



HAL
open science

Enjeux et perspectives de la répartition pharmaceutique en France

Jean-Baptiste Guette

► **To cite this version:**

Jean-Baptiste Guette. Enjeux et perspectives de la répartition pharmaceutique en France. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-02022670

HAL Id: dumas-02022670

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02022670>

Submitted on 18 Feb 2019

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.

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE
PHARMACIE DE MARSEILLE

LE MERCREDI 19 DECEMBRE 2018

PAR

M GUETTE JEAN-BAPTISTE

Né le 27 JUIN 1994 à MARSEILLE

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

Enjeux et perspectives de la répartition pharmaceutique en France.

JURY :

Président : Mme Frédérique GRIMALDI

Membres : Mme Sophie GAGNEUIL

M Edouard LAMY

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

| | |
|---|---|
| <i>Doyen :</i> | Mme Françoise DIGNAT-GEORGE |
| <i>Vice-Doyens :</i> | M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT |
| <i>Chargés de Mission :</i> | Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI |
| <i>Conseiller du Doyen :</i> | M. Patrice VANELLE |
| <i>Doyens honoraires :</i> | M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE |
| <i>Professeurs émérites :</i> | M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL |
| <i>Professeurs honoraires :</i> | M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI |
| <i>Chef des Services Administratifs :</i> | Mme Florence GAUREL |
| <i>Chef de Cabinet :</i> | Mme Aurélie BELENGUER |
| <i>Responsable de la Scolarité :</i> | Mme Nathalie BESNARD |

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT
M. Hervé KOVACIC

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE

M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

NUTRITION ET DIETETIQUE

M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

THERAPIE CELLULAIRE

M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Philippe CHARPIOT

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE | Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN |
| HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE | Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE |
| MICROBIOLOGIE | Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE |
| PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE | Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN |
| BIOLOGIE CELLULAIRE | Mme Anne-Catherine LOUHMEAU |

A.H.U.

| | |
|----------------------------|------------------|
| HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE | M. Maxime LOYENS |
|----------------------------|------------------|

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

| | |
|--|--|
| CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION | Mme Catherine BADENS |
| CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES | M. Philippe GALLICE |
| CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE | M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET |
| CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE | M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME |
| PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE | Mme Evelyne OLLIVIER |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|---|
| BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE | Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT |
| CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION | Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS |
| CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES | M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON |
| CHIMIE THERAPEUTIQUE | Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE |
| CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE | M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON |
| PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE | M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN |

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

| | |
|---|----------------------------|
| CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION | Mme Anne-Marie PENET-LOREC |
| CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES | M. Cyril PUJOL |
| DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE | M. Marc LAMBERT |
| GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC | Mme Félicia FERRERA |

A.H.U.

| | |
|--|-------------------|
| CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION | M. Mathieu CERINO |
|--|-------------------|

ATER

| | |
|----------------------|--------------------------|
| CHIMIE ANALYTIQUE | M. Charles DESMARCHELIER |
| CHIMIE THERAPEUTIQUE | Mme Fanny MATHIAS |

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

| | |
|--------------------------------|---|
| PHARMACIE CLINIQUE | Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORÉ |
| PHARMACODYNAMIE | M. Benjamin GUILLET |
| TOXICOLOGIE GENERALE | M. Bruno LACARELLE |
| TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT | Mme Frédérique GRIMALDI |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|---|
| PHARMACODYNAMIE | M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE |
| PHYSIOLOGIE | Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL |
| TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE | M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA |
| TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE | M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE |

A.H.U.

| | |
|--------------------|---------------------|
| PHARMACIE CLINIQUE | M. Florian CORREARD |
| PHARMACOCINETIQUE | Mme Nadège NEANT |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 22 février 2018

« L'UNIVERSITÉ N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION
AUX OPINIONS ÉMISES DANS LES THÈSES. CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE
CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS. »

Remerciements

- ❖ A Madame Frédérique GRIMALDI, Professeur de toxicologie de l'environnement à l'université de pharmacie de Marseille, pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse et la Présidente de mon jury. Je tiens à remercier sa disponibilité ainsi que la ferveur avec laquelle ont été transmis ses enseignements durant ses six années d'études.
- ❖ A Madame Sophie GAGNEUIL, Pharmacienne d'officine à Marseille, je tiens à remercier sa gentillesse et sa disponibilité à mon égard, pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse ainsi que maître de stage, lors de mon stage officinal de 6^{ème} année. De même j'adresse mes remerciements à l'ensemble de l'équipe officinal de la Pharmacie Phocea de Marseille.
- ❖ A Monsieur Edouard LAMY, Maître de conférences à l'université de pharmacie de Marseille, pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse ainsi que pour l'ensemble des enseignements prodigués durant ses six années d'études.
- ❖ A ma famille et mes amis pour leur soutien durant toutes ses années.

Table des matières

| | |
|--|---------------|
| Liste des tables | - 10 - |
| Liste des figures..... | - 11 - |
| Liste des graphiques..... | - 12 - |
| Liste des abréviations | - 13 - |
| Introduction..... | - 15 - |
| Partie 1 : Le modèle de la répartition pharmaceutique en France. | - 18 - |
| I. Historique de la mise en place d'un système de répartition des agents thérapeutiques en France. ... | 18 - |
| 1. Un boutiquier pas comme les autres | - 18 - |
| 2. Une préoccupation royale..... | - 19 - |
| 3. Révolutions et fièvre pharmacologique..... | - 20 - |
| II. Le XX ^e siècle, l'essor des grossistes-répartiteurs. | 23 - |
| 1. Les leaders du marché français | - 23 - |
| 2. Fonctionnement d'un grossiste-répartiteur | - 29 - |
| 3. Le rôle du pharmacien responsable | - 32 - |
| 4. Les différents modèles de distribution pharmaceutique en France | - 34 - |
| 5. Le maillage territorial | - 37 - |
| III. XXI ^e siècle, explosion des ventes directes et nouvelles problématiques auxquelles doit faire face les grossistes-répartiteurs. | 47 - |
| 1. La législation en vigueur et financement de l'activité | - 47 - |
| 2. L'arrivée des génériques, casse-tête pour la profession..... | - 51 - |
| 3. Le développement de la vente en directe..... | - 54 - |
| 4. L'innovation pharmaceutique : une pression supplémentaire. | - 58 - |
| 5. Niveau de satisfaction des pharmaciens français | - 59 - |
| Partie II. Etat des lieux de la distribution pharmaceutique en Europe | - 60 - |
| I. La distribution pharmaceutique en Europe | - 60 - |
| 1. Le modèle allemand | - 60 - |
| 2. Le modèle espagnol..... | - 64 - |
| 3. Le modèle italien | - 67 - |
| 4. Le modèle belge..... | - 70 - |
| II. Les particularités du modèle britannique | - 72 - |
| 1. Le paysage de la répartition pharmaceutique au Royaume-Uni..... | - 72 - |
| 2. Agency model et DTP | - 74 - |

| | |
|---|----------------|
| 3. Les « Reduced Wholesaler Models » (RWM) | - 75 - |
| III. L'efficacité d'un système | - 77 - |
| 1. Les leaders du marché européen | - 77 - |
| 2. Valeurs ajoutées du grossiste-répartiteur | - 80 - |
| 3. Perception du rôle des grossistes-répartiteurs par les autres auteurs de la chaîne de distribution du médicament. | - 89 - |
| Partie III. Statu quo fragile, avenir du secteur de la distribution pharmaceutique en France. | - 93 |
| - | |
| I. Talon d'Achille : financement d'un service public | - 93 - |
| 1. Services publics et préfinancement de santé | - 93 - |
| 2. Dépense de santé de plus en plus sous pression | - 96 - |
| 3. Nouveaux modèles de financement | - 98 - |
| II. Remise en cause des piliers de la profession | - 105 - |
| 1. Mise à mal du monopole pharmaceutique et monopole officinal. | - 105 - |
| 2. Positionnement des grossistes-répartiteurs face à l'ouverture du capital des officines. | - 107 |
| - | |
| Conclusion | - 110 - |
| Bibliographie | - 113 - |

Liste des tables

| | |
|--|-------|
| Tableau 1. Marge des grossistes-répartiteurs en France..... | -50- |
| Tableau 2. Caractéristiques des livraisons en fonction du canal de distribution..... | -90- |
| Tableau 3. Marge des grossistes-répartiteurs en Janvier 2008..... | -98- |
| Tableau 4. Marge des grossistes-répartiteurs en Mars 2008..... | -99- |
| Tableau 5. Marge des grossistes-répartiteurs en Décembre 2011..... | -99- |
| Tableau 6. Marge des grossistes-répartiteurs actuelle en 2018..... | -100- |

Liste des figures

| | |
|---|------|
| Figure 1. Réseau des établissements de l'OCP en France..... | -38- |
| Figure 2. Réseau des établissements d'Alliance Healthcare en France..... | -39- |
| Figure 3. Réseau des établissements d'Astera en France..... | -40- |
| Figure 4. Réseau des établissements de la CERP Bretagne-Atlantique en France..... | -41- |
| Figure 5. Réseau des établissements de la CERP Rhin-Rhône-Méditerranée en France.... | -42- |
| Figure 6. Réseau des établissements de Phoenix Pharma en France..... | -43- |
| Figure 7. Réseau des établissements pharmaceutiques aux Antilles..... | -44- |
| Figure 8. Réseau des établissements de pharmaceutiques dans l'Océan Indien..... | -45- |
| Figure 9. Réseau des établissements pharmaceutiques en Polynésie française..... | -46- |
| Figure 10. Place stratégique du grossiste-répartiteur au sein du circuit de distribution du médicament..... | -85- |
| Figure 11. Rôle de préfinancement des coûts de la santé par les grossistes-répartiteurs.... | -93- |

Liste des graphiques

| | |
|--|------|
| Graphique. 1 Part de marché des grossistes-répartiteurs en France en 2017 | -37- |
| Graphique. 2 Part de marché des grossistes-répartiteurs pharmaceutiques allemands en 2015..... | -60- |
| Graphique. 3 Part de marché des principaux grossistes-répartiteurs espagnols en 2013.. | -65- |
| Graphique. 4 Part de marché des grossistes-répartiteurs pharmaceutiques belges en 2016.- | 70- |
| Graphique. 5 Stock des grossistes-répartiteurs full-liner FR, DE, ES, IT, NL, UK en 2015. - | 84- |
| Graphique. 6 Coûts additionnels liés au traitement des commandes par pharmacie et par an. (Estimation moyenne pour les officines FR, ES, IT, DE, NL, UK) | -85- |
| Graphique. 7 Différentiel de « coût de process » à l'officine en fonction du canal de distribution..... | -86- |

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicaments

ARS : Agence Régionale de Santé

BPDG : Bonnes Pratiques de Distribution en Gros

CA : Chiffre d'Affaire

CAP : Centrale d'Achats Pharmaceutiques

CEPS : Comité Économique des Produits de Santé

CERP : Coopérative d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique

CSP : Code de la Santé Publique

CSRP : Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

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

DGS : Direction Générale de la Santé

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

DTP : Direct-To-Pharmacy

GIE : Groupement d'Intérêt Économique

GIRP : Groupement International de la Répartition Pharmaceutique

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPF : Institut für Pharmaökonomische Forschung (Institut for Pharmaeconomic Research)

LFSS : Lois de financement de la Sécurité Sociale

OCP : Office Commercial Pharmaceutique

OTC : Over The Counter

PFHT : Prix Fabricant Hors Taxes

PLFSS : Projet de Lois de Financement de la Sécurité Sociale

PPTTC : Prix Public Toutes Taxes Comprises

RWM : Reduced Wholesalers Models

SRA : Société de Regroupement d'Achats

Introduction

Le pharmacien d'officine est le principal interlocuteur du patient concernant ses médicaments. En effet ces longues années d'études ont pour résultat d'en faire un professionnel de santé, expert en médicaments. Il joue un rôle clé au sein du parcours de santé du patient et coopère avec l'ensemble des autres acteurs de santé, afin d'assurer un accès aux soins et aux médicaments.

Le pharmacien est responsable de la sécurité d'emploi des médicaments qui ne sont pas des biens de consommation comme les autres. En effet selon le Code de la Santé Publique (article L5111-1), un médicament est défini comme étant, toutes substances ou compositions présentées comme possédant des propriétés curatives ou préventive à l'égard des maladies humaines ou animales ainsi que toutes substances ou compositions pouvant être utilisées chez l'Homme ou chez l'animal ou pouvant être administrées en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. Cette longue définition a pour mérite de tenter de définir de la manière la plus exhaustive possible ce que peut être un médicament. Mais elle démontre aussi la très grande variété de ceux-ci, d'où le besoin de professionnels formés à la délivrance, au contrôle, et à la sécurité de l'emploi de ces produits.

En France, le système de santé se veut être l'un des meilleurs au monde. Pour cela, il repose sur un principe fondamental : garantir l'égal accès aux soins pour tous les citoyens. Ce principe constitutif fut réaffirmé lors de la promulgation de la loi HPST 2009. Ainsi le pharmacien doit répondre à une obligation de service public. En effet la profession de pharmacien est dite réglementée. De là découle des avantages qui constituent les 3 principaux piliers de la profession : le monopole officinal, le monopole de la détention du capital des officines et une implantation réglementée sur le territoire. Cependant ces avantages sont contrebalancés par des inconvénients qui font toutes les spécificités de la profession.

Par exemple le prix et la marge des médicaments remboursables sont réglementés au niveau national. Ceci est un avantage indéniable pour le patient d'autant plus conforté par le système de financement de la santé français, mais qui au fil des années, se trouve être un véritable casse-tête économique pour l'ensemble des acteurs de la profession.

Parmi eux, nous pouvons retrouver le grossiste-répartiteur qui est un parfait exemple. Il est le maillon intermédiaire de la chaîne de distribution du médicament situé entre les pharmaciens d'officine qui sont au contact avec les patients et les laboratoires qui pour la plupart sont bien connus par le biais de la publicité ou des scandales sanitaires. Le grossiste-répartiteur est méconnu du public. C'est un acteur central du circuit du médicament, bien plus qu'un simple transporteur. Ces entreprises sont soumises à des obligations de services publics, véritable clé de voûte du système garantissant l'accès aux médicaments pour tous les français sur l'ensemble du territoire.

Cependant ces entreprises sont dans une impasse économique, soumises à des normes de plus en plus strictes ainsi qu'une réglementation de leur rémunération. La pression économique sur les dépenses de santé conduit à une rationalisation du secteur et incite ces entreprises à rechercher de nouvelles sources de financement. Depuis maintenant plus d'une décennie ces entreprises sont dans un statu quo financier bien fragile avec les autres acteurs du secteur, officines, laboratoires et gouvernement. Comprendre le rôle essentiel du grossiste-répartiteur dans la chaîne de distribution du médicament. Analyser les défis et enjeux auxquels doit faire face le secteur sont les éléments qui nous permettront de définir quelles sont les perspectives d'avenir de la répartition pharmaceutique en France au regard de l'ensemble du secteur au niveau européen.

Dans cette perspective, nous étudierons dans un premier temps le modèle de la répartition pharmaceutique en France, comment est-il né au cours du XX^e siècle ? Comment s'est-il développé ? Quel est son fonctionnement ? Et quels sont les événements majeurs qui ont chamboulé son financement ?

Puis nous ferons un état des lieux de la distribution pharmaceutique en Europe. Ainsi nous étudierons des modèles de répartition pharmaceutique des pays limitrophes de la France, et la perception du rôle des grossistes-répartiteurs par les autres acteurs du circuit du médicament.

Enfin nous étudierons les éléments qui constituent le statu quo fragile dans lequel se trouve le secteur de la distribution en France et quels sont les potentiels modèles de financements et perspectives d'avenir du secteur.

Partie 1 : Le modèle de la répartition pharmaceutique en France.

I. Historique de la mise en place d'un système de répartition des agents thérapeutiques en France.

1. Un boutiquier pas comme les autres

L'apothicaire, du latin *apothecarius* signifiant boutiquier, est considéré comme l'ancêtre du pharmacien. Son activité principale consisté à vendre des remèdes : breuvages, potions, onguents et médicaments aux personnes dont l'état de santé est altéré. C'est ainsi que les malades suivent inéluctablement, le même chemin, siècle après siècle. Dans un premier lieu, le médecin, le guérisseur qui dispose des connaissances sur le corps et l'humeur lui permettant d'établir un diagnostic. Dans un second temps, l'apothicaire, le pharmacien, longtemps considéré comme subalterne qui exécuté ce qui lui était ordonné.

Cependant l'apothicaire reste le gardien d'un savoir qui repose sur un amoncellement de connaissances transmises depuis des siècles. Du *Papyrus Ebers* (1500 av. J.-C.), *De materia medica* de Dioscoride (60 apr. J.-C.), aux travaux de Galien, dont le serment est toujours prononcé par les futurs acteurs de la profession¹. Enfin plus spécifique à la pratique de la pharmacie en France, nous pouvons retrouver le *Codex medicamentarius*, recueil contenant la collection des recettes et formules auxquelles les pharmaciens devaient se conformer pour préparer les médicaments officinaux qui fut institué par la loi du 21 Germinal de l'an XI (10 Avril 1803)².

¹ *Apothicaire* [en ligne]. Wikipédia [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Apothicaire>. Mise à jour le 29 Juillet 2018

² BONAHE Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 32.

2. Une préoccupation royale

Du XIII^e au XVI^e siècle, la profession d'apothicaire et de ce fait la circulation des drogues rares et prestigieuses sur le territoire fut au cœur de nombreuses ordonnances royales. Le Roi Saint Louis en 1258 accorda un statut à la profession d'apothicaire (distinguant ainsi les apothicaires, des médecins). Les ordonnances du Roi Charles VIII en 1484, interdirent aux épiciers de Paris de se livrer au commerce de drogues médicinales s'ils n'étaient pas des apothicaires. L'ordonnance du Roi Louis XII en 1514 consacra la supériorité des apothicaires dans l'expertise des drogues médicinales³. La profession ne cessa de jouer des coudes avec les autres commerçants et les médecins face auxquels il fallait démontrer une expertise sans faille concernant leur domaine. Cependant la circulation des drogues, dans le pays, restait un commerce bien difficile à réguler, qui marqua le XVII^e siècle avec « l'affaire des poisons »⁴. En 1777, à la suite d'un décret le Roi Louis XVI remplaça le jardin des apothicaires par le Collège de Pharmacie. Les apothicaires prennent le nom de pharmaciens et obtiennent l'exclusivité de la préparation des remèdes. Cette déclaration sépara les corporations d'apothicaires et d'épiciers reconnaissant ainsi le monopole de la vente des médicaments aux pharmaciens.

³ *Apothicaire* [en ligne]. Wikipédia [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Apothicaire>. Mise à jour le 29 Juillet 2018

⁴ *L'Affaire des poisons* [en ligne]. Wikipédia [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_des_poisons

3. Révolutions et fièvre pharmacologique

La loi de Germinal 1803 établit le monopole des pharmaciens sur la fabrication des « spécialités ». Néanmoins la tolérance et le laxisme restaient de vigueur vis-à-vis des autres acteurs du circuit des agents thérapeutiques en France. De la sorte, les herboristes tenaient de véritables officines de plantes médicinales dans leurs arrière-boutiques, de même pour les religieuses qui profitaient de « l'aura de guérisseur » du clergé pour ouvrir des pharmacies notamment dans les campagnes. Les épiciers, liquoristes et confiseurs profitaient du flou de la frontière entre produits alimentaires et médicaments. Et enfin la vente en gros de poudres et drogues médicinales était permise aux droguistes⁵.

Le XIX^e siècle est le siècle de la Révolution industrielle mais aussi celui de l'évolution de la thérapeutique. En effet l'innovation scientifique rationnelle et maîtrisée, ainsi que le développement de la technique ont permis la découverte et la fabrication de nouveaux agents thérapeutiques. Ce siècle chargé d'innovation de toutes sortes au sein de la société, est marqué par un cycle perpétuel d'enthousiasme et de nihilisme à l'égard de l'avancé de la recherche pharmaceutique. Cette saga industrielle fut rythmée par le développement de la chimie organique et de microbiologie. Ces avancées ont permis l'essor de la chimiothérapie (la morphine en 1806, le chloroforme en 1831, la trinitrine en 1860, ...), de la sérothérapie et de vaccinothérapie (la rage en 1884 et la diphtérie en 1890)⁶. Cependant cet essor ne reste qu'à son balbutiement, en effet, nous pouvons voir, dans la *Bibliothèque de thérapeutique* publié entre 1909 et 1912 (soit 28 volumes d'environ 500 pages), que les médicaments synthétiques issus de l'industrie chimique ne représentent qu'une faible partie de l'arsenal thérapeutique mis à la disposition des médecins de l'époque⁷. D'autres sciences étaient plus populaires, tel que la physiothérapie, la radiumthérapie, l'électrothérapie, la mécanothérapie ou encore l'opothérapie.

⁵ BONAHE Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 72.

⁶ BONAHE Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 62-63.

⁷ BONAHE Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 35.

De plus des accidents comme le fiasco de la tuberculine de Koch⁸ lors de sa présentation à Berlin favorisèrent l'émergence de thérapies plus conservatrices de la plupart des praticiens, tels que le néohippocratism⁹.

La maîtrise, l'affinement, la standardisation des procédés de fabrication ainsi que l'augmentation du nombre d'agents thérapeutiques sont des facteurs qui vont rapidement submerger les pharmaciens officinaux. Ils ne peuvent plus depuis un moment assurer la fabrication et le vente de leurs propres médicaments. C'est ainsi que le recours aux droguistes et grossistes devint plus usuel. Il en va de même pour les remèdes secrets dont la composition et la fabrication ne cessaient d'être remise en cause par les autorités publiques. Ces remèdes sont par la suite devenus les spécialités pharmaceutiques qui ont fait les grandes heures de l'industrie pharmaceutique durant le XX^e siècle. L'ensemble de ces facteurs bouleversèrent totalement la pratique de la pharmacie.

Selon Olivier Faure : « On sait que les premières drogueries en gros de Paris se créent entre 1815 (Ménier) et 1834 (Dausse). [...] Ces créations accompagnent et encouragent le recours des pharmaciens aux grossistes. Là aussi, le mouvement est très vite général et dépasse les seules grandes agglomérations. Dès 1816, les pharmaciens de Mâcon regrettent que « toutes les préparations chimiques et la plupart des médicaments officinaux sont achetés à Lyon chez des droguistes ou des pharmaciens ». La pratique est si répandue que dès 1825, le rapport Corbière à la Chambre des Pairs signale déjà que « depuis quelques années, le pharmacien s'adresse presque toujours au commerce pour se procurer les matières dont il a besoin pour exécuter les ordonnances des médecins. Ce qui se passait sous les yeux des élèves ne se fait plus qu'au loin dans quelques manufactures de produits chimiques. » »¹⁰.

⁸ GRADMANN, C. *Robert Koch and the pressures of scientific research: tuberculosis and tuberculin*. Med Hist. [en ligne], 2001, n°45, pp. 1-32. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1044696/>

⁹ *Néohippocratism* [en ligne]. Wiktionary [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://fr.wiktionary.org/wiki/néohippocratism>

¹⁰ BONAHA Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 73.

En effet ce sont les difficultés que rencontrent les pharmaciens à se fournir en produits pulvérisés, de certifier leur authenticité et de se tenir au courant des dernières innovations qui ont poussé des individus tel que Jean-Antoine-Brutus Menier, a fondé en 1816 la *Droguerie Menier* à Paris¹¹. Il fournira aux pharmaciens des drogues finement pulvérisées, de plus le contenu de chaque sac vendu étant garanti par une étiquette portant sa signature. En 1852, sera créée la *Pharmacie Centrale des Pharmaciens* par François Dorvault¹² à Paris, qui sera renommée 3 ans plus tard la *Pharmacie Centrale de France*. Ce modèle d'établissement se constituait à la fois de drogueries permettant la vente en gros aux pharmaciens de toute la France et de laboratoires à l'intérieur desquels étaient fabriqués les médicaments. D'ailleurs en 1867 la *Pharmacie Centrale de France* fit l'acquisition de la *Droguerie Menier*.

Le secteur de la santé ne fit pas exception et fut profondément bouleversé par la révolution industrielle qui animée l'Occident durant le XIX^e siècle. Ainsi dès le début du XX^e siècle, l'ensemble des pharmaciens s'approvisionnent auprès de grossistes et vendent des spécialités, que ce soit par choix ou par nécessité économique.

¹¹ VALENTIN, Marc. *Jean-Antoine-Brutus Ménier et la fondation de la Maison centrale de droguerie*. Revue d'Histoire de la Pharmacie, 1984, n° 263, pp. 357-389. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_1984_num_72_263_2427?q=menier+droguerie

¹² MORY, Berthe. *Dorvault et la « Pharmacie Centrale de France »*, Revue d'Histoire de la Pharmacie, 1980, n°245, pp. 79-90. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_1980_num_68_245_2550?q=dorvault

II. Le XX^e siècle, l'essor des grossistes-répartiteurs.

1. Les leaders du marché français

L'Office Commercial Pharmaceutique

L'engouement autour des spécialités pharmaceutiques durant la seconde moitié du XIX^e siècle notamment favorisé par l'avancé scientifique dans le secteur de la chimie et le développement de la publicité au sein du milieu entraîna une hausse de la consommation de spécialités pharmaceutiques. De ce fait des drogueries pharmaceutiques en gros virent le jour et ne cessèrent de croître. En 1840, dans la région parisienne, environnement concurrentiel féroce, une entreprise de négoce en accessoires pharmaceutiques créée par Cavillon va élargir son catalogue de produit aux spécialités pharmaceutiques, afin de mieux répondre à la demande grandissante des pharmaciens d'officine de la région.

En 1901, cette entreprise est sous la direction de Louis Piot et Henri Lemoine qui en 1920 vont employer André Royer lui aussi pharmacien de profession et créer la *Revue des spécialités*. Issus du milieu officinal, Royer était bien conscient des problématiques auxquelles devait faire face l'officine, renforcer le lien entre l'officine et la répartition était déjà une nécessité. En 1924 *Piot, Lemoine et Royer* fusionne avec *Merveau & Cie* ainsi qu'avec *Michelat, Souillard & Cie* : ainsi fut créée l'**Office Commercial Pharmaceutique**¹³ qui devint l'organisation pharmaceutique la plus important de France en termes de nombres d'établissements parisiens et provinciaux.

Durant les années 20 et 30, l'OCP se consacre à étendre son activité sur l'ensemble du territoire et à moderniser ses équipements (mise en place de goulottes, début de l'automatisation avec les machines électro-comptables). C'est durant cette période que le terme de « grossiste-répartiteur pharmaceutique » commence à être employé pour qualifier l'activité.

¹³ LEMOINE, Pierre. *Une entreprise de répartition : l'Office Commercial Pharmaceutique de ses origines (1840) à 1965*, Revue d'Histoire de la Pharmacie, 1983, n°256, pp. 5-29. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_1983_num_71_256_2761?q=office+commercial+pharmaceutique

La Seconde Guerre mondiale marque un coût dur pour l'ensemble des secteurs du pays. A la fin de celle-ci il faut reconstruire et remettre en route l'approvisionnement des officines avec des ressources qui ont fortement diminué. De plus en 1946, la Sécurité Sociale est généralisée sur le plan national. Cette volonté qu'ont les dirigeants de l'époque à vouloir garantir pour tous les français un accès aux médicaments à moindre frais, qui soit travailleur ou non, va fortement augmenter la consommation en médicament. Le secteur d'activité est en plein essor, cependant les années suivantes ne vont pas être de toute sérénité. La répartition pharmaceutique doit faire face aux bouleversements de l'économie des années 60 – 70. Les répercussions sur le secteur vont être de plusieurs ordres : une diminution du taux de marge, la généralisation de la TVA, l'augmentation des réglementations auxquelles doivent se soumettre les acteurs de la répartition. En réponse l'OCP va diversifier son offre avec l'ouverture de nouveaux services : orthopédie, produits vétérinaires, maintien des soins à domicile, merchandising et outil de gestion de d'officine, ...

Enfin les années 90 et le développement du marché commun européen pousse l'entreprise à se développer à l'international en faisant l'acquisition de filiale de la répartition en Europe et aux États-Unis, de là se créer *Tredimed* avec **Gehe** (répartiteur pharmaceutique allemand). Celui-ci en 1993 rachète l'OCP et devient **Celesio** en 2005 : qui est le premier distributeur pharmaceutique dans 14 pays européens.

