que l'interdiction de la vente de médicaments par correspondance (VPC) dépend des législations étatiques. Cet arrêt ne peut s'opposer à la VPC pour l'automédication. En Allemagne, la VPC est possible pour tout médicament libre de prescription depuis début janvier 2004. Les pharmaciens allemands ont créé leur propre portail Internet permettant aux usagers du médicament de commander un produit d'automédication à l'officine de son choix. La Pharmacie virtuelle Doc Morris tournée dès l'origine vers le marché allemand, dont les activités seront finalement légalisées en 2004, est **Le leader des ventes par correspondance de médicaments en Allemagne, rachetée en 2008 par le grossiste Celesio**, dispose aussi de vraies officines, sous forme de pharmacies franchisées.

En 2010 la ministre de la santé Roselyne Bachelot, du gouvernement Fillon, avait étudié "l'éventualité d'encadrer une possible vente de médicaments sur Internet", pour se mettre en accord avec une jurisprudence européenne. La Cour de justice des Communautés européennes a en effet arbitré le 11 décembre 2003, dans l'arrêt DocMorris, en faveur de cette forme de diffusion des pilules et autres sirops, disponibles sans ordonnance.<sup>48</sup>

Depuis le 21 décembre 2012, un texte publié par le ministère de la santé, permet aux pharmaciens de délivrer en ligne les médicaments vendus sans ordonnance.

2009

### 18) La loi HPST

La loi Hôpital, patient, santé et territoires offre d'ambitieuses perspectives d'avenir. Les nouvelles missions inscrites dans le code de la santé publique confèrent au pharmacien un rôle qui va bien au delà de la seule dispensation des médicaments. L'article 38 de la loi dessine un immense champ d'action. Le pharmacien va contribuer aux soins de premier recours, participer à la coopération entre professionnels de santé, à la permanence des soins, aux actions de veille et de protection sanitaire, à l'éducation thérapeutique, à la prévention et au dépistage. Il peut aussi assurer la fonction de référent pour un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur.<sup>46</sup>

Cette loi revalorise la profession de pharmacien d'officine.

### 19) La convention Pharmaciens-Assurance Maladie: «une nouvelle donne dans la santé publique»

La convention pharmaceutique parue au Journal Officiel du 6 mai 2012 a été signée le 4 avril par l'assurance maladie et les trois syndicats représentatifs de la profession (FSPF, UNPF et USPO). Elle est entrée en application le 1er janvier 2013. Reprenant la proposition formulée par l'Igas en juin 2011, elle introduit dans la rémunération du pharmacien, en complément de sa marge, un honoraire de dispensation qui devrait représenter dans un premier temps environ 12,5% de ses revenus. Elle met également en place un programme de suivi pour les patients sous anticoagulants oraux. Sur la base du principe du paiement à la performance, assorti d'objectifs individuels, les deux entretiens annuels réalisés à cet effet par le pharmacien dans l'espace de confidentialité fait l'objet d'un forfait de 40 € par patient, par officine et par an. Un programme similaire concernant les patients asthmatiques devrait être lancé par la suite. Les autres champs d'intervention (prévention, dépistage, éducation thérapeutique) seront définis par avenant tout au long de la durée de la convention. L'avenant N°6 sur les médicaments génériques, également paru au JO du 6 mai, fixe, pour l'année 2012, l'objectif national de pénétration des génériques à 85% sur la base du répertoire de référence.

D'autre part la convention fixe dans cet avenant des objectifs individuels ainsi que la liste des molécules retenues pour le suivi spécifique national et individuel.<sup>43</sup>

La convention pharmaceutique met en place également le dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC).<sup>1</sup>

**CHAPITRE II :**  
**ÉTAT DES LIEUX DES GROUPEMENTS**

## **A-Les différentes formes de structures juridiques et économique.**

### **I) Différentes structures et formes d'exploitation des officines et groupements.<sup>49</sup>**

#### 1) Association.

C'est un groupement volontaire résultant d'un contrat passé entre plusieurs personnes qui mettent en commun leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que partager les bénéfices.

#### 2) Entreprise.

C'est une unité économique et juridique produisant des biens et des services pour les vendre sur le marché afin de réaliser un bénéfice.

#### 3) Société anonyme.

Contrairement à une SARL (Société à responsabilité limitée composé d'au moins deux associés), une SA (Société Anonyme) doit être composé d'au moins sept actionnaires, il peut s'agir de personnes physiques ou bien morale et le capital social (au minimum de 37 000 €) est divisé en actions. Chaque actionnaire, qui reçoit une partie du bénéfice appelée dividende, participe à la gestion de la SA lors des assemblées générales des actionnaires. Le droit de vote est proportionnel à la part du capital qu'il détient. L'assemblée générale des actionnaires élit les membres du CA (conseil d'administration) de la société (de trois à douze membres) parmi les actionnaires.

La responsabilité des actionnaires se limite aux apports, la responsabilité civile des dirigeants peut être engagée en cas de faute de gestion, ils sont également responsable pénalement.

la SA est imposée à l'impôt sur les sociétés. Le bénéfice imposable est obtenu après déduction de la rémunération du ou des dirigeants.

#### 4) Coopératives.

Sociétés privées présentant certaines caractéristiques particulières. Ses objectifs sont la défense des intérêts de ses membres, appelés sociétaires. Une coopérative recherche donc moins le profit que la satisfaction de ses adhérents; par exemple, les bénéfices sont répartis équitablement entre les sociétaires. Le pouvoir de décision appartient aux sociétaires eux-mêmes, selon le principe « un homme=une voix » quels que soient leurs apports (et non une action = une voix, comme dans les autres sociétés). Les groupements fonctionnent en coopérative de consommation, créées pour bénéficier des avantages des achats groupés, qui se distinguent des coopératives de production, créées pour produire en commun (coopératives agricoles).

#### 5) Groupe d'entreprise, participation et GIE.

Des actionnaires peuvent être des personnes physiques, mais aussi d'autres sociétés. On appelle ainsi **participation** d'une société dans une autre la détention d'un certain nombre d'actions de la seconde. Lorsque plusieurs sociétés sont liées par des participations, elles peuvent constituer un **groupe**. Schématiquement un groupe est composé d'une société mère et des filiales, dans ce cas il y a un lien financier entre ces sociétés et la maison mère ; dans le cas où il y a un intérêt économique en commun mais que les sociétés restent indépendantes financièrement on parle de **GIE** (Groupe d'intérêt économique).

#### 6) La filiale.

C'est une société dont le capital est détenu majoritairement par une autre société.

#### 7) Une « Holding ».

C'est une société qui ne produit pas mais qui détient des participations dans le capital

d'autres sociétés afin d'en contrôler et d'en orienter l'activité.

Selon le Code de la Santé publique, le pharmacien peut exploiter son officine sous les formes suivantes :

#### 8) L'entreprise individuelle.

Sous cette forme, le pharmacien exploite à titre individuel le fonds de commerce comme n'importe quel autre commerçant (il n'y a pas de séparation entre le patrimoine privé du chef d'entreprise et celui de l'entreprise). C'était la forme la plus répandue au début des années 2000 (environ 60% des pharmacies), mais elle a fortement diminué, pour atteindre moins de 5% en 2014.<sup>52</sup>

#### 9) L'EURL ou SARL.

Le pharmacien exploite son officine à travers une société (à responsabilité limitée) soit seul en EURL (entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée) soit à plusieurs en SARL (société à responsabilité limitée). L'objectif est de protéger le patrimoine personnel en cas de faillite. Cette solution ne permet pas l'introduction de capitaux émanant d'autres pharmaciens extérieurs.

#### 10) La SNC (société en nom collectif).

Ce type de société est peu répandu dans le cadre de l'exercice en association des pharmacies d'officine, elle représente environ 2% des modes d'exercice officinale.<sup>52</sup>

### 11) La SEL (société d'exercice libéral).

Ce type de société permet d'opérer une distinction entre la détention du capital et l'exercice professionnel au sein de la société. Un pharmacien qui exploite une officine par ailleurs peut détenir une participation importante sans participer à l'exercice professionnel de l'officine. Jusqu'en 2001, seul les SELARL (société d'exercice libéral à responsabilité limitée) étaient couramment utilisées, le pharmacien extérieur pouvant posséder jusqu'à 49,99 % des parts, l'exploitant devant posséder 50,01% des parts. Compte tenu de l'imposition à l'IS (impôt sur les sociétés), la société dispose de son autonomie fiscale. Elle est libre de fixer la rémunération du travail et de « rémunérer » les associés selon les circonstances par la pratique de la distribution de dividendes. Cette solution permet un lissage de la fiscalité sur la durée de l'emprunt réduisant ainsi l'apport personnel nécessaire à la réalisation de l'opération. D'après l'étude des prix des pharmacies réalisée par Interfimo en **mars 2015**, le mode d'exercice en Société d'exercice Libéral (SEL) est le plus répandu, puisqu'en 2014, 80% des acquéreurs ont choisi la SEL.<sup>52</sup>

### 12) La SELAS (société d'exercice libéral par actions simplifiées).

Ce type de société est possible depuis 2001, elle permet une grande liberté au regard de la rédaction des statuts qui est offerte par la loi, celle ci permet désormais d'offrir des montages intéressants dans le cadre de l'acquisition d'une officine. Compte tenu de la possibilité d'attribuer à des actions des droits de vote double, triple, quadruple, etc. ; il est avantageux de faire rentrer dans ce type de société des jeunes diplômés qui disposent d'un faible apport personnel mais qui pourront à travers le droit de vote multiple disposer de la majorité requise pour l'exercice professionnel.

Ce type de montage devrait permettre d'associer de nombreux adjoints à des pharmaciens plus âgés désireux de prendre leur retraite ou pré retraite.

### 13) Les SPFPL (sociétés de participation financières de professions libérales).<sup>41</sup>

Ces sociétés dites « *holding* » ont pour seule vocation de détenir (en anglais : *to hold*) des

parts sociales des SEL. Ainsi ces SPF sont à même de créer de véritables chaînes de pharmacie.

a) les avantages pour le pharmacien gérant :

Aujourd'hui, la cession des parts de SEL détenues en direct par le pharmacien gérant est taxée au taux de 31.25 % (CSG CRDS incluses), s'il détient ses parts depuis plus de quatre ans, 22.25 % au delà de huit ans. En revanche, s'il détient les parts par l'intermédiaire d'une SPFPL, la cession par la SPFPL de sa participation sera taxée au maximum à 4 % (l'IS calculé sur 12 % de la plus value).

Ce gain fiscal permet, dans le cadre d'une cession réinstallation, d'optimiser l'apport et le montage financier de la nouvelle acquisition.

Au final, le cédant ne supporte qu'une fiscalité personnelle sur le seul montant sorti de la SPFPL (dividendes) et non sur la totalité du prix de cession et ce compris le montant réinvestit dans son nouveau projet.

b) les avantages pour le pharmacien investisseur

Aujourd'hui, la cession de la participation d'un pharmacien investisseur est taxée au barème de son impôt sur le revenu avec toutefois un abattement par année de détention. La taxation sera alors de 38 % (CSG CRDS incluses) pour des parts revendues dans un délai de 5 ans (durée de sortie généralement usuelle), la taxation minimale sera quant à elle de 31.25 % si la cession intervient au delà de 8 ans de détention.

Si cette participation est détenue par une SPFPL qu'il aura préalablement constituée, la fiscalité maximale de cession sera comme pour le gérant de 4 %. Par ailleurs, les dividendes perçus par la SPFPL seront taxés au maximum à 1,70 % (l'IS sur 5% du dividende).

Compte tenu de l'alourdissement de la fiscalité des dividendes, nous pourrions être tentés de ne pas distribuer, cette non-distribution entraînant un accroissement de la valeur des titres rendant plus coûteuse la transmission ultérieure, la remontée des réserves au sein d'une SPFPL permettra de limiter la valeur des titres pour l'acquéreur sans pour autant alourdir la fiscalité du cédant.

Le décret du **4 juin 2013** concernant la profession de pharmaciens d'officine a été publié au

Journal Officiel ;

**En premier lieu, ce décret précise les règles de détention du capital et des droits de vote dans les SPFPL de pharmaciens d'officine :**

1-Le décret maintient l'interdiction d'ouverture du capital des SPFPL à d'autres professionnels libéraux de santé.

La **SPFPL** ne peut donc être constituée qu'entre pharmaciens d'officine.

2-Le décret ouvre le capital des SPFPL aux pharmaciens adjoints exerçant en officine.

Il permet ainsi d'associer les pharmaciens adjoints dans la SPFPL et d'intéresser indirectement ces derniers aux résultats de la ou des SEL détenues, tout en conservant leur statut de salarié dans une SEL.

**En deuxième lieu, le décret pose une limitation des "participations directes ou indirectes" pouvant être détenues :**

1-Un pharmacien d'officine ne peut détenir des participations directes ou indirectes que dans 4 SEL de pharmaciens d'officine autres que celle au sein de laquelle il exerce. Une SEL de pharmaciens d'officine ne peut détenir des participations directes ou indirectes que dans 4 SEL de pharmaciens d'officine.

2-Une SPFPL de pharmaciens d'officine ne peut détenir des participations que dans 3 SEL de pharmaciens d'officine.

En retenant la notion de "participations directes ou indirectes", le décret remet en cause les montages pyramidaux qui avaient pu voir le jour dans les groupes de sociétés de pharmaciens d'officine (une SEL prenant une participation dans trois SEL, qui à leur tour prenaient chacune une participation dans trois SEL, etc).

Il est donc plus restrictif que la réglementation antérieure.

**En troisième lieu, le décret revient sur les règles de détention du capital et des droits de vote dans les sociétés par actions :**

1-La loi MURCEF de 2001 avait autorisé dans les sociétés par actions, et en particulier dans les SELAS, la dissociation entre le capital et les droits de vote attachés aux actions : les pharmaciens exerçant dans une SELAS pouvaient ainsi être minoritaires en capital, dès lors qu'il conservaient la majorité des droits de vote.

2-Le décret interdit cette dissociation : les pharmaciens exploitants doivent désormais détenir la majorité en capital et en droits de vote dans toute SEL, quelle que soit la forme choisie.

3-Le décret impose aux sociétés d'ores et déjà existantes de se mettre en conformité avec ces nouvelles règles dans un **délai de deux ans**.

**En dépit de cet encadrement, la SPFPL est un outil efficace :**

**En premier lieu, la SPFPL facilite la reprise de SEL de pharmaciens**

**d'officine :**

1-Elle permet de bénéficier d'un effet de levier pour financer le rachat de participations dans des SEL, en déduisant les intérêts d'emprunt.

2-La SPFPL détenant 95% du capital et des droits de vote de la SEL reprise bénéficie du régime d'intégration fiscale qui permet l'imputation fiscale des intérêts d'emprunts et des frais d'acquisition sur les résultats de la SEL exploitante.

3-La SPFPL détenant au moins 5% du capital et des droits de vote de la SEL reprise, pendant 2 ans, bénéficie du régime mère-fille qui permet une fiscalité privilégiée en termes de distribution de dividendes.

**En second lieu, la SPFPL peut être un outil patrimonial et de transmission :**

1-Le produit de la cession de titres de SEL par un pharmacien peut, sous certaines conditions notamment de seuils et de délai de détention, être réinvesti à la souscription au capital d'une SPFPL en report d'imposition de la plus-value constatée au titre de cette cession et, à terme, permettre l'exonération de celle-ci.

2-Le produit de la vente par la SPFPL de participations dans les SEL peut, sous certaines conditions et seuils, être réinvesti par la SPFPL pour procéder à un nouvel investissement avec une fiscalité allégée.

3-La SPFPL peut être un outil utile dans le cadre de la transmission du patrimoine du pharmacien d'officine à sa famille.<sup>42</sup>

## II) Rappel sur les différents « commerces » existant.

### 1) Le commerce intégré.

C'est la forme de commerce la plus simple sur le plan juridique. Un entrepreneur ou une société exploite une enseigne dont il est propriétaire. La marque, les points de vente, le mobilier ou la marchandise : tout lui appartient en propre. Et cet entrepreneur dispose des moyens financiers nécessaires au développement de son réseau. C'est donc lui qui choisit les emplacements et aménage des magasins qui sont autant de succursales de la maison mère. Il nomme à leur tête des directeurs salariés chargés d'appliquer la stratégie commerciale voulue par lui et de gérer les points de vente selon son cahier des charges. Enfin, comme il supporte seul le risque financier, il décide seul du devenir des magasins. Il peut ainsi choisir de fermer ceux qui ne satisfont pas aux objectifs.

Réservée aux grands groupes ou aux entrepreneurs disposant de solides appuis financiers, cette forme de commerce est de loin la plus répandue. Elle peut toutefois être adoucie pour atténuer les risques. Cas fréquent, la maison mère ne détient que la majorité du capital de ses magasins. Le reste appartient à un partenaire financier extérieur. Elle peut également exploiter une partie de ses points de vente en franchise. Mais elle conserve dans tous les cas la maîtrise de leur gestion.

Avantage de cette forme de commerce très centralisée : le réseau est cohérent et l'on retrouve strictement la même gamme et la même ambiance à Lille, Paris ou Limoges. Inconvénient : lourd, le système ne facilite guère l'initiative individuelle en magasin. Malgré la formation et les incitations diverses, un directeur salarié ne sera pas aussi motivé qu'un commerçant exploitant sa propre affaire.

Exemple : Auchan, Carrefour, La Brioche Dorée, Zara.

Poids économique : le commerce intégré représente 44% du commerce de détail hexagonal pour un chiffre d'affaires estimé à 150 milliards d'euros.

## 2) Les commerces indépendants.

### a) Deux sortes d'indépendants organisés.

- Le commerce associé ou « coopérative ».

Il est représenté par la Fédération des coopératives des commerçants, où actuellement Giropharm et Giphar adhèrent. Il a pris son essor dans les années 60, sous l'influence du développement de la grande distribution.

Dans l'épicerie, puis le bricolage, le sport et l'optique, des commerçants indépendants ont pris conscience de leurs faiblesses face aux nouveaux géants du commerce. Ils se sont alors regroupés pour créer de nouvelles structures d'achats, la plupart du temps sous la forme de coopératives. Contrairement à la franchise, ces « coopératives de commerçants » fonctionnent de manière démocratique : elles sont détenues par tous à parts égales et les décisions font l'objet de votes selon le principe « un homme égale une voix ».

Le CERP a été créé par des pharmaciens voulant leur propre service de grossiste répartiteur, c'est une coopérative.

Lorsqu'enseigne commune il y a, elle appartient donc le plus souvent à tous, de même que les moyens mis au service des entrepôts, flottes de camions, etc. Enfin, les adhérents ne se contentent généralement pas de voter en assemblée générale. Ils s'impliquent directement dans la vie du groupement, en donnant une partie de leur temps à des missions d'encadrement. Ce sont eux, notamment, qui donnent des directives aux salariés de la centrale et contrôlent leurs actions. Toutefois, ce schéma idéal ne résiste pas toujours aux contraintes économiques. Invoquant la férocité de la concurrence, les dirigeants salariés de la centrale se font souvent accorder des pouvoirs étendus ; ils deviennent mêmes parfois dans les faits les véritables décideurs.

En outre, l'indépendance des adhérents, qui doit en principe demeurer totale, résiste rarement à l'épreuve de la réalité économique. L'obligation de « jouer le jeu », c'est-à-dire de commander exclusivement ses produits à la centrale, finit par devenir la règle. Sans oublier les conditions de sortie du groupement, de plus en plus restrictives à mesure que les années passent. En supermarché par exemple, Leclerc et Super U disposent de clauses juridiques destinées à maintenir les magasins dans le réseau.

Exemple : Leclerc, Monsieur Meuble, Giropharm, Giphar

Poids économique : le commerce associé représente 21% du commerce hexagonal pour un

chiffre d'affaires estimé de 71 milliards d'euros.

- La franchise.

Ici, généralement tout commence par une idée. Un concept commercial original ou mieux adapté aux besoins que les précédents voit le jour et rencontre le succès. Son créateur souhaite alors le décliner et, après quelques tentatives couronnées elles aussi de succès, décide de s'associer.

Objectif : créer rapidement un véritable réseau et impliquer financièrement des dizaines, puis des centaines de petits partenaires afin de partager les risques. Le créateur définit alors, dans un contrat de franchise, à quelles conditions il accorde l'exploitation de son idée, de son savoir faire et de son enseigne à ses partenaires (les franchisés). Généralement, le franchisé est tenu de respecter sans le modifier le concept de magasin, l'aménagement intérieur, le mobilier défini par le créateur (le franchiseur). Il est également contraint d'appliquer une politique de prix et un calendrier promotionnel. Enfin, il est obligé de s'approvisionner auprès du franchiseur, qui crée pour l'occasion une centrale d'achats ou conçoit lui-même sa gamme. Car le franchiseur, et c'est là toute la différence avec le commerce associé, demeure propriétaire de son idée et de la marque (l'enseigne) qui l'identifie. Le franchisé doit donc rétribuer le franchiseur sous forme de droit d'entrée initial puis de royalties calculées le plus souvent sur son chiffre d'affaires. Il n'est propriétaire que de son magasin –fonds de commerce et/ou murs- et son autonomie de chef d'entreprise se limite dans les faits à la gestion de son personnel. Toutefois, en contrepartie qu'il concède, le franchisé bénéficie normalement d'un concept commercial ayant fait ses preuves, du savoir faire et des conditions d'achats de son franchiseur, d'un système de gestion efficace, etc. à condition que ce dernier fasse correctement les choses. L'histoire de la franchise fourmille d'entrepreneurs peu scrupuleux ayant beaucoup promis pour inciter les franchisés à investir, sans tenir leurs promesses...

Exemple de franchise: Jacques Dessange, Yves Rocher, Jardiland. Poids économique : 719 franchiseurs et plus de trente trois mille franchisés totalisant 33.7 milliards d'euros. La franchise représente 10% du commerce de détails en France, et séduit de plus en plus de professionnels.

b) Le commerce indépendant isolé.

Le commerçant exerce seul ou associé en société ou non, mais de manière autonome et

ne dépend d'aucune entité, d'aucun financement ou concept extérieur. Il est l'unique propriétaire de ses murs, de son fond de commerce et de son savoir faire. Ce commerçant est libre, mais doit faire face, seul, à la conjoncture économique, ce qui n'est pas toujours évident aujourd'hui.

### III) Les différentes relations entre officines.

#### 1) Le groupement informel.

Comme son nom l'indique, ce type de groupement n'a pas de structure, il consiste en l'échange de savoir faire entre confrères bien souvent amis, copains de promotion voir membres de la même famille. Il se limite donc à quelques achats groupés de médicaments, de parapharmacie et de dispositifs médicaux ; ainsi que de quelques animations proposées par les laboratoires. La rétrocession de médicaments était pratiqué bien qu'interdite. Il n'y a aucun lien juridique entre ces officines.

#### 2) Société de Regroupement à l'Achat entre Pharmaciens (SRA)<sup>44</sup>

Depuis le décret du 19 juin 2009 (JO du 21 juin 2009), **les pharmaciens titulaires d'officine** peuvent constituer des structures de regroupement à l'achat (SRA). Ces structures leur donnent un cadre légal pour effectuer des commandes de médicaments non remboursables, en particulier, et obtenir de meilleures conditions commerciales.

Une SRA doit s'adosser à un **établissement pharmaceutique (une centrale d'achat pharmaceutique ou un grossiste -répartiteur** en cas de réalisation d'opérations logistiques.

Le décret du 19 juin 2009 a autorisé la création de deux types de structures :

- la structure de regroupement à l'achat (SRA);
- la centrale d'achat pharmaceutique (CAP)

Ces deux structures sont très différentes, elles peuvent exister séparément ou coexister

**La SRA est obligatoirement et uniquement constituée par des pharmaciens titulaires** ou des sociétés exploitant des officines. Elle a vocation d'acheter d'ordre et pour le compte de ses membres ou de ses adhérents.

Le décret précise son champ d'intervention, qui est limité :

- Aux médicaments non remboursables (les médicaments remboursables et les médicaments expérimentaux ne peuvent être achetés par une SRA);
- Aux produits figurant sur la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine (arrêté du 15 février 2002 et arrêté du 2 octobre 2006).

Le texte réglementaire prévoit que la **SRA peut être créée sous forme de société (SARL, SAS, SA)**, de groupement d'intérêt économique ou d'association entre des pharmaciens titulaires d'officine ou des sociétés exploitant une officine.

Il s'agit donc d'une structure relativement souple. Le choix de la forme juridique doit être adapté aux missions qui lui seront confiées : simple référencement, intervention comme commissionnaire ou intégrant une centrale d'achat pharmaceutique.

Aujourd'hui, bon nombre de pharmaciens passent déjà par l'intermédiaire de leur groupement pour obtenir les meilleures conditions commerciales que s'ils commandaient individuellement auprès des laboratoires.

Les SRA sont donc appelées à répondre à des besoins non couverts jusqu'à maintenant et donner un cadre légal aux commandes réalisées par un groupe plus ou moins important de titulaires souhaitant travailler ensemble.

Dans la pratique, la SRA pourra intervenir comme :

- Simple référenceur : la **SRA** négocie des conditions commerciales pour les produits qu'elle référence auprès des laboratoires; la livraison et la facturation sont faites individuellement auprès de chaque officine adhérente ou membre;
- Commissionnaire : la **SRA** devient un opérateur intermédiaire qui centralise les commandes de ses membres, négocie, passe commande auprès des laboratoires. Ces derniers facturent alors la **SRA** qui, à son tour, facture immédiatement ses membres.

N'étant pas établissement pharmaceutique, la SRA ne peut manipuler des médicaments et ne peut réaliser des opérations de stockage et de livraison.

En dehors de l'achat des médicaments non remboursables et des produits pouvant être vendus en officine, une SRA est aussi autorisée à :

- Organiser des actions de formation, notamment sur le conseil pharmaceutique;
- Diffuser des informations et des recommandations sur des thèmes de santé publique relatifs notamment à la prévention, à l'éducation pour la santé et au bon usage du médicament.

### 3) Les réseaux de santé.

Ici le pharmacien va s'unir avec d'autres professionnels de la santé sous une structure associative; un réseau s'articule autour d'un thème ou d'une pathologie nécessitant l'intervention de différents partenaires du corps médical et pharmaceutique, il s'articule donc autour du patient. Ces réseaux ont pour objectifs d'améliorer la **qualité** d'une prise en charge **globale** d'un type de population donné tant sur le plan des soins que de l'éducation à la santé et de la prévention.<sup>51</sup>

Les réseaux naissent d'une collaboration sur la base du **volontariat**, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes: médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux.

