L'approvisionnement des pharmacies d'officine : quelles solutions en 2020 ?

Mikel Arrabit

▶ **To cite this version:**

Mikel Arrabit. L'approvisionnement des pharmacies d'officine : quelles solutions en 2020 ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02970014

HAL Id: dumas-02970014

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02970014

Submitted on 17 Oct 2020

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.

université de BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2020 Thèse n°107

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par ARRABIT, Mikel

Né le 19 Aout 1987 à Bayonne

Le 25 Septembre 2020

L'APPROVISIONNEMENT DES PHARMACIES D'OFFICINE : QUELLES SOLUTIONS EN 2020 ?

Sous la direction de :
Professeur Marine AULOIS-GRIOT

Membres du jury :

Professeur MULLER, Bernard	Président
Professeur AULOIS-GRIOT, Marine	Directrice
Docteur COURTOISON, Jean-Claude	Examinateur
Docteur LULL, Fabien	Membre invité
Docteur MARTIN, Thibaut	Membre invité

Remerciements

A Monsieur le Professeur Bernard Muller,
Je suis honoré que vous ayez accepté la présidence du jury de cette thèse. Je tiens à vous remercier de votre investissement dans la formation et la vie des étudiants et pour les bonnes relations que nous avons pu avoir durant mes années de représentant étudiant au sein du conseil d'UFR et de l'Université.

A Madame le Professeur Marine Aulois-Griot,
Je vous remercie de votre aide et de m'avoir permis de soutenir cette thèse. Je vous remercie également de votre implication auprès des étudiants et pour les échanges que nous avons pu avoir au sein du conseil d'UFR.

A Monsieur le Docteur Jean-Claude Courtoison,
Merci pour votre participation à ce jury de thèse. Votre présence témoigne de votre bienveillance envers les équipes de la société Phoenix Pharma. Vous trouverez ici l'expression de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Fabien Lull,
Je te remercie de ta présence dans ce jury et pour toutes ces années passées ensemble à œuvrer pour l'animation de la vie étudiante. Ta générosité et ta sympathie me rendent fier de te compter parmi mes amis.

A Monsieur le Docteur Thibaut Martin,
Merci de ta participation à mon jury de thèse. Je tiens à t'exprimer toute mon affection pour cette complicité partagée depuis ces nombreuses années et également toute ma gratitude pour les aventures que nous avons pu vivre ensemble.

A mes collègues de Phoenix Pharma,
L'équipe du Sud-Ouest, Marina, Charlotte, Stéphane, Jean, Stéphanie, Clémentine, Magali.
Sophie je te remercie tout particulièrement pour ta générosité et ton professionnalisme.
L'équipe nationale, Golareh, Natai, Issam, Pascale et bien sur mes préférées Valoch et Margotte.
Lilia et Hugues, je vous remercie particulièrement pour la confiance que vous m'avez accordée.
Aux anciens de Phoenix, Sylvain et Julie, merci de me permettre l'accès à des destinations ensoleillées !

A mes amis,
A mes copains Fou : Alex pour ton sens perpétuel du challenge, Benoit pour tes gros bouchons affectueux, Brice pour tes nuits toulousaines, Casa pour ta camaraderie sans faille, Christophe pour tes big bisous bien baveux, Damien pour m'avoir embarqué dans ce groupe complètement toqué, Duprato pour ton côté arrosatar, Fabio pour tes déguisements burlesques, Fabregas pour tes pauses de cerveau, Gix pour l'éducation de tous ces gosses, Martin pour tous ces moments passés aux 4 coins du globes (Argentina !!!), Popiette pour ta clownerie à n'en plus finir, Tony pour avoir pris soin de ma petite sœur. Merci milles fois pour cette amitié qui me comble de bonheur à chaque fois!
Et à tous les +1 qui nous supportent !

A ma biche, je te remercie pour ces 4 merveilleuses années passées à tes côtés et pour toutes ces autres années étudiantes durant lesquelles nous avons construit de belles choses. Et bien sûr, un merci éternel de m'avoir présenté ton interne.

A Jaja pour cette tendresse réciproque et ta bienveillance à mon égard. Merci aussi pour ces instants de folies parfois tard dans la nuit.