Par conséquence, l'entrée dans le XXI^e siècle entraîne l'accélération de mondialisation d'une telle structure, ainsi en 2014 **McKesson** (entreprise pharmaceutique et médicale américaine) rachète la société Celesio. L'OCP devient une filiale d'une mégastructure continuant cette course à la concentration et au regroupement qui vit naître cette entreprise¹⁴.

¹⁴ *OCP Répartition* [en ligne]. Wikipédia. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/OCP_Répartition

Alliance healthcare

L'histoire du groupe Alliance Santé est sans doute assez classique dans ce secteur, né de la fusion progressive de différents acteurs du milieu : le *Centre-Ouest France Répartition* à Niort en 1923, issu de la Droguerie « Maison Thomas » à Agen créée en 1851 ; *Ile-de-France Pharmaceutique* en 1936 et le *Comptoir de Pharmaciens du Centre* en 1950.

En 1978, l'IFP absorbe 2 répartiteurs régionaux et 10 ans plus tard à la fin des années 80, en 1988, comme son homologue, le groupe de répartiteurs débute son expansion internationale. Le CPC l'un des associés signe une alliance avec un répartiteur italien *Alleanza Farmaceutica* ainsi est créé « Alliance Santé – Alleanza Salute ». Un an plus tard, l'IFP se constitue en holding, ses partenaires suivront la même démarche et en 1991 né le groupe **Alliance Santé France**. En 1996 COF, CPC et Maison Thomas fusionnent sous le nom de **ERPI Santé** (L'Européenne de Répartition Pharmaceutique et d'Investissement). En 1997, Alliance Santé et **Unichem** (répartiteur anglais) se rapprochent. Puis en 1999, IPF Santé et ERPI Santé qui n'étaient qu'associés au sien du groupe Alliance Santé France fusionne pour créer **ALLIANCE SANTE**.

Le début du XXI^e siècle est principalement marqué pour ALLIANCE SANTE par l'acquisition et la création de sociétés dans le secteur, afin qu'elle puisse elle aussi diversifier son offre (Alphega Pharmacie, Directlog). En 2006 Alliance Unichem fusionne avec **Boots** (grande chaîne de pharmacies au Royaume-Unis). Un an plus tard, Alliance Santé devient **Alliance Healthcare** que nous connaissons actuellement.

Le début des années 2010 est marqué comme pour son principal concurrent par la fusion avec une grande entreprise américaine, Alliance Boots fusionne avec **Wallgreens** (2014) l'une des plus grandes chaînes de pharmacies américaines¹⁵.

¹⁵ *Notre histoire*. In Walgreens Boots Alliance. Alliance Healthcare [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.alliance-healthcare.fr/notre-histoire>

CERP : Coopérative d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique

La coopérative a le plus souvent un statut de société anonyme coopérative, concernant la répartition pharmaceutique, selon de Code du Commerce, il s'agit de « sociétés coopératives de commerçants de détail ». Régies par la loi de Septembre 1947¹⁶, les coopératives ont pour but de réduire le prix de revient et le prix de vente de certains produits ou services au bénéfice de leurs membres et par l'effort commun. En assurant le rôle d'intermédiaire, elle améliore la qualité marchande des produits fournis à ses membres ou des produits fournis par ses membres et livrés aux consommateurs. Ici dans le secteur de répartition pharmaceutique cela reste limité car le médicament est un produit fini en soit. La coopérative permet de contribuer à la satisfaction des besoins et la promotion des activités sociales et économiques de leurs membres ainsi qu'à leur formation selon la loi de Juillet 1992¹⁷.

Dans le Nord-Ouest de la France, des pharmaciens voient d'un mauvais œil l'industrialisation des médicaments et craignent la perte d'un savoir-faire, ils décident de se regrouper au sein d'une coopérative en 1919 : la **MCPR** (Mutuelle Coopératives Pharmaceutiques Rouennaises). Cependant 2 ans plus tard, la distribution en gros de spécialités pharmaceutiques fini par s'imposer. De 1927 à 1959 la coopérative sera dirigée par Emile Mulot qui participa à la modernisation des installations et à la conquête du marché de la Haute-Normandie face au concurrent parisien¹⁸.

¹⁶ *Loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération*. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000684004>

¹⁷ *Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992 relative à la modernisation des entreprises coopératives*. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000710374>

¹⁸ PETIT, Jean. *Histoire d'un grossiste-répartiteur : la CERP-Rouen*, Revue d'Histoire de la Pharmacie, 2000, n°326, pp. 209-214. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_2000_num_88_326_5084?q=cerp

Durant les années 60, la MCPR se rapproche d'autres sociétés et créer une association le CERP (Centre d'Etude de la Répartition Pharmaceutique) puis en 1966, la MCPR devient la **CERP Rouen**. Les années 70 voient l'implantation définitive de cette coopérative dans le Nord-Ouest de la France, s'en suit des fusions et rachats d'autres répartiteurs régionaux. De même durant les années 80, la CERP Rouen aura à cœur de maintenir l'activité de coopératives du secteur, ce qui entraînera la reprise de la coopérative de Lyon en 1981, puis l'année suivante celle de la CERP Ouest et du Groupement des pharmaciens de Bordeaux.

Les années 90 contrairement à ces concurrents ne marquent pas une course folle vers l'internationalisation pour au final devenir la filiale d'un groupement pharmaceutique américain. Ici la CERP intervient sur le marché européen, mais reste concentré sur le marché français et y développe son offre (Oxypharm, SBCPA et Cedivet). En 2007, la CERP Rouen devient **Astera** : un groupe coopératif et continue son expansion sur le territoire français¹⁹. Cependant afin de continuer à pouvoir défendre leurs intérêts au niveau européen Astéra et Sanacorp son homologue allemand, se sont regroupés au sein d'une même holding Sanastera qui siège en Italie. Elle est membre de SECOF, la plus importante société regroupant des coopératives de pharmaciens d'Europe²⁰.

¹⁹ *Astéra*. Wikipédia. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Astera>

²⁰ *Sanastera*. In Sanacorp [en ligne]. [consulté le 29 octobre 2018]. Disponible sur : https://www.sanacorp.de/content/de/international/fr/fr_sanastera/index.jsp

Parallèlement, dans l'Est de la France, c'est développé la CERP Rhin-Rhône Méditerranée. Comme son nom l'indique, cette coopérative est issue de l'Est du pays né de la Pharmacie Régionale des Pharmaciens de l'Est en 1921. Elle est devenue l'année suivante la Coopérative des Pharmaciens de l'Est puis la CERP de l'Est en 1965. Elle a continué sa progression dans le Sud du pays jusqu'à devenir la CERP Rhin-Rhône Méditerranée en 1988²¹.

Enfin sur le même modèle se créer en 1938, la CERP Bretagne Atlantique issue de la mutualisation des systèmes d'approvisionnements et logistiques entre 8 pharmaciens de Saint-Brieuc. Cette coopérative va se développer sur l'ensemble de l'Ouest du pays au fil des années et ouvrir son activité à l'international dès 1992. Notamment au niveau de l'Afrique : Sodipharm (Sénégal), DPBF (Burkina Faso) et des DOM TOM avec au début des années 2000, l'acquisition de nombreux répartiteurs locaux : Pharmar (Réunion), Cerpol (Polynésie française), GPG (Guadeloupe)²².

Phoenix Pharma

Concernant Phoenix Pharma, il s'agit du seul répartiteur étranger qui a su tant bien que mal s'implanter sur le marché français. Il est issu d'un consortium créé en 1994, suite au regroupement de quatre distributeurs appartenant au groupe allemand Merckle. Implanter en France depuis 1990, par le rachat d'établissement tel le Groupement de Répartition Pharmaceutique de Créteil. Phoenix Pharma reste un acteur minoritaire sur le sol français, mais fait partie des leaders du marché européen au même titre que le groupement Celesio²³.

²¹ *Historique*. In Cerp Rhin Rhône Méditerranée, Cerp Rhin Rhône Méditerranée [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : https://www.cerp-rrm.com/app/site/index_pub.asp

²² *Historique*. In CERP Bretagne Atlantique, CERP Bretagne Atlantique [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.cerpba.com/groupe-historique>

²³ ANTOINE, Arnaud. *Système coopératif et répartition pharmaceutique* [en ligne], 2006, pp. 29. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-8207>

2. Fonctionnement d'un grossiste-répartiteur

Le service de direction

L'entreprise au niveau de son siège social et au service de ses établissements régionaux ou locaux dispose des fonctions suivantes :

Dans un premier temps le directeur d'établissement, pharmacien ou employant un pharmacien responsable. Il est chargé de d'optimiser les performances de son établissement au niveau commercial, des charges d'exploitation, de la productivité, des charges sociales, etc. Il est chargé de la motivation de ses collaborateurs et d'insuffler la marche à suivre en définissant la vision de l'entreprise.

Le responsable d'exploitation qui supervise la production organise contrôle l'approvisionnement, la préparation des commandes, la livraison, etc... Il anime des équipes d'en moyenne une cinquantaine d'employés.

Le cadre commercial chargé du développement d'un portefeuille de clients, il prospecte, anime et fidélise des pharmaciens titulaires d'officine.

Le responsable satisfaction clientèle, il organise l'information et la communication client (information médicale, retrait de lot...), veille à la satisfaction de ceux-ci et gère le service de renseignement notamment téléphonique.

Les services techniques et de maintenance

Enfin parmi les services annexes, nous pouvons trouver un service technique devenu indispensable au fil des années avec la modernisation, l'implantation d'automates et l'informatisation quasi-intégrale de l'ensemble de l'exploitation. Les agents d'entretien du site, l'établissement qui est situé au cœur de la chaîne du médicament nécessite un certain niveau d'hygiène réglementaire. Ainsi qu'un service de sécurité, ce genre d'exploitation sont des sites sensibles nécessitant une surveillance quotidienne accrue afin d'éviter toute intrusion dans la chaîne du médicament : vols, dégradation, ...

Le fonctionnement du magasin

L'établissement d'un grossiste-répartiteur pharmaceutique est constitué d'un magasin. Nous retrouvons dans un premier temps, **la zone de réception** qui permet de recevoir et trier les commandes issues des laboratoires. Le plus souvent ces laboratoires passent par l'intermédiaire de dépositaires qui sont sous contrat avec les laboratoires pour gérer leur stock et le transport de leurs marchandises. Les commandes des laboratoires, une fois réceptionnées et triées, sont par la suite stockées au niveau de la partie principale du magasin, c'est-à-dire **les postes de préparations de commandes**.

Niveau organisation du magasin, généralement les produits sont rangés en fonction de leur **rotation** et de leurs **caractéristiques intrinsèques** (volume, froid, stupéfiant). En effet, nous retrouvons dans un premier temps, les médicaments situés au niveau des « grosses ventes ». Ici des automates, remplies par les préparateurs de commandes, permettent la préparation rapide d'un grand nombre de commandes en très peu de temps. S'en suit les « petites ventes », où la commande est préparée à la main. Nous retrouvons aussi des postes plus à risques, du fait des caractéristiques des produits entreposés. Les produits thermosensibles, les produits stupéfiants et toxiques ont besoin d'une traçabilité très drastique nécessitant beaucoup de rigueur et de surveillance. A cela viennent se rajouter de plus en plus des médicaments innovants et généralement très chers.

L'un des postes clé du magasin est « **le contrôle final** ». Ici chaque bac est contrôlé à la main pour limiter au maximum le risque d'erreur lors de la préparation d'une commande.

La commande qu'un pharmacien d'officine passe à son grossiste se fait de nos jours quasi-exclusivement par PharmaML²⁴ (protocole d'échange informatique entre officine et répartiteur élaborer par le CSRP). Dans certain cas, lors d'oubli ou de besoin de renseignement sur un produit, le pharmacien d'officine peut toujours passer par le standard téléphonique. La commande une fois reçue par le grossiste va être divisée informatiquement en « sous-commandes », chacune de ces sous-commandes correspond à un bac.

²⁴ *Transmission des commandes : La norme Pharma-ML arrive en officine*, Moniteur des Pharmaciens [en ligne], 2005, n°2579. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/lemoniteur-des-pharmacies/article/n-2579/transmission-des-commandes-la-norme-pharma-ml-arrive-en-officine.html>

Celui-ci est lancé depuis **le poste de lancement** et suit un chemin automatisé vers les postes correspondant aux produits de la commande pour enfin finir au niveau du poste de contrôle. Une fois la commande validée, elle passe au niveau **des quais de livraison**, les bacs y sont rassemblés par pharmacie puis sont livrés au rythme de 2 à 3 livraisons dans la journée. En cas d'urgence une officine peut venir chercher le médicament à l'entrepôt (vente au chaland).

Enfin un autre poste important est celui **des retours**. Les médicaments empruntent le chemin inverse, en revenant des pharmacies vers le grossiste, cela peut être des produits endommagés, défectueux, une erreur de commande ou encore un retour de lots qui a été signalé aux pharmaciens d'officine. Le rôle de ce poste est de sécuriser le circuit du médicament. Il faut éviter absolument que des produits ne se retrouvent de nouveau sur le circuit normal des médicaments.

3. Le rôle du pharmacien responsable

La répartition pharmaceutique en France est née du développement de l'industrie chimique et de celui de pharmacies qui ont toujours combattu pour conserver leur monopole. Le service public rendu par les grossistes-répartiteurs, la réglementation à laquelle ils sont soumis et l'histoire de leur création font que le pharmacien a de tout temps eu un rôle principal dans ce secteur dont il est le garant. En effet le pharmacien assume la responsabilité pharmaceutique de l'établissement. Il lui est adjoint un pharmacien assistant pour un effectif de 40 à 100 salariés, un autre pharmacien assistant pour en effectif de 101 à 175 salariés et ainsi de suite pour chaque effectif de 100 salariés²⁵. De plus une société d'exploitation pharmaceutique correspond à 1 entité juridique qui a pour obligation d'avoir 1 pharmacien responsable. Si une société dispose de plusieurs sites d'exploitations, nous retrouverons 1 pharmacien responsable au niveau du siège social puis seront nommés des pharmaciens délégués pour chaque site²⁶.

Le pharmacien responsable du fait de sa position statutaire définit par le CSP²⁷, a plus de responsabilités qu'une personne qualifiée. Il est nommé par le conseil d'administration de la société et y siège. Son statut juridique est défini par l'article R5124-36 du CSP. Sa responsabilité légale est partagée avec le Directeur de la société, de plus il engage la responsabilité de son diplôme et il est aussi pénalement responsable. Cela est une particularité française où la responsabilité personnelle est souvent mise en exergue en plus de la responsabilité de la société contrairement à la mentalité anglo-saxonne, où la responsabilité collective de la société en tant qu'entité est plus mise en avant.

²⁵ LE GUIQUET, O. LORENZI, Jean. *La distribution pharmaceutique en France*. Elsevier, 2001, pp. 26-27.

²⁶ *Pharmacien Responsable, rôle et attributions*. In Ordre national des Pharmaciens [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur :

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/8576/120316/version/9/file/Pharmacien-responsable-FR.pdf>

²⁷ *Article R5124-36 du CSP* [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915126&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=>

Champs d'action du pharmacien responsable / délégué au sein d'un grossiste-répartiteur :

Contacte client, logistique d'exploitation : s'assurer que les ressources pharmaceutiques sont suffisantes, conduire des projets permettant le développement de l'activité de l'entreprise. Il s'assure du respect des règles du Guide de Bonnes Pratiques de Distribution en Gros. Il contrôle la circulation de l'information médicale, et joue un rôle dans la pharmacovigilance, les retraits de lots, la sécurité sanitaire autour de l'organisation *Cyclamed*²⁸. Il suit la réception et le stockage de produits sensibles : médicaments onéreux, stupéfiants, thermosensibles, de plus il est responsable des importations et exportations de l'entreprise.

En 1994 une association regroupant l'ensemble des acteurs de la profession pharmaceutique à valoriser soit à des fins humanitaires (ce qui n'est plus le cas actuellement dû à la création de marchés illégaux), ou à des fins énergétiques, les déchets issus des médicaments. Cette association incite la population à surveiller ces armoires à pharmacies familiales, où certains produits déviés du bon usage ou périmés peuvent devenir dangereux et provoquer des accidents. Il est demandé aux patients de rapporter les médicaments aux pharmaciens d'officine. Ces produits rentrent ainsi dans le circuit *Cyclamed*, les cartons *Cyclamed* sont collectés par les grossistes-répartiteurs avant d'être récupérés par les entreprises chargés de leur destruction²⁹.

²⁸ *Pharmacien grossiste-répartiteur*. In Ordre National des Pharmaciens [en ligne]. 2011. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Distribution/Pharmacien-grossiste-repartiteur>

²⁹ LE GUIQUET, O. LORENZI, Jean. *La distribution pharmaceutique en France*. Elsevier, 2001, pp. 49

4. Les différents modèles de distribution pharmaceutique en France

Grossiste-répartiteur « full-liner »

Véritable acteur de la santé publique les grossistes-répartiteurs dit full-liner, rempli une obligation de service public. Ils achètent les médicaments et dispositifs en gros puis les revendent aux pharmaciens d'officine. Ils constituent ainsi la principale source d'approvisionnement des officines, contenu du fait que 75% des médicaments vendus au comptoir le sont à moins d'une unité par mois et par officine³⁰. De ce fait ils jouent un rôle essentiel de « stock » et de « trésorerie » pour la majorité des officines de France qui ne peuvent pas stocker elles-mêmes autant de références.

L'obligation de service public selon le CSP³¹ :

Un grossiste-répartiteur doit être en mesure de livrer toutes pharmacies appartenant à son secteur d'activité déclaré. Pour cela il doit disposer d'au moins les 9/10^{ième} des présentations des médicaments exploités en France en plus des dispositifs médicaux. Il doit détenir un stock permettant de satisfaire au moins 2 semaines d'activité et être capable de livrer tout médicament du stock dans les 24 heures suivant la réception de la commande passée avant le samedi 14 heure. De plus, les grossistes-répartiteurs ont l'obligation de participer à un système d'astreinte le week-end et les jours fériés afin de répondre aux urgences médicales. Grâce à cela, les médecins ont la possibilité de prescrire le médicament le mieux adapté au patient et le pharmacien d'officine a la capacité de pouvoir le délivrer.

³⁰ LE GUIQUET, O. LORENZI, Jean. *La distribution pharmaceutique en France*. Elsevier, 2001, pp. 24.

³¹ *Article R5124-59* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915147&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=>

Les « short-liners »

Ces entreprises profitent de certaines failles dans la loi afin de ne pas s'astreindre des obligations de service public auxquels sont soumis les grossistes-répartiteurs full-liners. Les short-liners font le commerce en gros de certaines spécialités qui sont souvent les plus profitables économiquement : une gamme de génériques, certains produits d'OTC, autres spécialités leaders dans les prescriptions médicales. Parmi les shorts-liners en France nous retrouvons principalement des groupements de pharmaciens qui ont créé des plateformes logistiques afin d'assurer la distribution de médicaments aux membres adhérents au groupement (Sogiphar, ORP, Etradi).

Les Sociétés de Regroupement d'Achat (SRA)

La SRA est établissement qui se livre à l'achat d'ordre et pour le compte des pharmaciens titulaires adhérents agissant ainsi comme référenceur de médicaments non remboursables, ainsi que les produits de parapharmacies

La SRA négocie les conditions commerciales auprès des laboratoires, puis les livraisons et les factures sont établies pour chaque officine adhérente. Ou bien la SRA peut être un réel intermédiaire entre les officines et les laboratoires en centralisant les commandes, qu'elle passe auprès des laboratoires, ceux-ci facturent la SRA qui facture par la suite les officines.

Les Centrales d'Achat Pharmaceutiques (CAP)

Une CAP est une entreprise se livrant soit en son nom, soit d'ordre et pour le compte de pharmaciens titulaires d'officine à l'achat et au stockage des médicaments autres que les médicaments expérimentaux et les médicaments remboursables par les régimes obligatoires d'assurance maladie, en vue de leur distribution en gros et en l'état aux pharmaciens d'officine adhérents à la structure.

C'est deux modèles de structures permettant l'achat groupé de produits non remboursés directement auprès des laboratoires pharmaceutiques ont été permis par le décret de Juin 2009 du CSP³².

³² Décret n° 2009-741 du 19 juin 2009 relatif aux centrales d'achat pharmaceutiques [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020764667&categorieLien=id>

Les dépositaires

Ils assurent pour le compte de laboratoires pharmaceutiques, le stockage et la livraison de leurs produits. Ils ne sont pas soumis aux mêmes règles que les grossistes-répartiteurs, et ne sont pas propriétaire de leur stock. Ils assurent le transport des médicaments des laboratoires vers les grossistes-répartiteurs ou directement, dans le cadre de la vente directe, auprès des pharmacies. Tout en garantissant comme tout transporteur de produits pharmaceutiques, la traçabilité des lots de médicaments. Ce prestataire est en général rémunéré selon le volume, le temps de stockage et la livraison.

Exemples de dépositaires pharmaceutiques : Depolabo, Movianto, Eurodep, Geodis...

Les laboratoires pharmaceutiques

Des laboratoires tel que Sanofi Aventis dispose de plate-forme de distribution afin d'assurer les ventes en directe avec les officines en passant par le seul intermédiaire d'un transporteur qualifié³³.

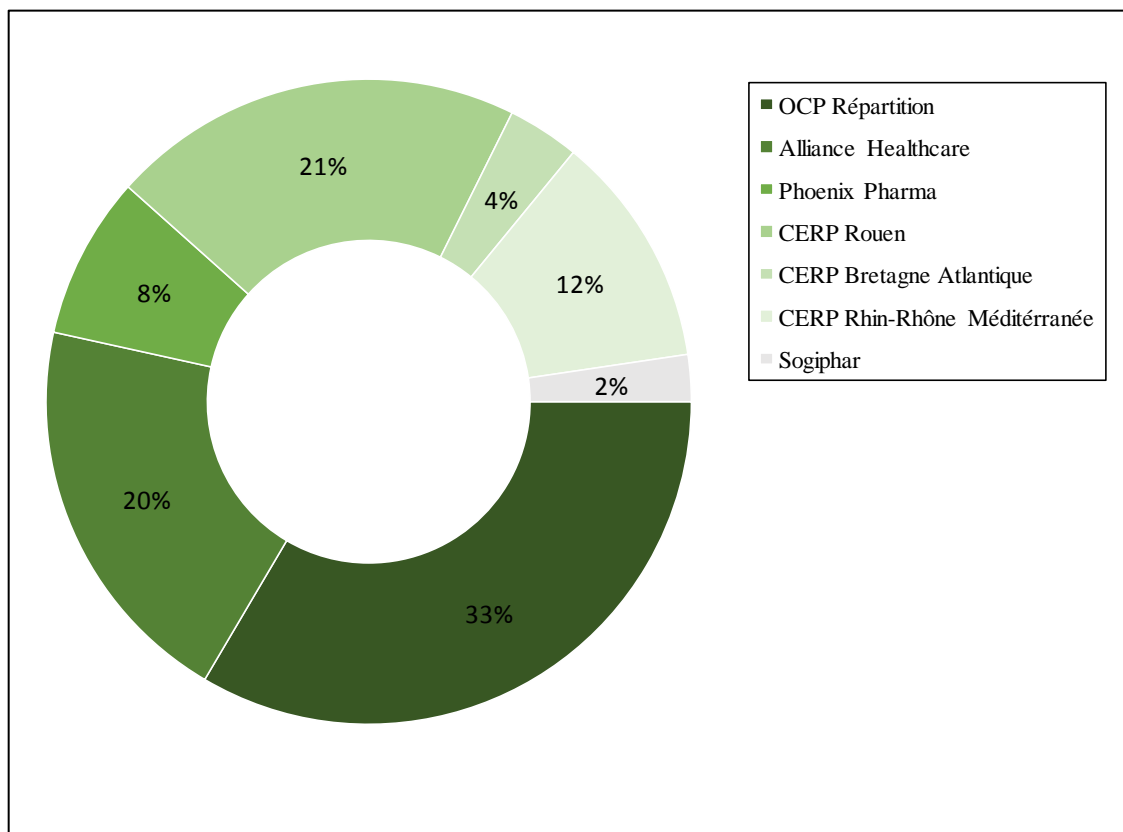
Les courtiers

Nouvel acteur dans le circuit du médicament reconnu par le CSP depuis 2012, suite à l'intégration du guide de bonnes pratiques de distribution en gros³⁴. Ce nouvel intermédiaire n'a pas le statut d'établissement pharmaceutique, son rôle se limite à la mise en relation entre acteurs de la profession ; cependant en France l'activité de courtier pharmaceutique est fortement controversée.

³³ *Distribution pharmaceutique: Sanofi veut renforcer ses ventes directes à l'officine*. In IndustriePharma [en ligne]. 2008. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.industriepharma.fr/distribution-pharmaceutique-sanofi-veut-renforcer-ses-ventes-directes-a-l-officine,5386>

³⁴ *Courtages de médicaments*. In ANSM [en ligne]. 2017 ; [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : [https://ansm.sante.fr/Activites/Activite-de-courtage-de-medicaments/Activites-de-courtage-de-medicaments/\(offset\)/0](https://ansm.sante.fr/Activites/Activite-de-courtage-de-medicaments/Activites-de-courtage-de-medicaments/(offset)/0)

5. Le maillage territorial



Graphique. 1 Part de marché des grossistes-répartiteurs en France en 2017.

Le maillage territorial de la répartition pharmaceutique en France fait partie des plus dense d'Europe. Nous pouvons diviser en deux les grands composants de ce maillage : des groupes européens qui détiennent plus de 65% du marché qui se caractérisent par leur puissance d'achat, la productivité de leur réseau, etc... Et d'autre part des grossistes-répartiteurs régionaux qui représentent 30% du marché, ils mettent en exergue leur structure de coopérative, au plus proche de l'officine³⁵.

³⁵*Le marché*. In Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique [en ligne]. 2017. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.csrp.fr/le-marche>



Figure 1. Réseau des établissements de l'OCP en France.

Source : le réseau de la CRSP consulté sur : <http://www.csrp.fr/le-reseau-csrp>

Ile-de-France

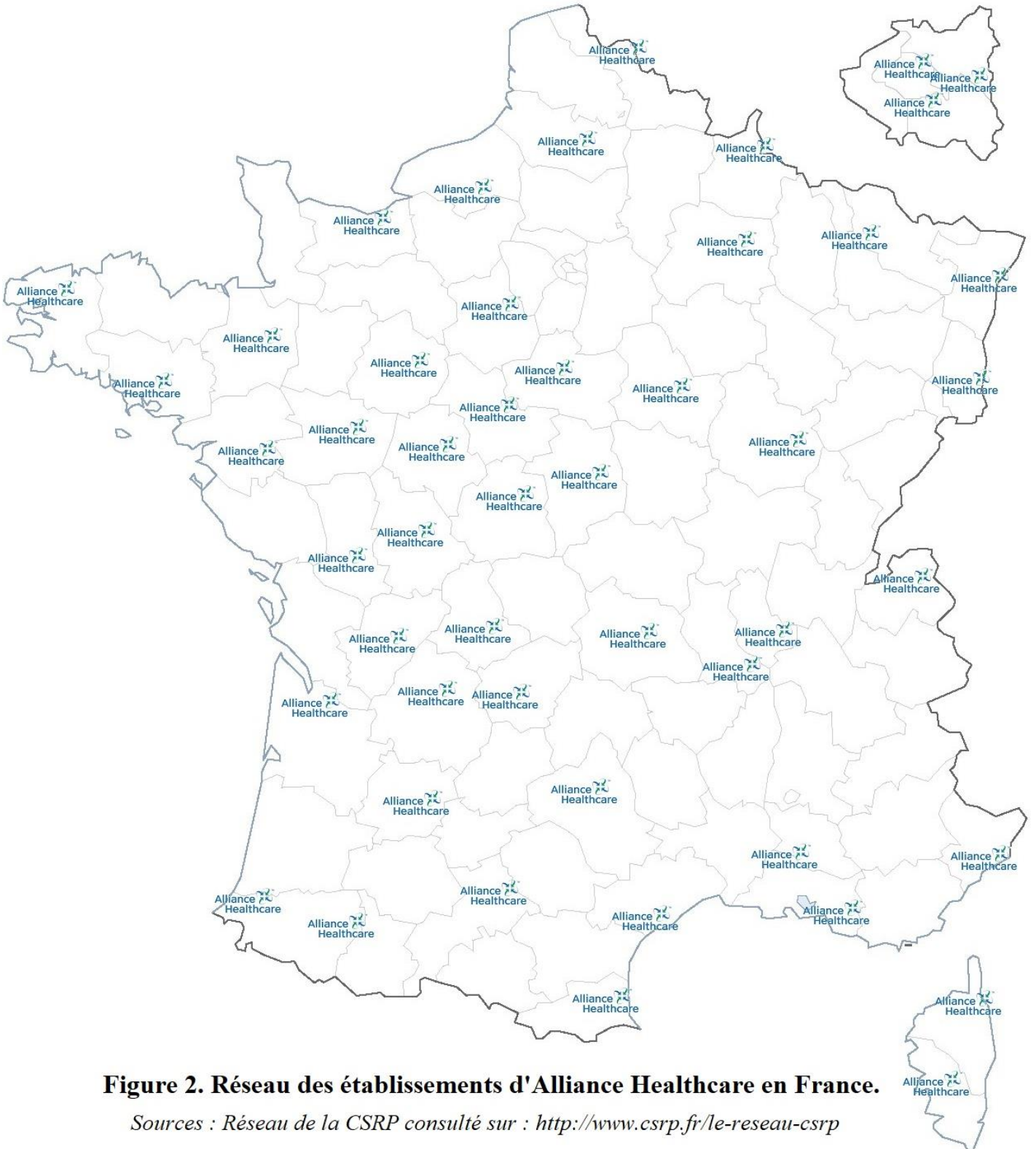


Figure 2. Réseau des établissements d'Alliance Healthcare en France.