Concrètement, un réseau repose sur cinq dimensions :

- le **projet** médical définit après un consensus scientifique (charte d'adhésion, protocole de soin et objectifs à atteindre) ;
- le **financement** spécifique (Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville ou FAQSV, CPAM, etc.) ;
- la **coordination** des soins grâce à une plus grande interaction des professionnels (dossier médical commun aux intervenants) ;
- la **formation** et l'**information** des professionnels (apprentissage de la pratique en réseau, respect des référentiels de bonnes pratiques, retour d'information sur les

résultats du réseau)

- l'**évaluation** (évaluation de la pratique en réseau, de la qualité des soins et évaluation économique du réseau). Quelque soit l'orientation des réseaux vers la médecine libérale et/ou la médecine hospitalière (réseaux ville-hôpital, réseaux inter-hospitaliers ou réseaux de soins libéraux) ils s'organisent souvent en **Loi 1901**.

Et enfin, les réseaux constituent des observatoires régionaux ou nationaux ayant pour objectif d'améliorer les **connaissances épidémiologiques** (évolution de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité d'une pathologie donnée à un échelon régional, voire national).

Il est indéniable que le pharmacien d'officine contribue au bon fonctionnement des réseaux de soins en apportant son savoir-faire et ses connaissances en matière de **bon usage** des médicaments, mais aussi en participant activement à l'**échange d'informations** avec les patients et les autres professionnels intervenants.

Prenons pour exemple, les réseaux oncologie régionaux qui actuellement couvrent la totalité du territoire. Avec l'essor des **sorties de la réserve hospitalière** des anticancéreux et de leurs traitements associés tels que l'érythropoïétine ou le Zométa®, les pharmaciens d'officine sont devenus un maillon de la chaîne de soin autour du patient souffrant d'un cancer. Ainsi, dans la région Pays-de-Loire, le réseau **ONCO-PL**, créé en **2002**, organise des formations **gratuites** sur la prise en charge des patients cancéreux à l'officine et destinées aux pharmaciens d'officine désireux d'intégrer le réseau de Loire-Atlantique.<sup>54</sup>

Pour intégrer un réseau, le pharmacien doit signer la charte de celui-ci. Dès lors, il peut être à tout moment contacté pour organiser rapidement et le mieux possible le retour d'un malade à son domicile tout en garantissant la continuité des soins **24 heures sur 24 et 7 jours sur 7**.

Pour faciliter le travail et éviter toute rupture de la chaîne de soin, le pharmacien est informé à l'avance du traitement de sortie du malade.

#### 4) Les groupements d'achats ou commissionnaires aux achats.

Les pharmaciens adhèrent à une centrale d'achat, le plus souvent sous forme de centrale régionale (Société anonyme en coopérative le plus souvent) ayant le statut de "*Commissionnaire aux Achats*", c'est-à-dire que les pharmaciens mandatent la centrale pour négocier en leur nom, leurs achats aux meilleures conditions commerciales. D'une manière générale les pharmaciens sont sociétaires d'une coopérative, mais peuvent être actionnaires d'une SA ou d'une SARL.

### 5) Les groupements généralistes.

Cette fois ci, le groupement devient une véritable entreprise rendant beaucoup d'autres services en plus des achats groupés. Ce peut être une PME (petite et moyenne entreprise), parfois de plus de 60 salariés, tous au service des pharmaciens, avec une volonté de rendre ces pharmaciens plus forts économiquement, plus forts collectivement, plus compétents dans l'exercice de leur métier, et surtout avec la volonté de faire évoluer la distribution du médicament non plus dans le cadre d'un commerce traditionnel, mais dans le cadre d'une enseigne, laquelle est synonyme aux yeux des consommateurs de compétence, de qualité, de compétitivité sur les prix.

Ces groupements se structurent d'une manière générale selon trois constantes :

- une charte lie l'adhérent à une association loi 1901, cette association a pour but de veiller au respect du savoir faire, des marques et de l'éthique du groupement.
- un organe politique, détermine la stratégie globale du groupement. La mise en œuvre est assurée à la fois par des Commissions de pharmaciens (commission achat/référencement, vente, qualité, formation, communication) et des salariés, la complémentarité des compétences permettant une réelle efficacité.
- un outil économique, l'adhérent devient actionnaire d'une société anonyme le plus souvent sous forme de coopérative, appelé centrale d'achat distinct ou non de centrale logistique.

Dans certain cas, les sociétés des groupements doivent prendre en charge des structures logistiques (plate forme, grossiste répartiteur, équipe de conseillers) plus ou moins lourdes selon le type de groupement : tout dépend de la typologie du groupe et de sa stratégie de base.

### 6) Le collectif des groupements.

Il était devenu indispensable de rassembler les groupements afin qu'ils puissent avancer sur de nombreux domaines dans la même direction. Le collectif structuré en association depuis 2003, renforce sa volonté d'appartenir au monde de l'évolution de la pharmacie en France.<sup>14</sup>

#### 7) Les « G.I.E » internationaux.

Les groupements ne s'arrêtent pas aux frontières de l'hexagone, à l'instar de Giropharm un certain nombre de groupement franco-français a collaboré avec diverses structures étrangères. En 1992, des groupements dont Giropharm ont créé un GIE (groupement d'intérêt économique) Européen, (Kefren Pharmapoteke) qui leur permettaient de rencontrer des allemands, des anglais, des suisses, des espagnols, mais les conditions d'exercice dans ces différents pays étaient trop différentes pour que les relations aillent au delà de 1995. Cependant, à Pharmagora, les groupements rencontrent beaucoup de pharmaciens européens ou francophones. Giropharm a adhéré aussi à la NACDS (Association des Chaînes de Pharmacies Américaines) en tant que membre international, avec des chinois, des pharmaciens d'Amérique du Sud, etc. Cela a permis de visiter, entre autres, des établissements américains pour étudier le système de santé et la distribution du médicament aux Etats-Unis d'Amérique.

#### **IV) Les deux tendances des groupements.**

On peut mettre en évidence deux schémas de stratégie de développement des groupements, l'un étant « plutôt évolutif » et l'autre « plutôt conservateur ». La présentation suivante est schématique, mais elle illustre bien le paysage actuel: Chaque groupement s'inspire en tout ou partie de ses deux tendances.

	Tendance A évolutive	Tendance B conservatrice
Structure juridique	Une association et une Société Anonyme	Une association et une Société Anonyme
Statut commercial	Commerce indépendant organisé	Commerce indépendant organisé
Structure de l'entreprise	Un organe politique et un outil économique + des sociétés de services et logistiques affiliées juridiquement. (concentration verticale)	Un organe politique et un outil économique sans société de services et logistiques affiliées juridiquement. (concentration horizontale)
Membres actifs	Pharmaciens bénévoles et permanents.	Pharmaciens bénévoles.
Idéologie	Faire la différence en terme de service et de compétence.	Ethique, solidarité et compétence.
Coût de l'adhésion	Droit d'entrée et cotisation à l'année élevées avec services proposés étendus.	Droit d'entrée et cotisation à l'année peu élevée avec peu de services.
Services proposés	Pack complet ou à la carte.	Pack complet ou à la carte.
Implantation	National et International ++ et régional +/-	Régional ++ et National +/-
Recrutement et nombre d'adhérents	Homogène et limité.	Hétérogène et sans limite.
Stratégie commerciale possible	Franchise voire chaîne.	Coopérative uniquement.
Politique d'achat et vente	Etendue avec concept d'enseigne fort. Forte incitation à l'achat et à la vente.	Répondre aux besoins et obtenir la satisfaction du pharmacien et du client.
Ouverture du capital	Pharmaciens, partenaires de l'officine voir financiers extérieurs.	Uniquement aux pharmaciens.

TABLEAU 2 : Les deux tendances des groupements

**V) Quelques exemples intéressants :****1) STRUCTURE GIROPHARM : « De l'association à la coopérative. »**

Interview de Franck VANNESTE, membre actif de Giropharm et président du Groupement national. [ANNEXE 2]

Créé en 1986 par un groupe de pharmaciens alsaciens soucieux de mettre en commun leur capacité d'achat et leurs idées, le groupement totalise, aujourd'hui, environ 850 pharmaciens membres. Groupement d'indépendants, Giropharm est le premier groupement français de pharmacies en termes d'achats par adhérent. Groupement d'achats, Giropharm est aussi un groupement de vente : 30 conseillers marketing et merchandising Giropharm réalisent un audit personnalisé de l'outil commercial. Ce service est résolument un des points forts du groupement, complété depuis peu par la présence d'animateurs réseau. En parallèle, un magazine commercial et un album pour enfant valorisent le métier de pharmacien. La particularité de Giropharm réside dans son mode de fonctionnement : dès sa genèse, les fondateurs du groupement ont souhaité créer une structure indépendante où les décisions sont prises exclusivement par les membres et pour les membres. Des valeurs fortes : garantie de l'indépendance professionnelle, promotion de l'initiative privée, mise en commun des ressources humaines, compétence et qualité professionnelle cimentent le groupement et le guident dans l'élaboration des projets et des outils.

Pour adhérer à Giropharm, le pharmacien doit être obligatoirement titulaire d'une officine et il noue avec le groupement plusieurs types de relations : Membre, il signe la Charte qui le lie à l'Association Giropharm. Actionnaire, il détient, comme chaque membre, un nombre identique d'actions de sa société anonyme régionale. Il possède une voix : les décisions sont prises démocratiquement.

La S.A régionale a un rôle de commissionnaire aux achats.

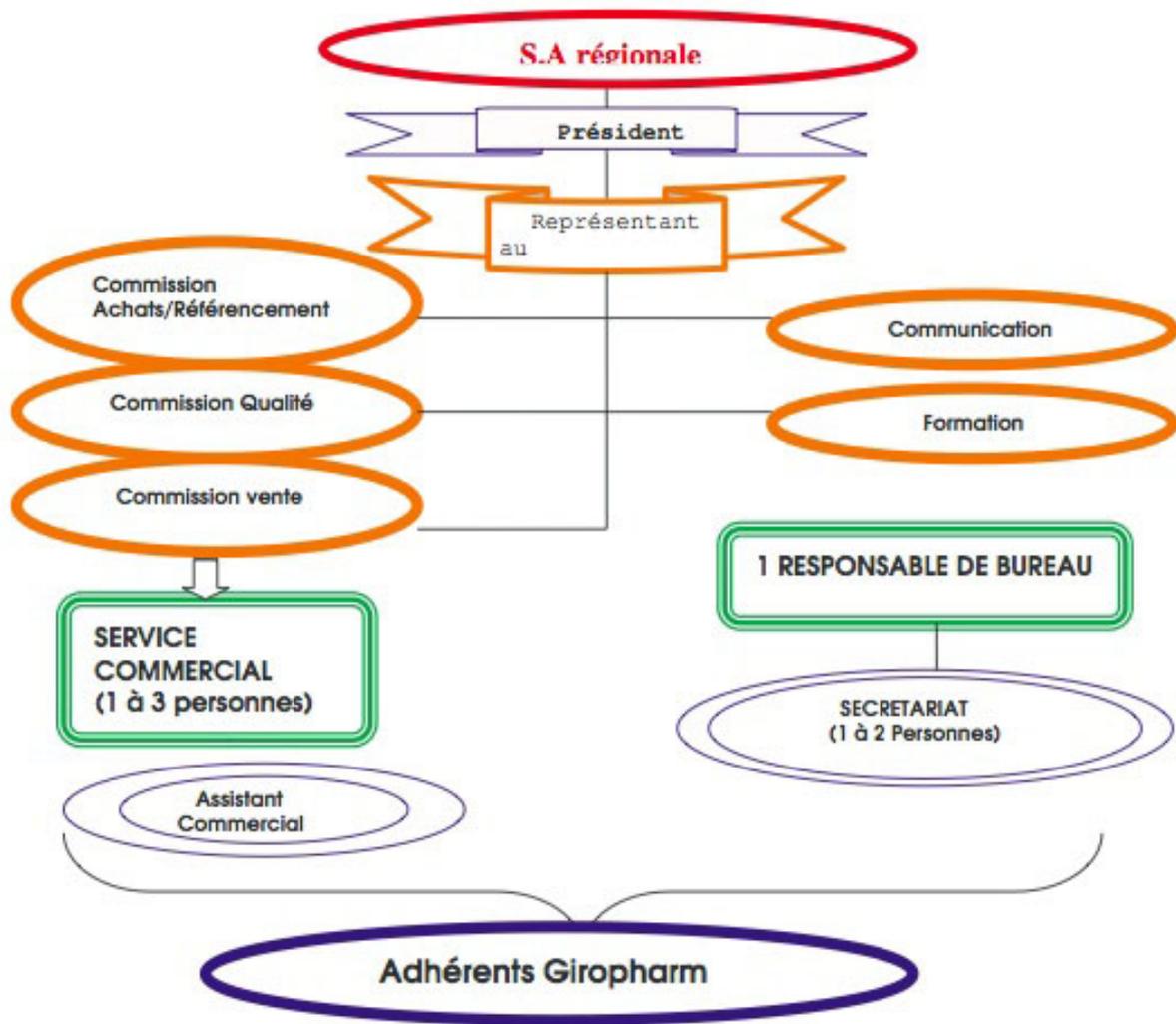


FIGURE 1 : Organigramme d'une société régionale de Giropharm

Il participe à la vie de la centrale au travers des commissions régionales et nationales. Les S.A régionales sont toutes membres de la structure nationale : le G.I.E BAC (Bureau d'achat et de coordination) GIROPHARM.

Le BAC, dirigé par des pharmaciens bénévoles, détermine la stratégie globale du groupement. La mise en œuvre est assurée à la fois par des commissions de pharmaciens et des salariés, la complémentarité des compétences permettant une réelle efficacité.



FIGURE 2 : Organigramme de la structure Giropharm nationale

Afin de préserver l'indépendance du pharmacien et celle de Giropharm, l'Association Giropharm (association loi 1901) est propriétaire des marques et savoir-faire du groupement. Elle veille au respect des règles et principes énoncés dans la Charte Giropharm qui a été signée par chacun d'entre eux. Elle est ainsi garante de la philosophie et du respect de l'éthique Giropharm.

Référence dans le secteur pharmaceutique, le groupement veut l'être également auprès du grand public, en constituant une enseigne forte, reconnaissable comme telle par le consommateur. Le positionnement choisi : "La Pharmacie de Confiance®". Parce qu'un client rentre dans les officines en étant malade, il voudrait ressortir en étant assuré d'un retour vers la bonne santé. C'est cette qualité de services que le pharmacien veut lui apporter, qualité qu'il est difficile d'atteindre en restant isolé.

Depuis 1994, Giropharm s'est engagé dans une stratégie de développement des ventes. Aujourd'hui, les conseillers marketing et merchandising soutenus par les animateurs réseau assurent une assistance permanente afin d'optimiser l'espace de vente et *in fine* accroître le CA (Chiffre d'affaire) et la marge.

Les aides à la vente et à l'achat sont nombreuses : Marchandisage, animation de l'espace de vente, politique de prix, création d'espace Conseil Arrière, communication grand public, plan d'assortiment, le cahier « Giroachat ». Une politique d'achat s'accompagne d'une maîtrise de la logistique. Giropharm s'est adressé aux grossistes répartiteurs comme Ouest Répartition Pharmaceutique, professionnels de la logistique, pour optimiser les circuits de distribution. Un certain nombre d'accords ont été mis en place dans un souci d'amélioration du service.<sup>44</sup>

## 2) STRUCTURE GIPHAR « Le pionnier »

Le Giphar est né en 1968, [ANNEXE 1]. C'est une association, qui a pour objectif de se grouper pour l'intérêt pharmaceutique (ce qui est à l'origine du nom Groupe Intérêt PHAR) composé de 1350 pharmaciens, répartie en 150 groupements locaux, eux-même rassemblés en 7 inter groupements régionaux, avec un Bureau National élu tous les trois ans. Le Giphar présente 7 commissions de travail. L'outil économique est la SOGIPHAR, société anonyme fonctionnant comme une coopérative (Les pharmaciens adhérents sont actionnaires à parts égales), créée il y a près de 40 ans.

La SOGIPHAR dispose de tous les statuts pharmaceutiques: grossiste répartiteur en médicaments humains et vétérinaires, plateforme dépositaire, fabricant de médicaments, de dispositifs médicaux et de cosmétiques à marque propre, centrale d'achat pharmaceutique (CAP), centrale de référencement, centrale de services et grossiste en matériel médical (MAD). L'objectif est de garantir une certaine indépendance dans le choix de l'approvisionnement.

En bref, le Giphar et la Sogiphar propose à leurs adhérents une marque de dermo- cosmétique DERMACTIVE, un logiciel LOGIPHAR, une politique d'enseigne, des prestations merchandising, des outils de communication, mais aussi des PEE (plan d'épargne entreprise), des contrats assurance, des prêts et cautionnement bancaire, un institut de formation.

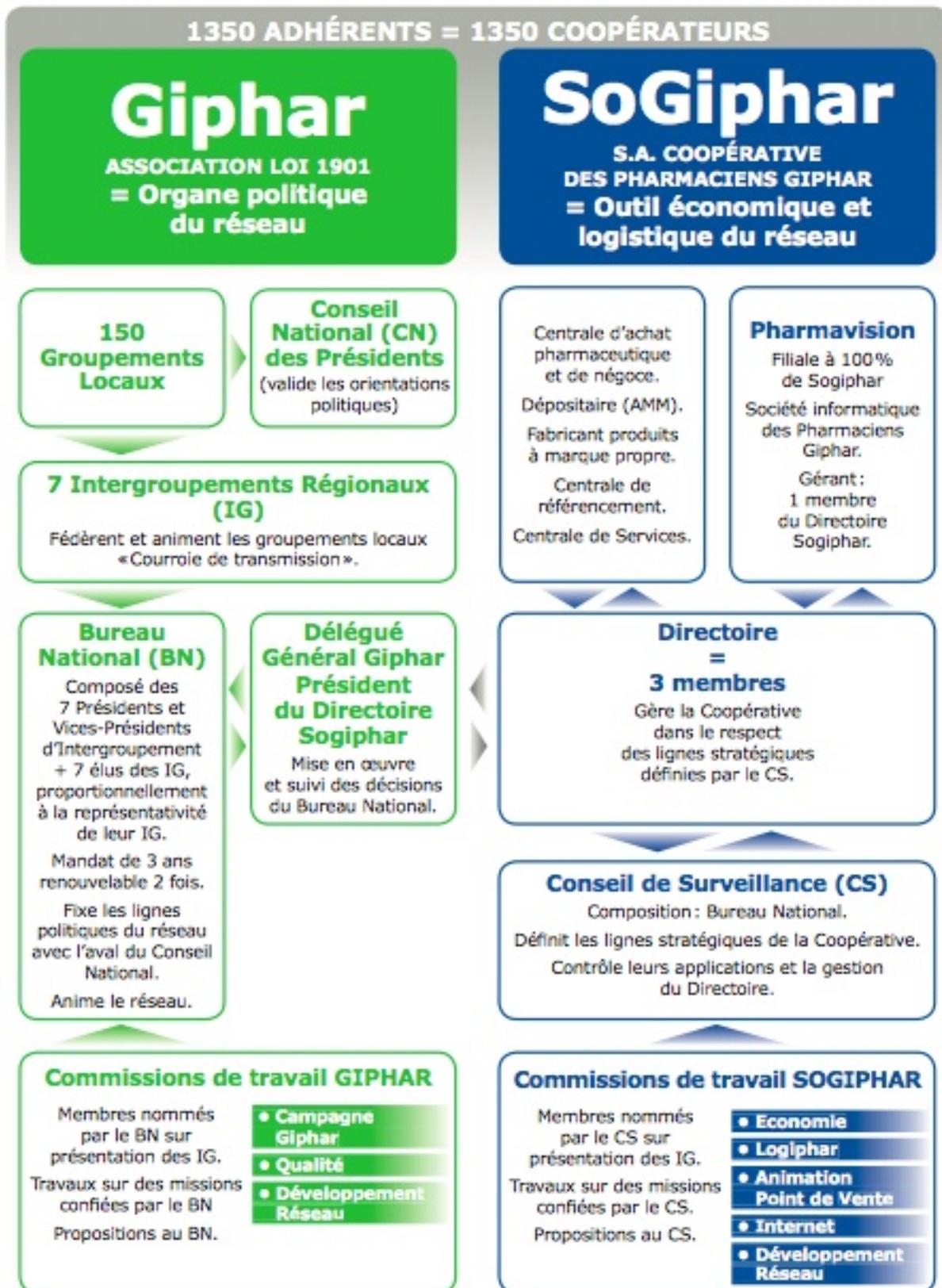


FIGURE 3 : Présentation de la Structure du Giphar

### 3) STRUCTURE NEPENTHES « Un groupement né du syndicat. »<sup>53</sup>

De statut coopératif, sa cotisation annuelle se limite à 450 euros et aucune obligation n'existe en matière d'achats, de merchandising ou de promotion. Co.Pharm.Ec dispose depuis 2002 d'un grossiste répartiteur intégré: Népenthès Distribution, mais il ne peut pas imposer ses services aux adhérents du groupement. Elle comprend aussi quatre autres activités : dépositaire, centrale d'achat, export et vétérinaire.

Il doit « vendre » sa prestation comme n'importe quel autre grossiste. *«Notre principe est de convaincre sans contraindre, résume Christian Grenier. Nos adhérents font ce qu'ils veulent dans le groupement et nous quittent quand ils le souhaitent. C'est à nous de faire en sorte qu'ils restent en leur proposant les services adaptés. »*

Séduisant pour le Pharmacien, ce système n'est viable économiquement qu'avec des effectifs importants. Eux seuls peuvent en effet garantir un taux d'utilisation des équipements suffisant. Népenthès Distribution ne livre ainsi pour le moment que 350 pharmacies. L'équilibre sera atteint avec environ 1000 officines, ce qui revient à convaincre un adhérent sur quatre.

NEPENTHES, créée en 1989 a pour mission de mettre en place tout un ensemble de prestations de services pour les pharmaciens Français et maintenant étrangers afin d'améliorer la gestion quotidienne de leur entreprise, Népenthès SA se partage en deux structures, la coopérative (le groupement Co.Pharm.Ec) et la structure intégrée (Népenthès distribution).

CO.PHARM.EC a pour objectif d'être le premier Groupement national en nombre de pharmaciens libéraux et indépendants, propriétaires de leur officine sur le territoire français : avec plus de 4000 adhérents.<sup>44</sup>

Qu'est ce que Népenthès .C et Népenthès.D ?

-Népenthès.C c'est le groupement Co.Pharm.Ec:

Une logique de défense professionnelle :

Il est certain que beaucoup de pharmaciens sont sensibles à l'origine même de CO.PHARM.EC créé et/ou animé par 20 Présidents de Syndicats, dans une logique de défense de la pharmacie libérale et indépendante. La philosophie CO.PHARM.EC est : "Pour rester libres et indépendants, devenons meilleurs".

Une logique confraternelle Le groupement CO.PHARM.EC s'est toujours engagé à développer ses prestations au moindre coût. La confraternité passe aussi par la mise à la disposition des titulaires et de l'ensemble des collaborateurs de l'officine, des avantages d'un véritable comité d'entreprise, en obtenant des tarifs négociés sur différents produits de loisirs,

vacances, sports (Co.pharm'Club). C'est aussi la création d'une cellule Services avec un Numéro Vert (Copharm'Services : 0 800 307 815) pour répondre à tout type de demandes de renseignements d'ordre social, juridique, fiscal ... et emploi (Copharm'Emploi).

Des outils de communication et informatique

Dans un contexte où l'outil informatique est devenu incontournable, le groupement a mis en place un site Web et des commandes en ligne (Achat En Ligne (AEL) lancé en 2001) afin d'offrir à ses adhérents les meilleurs services en réduisant les coûts de communication.

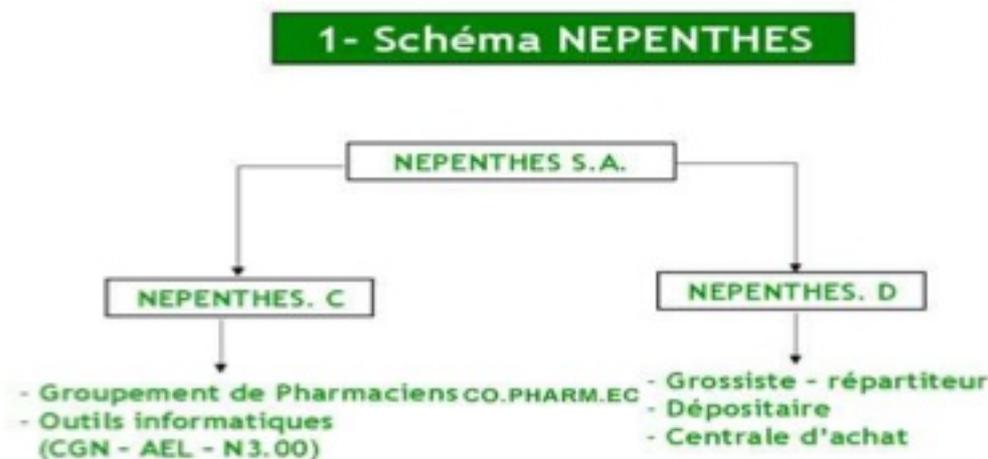


FIGURE 4 : Schéma de la Structure Népenthes

-NEPENTHES C positionne ses outils de télétransmission pour être un acteur dans le plus vaste

réseau Intranet de professionnels de santé. (CGN : Concentrateur Global NEPENTHES lancé en 2000). Et afin de potentialiser son stock il y a le Nepenstat (N 3.00). En 2002, le groupement met en place les vitrines NEPENTHES.

-NEPENTHES D était la société anonyme Népentès Distribution :

C'était une société anonyme ayant le statut de Grossiste-Répartiteur, Dépositaire et de Centrale d'achat et d'export; elle s'est constituée le 12 avril 2002 en reprenant 4000 m<sup>2</sup> de locaux à Sartrouville (anciennement Akora-Dapharm) dans les Yvelines (78) le 6 décembre 2002, plus de 350 comptes Clients sont ouverts.

A l'époque Népentès comptait 60 délégués commerciaux sur les 130 employés du groupement).<sup>60</sup>

La société a été radiée le 2 août 2012.<sup>55</sup>

4) STRUCTURE Pharmactiv et Alphéga: « Un groupement qui émane d'un répartiteur. »

Les répartiteurs prennent position en créant leurs propres « groupements ».