A Elise pour m'avoir fait découvert ce qu'est une journée de 40h. Je te remercie pour ces soirées déjantées et celles à venir sur Manchester.

A Marie, ma petite sœur de faluche chérie. Merci pour ton énergie et ton mauvais caractère qui me fait tant rire quand on est en taxi.

A Vinvin pour ces traditionnelles soirées Bayonnaises et les heures passées à te chercher.

A Anne-So pour ces nuits de risk endiablées.

A Carli pour tes lunettes embuées de fin de soirée.

A Gautier, pour ton soutien indéfectible durant ces 2 années de mandat et cette belle soirée Parisienne.

A Fifi, je te remercie encore pour tout ce que tu as fait pour moi durant ces années de vice-présidence étudiante. Tu m'as beaucoup appris et je t'en serais éternellement reconnaissant.

A tous mes amis de Pharma, de l'ACEPB, des élus étudiants, et de la BAC 2010, merci pour toutes ces belles années et ces belles rencontres.

A mes copains Arrosatars,
A Aurélie, Beñat, Charlotte, Gerald, Jean-Marc, Jean muscu, Kattin, Martinx, Melissa, Papinou, Pauline, Sarah, pour tous ces bons moments passés en votre compagnie.
A Joana (oui t'es de la famille aussi mais ça ne compte pas) pour ton amitié et ton affection constante.
A Antton, mon cousin toujours à mes côtés depuis mes 1 mois et demi. Merci pour ta simplicité, ta gaieté, et surtout pour ton art de recopier des exercices de math dans un bus.

A ma belle-famille,
Jean-Marc, Marie, Lolo, Dien, merci pour votre accueil parmi vous et ces beaux moments que nous passerons à Porte autour du feu.

A mon bibou,
A ma Lisou d'amour, nous serons bientôt unis pour la vie. Merci de ton aide pour ce travail, mais surtout merci pour ton amour qui me donne tant de force. Je t'aime.

A ma famille,
A la cousinade Matron, merci de me faire tant voyager.
A la cousinade Arrabit, merci de perpétuer ces moments en famille si chaleureux.

A mes oncles et tantes (Françoise, Alain, Agnès, Beñat, Pascale, Jean-Philippe, Gilles), ma marraine Véro, mon parrain Jean-Marc et Nini chérie, merci pour votre regard toujours si bienveillant.

A Papi et Mamie, pour tous ces beaux moments que nous partageons ensemble. Merci pour toute l'attention que vous portez à votre grande et belle famille.

A Amatxi, tu n'es plus là pour constater que je suis vraiment pharmacien, merci pour ta tendresse et ton amour que tu m'as tant donné durant toutes ces années.

A Lulu et David, merci de rendre si heureux mon petit frère et ma petite sœur.

A ma sœur Maider et mon frère Peio, je vous remercie pour notre complicité infaillible. C'est un bonheur de vous savoir à mes côtes et je sais que nous passerons des moments merveilleux pour longtemps.

A mes chers parents, Aita et Ama, merci pour tout. Merci pour votre amour, merci de toujours croire en moi, merci de m'avoir permis de faire ces études, merci de m'avoir donné tous ces repères. Je suis fier de vous. Vous trouverez dans ce travail, le témoignage de ma reconnaissance et de mon amour éternel.

Table des matières

Table des illustrations 9

Introduction 12

Première partie : Les acteurs de la chaîne du médicament et des produits pharmaceutiques en France 14

Chapitre 1 : Les établissements pharmaceutiques industriels. 14

Section 1 : Les fabricants. 14

Section 2 : Les exploitants. 15

Section 3 : Pratiques commerciales des laboratoires pharmaceutiques. 16

Section 4 : Les importateurs.(6) (7) 16

Section 5 : Les distributeurs en gros. 19

Chapitre 2 : Les autres acteurs 22

Section I : Les groupements 22

Section II : Les courtiers en médicaments.(21) (22) (23) 30

Deuxième partie : Les grossistes-répartiteurs en produits pharmaceutiques (24) 32