Sources : Réseau de la CSRP consulté sur : <http://www.csrp.fr/le-reseau-csrp>



Figure 3. Réseau des établissements d'Astera en France.

Source : Réseau de la CSRP : <http://www.csrp.fr/le-reseau-csrp>

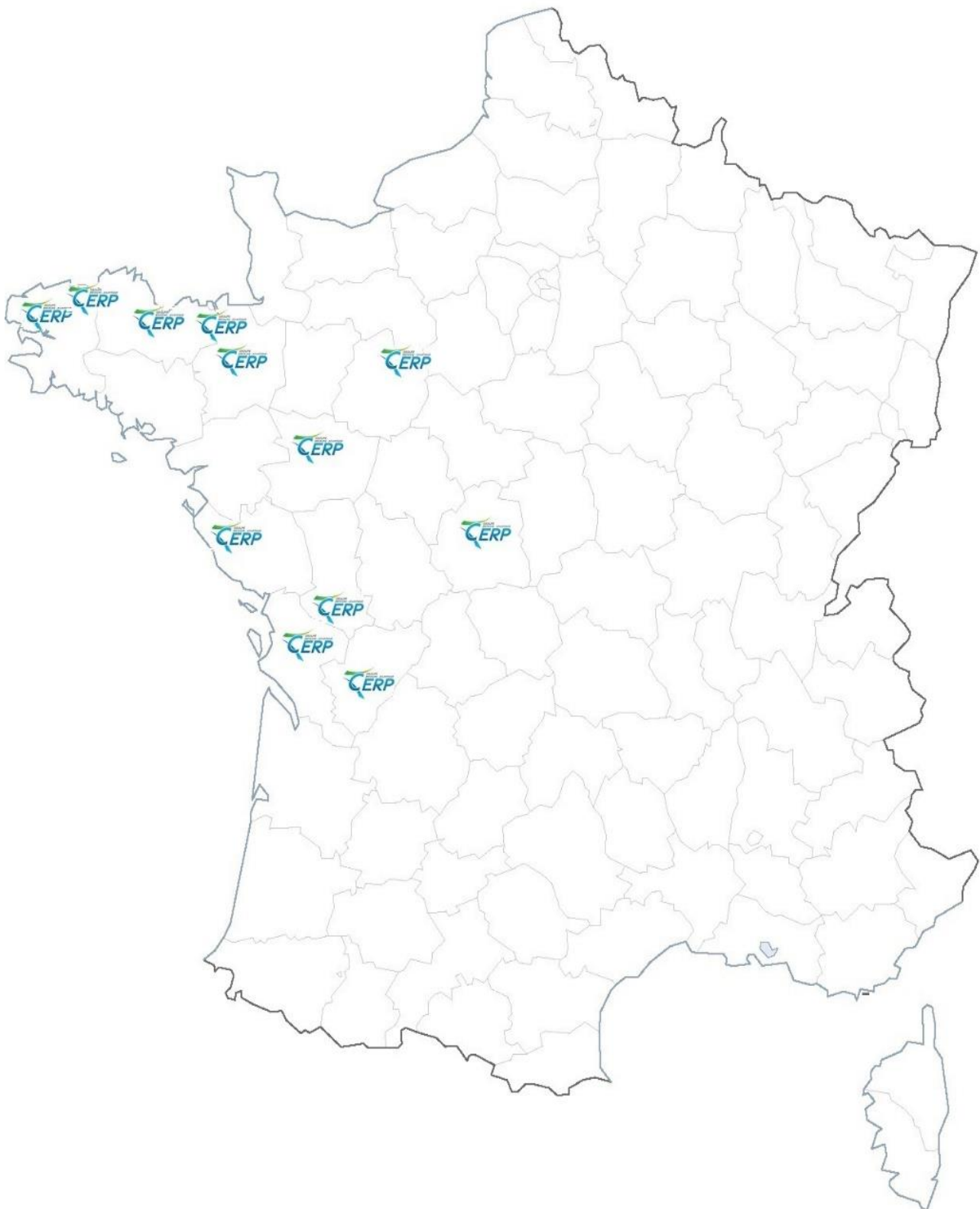


Figure 4. Réseau des établissements de la CERP Bretagne-Atlantique en France.

Source: Réseau de la CRSP consulté sur :<http://www.csrp.fr/le-reseau-csrp>

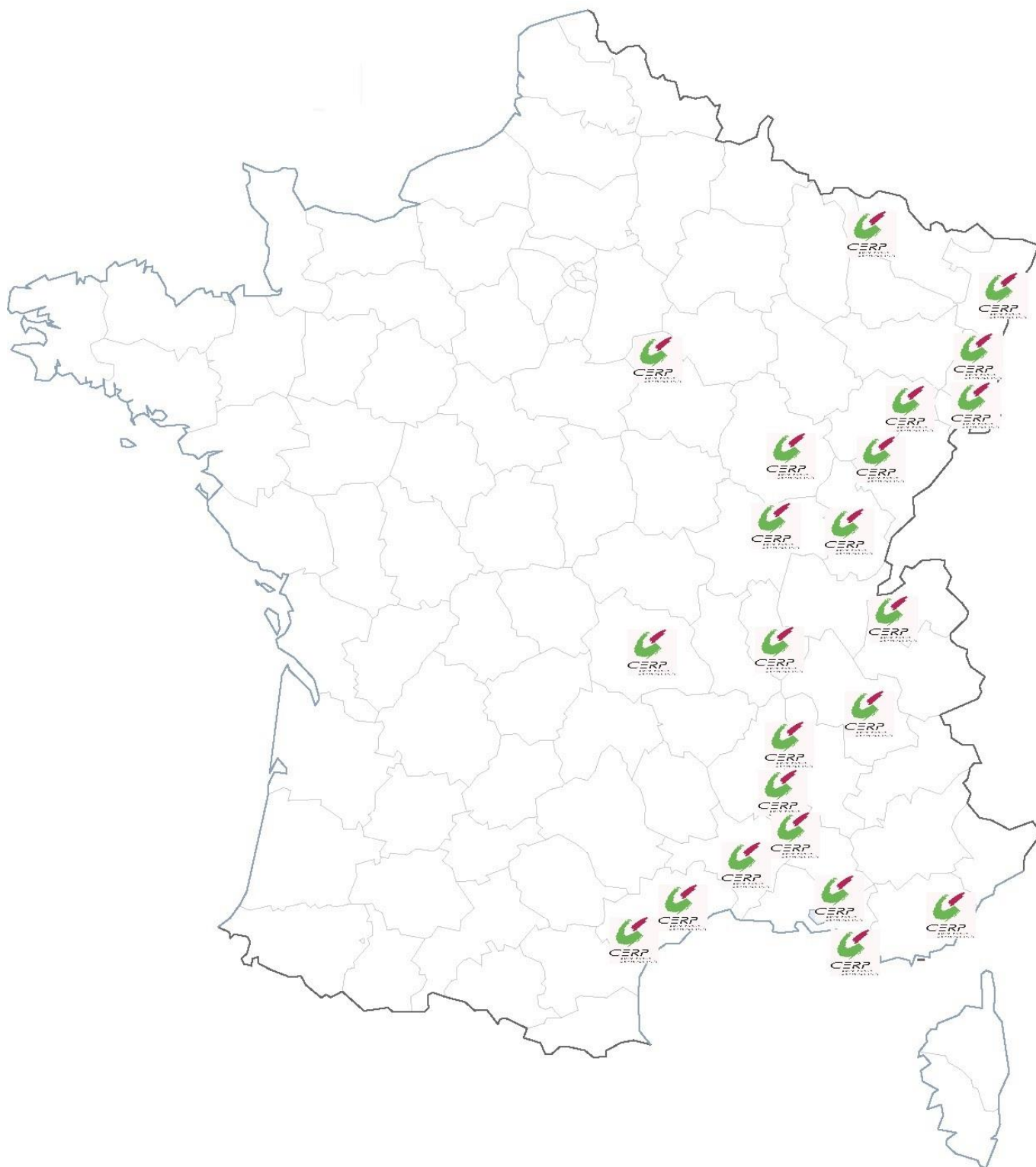
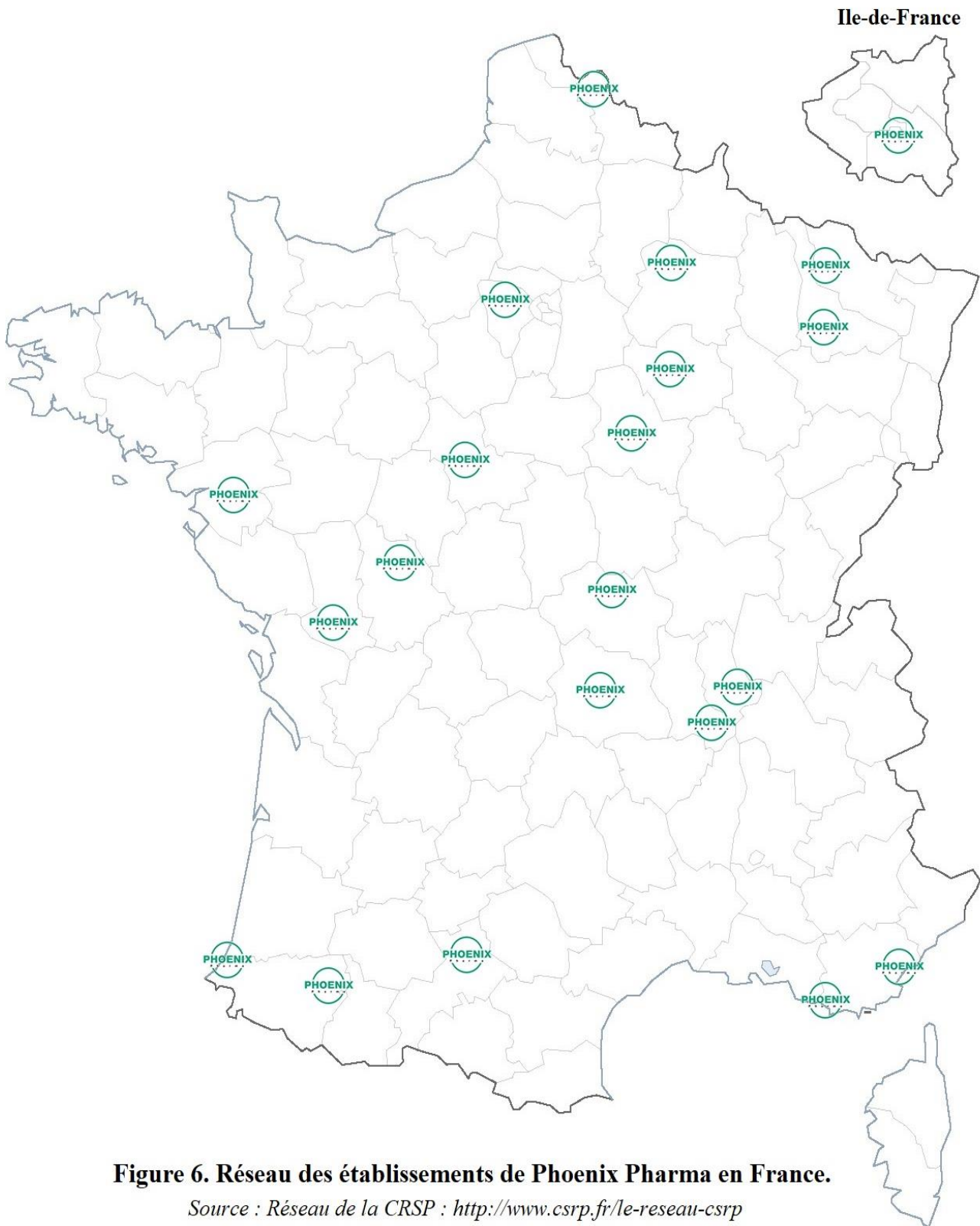


Figure 5. Réseau des établissements de la CERP Rhin-Rhône-Méditerranée.

Source : Réseau de la CRSP consulté sur : <http://www.csrp.fr/le-reseau-csrp>



La distribution pharmaceutique dans les DOM-TOM est un véritable défi. Le surcoût lié au transport, les médicaments spécifiques aux maladies que nous pouvons trouver sur ces territoires et le climat tropical qui entraîne des difficultés de transport et de stockage des produits pharmaceutiques dans de bonnes conditions, sont l'ensemble des épreuves auxquelles doivent faire face les sociétés qui assurent le circuit du médicament dans ces territoires.

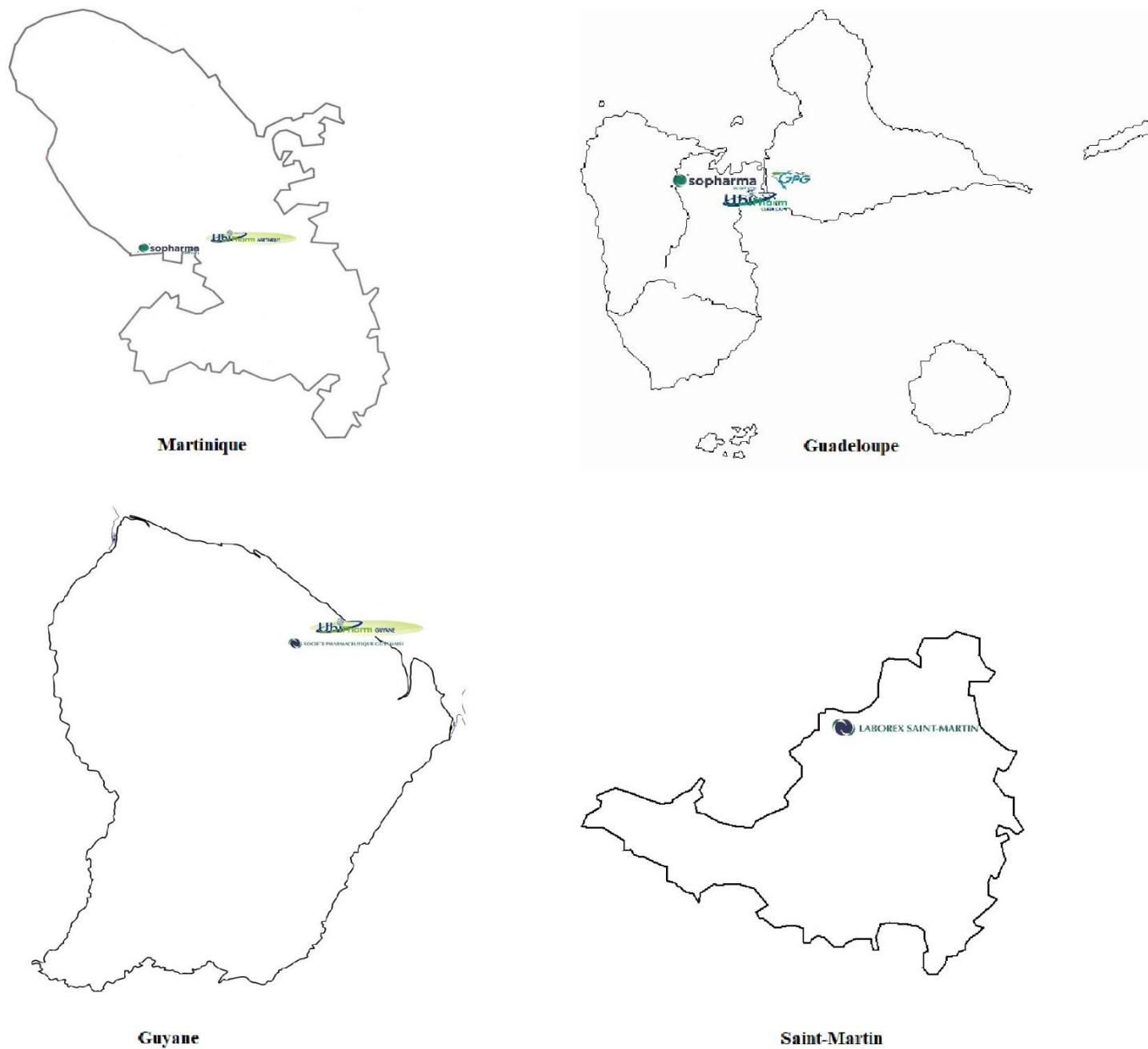


Figure.7 Réseaux d'établissements Pharmaceutique aux Antilles.

source :Réseau de la CSRP : <http://www.csrp.fr/le-reseau-csrp>

Parmi ces entreprises nous pouvons retrouver :

Ubipharma est un groupement de pharmaciens africains qui ont développé leur réseau dans les régions d'outre-mer françaises³⁶.

CERP BA qui a développé son activité sur les territoires outre-mer devenant leader de la répartition pharmaceutique à la Réunion.

Sopharma, Laborex Saint-Martin, Soredip Réunion et SPG Guyane, Tahitipharm appartiennent au groupement Eurapharma, l'un des leaders de la distribution pharmaceutique en Afrique³⁷.

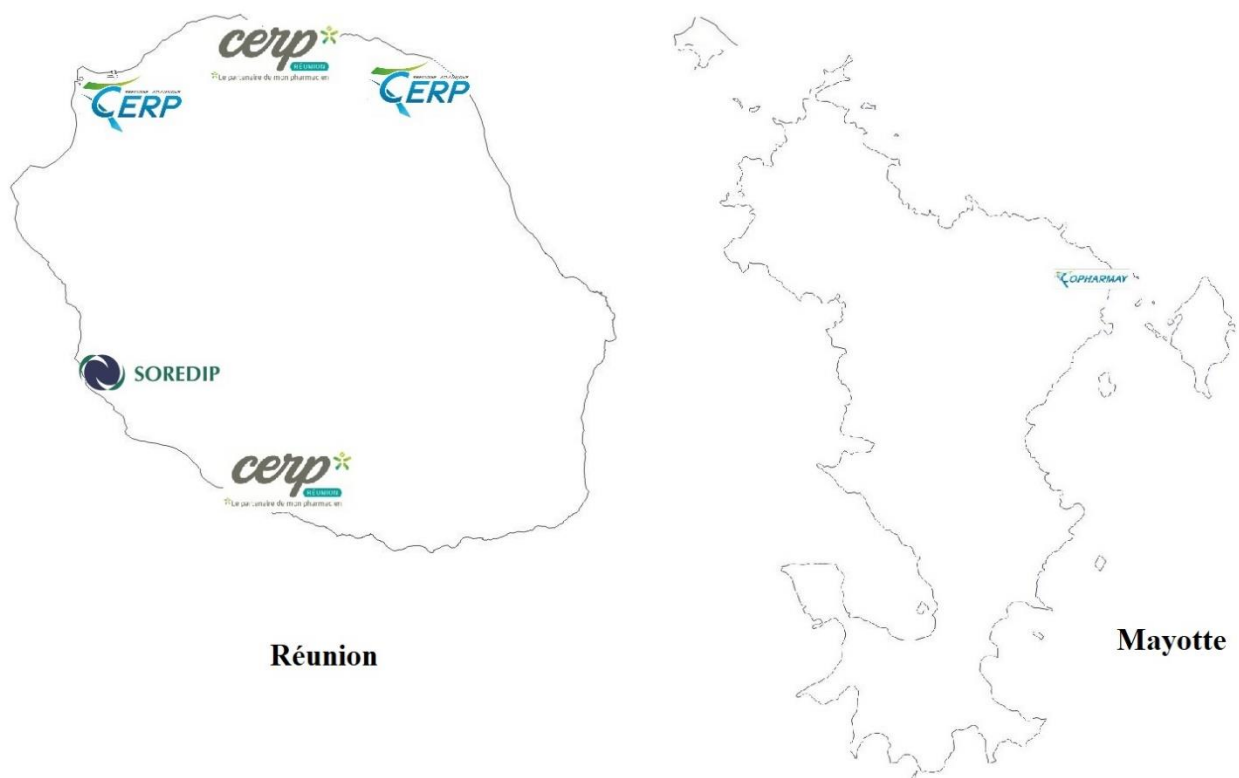


Figure 8. Réseaux d'établissements pharmaceutiques dans l'Océan Indien.

Source : Réseau de la CSRP : <http://www.csrp.fr/le-reseau-csrp>

³⁶ Présentation. In Ubipharma [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.ubipharm.com/fr/Ubipharm/presentation,Présentation>

³⁷ Notre Réseau. In Eurapharma [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.eurapharma.com/fr/notre-reseau>

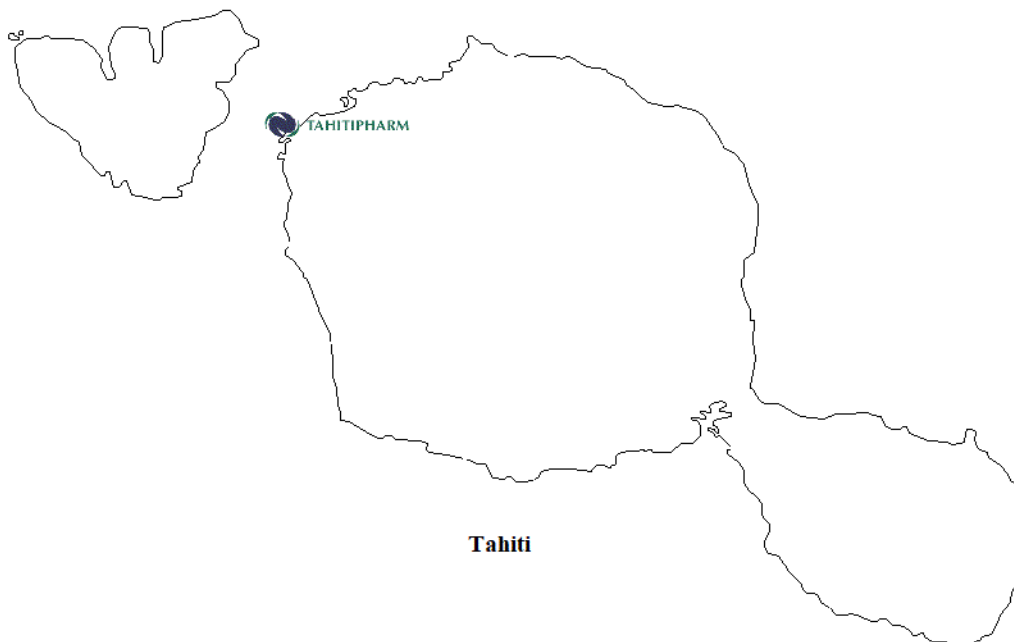


Figure 9. Réseau d'établissements pharmaceutiques en Polynésie française.

Source : Réseau de la CSRP : <http://www.csrp.fr/le-reseau-csrp>

La rémunération des grossistes en outre-mer est majoré dû au surcoût lié au transit de la marchandise, à l'octroi de mer (taxe sur les produits fixés par les conseils régionaux des DOM) et la nécessité d'avoir un stock plus important. L'arrêté ministériel du 7 février 2008³⁸ fixe le prix de revente des médicaments par le distributeur en gros à l'officine en appliquant un coefficient au PFHT d'environ 5 fois supérieur à celui appliqué en métropole. Le coefficient s'applique au PFHT. Il est adapté à chaque département et est légèrement dégressif, sauf en Guyane et à Mayotte. Ce coefficient varie de 1,323 à 1,4375 en fonction du département et du prix du produit, il correspond à une marge comprise entre 32 et 44%, contre 6,68% en métropole. L'absence de plafonnement est problématique pour les médicaments onéreux.

³⁸ Arrêté du 7 février 2008 fixant les coefficients de majorations applicables aux prix de vente des médicaments dans les départements d'outre-mer [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000018123103&dateTexte=20180826>

III. XXI^e siècle, explosion des ventes directes et nouvelles problématiques auxquelles doit faire face les grossistes-répartiteurs.

1. La législation en vigueur et financement de l'activité

Les grossistes-répartiteurs jouent un rôle essentiel dans le circuit du médicament. Ils restent même de nos jours une véritable interface entre les laboratoires et les officines. En effet, ils permettent notamment l'externalisation des stocks pour la majorité des officines en permettant un approvisionnement en flux tendu journalier. Ils créent une zone de tampon qui permet aux officines de moins ressentir les effets d'une rupture de stock de certains produits lorsque celle-ci est limitée dans le temps (les ruptures de moins de 15 jours sont invisibles). De plus ils permettent de maintenir un maillage territorial dense en assurant la péréquation des coûts d'approvisionnement des officines.

L'arrêté du 3 Octobre 1962 définit les obligations de service public que doit respecter un grossiste-répartiteur : déclarer son secteur d'activité aux pouvoirs publics ; fournir tout médicament du stock à tous pharmaciens du secteur déclaré en moins de 24h ; disposer en permanence d'un stock suffisant qui correspond à une collection de spécialités comportant les 2/3 des présentations de spécialités exploitées et capable d'assurer la consommation mensuelle de ces clients³⁹. Cette réglementation à évoluer au fil des années, de nos jours la version applicable est celle de l'article R5124-59 du CSP⁴⁰.

- Un grossiste-répartiteurs doit être en mesure de livrer toutes pharmacies appartenant à son secteur d'activité déclaré, pour cela il doit disposer d'un stock effectif d'au moins 9/10^{ième} des présentations des médicaments exploités en France en plus des dispositifs médicaux.

³⁹ Arrêté du 3 octobre 1962. *Journal Officiel de la République française*. 1962.

⁴⁰ Article R5124-59 du CSP [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915147&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=>

- Il doit détenir un stock permettant de satisfaire au moins 2 semaines d'activité en dehors du samedi 14h, du dimanche et des jours fériés.
- Être capable de livrer tout médicament du stock dans les 24 heures suivant la réception de la commande passée avant le samedi 14 h.
- Les grossistes-répartiteurs ont l'obligation de participer à un système d'astreinte le week-end et les jours fériés en rigueur depuis le 24 Août 2008⁴¹, afin de répondre aux urgences médicales sous l'autorité du préfet et du directeur général de l'ARS.

Contrairement au pharmacien d'officine, l'installation d'un grossiste-répartiteur n'est pas soumise à une contrainte de desserte territoriale. Cependant l'ouverture d'un établissement est tout de même réglementée, elle est autorisée par l'ANSM⁴². Une fois ouvert l'établissement est soumis à de nombreux contrôles pour vérifier le respect des normes juridiques, techniques et des bonnes pratiques de distribution en gros. Ces dispositions relèvent des responsabilités du pharmacien responsable/délégué de l'établissement.

Le guide des bonnes pratiques de distribution en gros sont un ensemble de normes qui régissent l'activité de tous les distributeurs en gros de produits pharmaceutiques. Il est issu de directives européennes⁴³, est validé par le directeur de l'ANSM et a été institué au début des années 2000⁴⁴.