L'OCP dispose d'un groupement depuis 25 ans appelé PHARMACTIV, qui rassemble bientôt 1300 officines. A la fin des années 80, le directeur commercial de l'OCP, Jacques Ambonville, lui-même pharmacien, engage une réflexion lors de rencontres de travail avec trois pharmaciens d'officine. Ainsi naît l'idée de constituer un groupement de pharmaciens qui pourrait s'appuyer sur l'expertise de l'OCP, entreprise leader sur son marché : c'est la naissance de Pharmactiv Distribution SA (filiale à 97 % de L'OCP); sa structure bien que différente des coopératives, fonctionne de la même manière en terme de services achat, qualité ou marchandisage. Elle se dit le groupement de « la pharmacie de service », avec pour outil de choix le « client mystère », devenu « client qualité ». L'adhérent Pharmactiv paye un droit d'entrée à vie de 2300 euros puis une cotisation mensuelle de 75 euros. Le groupement ne croit pas à l'enseigne, et oriente son activité sur les services que peut rendre son pharmacien à son client (la seule idée d'enseigne serait « le label qualité pharmactiv » inscrit à l'entrée de la pharmacie). Beaucoup de services (formations, audit, expertise, client qualité etc.) sont assurés par l'OCP, payants ou non payants. Le lien entre le groupement et l'adhérent est assuré par un conseiller commercial. Pharmactiv se dit un groupement de travail et évite d'organiser des congrès coûteux en bord de mer.<sup>50</sup>

Alliance santé (devenu entre temps Alliance Healthcare), quand à lui propose la filiale Alphéga Pharmacie, structure qui existe depuis fin 2001. Alphéga ne se définit pas comme une enseigne mais comme un réseau de Pharmacies indépendantes en Europe. Il propose cependant une charte d'engagement à ses adhérents, un logo et des services proches de ceux des enseignes. Le réseau compte plus de 6 300 adhérents pharmaciens dans sept pays : France, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Russie, République Tchèque et Pays-Bas. Il a augmenté significativement en mars 2014 grâce au réseau Vivesco en Allemagne, avec le passage à l'identité Alphéga Pharmacie pour environ 950 adhérents.<sup>59</sup>

5) STRUCTURE PLUS PHARMACIE avec PHARMAVIE et Familyprix; et Groupe PHR avec PHARMA REFERENCE et VIADYS: « Structure proche de la franchise. »<sup>51</sup>

Du côté de Plus Pharmacie, on cherche à construire un réseau moins vaste mais plus cohérent, avec davantage de droits et surtout de devoirs pour le pharmacien. Thibault Charbonnier (directeur du déploiement et du retail) présente le réseau de la façon suivante: «un même groupe, deux enseignes, un même esprit».

Pharmavie est composé de 800 officines, le groupement se caractérise par le chiffre d'affaires de ses points de vente, situé à 2,4 millions d'euros en moyenne (dont 70% issu du médicament). Il ne souhaite pas ratisser large mais au contraire rassembler des pharmaciens réalisant de fortes ventes et se considérant comme des chefs d'entreprise. La cotisation qui dépasse les 2700 euros par an, est d'ailleurs dissuasive pour les petites pharmacies de quartier. Elle donne accès à l'intégralité des formations du groupement, à des conseils gratuits en merchandising et aux 600 produits à marque propre développés spécifiquement pour les adhérents. Familyprix regroupe 180 affiliés, avec des chiffres d'affaires plus modestes (1,5 M€ de moyenne), ce sont des points de vente de proximité qui, dans leur identité visuelle s'adresse à la famille, et notamment aux mères de famille.

Côté statut, Plus Pharmacie est une société anonyme détenue par 182 de ses adhérents sur 450 au total. Elle se distingue donc des groupements coopératifs et assimilés, détenus à parts égales par la totalité de leurs membres. Une différence qui devrait s'accroître dans les années qui viennent avec l'entrée en vigueur de nouveaux statuts proches de la franchise. Les dirigeants de Plus Pharmacie souhaitent en effet imposer davantage de discipline et de cohérence dans leur réseau. Ils parlent de « consommateur » et reconnaissent ouvertement s'inspirer de pratiques existant dans les autres secteurs du commerce. En outre, ils ont présenté en automne 2009 un véritable concept d'officine. Comme certains de ses concurrents, Plus Pharmacie évolue donc lentement mais sûrement vers une logique de chaîne. La SA s'appelle Plus Pharmacie, l'enseigne s'appelle dorénavant Pharmavie et familyprix.<sup>57</sup>

Autre exemple, Le Groupe PHR avec les enseignes Pharma Référence et Viadys, un pharmacien qui adopte l'enseigne Viadys passe du statut d'adhérent à celui d'affilié, la différence est en terme de coût de cotisation et de nombres de services. Concrètement chez Groupe il existe plusieurs niveaux de cotisation :

- La cotisation de base pour un adhérent Pharma Référence comprend la centrale d'achats et les animations laboratoires ainsi que des conseils sur des questions juridiques ou comptables.
- En s'affiliant à l'enseigne Viadys, tous les autres services du groupement sont compris (audit, visites merchandisages, magazines et vitrines) en plus des services Pharma Référence de base. Trois niveaux d'agencement sont proposés (les prix des cotisations sont proportionnels par rapport au niveau choisi).<sup>42</sup>

Pour constituer une véritable chaîne de magasins, il n'y a qu'un pas que la loi qui empêche pour le moment de franchir ; mais les choses pourraient rapidement évoluer. Le groupement compte plus de 2200 pharmacies, dont 51 ont adopté l'enseigne VIADYS. Le groupement se veut pour la promotion du pharmacien professionnel de santé, pour le développement de l'entreprise en toute indépendance, pour répondre aux attentes des patients consommateurs, pour le développement de la qualité de l'acte pharmaceutique, pour la promotion du suivi thérapeutique et pour s'imposer face aux défis de demain ; et se veut contre les chaînes ou enseignes détenues par un répartiteur ou un laboratoire.<sup>58</sup>

#### 6) PHARM'UPP « Une certaine idée de la pharmacie »<sup>53 54</sup>

L'Union de Professionnels de la Pharmacie est née en Cote d'Or le 19 novembre 1987. Il y eut tout d'abord l'UPP 21 : Aujourd'hui, le concept fait tâche d'huile et s'étend bientôt sur tout le quart nord est de la France ; d'où la création de Pharm UPP, Société anonyme rassemblant une vingtaine de départements dont chaque adhérent participe à hauteur d'une action. Chaque département étant géographiquement limité au domaine d'action du répartiteur partenaire du groupement. Celui choisi par UPP 25 est la coopérative grossiste répartiteur CERP Rhin Rhône Méditerranée. L'idée générale de l'UPP est de mettre en place un partenariat entre le pharmacien d'officine, le laboratoire fournisseur et le répartiteur pour éviter toute querelle d'intérêts. Les confrères adhérents de l'UPP préservent une certaine éthique et refusent les méthodes de vente de la grande distribution. Barrer ses prix, afficher des pourcentages de remise, encadrer des slogans tels que « prix chocs », « promotion », n'est pas le choix qu'ont fait les adhérents UPP.

Chacune des parties doit y trouver un intérêt ; pour que les laboratoires partenaires vendent plus, le pharmacien devra rétrécir ces gammes pour lesquelles il aura une compétence spécifique. Cette compétence pour vendre mieux il l'acquiert lors de formation obligatoire. Pour ce qui est de l'achat, du stockage, de la distribution et de la facturation le pharmacien

s'adresse à un grossiste répartiteur partenaire.

Ce mode de fonctionnement a plusieurs avantages : La logistique étant assuré par le répartiteur et l'association étant cogéré par des bénévoles, le coût de fonctionnement est faible (Le droit d'entrée est de 30 euros et la cotisation est de 75 euros par an). Il n'y a pas de contraintes administratives et logistiques, tout est géré par le répartiteur.

Les réassorts sont faciles avec des franco bas, les produits sont disponibles très rapidement et on évite de gérer les périmés. L'association évite l'isolement, le partenariat avec les fournisseurs évite le rapport de force, la compétence évite la braderie non conforme à l'éthique du professionnel de santé.

Mais il présente un inconvénient, les adhérents UPP seront-ils assez soudés pour faire face économiquement à l'évolution de la pharmacie ? Espérons le, car le concept, peut être utopique au départ a fait aujourd'hui ses preuves et séduit de plus en plus de pharmaciens...

#### 7) Univers Pharmacie «L'union c'est la fédération»

Univers Pharmacie, c'est aujourd'hui 800 pharmacies adhérentes au groupement, une enseigne éponyme sous laquelle exercent 135 officines, une deuxième enseigne, Global pharmacie, en cours de développement, et une troisième, Méga Univers Pharmacie, dont le concept est encore à l'étude.

C'est également une centaine de laboratoires partenaires avec lesquels d'intéressantes conditions commerciales sont négociées.<sup>57</sup>

## **B- ETAT des LIEUX DES SERVICES**

### **I) Achats**

#### 1) Rappel et définition

##### **LES CENTRALES D'ACHAT :**

Les centrales d'achats sont des entreprises se livrant, soit en son nom et pour son compte, soit d'ordre et pour le compte de pharmaciens titulaires d'officine ou les sociétés exploitant une officine, à l'achat et au stockage des médicaments autres que des médicaments expérimentaux, à l'exception des médicaments remboursables par les régimes obligatoires d'assurance maladie, en vue de leur distribution en gros et en l'état à des pharmaciens titulaires d'officine.<sup>2</sup>

##### **DEPOSITAIRE ET GROSSISTE REPARTITEUR :**

Les groupements d'achats qui se livrent à des opérations d'achats, de stockage et de distribution en gros de médicaments doivent nécessairement avoir le statut de dépositaire ou de grossiste répartiteur. Concernant ces deux structures, le dépositaire est aux ventes directes ce que le grossiste répartiteur est aux commandes « au fil de l'eau ».

Le dépositaire, c'est l'entreprise se livrant, d'ordre et pour le compte :

- d'un ou plusieurs exploitants de médicaments, de générateurs, trousseaux ou précurseurs mentionnés au 3° de l'article L. 4211-1 du code la santé public;
- ou d'un ou plusieurs fabricants ou importateurs d'objets de pansement ou articles présentés comme conformes à la Pharmacopée mentionnés au 2° de l'article L. 4211-1 ou de produits officinaux divisés mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1, au stockage de ces médicaments, produits, objets ou articles dont elle n'est pas propriétaire, en vue de leur distribution en gros et en l'état ;

Le Grossiste-répartiteur, c'est l'entreprise se livrant à l'achat et au stockage de médicaments autres que des médicaments expérimentaux, en vue de leur distribution en gros et en l'état ; Cette entreprise peut également se livrer, d'ordre et pour le compte de pharmaciens titulaires

d'officine ou des structures mentionnées à l'article D. 5125-24-1, à l'achat et au stockage de médicaments autres que des médicaments expérimentaux, à l'exception des médicaments remboursables par les régimes obligatoires d'assurance maladie, en vue de leur distribution en gros et en l'état.<sup>2</sup>

#### COMMISSIONNAIRES AUX ACHATS :

- 1 : Un commissionnaire aux Achats reçoit un ordre (une commande).
- 2 : Le commissionnaire le fait exécuter par le laboratoire (livraison à la pharmacie).
- 3 : Le commissionnaire rend compte (réédition de compte = facture au pharmacien).
- 4 : Le pharmacien paie le commissionnaire.
- 5 : Le commissionnaire paie le laboratoire.
- 6 : Le commissionnaire vit de commissions qui sont négocié en amont (on parle d'honoraire groupement).

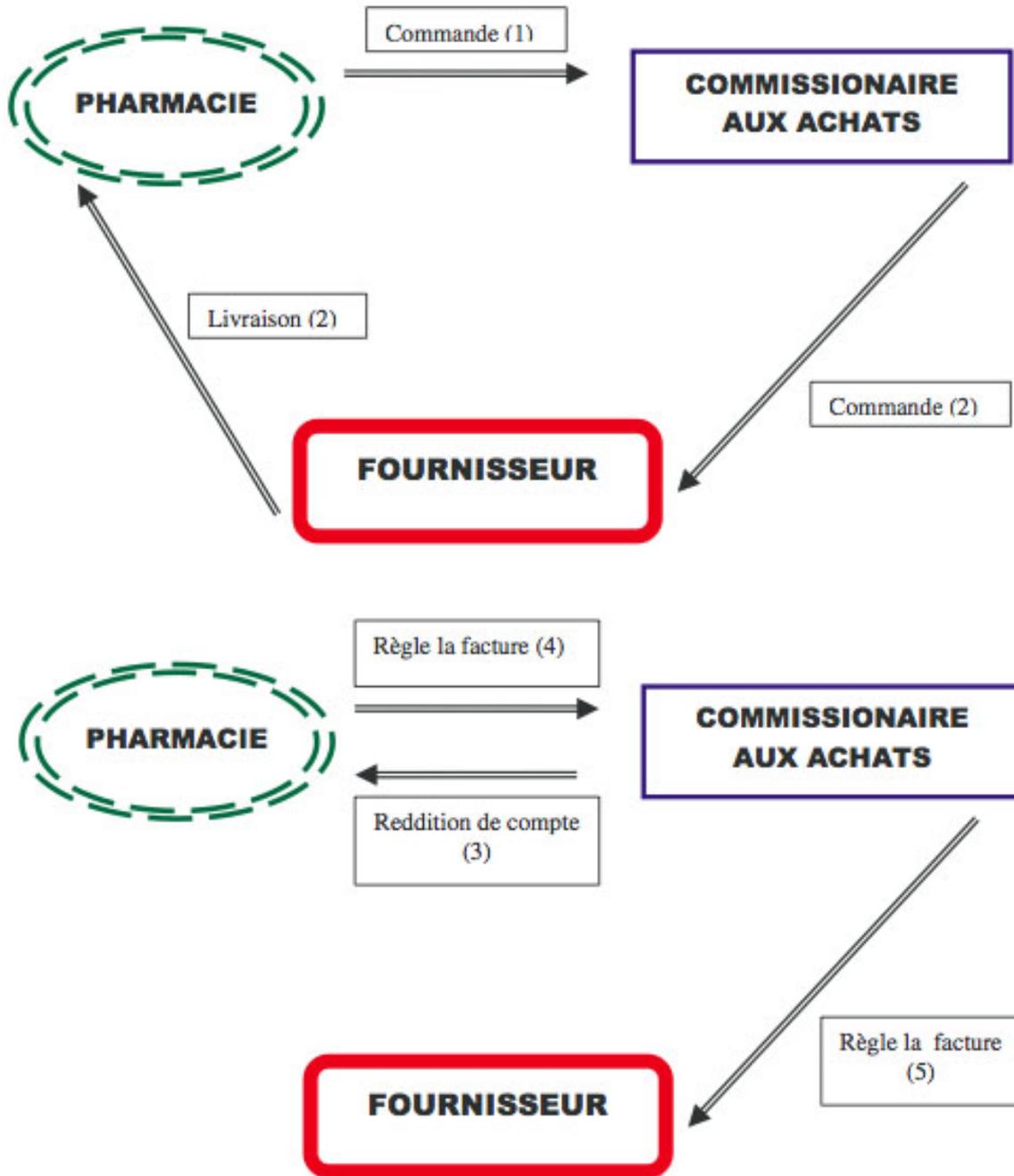


FIGURE 5 : schéma du fonctionnement d'un commissionnaire aux achats

#### LA CENTRALE DE REFERENCEMENT

Elle se définit comme une structure qui négocie les achats de produits au meilleur prix, avec ou sans AMM, pour le compte de chacun de ses adhérents. On peut dire que tous les groupements fonctionnent sur ce principe. Le groupement organisé en centrale de référencement n'a pas le droit d'acheter et de revendre à ses adhérents, il est seulement un commissionnaire à l'achat, mandaté par le pharmacien pour négocier les meilleurs tarifs auprès des laboratoires référencés. A aucun moment le groupement n'est propriétaire de la

marchandise, ce qui lui évite d'avoir à faire des rétrocessions. Ce type d'opération est complètement transparent et le groupement ne gère que des flux financiers.

#### LA PLATE FORME D'ACHAT

C'est un service de logistique qui a pour seul but de réduire les coûts de marchandise en réduisant les frais de port : toutes les commandes sont concentrées en un seul lieu. L'acheteur se charge de la distribution en lieu et place du vendeur. Les groupements font souvent appel aux services des grossistes pour assurer la distribution, mais ce service est payant.

#### CATALOGUE DE REFERENCEMENT

C'est un support, papier et/ou informatique présentant l'ensemble des produits référencés par la centrale de référencement, avec le prix HT fabricant et le prix remisé et d'une manière générale les conditions commerciales du laboratoire (franco de port, taux de remise etc.). Ce catalogue est consultable de manière sécurisée sur les sites Intranet des groupements.

#### 2) Fonctionnement d'une commission achats :

Elle est composée généralement d'une dizaine de Pharmaciens bénévoles et assistée de responsable *Trade/Marketing* non-pharmacien. Chaque Pharmacien de cette commission a en charge d'un ou plusieurs dossiers, rencontre très régulièrement les laboratoires pour établir un partenariat de qualité, tant au niveau des conditions commerciales qu'à celui du *Trade marketing* (technique et animations mises en place pour la vente).

Dès l'automne, les acheteurs rencontrent les laboratoires pour l'année à venir. C'est une assistante du service « Achat » du groupement qui gère et organise l'ensemble des rencontres et équilibre l'investissement en temps des pharmaciens bénévoles. La négociation commence alors entre les deux partenaires. De nombreux contacts téléphoniques, rencontres et mails sont nécessaires pour finaliser une proposition avec les meilleures conditions possibles pour les deux parties. La force de négociation du groupement repose essentiellement sur sa cohésion et son organisation par rapport au suivi du référencement, ainsi que les résultats des achats et ventes de l'ensemble des adhérents durant l'année passée. Les offres préalablement étudiées sont en général, exposées en commission puis votées. Le choix d'un prestataire se fait en fonction de multiples critères : la notoriété des produits et de ses prestations, ses parts de marché, son organisation, son dynamisme, les formations qu'il peut offrir et les conditions

financières.

Ces critères sont examinés à la loupe et plus particulièrement :

- o Les **remises** sur catalogue qui permettent de gagner des points de marge ou pratiquer des prix publics compétitifs tout en optimisant la marge. Ces remises sont fonction de paliers de commande, ceci assure des remises de base intéressantes pour chacun, tout en permettant, à ceux qui commandent sur les plus hauts paliers, de bénéficier d'avantages supplémentaires. Exemple : Un pharmacien titulaire membre d'une commission achat a en charge un dossier comme l'orthopédie, la coutellerie, le générique ou la nutrithérapie. Ces pharmaciens signent une charte qualité, précisant toutes les démarches administratives et les bonnes conduites à tenir à l'égard du laboratoire ou de la société prestataire de service.

- o Des **franco de port** facilitant l'accès de chacun aux achats en direct.

- o Des **promotions** pour dynamiser le référencement.

- o Des **animations** commerciales.

- o Des **insertions publicitaires** dans les magazines Grand Public mais aussi dans ceux du groupement.

- o La **rémunération** des structures régionales et nationales. On parle parfois de RFA (remise de fin d'année) pour les centrales régionales mais aussi pour la centrale nationale, redistribuées à l'adhérent tous les ans ou tous les semestres.

Une fois les produits référencés, il faut le proposer aux pharmaciens d'officine pour qu'ils commandent. Le référencement doit être à la fois le plus large possible pour répondre aux besoins mais il doit être aussi sélectif pour obtenir les meilleures conditions chez les laboratoires leaders.

En complément, les centrales régionales peuvent conclure des contrats avec d'autres labos pour répondre aux spécificités locales.

### 3) La commande

Les conditions commerciales sont conclues à l'année et sont répertoriées d'une manière générale dans un catalogue avec les tarifs des laboratoires et les prix remisés. Cet outil aide les pharmaciens à déterminer leurs prix de vente et à passer leurs commandes. Pour certains groupements ce catalogue est consultable sur un site intranet réservé à l'ensemble des adhérents.

Des outils, très prisés des responsables des achats dans les officines, comme le « courriers

achats » (exemple : le Giroachat chez Giropharm) informant des évolutions du marché sont transmis régulièrement aux pharmaciens. Il existe aussi des « plans de référencement » qui rangent par classe les produits d'une même indication thérapeutique en fonction de leur potentiel de vente.

Les commandes se sont faites tout d'abord par téléphone puis par minitel et maintenant par téléinformatique. Ainsi aujourd'hui, les commandes peuvent être passer 24h/24, 7j/7 *via* des systèmes informatiques de télétransmission (exemple : norme 171 remplacé par pharmaML). Elles sont alors transmises au serveur télématique du groupement, puis aux laboratoires qui livrent directement.

C'est alors la centrale de l'adhérent qui réceptionne la facture du pharmacien et qui établie la réédition de compte aux pharmaciens. Lorsque le groupement utilise les infrastructures d'un grossiste comme Pharm'UPP, la facture est directement éditée par le répartiteur partenaire. La centrale prélève les rééditions de compte du montant facturé après avoir réglé les éventuels litiges avec les fournisseurs.

## **II) Communication**

Les outils de communication dans le monde de la pharmacie sont relativement cloisonnés : Le code de déontologie interdit toute sollicitation de clientèle aux pharmaciens ou aux groupements. [ANNEXE 3]

La publicité, notamment télévisée, est donc pratiquement impossible; ce qui n'empêche pas les pharmaciens de communiquer depuis quelques années auprès du grand public dans le cadre de campagnes institutionnelles. La communication est un enjeu d'importance pour les groupements et la profession en générale. Nous développerons ce point en particulier dans la troisième partie de cet exposé.

Au niveau du groupement proprement dit, il existe deux types de communication, celle orienté client et celle intra groupement :

### 1) Communication orientée client :

Celle-ci contribue à valoriser la compétence du pharmacien auprès du consommateur et par conséquent favoriser les ventes en officine, les magazines « groupements » sont proposés gratuitement aux clients.

### LES « MAGAZINE SANTE » DES GROUPEMENTS :

Aujourd'hui, la plupart des groupements possède leur propre magazine offert (au client, mais facturé à la pharmacie) 3 à 6 fois dans l'année : ces magazines d'une vingtaine de page prolongent le dialogue entre le pharmacien et son client par des textes de vulgarisation sur la santé. Ils contiennent des articles de fond sur des sujets de santé qui répondent aux préoccupations de chacun (les maux de l'été, le maintien à domicile, campagnes de prévention etc.)

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

### LES ALBUMS POUR ENFANTS

Destinés aux enfants, ils permettent une véritable éducation de la santé, ces albums sont attendus tant par les enfants que par les éducateurs qui les réclament.

### LES GUIDES PRATIQUES

Ils traitent de façon plus approfondie des sujets de santé actuels.

### LES SITES INTERNET

De nombreux sites Internet des groupements ont vu le jour ces dernières années, certains cherchent même à l'individualiser pour chaque officine.

### LA COMMUNICATION MULTI MEDIA SUR LES LIEUX DE VENTE

Supports de PLV (publicité sur les lieux de vente), merchandising, exposition des produits calquée sur le parcours du patient et son axe de vision à partir du comptoir, l'officine n'était pas en reste par rapport aux autres entreprises de distribution pour créer une ambiance et susciter l'achat d'impulsion. Il ne manquait que la communication audiovisuelle et multimédia. Quelques groupements motivent leurs adhérents à investir dans ce sens surtout en milieu urbain. C'est chose faite. L'offre s'est diversifiée : spots vidéo ou Bandes Dessinées (avec ou sans son), spots produits ou campagne d'information, publicité laboratoire ou publicité officinale, la palette est large. Elle s'est aussi professionnalisée. Les fournisseurs en place sont, pour la majorité, des prestataires officinaux confirmés. Ils ont su adapter leurs offres aux réalités économiques et tirer parti des ressources technologiques disponibles (Internet, satellite, écrans plats 15 pouces ou 42 pouces, technologie sans fil...). Reste pour le pharmacien à organiser ses campagnes de communication en fonction de ses stocks, de la typologie de sa clientèle et des messages qu'il souhaite faire passer. Quant au financement des systèmes, il faut penser investissement bien que le retour (sur investissement) ne soit pas directement mesurable. Et penser également à commercialiser l'espace publicitaire auprès des laboratoires.

### LES GRANDES CAMPAGNES DES GROUPEMENTS

Ces grandes campagnes médiatiques de sensibilisation et d'action auprès du grand

public ont tenté d'être relayées par les quotidiens, les radios et les télévisions nationales.

Cependant, elles ne sont pas appréciées par l'Ordre qui n'hésite pas à rappeler qu'il préférerait que l'ensemble des pharmacies se mobilise.

Ces campagnes illustrent bien souvent la volonté des groupements de mettre en valeur leur enseigne et par conséquent à fidéliser la clientèle. Régulièrement, la SOGIPHAR, coopérative de GIPHAR, communique sur les valeurs de l'ensemble de la profession officinale au travers des mots clés tels que « Ecouter », « Comprendre », « Conseiller », « Informer », « Soulager » ou sur les thèmes suivant: hypertension, diabète, thyroïde.

## 2) Communication intra groupement :

Aujourd'hui les moyens de communication des groupements sont les mêmes qu'une entreprise. La communication intra groupement est nécessaire pour obtenir une excellente cohésion et lui permet ainsi d'être efficace dans l'ensemble de ses démarches. Il parait donc incontournable de renforcer les liens entre adhérents par une communication interne régulière : il faut faire circuler l'information, partager les mêmes objectifs, faire naître la convivialité...ce sont des priorités pour certains groupements comme Giropharm, Giphar ou Co.Pharm.Ec.

Les outils utilisés sont bien souvent de deux ordres, national et local.

### JOURNAL INTERNE

Il fait le point sur la vie du groupement. Co.Pharm.Ec a décidé avec son Co.Pharm.Echo de le diffuser avant Pharmagora à l'ensemble des officines françaises en 2003 et 2004.

### INFORMATIONS SUR LES ACHATS ET VENTES

Giropharm informe par mail avec son GIRO COM BAC, le GIROCHAT informe des promotions des marchés en cours et le GIROVENTE informe des animations, de la politique de prix et des négociations du mois en plus du catalogue de référencement.

### EXTRANET

L'extranet permet de relier chaque adhérent à son groupement, 24h/24, 7j/7. Il permet de consulter le catalogue des référencements, d'adresser des messages au réseau et aussi de passer des commandes. Il est nécessaire, de manière à dynamiser le groupement, d'enrichir constamment cet outil qui est devenu indispensable pour diriger son entreprise.

### CONGRES

Il consiste à réunir l'ensemble du personnel de l'officine, mais les principaux intéressés restent les pharmaciens. En réunissant ses adhérents pendant un Week-End, il permet ainsi de

tracer les grandes lignes du groupement, de réfléchir sur l'évolution de la profession, de découvrir les « charmes » de la région organisatrice. Giphar et Plus Pharmacie offrent chaque année des congrès dans des lieux de prestige où règnent débats et convivialité.

### VOYAGES

Certains groupements en collaboration avec les laboratoires proposent des voyages ou des week-end dans des centres de Thalassothérapies pour l'ensemble du personnel.