Chapitre 1 : Evolution historique de la répartition pharmaceutique(25) 32

Chapitre 2 : Cadre juridique de la répartition 34

Section I : Le Code de la santé publique (3) (7) (26) (27) 34

Section II : Les bonnes pratiques de distribution en gros (30) 36

Section III : La structure du prix des médicaments (32) 41

Chapitre 3 : Place de la répartition pharmaceutique dans le circuit du médicament en France 44

Chapitre 4 : Le réseau des répartiteurs (33) 46

Section I : En France (34) 46

Section II : Le réseau de la répartition pharmaceutique en Europe (43) (44) (36) (41) (45) 57

Chapitre 5 : Modèle économique de la répartition 60

Section I : La marge(50) (10) (51) 60

Section II : Les remises commerciales 63
Section III : La contribution à la Sécurité Sociale : la taxe ACCOSS. (55) 64
Chapitre 6 : Les perspectives d'évolution de la répartition pharmaceutique 65
Section I : Un marché concurrentiel en plein essor. (56) (57) 65
Section II : Améliorer le rendement et les coûts de l'activité de distribution 67
Section III: Diversifier ses services et ses activités 67
Troisième partie : Les Structures de regroupement d'achat et les centrales d'achat pharmaceutique : intérêt pour les pharmaciens officinaux 69
Chapitre 1 : Les différents flux entre les acteurs 69
Chapitre 2 : Contexte de la création de ces structures. 73
Section I : Contexte économique (59) 73
Section II : L'évolution de l'exercice officinal (62) 76
Section III : La rétrocession (63) 78
Chapitre 3 : Les Centrales d'Achat Pharmaceutique (CAP) 82
Section I : Règlementation et organisation d'une centrale d'achat (3) 82
Section II : Les acteurs 85
Section III : Etude économique des CAP (62) 86
Chapitre 4: Les Structures de regroupement d'achat (SRA) (65) (66) 89
Section I : Les formes juridiques et les modèles d'organisation d'une SRA 90
Section II : Les acteurs(67) 96
Section III : Etude économique du coût de fonctionnement 96
Chapitre 5 : Etude comparative des canaux d'approvisionnement et opportunités pour les officines. 97
Conclusion : 103
BIBLIOGRAPHIE 104

Table des illustrations

Figure 1: Chaîne du médicament en France métropolitaine(1) 12
Figure 2: Le commerce parallèle dans le marché européen en 2016(2) 18
Figure 3: Caractéristiques des principaux groupements nationaux 29
Figure 4: Nombre de pharmaciens par ETP en établissement pharmaceutique (28) 35
Figure 5: Spectre opérationnel du guide des BPDG 37
Figure 6: Décomposition moyenne du prix TTC des médicaments remboursables en 2018(1) 43
Figure 7: Place stratégique du grossiste-répartiteur au sein du circuit du circuit du médicament 44
Figure 8: Parts de marché des acteurs majeurs de la répartition pharmaceutique en France(1) 47
Figure 9:Organisation territoriale des établissements OCP(35) 48
Figure 10: Organisation territoriale des établissements d'Alliance Healthcare Répartition(36) 50
Figure 11: Organisation territoriale des établissements de la CERP Rouen(38) 52
Figure 12: Organisation territoriale des établissements de la CERP Rhin-Rhône-Méditerranée(39) 53
Figure 13: Organisation territoriale des établissements de CERP Bretagne-Atlantique(40) 54
Figure 14: Organisation territoriale des établissements de Phoenix Pharma(42) 55
Figure 15: Paysage de la distribution pharmaceutique en Europe(46) 57
Figure 16: Consolidation dans l'industrie de la répartition pharmaceutique en Europe(48) 58
Figure 17: Parts de marché en Europe 59
Figure 18: Taux de pénétration des génériques depuis 2012(53) 61
Figure 19: Evolution de la marge grossiste avant contribution (source CSRP) 62
Figure 20: Evolution du marché médicament remboursable, du marché répartition et du marché direct 66
Figure 21: Schéma des différents flux d'une commande 72
Figure 22: Evolution du nombre d'officines en France 73
Figure 23: Evolution annuelle du chiffre d'affaires HT d'une officine (60) 74
Figure 24:Evolution du Chiffre d'Affaires des médicaments (2) 74
Figure 25: Schéma explicatif de l'organisation d'une rétrocession 79
Figure 26: Schéma d'organisation d'une CAP 83