⁴¹ *Réglementation de l'activité*. In *Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : www.csrp.fr/reglementation-de-lactivite

⁴² *Autorisations d'ouverture d'établissement pharmaceutique*. In ANSM [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : [https://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-d-ouverture-d-etablissement-pharmaceutique/Autorisation-d-ouverture-et-certificats-de-Bonnes-pratiques-de-Fabrication/\(offset\)/0#paragraph_89697](https://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-d-ouverture-d-etablissement-pharmaceutique/Autorisation-d-ouverture-et-certificats-de-Bonnes-pratiques-de-Fabrication/(offset)/0#paragraph_89697)

⁴³ *Official Journal of the European Communities* [en ligne], C 63, 1994. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=OJ%3AC%3A1994%3A063%3ATO>

⁴⁴ *Arrêté du 30 juin 2000 relatif aux bonnes pratiques de distribution en gros des médicaments à usage humain et des produits mentionnés à l'article L. 5136-1 du code de la santé publique* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000217947>

Le but des BPDG est d'assurer le contrôle du circuit de distribution et de maintenir la qualité et l'intégrité des médicaments. Le guide rappelle des principes fondamentaux de gestion de la qualité, du personnel, des locaux et équipements dont les systèmes informatisés. Il précise aussi les conditions de mise en œuvre de l'approvisionnement, la réception, le stockage de produits, la sécurisation de l'approvisionnement et des transactions en clarifiant la notion d'acquisition et de distribution. Enfin il précise les conditions de préparations, de livraison de transport notamment pour les produits thermosensibles, le retour de produits défectueux, la gestion des réclamations et retrait de lots, la destruction des produits inutilisables, la documentation obligatoire et les conditions d'auto-inspection. De plus dans le guide mis à jour de 2014, nous pouvons retrouver des dispositions spécifiques applicables aux courtiers⁴⁵.

La rémunération du grossiste-répartiteur :

La marge du répartiteur est liée au prix du médicament, mais elle est déconnectée des coûts de la répartition. Le prix des médicaments remboursables est fixé par le CEPS⁴⁶ (Comité économique des produits de santé) ce qui de facto fixe la rémunération des acteurs de la chaîne de distribution du médicament. L'arrêté du 4 Août 1987⁴⁷ régulièrement mise à jour fixe les barèmes de rémunération.

$$\text{PFHT} + \text{marge grossiste} + \text{marge pharmacien} + \text{taxes} = \text{PPTTC}$$

Jusqu'en 1999, le coefficient appliqué au PFHT était fixe = 0.1074, de là découler la marge du grossiste⁴⁸. Cependant ce coefficient a fini par être diminué à 0.0668, mais en compensation un plancher de 0.30€ fut instauré.

⁴⁵ *Bonnes pratiques de distribution en gros*. In ANSM [en ligne], 2017. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Elaboration-de-bonnes-pratiques/Bonnes-pratiques-de-distribution-en-gros/\(offset\)/6](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Elaboration-de-bonnes-pratiques/Bonnes-pratiques-de-distribution-en-gros/(offset)/6)

⁴⁶ *Article L162-17-3 du CSP* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIART1000006740851&dateTexte>

⁴⁷ *Arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000843609&dateTexte=20181016>

⁴⁸ TURAN-PELLETIER, Z. ZEGGAR, G. *La distribution en gros du médicament en ville de 2014*. IGAS. pp. 72.

Il est intéressant de noter que l'arrêté du 28 Avril 1999⁴⁹ mentionne que les bénéficiaires de la marge sont les établissements pharmaceutiques qui vendent en gros au pharmacien d'officine. Il s'agit donc d'une marge de distribution que ne correspond pas à l'activité de répartition. Déconnectée du service public rendu, cette marge ne rémunère pas explicitement l'activité de répartition. D'ailleurs arrêté du 3 Mars 2008⁵⁰ permettant aux officines de capter la marge du grossiste, corrobore le fait que cette rémunération n'est pas spécifique au fait de remplir une obligation de service public.

Enfin l'arrêté du 26 Décembre 2011 a fixé un plafond un maximum de 30€ à la marge du grossiste⁵¹.

| | | |
|-------------|---|--------|
| PFHT en € | 0€ à 450€ | > 450€ |
| Coefficient | 6.68% avec un minimum de 0.30€ et un maximum de 30€ | 0% |

Tableau 1. Marge des grossistes-répartiteurs en France.

De plus la rémunération des grossistes est souvent en partie offerte sous forme de remises aux officines⁵², ces remises sont plafonnées à 2.5% du PFHT à l'exception des générique 40% du PFHT suite aux LFSS de 2014. D'ailleurs la DGCCRF a pointé du doigt de nombreuses infractions sur les taux de remise lors de son enquête de 2014⁵³. Ce système de remise sur le prix de vente à l'officine a introduit une concurrence dans un milieu où le prix et les marges sont réglementés.

⁴⁹ Arrêté du 28 avril 1999 relatif aux marges des médicaments remboursables [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000760104&categorieLien=id>

⁵⁰ Arrêté du 3 mars 2008 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018213915&categorieLien=id>

⁵¹ Arrêté du 26 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B16AB19A74C8276D965BE47D3FF6C0F.tplgfr22s_1?idArticle=LEGIARTI000034901097&cidTexte=LEGITEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte

⁵³ Avantages commerciaux dans le secteur pharmaceutique. In DGCCRF [en ligne], 2016. [consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/avantages-commerciaux-dans-secteur-pharmaceutique>

2. L'arrivée des génériques, casse-tête pour la profession.

En 1996 est apparu dans les CSP la définition légale du médicament générique « ... est une spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées »⁵⁴.

En effet, en 1941 les pouvoirs politiques en place décident de voter une loi pour permettre aux fabricants de spécialités pharmaceutiques de protéger leur invention par un brevet⁵⁵. Cette loi évolua au fil des années, pour au final permettre à un laboratoire pharmaceutique de pouvoir protéger une spécialité qu'il a découvert et lui permettre de l'exploiter pendant en moins 20 ans.

Le milieu des années 90 voit de plus en plus de spécialités pharmaceutiques tomber dans le domaine public. Ainsi les pouvoirs politiques dans le cadre d'une maîtrise des dépenses de médicaments au sein des dépenses de santé, ont décidé de mener une politique plus volontariste pour promouvoir les médicaments génériques (en moyenne 60% moins cher que la spécialité de référence). Cependant cette politique finit par se heurter à de nombreux contretemps : dans un premier temps les laboratoires virent une diminution des ventes des princeps au profit des génériques qui sont, pour la plupart, fabriqués par des laboratoires génériques. Alors ces laboratoires ont mis en place des stratégies de contournement notamment en créant des « me too » qui sont des nouveaux médicaments de marque. Ils ont le même profil pharmacologique et thérapeutique que la spécialité de référence dont ils sont censés prendre la place, mais n'améliorent en rien le service médical rendu. Ces médicaments sont un poids supplémentaire que la répartition doit supporter.

⁵⁴ IMBAUD, D. MORIN, A. *Evaluation de la politique française des médicaments génériques*. IGAS. 2012. pp. 3.

⁵⁵ LE GUIQUET, O. LORENZI, J. *La distribution pharmaceutique en France*. Elsevier, 2001, pp. 7.

Les médecins et pharmaciens d'officines ont mis du temps avant d'être pleinement investit de la tâche. Cela est principalement lié au fait que certaines personnalités publiques ont fait grandir la méfiance vis-à-vis de ces « copies de médicaments ». Cependant le pharmacien d'officine fut rapidement mis à contribution, en 1999, les pouvoirs publics octroyèrent aux pharmaciens d'officines « le droit de substitution »⁵⁶, accompagné d'un fort intéressement financier. Il fut renforcé par les remises commerciales conséquentes de la part de certains laboratoires génériques.

Toute cette agitation qui est toujours d'actualité, a aussi un impact conséquent sur les grossistes-réparateurs. Ils ont vu durant les 15 dernières années, exploser le nombre de références qui sont tenus par la loi d'avoir en stock ainsi pour une même spécialité de référence, nous pouvons retrouver plusieurs génériques de différents laboratoires.

Ainsi des spécialités telles que le GLUCOPHAGE[®] du laboratoire Merck à pas moins de 14 génériques. De plus concernant la metformine, nous la retrouvons sous 3 dosages différents (500mg, 850mg et 1000mg) et pour chacun des dosages nous avons 2 conditionnements différents (des boîtes de 30 et des boîtes de 90 comprimés). Ce qui ne représente au total pas moins de 84 références commercialisées en France⁵⁷.

In fine, les génériques représentent avant tout par les grossistes-répartiteurs un coût à supporter : augmentation du nombre de références et diminution de la marge selon le CSRP (Chambre Syndicale de la répartition pharmaceutique) en 2014, la marge moyenne de distribution d'un médicament générique était de 0.39€ et le résultat d'exploitation de -0.05€⁵⁸. De plus les grossistes-répartiteurs ont été obligé de céder leur marge à l'officine pour récupérer le flux des médicaments génériques qui leur échappait jusqu'à lors.

⁵⁶ Décret n°99-486 du 11 juin 1999 relatif aux spécialités génériques et au droit de substitution du pharmacien et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [en ligne]. [consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000760344&dateTexte=20181016>

⁵⁷ Metformine chlorhydrate, Eureka Santé [en ligne]. 2018.[consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <https://eureka-sante.vidal.fr/medicaments/s-active/recherche/substance-5882-Metformine-chlorhydrate.html>

⁵⁸ TURAN-PELLETIER, Z. ZEGGAR, G. *La distribution en gros du médicament en ville de 2014*. IGAS. pp. 23.

Des négociations avec les laboratoires génériqueurs ont abouti à la perte de leur marge au profit des officines et à la facturation de prestations aux laboratoires qui est finalement moins rentable. Ces remises accordées aux officines pouvant aller jusqu'à 50%, alors qu'elles étaient plafonnées à 17%, ont fini par réglementé par les autorités qui ont rehaussé le plafond à 40% du PFHT⁵⁹.

A cela s'ajoute la 3eme tranche de la contribution de la vente en gros de médicaments prévue par l'art L138-1 du CSS⁶⁰. Cette part correspond à la taxation de la marge réglementée rétrocedée aux officines par les entreprises pharmaceutiques et les grossistes-répartiteurs. Dans la perspective de diminuer les coûts de la distribution des génériques pour la Sécurité sociale, la Cour des Comptes a préconisé d'augmenter cette tranche lors de son rapport sur l'application des LFSS de 2017.

En France contrairement à d'autres pays européens, le pharmacien a le droit de substitution d'où l'intérêt non négligeable qu'ont les laboratoires pour le pharmacien. Alors que dans les autres États, c'est soit le médecin qui décide ou bien l'assureur qui incite voire impose la substitution.

⁵⁹ *L'arrêté fixant à 40 % le plafond des remises génériques est enfin paru*. UPSO [en ligne]. [consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.uspo.fr/larrete-fixant-a-40-le-plafond-des-remises-est-enfin-paru/>

⁶⁰ *Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques* [en ligne]. [consulté le 22 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?jsessionid=8D488BF0B1258BBFA1A8EDAFDA9B242E.tplgfr21s_2?idSectionTA=LEGISCTA000029961754&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20181123

3. Le développement de la vente en directe.

La France de par son Histoire dans le développement de l'industrie pharmaceutique possède la densité de laboratoires pharmaceutiques, sur son territoire, la plus forte d'Europe.

La vente directe est la vente de médicaments en grosse quantité, souvent correspondant à plusieurs mois d'activité, d'un laboratoire à une officine sans passer par l'intermédiaire d'un grossiste-répartiteur. Cependant cette voie de distribution n'est pas dépourvue d'intermédiaire. Négocier les remises en fonction des volumes achetés, conserver un fond de roulement et éviter une stagnation de trésorerie sont des formes de stock invendu pouvant entraîner des pertes. Ces activités sont très chronophages, de plus un pharmacien seul ne peut que difficilement négocier des conditions réellement avantageuses. De ce fait les pharmaciens titulaires d'officine passent généralement par des groupements d'achats de médicaments conseils et parapharmaceutiques.

Une SRA, un CAP ou bien un groupement formé par des pharmaciens d'officine, par exemple un GIE (groupement d'intérêt économique), l'ensemble de ces sociétés d'achat permettent de mieux négocier les conditions commerciales auprès des laboratoires. Les ventes directes sont principalement constituées de produits parapharmaceutiques, de médicaments OTC. C'est-à-dire tous les produits sur lesquels reposent grandement la marge de la pharmacie (produits de phytothérapie, aromathérapie, produits d'hygiène, orthopédie, ...).

L'une « des stars » de la vente en directe étant le Paracétamol (Doliprane[®] de Sanofi Aventis ou encore Efferalgan[®] de UPSA) un médicament peu coûteux avec un flux de vente très important et une marque, le Doliprane[®], qui a su s'imposer en France. Il est crucial pour le pharmacien de négocier au mieux l'achat de ces produits afin d'assurer la pérennité de son entreprise. L'intérêt y est double le pharmacien y retrouve un intérêt financier en captant généralement la marge du grossiste. Les laboratoires plus proches de l'officine arrivent à mieux placer leurs produits dans les rayons de l'officine et suivre de près la consommation de la clientèle.

L'objectif du laboratoire est d'imposer au sein de l'officine les gammes de conseil ou encore leur marque de générique. Sachant qu'une officine ne peut pas référencer l'ensemble des marques de générique et de conseil. La vente directe permet pousser les stocks, c'est-à-dire pousser le pharmacien à acheter un volume correspondant à la totalité de ses ventes sur le segment pour pouvoir bénéficier de remises intéressantes.

Cependant la vente en direct ne pourra que très difficilement se généraliser davantage, faute de moyen logistique mis en place par les laboratoires, et un revenu insoutenable pour les officines qui finiraient par y perdre. Cela est d'autant plus vrai pour les officines isolées, en zone montagneuses, rurales, ou encore en outre-mer, dû à leur faible activité, elles sont très peu attractives pour les laboratoires. En effet selon un rapport l'IGAS, le $\frac{3}{4}$ de leur chiffre d'affaire correspond aux commandes passer aux grossistes contre $\frac{1}{3}$ du chiffre d'affaire pour une officine de centre commercial⁶¹.

⁶¹ TURAN-PELLETIER, Z. ZEGGAR, G. *La distribution en gros du médicament en ville de 2014*. IGAS. pp. 17.

Les laboratoires pharmaceutiques ont aussi recours à la vente en direct pour des médicaments où ils ne sont pas en concurrence avec d'autres laboratoires : ce sont les médicaments onéreux de par la spécificité de ces produits et le coût important qu'ils représentent beaucoup de pharmaciens ont tendance à commander en direct au laboratoire ce type de produits. Cependant la grande majorité des ventes directes reste des médicaments peu chers avec un roulement important, cette dernière caractéristique est critique dans le choix que fait un pharmacien pour passer une vente en directe. Il faut évaluer la réelle économie générée qui est le ratio entre les remises commerciales du laboratoire et le coût de la renonciation à la répartition qui correspond à l'immobilisation du stock. Cette dernière variable est difficile à estimer d'où le fait que les officines se regroupent pour négocier avec les laboratoires. Cela leur permet d'amortir plus facilement l'immobilisation du stock en le faisant tourner entre les officines appartenant au groupement.

La vente en direct peut aussi être considérée comme une réponse des laboratoires face à l'exportation que pratique certains grossistes-réparateurs. Il suffit pour un médicament de disposer d'une AMM en France et d'une AIP (autorisation d'importation parallèle) pour permettre aux grossistes-répartiteurs de commercialiser certains médicaments dans d'autres pays européens. Ainsi les grossistes-répartiteurs pratiquent des prix inférieurs aux prix pratiqués par les laboratoires pour ce même pays. Cela crée une concurrence que les laboratoires pharmaceutiques ont rapidement voulu endiguer, en passant par le contingentement de certains produits qui ont entraînés des soucis d'approvisionnement des officines.

Dans le même esprit le développement de la vente en direct permet de se mettre en concurrence avec les grossistes-réparateurs en récupérant la marge de distribution. Cependant la vente en direct nécessite la mise en place d'une logistique importante qui peut être un véritable coût pour le laboratoire. D'où le rôle de service public que rend un grossiste-répartiteur qui va prendre en charge à la fois les segments les moins et les plus rentables.

Après avoir remplir ces obligations d'approvisionnement sur son territoire déclaré. Un grossiste-répartiteur, s'il dispose d'une autorisation, peut exporter certains produits souvent à destination du marché européen. Cette activité entre directement en concurrence avec les laboratoires pharmaceutiques qui voient sur le marché européen, des produits négociés par les grossistes français. Ces produits sont donc vendus moins cher à destination des distributeurs des autres pays de l'UE. Face à cette concurrence, les laboratoires ont décidé de mettre en place un système de contingentement qui a fait jurisprudence en France en Juillet 2007⁶².

Le Conseil de la concurrence a admis que les laboratoires pharmaceutiques pouvaient mettre en place un système de contingentement sous « la condition que les restrictions induites par cette régulation soient limitées à ce qui est strictement nécessaire à un approvisionnement fiable et optimal du marché ». Le calcul des quantités allouées se font sur la base des parts de marché du grossiste-répartiteur à laquelle et ajoutée une marge de sécurité de 10 à 20%.

L'exportation de produits pharmaceutiques par les grossistes-répartiteurs, même réduite, reste une source de revenu importante selon la CSRP, 1.4% des quantités traitées par les grossistes-répartiteurs sont exportées. Cette activité permet de financer en partie l'activité déficitaire de répartition sur le territoire national.

⁶² *Décision n° 07-D-22 du 5 juillet 2007 relative à des pratiques mises en œuvre dans le secteur de la distribution des produits pharmaceutiques*, In Conseil de la concurrence [en ligne]. [consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.autoritedelaconcurrence.fr/pdf/avis/07d22.pdf>

4. L'innovation pharmaceutique : une pression supplémentaire.

L'innovation pharmaceutique correspond au développement de ces dernières décennies d'agents thérapeutiques qui ont changé entièrement la manière de traiter des maladies qui pour la plus part d'entre elles étaient de véritables impasses thérapeutiques : anticancéreux, antirétroviraux, ...

Ces médicaments complexes sont le plus souvent directement commandés auprès des laboratoires par les pharmaciens d'officine. En effet ce sont des produits qui ont une forte valeur ajoutée, mais qui ont une faible population cible. De ce fait les pharmaciens préfèrent les commander directement au laboratoire et d'ailleurs certains laboratoires qui souhaitent contrôler entièrement le cheminement de leurs médicaments complexes. Ils mettent en place un service de transport certifié afin d'assurer une livraison en quelques jours. De plus cela permet aux laboratoires de réaliser des études post-AMM et d'accompagner ces médicaments d'accessoires ou supports.

Ces nouvelles thérapies sont issues de très longues années de recherche et l'utilisation de technologies très onéreuses (biotechnologie, génie génétique...).

Cependant comme nous l'avons vu, la marge des grossistes sur les médicaments chers est plafonnée à 30€ pour tout médicament dont le PFHT est supérieur à 450€. De plus ces médicaments ont très faible « turnover » et ont pour la plupart des caractéristiques (conditionnement spécifique, produits thermosensibles) qui nécessitent un surcoût de logistique. De ce fait ces médicaments qui arrivent dans le marché de l'officine après de longues années dans le milieu hospitalier sont les nouveaux princes dont la répartition va devoir assurer la distribution malgré le surcoût logistique et la faible marge. En attendant que ces spécialités deviennent à leur tour des génériques (comme c'est le cas actuellement avec l'arrivée des génériques de la chimiothérapie anti-VIH) les grossistes-répartiteurs devront faire face à ce défi en mettant en avant leur capacité de logistique et essayer de répondre aux attentes des laboratoires (retour patient, formations des pharmaciens, ...).

5. Niveau de satisfaction des pharmaciens français

Les services des grossiste-réparateurs satisfont 95% des pharmaciens d'officines, leur principal avantage étant le temps de livraison (100% de satisfaction). Alors que les services proposés par les laboratoires ne satisfont que 77% d'entre eux. Les grossistes-réparateurs satisfont plus les pharmaciens en termes de logistique, de temps et de fréquence de livraison. Cependant la vente en directe représente près de 30% des achats d'une officine en France. Nous pouvons constater cela, si nous regardons le détail de la sélection du canal de distribution en fonction du type de médicaments achetés.

Ainsi concernant les spécialités de marque et médicaments innovants les pharmaciens officinaux français ont tendance à avoir recours aux grossistes-réparateurs respectivement dans 77% et 70% des cas. Pour les génériques le grossiste-réparateur n'est sollicité que dans 52% des cas, cela illustre les difficultés qu'ont eu les grossistes-réparateurs français à récupérer le flux des médicaments génériques qui a principalement été détenu au départ par les laboratoires eux – même.

Enfin concernant l'achat de médicaments OTC, les laboratoires ont su imposer leur canal de distribution en répondant au mieux aux attentes du pharmacien notamment d'un point de vue financier. Ainsi la vente en directe représente près de 71% des achats de médicaments OTC en France⁶³.

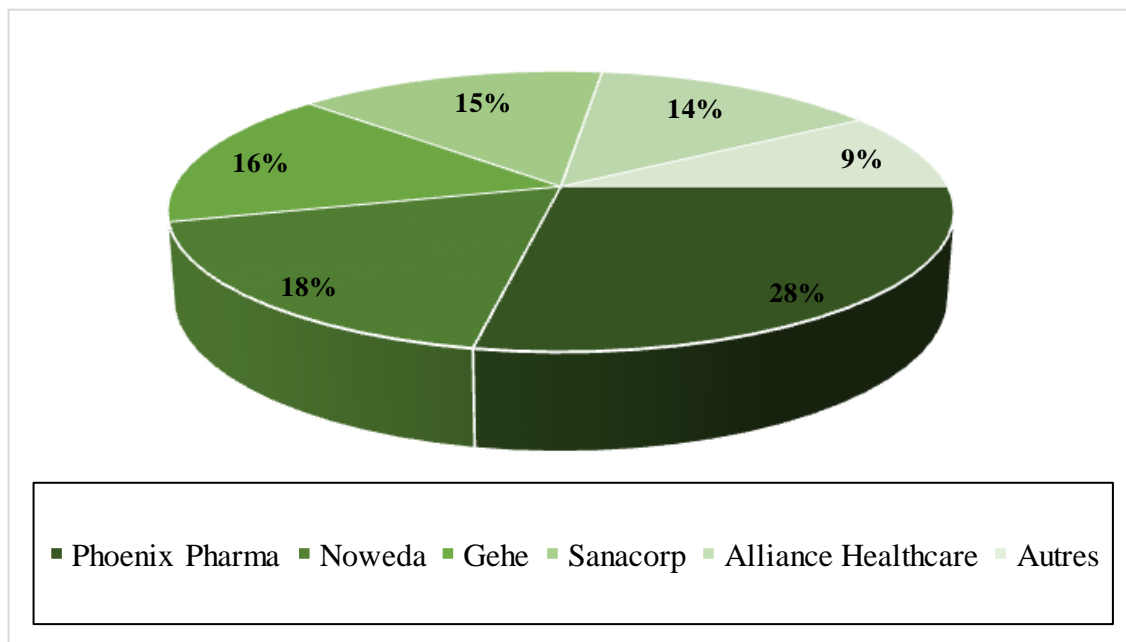
⁶³ WALTER. E. LAZIC-PERIC. A. Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector. IPF. 2017. pp. 22-24.

Partie II. Etat des lieux de la distribution pharmaceutique en Europe

I. La distribution pharmaceutique en Europe

1. Le modèle allemand

La distribution pharmaceutique allemande est multicanale, elle est principalement dominée par 11 grossistes-répartiteurs full-liners (5 nationaux et 7 régionaux), ce qui équivaut à un parc de 113 établissements disséminés à travers l'ensemble du territoire. Parmi les leaders du marché, nous pouvons retrouver Phoenix Pharma, Alliance Healthcare, Gehe, Sanacorp, Otto Geilenkirchen. Ces 11 grossistes-répartiteurs full-liners sont soumis à des obligations de service public ainsi que la tâche d'approvisionner quotidiennement plus de 19 700 pharmacies de ville. Ceci avec une fréquence moyenne de 3 livraisons par jour. Selon le GIRP (Groupement International de la Répartition Pharmaceutique), le nombre moyen de boîtes / ligne de commande est de 1,7 boîtes / ligne de commande⁶⁴.



Graphique. 2 Part de marché des grossistes-répartiteurs pharmaceutiques allemands en 2015⁶⁵.

⁶⁴ *General and Market Information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/germany>

⁶⁵ *Marktanteile im Pharmagroßhandel in Deutschland im Jahr 2015*. In Statista [en ligne]. [consulté le 3

L'Allemagne n'est pas épargnée par les restrictions des dépenses de santé, ces réglementations ont un impact très important sur la marge des grossistes-répartiteurs. En effet, en Janvier 2004 a été adopté la loi sur la modernisation des soins de santé (GMG) qui a entraîné une diminution de moitié de la marge des grossistes-répartiteurs sur les médicaments remboursés passant de 12,5% en 2003 à 6,22% en 2004⁶⁶. De nos jours la marge des grossistes-répartiteurs est de 4,38%. Elle est plafonnée pour les médicaments coûtant plus de 1200€, selon PHAGRO (Pharmagrosshandelsverband), pour un médicament de 5000€ la marge du grossiste est de 0,77€⁶⁷.

D'après l'association PHAGRO regroupant l'ensemble des principaux acteurs de la distribution du médicament en Allemagne, le coût de la répartition ne représente que 3,3% du prix public du médicament. Dans la même perspective le coût de la fabrication représente 65,3% et celui de la délivrance en pharmacie 15,4%. Enfin les taxes représentent en moyenne 16% du prix public du médicament⁶⁸.

A cela nous pouvons aussi ajouter que la vente en gros de médicaments remboursables n'a cessé d'augmenter entre 2004 et 2017, selon une étude de l'institut de recherche sur le commerce de Cologne, celle-ci serait passé de 15 Mds € en 2004 à plus de 25 Mds € en 2017. Il est intéressant de constater que malgré la baisse de marge et les restrictions des budgets alloués par les pouvoirs publics, l'activité de la répartition pharmaceutique en Allemagne n'a jamais été aussi importante de nos jours que durant ces 15 dernières années⁶⁹.

novembre 2018]. Disponible sur : <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200998/umfrage/marktanteile-des-pharmagrosshandels-in-deutschland/>

⁶⁶ *Margenentwicklung im pharmazeutischen Großhandel für RX-AM 2003 bis 2017*. In PHAGRO [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.phagro.de/pharma-grosshandel/zahlen-daten-fakten/>

⁶⁷ *Dramatischer Spannenverfall im Pharmagrosshandel*. In PHAGRO [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.phagro.de/dramatischer-spannenverfall-im-pharmagrosshandel/>

⁶⁸ *Grosshandelsanteil Arzneimittelpreis*. In PHAGRO [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.phagro.de/pharma-grosshandel/zahlen-daten-fakten/>

⁶⁹ *Umsatz des Großhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (RX)*. In PHAGRO [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.phagro.de/pharma-grosshandel/zahlen-daten-fakten/>

Résultats du sondage de l'étude IPF (Institute for Pharmoeconomic Research) de 2016 sur le niveau de satisfaction des pharmaciens d'officine vis-à-vis des canaux de distribution du médicament⁷⁰ :

Les pharmaciens allemands sont globalement satisfaits par les grossistes-répartiteurs (94%), notamment par le temps de livraison où 100% des pharmaciens interrogés sont satisfaits par la rapidité à laquelle sont livrés les produits commandés auprès de leur grossiste-répartiteur full-liner. Il en va de même concernant la vente en directe par les laboratoires qui satisfait plus des 2/3 des pharmaciens. En revanche l'efficacité des services proposés par short-liners est beaucoup plus mitigée, seulement 1/3 des pharmaciens sont satisfaits. Concernant le détail des services proposés nous pouvons constater que le niveau de satisfaction poursuit la même tendance. Les services proposés par les grossistes-répartiteurs sont majoritairement satisfaisant, s'en suit ceux des laboratoires puis ceux des short-liners.

Cela peut s'expliquer par la manière dont les pharmaciens allemands utilisent les différents canaux de distribution des médicaments. Nous nous rendons compte que ce sont les grossistes-répartiteurs full-liners qui sont majoritairement sollicités par les pharmaciens concernant l'ensemble des demandes de l'officine : médicaments innovants (66%), spécialités de marque (71%), génériques (64%). Même les médicaments OTC (Over The Counter) sont une fois sur deux commandés via les grossistes-répartiteurs full-liners. Dans l'ensemble les laboratoires répondent à 1/3 des commandes pour chacune des catégories étudiées, puis les short-liners ne représentent au final que 1,5% des commandes pour chaque catégorie. Nous pouvons constater que le canal de distribution des short-liners n'est que rarement sollicité par les pharmaciens allemands. Cette activité est très faiblement démocratisée parmi les officines allemandes.