### LES RENDEZ VOUS REGIONAUX

C'est par des assemblées générales, des commissions d'achats, des groupes de travail sur des thèmes particuliers que les groupements pérennisent leur esprit de groupe et les échanges d'expériences. En pratique, ce sont les assemblées générales triennales en général, les mails et le téléphone qui permettent une communication généralisée et correcte entre pharmaciens d'une même zone géographique.

Pour beaucoup de pharmaciens et notamment les jeunes, ces rencontres leur permettent de ne pas s'isoler et surtout d'avancer.

## **III) Formation et qualité de service**

Dans une société dans laquelle seul celui qui sait s'informer reste compétitif, dans laquelle la technologie, les techniques, les savoir-faire sont en évolution constante, les groupements proposent aux pharmaciens et leurs équipes, des formations répondant à leurs besoins et aux nécessités de l'actualité.

La création du FIF-PL en 1993 a permis une prise en charge des formations.<sup>7</sup>

C'est en 1994 qu'était créé le haut comité de la formation pharmaceutique continue (HCFPC).

Les pharmaciens mettent en avant l'acte pharmaceutique et la qualité de service depuis 1996.

Et le troisième volet de convention état/officine rend obligatoire la **FORMATION CONTINUE** depuis 1999.

Depuis 2012 et la convention pharmaceutique, c'est le DPC qui est en place et rendant obligatoire la formation continue.<sup>1</sup>

Nombreux sont les groupements qui s'impliquent aujourd'hui dans une démarche qualité.

1) Les standards de la qualité de service sont :

L'accueil dans l'officine (téléphonique et en face à face).

La relation client.

La propreté.

La gestion des manquants.

L'assistance administrative.

Boite à ordonnance.

L'offre claire et attractive.

Les informations sur le point de vente.

Ces standards de qualité proviennent de l'assurance qualité strictement pharmaceutique, dont on s'est servi afin d'améliorer le service pharmaceutique auprès des patients.

2) L'outil de mesure de la qualité du service officinal est le « client mystère »:

Utilisé par certains groupements tel Pharmactiv, qui a été le premier à le mettre en place, grâce à l'expertise de la société DMS, le client mystère (ou client qualité) établit son diagnostic à partir d'un référentiel très précis. Le référentiel comporte une centaine d'items classés par niveaux et calqués sur le parcours type d'un client à l'officine : que voit-il de l'extérieur ? (Signalétique externe, vitrine), que voit-il quand il rentre ? (Agencement, signalétique interne), comment est-il pris en charge ? (Temps d'attente, accueil, écoute), comment est-il conseillé ? (Argumentation, explications), comment se passe la prise de congé ? Une notation est établie à l'aide d'un tableau de bord qualité assorti d'une recommandation, les visites se font au nombre de 6 par an, la note repère est de 744 sur 1000. D'une manière globale, la commission du groupement discute de l'évolution de la qualité et d'une manière plus personnalisée il y a un accompagnement du conseiller commercial. Il est proposé aux adhérents Pharmactiv de faire visiter les pharmacies des alentours afin de connaître leurs qualités et défauts par rapport à leurs confrères.

#### **IV) Merchandising**

D'une manière générale, un audit merchandising de un à trois jours analyse l'environnement économique de l'officine, les produits et service développés. Le

positionnement de la pharmacie est revu. L'offre produit est réajustée selon les décisions prises entre le conseiller et le pharmacien, des gammes peuvent disparaître ou être intégrées. Un suivi permanent et personnalisé est mis en place pour optimiser l'organisation de l'espace clientèle. En pratique, si un Pharmacien souhaite dynamiser ses ventes en OTC (produits conseils), le conseiller merchandising l'accompagne dans la définition du juste assortiment, dans l'optimisation de l'exposition grand public de son officine et l'aide à clarifier l'offre avec une information lisible et compréhensible par étagère (LA SIGNALÉTIQUE).

Autre exemple : les conseillers commerciaux aident à définir, en fonction de la zone de chalandise et du profil de la clientèle, un juste assortiment et une offre adaptée. Lors d'un réagencement, le conseiller commercial accompagne le pharmacien dans la démarche de son cahier des charges de son projet jusqu'à la préconisation d'implantation détaillée, meuble par meuble.

Il y a aussi au travers des conseillers et animateurs commerciaux des animations de l'espace vente : Le but est d'apporter à l'officine des animations régulières en s'appuyant sur le calendrier national d'animations des groupements.

Cela peut être la mise en avant de produits pour dynamiser les ventes en créant l'événement dans l'officine : du côté de Giropharm c'est par l'intermédiaire d'un calendrier d'animations saisonnières voir mensuelles fourni par la structure nationale et des outils d'aide à la vente professionnelle.

Des meubles promotionnels au présentoir exclusif du groupement sont conçus pour valoriser les produits. Des kits vitrines et des outils exclusifs d'aide à la vente, permettent de jouer la synergie en animant, par une communication homogène, l'intérieur de l'espace de vente.

Le Merchandising : c'est l'optimisation de l'espace de vente. C'est le travail sur l'assortiment de l'officine pour définir le positionnement de l'officine.

L'objectif final mais parfois caché des groupements est de faire adhérer peu à peu l'adhérent à l'enseigne et à un agencement spécifique et identifiable du groupement sans trop s'imposer.

## V) Réseaux et maintien à domicile (MAD)

Le terme de Maintien A Domicile (MAD) désigne la prise en charge des personnes **dépendantes** par un ensemble de professionnels du secteur libéral, sans l'intervention d'un service de coordination, afin qu'elles puissent continuer à vivre chez elles. Ainsi, toute personne qui se trouve dans l'incapacité d'accomplir certaines tâches de la vie courante

(personne âgée, handicapée, accidentée ou fragilisée) peut bénéficier du maintien à domicile pour être assisté dans les gestes quotidiens de la vie : aide aux déplacements, lever et coucher, toilette, prise des repas, ménage, courses, gardes de jour et de nuit, promenades, etc. Cette aide permet tout simplement d'éviter leur mise en institution ou leur hospitalisation.

En raison du vieillissement constant de la population et du manque de lit à l'hôpital, le marché du MAD a connu un essor très important depuis les années 90. En 2006, il représentait un chiffre d'affaires de **370** millions d'euros.<sup>20</sup>

Cette activité très convoitée connaît une **concurrence très forte** : pharmacies, magasins spécialisés et même certaines enseignes de la grande distribution (comme Leclerc®) proposent un rayon de maintien à domicile! Par ailleurs, de nombreux prestataires n'hésitent pas à démarcher directement aux lits des patients hospitalisés, court-circuitant ainsi les pharmaciens ! Face à cette concurrence, l'officinal possède deux avantages sérieux : il **connaît** bien ses clients (habitudes de vie, traitements, entourage, etc.) et ceux-ci lui font **confiance**, et il est le mieux placé pour **estimer leurs besoins** en fonction des traitements qu'ils sont amenés à prendre.

Pour développer le MAD à l'officine, il faut le faire savoir et pour cela il est important de réaliser une **vitrine d'information** et d'y exposer du matériel. Il n'est pas indispensable d'avoir beaucoup d'espace consacré au MAD puisque le pharmacien peut **sous-traiter** ses prestations à ses grossistes via leur antenne spécialisée (Locapharm pour Alliance Santé, Oxypharm pour la CERP, etc.). Par ailleurs, pour être plus fort face à la concurrence et se faire connaître, les officinaux peuvent aussi se **regrouper** entre eux, c'est le cas du groupement GIPHAR qui propose à ses adhérents le service GIPHARMAD, ou bien ils peuvent fédérer à un **réseau MAD** comme : PHAR'MATERIEL MEDICAL PAYS DE PLOERMEL, Pharmasoins 68 ou Pharma Soins 31.<sup>21</sup>

Et enfin, il est essentiel que le pharmacien soit compétent en la matière, le bagage universitaire n'étant pas suffisant, il doit suivre une formation spécifique, comme par exemple le DU MAD.

Une estimation prévoit qu'en 2060, un tiers des Français aura plus de 60 ans. Les plus de 85 ans seront près de 5 millions contre 1,4 aujourd'hui...<sup>3</sup>

## VI) Répartition et distribution du médicament

L'appui logistique du groupement permet au titulaire d'optimiser ses choix, aussi bien en

termes de produits que de partenaires. « *La reprise en main, à travers le groupement, de la maîtrise de son approvisionnement* » lui assure ainsi une plus grande indépendance vis-à-vis de ses fournisseurs traditionnels, insiste Lucien Bennatan, président de Pharmaréférence, l'un des pionniers en matière de structure répartiteur des groupements. « *C' est au pharmacien de jouer entre les quatre canaux de distribution (achat direct, centrale d'achat, dépositaire, grossiste) pour maximiser sa remise globale* », souligne Christian Grenier, président de Népenthès/ Co-Pharm-Ec.

Car tous ne sont pas persuadés du bien fondé de telles initiatives, comme Plus pharmacie, qui plaide en faveur d'une structure dépositaire (lancée en octobre 2001) afin de « *s'inscrire dans l'évolution prévisible de la distribution qui va devenir de plus en plus centralisée et d'éviter de se retrouver seul face aux grossistes répartiteurs* ». <sup>56</sup>

## **VII) Enseigne et concept spécifique à l'enseigne**

Des groupements font le choix stratégique de l'enseigne dès le début du XXI<sup>e</sup> siècle...

### 1) Mais qu'est ce que c'est ?

L'enseigne est un ensemble d'outils et de moyens mis à disposition du commerçant pour s'identifier auprès des consommateurs et valoriser son activité.

### 2) Que va apporter l'enseigne ?

Le plan d'enseigne est un moyen de mettre en valeur l'officine en y associant l'image positive d'un groupement fort qui apporte un réel avantage au consommateur.

Le plan d'enseigne est un moyen pour communiquer sur la qualité des services proposés auprès de la clientèle. De ce fait les groupements aux enseignes ont souhaité travailler sur l'aspect visuel (la forme) mais aussi sur la qualité de service (le fond). <sup>63</sup>

Hormis Plus Pharmacie (qui ambitionne de surcroît de devenir la première chaîne de pharmaciens française) et Forum Santé qui revendiquent une logique de commerce intégré

depuis plusieurs années, voire depuis leur création, il existe six groupements à enseigne : C'est en 1999, que trois groupements font le choix stratégique de l'enseigne (PHARMAREFERENCE avec VIADYS, GIPHAR et GIROPHARM), un choix qui a abouti à la première réalisation de sites pilotes dès 2002. Cette même année ALLIANCE SANTE créé son enseigne ALPHEGA, la fédération de groupement APSARA lance son concept d'enseigne « éthique ». Tandis que NEPENTHES inaugure fin Mai 2003 sa première officine à la signalétique du groupement. A ce jour, ce sont donc 8 groupements qui affichent officiellement leur appartenance à la mouvance enseigne. Mais l'enseigne va au-delà du simple agencement. C'est avant tout une question d'image et de communication, puisqu'elle doit combiner un logo, une marque et une signature.<sup>56</sup>

Une démarche qui n'est pas évidente pour les titulaires : même si l'adhérent bénéficie, entre autres, d'une identification extérieure et intérieure susceptible de le distinguer de ses confrères dans sa zone de chalandise, le désir de demeurer souverain dans ses décisions, notamment d'agencement et d'offre à sa clientèle, pèse encore assez lourd dans la balance. Mais les tests consommateurs sont là pour rappeler les attentes auxquelles les officines doivent répondre : affichage de prix et lisibilité de l'offre, zones de confidentialité, espace d'information, espace diagnostic, signalétique adaptée, espace clientèle convivial... L'adhésion à une enseigne comporte cependant plusieurs niveaux. Selon les cas, on distingue ainsi : une identification uniquement extérieure, une identification extérieure et intérieure minimale, et une identification totale qui correspond à l'adhésion à toutes les recommandations de l'enseigne, le passage d'un niveau à l'autre pouvant être progressif dans le temps.<sup>61 62</sup>

## **VIII) Services divers**

### **1) Conseil juridique et financier**

- Le plan d'épargne entreprise (PEI)

Institués par la loi Fabius du 19 février 2001, les dispositifs d'épargne salariale ont fait progressivement leur apparition dans les officines. Déclinés en PEE/PEI, (Plan d'épargne entreprise ou interentreprises) pour le moyen terme (5 ans) et en PPESV/PPESVI (Plan partenarial d'épargne salariale volontaire/interentreprises) pour le plus long terme (10 ans), ils

présentent des avantages à la fois pour le titulaire et pour son équipe. Ils sont donc un double outil de dynamisation à l'heure où pressions fiscale et sociale se conjuguent. Plus précisément pour le titulaire, les versements sur le plan qu'il a décidé de mettre en place, appelés «abondement», bénéficient parallèlement de la déductibilité fiscale, de la disponibilité du capital à long terme, de l'exonération d'impôts sur les plus values et d'une liberté d'investissement. Pour les salariés, outre leur épargne personnelle, élément non négligeable, l'abondement consenti par l'employeur est également exonéré de charges sociales (sauf la CSG et la CRDS) et d'impôts sur le revenu ce qui, par rapport à un salaire, lui apporte un bonus pouvant atteindre 50%.

Point important, les éléments d'évaluation de la performance doivent être établis pour l'ensemble de l'équipe : un plan ne récompense pas un salarié en particulier, mais une performance collective. Cela peut être par exemple l'augmentation du CA en TVA 20% (parapharmacie) et en TVA 10% et 7% (médication familiale), ou l'augmentation du nombre de clients servis quotidiennement selon les objectifs de développement définis par le titulaire. La plupart des groupements bien organisés offre des conseils gratuits à leurs adhérents afin de mettre en place ses PEI.

## 2) Informatique

Les groupements, dans un esprit d'indépendance parfois, ont créé leur propre Concentrateur (le CGN de Co Pharm Ec), leur propre logiciel de gestion de stock (exemple le « LOGIPHAR-Pharmavision » qui est une version Alliadis destiné aux pharmaciens Giphar), leur propre outil statistique, leur propre portail extranet et internet. Dans d'autres cas, les groupements n'ayant pas leurs propres outils, préconisent une ou deux sociétés spécialisées. Pour une raison de passation de commande plus simplifiée et plus économique, les groupements sollicitent leurs adhérents à le faire par Internet. Cela nécessite un investissement personnel (formation à l'informatique) et un investissement financier (forfait Internet, matériel et maintenance informatique) que les plus anciens repoussent souvent... Ainsi les groupements, de part leur fonctionnement, incitent naturellement leurs adhérents à développer l'outil informatique.

### 3) Statistique

L'outil statistique est de plus en plus utilisé par les groupements, il permet une analyse très fine des ventes, des rotations.

Son objectif est de fournir aux pharmaciens des statistiques dans le but de :

- Mesurer et analyser les données sur les ventes réalisées par les officines.
- Restituer des données de vente comparées à un panel permettant au pharmacien de situer son activité et d'optimiser la gestion de son officine.
- Utiliser les données consolidées au niveau du Groupe, notamment dans le cadre des achats.
- D'établir des rapprochements entre les statistiques du groupement et celles du national (réalisé cette fois-ci avec PHARMASTAT avec un panel de plus de 8000 pharmacies).
- Les données individuelles ou regroupées au sein d'un panel ne sont ni nominatives ni identifiables. Les seules données collectées sont les données économiques de l'officine adhérente.

### 4) Service de PLV (publicité sur les lieux de vente)

Certains groupements ont mis en place des partenariats avec des sociétés prestataires de services dans la confection d'affiches prix, d'affiche de mise en avant, de papeterie personnalisée de qualité permettant un gain de temps très apprécié des équipes officinales. Tout se fait par Internet.

### 5) Sites Internet personnalisés à l'officine

C'est la tendance de ces dernières années, les groupements ont tout d'abord créé leur site avec des intranets réservés aux adhérents, et maintenant ils proposent la mise en place de site ou portail personnalisés de chaque officine du groupement, disponible au grand public. Ils pourraient avoir un intérêt peut-être à moyen terme, si la vente par correspondance venait à se libéraliser. Cela concernerait les médicaments appartenant à la médication familiale ainsi que tous les autres produits non remboursés (dispositifs médicaux, produits diététiques, produits de dermatologie et cosmétologie) ; rappelons tout de même que cela se fait en

Allemagne depuis le début de l'année 2004. Les législations européenne et allemande l'autorisent. Or une grande étude consommateur en Allemagne a démontré que 90 % des conseils en médication familiale étaient insuffisants ; ce qui remet en cause la distribution par correspondance de médicaments non soumis à prescription.<sup>48</sup>

## **C- TABLEAUX comparatifs**

Six pharmaciens sur dix sont aujourd'hui affiliés à l'un des quelques 35 groupements existants.

Le groupement, très disparate en termes de couverture géographique, de chiffre d'affaires des adhérents, de nombre de laboratoires référencés, tend de plus en plus aujourd'hui à offrir un service global à l'officine, comme expliqué précédemment. L'offre est aujourd'hui suffisamment diversifiée pour que chaque pharmacien puisse trouver chaussure à son pied. Dans le tableau, nous pouvons avoir une idée globale du paysage actuel des groupements présents en France.

NOM	CREATION	STRUCTURE JURIDIQUE	ACTIVITES PRINCIPALES	NBRE DE LAB. REFERENCES	NOMBRE D'ADHÉRENTS	CA MINIMAL	DROIT D'ENTRÉE	COTISATION ANNUELLE	PRESENCE	RESPONSABLES	TELEPHONE E-MAIL
<b>AEPK</b> (Amicale des étudiants et pharmaciens khmers)	2004	SA coopérative à capital variable	Référencement, pôle-forme en cours de création	35	87	Aucun	Souscription de 100 à 550 euros	Néant	Ile-de-France et région PACA	Davy Long Khun (président du conseil d'administration) Rak Ngy Khun (DG)	Tel. 01.43.13.01.20 adm.aepk@free.fr
<b>AGPF</b> (Association des grands pharmaciens de France)	2001	Ass. loi 1901	Référencement, formation, merchandising, aide à la gestion, conférences-débats sur des sujets d'actualité	50	30	3 millions d'euros HT	Aucun	750 euros	Nationale (métropole + DOM)	Jean-Louis Marès (président)	Tel. 05.56.86.49.94 agrfrance@wanadoo.fr
<b>ALPHEGA PHARMACIE</b>	2001	SA	Accompagnement total pour l'activation de la croissance, appui éthique, dynamisme du point de vente, solution achat et aide à la gestion	50	1150	1,5 million d'euros	2 500 euros	De 3 300 à 500 euros HT selon l'accroissement dans le réseau	Nationale et européenne (8 pays - 5 000 adhérents)	Nervé Theraul (président) Laurence Boudant (directrice)	Tel. 01.40.80.23.06 alphega@alliance-healthcare.fr
<b>ALTA PHARM</b>	2009	SAS	Centrale d'achat, référencement, SBA, matériel médical, produits de distribution européenne	35	106	Aucun	Aucun	A partir de 10 euros par mois	Nationale	Déborah Kerhous (présidente) Bertrand Michel et Sylvain Roger (adm.) Fabrice Gulpouart (resp.)	Tel. 02.32.80.85.35 contact@altapharm.fr
<b>APM</b> (Coopérative d'achats des pharmaciens de Médiaterre)	1995	SA coopérative à capital variable et ass. loi 1901	Achat, référencement, formation, produits à la marque, services	55	170	Aucun	Souscription de parts sociales (800 euros)	170 euros	Languesdoc-Bousillon	Laurence Laysac (P-06)	Tel. 06.12.20.05.55 contact@lags34.com
<b>CEIDO</b> (Centre européen d'activité et de développement de l'officine)	1988	SA	Référencement, formation, aide à la démarche qualité, aide	46	66	2,2 millions d'euros	Aucun	2 300 euros	Nationale	Christian-Eric Mauffré (président) Martine Costebouat (resp. formation)	Tel. 04.56.78.65.05 mrob@levidlo.com
<b>CENTRALE DES PHARMACIENS</b>	2008	SAS	Centrale d'achat, prestataire logistique	127	1 330	Aucun	Aucun	300 euros HT	Nationale	Christophe Scaen (DG)	Tel. 01.48.10.10.30 renseignements@centraleledespharmaciens.fr
<b>COFISANTÉ</b>	1995	SA	Référencement, aide à la gestion, formation, enseignement	40	170	2 millions d'euros	900 euros	1 500 euros	Nationale	Bruno Mézière (président) Jackie Pinaquet (dir. ventes) Marie-Claude de Carnille (dir. de réseau)	Tel. 01.46.43.05.90 information@cofisante.com
<b>DIRECTLABO</b>	2001	SA	Référencement, audit, produits à la marque, enseigne	40	1 900	Aucun	Aucun	Aucun	Nationale	Yves Mervais (P-06)	Tel. 02.53.39.03.06 info@directlabo.com
<b>DPGS</b> (Développement Pharma Gestion Services)	1998	SA à capital variable	Référencement, achat, concurrencer l'informaticien	50	180	Aucun	Achat d'une action à 78,22 euros	Aucun	Nord - Pas-de-Calais, Yvelles, Alsace	Jean-Claude Peubier (président)	Tel. 03.27.92.51.51 d.j.p@wanadoo.fr
<b>EUROPHARMACIE</b>	1989	SAS	Centrale d'achat, pôle-forme, merchandising, formation, communication grand public	37	88	1,3 million d'euros	Aucun	940 euros HT	Nationale	Jean-Luc Tomazini (président)	Tel. 01.43.98.93.93 groupe@europharmacie.fr
<b>EVOLUPHARM</b>	1986	Ass. loi 1901	Achat, référencement, formation, enseigne, produits à la marque, pédiatriques à la marque	100	2 000	Aucun	480 euros HT	1 020 euros HT	Nationale	Pascal Geoffroy (président) Jean-Pierre Chaudet (vice-président)	Tel. 03.44.47.52.52 info@evolupharm.fr
<b>FAMILY PRIX</b>	2007	SA	Europe, concept point de vente, formation, gestion, démarche qualité, achat, produits à la marque, référencement, pôle-forme logistique	60	190	1,4 million d'euros	771,60 euros	2 134 euros TTC	Nationale	Bernard Boudines (P-06) Sylvie Peyras (dir. opérations/elle)	Tel. 01.45.21.00.47 info@familypharmacie.fr
<b>FORUM SANTÉ</b>	1989	SA	Achat, coaching sur site (formations marketing officinal, organisation, management), appui conseil, communication, qualité	80	145	Aucun	Aucun	Licence Forum Santé : 400 euros HT/trimestre	Nationale (métropole + DOM)	François Leyraud (P-06) Dominique Delisson (DG)	Tel. 01.48.94.32.52 modele@reformasante.fr
<b>GIPHAR</b>	1968	Ass. loi 1901 SA coopérative Sogiphar	Référencement, achat, accompagnement, pôle-forme, logistique, merchandising, appui conseil, communication, CRM, formation, MBO, MMS, SSB	83	1 300	Aucun	Aucun	Sogiphar : 0,24 % de CA mensuel HT Giphar : 78 euros/lot	Nationale	Jean-Michel Clappet (président)	Tel. 01.40.03.79.79
<b>GIROPHARM</b>	1986	SA	Apporter une assistance adaptée à l'usage de chaque officine et répondre l'impératif des pharmaciens	70	850	Aucun	Aucun	De 99 à 450 euros	Nationale	François Bardin (président) Nicole Mathis (DG)	Tel. 01.49.79.98.58 contact@giropharm.fr
<b>GLOBAL PHARMACIE</b>	2009	SAS	Enseigne, achat, référencement, MBO, formation, sponsoring, marketing assurance-qualité, coaching, audit	85	900 (dont 4 à l'étranger)	Aucun	1 500 euros HT + assurance de trésorerie	450 euros HT par mois (mensuel)	Nationale	Daniel Buchinger (président) Maxime Lestienne (resp. adjoint) Frédéric Lumbiche (dir. commercial) Olivier Verrière (dir. de communication)	Tel. 03.89.41.68.45 contact@globalpharmacie.fr
<b>GROUPE APSARA*</b>	1997	SAS	Référencement, accompagnement, merchandising	+ de 70	+ de 750 (France) + de 1 000 (Etranger)	Aucun	Oui, suivant le groupement	Suivent le groupement, entre 200 et 500 euros	Nationale	Olivier Verrière (dir. de communication)	Tel. 03.26.04.64.62 o.verriere@groupapsara.com

NÉPENTHIS	1989	SAS	139	4 000	Aucun	500 euros HT	500 euros HT	500 euros HT	Nationale	Christian Enrier (président) Cécile Yasmine (DG)	Tel. 01.65.64.42.30 dermephetics.net
<b>OBJECTIF PHARMA</b>	2009	SA à directeur et conseil de surveillance	60	400	Aucun	Aucun	1 200 euros HT	Nationale	Nationale	Jean-Pierre Dastid (président) Jean-Paul Jubilliere (directeur des opérations)	Tel. 01.81.36.07.24 contact@objectif-pharma.com
<b>OPTIPHARM</b>	1988	SA	60	2 000	Aucun	5 actions de 80 euros	480 euros	Nationale (60 départements)	Nationale	Michel Oudrezou (président) Amin Grolaud (directeur)	Tel. 02.54.22.44.30 info.optipharm epharma.unifararf.com
<b>PHARMACTIV</b>	1988	SA	39	1 720	Aucun	2 980 euros HT	1 788 euros HT (contrat de base)	Nationale	Nationale	Serge Carner (DG) Guilain Gougrass (directrice labo)	Tel. 01.48.91.71.20 contact@pharmactiv.com
<b>PHARMACYAL</b>	2009	SARL	100	60	Aucun	400 euros	De 150 à 390 euros en fonction du CA	Nord-Pas-de-Calais	Nord-Pas-de-Calais	Alexis Rochat (président) Cyril Tartat (associé)	Tel. 09.72.02.70.50 contact@pharmacyal.com
<b>PHARMA DIRECT</b>	1987	SA, coopérative à capital variable	40	60	Aucun	150 euros	800 euros	Var	Var	Jean-Pierre Borel (président)	Tel. 04.99.02.92.76
<b>PHARMAPRÉBÉNÉS</b>	2008	GE	50	52	Aucun	Frais partagés de GE : 300 euros	120 euros	Midi-Pyrénées	Midi-Pyrénées	Claude Fontanaux (président) Laurent Fleche (chargé référencement)	Tel. 05.61.21.92.70 genepre@genepre.fr
<b>PHARMA REFERENCE</b>	2007	SAS	67	399	Aucun	Aucun	200 euros HT/mois soit 2 400 euros HT/an	Nationale	Nationale	Lucien Benatzen (président) Willy Hodin et Dominique Brasseur (directeurs)	Tel. 01.55.20.93.70 contact@groupopti.fr
<b>PHARMAVENIR FRANCE</b>	1990	GE	45	90	Aucun	130 euros	20 euros	Nationale	Nationale	José Baudoux (présidents)	Tel. 04.92.77.23.79 Portable : 06.07.92.34.09 pharmavefrance@pharmave.fr
<b>PHARMAVIE</b>	2004	SA	70	710	2 millions d'euros	2 500 euros TTC	4 074 euros TTC	Nationale	Nationale	Bernard Doustres (P-DG) Sylvie Deyon (dir. opérationnelle)	Tel. 01.45.21.06.47 info@pharmavie.fr
<b>PHARMODEL GROUP</b>	2001	SAS	75	700	1,5 million d'euros	500 euros	De 1125 à 5 520 euros	Nationale	Nationale	Rafael Crojean (P-DG)	Tel. 01.53.34.81.30 contact@pharmodelgroup.com
<b>PHARM-UPP</b>	2002	SAS	50	980	Aucun	Achat d'une action à 500 euros	120 euros	Régions de l'est de la France	Régions de l'est de la France	Corinne Bompard (présidente) Jean-Pierre Boscail (vice-président)	Tel. 03.84.22.84.99 secretariat@pharm-upp.com
<b>PHR RÉFÉRENCE</b>	1991	SAS	67	1 875	Aucun	Aucun	420 euros HT	Nationale	Nationale	Lucien Benatzen (président) Willy Hodin et Dominique Brasseur (directeurs)	Tel. 01.55.20.93.70 contact@groupopti.fr
<b>RÉSONOR</b>	1992	SA	44	120	Aucun	76,22 euros (1 action Sopropar)	Aucun	Nord - Pas-de-Calais	Nord - Pas-de-Calais	Amin Le Barou (président CA Sopropar)	Tel. 03.20.52.53.80 sopropar@mgp2.fr
<b>SOCOPHARMA</b>	1970	SA coopérative	55	100	Aucun	76,22 euros	200 euros HT	Normandie	Normandie	Amin Lemer (président) Luc Vanderpylt (resp. concentrateur)	Tel. 03.27.42.07.07 soco@pharmawaloo.fr
<b>UOP (Union des grandes pharmacies)</b>	1996	Ass. loi 1901	107	479	4 millions d'euros	1 900 euros	Gratuite pour 2012 et 2013	Nationale (métropole + DOM)	Nationale	Yves Rivière (président) Paul Virette (vice-président)	Tel. 06.60.99.60.70 uop.pharmawaloo.com
<b>UNIVERS PHARMACIE</b>	2003	SAS	85	900 dont 145 à l'enseigne	1,2 million d'euros	3 500 euros HT + avance trésorerie	Selon l'augmentation du CA (investissement gratuit (groupement))	Nationale	Nationale	Daniel Buchinger (président) Frédéric Lamsche (dir. commercial) Maëlle Engasser (dir. adm)	Tel. 03.85.41.68.45 contact@universpharmacie.com
<b>VIADYS</b>	2002	GE	67	316	Aucun	Achat d'une part GE	200 euros HT/mois soit 2 400 euros HT/an	Nationale	Nationale	Lucien Benatzen (président) Willy Hodin et Dominique Brasseur (directeurs)	Tel. 01.55.20.93.70 contact@groupopti.fr

\* Le GROUPE APSARA est une fédération européenne de groupements pharmaceutiques composée de :

BBE-PHAR : Jean-Marc Lales (président), Tel. 01.64.42.97.82. PARAPH : Gilbert Verceil (président), Tel. 04.78.83.09.04.