Figure 27: Schéma d'organisation d'une CAP avec SRA 84
Figure 28: Evolution du nombre de centrales d'achat pharmaceutique pendant les 5 premières années (64) 85
Figure 29: Récapitulatif des coûts d'une CAP 87
Figure 30: Schéma d'organisation d'une SRA avec un établissement pharmaceutique 91
Figure 31: Schéma d'organisation d'une SRA de référencement avec un établissement pharmaceutique 92
Figure 32: Schéma d'organisation d'une SRA de référencement direct laboratoire 93
Figure 33: Schéma d'organisation d'une SRA commissionnaire avec un établissement pharmaceutique 94
Figure 34: Schéma d'organisation d'une SRA commissionnaire direct laboratoire 95
Figure 35: Tableau comparatif des coûts d'approvisionnement en fonction des canaux 101

Table des abréviations

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu
BPDG : Bonne Pratique de Distribution en Gros
CAP : Centrale d'Achat Pharmaceutique
CAPA : Corrective Action and Preventive Action
CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CEPS : Comité Economique des Produits de Santé
CERP BA : Coopérative d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique de Bretagne Atlantique
CERP Rouen : Compagnie d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique de Rouen
CERP RRM : Confraternelle d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique Rhin Rhône Méditerranée
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNGPO : Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
CSRP : Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique
CSS : Code de la Sécurité Sociale
DGS : Direction Générale de la Santé
DOM TOM : Département d'Outre-Mer et Territoire d'Outre-Mer
DPC : Développement Professionnel Continu
DTP : Direct to Pharmacy
EMA : European Medicines Agency
ETP : Equivalent Temps Plein
FIP : Fédération Internationale Pharmaceutique
FNDP Fédération Nationale des Dépositaires Pharmaceutiques
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
Giphar : Groupement d'ntérêt pharmaceutique
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
HT : Hors Taxe
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
ISO : International Organization for Standardization
JORF : Journal Officiel de la République Française
LCR : Lettre de Change Relevé
LME : Loi de Modernisation de l'Economie
MDD : Marque De Distributeur
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaires
OCP : Office Commercial Pharmaceutique
OTC : Over The Counter
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PFHT : Prix Fabriquant Hors Taxe
PLV : Publicité sur les Lieux de Vente
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RWA : Reduced Wholesale Agrements
SA : Société Anonyme
SAS : Société par Actions Simplifiée
SCM : Supply Chain Management
SCPBN : Société Coopérative des Pharmaciens de Bretagne Nord
SoPhab : Société des Pharmaciens Bretons
SRA : Structure de Regroupement d'Achat
TROD : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique
TTC : Toutes Taxes Comprises
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
UDGPO : Union Des Groupements des Pharmaciens d'Officine
UE : Union Européenne
UPA : Union Pharmaceutique d'Armor
USPO : Union des Syndicats de Pharmacie d'Officine

Introduction

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques prend sa source dans les chaînes de fabrication des laboratoires fabricants. Aujourd'hui, 270 d'entre eux produisent du médicament en France(1). Ils peuvent également être des laboratoires fabricants de dispositifs médicaux, accessoires médicaux, produits cosmétiques et de parapharmacie. La distribution au détail de ces produits, à destination du patient et consommateur, est quant à elle assurée par les pharmacies hospitalières ou les pharmacies d'officine. En 2019, 21 192 officines et 2 658 PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) publiques et privées sont réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain français.