⁷⁰ WALTER. E. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2017. pp. 24-26.

Conclusion sur le modèle allemand :

Le modèle de distribution allemand est assez proche du modèle français, nous pouvons y retrouver une dizaine de grossistes-répartiteurs qui se partagent le marché de la distribution du médicament. La profession y est aussi fortement réglementée, soumise à des obligations de service public, sa marge est fixée par la loi (GMG, AMNOG). Ces entreprises doivent faire face aux mêmes problèmes que leurs homologues français. L'arrivée massive sur le marché des médicaments génériques qui a entraînée de la part des autorités, une diminution de la marge de distribution qui devait être compensée par l'augmentation du flux des médicaments peu onéreux. Cependant le marché a aussi dû accueillir de plus en plus de médicaments très onéreux, en 2014 les ventes de médicaments dans le segment de prix de 1200€ à 4000€ ont augmenté de 25% et celles du segment de prix de plus de 4000€ ont augmenté de 36%. Ces produits représentent un enjeu conséquent pour les grossistes-répartiteurs qui doivent engager des fonds importants dans la logistique et le transport de ces nouveaux médicaments. Ils se retrouvent coincés, entre des marges qui ne cessent de diminuer et d'être déconnectées du marché, ainsi qu'une augmentation de la concurrence notamment par l'arrivée sur le marché de distribution par les laboratoires qui forcent les ventes en direct surtout pour les médicaments innovants et les génériques. Cependant contrairement au marché français, la vente en direct est moins développée, les pharmaciens officinaux allemands sont plus fidèles à leur modèle traditionnel de distribution qui reste pour eux bien plus avantageux.

2. Le modèle espagnol

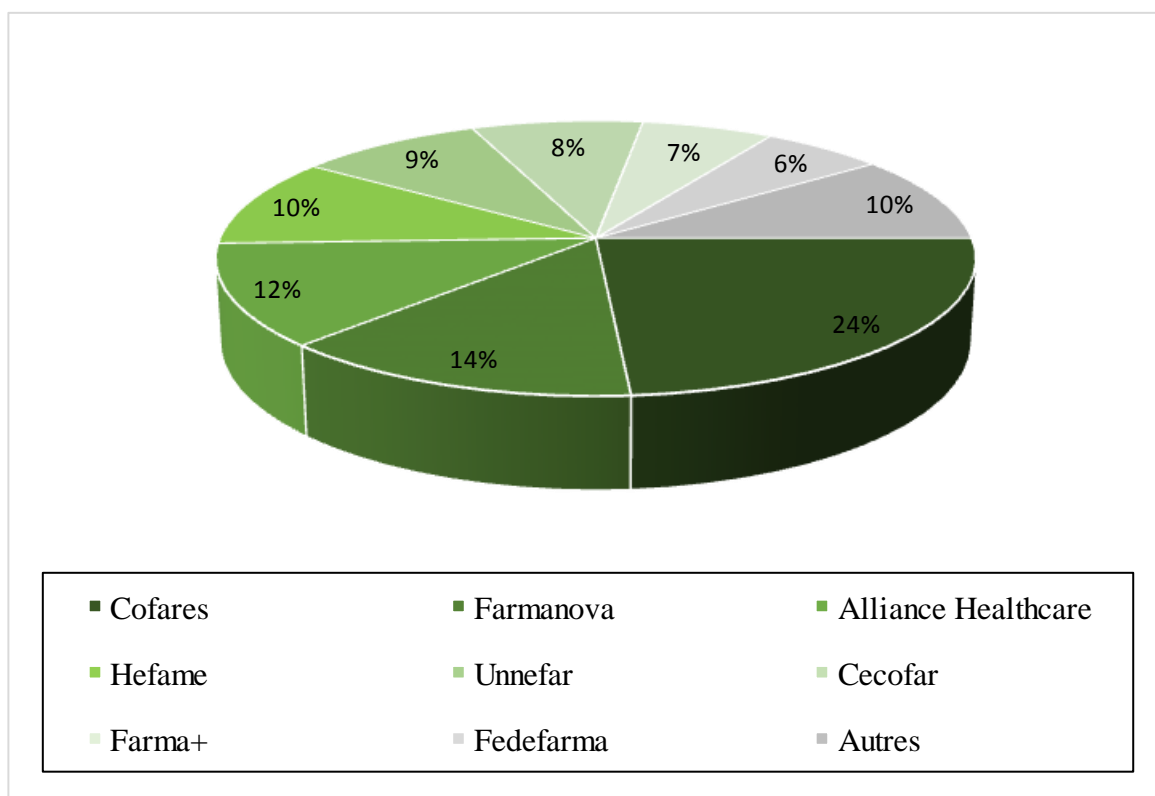
En Espagne la distribution pharmaceutique est multicanale, elle repose principalement sur un maillage très dense de grossistes-répartiteurs full-liners régionaux, 39 en 2015 selon le GIRP. Cette particularité peut s'expliquer par le fait qu'historiquement les régions espagnoles ont toujours eu une certaine autonomie concernant la gestion de leur territoire. Comme en France, les short-liners sont théoriquement interdits mais profitent de failles juridiques pour exercer leur commerce, cependant ils ont un impact quasi-négligeable.

Les grossistes-répartiteurs full-liners espagnols sont aussi soumis à des obligations de service public, leur activité est réglementée comme en France et en Allemagne. Les répartiteurs full-liners ont le devoir de livrer les 22 000 pharmacies de villes réparties en Espagne, pour cela ils peuvent compter sur plus de 150 établissements qui effectuent en moyenne 3 livraisons par jour⁷¹.

L'Espagne possède l'un des parcs d'établissements de répartition pharmaceutique des plus denses d'Europe. La majorité des répartiteurs se sont fondés sur le modèle de coopérative. Sur l'ensemble du territoire espagnol, au sein des communautés autonomes (Catalogne, Andalousie, Madrid, ...), les pharmaciens se sont regroupés en coopérative afin d'assurer la logistique d'un réseau de distribution de médicaments jusqu'à leur officine. Permettant l'accès aux patients à leurs traitements et à l'innovation thérapeutique.

⁷¹ *General & Market information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/spain>

Parmi les principaux représentants nous pouvons retrouver Cofares, BidaFarma, Hefame, Farmanova, etc... Cependant nous pouvons aussi retrouver des groupes internationaux tels qu'Alliance Healthcare qui a su s'implanter au sein de ce marché, malgré la forte présence des répartiteurs régionaux sur l'ensemble du territoire.



Graphique. 3 Part de marché des principaux grossistes-répartiteurs espagnols en 2013.⁷²

Selon une étude du CNMC (Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia), le coût de la distribution par les grossistes-répartiteurs représentait 5,1% du PPTTC d'un médicament en 2013.⁷³

⁷² *Análisis sectorial de la distribución farmacéutica en distribución farmacéutica en España*. In FEDIFAR [en ligne]. 2013. pp. 4. Disponible sur : <http://fedifar.net/wp-content/uploads/2016/01/analisis-sectorial-de-la-distribucion-farmacéutica-en-espana.pdf>

⁷³ *Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España*. In CNMC [en ligne]. pp. 76. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.cnmc.es/2015-10-21-estudio-sobre-el-mercado-de-distribucion-minorista-de-medicamentos-en-espana-272086>

La marge des grossistes-répartiteurs espagnols est séparé en 2 tranches, les médicaments qui ont un PFHT est inférieurs ou égal à 91,63€ est fixé à 7,6% du PFHT. Puis pour les médicaments qui ont un PFHT supérieur à 91,63€, la marge est fixée à 7,54% du PFHT. Enfin nous pouvons retrouver une exception pour les médicaments dans un emballage clinique où la marge est de 5%⁷⁴. Cependant ces marges ne sont pas fixées et sont réévaluées chaque année en fonction du PIB, de l'augmentation des ventes, etc.

Selon une étude réalisée par IPF en 2016, les parts de marché entre les grossistes-répartiteurs et la vente en direct n'ont quasiment pas évolué entre 2010 et 2015, les grossistes-répartiteurs conservent 95% des flux de médicaments⁷⁵. Cela démontre l'attachement des pharmaciens espagnols à leurs canaux de distribution traditionnels mais le marché espagnol tend à se concentrer et la vente en direct à devenir de plus en plus importante.

Conclusion sur le modèle espagnol :

Le marché espagnol est bien plus fragmenté que son homologue français. Les grossistes-répartiteurs full-liners espagnols se sont principalement fondés à partir de coopératives de pharmaciens d'officines. Ces coopératives se sont développées au niveau des communautés autonomes. De part ce fait les pharmaciens d'officine espagnols continuent à avoir très majoritairement recours aux grossistes-répartiteurs traditionnels.

⁷⁴ *Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo*. In Agencia estatal boletín oficial des estado [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-9291>

⁷⁵ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 8.

3. Le modèle italien

La distribution pharmaceutique en Italie repose sur un modèle multicanal dans lequel 41 grossistes-répartiteurs full-liners, en 2015, soumis à une obligation de service public. Ils ont pour mission de livrer en moyenne 3 fois par jour, près de 18 000 officines réparties sur le territoire⁷⁶.

Réseau très complexe car de nombreux acteurs se partagent le marché, l'Italie possède le nombre d'entreprises de répartition pharmaceutique le plus important d'Europe. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que le marché italien a mis plus de temps que ses homologues, à se réorganiser et à se concentrer⁷⁷. Parmi les principaux grossistes-répartiteurs qui se sont développés sur l'ensemble du territoire italien, nous pouvons noter Alleanza Salute Distribuzione qui a fusionné avec Alliance Healthcare, ainsi que Comifar qui appartient au groupement Phoenix Pharma.

La marge de la distribution pharmaceutique en Italie est réglementée pour les médicaments remboursés. Celle-ci fut dans un premier temps établi à 6,65% du PFHT en 1997, puis réduite à 3% en 2010. Cette même loi de 2010, mis en place de nouvelles déductions facturées au profit de la SSN (Servizio Sanitario Nazionale, équivalent de la Sécurité Sociale française), la part de contribution de la distribution s'élevant à 0,60⁷⁸.

L'activité des grossistes-répartiteurs a subi une légère diminution entre 2010 et 2015, selon un rapport de l'IPF. Elle a perdu 6% d'activité au profit de la vente en direct qui a augmenté de 12% à 18% de chiffre d'affaire⁷⁹.

⁷⁶ *General & Market information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/italy>

⁷⁷ BARGERIO. C. FORMENGO. G. *Struttura di mercato e countervailing power dei distributori all'ingrosso nel settore farmaceutico in Italia*. 2012. pp. 13.

⁷⁸ *DISTRIBUZIONE INTERMEDIA*. Associazione Distributori Farmaceutici [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.adfsalute.it/index.php/i-margini-commerciali/17-sito/distribuzione-intermedia>

⁷⁹ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 8.

Résultats du sondage de l'étude IPF de 2016 sur le niveau de satisfaction des pharmaciens d'officine vis-à-vis des canaux de distribution du médicament :

Les pharmacies italiennes sont dans l'ensemble très satisfaites des services proposés par les grossistes-répartiteurs full-liners, 98% de satisfaction. Nous pouvons retrouver cela sur l'ensemble des items étudiés : 100% de satisfaction concernant le passage des commandes, 95% de satisfaction concernant le temps de livraison ou encore 88% de satisfaction concernant le service de retour des produits. Pour ce qui est des services proposés par les laboratoires pharmaceutiques dans le cadre de la vente en directe, le niveau de satisfaction de pharmaciens italiens s'élève à environ 80% de satisfaction. La répartition des niveaux de satisfaction concernant les différents services fournis étudiés reste inférieure aux niveaux de ceux proposés par les grossistes-répartiteurs full-liners. Les canaux de distribution principalement utilisés par les pharmaciens italiens en fonction du type de produits, sont les grossistes-répartiteurs traditionnels, pour le ¾ des médicaments innovants et des génériques et les 2/3 des spécialités de marques et des médicaments OTC⁸⁰.

⁸⁰ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 26-28.

Conclusion sur le modèle italien :

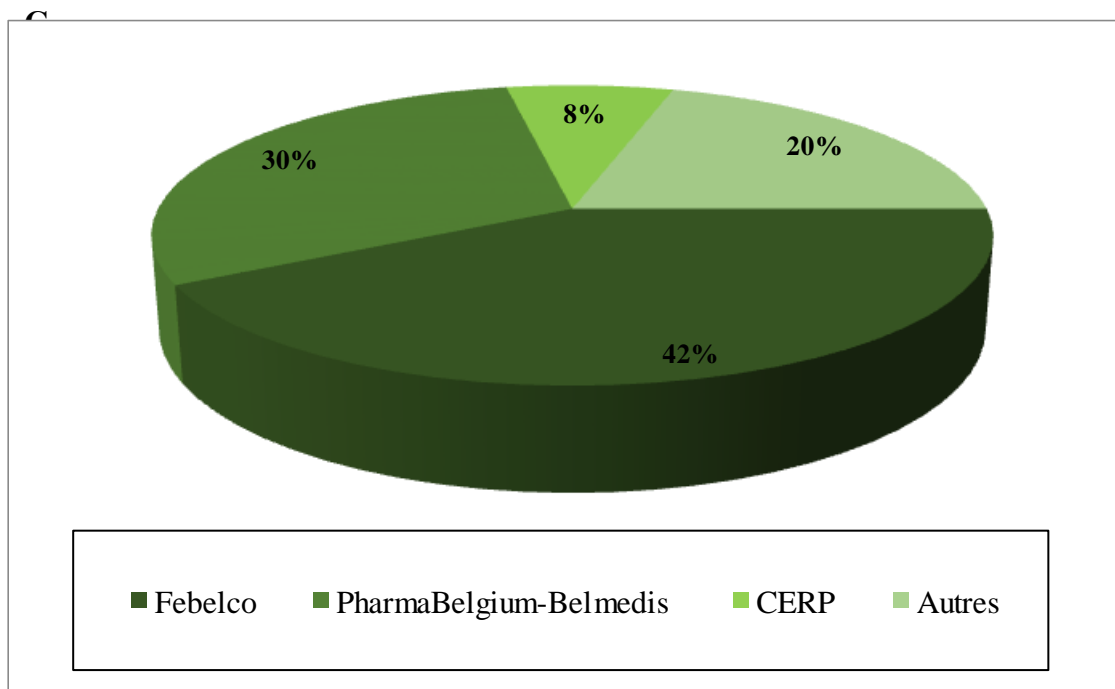
Le modèle italien est un modèle multicanal dans lequel un nombre très important d'acteurs se partagent les parts de marché. Le marché est très fragmenté de manière assez similaire avec le modèle espagnol. Cependant les grossistes-répartiteurs italiens devant faire face aux mêmes pressions économiques que leurs homologues européens (augmentation des génériques, arrivée des médicaments innovants de plus en plus onéreux, développement de la vente en direct, etc.). Face à ces enjeux, pour rester compétitif les répartiteurs italiens doivent se concentrer et former des structures plus grandes et plus solides. Nous pouvons constater que cela est le chemin entrepris par des groupes tel que le groupement Comifar, dont l'histoire récente est marquée par de nombreuses fusions illustrant la volonté d'intégration horizontale de la structure. Cela est d'autant plus une nécessité car la grande distribution, en Italie, développe son activité dans le marché de l'automédication, dont elle détient désormais 7% du marché⁸¹.

⁸¹ CHARRONDIÈRE. A. *Concentration des répartiteurs, e-commerce, essor des chaînes de pharmacies... : les grandes mutations de la distribution pharmaceutique en Europe*. In Les Echos ETUDES [en ligne]. 2017. [consulté le 10 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.lesechos-etudes.fr/news/2017/01/13/concentration-des-repartiteurs-pharmaceutiques-e-commerce-services-aux-pharmaciens-et-e-sante-les-grandes-mutations-de-la-distribution-pharmaceutique-en-europe/>

4. Le modèle belge

Le modèle de distribution pharmaceutique belge est lui aussi multicanal. Nous y retrouvons 8 grossistes-répartiteurs full-liners qui assurent l'approvisionnement de 5000 officines grâce aux 47 établissements disséminés sur l'ensemble du territoire. Livré en moyenne 2 fois par jour, les officines belges commandent environ 3 boîtes par ligne de commande à leur grossiste⁸².

Parmi les principaux grossistes-répartiteurs full-liners, nous pouvons trouver la CERP Belgique issue du groupement Astera, PharmaBelgium Belmedis qui appartient au groupement Mckesson Europe, ou encore Febelco, une fédération de coopératives de pharmaciens belges fondée en 2002. Les grossistes-répartiteurs full-liners belges sont soumis à des obligations de service public tout comme leurs homologues dans les pays voisins. Le marché belge reste très modeste comparé à celui de la France ou de l'Allemagne.



Graphique.4 Part de marché des grossistes-répartiteurs pharmaceutiques belges en 2016.

⁸² *General & Market information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/belgium>

La marges de grossistes-répartiteurs tout comme celle des pharmaciens est fixée par le ministère de l'économie belge, elle varie selon s'il s'agit de médicaments remboursables ou non. La marge de distribution des médicaments non remboursables est calculée sur le prix de vente en gros hors taxes. Nous retrouvons ainsi 2 tranches, la première tranche pour les médicaments qui ont un PPTTC inférieur ou égal à 25,43€. La marge de la distribution en gros correspond à 13,1% du prix de vente hors taxes. Puis la deuxième tranche pour les médicaments qui ont un PPTTC supérieur à 25,43€. Ici la marge de distribution est fixée à 2,18€ par présentation. Concernant les génériques des médicaments non remboursables, leurs marges sont en valeur absolue identique à celles des spécialités de références.

La marge de la distribution des médicaments remboursables et de leurs génériques, est calculée à partir du prix fabricant hors taxes. Elle est répartie en 3 tranches, soit 0,35€ si le PFHT est inférieur à 2,33€, soit 15% du PFHT si celui-ci est compris entre 2,33€ et 13,33€ inclus. Enfin 2€ + 0,9% de la partie du PFHT dépassant 13,33€ pour les médicaments remboursables dont le PFHT est supérieur à 13,33€⁸³.

Conclusion sur le modèle belge :

Le modèle de distribution pharmaceutique belge est similaire à celui de ses voisins allemands et français. Le marché belge est plus modeste néanmoins il est aussi soumis aux mêmes enjeux que ses homologues.

⁸³ *Médicaments à usage humain*. In Ministère de l'économie belge [en ligne]. 2018. [consulté le 10 novembre 2018]. Disponible sur : <https://economie.fgov.be/fr/themes/ventes/politique-des-prix/prix-reglementes/medicaments-usage-humain>

II. Les particularités du modèle britannique

Le Royaume-Uni est l'un des environnements les plus libéraux d'Europe, les remises et rabais sont autorisés, ici le prix du médicament fait partie des plus faibles d'Europe⁸⁴. De plus l'intégration horizontale qui se traduit principalement par la formation de chaînes de pharmacies et l'intégration verticale, c'est-à-dire la fusion d'entreprises complémentaires dans un même domaine d'activité (laboratoires, répartiteurs et pharmacies) y est monnaie courante. Un pharmacien peut posséder plusieurs officines, les magasins peuvent vendre des médicaments OTC, enfin le marché du médicament sur Internet est en plein développement.

1. Le paysage de la répartition pharmaceutique au Royaume-Uni

Les principaux grossistes-répartiteurs nationaux du Royaume-Uni sont Celesio, Alliance Healthcare, Phoenix et Mawdsley-Brooks, à eux seuls ils se partagent plus de 90% du marché de la répartition du médicament au Royaume-Uni⁸⁵. Ces grossistes-répartiteurs, non soumis à des obligations de service public, effectuent en moyenne 2 livraisons journalières aux quelques 14000 pharmacies disséminées sur l'ensemble du territoire, soit une densité d'environ 1 pharmacie pour 5000 habitants⁸⁶.

⁸⁴ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 10.

⁸⁵ KANAVOS. P. SCHURER. W. VOGLER. S. *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. EMINET. 2011. pp. 65.

⁸⁶ *General & Market information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/united-kingdom>

Dans ce paysage peu restrictif, où les remises et rabais sont autorisés, la marge des grossistes-répartiteurs n'est pas directement régulée par les pouvoirs publics. Elle est le fruit de négociations privées entre les grossistes-répartiteurs et les laboratoires pharmaceutiques. En moyenne cette marge s'élève à 12.5% du PGTH⁸⁷, cependant le prix du médicament (de marque ou génériques) reste l'un des faibles d'Europe.

Cela est principalement lié à l'action du gouvernement, qui malgré les grandes libertés d'actions accordées aux entreprises, met en place des schémas de régulation pharmaceutique des prix (PPRS). Il incite les pharmaciens d'officine à vendre leurs médicaments à moindre prix et au besoin à rechercher de meilleures marges en ayant recours à d'autres canaux d'approvisionnement. Le but principal de ces manœuvres est de limiter les dépenses de santé publique, afin de maintenir le NHS (National Healthcare System), l'équivalent de la Sécurité Sociale en France. Cela favorise un climat de concurrence très rude au sein de la distribution pharmaceutique, qui le prix du médicament toujours plus vers le bas.

Les grossistes-répartiteurs qui se partagent le marché plus de 90% du marché ont vu arriver durant ces dernières années l'émergence de nouveaux canaux de distribution du médicament. Le Royaume-Uni n'a pas été épargné par les perturbations du milieu de la répartition pharmaceutique. Bien au contraire son environnement peu restrictif fut un terreau favorable au développement de nouveaux canaux de distribution des médicaments.

Les taux de croissance du marché de la répartition « full-line » ont diminué, cela est notamment lié à la réorganisation de la distribution pharmaceutique par les « Big Pharma ». Celles-ci ont développé sur le territoire britannique des canaux de distribution alternatifs tel que le « Direct-To-Pharmacy » (DTP) et le « Reduced Wholesale Model » (RWM).

⁸⁷ KANAVOS. P. SCHURER. W. VOGLER. S. *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. EMINET. 2011. pp. 46.

2. Agency model et DTP

La vente en direct développée au Royaume-Uni appelée Direct-To-Pharmacy (DTP), est le fruit de la volonté de laboratoires pharmaceutiques tel que GSK dans un premier temps, puis Pfizer. D'autres laboratoires comme AstraZeneca, Eli Lilly ont suivi la marche. L'un des principaux facteurs qui a favorisé l'implication directe des laboratoires dans la distribution de leurs produits est l'arrivée sur le marché des médicaments génériques suivi de médicaments de plus en plus coûteux qui ont de surcroît un faible flux de vente. En résumé, le bouleversement de l'arsenal thérapeutique qui a commencé au début des années 90, et qui a mis à mal l'économie du secteur de la répartition, se trouve être le terrain qui a vu pousser l'intérêt des laboratoires pharmaceutiques à court-circuiter les grossistes-répartiteurs.

Dans le cadre du DTP, les laboratoires passent généralement un contrat avec un grossiste-répartiteur. Ce contrat appelé « Agency arrangement » repose sur plusieurs points⁸⁸ :

- Le grossistes-répartiteurs à l'exclusivité des produits proposés par le laboratoire ;
- Le grossiste-répartiteur ne possède pas le stock, il n'est considéré que comme un fournisseur de logistique, en d'autres termes, il joue le rôle d'un dépositaire.
- Le grossiste-répartiteur ne possédant pas le stock, il ne peut pas négocier des remises concernant ces produits avec les pharmacies.

Ce type de schéma est une alternative pour les laboratoires qui souhaitent distribuer directement leurs médicaments certains vont même jusqu'à développer leur propre plate-forme de distribution (Novartis, Roche).

⁸⁸ KANAVOS. P. SCHURER. W. VOGLER. S. *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. EMINET. 2011. pp.33.

3. Les « Reduced Wholesaler Models » (RWM)

Le RWM est modèle de distribution pharmaceutique dans lequel les laboratoires passent des contrats avec un nombre limité de grossistes-répartiteurs dont l'activité reste traditionnelle (achat du stock, possibilité d'accordé des remises lors de la vente). Ce modèle restreint le nombre de répartiteurs ayant la possibilité de vendre certains produits, qui sont sur la liste de contrat d'exclusivité passé avec les laboratoires. Au Royaume-Uni de nombreux laboratoires ont fait le choix de ce canal de distribution pour une partie de leur produit, bien plus avantageux pour eux. Parmi les laboratoires, nous pouvons retrouver Sanofi Aventis, Novartis, Roche, Novo Nordisk ou encore Bayer Schering, l'ensemble des laboratoires qui ont adopté le modèle RWM pour distribuer leur produit représentait environ 20% du marché de la distribution au Royaume-Uni déjà en 2010⁸⁹.

Le DTP et RWM sont des arrangements sélectifs entre fabricants et grossistes-répartiteurs où ces derniers doivent se concentrer afin de peser plus lourd dans les négociations. Dans ces arrangements les capacités de décision du grossiste-répartiteur sur les remises accordées aux pharmacies peuvent être limitées par les laboratoires notamment dans le DTP. L'émergence de ces nouveaux canaux force l'intégration verticale des structures de distribution du médicament dans un secteur économique de plus en plus tendu. Ces modèles de distribution du médicament ont pu se développer grâce à l'absence d'obligation de service public pesant sur l'activité des grossistes-répartiteurs.

⁸⁹ KANAVOS. P. SCHURER. W. VOGLER. S. *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. EMINET. 2011. pp. 34.

Résultats du sondage de l'étude IPF de 2016 sur le niveau de satisfaction des pharmaciens d'officine vis-à-vis des canaux de distribution du médicament⁹⁰

Ici le paysage de la distribution étant bien plus compliqué, la catégorie grossiste-répartiteur regroupe les full-liners et les short-liners. Les pharmaciens britanniques sont pour 72% satisfaits par les services proposés par les grossistes-répartiteurs full-liners et short-liners et 56% concernant ces mêmes services proposés directement par les laboratoires. Cela se traduit par un niveau de satisfaction de 83% concernant le temps de livraison effectuée par les grossistes-répartiteurs. Alors que seulement 57% des pharmaciens britanniques sont satisfaits du temps de livraison des laboratoires.

Au niveau de l'utilisation des différents canaux de distribution des médicaments mis à disposition des pharmaciens d'officine. Le pharmacien britannique a principalement recours aux grossistes-répartiteurs pour les médicaments innovants (60% contre 40% de ventes en direct). Ces valeurs sont d'autant plus importantes concernant les autres catégories de médicaments, 81% des médicaments de marques, 95% des génériques et 90% des produits OTC sont commandés via des grossistes-répartiteurs. Pour l'ensemble des services évalués dans cette étude que ce soit la fréquence des livraisons, le passage des commandes, le service de retour, le nombre de produits disponibles, etc. Les pharmaciens interrogés sont en moyen dans 75% des cas satisfaits des services réalisés par les grossistes-répartiteurs. Cependant il est important de noter que dans cette étude, sous le terme de grossiste-répartiteur sont réunis les grossistes-répartiteurs full-liners, les short-liners, ainsi que les grossistes appliquant le modèle RWM.

Même dans cet environnement bien plus libéral, les grossistes-répartiteurs full-liners restent une valeur sûre et un partenaire de choix pour le pharmacien officinal. Malgré l'éventail important des possibilités qui lui est proposées, il reste attaché au canal de distribution historique des médicaments, lequel au final, lui est le plus profitable dans son activité quotidienne.

⁹⁰ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 97-98.

III. L'efficacité d'un système

1. Les leaders du marché européen

Nous nous attacherons dans cette partie à faire le tour d'horizon des principaux groupements leaders de la distribution pharmaceutique en Europe.

Celesio

Anciennement Gehe, répartiteur pharmaceutique allemand, Celesio est devenu en 2014 une filiale du groupe McKesson à hauteur de 76%. Son activité s'est développée au fil de ses acquisitions :

La répartition pharmaceutique (plus de 80% du chiffre d'affaire), la formation de chaîne de pharmacie (notamment avec la branche anglaise Lloyds Pharma), la vente en ligne ou encore le développement de services à domicile.