PHARMASUD : Michel Plazacoles (président), Tel. 04.68.41.70.05. OPA PHARM PLUS : Eddy Mallon (P-DG), Tel. 03.22.45.02.26.

PHARMACAB : Bruno Cassier (président), Tel. 04.70.29.03.36. INIPHARM FRANCE : Frédéric Chetiff (président de GIE), Tel. 02.35.77.33.33.

PHARMALLIANCE : Séverin Verone et Lionel Melon (présidents), Tel. 03.26.04.64.55.

Groupement	Répartition géographique	Nombre d'adhérents	Conditions d'adhésion (CA)
<b>ALRHÉAS</b> <sup>(1)</sup> Tél : 08 11 74 00 56 — fax : 08 11 74 00 57 www.alrheas.fr ; e-mail : contact@alrheas.com	Nationale	80	DE* : 1 action au minimum à 200 € Cotisation mensuelle à partir de 140 € HT
<b>AEPK</b> Tél./fax : 01 43 91 13 20 www.aepk.org E-mail : adm1.aepk@free.fr	Ile-de-France, PACA	195	DE : 100 € à 550 € selon souscription
<b>APM 34</b> <sup>(2)</sup> Tél : 06 12 20 09 55 www.apm34.org E-mail : commerciale@apm34.com	Hérault	232	DE : 89 actions à 10 € à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2010 Cotisation annuelle : 170 €
<b>APSARA GROUPE</b> <sup>(3)</sup> Tél : 03 26 04 64 55 — fax : 03 26 04 08 11 www.groupe-apsara.com E-mail : info@groupe-apsara.com	Nationale (+ Belgique)	800 (1 000)	DE : entre 300 € TTC et 1 000 € TTC suivant le groupement Cotisation annuelle : 300 € et 600 € suivant le groupement
<b>ASS. DES GRANDES PHARMACIES DE FRANCE</b> Tél : 05 56 86 49 94 — fax : 05 56 40 56 96 www.agpf.fr ; e-mail : agpf@wanadoo.fr	Nationale, dont DOM-TOM	31	DE : 0 € (condition de CA : 3 M€ HT)
<b>CEIDO</b> Tél : 04 56 78 65 05 — fax : 04 56 79 62 26 www.ceido.com ; e-mail : nrobert@ceido.com	Nationale	65	DE : 0 € (parrainage et cooptation), possibilité de devenir actionnaire après 2 ans d'adhésion Cotisation annuelle : 2 280 € TTC
<b>COFISANTÉ</b> Tél : 01 41 43 05 90 — fax : 01 73 02 47 55 www.confisante.com E-mail : information@confisante.com	Nationale	150	DE : 900 € Cotisation annuelle : 0 € Condition de CA : 1,5 M€
<b>DIRECTLABO</b> Tél : 02 53 39 03 00 — fax : 02 53 39 03 10 www.directlabo.com e-mail : info@directlabo.com	Nationale	1 800	DE : 0 € Cotisation annuelle : 0 €
<b>DPGS</b> Tél : 03 27 92 51 51 — fax : 03 27 90 24 98 www.dpgs.fr E-mail : d.p.g.s@wanadoo.fr	Nord, Pas-de-Calais, Vienne, Aisne	180	DE : 1 action à 76,22 € Cotisation annuelle : 0 €
<b>EUROPHARMACIE</b> Tél : 01 43 98 93 93 — fax : 01 43 98 97 97 www.europharmacie.fr E-mail : groupe@europharmacie.fr	Métropole	73	DE : 0 € Cotisation annuelle : 600 € HT/an
<b>ÉVOLUPHARM</b> Tél : 03 44 47 52 52 — fax : 03 44 47 54 52 www.evolupharm.fr E-mail : info@evolupharm.fr	Nationale	2 000	DE : 574,08 € TTC Cotisation annuelle : 1 219,92 € TTC
<b>FORUM SANTÉ</b> Tél : 01 48 94 32 52 — fax : 01 48 94 37 06 www.forumsante.fr E-mail : contact@forumsante.fr	Nationale, dont DOM-TOM	135	DE : 0 € HT Cotisation annuelle : à partir de 400 € HT/mois
<b>GIPHAR</b> Tél : 01 40 13 79 79 — fax : 01 40 13 99 07 www.pharmaciengiphar.com E-mail : contact@pharmaciengiphar.com	Nationale	1 300	DE : souscription de parts (coopérative Sogiphar) récupérable à la sortie, soit 3 360 € Cotisation annuelle - Giphar (groupement et formations) : 688 €/an - Sogiphar : 0,28 % du CA HT (CA plafonné à 1 850 000 €)
<b>GIROPHARM</b> Tél : 01 49 79 98 58 — fax : 01 49 79 98 56 www.giropharm.fr E-mail : contact@giropharm.fr	Nationale	850	DE : 0 € (chaque pharmacien devient actionnaire de la SA) Cotisation annuelle : 548,96 €/mois TTC

Groupement	Répartition géographique	Nombre d'adhérents	Conditions d'adhésion (CA)
<b>OBJECTIF PHARMA</b> Tél. : 08 11 36 07 24 — fax : 03 83 90 38 84 www.objectif-pharma.com E-mail : contact@objectif-pharma.com	Nationale	410	DE : 1 200 € HT Cotisation annuelle : 0 €
<b>OPTIPHARM</b> Tél. : 02 54 22 44 10 — fax : 02 54 07 17 91 www.optipharm.fr E-mail : info.optipharm@pharma-santesurf.com	Nationale	2 000	DE : 5 actions de 80 € Cotisation annuelle : 574 € TTC
<b>PHARMACTIV</b> Tél. : 01 49 18 73 20 — fax : 01 49 18 73 27 www.pharmactiv.com E-mail : contact@pharmactiv.com	Nationale + Belgique	1 705 + 190	DE affiliés Pro et Optimum : 2 980 € HT DE affiliés Pass : 0 € Cotisation annuelle affiliés Pro : 1 788 € HT ; Optimum : 5 640 € HT ; Pass : 348 € HT
<b>PHARMA DIRECT</b> Tél. : 06 03 98 62 14 — fax : 04 94 95 04 05 E-mail : Phad@club-internet.fr	Var	64	DE : 150 € TTC Cotisation annuelle : 800 € HT
<b>PHARMAVENIR FRANCE</b> Tél. /fax : 04 92 77 23 79 www.pharmavenir.com E-mail : pharmavenirfrance@wanadoo.f	Nationale	80	DE : 130 € Cotisation annuelle : 20 €
<b>PHARMODEL GROUP</b> Tél. : 01 53 34 81 30 — fax : 01 42 77 53 09 www.pharmodel-group.fr E-mail : contact@pharmodel-group.com	Nationale	700	DE : 550 € Cotisation annuelle : 1 788 € à 3 180 € HT
<b>PHARM-UPP</b> (2) Tél. : 03 84 22 84 99 — fax : 03 84 22 85 23 www.pharm-upp.com E-mail : secretariat@pharm-upp.com	Grand Est (de Strasbourg à Marseille)	995	DE : achat d'une action à 500 € Cotisation annuelle : 0 €
<b>PHR</b> Tél. : 01 55 20 93 70 — fax : 01 46 09 92 58 www.groupephr.fr E-mail : Contact@groupephr.fr	Nationale	2 400	DE : 0 € Cotisation annuelle : 150 € HT si Club, 420 € HT si groupement, 2 400 € HT si enseigne
<b>PLUS PHARMACIE</b> (3) Tél. : 01 45 21 00 47 — fax : 01 45 21 47 10 www.pluspharmacie.fr E-mail : info@pluspharmacie.fr	Nationale	880	DE Pharmavie : 2 511,60 € HT DE Familyprix : 717,60 € HT Cotisation annuelle Pharmavie : 4 074,45 € Cotisation annuelle Familyprix : 2 134,86 €
<b>SOCOPHAR — RÉSONOR</b> (3) Tél. : 03 20 52 53 80 — fax : 03 20 52 55 56 www.soprophar.fr ;	Nord-Pas-de-Calais	105	DE : achat d'une action Soprophar : 76,22 € TTC, remboursable au départ de l'adhérent Cotisation annuelle : 0 €
<b>SOCOPHARMA</b> (3) Tél. : 03 27 42 17 17 — fax : 03 27 33 22 86 www.socopharma.com E-mail : socopharma@wanadoo.fr	Valenciennes, Cambrai, Lille	100	DE : 76,22 € HT Cotisation annuelle : 200 € HT
<b>UNION DES GRANDES PHARMACIES</b> Tél. : 06 60 99 60 70 — fax : 02 35 89 43 08 www.grandespharmacies-ugp.com E-mail : ugp_pharma@msn.com	Nationale, dont DOM-TOM	479	DE : 1 900 € Cotisation annuelle : 0 € (condition : 4 M€)
<b>UNIVERS PHARMACIE</b> Tél. : 03 89 41 68 45 — fax : 03 89 23 37 35 www.universpharmacie.com E-mail : contact@universpharmacie.com	Nationale, dont DOM-TOM	145	DE : 4 186 € HT Cotisation annuelle : selon augmentation du CA

(1) Le groupe Apsara comprend : Brie-Phar, OPA Pharm Plus, Pharmalliance, Pharmacab, Unipharm Haute-Normandie, Unipharm Basse-Normandie, Unipharm Gironde, Unipharm Pays de la Loire, Paraph, Pharmasud et Dynaphar (groupement belge).

(2) 12 UPP départementaux composent la structure Pharm-UPP.

(3) Données 2010. Népenthés n'a pas souhaité répondre à notre questionnaire.

Toutes les données de ce tableau, non exhaustives, ont été mises à jour le 6 décembre 2011.

**CHAPITRE III :**  
**ENJEUX ET PERCEPTION DES GROUPEMENTS**

Avant d'exposer les points de vue des différents acteurs de la profession, nous pouvons faire plusieurs constats et nous poser un certain nombre de questions.

Il est à noter que l'ensemble de ces réflexions est le fruit de discussions entre différentes personnalités du métier. Nous essaierons dans cet exposé d'être le plus objectif possible, même s'il laisse transparaître quelques tendances subjectives.

- Plus de la moitié des pharmaciens sont aujourd'hui groupés dans des groupements formalisés ou informels. On prévoit d'ici 5 ou 10 ans qu'il ne restera que 10 % de pharmaciens isolés.<sup>64</sup>

- Beaucoup de pharmaciens adhèrent à un groupement d'abord pour de meilleures conditions commerciales, ensuite pour éviter d'être «surstocké». Sans doute, elles sont meilleures que pour un individuel (surtout si l'on prend un catalogue dans sa globalité). Alors peut-on y voir une carence du pharmacien en terme de négociation ?

- Doit-on voir dans ces groupements une force économique et de négociation ?

Être indépendant d'un groupement est-ce une force pour un pharmacien ?

- Certains groupements apportent à leurs adhérents de nombreux services (merchandising, qualité de services, formations, politique de prix etc.) qui ne sont pas nécessairement mis en œuvre dans les officines. Pour quelles raisons :

Y a-t-il une inadaptation de l'offre ?

Y a-t-il un manque de prise de conscience des pharmaciens ?

Y a-t-il un manque de temps (ou un manque d'organisation) ?

Y a-t-il une gestion insuffisante de l'entreprise «officine» (donc pas d'anticipation, pas de projet défini pour assurer le développement de l'entreprise, la pharmacie étant une «rente») ?

- Dans d'autres professions, les chefs d'entreprise se sont groupés, pour former des réseaux cohérents, véritables forces économiques, créatrices d'emplois et de valeur ajoutée dans l'exercice quotidien de ces professions.

Combien de temps encore, le réseau pharmaceutique restera tel qu'il est, avec des pharmaciens indépendants mais totalement dépendants de leurs fournisseurs, de leurs banquiers, de leurs assureurs, de leurs experts-comptables, des payeurs qu'ils soient d'Etat ou privés?

- Les clients, consommateurs ou usagers du médicament de nos officines attendent des

pharmaciens et de leurs équipes toujours plus de disponibilité, de compétences, et de services.

Les officines d'aujourd'hui sont-elles formatées pour rendre tous ces services ?

Les pharmaciens sont-ils voués à «bouger» ?

Y aura-t-il encore de la valeur ajoutée dans l'exercice de la profession ?

- La formation continue sera un enjeu majeur dans l'évolution de notre profession. Elle est devenue obligatoire.

Les pharmaciens groupés ou pas en ont-ils pris conscience ?

Peuvent-ils libérer plusieurs jours par an chacun de leurs collaborateurs pour qu'ils soient plus performants ?

Les salariés des officines ont-ils envie de se former, d'acquérir de nouvelles compétences (en tout cas c'est au titulaire de leur donner l'envie) ?

- La communication est particulièrement réglementée, ce qui préserve une certaine loyauté pour notre profession.

Est-il possible de faire une nuance entre publicité et communication ?

Pouvons-nous nous limiter à l'image de la croix verte pour communiquer sur nos compétences qui se diversifient de plus en plus ?

## **A- La «perception» des groupements.**

### **I) .Le point de vue des pharmaciens indépendants.**

Aujourd'hui 14% de pharmaciens considèrent se suffire à eux même, on évalue à 10% d'indépendants isolés d'ici 5 ans.<sup>69</sup>

Quelles sont donc les raisons qui motivent cette catégorie de pharmaciens à rester seuls ?

1) Etre son propre patron...

L'idée du réseau ou du regroupement n'est pas toujours concevable. D'une manière générale si le pharmacien est devenu titulaire, c'est qu'il a décidé de relever le défi de l'installation :

c'est sans doute pour la liberté qu'elle procure et pour être son propre patron. Il est effectivement compréhensible que tout le monde n'ait pas cet instinct grégaire, qui anime la plupart des groupements.

Aujourd'hui, 48 % des pharmaciens indépendants pensent perdre leur liberté et leur indépendance en adhérant à un réseau.<sup>13</sup>

## 2) Etre maître de son référencement...

Il est parfois difficile d'accepter l'idée que quelqu'un d'autre que soi décide de la gamme de produits qui sera vendue dans son officine et du prix auquel elle sera vendue. 14% pensent ne pas avoir le choix des produits et des marques. 9% des indépendants font déjà partie d'un groupement informel, local ou familial.<sup>13</sup>

## 3) Garder sa propre identité, la croix verte est elle la seule enseigne véritable?

En effet, pourquoi vouloir se doter d'un nouveau signe de reconnaissance alors que la croix verte remplit déjà cet office ?

La traditionnelle croix verte demeure, aux yeux des officinaux, ce qui qualifie le mieux leur activité. Pour ceux qui ont adhéré à un groupement, l'enseigne de ce dernier n'est pourtant pas celle qui identifie le mieux l'officine.<sup>69</sup>

13 % des indépendants pensent qu'appartenir à un réseau n'est pas utile et ne présente pas d'intérêt. 7 % pensent que c'est trop mercantile et que cela dévalorise le rôle du pharmacien.<sup>13</sup>

## 4) Trop jeune, trop vieux, pas décidé...

C'est aussi par méconnaissance ou manque de motivation que les pharmaciens restent isolés.

- 14 % des pharmaciens ne connaissent pas bien les groupements et viennent de s'installer.

- 5 % sont proches de la retraite.

- 9 % y ont réfléchi mais n'ont pas pris de décision.<sup>13</sup>

## 5) Rester autonome...

Il existe encore quelques pharmaciens, qui se suffisent à eux même et arrivent à gérer et dynamiser leur officine sans s'appuyer sur la logistique d'un groupement. Les services rendus par ses partenaires de toujours, comme entre autres les répartiteurs leurs suffisent. Ce sont souvent des pharmacies à chiffre d'affaire important et qui peuvent obtenir des conditions d'achat aussi bonnes que celles obtenues par les groupements. Ces pharmacies représentent 4% des pharmacies dites indépendants.<sup>13</sup>

## II) Le point de vue des adhérents.

Pour que plus de 75% des pharmacies de France soient groupés, c'est qu'il y a de bonnes raisons.

Les services apportés par les groupements sont complets et variés, le principal écueil à leur bonne utilisation reste le manque de temps et l'absence de gestion en adéquation avec le groupement.

Que se soit en terme de logistique, de services, d'achats ou de coût d'adhésion, les adhérents selon le cas peuvent y voir un réel bénéfice mais aussi quelques contraintes.<sup>69</sup>

### 1) La logistique

Le groupement et sa logistique permettent au pharmacien de se décharger d'une bonne partie du quotidien en lui proposant des solutions toutes prêtes.

Toute cette logistique et cette convivialité engendrent tout de même certains reproches si elles sont mal exploitées.

Les exemples suivants peuvent illustrer cela :

- o Il y a parfois un sentiment de gâchis car les pharmaciens ne prennent pas le temps d'utiliser les outils du groupement.
- o Certains groupements livrent obligatoirement leurs adhérents pour doper les ventes (ou demandent un minimum d'achat à l'année). Cependant ces pratiques sont aujourd'hui peu répandues, mais sont restées à l'esprit de bon nombre de pharmaciens hostiles aux

groupements ou qui s'en méfient.

- o Les groupements demandent un minimum d'implication avec des réunions, des enquêtes rébarbatives pour certains et parfois de grands déplacements.
- o La refacturation par le groupement peut constituer pour certains adhérents un handicap dans le sens où ils désireraient obtenir les prix d'achats des produits dès réception de la marchandise. L'édition de la facture est décalée dans le temps mais les prix sont tout de même disponibles sur le net ou directement sur support papier (sauf pour les promotions ponctuelles).<sup>13</sup>

Ces reproches, bien que réels, n'altèrent en rien la valeur ajoutée qu'apporte la logistique des groupements ; le pharmacien n'est alors plus seul dans :

- o Sa réflexion : il est tout de même rassurant de pouvoir comparer ses réflexions avec d'autres confrères, plutôt que de s'isoler. C'est la base de tout groupement.
- o Ses achats : il peut se reposer sur des professionnels du référencement.
- o Ses animations : c'est tout de même appréciable de pouvoir s'appuyer sur l'expérience des uns et des autres, afin de dynamiser son officine. Le retour sur investissement est évident.
- o Ses initiatives à prendre.

Le pharmacien, jusqu'à aujourd'hui est confronté à de nombreuses responsabilités, il est parfois plus facile dans certaines situations de suivre plutôt que d'entreprendre.

- o La recherche de personnel.

Un nouveau type de groupement officinal vient de voir le jour dans le Var. Créé par quatre pharmaciens, Ressources 83 est un groupement d'employeurs qui permet à ses adhérents de se partager des salariés spécialistes de l'officine (adjoints, orthopédistes, esthéticiennes...). Les salariés sont employés en CDI par le groupement et mis à disposition des pharmacies adhérentes.<sup>65</sup>

- o La modernisation de son officine.

Le groupement a permis à beaucoup de pharmaciens de s'investir dans le bon sens et à dynamiser leur officine. Les échanges de bon procédé entre confrères du même groupement sont beaucoup plus faciles qu'entre deux confrères concurrents ; ces échanges sont fructueux pour la plupart.<sup>69</sup>

## 2) Apports et contraintes des services proposés par le groupement

### o Politique de prix et merchandising.

La politique de prix et le merchandising sont des techniques de potentialisation des ventes, parfois très bien assimilés et vérifiés par les conseillers commerciaux des groupements; cependant la politique de prix n'est pas toujours bien comprise et encore moins suivie, si elle n'emporte pas l'adhésion de toute l'équipe.

C'est une notion inconnue, pour certain pharmacien qui n'ont qu'une formation scientifique, pour les produits dont les prix sont libres. Il faut aujourd'hui être dans le prix du marché, c'est à dire que le produit sera vendu si le client pense que celui ci est à un prix qu'il juge acceptable pour lui. Le client a en tête le prix d'un certain nombre de produits, de parapharmacie notamment. Ainsi il est indispensable aujourd'hui d'adapter les prix en fonction de la clientèle et de la concurrence, et c'est en ça que la politique de prix est intéressante. Il est à noter que ce n'est pas une politique de «discount», mais une adaptation des prix à l'environnement.

### o Formation :

Bien qu'il existe une formation continue de qualité et très expérimentée, mis en place et organisée par les bénévoles de l'UTIP, les groupements dans le cadre de démarche qualité (management, accueil client, médication familiale), d'opérations conseils à visées commerciales (dermo-cosmétique, incontinence, diététique) ou de campagnes de santé publique (prévention du diabète ou l'asthme) proposent des formations en tous genres.<sup>22</sup>

Certains groupements négocient également des accords avec des organismes de formation.

### o Démarche qualité :

Les démarches qualités sont un ensemble de procédures qui demandent un investissement en temps de tous les acteurs de l'officine et une réorganisation. Cela peut agacer certaines équipes sûres de leurs acquis ou au contraire responsabiliser tout un collectif et apporter la satisfaction du travail bien fait.

Les « clients mystères », parfois stressants, permettent de se remettre en cause régulièrement afin de rester le plus efficace possible.<sup>66</sup>

### 3) Les achats

#### o Référencement et préconisation du groupement :

Comme expliqué précédemment, il y a une meilleure rentabilité du fait des services offerts à l'achat et à la vente par un gain de temps dans la négociation et par la sélection des produits leaders du marché. Tout dépend de la politique globale du groupement, qui doit être en adéquation avec les besoins du titulaire mais aussi avec les besoins de sa clientèle.

Cela présente quelques imperfections dans certains cas, qui méritent quelques compromis et adaptation de la part de l'adhérent et du groupement. Pour un nouvel adhérent, les choix de préconisation des groupements ne correspondent pas toujours à la demande, le titulaire se doit de changer ses habitudes et celle de ses clients. Le plus compliqué pour les équipes officinales est de faire face à un deréférencement d'un laboratoire d'une année sur l'autre, alors qu'il a fidélisé sa clientèle.

Cependant les changements sont rares.

#### o Catalogue :

Le catalogue peut être soit insuffisant, soit trop étendu pour commander partout. A l'inverse il est étudié de manière à satisfaire l'ensemble des adhérents du groupement, d'où l'avantage d'être un groupement homogène. Les catalogues sont étendus pour correspondre aux attentes des adhérents, qui peuvent y faire « leur marché ».

#### o Produits à la marque du groupement:

Un certain nombre de groupements ont joué la carte du produit à la marque, par exemple Giphar et Dermactive®.

L'objectif est multiple, d'une part il permet de renforcer son image de pharmacien conseil, de favoriser le développement du plan d'enseigne et d'autre part d'obtenir une meilleure rentabilité. Les commandes sont parfois obligatoires et il est souvent difficile de vendre un produit avec une marque non connue du grand public. Il présente l'avantage de fidéliser une clientèle une fois le client convaincu.

#### o Grossiste et dépositaire maison:

Les groupements mettent en place des partenariats avec des répartiteurs, qui ont pour activité principale la livraison «au fil de l'eau» mais aussi de plus en plus servent de plate forme d'achat pour des gros volumes. Certains groupements (Giphar, le seul à ce jour) créent leur

propre établissement (possédant les statuts adéquats). L'objectif est d'apporter un levier stratégique auprès du grossiste habituel mais aussi un rôle d'acteur dans les négociations politiques sur la distribution du médicament. D'une manière générale, le pharmacien suit les préconisations du groupement, sauf s'il reste attaché sentimentalement à son grossiste qui, dans la plupart des cas, l'a aidé à s'installer.<sup>70</sup>

o Conditions commerciales :

Les conditions proposées par le groupement à ses adhérents sont le fruit d'une négociation qui tient compte d'une moyenne d'achat. Elles peuvent se révéler insuffisantes pour certains gros faiseurs ou inaccessibles pour des officines plus modestes. A l'inverse, les conditions négociées en amont facilitent les petits réassorts, permettent de gérer plus facilement la trésorerie avec de bons délais de paiement et pour certains groupements les RFA récompensent les meilleures progressions...