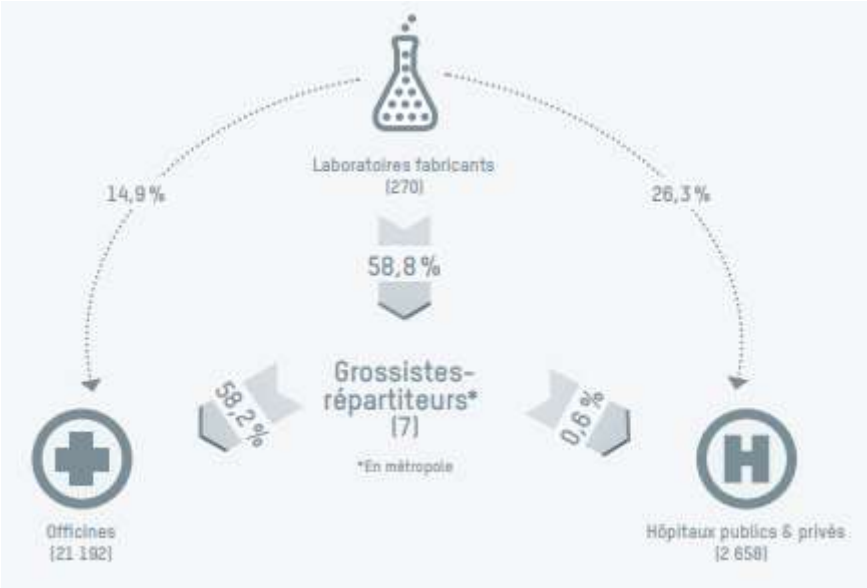

Figure 1: Chaîne du médicament en France métropolitaine(1)

Le pharmacien est le dernier acteur du circuit du médicament puisqu'il réalise l'acte de délivrance. Il est garant de la qualité et de la sécurité du produit. L'approvisionnement du médicament doit donc se faire avec vigilance quant à sa source et son acheminement.

Le pharmacien d'officine par sa situation de commerçant, est également soumis aux règles de la concurrence qui l'obligent en plus de la garantie du produit, à une certaine pression économique. Il devra donc s'assurer d'acheter de façon sécurisé et à un prix avantageux.

Avec l'industrialisation de la production des médicaments et des produits pharmaceutiques, il est apparu de nouveaux métiers tout au long de la chaîne d'approvisionnement : le grossiste répartiteur, le dépositaire et plus récemment les centrales d'achats pharmaceutiques, les structures de regroupement d'achat et les courtiers.

Les pratiques d'approvisionnement sont autant diverses qu'il existe de pharmacien gestionnaire. Chaque type d'approvisionnement présente ses avantages et inconvénients. Le tout réside dans le fait que plus de 60 millions de français puissent se fournir le médicament prescrit par leur médecin, et/ou le produit de qualité pharmaceutique, le plus rapidement possible, dans une sécurité absolue et à proximité de chez eux.

Ce travail vise à cartographier l'ensemble des solutions d'approvisionnements des pharmacies d'officine en France en 2020. Chaque acteur de la chaîne du médicament et des produits pharmaceutiques sera présenté avec ses avantages et ses inconvénients, et nous étudierons leurs influences sur l'organisation de l'officine, sur sa qualité de service et sur sa gestion de stock. Une étude des coûts des différentes solutions d'approvisionnements sera ensuite abordée et plus particulièrement pour les centrales d'achats pharmaceutiques et les structures de regroupement d'achat. Enfin une comparaison économique et de leur fonctionnement permettra d'établir leurs intérêts pour le pharmacien d'officine.

Première partie : Les acteurs de la chaîne du médicament et des produits pharmaceutiques en France

De nombreux acteurs interviennent tout au long de la chaîne du médicament et des produits pharmaceutiques. Ici nous nous intéressons aux acteurs participants à l'approvisionnement des pharmacies d'officine. On distinguera les industriels, apparus au cours du 20ème siècle et qui prennent le statut d'établissements pharmaceutiques dès lors qu'ils sont en contact direct avec les produits, des autres structures apparus plus récemment et qui auront un positionnement plutôt commercial.

Chapitre 1 : Les établissements pharmaceutiques industriels.

On désigne par établissement pharmaceutique, toute entreprise qui se livre à la fabrication, l'importation, l'exportation et la distribution en gros de médicament et des produits pharmaceutiques (2)(3)(4).

Section 1 : Les fabricants.