Présent dans 13 pays européens, il constitue l'un des groupements de grossistes-répartiteurs pharmaceutiques principal d'Europe avec un chiffre d'affaire consolidé en 2016 de plus de 20 Mds €⁹¹ soit un CA consolidé de 198,5 Mds USD pour le groupe McKesson.

Parmi les principales filières de Celesio, nous pouvons retrouver PharmaBelgium - Belmedis en Belgique, OCP en France, Gehe en Allemagne, Admenta en Italie ou encore Celesio UK (AAH) au Royaume-Uni.

⁹¹ GALINIER-WARRAIN, A. CHARRONDIERE. H. *Enjeux et perspectives de la distribution pharmaceutique en Europe*. In Les Echos Etudes. 2017. pp. 144.

Alliance Boots

Issue de la fusion du groupe américain Wallgreen et du groupe britannique Alliance Boots en 2014. Le groupement Wallgreen Boots Alliance a émis en 2016 un CA consolidé de plus de 117 Mds USD⁹². Son activité sur le sol européen dérive de 3 de ces 4 grands pôles d'activité :

Retail Pharmacy international se sont des points de vente de produits pharmaceutiques, produits de bien-être et optique, la principale enseigne étant Boots notamment présente au Royaume-Uni.

Pharmaceutical Wholesale, l'une de ses principales sources d'activité qui est la répartition pharmaceutique principalement représenté par Alliance Healthcare présent dans 11 pays en Europe.

Enfin Global Brands se sont les unités de fabrication de « marque génériqueur » tel que Almus, ou encore de dispositifs médicaux tel que Alvitia.

⁹² GALINIER-WARRAIN. A. CHARRONDIÈRE. H. *Enjeux et perspectives de la distribution pharmaceutique en Europe*. In Les Echos Etudes. 2017. pp. 155.

Phoenix Group

Phoenix est un groupe familial détenu par la famille Merckle en Allemagne, Il est présent dans 26 pays européens, leader en Allemagne et dans 12 autres pays. Son activité tourne essentiellement autour de la répartition pharmaceutique. Il est aussi propriétaire de 20 plateformes logistiques servant de dépositaires à plus de 200 laboratoires à travers l'Europe.

Très présent en Europe centrale et de l'Est, il est à l'initiative du service "All-in-one", approche collaborative entre les différents acteurs du circuit de distribution du médicament. Le groupement a émis un chiffre d'affaire consolidé de 24 Mds€ en 2016⁹³, grâce à ses 152 agences réparties en Europe. Cependant la majorité de son chiffre d'affaire (70%) est réalisé par son activité en Europe de l'Ouest dont 35% exclusivement sur le territoire allemand.

Le groupement Phoenix oriente sa stratégie de développement vers l'intégration verticale. Enfin le groupement diversifie ses offres avec le développement de chaînes de pharmacies et de service de maintien de soins à domicile.

⁹³ GALINIER-WARRAIN, A. CHARRONDIÈRE. H. *Enjeux et perspectives de la distribution pharmaceutique en Europe*. In Les Echos Etudes. 2017. pp. 147.

2. Valeurs ajoutées du grossiste-répartiteur

Face à l'évolution des besoins de ces partenaires au sein du circuit de distribution du médicament, à la croissance du marché et l'augmentation des pressions réglementaires, le grossiste-répartiteur se doit d'adapter les services qu'il propose afin de mieux correspondre aux nouveaux enjeux auxquels doit faire face la profession. Cela signifie étendre l'éventail des services proposés au-delà du rôle traditionnel de distributeur pharmaceutique. Ainsi le grossiste-répartiteur peut élargir ses services vis-à-vis de ses 2 interlocuteurs principaux les laboratoires et les pharmacies. Mais aussi être plus proactif, en répondant à des besoins émis par la société et les patients.

Services rendus aux laboratoires.

La majorité des services réalisés par les grossistes-répartiteurs sont invisibles aux yeux des patients. Cependant ils jouent un rôle essentiel dans la structure du circuit de distribution du médicament. La valeur ajoutée des services du grossiste-répartiteur proposés aux laboratoires pharmaceutiques peut s'exprimer de différentes manières.

L'accès au marché national pour un nouveau médicament et son placement au sein de l'arsenal thérapeutique employé par les médecins sont de véritables défis pour les laboratoires pharmaceutiques. Ici l'expertise du grossiste-répartiteur sur marché national et les législations en vigueur peuvent servir de base de travail pour les laboratoires. Ces derniers peuvent ainsi élaborer plus rapidement les dossiers permettant la commercialisation de leurs produits tout en étant en adéquation avec les réglementations nationales. De même les grossistes-répartiteurs jouent un rôle important dans les plans marketing élaborés par les laboratoires. Ils peuvent fournir des données permettant le profilage des clients afin d'affiner la stratégie produit (data mining), les plans de publicité et la promotion auprès des pharmacies notamment par le biais de leurs commerciaux et catalogues de produits.

Grâce à leur position au sein de la chaîne de distribution du médicament, les grossistes-répartiteurs ont la capacité d'établir des études de marché, des statistiques et des rapports de vente. L'ensemble de ces données sur le marché sont des sources d'informations de grandes valeurs pour les laboratoires afin de mieux comprendre la dynamique du marché et de mieux repérer les clients clés. D'ailleurs selon l'étude réalisée par l'IPF en 2016, nous pouvons constater que la valeur ajoutée principale pour les laboratoires concerne les services de rappel de lots, les soutiens apportés lors du lancement d'un produit et les rapports de ventes que réalisent les grossistes-répartiteurs⁹⁴.

De par leur expertise dans le stockage, la logistique et le transport, les grossistes-répartiteurs peuvent proposer des services d'entreposage de marchandises au même titre que les dépositaires. Cela peut s'illustrer par les RWA principalement pratiqués par les grossistes-répartiteurs britanniques. Mais, nous pouvons aussi voir ce genre de pratique sous une autre forme. En France, l'ensemble des principaux grossistes-répartiteurs possèdent des dépositaires et louent ainsi leur expertise aux laboratoires : Alloga par Alliance Healthcare, Eurodep par Astera, Ivrylab par Phoenix Pharma.

⁹⁴ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 34.

La spécialisation des grossistes-répartiteurs dans la gestion d'inventaire, le stockage et le transport de grands volumes de marchandises en font des partenaires de choix pour les laboratoires. Les laboratoires évitent d'investir du temps et des ressources dans le développement de leur propre réseau de logistique afin de se concentrer sur leur activité principale la recherche et le développement de nouveaux médicaments. Cela est d'autant plus important pour les petits et moyennes laboratoires qui à l'intérieur d'un marché fortement concurrentiel n'ont pas forcément les ressources nécessaires à allouer à la création de leur propre réseau de distribution.

La traçabilité est définie par la possibilité de suivre un produit aux différents stades de sa production, de sa transformation et de sa commercialisation. Dans le cas de la filière pharmaceutique celle-ci est d'autant plus cruciale, dû au fait que les produits pharmaceutiques ne sont pas anodins, de par l'action interne ou externe qu'ils peuvent avoir sur l'organisme. La chaîne de distribution qui découle de celle de la fabrication, se doit de répondre aux enjeux de traçabilité et de qualité, en luttant contre les trafics et les contrefaçons, en respectant la chaîne du froid, en étant réactif sur les retraits de lots. Assurer la traçabilité de médicaments fait partie des prérogatives du pharmacien peu importe son emplacement dans la chaîne de distribution du médicament.

Pour assurer une bonne traçabilité des médicaments en outre de leur numéro de lots et leur date de péremption, nous pouvons retrouver sur chaque boîte de médicament un code CIP.

Le CIP (Club Inter-pharmaceutique) issu du CIL (Club Inter-Laboratoires) est créé en 1964, par des industriels pharmaceutiques qui souhaitaient élaborer des statistiques pour l'ensemble des opérateurs en vue de connaître l'évolution du marché⁹⁵.

Les grossistes-répartiteurs ont eu depuis toujours un rôle déterminant dans la traçabilité du médicament. En effet la nécessité d'harmoniser l'identification des produits a conduit les grossistes-répartiteurs à demander au CIL la création d'un code pour chaque spécialité pharmaceutique. Ainsi l'informatisation et la volonté d'améliorer le circuit de distribution des médicaments a conduit à la création du code CIP et à son utilisation par l'ensemble des acteurs du circuit (laboratoires, grossistes-répartiteurs, officines, établissements de santé, ...). Enfin le CIP fut rejoint par l'Association de Codification Logistique (ACL) qui coopère pour la bonne traçabilité des produits pharmaceutiques. L'expertise des grossistes-répartiteurs dans la traçabilité est une véritable valeur ajoutée dont les laboratoires peuvent bénéficier. Cela est d'autant plus d'actualité avec les nouvelles normes européennes sur la sérialisation des produits pharmaceutiques. Elle consiste en un nouveau système de traçabilité par identifiant unique pour chaque boîte de médicaments, code communautaire relatif aux médicaments à usage humain⁹⁶.

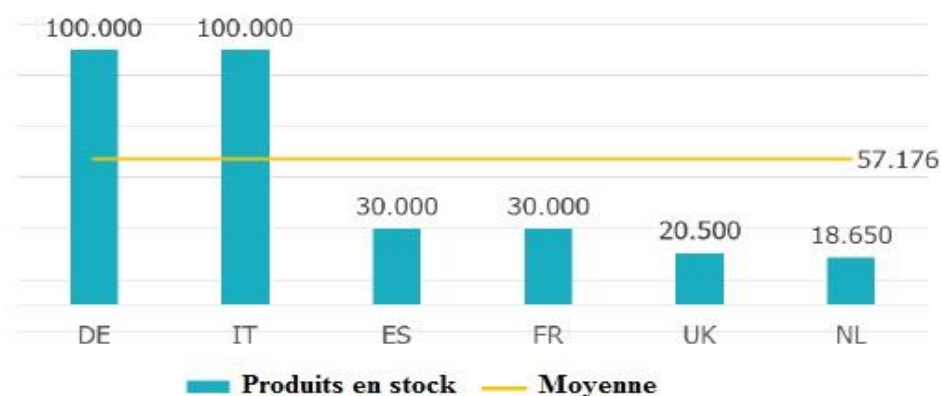
Enfin les grossistes-répartiteurs ont une véritable valeur ajoutée dans la gestion de déchets pharmaceutiques, comme nous l'avons vu avec Cyclamed. Ou encore dans la logistique d'essais cliniques (transport des échantillons, recrutement, conditionnement des essais cliniques, ...).

⁹⁵ *Un peu d'histoire*. In CIP [en ligne]. [consulté le 12 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.cipclub.org/association-cip/historique-et-status/>

⁹⁶ *Directive 2011/62/UE du 8 Juin 2011*. Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir_2011_62/dir_2011_62_fr.pdf

Services rendu aux pharmaciens

Les grossistes-répartiteurs et les pharmaciens coopèrent étroitement afin de développer un environnement sûr garantissant la santé et le bien-être du patient. Pour cela les grossistes-répartiteurs garantissent dans la mesure du possible la disponibilité des médicaments et un service de livraisons dans les plus brefs délais.



Stock des grossistes-répartiteurs full-line FR, DE, ES, IT, NL, UK en 2015

Graphique. 5 Stock des grossistes-répartiteurs full-liner FR, DE, ES, IT, NL, UK en 2015.⁹⁷

Les pharmacies étant le principal client des grossistes-répartiteurs, bénéficient de nombreux services qui ont une forte valeur ajoutée. La valeur ajoutée primordiale du grossiste-répartiteur envers la pharmacie est l'externalisation du stock. Cela signifie que le grossiste-répartiteur porte le poids du stock de la pharmacie lui permettant un approvisionnement au fil de l'eau. Le grossiste-répartiteur a ainsi un impact direct sur la trésorerie de la pharmacie notamment si celle-ci est de petite taille.

⁹⁷ Full supply and stock-keeping function. In GIP IPF key finding. 2016. pp. 12

Coût additionnel lié au traitement des commandes par pharmacie et par an.
(estimation moyenne pour les officines de FR, ES, IT, DE, NL, UK)



Graphique. 6 Coûts additionnels liés au traitement des commandes par pharmacie et par an. (Estimation moyenne pour les officines FR, ES, IT, DE, NL, UK)⁹⁸

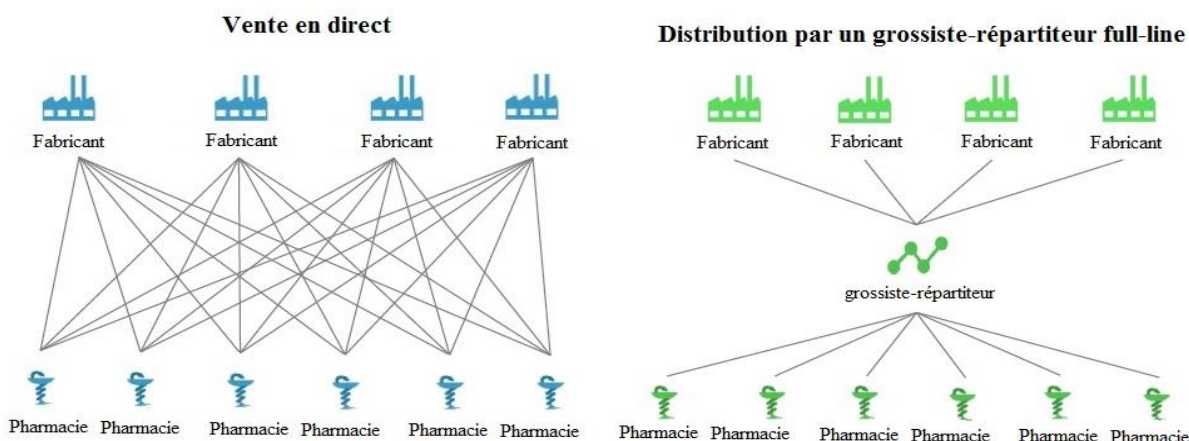
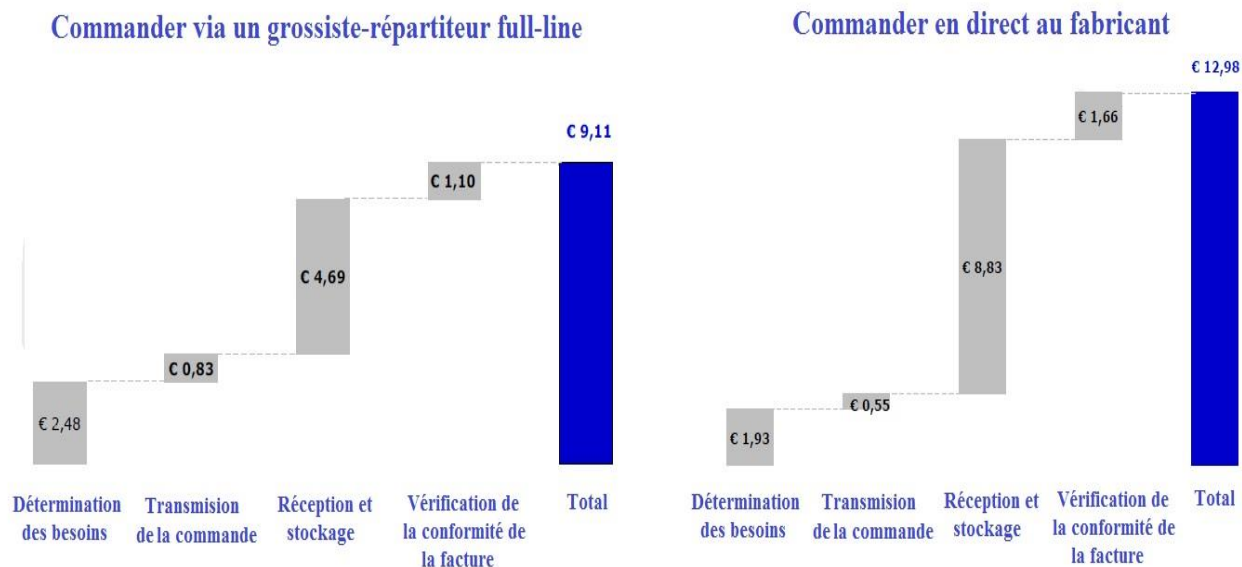


Figure 10. Place stratégique du grossiste-répartiteur au sein du circuit de distribution du médicament.

Le grossiste-répartiteur est un véritable agrégateur de flux, en moyenne chaque commande livrée à une pharmacie contient des produits de 19 laboratoires différents. La différence de coût entre une commande passée via un grossiste-répartiteur ou directement à un laboratoire représente 3,87€, si nous la rapportons au fait qu'une commande via un grossiste-répartiteur contient en moyenne des médicaments de 19 laboratoires différents. Cela représente une économie de 73€ pour la pharmacie.

⁹⁸ *Bundling function (pooling of products)*. In GIRP IPF key finding. 2016. pp. 19



Graphique. 7 Différentiel de « coût de process » à l'officine en fonction du canal de distribution. ⁹⁹

D'autres services sont proposés tel que des services de micro-logistique, la gestion et l'analyse des achats et des ventes, le support marketing et merchandising. Ou encore l'ensemble des services d'informatisation des activités des pharmacies avec des outils de gestion numériques, l'automatisation des ventes et le développement d'outils de e.Santé. Les grossistes-répartiteurs proposent de plus en plus des formations pour l'ensemble de l'équipe officinale dans le cadre du DPC (développement professionnel continu)¹⁰⁰.

Enfin parmi les services proposés par les grossistes-répartiteurs qui sont une véritable valeur ajoutée surtout dans l'environnement actuel de la pharmacie, où les pharmaciens d'officine se regroupent. Certains appartiennent à de grands groupements réunissant des centaines de d'officines, d'autres forment de petits groupements (GIE) d'une dizaine de pharmacies. L'intérêt étant le même, se regrouper afin d'avoir plus de poids lors des négociations avec les laboratoires pour avoir de meilleures remises. Cependant cela signifie devoir passer des commandes plus importantes et de ce fait devoir gérer un stock de produits important qui le plus souvent doit être réparti entre les différents membres du groupe.

⁹⁹ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 46.

¹⁰⁰ Art 114 LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2E9EEF2B0B70B7952592EBB5001B355C.tplgfr29s_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

C'est sur ce point que le grossiste-répartiteur joue un rôle clé. Des grossistes comme l'OCP qui propose la formation de groupement de pharmacies indépendants via leur plate-forme Pharmactiv®. Il donne ainsi accès à ces pharmacies regroupées à une CAP (Depotrade) dont le principal logisticien est l'OCP Répartition. Enfin les grossistes-répartiteurs accordent aux pharmacies d'un même groupement un service de rétrocession.

La rétrocession de médicaments entre officines est une pratique non réglementée¹⁰¹ mais tolérée, elle est dans le collimateur de la DGS (Direction Générale de la Santé) depuis nombreuses années. En France, cela crée de nombreux débats au sein de la profession entre les pharmaciens qui utilisent les services d'achat de SRA ou de CAP et d'autres qui souhaitent rester maître de leurs négociations commerciales afin de conserver une autonomie totale. Ainsi les laboratoires accordent plus de remises à certaines formes de structures ou encore les grossistes-répartiteurs utilisent les services de rétrocession comme argument de négociation, afin d'assurer leur position au sein d'un groupement de pharmaciens.

¹⁰¹ Article L5124-1 [en ligne]. [consulté le 12 novembre]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689973>

Services à la société

Les grossistes-répartiteurs remplissent des obligations de service public dans la majorité des pays européens. L'un des services primordiaux qu'apporte le grossiste-répartiteur à la société est la possibilité de pouvoir gérer une crise sanitaire ou épidémie, notamment grâce à sa capacité de logistique, de stockage et de livraison de produits pharmaceutiques. Les grossistes-répartiteurs apportent aussi une valeur ajoutée dans la lutte contre les contrefaçons. Ils sont un maillon central dans la chaîne de distribution des médicaments au niveau national. A cela est combiné leur rôle dans la traçabilité du médicament. Enfin pour la société, le grossiste-répartiteur à une valeur très importante comme toutes entreprises, il est source d'emplois dans le secteur. Selon une étude menée par l'IPF, avec pour source EUROSTAT, 1€ investi dans la répartition pharmaceutique générerait en moyenne 2,10€ dans l'économie des 6 pays étudiés (France, Allemagne, Italie, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni). De même la création d'un emploi (équivalent temps plein) dans le secteur de la répartition générerait 1,94 emploi dans le marché de l'emploi total¹⁰².

Services pour les patients

Le rôle premier de la répartition pharmaceutique n'est apparemment pas d'être en contact direct avec les patients. Cependant c'est bien par leur action qu'ils garantissent la qualité du produit et l'accès aux médicaments. De plus les grossistes-répartiteurs développent leurs services aux patients afin d'apporter directement leur valeur ajoutée au traitement du patient. Cela peut passer par le développement d'outils d'autodiagnostic et de gestion du traitement, par le financement de programmes d'éducation thérapeutique, ou encore le développement de service de livraison à domicile et de maintien de soins à domicile

¹⁰² WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 56.

3. Perception du rôle des grossistes-répartiteurs par les autres auteurs de la chaîne de distribution du médicament.

En 2016, l'IPF (Institute for Pharmacoeconomic Research) a mené une étude¹⁰³ à la demande du GIRP sur l'efficacité et le profil du secteur de la répartition pharmaceutique « full-line » en Europe. Cette étude repose principalement sur 2 questionnaires qui ont été envoyés à 376 pharmacies européennes et 123 laboratoires à travers le monde pendant 6 mois. Le principe de cette étude était d'analyser la perception du rôle des grossistes-répartiteurs par ces principaux interlocuteurs que sont les laboratoires et les pharmacies. Cependant elle reste limitée à seulement 6 pays européens que sont la France, l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Ces pays représentent tout de même près du $\frac{3}{4}$ des ventes totales du marché de la distribution. Cela peut s'expliquer dans un premier temps, par un point de vue démographique, ces états représentent plus des $\frac{2}{3}$ tiers de la population totale d'Europe. Mais aussi d'un point de vue historique, c'est principalement au cœur de ces pays que la Révolution industrielle et les avancées dans la chimie, la pharmacologie, la médecine ont permis la naissance de nombreux laboratoires pharmaceutiques internationaux.

Du point de vue des pharmaciens d'officine, la grande majorité soit près de 88% des pharmaciens sont satisfaits des services des grossistes-répartiteurs « full-line ». Alors que 57% d'entre eux sont satisfaits des services des laboratoires. Le principal point de divergence étant le temps de livraison, avantage indéniable de la répartition « full-line ». En effet près de 94% des pharmaciens d'officine trouvent que le temps de livraison des grossistes-répartiteurs est satisfaisant, contrairement aux livraisons de la vente en directe par les laboratoires. Ici s'illustre l'un des points-clé du domaine d'activité d'un grossiste-répartiteur, qui est la maîtrise d'une logistique permettant l'acheminement d'un grand nombre de spécialités, dans l'ensemble d'un territoire donné et dans les plus brefs délais.

¹⁰³ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 17-35

| | Grossiste- répartiteur full-line | Short-liner | Vente en direct |
|---|-------------------------------------|-------------|--------------------|
| Fréquence de livraison en moyenne (en heures) | 4,60 | 20,05 | 57,86 |
| Nombre de livraisons par semaine en moyenne | 16,02 | 4,34 | 3,66 |

Tableau 2. Caractéristiques des livraisons en fonction du canal de distribution.¹⁰⁴

Par la suite, le niveau de différents services proposés par les 3 canaux de distribution (grossiste-répartiteurs « full-liner », short-liner et vente en directe) sont évalués par les pharmaciens d'officine. Globalement l'ensemble des services correspondants à l'activité principale des grossistes-répartiteurs, la livraison (passage de commande, temps de livraison, respect de la chaîne du froid, nombres de livraison par jour) et le transport de produits pharmaceutiques sont satisfaisants pour plus de 90% des pharmaciens interrogés. S'en suit tous les services concernant le stock : produits disponibles, remises, délai maximum pour passer une commande qui satisfont plus de 80% des pharmaciens. Enfin le point le moins satisfaisant étant les facilités et arrangements financiers accordés qui ne satisfont que 50% des pharmaciens interrogés. Les mêmes services proposés par les short-liners ont un niveau de satisfaction en moyenne 20 à 30% plus faible que celui issus des services proposés par les full-liners.

Puis pour ce qui est de ces services proposés par les laboratoires dans le cadre de la vente en directe le niveau de satisfaction varie beaucoup d'un item à l'autre de 72% de satisfaction concernant les conditions de transport des médicaments à seulement 27% pour ce qui concerne les arrangements financiers accordés. Nous pouvons noter que dans l'ensemble des items, le niveau de satisfaction est bien plus important pour les services proposés par les grossistes-répartiteurs. Il est moindre pour les short-liners et est plutôt faible pour les laboratoires notamment concernant les items en relation avec la livraison (durée, passage de commande, minimum de produits commandables).

¹⁰⁴ *Delivery time & frequency (weighted average in 2015)*. In GIRP IPF key finding. 2016. pp. 16.

Du point de vue des laboratoires, plus du $\frac{3}{4}$ des laboratoires interrogés sont satisfaits par les services proposés par les grossistes-répartiteurs. Cependant ce niveau de satisfaction est équivalent à celui des services proposés par les dépositaires (comprenant ainsi la vente en direct). Il est donc difficile pour les grossistes-répartiteurs de se démarquer des dépositaires vis-à-vis des services rendus aux laboratoires. La suite de l'étude demande quelles sont les éléments qui motivent un laboratoire à recourir aux services d'un canal de distribution au détriment d'un autre. Nous pouvons constater que les grossistes-répartiteurs ont bien du mal à se distinguer. En effet les 2 éléments qui les font sortir du lot sont leur fréquence de livraison (21%) et leur fonction de préfinancement (11%). Les grossistes-répartiteurs achètent leur stock, de ce fait les coûts et risques financiers sont transférés du laboratoire au grossiste-répartiteur.

Hormis cela, les motivations des laboratoires ont utilisé la répartition traditionnelle ou un dépositaire sont plutôt équivalentes (capacité de stockage, transport, sécurité, service administratif). Enfin nous pouvons noter que concernant le contrôle de la distribution de leurs produits, la sécurité et les profits potentiels, les laboratoires préfèrent avoir recours dans ces cas aux services de dépositaires et vendre en direct leurs produits.

Selon les laboratoires pharmaceutiques les principaux axes d'amélioration des services apportés par les grossistes-répartiteurs se situent principalement au niveau de la transparence du stock. Les laboratoires déplorent le manque de communication entre les répartiteurs et eux-même concernant le niveau de stock de leurs produits détenus par les grossistes. 81% des laboratoires interrogés souhaitent une amélioration de ce service. Dans une même perspective 60% des laboratoires interrogés souhaitent une amélioration du système d'achat et des quantités commandées notamment en améliorant les systèmes informatiques.

Le secteur de la distribution pharmaceutique au niveau européen est en pleine recomposition, il n'existe pas de véritable harmonisation européenne de la distribution du médicament. Dans la mesure où ce domaine relève des prérogatives de chaque état membre, une forte hétérogénéité des systèmes mis en place transparaît. Chaque état garde ses spécificités et connaît des évolutions contrastées. Les acteurs de la distribution adaptent leurs stratégies en fonction des réglementations en vigueur. Ainsi les rachats entre grossistes, alliances et chaînes de pharmacies se multiplient depuis ces dernières années.

Les pays de l'Union européenne voient sur leurs territoires différents canaux de distribution se développer. En Allemagne la vente en ligne de l'automédication ne cesse de progresser. En Italie la grande distribution s'attaque au marché de l'OTC. Au Royaume-Uni le circuit du médicament se réorganise autour de grandes chaînes de pharmacies. En France, ces différents mouvements font tanguer le système de distribution, développement de la vente en ligne, attaque du monopole par la grande distribution et la création de chaîne de parapharmacies amoindrissent de plus en plus la frontière entre pharmacie et commerce équivalent aux drugstores anglo-saxons.

Cependant au-delà de ces mouvements, nous pouvons observer au niveau européen une concentration du secteur d'activité. Une concentration horizontale (rachat et fusion entre les grossistes) et verticale (formation de chaîne de pharmacie, investissement des laboratoires dans la distribution pharmaceutique). De plus nous pouvons noter une diversification de l'activité à la recherche de nouvelles sources de profits. L'activité principale de distribution n'étant plus suffisamment rentable, les grossistes-répartiteurs étoffent leur catalogue de services dans le maintien des soins à domicile, l'information en santé et l'informatisation de la profession.