C'est au titulaire d'essayer de renégocier les conditions individuelles ou de trouver le groupement qui corresponde à son profil en cas de déséquilibre.

#### 4) Le coût.

Le coût de l'adhésion varie de quelques euros par mois à plusieurs centaines d'euros, tout dépend de la stratégie du groupement et du nombre de services proposés (auxquels les coûts sont proportionnels). Le prix de l'adhésion peut être fixe avec un pack complet ou bien les services sont optionnels et payables à la demande.

Le coût est un frein d'importance. A cette objection, certains groupements répondent en disant : «mais combien cela va rapporter en terme de rentabilité et de compétence ?». On ne peut pas adhérer à un groupement en pensant au seul coût. Il faut toujours penser au rapport coût / bénéfice, ne serait ce que sur les conditions commerciales.

#### 5) Réseau, groupement, enseigne ou chaîne ?

Avec les chaînes, le pharmacien perd la réalité du pouvoir parce qu'il perd le capital et que c'est le capital qui permet de détenir le pouvoir. Et si les pharmaciens perdent leur

pouvoir de gestion ils perdent leur liberté : ce serait donc un véritable bouleversement pour le pharmacien français, or cela se fait dans plusieurs pays européens avec ses avantages et ses inconvénients...

Avec les chaînes, le titulaire a peur de devenir un pharmacien standard, un employé, un suiveur et non plus « Le Pharmacien » du village ou du quartier. Une chose est sûre, le pharmacien français n'est pas prêt à accepter ce modèle, mais le sera-t-il un jour ?

Prenons l'exemple de nos voisins européens : En Norvège le gouvernement a décidé de libéraliser le 1<sup>er</sup> mars 2001, le système de distribution du médicament, alors que leur système était très proche du nôtre : propriété de l'officine, exercice personnel, numerus clausus, etc.... comme il l'avait fait pour le pétrole quelques années plus tôt. Conclusions : 15 mois plus tard, sur les 472 pharmacies existantes en 2001, 280 étaient rachetées pour créer des chaînes dont les propriétaires sont les grossistes européens (GEHE devenu CELESIO, ALLIANCE HEALTHCARE, PHOENIX). GEHE avait même proposé aux pharmaciens qui voulaient rester "indépendants" un concept d'enseigne qui regroupait déjà 80 pharmacies. De plus, là où il n'était pas possible de racheter une officine à potentiel, on avait créé l'officine de chaîne en face de celle-ci. Mais cette réforme a entraîné une diminution du nombre d'étudiant.

Ainsi il serait donc dangereux de croire qu'en France cela ne puisse jamais arriver. *« Je ne demande pas l'arrivée des chaînes [...], mais réfléchissons, un pharmacien qui aurait la chance que son officine soit choisie pour être rachetée par une chaîne, d'abord le pharmacien capitalise en vendant son officine, s'il est choisi pour en être le directeur, cela peut être assez motivant, malgré tout. D'autre part, il est certain que l'arrivée des chaînes entraînerait la fin de la répartition harmonieuse des officines. »* remarque Monsieur Franck Vanneste président de Giropharm.

Quant à l'enseigne, elle a une connotation très forte avec les chaînes mais il y a une nuance en terme de propriété. En France l'enseigne proposée par les pharmaciens pour les pharmaciens appartient à tous les pharmaciens adhérents. C'est un choix délibéré et de plus en plus partagé.

Les raisons qui ont amené les pharmaciens à faire ce choix sont à n'en pas douté les suivantes : L'enseigne est une marque de confiance et de qualité pour le consommateur, avec fidélisation.

Tant que l'on parle d'enseigne d'indépendant et non de chaînes, le message passe bien auprès du grand public et donc auprès du pharmacien.

« Comment être plus performant vis-à-vis du patient consommateur et lutter contre toutes les menaces pesant sur notre profession ? » Telle a été la réflexion menée par les groupements

depuis une bonne dizaine d'année.

Les objectifs mis en valeur d'une manière générale par les groupements sont ceux ci :

- o attirer davantage de clients dans les officines.

- o améliorer les performances économiques et garantir l'indépendance financière et professionnelle. Une marque de confiance et de qualité pour le consommateur, avec fidélisation et identification plus forte en tant que professionnel.

C'est aussi la volonté de faire passer l'officine d'un commerce traditionnel de proximité à un commerce de proximité avec une certaine modernité dans la dispensation et la distribution des produits vendus.

### **III) Le point de vue de l'Ordre.**

L'Ordre est une institution inhérente à la profession libérale du pharmacien, il a pour objectif principal de veiller à la bonne application et au respect du Code de la Santé Publique. Il défend la profession à part entière. Sa responsabilité est de veiller à l'éthique de la profession et à sa moralité.

L'Ordre recherche l'uniformité, c'est en cela qu'il est un frein aux groupements qui cherchent finalement à se démarquer. Concrètement ce sera en terme de publicité qu'il impose son veto : L'Ordre rappelle régulièrement les dispositions du Code de la Santé Publique relatives à la publicité.

La publicité en faveur de l'officine se limite donc aux annuaires de façon courante (R. 5015-57), dans la presse écrite de façon ponctuelle (création, transfert etc. ; R.5053-3, I a), à la publicité via les vitrines (R.5015-58), à la publicité via la remise de brochures d'éducation sanitaire, (R.5053-3, II).

La publicité en faveur des groupements selon l'article (R.5053-3, IV) précise aussi que les groupements et réseaux constitués entre pharmacie ne peuvent faire de publicité en faveur des officines qui les constituent. Aucune publicité ne peut être faite auprès du public pour un groupement ou un réseau constitué entre officines.

#### IV) Le point de vue des syndicats professionnels de titulaires.

Voici le point de vue des syndicats :

Selon Bernard Capdeville, vice président de l'UNAPL de 1996 à 2013, vice président de la chambre syndicale des pharmaciens de la Gironde et Président de la FSPF de 1995 à 2004 :

*« Ils ont une place importante et nécessaire auprès des pharmaciens. Ils sont des interlocuteurs sérieux pour un syndicat, mais attention au mélange des genres ! Les groupements ne sont pas des syndicats, ils ne sont pas représentatifs, n'ont ni les statuts ni les structures nécessaires.*

*Où est leur indépendance ? Ce sont des acteurs de la société civile, qui ne représentent qu'eux-mêmes. »*

Selon Jean-Luc Fournival, Président de l'UNPF depuis 2014 : *« L'Ordre, les groupements se mêlent souvent des choses qui ne le regardent pas. On ne peut pas être ordinal, syndical et responsable d'un groupement. Chacun à sa place. On ne peut pas tout mélanger. Les confrères choisissent un syndicat pour de l'information, une défense socioprofessionnelle, et un groupement pour des intérêts économiques, ce n'est pas la même chose. »*

Selon Catherine Leyrissoux, Présidente du Syndicat des Pharmacies du Morbihan : *« Nous pensons qu'ils ont leur place dans le paysage professionnel, ils peuvent intervenir sur le plan économique, notamment dans le domaine de l'économie libérale où l'action syndicale est interdite par la DGCCRF. Nous pensons qu'ils sont un élément de cohésion professionnelle complémentaire aux structures syndicales ; à condition qu'ils acceptent de ne pas interférer avec l'action syndicale, ils peuvent être de bons stimulateurs syndicaux. »*

Selon Gilles Bonnefond, Président de l'USPO depuis 2011 : *« Les groupements n'ont pas d'homogénéité sur la mise en œuvre d'une politique de défense professionnelle. Adhérer à un groupement n'est pas une adhésion à une politique syndicale mais à une stratégie d'entreprise. Néanmoins, un certain vide syndical a pu conduire les groupements à réagir et à se positionner dans le débat politique. Or il n'est pas souhaitable que les groupements deviennent des concurrents des syndicats, au risque d'affaiblir ces derniers. Pour autant leur point de vue doit être pris en compte. »<sup>67</sup>*

### **V) Le point de vue des adjoints.**

Le fait d'exercer dans une officine appartenant à un groupement entraîne pour les collaborateurs, et en particulier pour les adjoints, un certain nombre d'implications, que ce soit sur la motivation, l'accès aux formations, la possibilité d'investir dans l'officine... Certains groupements ont joué la carte de la convivialité et de la communication (journal destiné aux membres de l'équipe officinal, formations, visite des conseillers commerciaux), d'autres pas.

Ainsi tout dépend d'une part du dynamisme du titulaire, de sa modernité et de ses capacités à déléguer et d'autre part des outils que lui apporte le groupement.

Les objections des non-titulaires se font surtout ressentir à partir du moment où il y a un projet de rachat des officines et que la stratégie du groupement ne correspond pas aux attentes et ambitions des éventuels futurs repreneurs. Autres nuances, tous ne vivent pas très bien la pression commerciale exercée par le groupement ; certes, l'émulation permet d'apprendre des techniques de ventes (challenge interne, récompenses en bons d'achats, remise de prix aux meilleurs vendeurs) des méthodes qui, finalement, peuvent être gratifiantes ou démobilisatrices, selon la psychologie de chacun.

### **VI) Le point de vue des laboratoires.<sup>72</sup>**

En négociation les groupements sont les meilleurs commerciaux du laboratoire, du fait de la très bonne communication auprès des adhérents. Nous pouvons citer un certain nombre d'avantages que peuvent apporter les groupements aux laboratoires pharmaceutiques.

- o Les groupements garantissent le paiement.
- o L'engagement est de qualité.
- o La croissance des pharmacies groupées est supérieure à la moyenne nationale.
- o Il y a une fidélisation des laboratoires sur le long terme. Les groupements et les laboratoires deviennent de réels partenaires, dans le cas contraire il y a déréférencement.
- o Les pharmaciens actifs du groupement tirent vers le haut les plus modestes : cela apporte une dynamique très appréciée.
- o Le groupement de par ses initiatives fait avancer les choses, même pour le laboratoire.

Remarque : Le laboratoire Pierre Fabre avait bien compris l'importance des groupements en créant le sien « Le Cercle de Carla », composé des plus fidèles pharmaciens à ses produits (ou

qui vont le devenir) Le Cercle de Carla est devenu par la suite le Cercle des Pharmaciens, mais n'était plus lié au laboratoire Pierre Fabre.<sup>4</sup>

Si un jour la législation le permet, il est à prévoir, comme c'est déjà le cas dans certains pays, que les laboratoires entreront dans le capital des officines et on peut imaginer des chaînes de grosses pharmacies avec pour principal actionnaire un laboratoire pharmaceutique.<sup>69</sup>

## **VII) Le point de vue des répartiteurs.**

Les relations des groupements avec les répartiteurs sont différentes de celles qu'ils peuvent avoir avec les laboratoires. Les groupements bien structurés ont pris parfois l'ascendant sur les répartiteurs qui cherchent de plus en plus à mettre en place de bons partenariats avec les groupements plutôt que de voir partir tout un réseau de clients. Les grossistes ont compris le rôle important des groupements bien structurés, qui peuvent devenir de véritables concurrents. Ils recherchent aujourd'hui de véritables partenariats avec eux, en terme de prestations logistiques et surtout chaque grossiste en France a créé son propre groupement de pharmacie. L'idée pour les groupements qui ont fait le choix de mettre en place des plates formes (ou des partenariats avec un grossiste) est de pouvoir disposer d'un contrepoids en cas de concentration extrême des répartiteurs, voir en cas de chaînes d'officines appartenant aux répartiteurs.

Ainsi entre un groupement d'indépendants et un grossiste répartiteur, il peut y avoir soit une réelle concurrence soit une forte collaboration : la domination du répartiteur n'est plus, mais les officinaux ne sont encore pas près de se passer de leurs services...

Citons quelques exemples de partenariat entre les répartiteurs et les groupements : Il s'avère que pour les médicaments vignettés (les génériques essentiellement) cela remporte un franc succès, un peu moins pour la parapharmacie, car les laboratoires n'y voient pas de réel intérêt. Rappelons que le développement des génériques s'est fait essentiellement grâce aux pharmaciens groupés. Et si ce marché doit doubler dans les trois ans à venir, cela se fera au détriment des grossistes, c'est pourquoi ils ont mis en place des mesures pour contrer cela :

Dépositaire, centrale d'achat, groupement, mise à contribution de leur logistique performante. Ceux-ci, sous la pression de leurs actionnaires entre autres, ne peuvent accepter de perdre des parts importantes de chiffre d'affaire.<sup>70</sup>

### **VIII) Le point de vue des clients et usagers du médicament.**

Il y a quatre points importants à mettre en évidence pour les clients :<sup>73</sup>

#### o Economique:

Outre le bon conseil qu'il est supposé obtenir dans toutes les pharmacies quelles qu'elles soient, le client peut bénéficier de produits cosmétologiques ou de médication familiale à un coût moindre (à partir du moment où le pharmacien répercute la remise). Ainsi le client habitué de plus en plus au « discount », peut avoir un intérêt financier à venir dans une pharmacie groupée et avec en l'occurrence une enseigne qui adopte une politique de prix intelligente pour sa zone de chalandise.

#### o Qualitatif:

A partir du moment où un pharmacien s'engage à mettre en place des procédures de qualité dans son officine, il ne peut y avoir que des répercussions positives pour sa clientèle.

#### o Education et Santé Publique:

Les campagnes de prévention mise en place par les groupements sont renouvelées d'une année sur l'autre et suivies par de plus en plus de pharmaciens. Apportant de vrais résultats concrets, le patient peut considérer que son pharmacien le prend en charge correctement pour tous les conseils de vie et santé.

#### o Service et Proximité:

Quel que soit l'endroit où il se trouve, grâce à une infrastructure solide, régionale voir national, un pharmacien groupé est en mesure d'apporter un panel de vaste service et dans des délais plus qu'acceptables du fait des bonnes conditions commerciales du groupement.

### **IX) Le point de vue des dirigeants des groupements.**

#### 1) Hétérogénéité / Homogénéité:

D'une manière générale, l'objectif des dirigeants des groupements est de fédérer tous

les adhérents sans entrer dans un discours conquérant pouvant heurter certains.

Si au départ les groupements ne sont pas véritablement des centrales d'achats, mais surtout des centrales de référencement, certains d'entre eux se sont constitués des centrale d'achat. Ainsi est-il difficile de négocier des conditions acceptables pour tous les adhérents (souvent, c'est le volume d'achats moyen par adhérent qui est pris en compte par les laboratoires lors de la négociation) ?

Autre exemple les animations, peut-on demander à un laboratoire d'engager un budget d'animation important alors que l'on n'est pas sur d'augmenter significativement les achats? Les livraisons obligatoires aux adhérents ne sont pas une solution si l'on veut éviter une rémunération de tous les adhérents.

La stratégie du groupement doit être approuvée et suivie un minimum par une majorité d'adhérents, dans le cas contraire elle ne peut aboutir et provoque alors des tensions inutiles au sein même du collectif.

## 2) Investissement personnel des dirigeants.

Les structures mises en place et les salariés sont performants mais l'intervention des pharmaciens reste primordiale. Cela demande quoi qu'il en soit une forte implication et beaucoup de temps. Cela fonctionne sur le principe du bénévolat avec prise en charge des déplacements et d'autres frais de fonctionnement comme pour une association. Le travail d'équipe se fait obligatoirement en petit comité (par le biais des conseils d'administrations : peu décident pour tous) ; mais jusqu'à preuve du contraire c'est le seul moyen d'être efficace. N'oublions pas que la plupart des groupements fonctionne de manière démocratique et que chaque pharmacien reste indépendant. Chacun est libre de refuser ou d'accepter les projets des dirigeants : au final, c'est aux dirigeants de convaincre les adhérents et c'est à l'adhérent de donner son opinion en votant. On peut noter un vieillissement aussi des dirigeants, il y a parfois des difficultés dans le renouvellement des équipes et le risque serait de devenir obsolète vis-à-vis des jeunes pharmaciens qui arrivent. Afin d'être performant sur le long terme, il demeure important de laisser place au plus jeunes peut être moins expérimentés au départ mais peut être plus proches des réalités et des difficultés actuelles. Il est indispensable que de jeunes pharmaciens s'investissent dans la direction des groupements pour apporter des idées nouvelles, encore faut il qu'ils aient envie de donner du temps, d'apprendre, et de transmettre, au détriment de loisirs personnels et d'une vie familiale harmonieuse. Les plus

grands groupements sont aujourd'hui bâtis comme de véritables petite et moyenne entreprise (PME), sous forme de S.A, de S.A.S, de S.A. coopératives, et avec différents services (administratif, commercial, financier, trade marketing, etc...). On assiste à une véritable professionnalisation de ces groupements, et les Présidents de ceux-ci vendent parfois leur officine pour prendre la direction de ces sociétés, et en sont les principaux actionnaires.

3) Absence de vision à moyen terme pour certains projets du fait des freins législatifs ou ordinaux.

La Loi MURCEF dont les décrets se sont longtemps fait attendre et les réticences de l'Ordre de voir une enseigne investir directement les officines ralentissent les projets des groupements en quête d'évolution. *« Si l'on caricature, la copie de l'Ordre raye du paysage les sociétés de participation financières introduites par la loi MURCEF, note Gilles Brault-Scaillet, Président du Collectif des groupements. Une limitation qui nous paraît être une erreur.*

*Plutôt que de voir de vastes enseignes incontournables et économiquement fortes, avec possibilité pour les confrères d'intégrer celle de leur choix, on va privilégier des baronnies locales à la tête de cinq pharmacies. Or rien ne garantit qu'elles ne seront pas infiltrées par l'extérieur financièrement parlant. »*

Si la loi MURCEF intéresse les groupements, elle devrait intéresser tous les pharmaciens qui vivent la pharmacie comme une entreprise.

## **B-Tableau des évolutions de types d'officine en France et en Europe.**

Aujourd'hui, en Europe, il est possible de distinguer trois grands modes d'exercice de l'officine (ou types de groupements) :

- La chaîne d'officines : Ensemble d'officine appartenant à une société ou un individu pouvant avoir la même enseigne, le même mobilier, la même marchandise dont le pharmacien exerçant ne contrôle pas le capital de l'établissement où il exerce.
- L'enseigne : concept marketing, merchandising, organisationnel auquel s'affilie une officine.

- Le groupement : ensemble d'officines qui regroupent leurs achats et bénéficient de services complémentaires.

Selon une étude réalisée en 2006 pour Pharma Référence, seuls 10 % des pharmaciens seront encore indépendants d'ici cinq ans.

Sous la pression économique en général, et notamment sous l'évolution des marges, l'officine connaît aujourd'hui une tendance forte au regroupement. Une tendance qui va se poursuivre et s'amplifier dans les années qui viennent, selon une étude réalisée sur l'évolution du paysage des groupements par la société Goodwill Management pour le compte du groupement Pharma Référence, 50 % des pharmaciens appartiennent aujourd'hui à un groupement. Selon les projections réalisées, à horizon de cinq ans, seulement 10 % des pharmaciens seront isolés et totalement indépendants de toutes les formes de groupements. Parallèlement, l'étude constate que l'activité économique des groupements n'est pas encore arrivée à maturité. Aujourd'hui, le paysage officinal compte une vingtaine d'acteurs. De nouveaux acteurs sont susceptibles de naître demain, notamment en fonction de l'évolution de la réglementation et des initiatives capitalistiques: compte tenu des évolutions constatées en Europe, sept types d'officines pourraient se dégager dans un futur proche :

1. LE TYPE A : L'enseigne proposé par le grossiste répartiteur.
2. LE TYPE B : La chaîne d'officines contrôlée par le grossiste répartiteur.
3. LE TYPE C : L'enseigne proposé par le groupement.
4. LE TYPE D : La chaîne d'officines contrôlée par les grandes et moyennes surfaces (GMS) en prenant l'hypothèse que cela soit possible dans les cinq ans, ce qui semble toutefois improbable.
5. LE TYPE E : Le pharmacien dynamique qui possède plusieurs officines.
6. LE TYPE F : L'officine indépendante et peu dynamique.
7. LE TYPE G : Les officines au sein d'un groupement d'achats.

Enquête réalisée par Goodwill Management pour Pharma référence sur un échantillon représentatif de 269 pharmaciens groupés et de 360 pharmaciens non groupés.

Il existe différents modèles de système de santé en Europe ; tous ceux-ci sont amenés à subir de nombreuses réformes afin de faire face aux multiples pressions économiques. L'évolution des différents pays européens met en évidence certaines tendances : le mode de rémunération

par honoraires de délivrance, le développement de la VPC et de l'Internet, l'ouverture du capital.

Le tableau comparant la Suisse, la Belgique, l'Allemagne, la France et l'Angleterre nous résume ces différents modèles.

	SUISSE	ANGLETERRE	ALLEMAGNE	BELGIQUE	FRANCE
<i>Nombre total d'officines</i>	1 670	12 200	21 569	5 272	22 727
<i>Nombre d'habitants/officine</i>	4 371	4 800	3 810	1 900	2 575
<i>CA moyen/ officine en euros</i>	660 000	-	1,20M	720 000	1,190M
<i>OTC vendu par un circuit de distribution autre que l'officine</i>	oui	oui	non	non	non
<i>Vente de médicaments par correspondance</i>	oui	En attente	oui	non	non
<i>Rémunération du pharmacien</i>	HD*	HD*	HD*	Marge+HD*	Marge+HD
<i>Non pharmacien propriétaire</i>	oui	Oui	non	oui	non
<i>Chaînes appartenant à des répartiteurs</i>	Alliance Unichem	Lloyds Boots	non	Lloyds OPG	non
<i>Chaînes appartenant à des distributeurs</i>	oui	oui	non	non	non

\*HD : honoraires de délivrance.

TABLEAU 5 : Comparatif de cinq pays européens<sup>109</sup>

## C-Quels intérêts ou enjeux pour le pharmacien et la profession.

### I) Les réformes de la profession se font aussi indirectement par les groupements.

Le Collectif des groupements a décidé de porter auprès des institutions, une autre image du pharmacien d'officine, celle d'un professionnel de santé à part entière, prêt à s'investir encore plus dans la gestion du coût de la santé, dans la gestion du "petit risque", et d'un véritable chef d'entreprise. Le Collectif a fait campagne sur le thème : « Pharmacies d'aujourd'hui : 100% acteur de santé, 100% chef d'entreprise, 100% disponible, 100% responsable ».

Le Collectif des Groupements n'a pas besoin d'être représentatif pour faire entendre sa voix. Le fait que certaines idées soient portées ensuite par les organismes représentatifs est une bonne chose. N'étant pas représentatif au niveau des tutelles ministérielles, les groupements et entre autre le collectif « *se réserve toujours le droit de mettre en place des actions* » précise Gilles Brault- Scaillet président du collectif des groupements.

Tant il est vrai qu'en France le lobbying se fait mais ne se dit pas.

L'ensemble des groupements représente la moitié de la profession; pour beaucoup d'adhérents les groupements sont plus proches des préoccupations quotidiennes des pharmaciens et se soucient davantage de leur avenir ; ils souhaitent une voix plus unanime, ce qui n'est pas toujours le cas avec les syndicats qui se querellent... Herrade Keiff Sala, membre du CEIDO Groupe Santé, considère le collectif comme « *une force de propositions dans le paysage politique* », mais pas comme un syndicat. « *Son objet est de promouvoir l'officine, le rôle et l'image du pharmacien... Son action ne peut avoir que des effets qui rejaillissent positivement sur toutes les officines, groupées ou non.* »

Gilles Brault-Scaillet, président du Collectif des groupements tire son bilan 2013 :

« *2013 a été une année de mise en place et de reconnaissance du Collectif des groupements auprès de l'ensemble des acteurs : Syndicats, Ordre, politiques, facultés...*

*Elle a donc été marquée par de multiples rencontres qui ont changé la façon qu'ont nos interlocuteurs de nous considérer. Aujourd'hui, le Collectif est consulté, reçu dans les instances décisionnelles et écouté sur tous les grands sujets de la profession. Son action est complémentaire de celle des syndicats et de l'ordre. Je regrette seulement que ce rôle consultatif ne soit pas reconnu officiellement et que le collectif ne soit pas invité à donner son avis dans les réunions ministérielles.* »

## II) Garant de l'indépendance de la profession ?

L'interdépendance des pharmaciens dans un groupement permet de préserver l'indépendance de la profession. Il ne faut pas oublier que l'indépendance du pharmacien est virtuelle, économiquement le pharmacien est lié à sa banque, pour son approvisionnement, il est lié aux grossistes, pour sa marge il dépend du gouvernement.

Que l'on parle d'enseigne ou simplement de concept d'unité de groupement, la majorité des structures prônent l'indépendance du pharmacien. L'idée principale en général est de construire un réseau horizontal avec liberté, clarté et transparence.

Ce que l'on peut donc envisager c'est l'entrée en piste de gros financiers comme les grossistes, les laboratoires, les assureurs ou les banques ; le pharmacien ne deviendrait alors plus propriétaire du fond de commerce et là, tout pourrait lui être imposé : dans ce cas on peut parler de chaîne (commerce de non indépendants) ; or la législation actuelle ne le permet pas. Alphéga concept d'Alliance Healthcare est montré du doigt, or eux préfèrent parler de réseaux. Certains groupements tendent vers la franchise, c'est un commerce d'indépendant organisé dont les fonds n'appartiendrait qu'à une minorité d'actionnaires, pharmaciens ou non ; c'est le choix de Pharma référence avec VIADYS et de PHARMAVIE ; or jusqu'à aujourd'hui ces actionnaires sont tous pharmaciens d'officine.

Seuls quelques groupements prévoient un allègement de la législation et s'organisent pour faciliter l'ouverture du capital à des investisseurs extérieurs (Forum Santé à la fin de l'année 2003 a fait entrer dans son capital l'investisseur financier Caravelle de manière minoritaire). Il est à noter que Caravelle est actionnaire de la S.A. FORUM SANTE et non des officines... Cela permettrait de financer le groupement plus facilement, or le seul moyen de les intéresser serait de pouvoir communiquer sur l'enseigne, ce qui est interdit par la loi et il le restera tant que les pharmaciens voudront conserver leur monopole.

Ainsi à l'heure actuelle un groupement fort en France est à n'en pas douter un groupement de pharmaciens indépendants. Alain Molho, directeur général de Giropharm, en est intimement convaincu.

Ainsi face à l'évolution du système, les pharmaciens cherchent à ne pas être pris de court et envisagent toutes les possibilités.