Ce sont des entreprises qui produisent des médicaments ou des produits pharmaceutiques, selon les exigences des bonnes pratiques de fabrication définies par l'agence naionale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Article R5124-2 du Code de la Santé Publique
1° Fabricant, l'entreprise ou l'organisme se livrant, en vue de leur vente en gros, de leur cession à titre gratuit ou de leur expérimentation sur l'homme à la fabrication de médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et au 4° de l'article L. 5121-1.
La fabrication comprend les opérations concernant l'achat des matières premières et des articles de conditionnement, les opérations de production, de contrôle de la qualité, de libération des lots, ainsi que les opérations de stockage correspondantes, telles qu'elles sont définies par les bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 applicables à cette activité.

La fabrication comprend toutes les opérations de l'achat des matières premières jusqu'au conditionnement du médicament. Le fabricant est le responsable des contrôles de qualité et de libération de lot.

En France, on dénombre en 2018, 240 entreprises fabriquant des médicaments. En quelques années, la production des médicaments et produits de santé s'est complètement mondialisée et de nouveaux acteurs sont apparus dans les pays émergents (Inde, Chine, Brésil, …). Ceci a évidemment contribué à complexifier le circuit de distribution des médicaments. Cela impacte particulièrement le pharmacien d'officine qui, assurant la distribution au détail, se voit de plus en plus sollicité par des laboratoires de plus en plus nombreux.

Section 2 : Les exploitants.

Les exploitants sont des établissements pharmaceutiques qui assurent l'exploitation du médicament. On entend par exploitation, les opérations de stockage et vente en gros, de publicité, d'information médicale, de pharmacovigilance, de suivi et le cas échéant, le retrait des lots mis sur le marché.

Article R5124-2 du Code de la Santé Publique

3°Exploitant, l'entreprise ou l'organisme se livrant à l'exploitation de médicaments autres que des médicaments expérimentaux, de générateurs, trousses et précurseurs mentionnés au 3° de l'article L. 4211-1.

L'exploitation comprend les opérations de vente en gros ou de cession à titre gratuit, de publicité, d'information, de pharmacovigilance, de suivi des lots et, s'il y a lieu, de leur retrait ainsi que, le cas échéant, les opérations de stockage correspondantes.

L'exploitation est assurée soit par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8,(…) soit, pour le compte de ce titulaire, par une autre entreprise ou un autre organisme, soit par l'un et l'autre, chacun assurant dans ce cas une ou plusieurs catégories d'opérations constitutives de l'exploitation du médicament ou produit

Section 3 : Pratiques commerciales des laboratoires pharmaceutiques.

Dans la pratique courante, sont appelés laboratoires pharmaceutiques les exploitants et les fabricants de médicaments. Ces laboratoires pharmaceutiques peuvent développer les ventes de leurs produits directement auprès des officinaux sans aucun intermédiaire ou via leurs dépositaires. C'est ce que l'on appelle la « vente directe ». Les industriels qu'ils soient fabricants ou exploitants ont la volonté de développer ces ventes directes afin de maîtriser les flux, et faire stocker une grande partie de leurs références dans les pharmacies d'officines. Des remises plus attrayantes que celles proposées par un répartiteur-grossiste classique (dans la limite fixée par la loi pour les spécialités remboursables, cf deuxième partie) sont généralement proposées. Si ces pratiques concernent très souvent les produits de parapharmacie, les médicaments OTC (over the counter) ou les génériques, elles peuvent concerner également des médicaments remboursables à fortes rotations (exemple : Doliprane du laboratoire Sanofi).

Les nouveaux médicaments étant de plus en plus spécifiques, certains produits de niche sont également vendus directement à l'officine pour des raisons de logistique. En effet, si seuls quelques patients au niveau national sont traités par ces nouveaux traitements, un pilotage central de distribution de ces médicaments au niveau national est alors plus adapté.

En juillet 2013, l'autorité de la concurrence française écrit dans un communiqué de presse que certains laboratoires vont même jusqu'à refuser la vente de médicaments non remboursables aux grossistes répartiteurs et vendent exclusivement directement aux officines (5). L'intérêt : maintenir des marges élevées et maîtriser les flux. En effet, soit les officines de grande taille ayant la capacité de stocker, bénéficient de remise pouvant aller jusqu'à 50%, soit les petites officines achètent à prix fort. Dans les deux cas, le laboratoire maintient d'excellentes marges et un contrôle des flux de la production au vendeur détaillant.