Partie III. Statu quo fragile, avenir du secteur de la distribution pharmaceutique en France.

I. Talon d'Achille : financement d'un service public

1. Services publics et préfinancement de santé

Les grossistes-répartiteurs sont la clé de voûte du financement du circuit du médicament. Ils garantissent ainsi le maintien du flux continu des médicaments et assurent le cash-flow des pharmacies. En effet de nombreuses pharmacies, si ce n'est la majorité d'entre elles n'ont pas une taille critique suffisante en tant que commerce de proximité pour soutenir à leurs propres frais l'ensemble des produits nécessaires à leurs activités. La fonction de financement qu'ont les grossistes-répartiteurs permet aux pharmacies de disposer aux besoins des médicaments pour leurs patients, et de recevoir le remboursement de la délivrance, par les organismes d'assurance de santé, avant de devoir payer les factures de leurs grossistes. Ainsi les grossistes-répartiteurs supportent le poids économique de l'activité de la pharmacie et permettent aux pharmaciens de pouvoir délivrer le bon médicament, au bon moment et au bon patient.

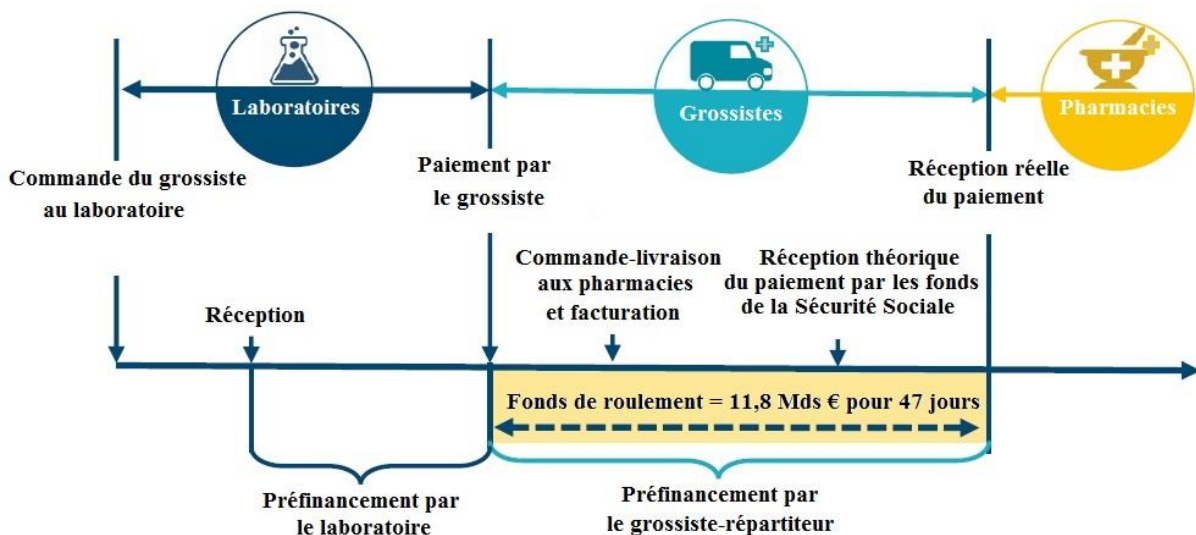


Figure 11. Rôle de préfinancement des coûts de la santé par les grossistes-répartiteurs. ¹⁰⁵

¹⁰⁵ Financing function. Key findings GIRP-IPF. 2016. pp. 23.

Les grossistes-répartiteurs sont soumis par la loi à des obligations de services publics, cependant la réalisation d'un service public implique l'attribution de financements nécessaires. Un service public est une activité d'intérêt général, réalisée par un organisme (public ou privé) qui bénéficie des prérogatives lui permettant d'assurer la mission et les obligations de continuité, d'égalité et de mutabilité qui lui sont imposées.

Le souci de péréquation.

La péréquation tarifaire est le financement des activités déficitaires d'une entreprise ou d'une administration par les recettes perçues auprès d'autres clients ou usagers. Ce système est une règle de gestion des services publics. Il permet de financer des activités que les entreprises ne rempliraient pas, par défauts de rentabilité. Même si dans notre cas l'état où les contributeurs ne financent pas directement la distribution pharmaceutique, la rémunération des grossistes-répartiteurs sur les médicaments remboursables qui représentent encore la majeure partie de leur activité est réglementée, la marge de distribution est fixée par la loi. Celle-ci comme nous l'avons vu est fortement influencée par les décisions prises et les négociations effectuées sur le prix des médicaments par le CEPS.

Le financement de la répartition est fondé sur la péréquation entre les coûts des différents médicaments onéreux et peu onéreux. Comme nous l'avons vu précédemment la rémunération de la répartition des médicaments génériques ne permet pas de financer à elle seule cette activité. Ainsi c'est par la rémunération d'autres activités telles que la répartition des spécialités princeps ou encore la réalisation d'autres services auprès des pharmacies ou des laboratoires que les grossistes-répartiteurs arrivent tant bien que mal à équilibrer les comptes.

La problématique qui se pose aux pouvoirs publics est de déterminer le coût du service public de la répartition. Il est difficile de trouver le coût exact que représente la distribution, la Cour des Comptes dans son rapport de 2017 estime la rémunération réglementée des grossiste-répartiteurs et de pharmacies d'officine à 6,8 milliards d'euros en 2015 soit près d'un quart des 27 milliards d'euros des dépenses totales de médicaments remboursables en ville (hors rétrocession hospitalière). Ainsi la marge réglementée en gros (rémunération conservée ou perçue par les officines) représentée 1,4 milliards d'euros soit 21% des 6,8 milliards d'euros correspondant aux dépenses totales de la distribution des médicaments (gros et détail) en 2015¹⁰⁶.

La marge de la distribution pharmaceutique n'est pas spécifique à l'activité de répartition des grossistes. Cette rémunération est en plus d'être liée au prix du médicament, elle est totalement déconnectée de l'activité réelle de la profession et du service public que rendent ces entreprises qui garantissent un accès aux médicaments pour tous les français sur l'ensemble du territoire.

Un nouveau modèle de rémunération doit être mis en place, plus spécifique à l'activité de répartition et aux services publics rendus et adapté aux coûts croissants des dépenses d'investissements afin de se conformer aux nouvelles réglementations (sérialisation, ...).

¹⁰⁶ *Rapport d'application des lois de financement de la Sécurité sociale de 2017*. Cour des Comptes [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018], pp. 424. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2017>

2. Dépense de santé de plus en plus sous pression

La baisse de marge subite par les grossistes-répartiteurs en 10 ans, entre 2008 et 2017 est estimée à 200 millions d'euros¹⁰⁷.

La marge des grossistes-répartiteurs correspond à leur rémunération sur les médicaments remboursés, qui est fixée par les pouvoirs publics. Cette diminution s'explique par l'augmentation de la vente en directe à l'officine, qui en France représente près de 30% des achats de médicaments par les officines. Ainsi qu'un durcissement des réglementations et des mesures de régulations économiques visant à diminuer les coûts des dépenses pour la santé. Cette régulation se traduit principalement par des baisses de prix du médicament et un encadrement toujours plus important des prescriptions. Face à cela les grossistes-répartiteurs ont pendant des années tenté de combler ce manque à gagner par une diversification de leurs offres. Entraînant une rationalisation de leur activité ou encore la recherche de capitaux extérieurs qui s'est traduite par la fusion avec des répartiteurs européens et le rachat par des groupements internationaux le plus souvent américains. Cependant cette recherche de nouvelles ressources s'épuise d'année en année, selon un rapport de l'IGAS datant déjà de 2014 « les stratégies de rationalisations et de diversification des activités ne suffiraient plus à garantir la pérennité de la répartition alors même que cette activité est essentielle à l'accès aux médicaments. »

Le PLFSS 2018 prévoyait une baisse des prix de 480 millions d'euros sur l'ensemble du marché ville et hôpital, une maîtrise des volumes et un encadrement des prescriptions encore plus rigoureux.

¹⁰⁷ CHARRONDIÈRE. H. *Quel système de rémunération pour les répartiteurs pharmaceutiques ?* Les Echos ETUDES [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.lesechos-etudes.fr/news/2018/05/09/quel-systeme-de-remuneration-pour-les-repartiteurs-pharmaceutiques/>

Dans la même lignée que le précédent le PLFSS de 2019 prévoit de nouvelles économies principalement structurelles et un renforcement important de la vente des génériques. Les officines en France ont un taux de substitution moyen de 80%. Dans le cadre de réduction des dépenses de la Santé, les autorités prévoient d'augmenter ce taux. Cela signifie une charge plus importante des génériques sur le circuit de distribution du médicament.

Cependant comme nous l'avons vu les génériques représentent un enjeu majeur pour les grossistes-répartiteurs. En effet les génériques représentent un coût important, une marge réduite dû à leur faible coût (en moyenne 60% moins cher que la spécialité de référence). De plus afin de récupérer le flux des génériques qui leur échapper les grossistes pharmaceutiques ont dû négocier avec les laboratoires aboutissant à une perte de leur marge au profit des officines et la facturation de prestation aux laboratoires, qui au final est moins rentable. A cela s'ajoute la 3^{ème} tranche de la contribution de la vente en gros de médicaments. Dans la perspective de diminuer les coûts pour la Sécurité sociale de la distribution des génériques, la Cours des Comptes préconise d'augmenter la 3^{ème} part de la contribution sur les ventes en gros de médicaments prévue par l'art L138-1 du CSS¹⁰⁸. Cette part correspond à la taxation de la marge réglementée rétrocédée à l'officine par les entreprises pharmaceutiques et les grossistes-répartiteurs.

¹⁰⁸ *Article L138-2 du CSS* [en ligne]. [consulté le 22 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIART1000006740373&dateTexte=>

3. Nouveaux modèles de financement

Dans un premier temps reprenons l'évolution du modèle de financement de la distribution pharmaceutique sur ces 10 dernières années¹⁰⁹.

En 2008, la loi du 3 Janvier 2008 définissait le barème de la marge des grossistes. Pour les médicaments princeps la marge était découpée en 3 tranches avec un maximum de remises plafonnées à 2,5%, puis pour les génériques la marge était fixe, alors que jusqu'en 2004 celle-ci était identique à la marge sur les princeps comme c'est toujours le cas pour les officines. Cependant cette mesure d'incitation à la substitution qui date du début des années 2000 est très onéreuse et à tendance à être remise en cause aux fils des années¹¹⁰.

| | Barème | | | Remises autorisées |
|------------|----------|------------|-------|--------------------|
| Princeps | 0-22,90€ | 22,91-150€ | >150€ | max. 2,5% |
| | 9,93% | 6% | 2% | |
| Génériques | 10,74% | | | max. 17% |

Tableau 3. Marge des grossistes-répartiteurs en Janvier 2008.

Suite à l'arrêté du 3 Mars 2008, le barème des médicaments princeps a été revu à la baisse et la marge sur les génériques applique le même barème que celui des princeps.

¹⁰⁹ TURAN-PELLETIER. G. ZEGGAR. H. *La distribution en gros du médicament en ville*. IGAS. 2014. pp. 72-73.

¹¹⁰ *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Cour des comptes [en ligne]. pp. 432-433. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2017>

Or cela représente une baisse de marge car les génériques ont un coût plus faible donc c'est principalement les premières tranches du barème qui seront importantes. Cependant leurs pourcentages sont plus faibles que le pourcentage unique qui était en vigueur jusqu'à lors.

| | Barème | | | | Remises autorisées |
|-------------------|---|------------|----------|-------|---------------------------|
| Princeps | 0-22,90€ | 22,91-150€ | 150-400€ | >400€ | max. 2,5% |
| | 9,93% | 6% | 2% | 0% | |
| Génériques | Identique que celui appliqué aux princeps | | | | max. 17% |

Tableau 4. Marge des grossistes-répartiteurs en Mars 2008.

L'arrêté du 26 Décembre 2011 marque un tournant majeur concernant la rémunération de la distribution pharmaceutique. La marge subit une coupe drastique, l'instauration d'un taux de marge unique avec un plancher de 0,30€.

| | Barème | | Remises autorisées |
|-------------------|---|-------|---------------------------|
| Princeps | 0-450€ | >450€ | max. 2,5% |
| | 6,68% avec un plancher de 0,30€ | 0% | |
| Génériques | Identique que celui appliqué aux princeps | | max. 17% |

Tableau 5. Marge des grossistes-répartiteurs en Décembre 2011.

Puis la LFSS de 2014 instaure une hausse du taux de remise accordée sur les génériques aux pharmaciens par les grossistes passant ainsi de 17% à 40%. Cela a permis de légaliser les remises accordées sur les génériques qui pouvaient aller jusqu'à 50%.

| | Barème | | Remises autorisées |
|-------------------|---|-------|---------------------------|
| Princeps | 0-450€ | >450€ | max. 2,5% |
| | 6,68% avec un plancher de 0,30€ | 0% | |
| Génériques | Identique que celui appliqué aux princeps | | max. 40% |

Tableau 6. Marge des grossistes-répartiteurs actuelle en 2018.

De nos jours la marge des grossistes-répartiteurs sur leur taux de marge est de 6,68% du PFHT, avec un plancher de 0,30€ et plafonnée à 30€. Cependant les grossistes-répartiteurs n'en sont pas entièrement bénéficiaires de cette marge, en effet à celle-ci, il faut retrancher les remises commerciales encadrées par la loi et les avantages consentis (les prestations et contrats de coopération commerciale) aux pharmaciens afin de rester compétitif face à un marché de plus en plus sous pression.

A cela s'ajoute la participation annuelle à l'Acoss qui est prélevé sur la rémunération totale de l'entreprise. L'Acoss (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale) chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime général (maladie, vieillesse et allocations familiales).

Au final la marge nette moyenne de la répartition s'établie à 3% du PPTTC des médicaments remboursables¹¹¹.

Actuellement, un groupe de travail DSS-CSRP, intégré au ministère de la Santé a été créé afin de formuler des propositions qui pourraient être intégrés au PLFSS 2019. A ce jour le PLFSS 2019 est en débat au Parlement et au Sénat, des amendements ont été proposés, visant à réduire voire supprimer la part sur les génériques de la taxe sur le chiffre d'affaire des distributeurs en gros. Afin de créer une mesure financière temporaire pour répondre le plus tôt possible aux problèmes financiers des grossistes-répartiteurs qui ont subi une perte totale de près de 20 millions € en 2017. Ces amendements ont été rejeté lors des débats parlementaires, cependant l'actuelle ministre des Solidarité et de la Santé Mme Buzyn a pris un engagement : « je m'engage à ce que les travaux autour de ce changement de modèle aboutissent au cours du premier trimestre 2019¹¹². » Ce report de prise de décision sur une problématique qui ne cesse de se détériorer depuis une dizaine d'années, a entraîné une nouvelle fois une crispation des différents acteurs de la profession¹¹³.

Les répartiteurs pharmaceutiques souhaitent une révision de leur mode de rémunération. Parmi les modèles proposés, nous pouvons retrouver un schéma de rémunération s'articulant sur un forfait de manière similaire à celui en vigueur chez les pharmaciens d'officines. Il s'agirait d'une rémunération forfaitaire à la boîte pour les génériques et d'une marge intégrant une composante fixe pour les princeps. De plus nous pourrions y retrouver des forfaits spécifiques à certaines catégories de médicaments (produits thermosensibles, stupéfiants, ...).

¹¹¹ CHARRONDIÈRE. H. *Quel système de rémunération pour les répartiteurs pharmaceutiques ?*. Les Echos ETUDES [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.lesechos-etudes.fr/news/2018/05/09/quel-systeme-de-remuneration-pour-les-repartiteurs-pharmaceutiques/>

¹¹² *Compte rendu intégral. Troisième séance du jeudi 25 octobre 2018*. Assemblée Nationale [en ligne]. [consulté le 22 novembre 2018]. Disponible sur : www.assemblee-nationale.fr/15/cr/2018-2019/20190037.asp#P1478277

¹¹³ *Les répartiteurs pharmaceutiques interpellent Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, à travers une lettre ouverte publiée dans Le Monde*. In CSRP [en ligne]. [consulté les 22 novembre 2018]. Disponible sur : www.csrp.fr/actualites/2018/11/les-repartiteurs-pharmaceutiques-interpellent-agnes-buzyn-ministre-des

D'autres modèles de rémunérations pourraient être explorés, l'IGAS dans son rapport datant de 2014¹¹⁴ propose différents schémas de rémunération de la répartition pharmaceutique parmi eux nous pouvons retrouver :

La détermination du coût du service public de la répartition pourrait être réalisée à partir des coûts constatés de l'acteur le plus efficient. Le forfait serait déterminé à partir des coûts par boîte et/ou par officine livrée, cela va dans le sens du rapport de la Cour des Comptes de 2017 qui préconise d'indexer la rémunération des grossistes-répartiteurs sur le nombre de boîtes livrées aux officines. Une part de rémunération en pourcentage du prix du médicament pourrait être conservée pour prendre en compte les coûts liés à l'immobilisation du stock. En résumé nous retrouverions un forfait à la boîte, avec une différenciation possible selon le type de médicament (stupéfiant, froid) ainsi les génériques seraient aussi rentables que les princeps. Ou bien un forfait à l'officine livrée, avec une différenciation possible selon sa localisation et dans tous les cas nous retrouverions un pourcentage du prix des médicaments distribués pour prendre en compte le coût d'immobilisation des stocks.

- Concernant les répercussions sur le prix du médicament 2 cas s'offrent à nous. Le coût de la distribution n'est plus inclus dans le coût du médicament, le service public serait alors rémunéré sous forme de subventions. Une autre possibilité consisterait à conserver dans le PPTTC la rémunération de la répartition, et à récupérer le trop-perçu auprès des acteurs qui ont distribué mais pas réparti des médicaments.

¹¹⁴ TURAN-PELLETIER, G. ZEGGAR, H. *La distribution en gros du médicament en ville*. IGAS. 2014. pp. 47-54.

Le service public pourrait être remis en cause ainsi les grossistes-répartiteurs deviendraient des dépositaires-répartiteurs et leur activité serait financée par les laboratoires pharmaceutiques. Cela réduirait les tensions sur l'approvisionnement liées aux exportations et aux contingentements. En revanche plusieurs problématiques émergent les grossistes sont attachés à leur fonction en tant qu'acheteurs ils peuvent mieux négocier avec les laboratoires. De plus ils estiment jouer un rôle plus important que celui de dépôt au sein du circuit des médicaments en remplissant un service public. Enfin parmi les laboratoires pharmaceutiques beaucoup estiment que les évolutions économiques du marché du médicament ne leur permettraient pas de supporter l'immobilisation financière de stocks supplémentaires. Cela est d'autant plus flagrant pour les laboratoires de petite taille qui ont des ressources financières très limitées.

Une autre option consiste à abandonner la rémunération réglementée. La répartition serait alors une prestation rémunérée soit par les laboratoires, soit par les officines. Dans le cas où se serait les laboratoires qui devraient supporter cette activité, le PFHT serait majoré de la marge de distribution en gros, les fabricants se verraient confier des obligations de service public. Cela n'exclurait pas que les laboratoires continuent à réaliser des ventes directes. Cependant nous retrouvons ici les problèmes évoqués plus haut.

Si cette prestation était rémunérée par les officines, elles pourraient voir leur marge augmentée de celle de la distribution en gros. De plus elles se verraient confier des responsabilités supplémentaires tel qu'une obligation de dispensation de tous les médicaments remboursables en moins de 24 heures. Elles pourraient choisir d'acheter en direct et ainsi de financer elles-mêmes leur stock ou choisir de rémunérer un intermédiaire répartiteur. Ce modèle se rapproche de celui des grossistes-répartiteurs coopératifs. Cependant un problème se pose pour les petites pharmacies isolées en milieu rural qui se verraient imposer des tarifs plus importants dus à leur éloignement. Pour pallier à cela et conserver le maillage territorial, elles pourraient bénéficier de subventions leur permettant de financer le surcoût de leur approvisionnement.

Enfin parmi les hypothèses proposées, nous pouvons citer d'intégrer la distribution en gros avec celle au détail. C'est-à-dire revoir le monopole du capital de l'officine pour l'ouvrir aux grossistes-répartiteurs et ainsi pérenniser la répartition par la mise en cohérence des coûts et de la rémunération.

Comme nous l'avons vu au sein de différentes parties se sont les génériques qui ont chamboulé l'économie de la répartition pharmaceutique dont le modèle vieillissant se trouve être inadapté malgré les nombreuses retouches apportées bon gré mal gré à cet ancien modèle. Néanmoins nous arrivons à voir rapidement une récurrence parmi les différents schémas proposés. In fine ce sera le modèle de la pharmacie de ville qui s'en retrouvera une nouvelle fois bouleversé. Car parmi les solutions évoquées, nous pouvons aussi retrouver l'arrêt de l'abandon de marge de la distribution des génériques afin de rétablir la rémunération de la répartition des génériques. Ou encore confier au distributeur l'exclusivité du pouvoir de référencement des médicaments génériques. Les grossistes-répartiteurs pourraient mieux négocier avec les fabricants. Cependant les pharmacies seraient contraintes de choisir les marques distribuées par le répartiteur. Les laboratoires n'auraient plus besoin d'acheter leur référencement aux officines. Les contrats de coopérations commerciales et remises seraient réduits d'autant. Dans tous les cas ces différentes options pourraient déséquilibrer l'économie actuelle de l'officine.

II. Remise en cause des piliers de la profession

1. Mise à mal du monopole pharmaceutique et monopole officinal.

Beaucoup porte à croire que seule la grande distribution s'intéresse au monopole officinal. Cependant de nombreux organismes qui ont l'attention du pouvoir politique, préconisent de plus en plus d'assouplir voire de supprimer le monopole officinal. En effet celui-ci rend la vente de médicaments remboursables ou non interdites hors officines et le monopole pharmaceutique le complète en rendant obligatoire la présence d'un pharmacien, le seul garant de la dispensation des médicaments.

Or comme nous pouvons le constater depuis de nombreuses années le monopole officinal est fréquemment remis en question. Le pharmacien aurait toujours sa place dans le circuit du médicament mais plus nécessairement au sein de son officine. La grande distribution y voit un marché juteux, avec les médicaments OTC qui viendraient garnir leurs rayons de parapharmacie déjà présents. Néanmoins si cela n'aller pas plus loin que la volonté de la grande distribution de faire plus de bénéfice, les pharmaciens officinaux ne devraient gère s'en inquiéter. Cependant cette volonté arrive à faire écho avec la recherche d'économie sur le coût du médicament afin de réduire les dépenses de la Sécurité sociale.

Selon la Cour des Comptes, il faudrait substituer le monopole officinal à un monopole pharmaceutique. Cela permettrait de faire des économies importantes notamment par la rationalisation du maillage officinal surdimensionné selon ses estimations.

Assouplir le monopole pharmaceutique pourrait faire bénéficier les consommateurs de baisse de prix significative en autorisant la vente libre de médicaments à prescription médicale facultative par d'autres distributeurs que les pharmacies d'officines et notamment les grandes surfaces. Cette évolution est soutenue par des associations de consommateurs tels qu'UFC (Union Fédérale des Consommateurs) et l'Autorité de la concurrence qui propose de limiter le monopole des pharmaciens à la dispensation des médicaments prescrits. Il n'est cependant pas question de remettre en cause le monopole pharmaceutique, le pharmacien serait toujours le responsable du circuit du médicament.

Les grossistes-répartiteurs soutiennent par solidarité confraternelle le monopole des officines sur les médicaments non remboursables. Cependant la majorité d'entre eux sont présents au niveau européen, au sein de pays où la législation est plus souple sur la vente de médicaments sans ordonnance (Royaume uni, Suède, Pays-Bas, ...). Nous pourrions dans un premier temps penser que cela déstabiliserait l'économie de la répartition pharmaceutique, qui devrait faire face à de nouveaux concurrents possédant les moyens logistiques nécessaires. Cependant cela serait omettre le savoir-faire et l'expertise de la répartition dans son domaine, qui en tant que pivot central dans le circuit du médicament possède les connaissances, les relations et les équipements nécessaires à la tâche. Ainsi par pur souci d'économie vis-à-vis du coût d'investissement que représenterait le développement d'une logistique de distribution de produits pharmaceutique conforme aux réglementations strictes, les grandes surfaces favoriseraient l'emploi de prestataires.

L'ouverture du monopole officinal représenterait pour les grossistes-répartiteurs dans un premier temps une potentielle opportunité de nouveaux clients. Les grandes surfaces utiliseraient les grossistes-répartiteurs comme prestataires de commande. Ils utiliseraient ainsi les capacités de logistique, de stockage, de référencement et d'achat des grossistes-répartiteurs au même titre que certaines CAP.

Cependant les grandes surfaces possèdent déjà des structures et des capacités de logistique, de stockage et de transport, qu'il faudrait adapter au marché du médicament. Dans ce cas les grandes surfaces pourraient négocier directement avec les laboratoires et obtenir de meilleures remises, des exclusivités, et proposer de nouveaux services aux laboratoires (mise en avant de leur produits, publicités, vente en ligne, etc.). Dans ce cas de figure les grossistes-répartiteurs perdraient du flux de médicaments. Ces pertes resteraient relatives du fait qu'en France la majorité des médicaments OTC vendus en officine sont directement commandés aux laboratoires. Ainsi les grossistes-répartiteurs auraient potentiellement plus à gagner à voir s'ouvrir le monopole officinal. Cependant il existe un risque que les structures de commande et de logistique des grandes surfaces acquièrent le statut de commerce de gros de produits pharmaceutiques créant ainsi de nouveaux concurrents.

2. Positionnement des grossistes-répartiteurs face à l'ouverture du capital des officines

En 2014 l'IGAS proposé déjà de réexaminer la détention du capital en faveur d'une approche intégrée de la distribution du médicament « la mission s'interroge en effet sur les raisons pour lesquelles l'ouverture du capital des pharmacies d'officines aux seuls distributeurs en gros assurant le service public de répartition ne pourrait pas être envisagée. »

La combinaison du monopole de détention des officines par les pharmaciens et l'interdiction d'en détenir plusieurs malgré son assouplissement est quasiment unique en UE. L'entrée de nouveaux acteurs sur le marché de la distribution grâce à l'ouverture du capital des officines à des non pharmaciens conduirait à remplacer le monopole officinal par un monopole pharmaceutique. De ce fait des entreprises pourraient être habilitées à délivrer des médicaments en employant des pharmaciens salariés.

Avec l'assouplissement des contraintes limitant la détention de plusieurs pharmacies par une même personne l'ouverture du capital des pharmacies pourrait stimuler l'entrée sur le marché de nouveaux acteurs à même de réaliser les investissements nécessaires à la rationalisation du réseau officinal.

L'Autorité de la concurrence a ouvert une enquête en juin 2018 sur les réseaux de biologistes et pharmaciens officines¹¹⁵. Au sein de cette enquête l'étude de l'ouverture du capital des officines est une nouvelle fois de plus évoquée. Les arguments mis en avant sont les difficultés d'investissements des officines qui seraient liés à la structure atomisée du marché par la détention des sociétés par les seuls pharmaciens ce qui n'est pas propice à l'accumulation du capital.

¹¹⁵ GODELUCK. S. *Concurrence : les biologistes et les pharmaciens dans le viseur*. Les Echos [en ligne].2018. [consulté le 22 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/0301875806895-concurrence-les-biologistes-et-les-pharmaciens-dans-le-viseur-2187071.php#xtor=RSS37>

De plus l'expérience tirée de l'ouverture du capital des laboratoires d'analyses biologiques¹¹⁶ pourrait être donnée comme argument promouvant l'ouverture du capital des officines. Cette enquête qui aboutira début 2019 devrait faire écho à celle précédemment menée en 2013 dans laquelle l'autorité de la concurrence recommandait déjà l'ouverture du capital des officines, l'ouverture du marché des médicaments à prescription facultative aux grandes surfaces et le développement de la vente en ligne.

D'ailleurs le capital des officines est déjà partiellement ouvert, en effet depuis 2017 un pharmacien adjoint peut détenir des parts de la SEL (Société d'Exploitation Libérale) qui exploite l'officine à hauteur de 10% maximum¹¹⁷. De plus un pharmacien adjoint peut détenir des parts dans 4 SEL de pharmaciens d'officines autres que celle où il exerce¹¹⁸.