### **III) Renforcer le rôle du pharmacien**

L'objectif ici est de renforcer le rôle du pharmacien, les groupements vont dans ce sens en facilitant l'accès aux formations et en instaurant des démarches qualifiées au sein de leur officine. On peut difficilement imaginer qu'un jour, le pharmacien aura la possibilité de renouveler une ordonnance d'un malade chronique (en dehors du renouvellement exceptionnel qui prévoit la délivrance exceptionnelle d'une seule boîte par ligne de traitement chronique) pourtant certains travaillent à cette idée.

Aussi on peut croire en un renforcement de la rémunération de l'acte « pharmaceutique » ou à quelques actes de santé publique, on parle de plus en plus d'honoraire de délivrance, pourquoi ne pas étendre cela à honoraire d'acte pharmaceutique :

- o en cas de détection d'interaction médicamenteuse grave (l'opinion pharmaceutique va dans ce sens, encore faut-il qu'elle soit rémunérée pour être appliquée par les pharmaciens).

- o par la prise de tension évitant une consultation chez le médecin.

- o panser une plaie bénigne.

- o Conseil diététique sur rendez-vous.

- o Prescription sur le petit risque (il reste encore à le qualifier).

- o dépistage du VIH.

### **IV) Réseau de soins**

Sans l'union de plusieurs pharmacies beaucoup de réseaux de soins n'auraient pu se mettre en place. Certains groupements proposent des infrastructures permettant le développement des réseaux de soins en particulier en s'investissant dans le maintien à domicile.

Exemple : FacilÔDom pour Giphar.

### **V) Opération réseau**

Seuls les groupements bien organisés peuvent mettre en place des opérations réseau comme les opérations lutte contre le SIDA, le dépistage du diabète ou la lutte contre le cancer

de la peau etc. Bien entendu c'est à la portée de tous, encore faut il avoir le temps et la motivation pour le faire.

## **VI) Installation des jeunes pharmaciens**

Ce n'est pas encore au centre des discussions, mais cela va être inévitable d'ici quelques années ; la démographie du pharmacien va beaucoup évoluer avec le départ de la génération du « papy boum ». Une pénurie de pharmaciens titulaire, adjoint, gérant ou associé (au même titre que toutes les professions de santé) se fait déjà sentir et ne devrait que s'empirer dans les prochaines années :

Tout comme les « retraites » c'est un problème d'envergure que ni les politiques, ni les corporations, ni même les syndicats n'aiment évoquer... Est ce que les groupements seront en mesure d'apporter les outils économiques nécessaires, afin de mettre en place des solutions viables ?

## **VII) Communication des réseaux à enseigne.**

*« Les groupements dans leur grande majorité ne demandent pas la possibilité de faire de la publicité, mais simplement de pouvoir communiquer avec leurs clients. Ce n'est pas tout à fait la même chose. Qu'apporteraient des panneaux 4m x 3m dans les rues pour GIROPHARM aujourd'hui ? Par contre, faire savoir dans une émission de télévision que des pharmaciens appartenant au réseau GIROPHARM mettent en place une campagne de dépistage du diabète, ou sur les méfaits du soleil, est important »,* précise Franck Vanneste, Président du groupement Giropharm.

Ainsi la nuance entre communication et publicité n'est pas la même pour tout le monde... Nous pouvons donc nous poser deux questions : Ne serait-il pas plus judicieux de laisser les réseaux de pharmaciens communiquer sur leur spécialité, plutôt que d'universaliser l'information au travers des messages de l'Ordre auprès du grand public ? Le pouvoir de communication des pharmaciens étant limité, ne laissons nous pas des portes ouvertes à la concurrence malsaine et parfois incompétente (ou plutôt sans conseil de qualité associé) de la grande distribution ?

Citons un exemple intéressant : Il est interdit de faire de la publicité pour une opération réseau lors d'une campagne de santé publique à l'effigie d'une enseigne de pharmacien. Ces groupements fédèrent avec succès tout un réseau de pharmaciens professionnels de santé, il est inutile de rappeler qu'il aurait été impossible de mettre cette campagne en place à l'échelle nationale avec autant de résultats. En revanche, il est tout à fait possible de laisser les enseignes de grande distribution comme E.LECLERC ou AUCHAN, faire la publicité de leur groupe en mettant en place, une campagne de santé publique et en communiquant sur les méfaits du soleil (cancer de la peau).

L'enjeu est de taille car il consiste à préserver le monopole et la loyauté de la profession, cependant il demeure un paradoxe concernant les produits hors monopole pour lesquels les marchés sont court-circuités. Ainsi un commerçant non pharmacien dynamique et motivé qui s'implique dans différents secteurs de la pharmacie qui n'appartiennent pas au monopole (Matériel et dispositif médical, parapharmacie, produits diététiques et de « bien être ») peut sous le prétexte de campagne de santé publique ou autre communiquer et donner une image positive à son enseigne ou sa marque.

Au contraire d'un pharmacien dynamique et motivé qui s'implique dans différents secteurs de la pharmacie qui n'appartiennent pas au monopole (Matériel et dispositif médical, parapharmacie, produits diététiques et de « bien être ») ne peut donc pas sous le prétexte de campagne de santé publique ou autre communiquer et donner une image positive à son enseigne. N'y a-t-il pas une concurrence déloyale ?

## CONCLUSION

Pour conclure, nous pouvons faire une fiction de l'avenir de la profession d'ici dix à vingt ans:

On pourrait penser que :

- L'Europe fera évoluer la pharmacie à la française, et nous n'auront plus qu'un monopôle d'exercice et non plus un monopôle de propriété. La loi MURCEF a été votée depuis longtemps, et il existera de nombreuses sociétés de pharmacies possédant de nombreux points de vente. Certaines de ces sociétés ont été rachetées par des investisseurs pour créer des chaînes. Les SA des groupements appartenant aux pharmaciens seront propriétaires de l'ensemble des officines.
- L'Ordre des Pharmaciens permettra aux pharmaciens de communiquer sur tout ou partie de leur activité *via* leur groupement par exemple.
- Internet se sera beaucoup développé et le pharmacien disposera d'un outil qu'il maîtrisera parfaitement au profit de son entreprise et de ses clients, les groupements apporteront la logistique.
- Le pharmacien ne sera plus rémunéré par une marge mais par des honoraires négociés en fonction des services rendus à la Collectivité, ou dans le réseau.
- La prévention sera en France la priorité, et les pharmaciens seront les acteurs essentiels des actions de prévention, ils seront rémunérés pour cela. Chaque groupement aura en charge un ou plusieurs thèmes qui seront répartis par le collectif des groupements permettant une spécialisation des officinaux dans différents domaines.
- Il n'y aura plus 22000 pharmacies en France, mais 15000 car le développement des enseignes et des chaînes sera passé par là, et les officines trop petites ou surendettées, ou mal gérées n'auront su prendre le bon wagon. L'Ordre sera le principal acteur de la restructuration du réseau en collaboration avec les groupements.
- Il n'y aura plus 200 groupements, mais une dizaine, ayant mis en place des enseignes luttant efficacement contre les chaînes. Les franchises ou coopératives d'indépendants permettront à la fois d'accroître la qualité de l'acte pharmaceutique par le respect d'un cahier des charges très précis et aussi la rentabilité des officines.
- La valeur des fonds des officines aura fortement chuté, dû notamment à la libéralisation des professions réglementées.
- Le développement de médicaments issus du génie génétique aura forcé le pharmacien à reprendre la place du spécialiste du médicament qu'il n'aurait jamais dû perdre.
- La sécurité sociale ne prendra en charge que les pathologies dites graves comme toutes les pathologies cancéreuses, maladies immunitaires et génétiques, ainsi que tous les actes de

prévention (vaccination, analyse sanguine , radiographie). Pour tout le reste, les français devront se prémunir d'assurance santé privée et il y aura des partenariats entre les assurances et les groupements à l'image des opticiens. Seul les plus démunis et les retraités seront pris en charge à 100% pour tous les actes de santé.

- Presque vingt ans après la suppression du service militaire obligatoire, on pourrait imaginer qu'un gouvernement propose un service pour la santé nationale obligatoire pour tous les jeunes français de plus de 18 ans ; ce service consisterait essentiellement en la prise en charge à domicile des personnes âgées. Les groupements et les pharmaciens sont à l'origine de cette réforme suite au développement des réseaux de soins et à la carence en personnel de soins. Les groupements et les pharmaciens en seraient responsables, ainsi que de sa mise en place.

D'un point de vue sociologique, selon le psychologue Abraham Maslow, la fameuse pyramide des besoins place à un niveau supérieur la reconnaissance et le besoin d'appartenance à un groupe. Faire partie d'un groupement et y participer activement permet un épanouissement que le pharmacien recherchait certainement depuis longtemps...

Il y a un avenir pour les pharmaciens et leur profession, au prix de quelques souffrances et de réformes.

Nous pouvons terminer cet exposé en saluant tous les pharmaciens qui s'investissent depuis des années dans la valorisation de la profession.

## ANNEXES

## ANNEXE 1

Source : DOCUMENT GIPHAR 1998

### 1. L'enfance Bretonne

- Les premiers pas de 1964 à 1972

Alors que l'UTIP est à la recherche d'un second souffle, des groupes de pharmacotechnie se créent en Bretagne. Edouard LE JONCOUR, Responsable UTIP, crée en septembre 1964 l'Union Pharmaceutique d'Armor (UPA), Jacques BOSSARD crée la Société des Pharmaciens Bretons (SOPHAB). D'autres groupes se créent hors Bretagne comme la Société des Pharmaciens Normands (SOPHANOR) fin 1967. Tous ces groupes sont les embryons des futurs Groupements du Mouvement Giphar.

En 1968, Jacques BOSSARD de Brest et Edouard LE JONCOUR de Lorient se communiquent la même vision du futur Giphar avec les notions de dynamique de groupe et d'horizontalité des décisions en opposition avec la verticalité des autres structures professionnelles, en bref la base est souveraine. Viviane LENOIR crée en juin 1968 à Rennes, le Groupement d'Intérêt Pharmaceutique Rennais dit Giphar Rennes. Cette dernière et Anne- Marie AMICE sont à l'origine du mot Giphar. Brest, Lorient et Rennes sont les pôles du Mouvement Giphar en attendant Caen hors Bretagne.

En 1969, les Responsables bretons et normands se réunissent chez Viviane LENOIR à Rennes. Un sigle Giphar pour les groupements inter pharmaceutiques est adopté. Les anciens groupements gardent leur nom d'origine et les nouveaux portent le nom de Giphar. Des commissions entre groupements sont créées. Les Brestois avaient une préférence pour le sigle commun PharOuest mais les Rennais ont imposé le sigle Giphar car il n'était pas lié à une seule Région et il pouvait s'étendre à la France entière.

En 1970, SOPHARNOR avec Michel HUERTAS organise à Caen le premier congrès Giphar. Il y est créé l'Inter- groupement de l'Ouest avec la présidence pour Edouard LE JONCOUR. Des groupements se forment et l'Inter groupement du Grand Ouest compte 14 groupements. Les produits Gip et Giphar sont lancés, en tant que produits à la marque dits PAM. Jacques BOSSARD qui assure la présidence de tout le mouvement, prend son bâton de pèlerin pour former des groupements hors Bretagne avec un succès particulier dans le Pas-de-Calais où il implante quatre groupements: Boulogne, Calais, Béthune et Lens.

Partout, les groupements travaillent en séminaires et en commissions sur la technique d'officine, l'économie et la formation. La gestion économique et financière, les vitrines, l'information,

l'informatique, le vétérinaire, tous les axes de travail d'une génération sont déjà tracés.

En 1971, l'Inter groupement de l'Ouest organise à Rennes, siège de l'Inter groupement, une journée consacrée à la gestion. Les contacts avec les groupements de tout l'hexagone aboutissent à la formation les 26 et 27 octobre à Paris-Orly, d'un Conseil National des Groupements de France avec un Bureau présidé par Jacques BOSSARD, il est assisté de 8 délégués régionaux (Nord représenté par M. CUVELIER, fondateur de SOCOPHARMA, Pas- de-Calais, l'Ouest, Centre, Est, Champagne, Lorraine, Île de France et Sud-ouest).

La charte adoptée comporte quatre articles traitant de la notion de services, de l'amitié et de la coopération du groupe, de la discipline librement consentie et de la communauté d'idées et d'actions dans un cadre régional et national. Cette charte n'a pas pris une ride.

En 1972, Edouard LE JONCOUR organise les 27, 28 et 29 mai 1972, les Journées Pharmaceutiques de Lorient. C'est le deuxième congrès de l'Inter-groupement Ouest et du Giphar mais c'est aussi le congrès du Conseil National des Groupements de France ouvert à tous les groupements Giphar ou non. Les thèmes du Congrès sont la technique et l'agencement. Sur les 16 500 pharmaciens de l'époque, plus de 1 000 y participent. Sur les 50 groupements de l'époque avec 1 200 pharmaciens il y a 40 groupements présents représentant 800 pharmaciens. Outre les groupements de l'Inter-groupement de l'Ouest, il y a 6 groupements du Nord-Pas-de-Calais dont SOCOPHARMA de Valenciennes créé en 1970, 5 groupements dans le Grand Est, 4 dans le Sud-Est, 3 à Paris, 2 dans le Sud-ouest, 4 dans les Alpes Sud-est, 2 dans le Centre et 1 à Dijon. L'Inter-groupement Giphar et le succès de son organisation ont fait d'Edouard LE JONCOUR un des Pères du Giphar comme Jacques BOSSARD. Ce Congrès a révélé les deux bastions Giphar en Bretagne et dans le Nord et son extension dans toute la France.

- Le jeune âge de 1972 à 1976

Le Mouvement Giphar vote ses statuts à Ipharmex Lyon le 26 octobre 1973. Le Conseil National des Groupements de France devient le CNGF Giphar France. Il y a sept fondateurs: 4 bretons ou d'origine bretonne (LENOIR, CREN, BOSSARD, LE JONCOUR), 2 normands (HAMARD et THEALLET) et un lorrain (KIMMEL, copain de faculté de BOSSARD à Nancy). Les bretons apportent à Giphar France les marques Gip et Giphar déjà utilisées dans l'ouest. Le siège du Mouvement est fixé à Brest, l'Inter groupement de l'Ouest continue à assurer la trésorerie du Giphar National. Jacques BOSSARD est président de jure du Giphar. En mai 1974, une croisière sur le Mermoz regroupe beaucoup de pionniers Giphar. Très vite se fait sentir par tous, la nécessité de journées régulières et nationales. Il en résulte pour les Giphar une tradition de congrès annuel. Du 24 au 27 octobre, l'Hôtel Normandy de Deauville reçoit le premier congrès Giphar (par exemple CUVELIER de SOCOPHARMA qui était sur le Mermoz ne participe pas).

Jacques BOSSARD cède la présidence à Edouard LE JONCOUR mais garde l'information de congrès. Viviane LENOIR chapeaute l'économie avec quatre secteurs (laboratoires, grossistes, PAM, technique). J.C. KIMMEL, Vice-président, est chargé du recrutement. L'idée d'une coopérative Sogiphar est évoquée aux journées de Deauville.

Du 29 mai au 1er juin 1975, le Congrès de Vittel est organisé par M. KIMMEL. Le samedi 31 mai 1975, le Conseil National des Présidents vote la création de la Sogiphar après une longue étude juridique de M. HUERTAS. M. BOSSARD est élu Président de fait, car les statuts ne seront déposés qu'en 1979. Jusqu'à présent, la SOPHAB est l'outil économique Giphar. La Sogiphar qui succède n'a qu'un rôle financier puisqu'elle ne possède ni immobilisations ni stocks. Elle va répartir pendant cinq ans les ristournes à chaque groupement en fonction des achats auprès des fournisseurs au tout début Sofaco puis Codis.

En mai 1976, une nouvelle croisière sur le Mermoz rassemble tous les responsables pour fixer les objectifs. Le Congrès du Touquet d'octobre, organisé par M. BLAREL avec déjà plus de 300 participants, assure le passage du pouvoir de la Bretagne au Nord. M. KIMMEL, Vice-président, ne peut succéder à M. LE JONCOUR car il a vendu son officine et Mme LISON DUFOUR, qui était alors Responsable National des PAM, propose Monsieur BELE, membre de son groupement, à la présidence. Le nord a pris la relève de l'Ouest.

## - L'adolescence Nordiste

### 1. La croissance 1976-1982

De 1976 à 1979, M. BELE va mener une politique de recrutement avec un certain succès. M. BOSSARD est toujours Responsable de l'information et de la Sogiphar et les sièges de Giphar et de Sogiphar sont respectivement à Brest et à Rennes. Mme LENOIR garde les mêmes responsabilités, mais dans les faits les groupements nordistes contrôlent les Commissions en particulier les produits à la marque et le recrutement avec Mme LISON DUFOUR.

M. BELE assure le renouveau de la revue interne " Giphar Actualités " et Giphar commence à être reconnu par les autres structures professionnelles. Le Congrès de Cannes de 1977 enregistre la création de l'Inter groupement Loire Océan et limite l'Inter groupement de l'Ouest à la Bretagne et à la Basse-Normandie. On recense 800 actionnaires Sogiphar en 1977. Décembre 1977: séminaire de formation du groupement Giphar Cannes, groupement dans lequel "la Pharmacie de Rocheville" était membre fondateur.

Le Congrès de Tours en 1978 enregistre aussi le succès du recrutement et Mr BELE commence à faire participer officieusement les Présidents d'Inter groupement à certaines réunions du Bureau

National. Le Conseil d'Administration de la Sogiphar, créé à Vittel en 1975, se réunit pour la première fois en 1976 et porte à sa présidence M. BOSSARD cette fois de jure, prend le relais de la SOFAB et remplace en 1977 le fournisseur SOFACO par le fournisseur CODIS.

Au Congrès de Saint-Malo de 1979, organisé par M. RENAULD, M. BELE cède sa présidence à P. LERAYS, de l'Inter groupement Loire Océan. Le siège du Giphar est transféré à Angers. M. LERAYS demande à M. BELE de continuer à se charger du recrutement. Les listes d'adhérents Giphar et Sogiphar ne sont pas les mêmes et certains sont Giphar sans être Sogiphar. La technique d'officine rencontre l'hostilité des fabricants et de l'Inspection. La société informatique CIP est créée par des Giphar de l'Ouest. La Sogiphar, dont les statuts ont été déposés à Rennes le 22 octobre 1976, change de président en juin 1980. Mme LISON DUFOUR devient ainsi Président Sogiphar et Vice-président Giphar. Ayant constaté que les frais du fournisseur Codis étaient trop élevés, le Conseil National des Présidents charge la Sogiphar le 25 juin 1980, par une majorité des deux tiers, d'assurer la distribution des produits et porte l'action à 2 000 F. Suite à un vote du 12 septembre 1980, la Sogiphar peut s'installer à Grandvilliers (Oise). Le bail sera signé le 5 juin 1981 avec la Chambre de Commerce de Beauvais. Le Conseil d'Administration se réunira à Grandvilliers le 1<sup>er</sup> octobre 1980. Au congrès de Lille en 1980, le Conseil National laisse un an pour régulariser la situation de ceux qui ne sont pas à la fois Giphar et Sogiphar.

Au Congrès de La Baule de 1981, M. LERAYS constate toujours l'écart entre 850 Giphar et 734 Sogiphar alors que le délai de réflexion est à son terme. M. BELE avait été désigné en mai 1981 comme Recruteur National et en septembre 1980 comme pharmacien de la Sogiphar. Les comptes Giphar et Sogiphar sont désormais différenciés. M. RENAULD prend la Présidence Giphar, M. DARNICHE la vice-présidence et M. BARTOLI s'occupent de la Technique.

## 1. La crise de Jeunesse 1982-1985

En mai 1982, Mme LISON DUFOUR, qui s'attendait à une réélection facile, est mis en minorité au Conseil Sogiphar au profit de M. JUGUET. Elle ne s'était pas rendue compte que les deux cadres salariés de la Sogiphar, à savoir M. BELE, qu'elle avait proposé à la Présidence Nationale, et M. CHULOT, qu'elle avait fait passer de la Codis à la Direction de la Sogiphar, avaient persuadé une majorité des conseillers de ne pas la réélire. C'est le début d'une querelle, car tous les protagonistes sont originaires du Calaisis.

Finalement, M. DOUTRELIGNE, lui aussi de Calais, assure la présidence de mai 1982 à mai 1984. Ce coup de théâtre va perturber les groupements, les inter groupements et le National. Le groupement du Calaisis éclate en groupement de Calais et groupement de Saint-Omer. Le Bureau National est divisé et impuissant. Un Conseil de Réflexion, le 30 septembre 1982, reconnaît les mérites de M. BELE et de Mme LISON DUFOUR et leur demande de se retirer. Le

Congrès de Marseille des 7, 8 et 9 octobre 1982 est houleux. Pour la première fois dans le Giphar on parle de minorité, de majorité. Un livre blanc de la Sogiphar propose une professionnalisation de la Coopérative. Pendant son mandat, M. DOUTRELIGNE n'assiste pas au Bureau National, estimant que les bons résultats de la Sogiphar pouvaient se dispenser du contrôle du Bureau National ou du Conseil des Présidents. L'assemblée de la Sogiphar de mai 1983 vote l'augmentation de capital et les 35 actions de 100 F, car il faut augmenter la plate-forme de Grandvilliers.

Au Congrès de La Baule, les 6, 7 et 8 octobre 1983, M. DARNICHE refuse la présidence pour indisponibilité. Pour la première fois se présentent une liste complète menée par M. BARTOLI, et par des indépendants. Le Bureau National élu se révèle hétérogène avec moitié liste BARTOLI, moitié indépendants. Le Conseil National des Présidents vote que les Présidents d'Inter groupements fassent partie du Bureau National et que les Présidents de Commissions siègent si c'est nécessaire. On a donc un Bureau National avec six élus, le PDG Sogiphar et les 8 Présidents d'Inter groupements. M. BARTOLI préconise l'unité d'élections de présidents d'Inter groupements et procède à une refonte des statuts Giphar pour les mettre en conformité. Il se heurte aussi au conflit Giphar-Sogiphar.

En mai 1984, M. DOUTRELIGNE cède le fauteuil à M. RAGEOT. L'idée de M. MACQUART de réunir le Conseil d'Administration et Bureau National pour mettre à plat les problèmes entre Giphar et Sogiphar n'est toujours pas retenue. M. RAGEOT n'arrive pas à unifier le Conseil d'Administration Sogiphar et cède la présidence à M. MOUYSSSET en juin 1985. M. CHULOT, Directeur de Grandvilliers, avec l'appui de M. BELE, n'accepte pas le nouveau Président.

M. MOUYSSSET doit faire face à une tentative de déstabilisation interne de la Sogiphar. M. HUERTAS doit déposer son diplôme pour éviter une fermeture de Grandvilliers. Suite à une dénonciation, un contrôle fiscal à Grandvilliers est étendu à tous les groupements de base. Le sabotage de l'outil informatique et le vol du logiciel, le débauchage de l'encadrement au profit d'une autre structure, la poursuite devant les tribunaux de M. CHULOT vont rendre irréversible une scission. Des Giphar se sont portés caution sur leurs propres biens pour sauver la Sogiphar.

Au Congrès de Dijon, un jeune Giphar, M. PASDELOUP, informe le Conseil National des Présidents de manœuvres en coulisse pour une OPA sur la Sogiphar. Les informations sur la situation à Grandvilliers ont poussé l'Assemblée à la sévérité. Il est demandé l'exclusion de quatre administrateurs de la Sogiphar. M. BELE se joint à eux pour protester et tous vont créer une structure concurrente Evolupharm. Le Congrès de Dijon = Mouvement Nordiste du Mouvement Giphar.

## I. La maturité

## 1. L'équilibre 1985-1990

Après trois ans de luttes intestines, M. DARNICHE devient Président Giphar. M. MOUYSSET reste Président Sogiphar et un équilibre sur cinq ans va s'établir entre deux fortes personnalités. M. DARNICHE fait de la Communication sa priorité. Pour redresser la situation, il réunit dès octobre 1985, le Bureau National élargi et les Administrateurs Sogiphar. Une totale collaboration règne entre l'outil économique et l'organe politique. Pendant la crise, le recrutement a été freiné et l'extension de la gamme a été bloquée. Le chiffre d'affaires de la Sogiphar a diminué en 1985 par rapport à 1984 notamment par le départ de certains Giphar. On passe de 934 Giphar fin 1983 à 838 en 1985. Comme en 1980, la nécessité d'avoir cette fois 35 actions en 1983 a expliqué des départs. M. MOUYSSET est très préoccupé par la baisse du chiffre d'affaires de la Sogiphar et propose, pour couvrir les frais de fonctionnement de la Coopérative, une cotisation proportionnelle au chiffre d'affaires de chaque officine.

Les Inter groupements participent pleinement au Mouvement Giphar, qui s'ouvre vers l'extérieur avec par exemple une participation à Pharmagora, et lance le projet télématique Giphartel et dynamise des revues comme Giphar Information, Stimulo Influx et plus tard Entreprendre. M. DARNICHE, pendant ses 2 ans au titre des anciens statuts et ses 3 ans au titre des nouveaux statuts, fait de la communication avec l'identification des officines Giphar, le logo, les vitrines, l'IEP de M. HUERTAS. Les effectifs apportés par le recrutement sont faibles mais la qualité et le niveau de motivation du Giphar de base progresse.

Les Congrès successifs de Nîmes (1986), de Reims (1987), Biarritz (1988), Strasbourg (1989) et La Baule (1990) témoignent d'une certaine sérénité et du bon équilibre entre la politique et l'économique. A titre d'exemple, l'équipe de M. DARNICHE lance les bandes dessinées qui sont une excellente carte de visite pour le Giphar tandis que la Sogiphar assure la logistique des envois. Une telle coopération était impensable lors de la crise de 1982 à 1985 et elle est exemplaire puisque les successeurs l'utiliseront. La succession de M. DARNICHE s'est faite entre deux candidats de façon démocratique. Le Giphar est vraiment devenu adulte.

## 2. Le réseau

Depuis la stagnation des effectifs Giphar en 1989 due à l'application de la cotisation de fonctionnement de la Coopérative, le recrutement est de plus en plus efficace et les effectifs Giphar ne font que progresser depuis 1989. M. THOMAS constate que les statuts n'assurent pas l'équilibre acquis pendant le mandat de M. DARNICHE. Il propose donc une étude pour mettre

fin à la dualité Giphar Sogiphar. Au cours du Congrès d'Avignon (1991), on adopte un projet d'entreprise avec la notion de réseau et avec une centrale d'achat Sogiphar qui soit aussi une centrale de référencement. Tout en maintenant le Giphar National, association loi de 1901, on veut transformer la Sogiphar en Société avec Directoire et Conseil de Surveillance dont les membres seraient ceux du Bureau National. M. THOMAS développe aussi les relations extérieures ainsi que la recherche de nouveaux marchés. Le projet de réseau n'est pas faisable tout de suite mais il fait peu à peu son chemin car il est inéluctable. La réforme des structures rencontre aussi des difficultés. L'ouverture de la Coopérative à l'extérieur n'est pas résolue. Le Congrès d'Annecy en 1992 n'est pas suffisant, car il faut le compléter pas un carrefour à Lyon au moment d'Ipharmex. M. THOMAS a finalement le feu vert pour que M. HUERTAS propose au Congrès de Saint-Malo 1993, une réforme qui implique un renouveau complet des équipes. L'ancien Conseil d'Administration et l'ancien Bureau National vont disparaître pour laisser place à un nouveau Conseil de Surveillance et à un Directoire qui est provisoirement composé, jusque fin mars 1994, de M. HUERTAS, M. MOUYSSSET, M. MARTIN, et M. TRENCART. M. THOMAS a donc terminé son mandat en réalisant ses objectifs.

Le Congrès de Saint-Malo de 1993 a été très agité, car les élus des différents Inter groupements ne constituaient pas une équipe homogène et n'arrivaient pas à s'entendre. Pour aboutir à un consensus, des médiateurs anciens Giphar sont intervenus pour mettre fin aux querelles de personnes.

Mme MARÉCHAL, qui ne brigait rien au départ, a présenté sa candidature pour mettre fin à la stérilité de l'Assemblée. Des polémiques sur la validité d'élection et sur le nombre de vice-présidents n'ont pas bloqué la recherche d'un consensus autour de Mme MARÉCHAL. Les Congrès successifs de Cannes (1994), Deauville (1995), et Lille (1996) ont vite fait oublier Saint Malo (1993). Année 1994: "la Pharmacie de Rocheville" quitte Giphar-Cannes et crée avec sept autres pharmaciens le groupement Giphar-Sophia sur un modèle plus convivial.

Mme MARÉCHAL a fait entrer les professionnels à la Sogiphar, utilisé le statut de dépositaire et fait entrer les vignetés. Au cours de son mandat elle a mis fin à tout conflit de personnes et elle a laissé un Mouvement totalement unifié. Au Congrès de Lille en 1996, Monsieur PASDELOUP, délivré des problèmes de conflits internes, a pris la Présidence en présentant les axes de son mandat, en particulier la gamme Dermactiv et Pharmavision sans oublier le Congrès de Tours (1997), le projet Gipharmad ainsi que la réactivation du projet de réseau, de Gipharnet, etc... Au Congrès de Marseille (1998) il peut annoncer que le Mouvement Giphar plus que trentenaire à tout l'avenir devant lui.

Fort de plus de 1 400 membres, il est prêt à affronter les défis du siècle qui vient !

## ANNEXE 2

Interview de Franck VANNESTE, Président du groupement Giropharm.

1. En quelques mots qu'est ce que GIROPHARM ?

*« GIROPHARM est une superbe aventure et une superbe réussite....*

*Aventure humaine, puisque nous partons, en 1985, de réflexions d'un groupe de copains membres de la cellule prospective de l'UNPF, pour arriver en 2003 à une véritable entreprise.*

*Aventure humaine et d'anticipation ...lorsqu'en 1994, GIROPHARM a créé son " Service Commercial " avec 6 Conseillers Commerciaux qui étaient alors de jeunes diplômés d'Ecoles Supérieures de Commerce.... En effet, nous avons créé de nouveaux métiers autour de l'officine et aucun autre groupement n'avait à cette date mené la réflexion nécessaire pour passer d'un groupement d'achats à un " groupement de ventes ". »*

2. Pourquoi le nom « Giro », quelle est l'histoire du nom « Giropharm » ?

*« En 1986, quand le groupement a été créé, et qu'il fallait lui trouver un nom, les 16 membres se sont rappelés qu'ils se téléphonaient toujours dans le même ordre pour regrouper leurs commandes, d'où le " giro " ( sens giratoire ) sur lequel est venu se greffer le suffixe " pharm ". »*

3. Qui sont les créateurs ?

*« Yves MATHIS, pharmacien à SELESTAT est le fondateur de GIROPHARM. Il était assisté de Michel HELMBACHER, Pharmacien à HOENHEIM. Yves MATHIS était un visionnaire, avec toujours de nouvelles idées...un homme de concepts....mais dès que certaines idées se concrétisaient, il passait à de nouvelles idées, sans accompagner le développement des premières. Cependant, il a su concrétiser les réflexions du groupe prospective du bureau régional de l'UNPF (syndicat des " grandes pharmacies ") qui laissait entrevoir la main mise de la grande distribution sur la santé, et plus particulièrement sur les médicaments et les produits distribués dans les officines (à l'époque, LECLERC n'avait pas commencé son offensive sur la vitamine C ni la para, et toute la " para " était pharmaceutique).*

*Il a aussi pensé que cette réflexion devait pouvoir intéresser un bon nombre de pharmaciens à travers la France. Dans ces conditions, il devait proposer un groupement "duplicable" à travers le pays.*

*Son grand mérite a été de solliciter le Cabinet LEFEBVRE (sans doute le plus grand en France, qui est aussi consulté par les différents gouvernements) pour trouver la forme juridique la plus appropriée au modèle qu'il avait en tête, en tenant compte des contraintes et des spécificités de notre métier.*

*De ces consultations sont sorties le statut des centrales régionales, statut de " Commissionnaire aux Achats ".*

*Bien entendu, au départ, les intervenants ( juristes, avocats, experts comptables, commissaires aux comptes ) étaient des copains ou amis du fondateur...Plus tard, il a fallu donner plus de crédibilité au système et le rendre indépendant et autonome.*

*Certains laboratoires ont adhéré, ou plutôt certains représentants y ont vu un intérêt court terme (je récupère les commandes de plusieurs pharmaciens en une visite).*

*Entre 1986 et 1992 personne en France ne pensait que les groupements seraient pérennes, et qu'ils prendraient une telle importance. En 1990, à GIROPHARM, nous avions envie d'un groupement différent, que nous voulions déjà à l'époque comme " Les Relais et Châteaux ". »*

#### 4. Comment se sont-ils structurés d'un point de vue juridique et organisés ?

*« En 1986, la première centrale créée à SELESTAT, D.C.E. (Distribution Centre Europe) était constituée en SARL avec un capital de 50 000 francs par une dizaine de fondateurs, les autres membres du groupement n'étaient que des clients.*

*Ils ont fait développer un " serveur télématique " pour permettre la transmission des commandes au siège de la centrale, à charge pour elle de les transmettre aux différents laboratoires. En même temps a été développé un système de facturation pour assurer les " redditions de comptes " (cela correspond à la facture pour le métier de Commissionnaire aux Achats).*

*En 1989, le " système GIROPHARM " a été vendu clé en mains en Moselle ( Pharma Moselle ), en Champagne Ardennes ( SGE, qui est devenu plus tard hors Giropharm, Pharmalliance ), en région Loire Atlantique ( Pharmatlantique ), en Franche Comté ( GIFC ), en région parisienne ( Pharmagir )*

*Début 1990 a démarré le Loiret (Comafor).*

*Il s'agissait alors, de 7 centrales GIROPHARM, indépendantes les unes par rapport aux autres, et dont les responsables se retrouvaient tous les deux mois à Paris pour échanger leur savoir faire ou leurs conditions commerciales. »*

#### 5. Ensuite est venu l'idée de créer une structure nationale ?

*« Effectivement nous avons envie de créer un groupement national, fort, indépendant, dont les*

*pharmaciens seraient les maîtres du système.*

*Les fondateurs du groupement ont souhaité créer une structure indépendante où les décisions sont prises exclusivement par les adhérents pharmaciens et pour les adhérents pharmaciens. Les pharmaciens sont les réels décideurs du groupement par leur participation à tous les organes décisionnels.*

*La réflexion était alors engagée pour transformer ces sociétés en groupement national. Elle a abouti en février 1991, avec la structure suivante (qui est celle encore en vigueur). »*

*- L'ASSOCIATION GIROPHARM,*

*C'est une association loi 1901, qui détient le nom, la marque, et tout le patrimoine du groupement. Jusque-là, le nom GIROPHARM appartenait à Yves MATHIS et Michel HELMBACHER qui l'avaient déposé à l'INPI (institut national de la propriété industrielle) L'association a été créée dans un souci d'indépendance...Le patrimoine d'une association ne peut être ni vendu, ni acheté. Pourtant nous étions certains que ce groupement aurait un jour une valeur marchande, et qu'il fallait le protéger.*

*L'adhérent signe la charte qui le lie à l'association GIROPHARM La charte énonce la philosophie du groupement. L'association est donc propriétaire des marques et du savoir faire de Giropharm et veille au respect des règles et principes de la charte. Elle est composée de personnes physiques : Les fondateurs du système et des personnes cooptées, d'une ancienneté minimale de deux ans et qui ont fait preuve d'une participation active et assidue. L'association est ainsi une garantie de la philosophie et du respect de l'éthique Giropharm La charte précise les droits et les devoirs de chacun afin de préserver les 4 principes fondamentaux qui font l'originalité et la force du groupement :*

*Ces 4 principes sont l'indépendance professionnelle, la promotion de l'initiative privée, la mise en commun des ressources humaines, la compétence et la qualité professionnelle.*

*- Des Sociétés régionales.*

*Ces sociétés ne devaient plus être des SARL, mais des S.A (sociétés anonymes) dans lesquelles tous les pharmaciens seraient actionnaires à parts égales, pour que tous les membres aient intérêt à faire fonctionner au mieux le système. D'autre part, les sociétés existantes en SARL devaient se transformer dès que possible en S.A (3 bilans consécutifs positifs).*

*Etant actionnaire, à égalité avec les autres adhérents de la centrale ; 1 adhérent= 1 voix. Ainsi, les décisions sont prises démocratiquement lors des assemblées Générales.*

*L'adhérent est client de la centrale régionale La SA régionale a, entre autres, un rôle de commissionnaire aux achats qui consiste, auprès des laboratoires à :*

- o *Gérer le portefeuille de commandes (centralise les commandes, les gère*

*jusqu'au paiement auprès des laboratoires référencés en lieu et place de l'adhérent);*

- o Vérifier et rapprocher les factures ;*
- o Résoudre les éventuels litiges ;*
- o Effectuer les règlements.*

*Elle est à l'écoute du pharmacien et assure la cohésion et la convivialité de tout le groupe. Les secrétaires, les comptables ainsi que les conseillers et animateurs participent à la vie, aux cotés des pharmaciens responsables, de leur centrale respective.*

*- Un G.I.E,*

*Ce groupement d'intérêt économique fondé à l'initiative des centrales régionales, donc GIE de personnes morales, appelé B.A.C (Bureau d'Achats et de Coordination). Ce GIE aurait pour mission de mettre en commun le savoir faire développé dans les différentes régions (parfois, initiative d'un seul adhérent ou d'un groupe d'adhérents) pour assurer un développement harmonieux du groupement, et porteur de valeur ajoutée pour nos officines.*

*L'association étant propriétaire de tout le savoir faire, elle le transmet au GIE pour l'exploitation et le développement de toutes les activités. Dans ce GIE, une centrale égale une voix, nous sommes alors capables d'accueillir de nouvelles centrales dans une structure solide, juridiquement et économiquement.*

*Entre 1992 et 2000, une dizaine de centrales régionales ont été créées. Certaines ont quitté GIROPHARM, d'autres ont fusionné.*

6. Donc une fois structuré à l'échelle nationale, le groupement est passé de l'achat à la vente ?

*« En 1994, c'est le début du service marketing et merchandising de Giropharm: 6 conseillers sont recrutés. En 1998, de nouvelles centrales franchissent la porte de Giropharm, qui en compte 15 aujourd'hui, avec l'entrée probable en ce début 2004 d'un groupement de la région sud de paris « PHARMA 6 ». En 1999, c'est le lancement de la stratégie d'enseigne.*

*En 2000-2001, plus de trente conseillers marketing et merchandising sont présents sur le terrain. Il y a aussi un renforcement du service commercial par la création d'un nouveau profil : celui d'animateur réseau.*

*En ce début de siècle c'est aussi les premières concrétisations du plan d'enseigne, L'agencement Giropharm, les premiers critères qualité, le site extra net voient le jour. »*

## **ANNEXE 3**

### **La publicité en pharmacie :**

#### Dispositions générales

- La publicité en faveur des officines de pharmacie ne peut être faite que dans les conditions prévues par voie réglementaire. (L.5125-31)
- Toute information ou publicité, lorsqu'elle est autorisée, doit être véridique, loyale et formulée avec tact et mesure. (R.5015-30)

#### Publicité en faveur de l'officine (en tant qu'établissement pharmaceutique)

##### Dans les annuaires de façon courante

Dans les annuaires ou supports équivalents, la publicité, ici appelée information en faveur d'une officine de pharmacie, est limitée comme suit : à la rubrique « pharmacie » sont seules autorisées les mentions des nom et adresse et des numéros de téléphone et de télécopie de l'officine.

Ces mentions ne peuvent revêtir, par leur présentation et leur dimension, une importance telle qu'elle leur confère un caractère publicitaire. (R.5015-57)

##### Dans la presse écrite de façon ponctuelle

Une création, un transfert, un changement de titulaire d'officine peut donner lieu à un communiqué dans la presse écrite limité à l'indication du nom du pharmacien, de ses titres universitaires, hospitaliers et scientifiques figurant sur la liste établie par le conseil national de l'ordre des pharmaciens, mentionnée à l'article R.5015-52, le nom du prédécesseur, l'adresse de l'officine avec, le cas échéant, la mention d'activités liées au commerce des marchandises figurant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L.5125-24 al.1° (cf. arrêté du 15 février 2002 modifié).

Cette annonce doit être préalablement communiquée au Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens. Elle ne saurait excéder la dimension de 100 cm<sup>2</sup>. (5053-3, I a)

##### Publicité via les vitrines

Les vitrines des officines et les emplacements aménagés pour être visibles de l'extérieur ne peuvent servir à présenter que les activités dont l'exercice en pharmacie est licite. Sous réserve de la réglementation en vigueur en matière de concurrence et de publicité et des obligations légales en matière d'information sur les prix pratiqués, ces vitrines et emplacements ne sauraient être utilisés aux fins de solliciter la clientèle par des procédés et moyens contraires à la dignité de la profession ; (R. 5015-58)

##### Publicité via la remise de brochures d'éducation sanitaire

Des brochures d'éducation sanitaire peuvent être remises gratuitement au public dans l'officine,

à la condition que n'y figure aucune publicité en faveur de cette dernière, hormis le nom et l'adresse du pharmacien. (R.5053-3, II)

Publicité en faveur de l'officine (ciblée sur ses activités réservées ou autorisées) Arrêté du 15 février 2002 modifié

Dans les annuaires ou supports équivalents, de façon courante

La publicité, ici appelée information en faveur d'une officine de pharmacie, est limitée comme suit : à toutes les rubriques, exceptée celle « pharmacie », ne peuvent figurer que les annonces relatives aux activités spécialisées autorisées dans l'officine (optique, audioprothèses, orthèses, orthopédie, matériel médical). (R.5015-57)

Ces mentions ci-dessus autorisées ne peuvent revêtir, par leur présentation leur dimension, une importance telle qu'elle leur confère un caractère publicitaire.

Dans la presse écrite de façon courante

En plus des moyens d'information sur l'officine permis dans les annuaires, par le I de l'article R 5015-57, les pharmaciens peuvent faire paraître dans la presse écrite des annonces, en faveur des activités possibles dans les officines, d'une dimension maximale de 100 cm<sup>2</sup>, comportant leurs nom et adresse (des pharmaciens) ainsi que les numéros de téléphone et de télécopie et les heures d'ouverture des officines. (R.5053-3, I b)

Publicité en faveur des médicaments

La publicité pour les médicaments, produits et articles dont la vente est réservée aux pharmaciens ne peut s'effectuer que conformément à la réglementation en vigueur. (L.5122-1 et suivants)

La publicité en faveur des médicaments vétérinaires auprès du public est autorisée. Toutefois, elle est interdite pour les médicaments qui doivent être prescrits sur ordonnance en application de l'article L.5143-5.

La publicité ne doit jamais faire apparaître la consultation vétérinaire comme superflue, ni être assortie de promesses ou d'avantages de quelque nature que ce soit, ni utiliser des attestations ou des expertises.

Publicité en faveur des produits ou articles dont la vente n'est pas réservée aux pharmaciens

La publicité pour les produits ou articles dont la vente n'est pas réservée aux pharmaciens est admise à condition de :

- Demeurer loyale ;
- Se présenter sur un support compatible avec la dignité de la profession ;
- Observer tact et mesure dans sa forme et son contenu ;
- Ne pas être trompeuse pour le consommateur.

(R.5015-57)

Publicité en faveur des groupements

Un groupement ou un réseau constitué entre pharmacies ne peut faire de la publicité en faveur des officines qui le constituent.

Aucune publicité ne peut être faite auprès du public pour un groupement ou un réseau constitué entre officines. (R.5053-3, IV)

PERMIS D'IMPRIMER

NOM et Prénom : LE CARPENTIER Alexandre.....

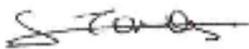
## TITRE DE LA THESE

LES GROUPEMENTS DE PHARMACIES D'OFFICINE DES ANNÉES 60 À AUJOURD'HUI : EVOLUTION, ETAT DES  
LIEUX ET ENJEUX..........  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- 8 FEV. 2016

Rennes, le 04/02/2016

Le Président de thèse : S. TOUIN



Le Directeur de thèse :



T. PENTEL

VU et Permis d'imprimer

Le Président de l'Université de Rennes1.

  
G. CATHELINÉAU

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf)
2. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006915076>
3. [http://www.liberation.fr/societe/2014/02/12/personnes-agees-un-projet-de-loi-pour-favoriser-le-maintien-a-domicile\\_979644](http://www.liberation.fr/societe/2014/02/12/personnes-agees-un-projet-de-loi-pour-favoriser-le-maintien-a-domicile_979644)
4. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/le-cercle-du-carla-devient-le-cercle-des-pharmaciens.html>
5. Article 2, I de l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables, principalement modifié en 1988, 1990, 1997, 1999 et 2004. *COUR DES COMPTES Les Pharmacies d'Officine Et Leurs Titulaires Libéraux* p.201
6. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/gestion/nouvelle-remuneration-outil-de-simulation.html>
7. <http://www.fjfp.fr/index.php?page=presentation>
8. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc)
9. <http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Retrocession-hospitaliere/Retrocession-hospitaliere/%28offset%29/0>
10. <http://www.cyclamed.org/?/association/reglementation&PHPSESSID=7e4866b6bb9864ec1c4596255dacc6d3>
11. [www.opinionpharmaceutique.fr](http://www.opinionpharmaceutique.fr)
12. *LE MONITEUR DES PHARMACIES* N°2910/2911 Cahier 2 17 décembre 2011 p.44-48
13. *IMPACT PHARMACIEN* N°280 26 janvier 2011 «Nouvelles missions» p.6
14. <http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/>
15. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique>
16. *LE QUOTIDIEN DU PHARMACIEN* N°2568 NICOLET C. Du soutien à domicile aux services à la personne. p 4 ; 07/04/08
17. *IMPACT PHARMACIEN* N°63 Les regroupements ? Salutaires mais contraignants ! ; 3-6 ; 23/05/01.
18. *LES NOUVELLES PHARMACEUTIQUES* N°247 Comité de rédaction de l'Ordre National des Pharmaciens. Murcef : ce que dit la loi. ; 3-5 ; 15/11/02.
19. *LE MONITEUR DES PHARMACIES* N°2558 F.T. Région Pays de la Loire : Les

- officinaux disent « oui » au réseau de soins de cancérologie. 20/11/04*
20. *LE MONITEUR DES PHARMACIES N°2700 LORIOL M. Marge et chiffre d'affaire : marché : Le MAD, un créneau prometteur. 10/11/07*
21. *LE MONITEUR DES PHARMACIES N°2369 ALLIARE A. Pharma Soins 31 : Un réseau MAD pour les pharmaciens. 14/10/00*
22. *LE MONITEUR DES PHARMACIENS N°2719 RIZOS F. Former votre personnel. ; cahier Entreprise n°7 ; 08/03/08.*
23. *Site de Légifrance, consulté le 25/04/08 : [www.legifrance.gouv.fr/](http://www.legifrance.gouv.fr/)*
24. *LE QUOTIDIEN DU PHARMACIEN du 07/02/08 SABARLY F. Créations et transferts : ce qui change en 2008.*
25. *IMPACT PHARMACIEN N°100 14 mai 2003 « initiatives clés » p.64*
26. *<http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu>*
27. *<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens>*
28. *<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-de-la-politique-du-medicament-en-france.pdf>*
29. *IMPACT PHARMACIEN N°290 6 avril 2011 « Automatisation: vers une meilleur intégration»*
30. *Le recyclage humanitaire des médicaments -EMLYON Business School-Programme Bachelor-RECAPSS*
31. *LE MONITEUR DES PHARMACIES supplément du N°2700 du 10 novembre 2007 p.10*
32. *LE MONITEUR DES PHARMACIES supplément du N°2700 du 10 novembre 2007 Comité de rédaction. Les SEL : comment ça fonctionne ? Des cas pratiques ; des propositions de l'Ordre. ; p12 ;*
33. *[http://www.urssaf.fr/profil/employeurs/dossiers\\_reglementaires/dossiers\\_reglementaires/heures\\_supplementaires\\_01.html](http://www.urssaf.fr/profil/employeurs/dossiers_reglementaires/dossiers_reglementaires/heures_supplementaires_01.html)*
34. *LES NOUVELLES PHARMACEUTIQUES N°247 Comité de rédaction de l'Ordre National des Pharmaciens. Murcef : ce que dit la loi. ; 3-5 ; 15/11/02*
35. *IMPACT PHARMACIEN N°100 14 mai 2003 « Initiatives clés » p. 60*
36. *[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_438115/dossier-du-patient](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/dossier-du-patient)*
37. *<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>*
38. *VIDAL Obligation d'utiliser un "LAP" certifié et de prescrire en DCI : parution du décret Jean-Philippe RIVIERE - Date de publication : 18 Novembre 2014*
39. *<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous->*

*rembourse/medicaments-et-vaccins/remboursement-des-medicaments-et-tiers-payant/medicaments-generiques-et-tiers-payant.php*

40. [http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2014/05/07/remises-generique-le-plafond-fixe-40-\\_175856](http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2014/05/07/remises-generique-le-plafond-fixe-40-_175856)
41. *Société de Participation Financière de Profession Libérale en Pharmacie : des mesures d'aménagement s'imposent ! Cabinet d'expertise comptable LLA, Lecoeur, Leduc & Associés, consulté le 23 mars 2015 <http://www.llaec.fr/pdf/spfpl.pdf>*
42. <http://www.jurispharma.com/actualites/pharmacie/235-spfpl>
43. PHARMA N°94 septembre 2012 P.23
44. <http://www.cewi.fr/legislation-sur-les-groupements-sp-243484830/forme-juridique/201-sra-societe-de-regroupement-a-lachat-entre-pharmaciens.html> consulté le 8/12/14
45. IMPACT PHARMACIEN N°100 14 mai 2003 « dix répercussions de la politique du générique » p.30
46. LE MONITEUR DES PHARMACIES N°2817 Cahier I 13 février 2010 P.28
47. LE MONITEUR DES PHARMACIES supplément du N°2700 du 10 novembre 2007 p.12
48. [http://lexpansion.lexpress.fr/entreprises/polemique-autour-de-la-vente-des-medicaments-sur-internet\\_1358769.html](http://lexpansion.lexpress.fr/entreprises/polemique-autour-de-la-vente-des-medicaments-sur-internet_1358769.html)
49. LE MONITEUR DES PHARMACIES supplément du N°2700 du 10 novembre 2007 chapitre 3 « Différentes structures et formes d'exploitation des officines et groupements » p.22
50. LE QUOTIDIEN DU PHARMACIEN numéro spécial réalisé en collaboration avec Pharmactiv mars 2012
51. PHARMACIEN MANAGER N°31 -cahier 1- octobre 2003
52. Prix et Valeur des pharmacies, mars 2015. Document en ligne sur le site du Financier des Professions Libérales Interfimo, consulté le 23/03/15 : <https://www.interfimo.fr/etudes-prix-cession/pharmacies>
53. <http://www.pharm-upp.fr/>
54. PHARM'UPP 25: Entretien avec Mr Chambre Président de Pharm'UPP
55. <https://www.infogreffe.fr/societes/entreprise-societe/442673422-nepenthes-distribution-780302B01425.html>
56. IMPACT PHARMACIEN N°100 14 mai 2003 « Initiatives clés » p. 59
57. PHARMA N°63 juin 2010 « L'unon fait la force... mais à partir de combien » P.21
58. LE QUOTIDIEN DU PHARMACIEN Numéro spécial novembre 2011 P.2
59. <http://www.alphega-pharmacie.fr/web/consumer-facing/qui-sommes-nous>
60. PHARMACEUTIQUES Supplément au N°72 décembre 2009 P.28

61. *LE QUOTIDIEN DU PHARMACIEN* N°2862 29 septembre 2011 «Pari gagné pour Giphar» P.4
62. *IMPACT PHARMACIEN* N°310 2 novembre 2011 «Le passage à l'enseigne, un passage inéluctable?» P.10
63. *LE MONITEUR DES PHARMACIES* N° 2705 SAUREL V. Spécial agencement des enseignes. ; 08/12/07
64. *Pharma référence de novembre 2002 à Février 2003, Enquête réalisée par Goodwill Management tableau P.94*
65. *LE MONITEUR DES PHARMACIES* N° 2534 1 mai 2004
66. *T.P. Pharmagora 2005 : Qualité : Assurance tous risques. Le Moniteur des Pharmacies n° 2573 ; cahier III ; 12/03/2005*
67. *LE MONITEUR DES PHARMACIENS ET DES LABORATOIRES* N°2489 du 10 mai 2003
68. *PHARMACEUTIQUES Supplément au N°172 décembre 2009 P.22-24*
69. *PHARMACEUTIQUES Supplément au N°172 décembre 2009 P.34*
70. *PHARMACEUTIQUES Supplément au N°172 décembre 2009 P.36*
71. <http://www.lsa-conso.fr/la-pharmacie-en-plein-bouleversement,116769>
72. *LE QUOTIDIEN DU PHARMACIEN* N°2804 20 janvier 2011 «Le regard des laboratoires sur les groupements» P.4
73. *KLEIN P. Les Français et leur pharmacien. ; 25/01/08. Site d'IPSOS, consulté le 24/04/08 : [www.ipsos.fr/CanalIpsos/articles/2427.asp?rubId=21](http://www.ipsos.fr/CanalIpsos/articles/2427.asp?rubId=21)*
74. *PHARMACIEN MANAGER* avril 2004 P.40