L'ouverture de capital pourrait se faire de manière partielle à hauteur de 49% des parts laissant ainsi le pharmacien titulaire de l'officine, majoritaire comme c'est déjà le cas. Le pharmacien titulaire de l'officine, dans laquelle il exerce, doit être majoritaire dans cette officine. De plus vis-à-vis de la réticence de la profession face à la grande distribution, le capital pourrait être ouvert exclusivement aux structures de distribution en gros de médicament afin d'intégrer le circuit du médicament.

¹¹⁶ *Article L6223-5* [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIART1000021685875&dateTexte=>

¹¹⁷ *Article L5125-13 du CSP* [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIART1000036408405&dateTexte=201811261944s_1

¹¹⁸ *Article R5125-18 du CSP* [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIART100006915194>

Du point de vue des grossistes-répartiteurs, ils seraient parfaitement prêts à s'adapter à ce nouveau modèle qui permet la création de chaînes de pharmacies, que ce soit les grossistes-répartiteurs, filières de groupements internationaux ou les grossistes-répartiteurs à fonctionnement coopératif. Ils disposent tous dans leur catalogue de services, la possibilité d'intégrer une centrale d'achat, l'aide à l'installation, des outils de marketing et de merchandising. Enfin la plupart de ces entreprises ont déjà de l'expérience quant à la logistique de chaînes de pharmacie que ce soit sur le sol britannique avec les pharmacies Boots ou encore aux Etats-Unis d'Amérique avec les pharmacies McKesson ou Wallgreen.

Pour les grossistes-répartiteurs cela représente une source économique très importante et surtout la possibilité de mieux gérer leurs stocks en intégrant aux stocks des entrepôts ceux des officines. Ces investissements permettraient à terme d'enregistrer des gains au niveau de la logistique, du stockage des commandes. La disposition d'un parc d'officines important permettrait de faire pencher la balance des négociations avec les laboratoires en faveur des grossistes-répartiteurs, qui seraient maître de l'implantation des marques de laboratoires au sein des officines. Enfin comme nous l'avons vu l'intégration de vente au détail avec celle en gros, permettrait la rationalisation du réseau officinal, qui enregistrerait des économies pour les dépenses de santé liées aux médicaments.

L'ouverture du capital des officines aurait un impact énorme sur le marché et la structure même du circuit du médicament, certains acteurs seraient gagnants d'autres perdants tout dépend à quel niveau le capital des officines pourrait s'ouvrir.

Conclusion

Le réseau français de distribution du médicament est le fruit de longues années de développement. La fin du XIX^e siècle avec la Révolution industrielle vit s'accélérer les découvertes en chimie, pharmacologie et microbiologie qui bouleversèrent les pratiques médicales et l'arsenal thérapeutique. Face à ces nombreuses découvertes et une demande accrue de remèdes, la profession de pharmacien se structura d'avantage et permit la création des premiers grossistes pharmaceutiques. Les années passaient, le réseau de distribution était en plein essor durant le XX^e siècle. Les leaders du marché se distinguèrent : OCP Répartition, Alliance Healthcare ainsi que les CERP. Cependant le XXI^e siècle marqua un bouleversement sans aucune mesure pour la profession. La législation de plus en plus stricte ainsi que de nouvelles directives européennes nécessitèrent d'importants investissements. L'arrivée des génériques sur le marché du médicament a contraint les grossistes-répartiteurs à rechercher de nouvelles sources de financements.

Le développement de nouveaux services, la rationalisation du réseau et la fusion avec des groupements européens furent les solutions adoptées par les acteurs du secteur de la distribution, cependant ces nouvelles ressources finirent par se tarir. De nos jours les grossistes-répartiteurs en France doivent faire face au développement de la vente en direct par les laboratoires. Cette dernière s'est bien plus développée en France que dans les autres pays européens.

Le paysage de la répartition pharmaceutique en Europe est plutôt homogène le plus souvent multicanal, nous retrouvons les grossistes-répartiteurs full-line, les short-liners et la vente en direct par les laboratoires. Parmi ces 3 principaux canaux, les grossistes-répartiteurs sont le plus souvent sollicités, véritable clé de voûte du circuit du médicament de par leur expertise dans la logistique, le stockage, le transport de produits pharmaceutiques, ainsi que la forte valeur ajoutée de leurs services. Ils satisfont la majorité des pharmaciens d'officine. Cet attachement au grossiste traditionnel est aussi présent dans des pays où législation plus libérale a permis l'apparition de modèles hybrides tel qu'au Royaume-Unis. Où se sont développés le « Direct-To-Pharmacy » et le « Reduced Wholesaler Models ». En effet les pharmaciens officinaux restent malgré tout attachés au modèle de grossistes-répartiteurs full line. Ils le trouvent le plus souvent plus avantageux que d'autres canaux de distribution, notamment en termes de livraison (fréquence et temps) et de commande (variété de produits disponibles, remises, ...).

Les grossistes-répartiteurs sont des acteurs indispensables qui assurent des obligations de service public permettant l'accès aux médicaments sur l'ensemble du territoire. Cependant leur modèle de financement met plus en plus en péril leur activité. Ainsi au fil des années les représentants de la profession n'ont cessé d'alerter les pouvoirs publics face à la pression économique qu'ils subissent : diminution du prix du médicament, augmentation du flux des génériques, réduction des marges de la distribution, etc. Mais toujours aucune mesure réellement importante n'a été prise. Cependant la situation est devenue critique et face au risque mettre en péril l'accès aux médicaments sur l'ensemble du territoire. Des discussions et travaux sur un nouveau modèle de financement de l'activité est en cours. Plusieurs pistes sont explorées parmi lesquels nous pouvons retrouver la mise en place de tarifs forfaitaires semblable à ceux présent en officines le but étant d'éloigner la rémunération des grossistes du prix du médicament et de la rendre plus spécifique aux services d'intérêts publics rendus.

Cependant l'établissement de ce nouveau modèle de financement pourrait venir perturber l'ensemble de la chaîne de distribution du médicament. En effet le monopole officinal et l'exclusivité de la détention du capital des officines sont plus en plus remis en question. A la fois la grande distribution et les associations de consommateurs, mais aussi les autorités et l'administration qui dans leur recherche d'économie, laissent transparaître leur volonté d'assouplir des piliers de la profession. Ainsi l'intégration de la distribution en gros à celle au détail, la formation de chaînes de pharmacies ou encore le fait de compter un nouvel acteur dans le circuit de distribution du médicament pourraient être envisagés dans les futures réformes de la profession.

La création de chaîne de pharmacies, la vente en ligne, l'ouverture du capital social, l'accès libéré à des modes de financement et de croissance et l'assouplissement des règles de publicité permettront d'inscrire durablement le pharmacien dans la chaîne du médicament et saisir les opportunités des nouvelles technologies. Une évolution du modèle pourrait rendre plus d'attractif le secteur pour les jeunes pharmaciens qui sont plus prudent financièrement. Ils refusent de prioriser la charge de l'emprunt sur leur rémunération. Cela peut se traduire par la vérification systématique de la forme juridique de l'entreprise 43% des officines sont des SEL et du régime d'imposition 58% des SEL détenant une officine sont à l'impôt sur les sociétés¹¹⁹. La volonté de stabilité de rémunération, le souhait de mobilité, et la modernité dans le mode d'exercice sont des éléments bien souvent mis en avant par les jeunes pharmaciens.

La modernisation de l'activité de la pharmacie d'officine, automatisation du stockage et des commandes, développement du service informatique de l'officine permettant une meilleure gestion financière, l'apparition d'outils de suivi de traitement, l'amélioration des services en ligne de l'officine sont des éléments qui constitueront la pharmacie de demain. Une pharmacie automatisée et multipolaire (orthopédie, diététique, optique, ...) au sein de laquelle le pharmacien pourra consacrer plus de temps aux patients. Ces clés d'évolution pourraient être les perspectives futures que doit saisir la répartition pharmaceutique afin de rester le principal partenaire du pharmacien.

¹¹⁹ *Moyennes professionnelles 2017*. KPMG. 25^e édition. pp.7.

Bibliographie

Introduction

Partie I. Le modèle de la répartition pharmaceutique en France.

I. Historique de la mise en place d'un système de répartition des agents thérapeutiques en France

1. Un boutiquier pas comme les autres

¹ *Apothicaire* [en ligne]. Wikipédia [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Apothicaire>. Mise à jour le 29 Juillet 2018

² BONAHA Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 32.

2. Une préoccupation royale

³ *Apothicaire* [en ligne]. Wikipédia [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Apothicaire>. Mise à jour le 29 Juillet 2018

⁴ *L’Affaire des poisons* [en ligne]. Wikipédia [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_des_poisons

3. Révolutions et fièvre pharmacologique

⁵ BONAHA Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 72.

⁶ BONAHA Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 62-63.

⁷ BONAHA Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 35.

⁸ GRADMANN, C. *Robert Koch and the pressures of scientific research: tuberculosis and tuberculin*. Med Hist. [en ligne], 2001, n°45, pp. 1-32. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1044696/>

⁹ *Néohippocratism* [en ligne]. Wiktionary [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://fr.wiktionary.org/wiki/néohippocratism>

¹⁰ BONAHO Christophe, RASMUSSEN Anne. *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Glyphe, 2005. pp. 73.

¹¹ VALENTIN, Marc. *Jean-Antoine-Brutus Ménier et la fondation de la Maison centrale de droguerie*. Revue d'Histoire de la Pharmacie, 1984, n° 263, pp. 357-389. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_1984_num_72_263_2427?q=menier+droguerie

¹² MORY, Berthe. *Dorvault et la « Pharmacie Centrale de France »*, Revue d'Histoire de la Pharmacie, 1980, n°245, pp. 79-90. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_1980_num_68_245_2550?q=dorvault

II. Le XX^e siècle, l'essor des grossistes-répartiteurs

1. Les leaders du marché français

¹³ LEMOINE, Pierre. *Une entreprise de répartition : l'Office Commercial Pharmaceutique de ses origines (1840) à 1965*, Revue d'Histoire de la Pharmacie, 1983, n°256, pp. 5-29. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_1983_num_71_256_2761?q=office+commercial+pharmaceutique

¹⁴ *OCP Répartition* [en ligne]. Wikipédia. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/OCP_Répartition

¹⁵ Notre histoire. In Walgreens Boots Alliance. Alliance Healthcare [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.alliance-healthcare.fr/notre-histoire>

¹⁶ Loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000684004>

¹⁷ Loi n° 92-643 du 13 juillet 1992 relative à la modernisation des entreprises coopératives. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000710374>

¹⁸ PETIT, Jean. *Histoire d'un grossiste-répartiteur : la CERP-Rouen*, Revue d'Histoire de la Pharmacie, 2000, n°326, pp. 209-214. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_2000_num_88_326_5084?q=cerp

¹⁹ *Astéra*. Wikipédia. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Astera>

²⁰ *Sanastera*. In Sanacorp [en ligne]. [consulté le 29 octobre 2018]. Disponible sur : https://www.sanacorp.de/content/de/international/fr/fr_sanastera/index.jsp

²¹ *Historique*. In Cerp Rhin Rhône Méditerranée, Cerp Rhin Rhône Méditerranée [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : https://www.cerp-rrm.com/app/site/index_pub.asp

²² *Historique*. In CERP Bretagne Atlantique, CERP Bretagne Atlantique [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.cerpba.com/groupe-historique>

²³ ANTOINE, Arnaud. *Système coopératif et répartition pharmaceutique* [en ligne], 2006, pp. 29. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-8207>

2. Le fonctionnement d'un grossiste-répartiteur

²⁴ *Transmission des commandes : La norme Pharma-ML arrive en officine*, Moniteur des Pharmaciens [en ligne], 2005, n°2579. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2579/transmission-des-commandes-la-norme-pharma-ml-arrive-en-officine.html>

3. Le rôle du pharmacien responsable

²⁵ LE GUIQUET, O. LORENZI, Jean. *La distribution pharmaceutique en France*. Elsevier, 2001, pp. 26-27.

²⁶ *Pharmacien Responsable, rôle et attributions*. In Ordre national des Pharmaciens [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/8576/120316/version/9/file/Pharmacien-responsable-FR.pdf>

²⁷ *Article R5124-36 du CSP* [en ligne]. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915126&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=>

²⁸ *Pharmacien grossiste-répartiteur*. In Ordre National des Pharmaciens [en ligne]. 2011. [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Distribution/Pharmacien-grossiste-repartiteur>

²⁹ LE GUIQUET, O. LORENZI, Jean. *La distribution pharmaceutique en France*. Elsevier, 2001, pp. 49

4. Les différents modèles de distribution pharmaceutique en France

³⁰ LE GUIQUET, O. LORENZI, Jean. *La distribution pharmaceutique en France*. Elsevier, 2001, pp. 24.

³¹ *Article R5124-59* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915147&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>

³² *Décret n° 2009-741 du 19 juin 2009 relatif aux centrales d'achat pharmaceutiques* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020764667&categorieLien=id>

³³ *Distribution pharmaceutique: Sanofi veut renforcer ses ventes directes à l'officine*. In IndustriePharma [en ligne]. 2008. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.industriepharma.fr/distribution-pharmaceutique-sanofi-veut-renforcer-ses-ventes-directes-a-l-officine,5386>

³⁴ *Courtages de médicaments*. In ANSM [en ligne]. 2017 ; [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : [https://ansm.sante.fr/Activites/Activite-de-courtage-de-medicaments/Activites-de-courtage-de-medicaments/\(offset\)/0](https://ansm.sante.fr/Activites/Activite-de-courtage-de-medicaments/Activites-de-courtage-de-medicaments/(offset)/0)

5. Le maillage territorial

³⁵ *Le marché*. In Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique [en ligne]. 2017. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.csrp.fr/le-marche>

Source des Figures 1 à 9 : *Réseau de la CSRP* : <http://www.csrp.fr/le-reseau-csrp>

³⁶ *Présentation*. In Ubipharma [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.ubipharm.com/fr/Ubipharm/presentation,Présentation>

³⁷ *Notre Réseau*. In Eurapharma [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.eurapharma.com/fr/notre-reseau>

³⁸ *Arrêté du 7 février 2008 fixant les coefficients de majorations applicables aux prix de vente des médicaments dans les départements d'outre-mer* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000018123103&dateTexte=20180826>

III. XXI^e siècle, explosion des ventes directes et nouvelles problématiques auxquelles doit faire face les grossistes-répartiteurs

1. La législation en vigueur et financement de l'activité

³⁹ *Arrêté du 3 octobre 1962. Journal Officiel de la République française. 1962.*

⁴⁰ *Article R5124-59 du CSP* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915147&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=>

⁴¹ *Réglementation de l'activité. In Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : www.csrp.fr/reglementation-de-lactivite

⁴² *Autorisations d'ouverture d'établissement pharmaceutique. In ANSM* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : [https://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-d-ouverture-d-etablissement-pharmaceutique/Autorisation-d-ouverture-et-certificats-de-Bonnes-pratiques-de-Fabrication/\(offset\)/0#paragraph_89697](https://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-d-ouverture-d-etablissement-pharmaceutique/Autorisation-d-ouverture-et-certificats-de-Bonnes-pratiques-de-Fabrication/(offset)/0#paragraph_89697)

⁴³ *Official Journal of the European Communities* [en ligne], C 63, 1994. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=OJ%3AC%3A1994%3A063%3ATOC>

⁴⁴ *Arrêté du 30 juin 2000 relatif aux bonnes pratiques de distribution en gros des médicaments à usage humain et des produits mentionnés à l'article L. 5136-1 du code de la santé publique* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000217947>

⁴⁵ *Bonnes pratiques de distribution en gros. In ANSM* [en ligne], 2017. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Elaboration-de-bonnes-pratiques/Bonnes-pratiques-de-distribution-en-gros/\(offset\)/6](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Elaboration-de-bonnes-pratiques/Bonnes-pratiques-de-distribution-en-gros/(offset)/6)

⁴⁶ *Article L162-17-3 du CSP* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIART I000006740851&dateTexte>

⁴⁷ *Arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000843609&dateTexte=20181016>

⁴⁸ TURAN-PELLETIER, Z. ZEGGAR, G. *La distribution en gros du médicament en ville de 2014*. IGAS. pp. 72.

⁴⁹ *Arrêté du 28 avril 1999 relatif aux marges des médicaments remboursables* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000760104&categorieLien=id>

⁵⁰ *Arrêté du 3 mars 2008 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018213915&categorieLien=id>

⁵¹ *Arrêté du 26 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/12/26/ETSS1129062A/jo/texte/fr>

⁵² *Article L138-9 du CSS* [en ligne]. [consulté le 16 octobre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=9B16AB19A74C8276D965BE47D3FF6C0F.tplgfr22s_1?idArticle=LEGIARTI000034901097&cidTexte=LEGITEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte

⁵³ *Avantages commerciaux dans le secteur pharmaceutique*. In DGCCRF [en ligne], 2016. [consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/avantages-commerciaux-dans-secteur-pharmaceutique>

2. L'arrivée des génériques, casse-tête pour la profession

⁵⁴ IMBAUD, D. MORIN, A. *Evaluation de la politique française des médicaments génériques*. IGAS. 2012. pp. 3.

⁵⁵ LE GUIQUET, O. LORENZI, J. *La distribution pharmaceutique en France*. Elsevier, 2001, pp. 7.

⁵⁶ *Décret n°99-486 du 11 juin 1999 relatif aux spécialités génériques et au droit de substitution du pharmacien et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)* [en ligne]. [consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000760344&dateTexte=20181016>

⁵⁷ *Metformine chlorhydrate*, Eureka Santé [en ligne]. 2018. [consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <https://eureka.sante.vidal.fr/medicaments/s-active/recherche/substance-5882-Metformine-chlorhydrate.html>

⁵⁸ TURAN-PELLETIER, Z. ZEGGAR, G. *La distribution en gros du médicament en ville de 2014*. IGAS. pp. 23.

⁵⁹ *L'arrêté fixant à 40 % le plafond des remises génériques est enfin paru*. UPSO [en ligne]. [consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.uspo.fr/larrete-fixant-a-40-le-plafond-des-remises-est-enfin-paru/>

⁶⁰ *Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques* [en ligne]. [consulté le 22 novembre 2018]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=8D488BF0B1258BBFA1A8EDAFDA9B242E.tplgfr21s_2?idSectionTA=LEGISCTA000029961754&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20181123

3. Le développement de la vente en directe.

⁶¹ TURAN-PELLETIER, Z. ZEGGAR, G. *La distribution en gros du médicament en ville de 2014*. IGAS. pp. 17.

⁶² *Décision n° 07-D-22 du 5 juillet 2007 relative à des pratiques mises en œuvre dans le secteur de la distribution des produits pharmaceutiques*, In Conseil de la concurrence [en ligne]. [consulté le 17 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.autoritedelaconcurrence.fr/pdf/avis/07d22.pdf>

4. L'innovation pharmaceutique : une pression supplémentaire

5. Niveau de satisfaction des pharmaciens français

⁶³ WALTER. E. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2017. pp. 22-24.

Partie II. Etat des lieux de la distribution pharmaceutique en Europe

I. La distribution pharmaceutique en Europe

1. Le modèle allemand

⁶⁴ *General and Market Information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/germany>

⁶⁵ *Marktanteile im Pharmagroßhandel in Deutschland im Jahr 2015*. In Statista [en ligne]. [consulté le 3 novembre 2018]. Disponible sur : <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200998/umfrage/marktanteile-des-pharmagrosshandels-in-deutschland/>

⁶⁶ *Margenentwicklung im pharmazeutischen Großhandel für RX-AM 2003 bis 2017*. In PHAGRO [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.phagro.de/pharma-grosshandel/zahlen-daten-fakten/>

⁶⁷ *Dramatischer Spannenverfall im Pharmagrosshandel*. In PHAGRO [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.phagro.de/dramatischer-spannenverfall-im-pharmagrosshandel/>

⁶⁸ *Großhandelsanteil Arzneimittelpreis*. In PHAGRO [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.phagro.de/pharma-grosshandel/zahlen-daten-fakten/>

⁶⁹ *Umsatz des Großhandels mit verchreibungspflichtigen Arzneimitteln (RX)*. In PHAGRO [en ligne]. [consulté le 2 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.phagro.de/pharma-grosshandel/zahlen-daten-fakten/>

⁷⁰ WALTER. E. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2017. pp. 24-26.

2. Le modèle espagnol

⁷¹ *General & Market information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/spain>

⁷² *Análisis sectorial de la distribución farmacéutica en distribución farmacéutica en España*. In FEDIFAR [en ligne]. 2013. pp. 4. Disponible sur : <http://fedifar.net/wp-content/uploads/2016/01/analisis-sectorial-de-la-distribucion-farmacéutica-en-espana.pdf>

⁷³ *Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España*. In CNMC [en ligne]. pp. 76. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.cnmc.es/2015-10-21-estudio-sobre-el-mercado-de-distribucion-minorista-de-medicamentos-en-espana-272086>

⁷⁴ *Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo*. In Agencia estatal boletín oficial des estado [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-9291>

⁷⁵ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 8.

3. Le modèle italien

⁷⁶ *General & Market information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/italy>

⁷⁷ BARGERIO. C. FORMENGO. G. *Struttura di mercato e countervailing power dei distributori all'ingrosso nel settore farmaceutico in Italia*. 2012. pp. 13.

⁷⁸ *DISTRIBUZIONE INTERMEDIA*. Associazione Distributori Farmaceutici [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.adfsalute.it/index.php/i-margini-commerciali/17-sito/distribuzione-intermedia>

⁷⁹ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line*

wholesaling sector. IPF. 2016. pp. 8.

⁸⁰ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 26-28.

⁸¹ CHARRONDIERE. A. *Concentration des répartiteurs, e-commerce, essor des chaînes de pharmacies... : les grandes mutations de la distribution pharmaceutique en Europe*. In Les Echos ETUDES [en ligne]. 2017. [consulté le 10 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.lesechos-etudes.fr/news/2017/01/13/concentration-des-repartiteurs-pharmaceutiques-e-commerce-services-aux-pharmaciens-et-e-sante-les-grandes-mutations-de-la-distribution-pharmaceutique-en-europe/>

4. Le modèle belge

⁸² *General & Market information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/belgium>

⁸³ *Médicaments à usage humain*. In Ministère de l'économie belge [en ligne]. 2018. [consulté le 10 novembre 2018]. Disponible sur : <https://economie.fgov.be/fr/themes/ventes/politique-des-prix/prix-reglementes/medicaments-usage-humain>

II. Les particularités du modèle britannique

1. Le paysage e la répartition pharmaceutique au Royaume-Uni

⁸⁴ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 10.

⁸⁵ KANAVOS. P. SCHURER. W. VOGLER. S. *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. EMINET. 2011. pp. 65.

⁸⁶ *General & Market information*. In GIRP [en ligne]. [consulté le 2 novembre 2018]. Disponible sur : <http://girp.eu/country/united-kingdom>

2. Agency model et DTP

⁸⁷ KANAVOS. P. SCHURER. W. VOGLER. S. *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. EMINET. 2011. pp. 46.

3. Les « Reduced Wholesaler Models » (RWM)

⁸⁸ KANAVOS. P. SCHURER. W. VOGLER. S. *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. EMINET. 2011. pp.33.

⁸⁹ KANAVOS. P. SCHURER. W. VOGLER. S. *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. EMINET. 2011. pp. 34.

⁹⁰ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 97-98.

III. L'efficacité d'un système

1. Les leaders du marché européen

⁹¹ GALINIER-WARRAIN. A. CHARRONDIERE. H. *Enjeux et perspectives de la distribution pharmaceutique en Europe*. In Les Echos Etudes. 2017. pp. 144.

⁹² GALINIER-WARRAIN. A. CHARRONDIERE. H. *Enjeux et perspectives de la distribution pharmaceutique en Europe*. In Les Echos Etudes. 2017. pp. 155.

2. Valeurs ajoutées du grossiste-répartiteur

⁹³ GALINIER-WARRAIN. A. CHARRONDIERE. H. *Enjeux et perspectives de la distribution pharmaceutique en Europe*. In Les Echos Etudes. 2017. pp. 147.

⁹⁴ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 34.

⁹⁵ *Un peu d'histoire*. In CIP [en ligne]. [consulté le 12 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.cipclub.org/association-cip/historique-et-status/>

⁹⁶ *Directive 2011/62/UE du 8 Juin 2011*. Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir_2011_62/dir_2011_62_fr.pdf

⁹⁷ *Full supply and stock-keeping function*. In GIP IPF key finding. 2016. pp. 12

⁹⁸ *Bundling function (pooling of products)*. In GIRP IPF key finding. 2016. pp. 19

⁹⁹ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 46.

¹⁰⁰ *Art 114 LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=2E9EEF2B0B70B7952592EBB5001B355C.tplgfr29s_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

¹⁰¹ *Article L5124-1* [en ligne]. [consulté le 12 novembre]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689973>

¹⁰² WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 56.

3. Perception du rôle des grossistes-répartiteurs par les autres auteurs de la chaîne de distribution du médicament

¹⁰³ WALTER. A. LAZIC-PERIC. A. *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*. IPF. 2016. pp. 17-35

¹⁰⁴ *Delivery time & frequency (weighted average in 2015)*. In GIRP IPF key finding. 2016. pp. 16.

Partie III. Statu quo fragile, avenir du secteur de la distribution pharmaceutique en France

I. Talon d'Achille : financement d'un service public

1. Services publics et préfinancement de santé

¹⁰⁵ *Financing function*. Key findings GIRP-IPF. 2016. pp. 23.

¹⁰⁶ *Rapport d'application des lois de financement de la Sécurité sociale de 2017*. Cour des Comptes [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. pp. 424. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2017>

2. Dépense de santé de plus en plus sous pression

¹⁰⁷ CHARRONDIERE. H. *Quel système de rémunération pour les répartiteurs pharmaceutiques ?*. Les Echos ETUDES [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.lesechos-etudes.fr/news/2018/05/09/quel-systeme-de-remuneration-pour-les-repartiteurs-pharmaceutiques/>

¹⁰⁸ *Article L138-2 du CSS* [en ligne]. [consulté le 22 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740373&dateTexte=>

3. Nouveaux modèles de financement

¹⁰⁹ TURAN-PELLETIER. G. ZEGGAR. H. *La distribution en gros du médicament en ville*. IGAS. 2014. pp. 72-73.

¹¹⁰ *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Cour des comptes [en ligne]. pp. 432-433. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2017>

¹¹¹ CHARRONDIERE. H. *Quel système de rémunération pour les répartiteurs pharmaceutiques ?*. Les Echos ETUDES [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.lesechos-etudes.fr/news/2018/05/09/quel-systeme-de-remuneration-pour-les-repartiteurs-pharmaceutiques/>

¹¹² *Compte rendu intégral. Troisième séance du jeudi 25 octobre 2018*. Assemblée Nationale [en ligne]. [consulté le 22 novembre 2018]. Disponible sur : www.assemblee-nationale.fr/15/cri/2018-2019/20190037.asp#P1478277

¹¹³ *Les répartiteurs pharmaceutiques interpellent Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, à travers une lettre ouverte publiée dans Le Monde*. In CSRP [en ligne]. [consulté le 22 novembre 2018]. Disponible sur : www.csrp.fr/actualites/2018/11/les-repartiteurs-pharmaceutiques-interpellent-agnes-buzyn-ministre-des

¹¹⁴ TURAN-PELLETIER. G. ZEGGAR. H. *La distribution en gros du médicament en ville*. IGAS. 2014. pp. 47-54.

II. Remise en cause des piliers de la profession

1. Mise à mal du monopole officinal

2. Positionnement des grossistes-répartiteurs face à l'ouverture du capital des officines

¹¹⁵ GODELUCK. S. *Concurrence : les biologistes et les pharmaciens dans le viseur*. Les Echos [en ligne]. 2018. [consulté le 22 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/0301875806895-concurrence-les-biologistes-et-les-pharmaciens-dans-le-viseur-2187071.php#xtor=RSS37>

¹¹⁶ *Article L6223-5* [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021685875&dateTexte=>

¹¹⁷ *Article L5125-13 du CSP* [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=316707B5B5A9FADF8160B08D27EACA5A.tp1gfr44s_1?idArticle=LEGIARTI000036408405&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20181126

¹¹⁸ *Article R5125-18 du CSP* [en ligne]. [consulté le 26 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915194&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=>

Conclusion

¹¹⁹ *Moyennes professionnelles 2017*. KPMG. 25^e édition. pp.7.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

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

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.