Section 4 : Les importateurs.(6) (7)

Les importateurs sont des entreprises qui importent des médicaments et des produits pharmaceutiques sur le territoire douanier national. La provenance peut être d'un état membre, ou non membre de la communauté européenne.

Article R5124-2 du Code de la Santé Publique

2° Importateur, l'entreprise ou l'organisme se livrant, en vue de leur vente en gros, de leur cession à titre gratuit ou de leur expérimentation sur l'homme, à l'importation, au stockage, au contrôle de la qualité et à la libération des lots de médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et au 4° de l'article L. 5121-1 en provenance :

a) D'Etats non membres de la Communauté européenne et non parties à l'accord sur l'Espace économique européen ;

b) Ou d'autres Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen lorsque les médicaments, produits ou objets ont été fabriqués par un établissement non autorisé au titre l'article 40 de la directive 2001/83 du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

Les opérations d'importation sont soumises à une autorisation préalable, délivrée par le directeur général de l'ANSM. L'autorisation d'importation est délivrée pour une importation devant être réalisée dans un délai de trois mois, ou pour une série d'opérations d'importation envisagées pendant une période maximale d'un an et pour une quantité globale donnée.

Dans un contexte de libre circulation de marchandises entre les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, il est autorisé des opérations dites d'importations parallèles. Elles sont soumises au régime juridique prévu aux articles R.5121-115 à R.5121-132 du CSP (8). L'importation parallèle est déterminée par le fait pour un opérateur économique, étranger au circuit de distribution officiel du titulaire de l'AMM, d'acquérir dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, une spécialité ayant une AMM délivrée par les autorités sanitaires de cet Etat, en vue de sa commercialisation en France, où cette même spécialité a une AMM délivrée par l'ANSM ou par l'Agence Européenne des Médicaments (EMA).

Les opérations d'importation parallèle sont soumises à une autorisation préalable, délivrée par le directeur général de l'ANSM. L'autorisation est délivrée pour une durée de 5 ans. Elle ne peut être donnée que lorsque la composition quantitative et qualitative en principes actifs et en excipients, la forme pharmaceutique et les effets thérapeutiques de la spécialité importée sont identiques à ceux de la spécialité déjà autorisée par l'ANSM. Les excipients peuvent néanmoins différer ou être présents dans des quantités différentes, à condition que cela n'ait aucune incidence thérapeutique et n'entraîne pas de risque pour la santé publique. Il est également nécessaire de procéder à un reconditionnement afin d'adapter le produit à la législation française, notamment en matière linguistique. De telles opérations de reconditionnement

peuvent se limiter à l'ajout d'étiquettes sur l'emballage d'origine, mais également induire un changement complet du conditionnement et l'impression d'un nouvel étui. L'importateur est responsable de la qualité et de la libération des lots des médicaments qu'il importe vis-à-vis des autorités du pays d'importation. Il doit respecter les dispositions des bonnes pratiques de fabrication.

La conséquence au niveau économique est qu'un opérateur, indépendant du fabricant, a la possibilité d'acheter des médicaments dans un pays voisin qui les vend à meilleur prix, afin de les revendre à son tour dans son pays d'origine. Ainsi, l'importateur profite des différences de prix d'un pays à l'autre au sein de l'Union Européenne, ceux-ci étant fixés librement par les gouvernements nationaux pour maîtriser leurs dépenses de santé. Les importateurs peuvent ainsi acheter à bas prix des médicaments dans un Etat pour les revendre ensuite dans un autre pays où le prix est plus élevé. En 2016, en Europe ce commerce était évalué à 5,2 milliards d'euros. Selon la Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP), cette pratique commerciale permet à un commerçant de bénéficier d'une marge d'au moins 10 à 15%.

Compte tenu de la politique de prix bas des médicaments, la France a très peu d'importation parallèle mais est surtout un pays d'exportation parallèle provoquant un problème de tension d'approvisionnement et de rupture de médicaments. En 2018, l'exportation parallèle représente en France plus de 27 milliards d'euros de chiffres d'affaires.

En Europe ce marché peut dans certains pays prendre une part importante du marché du médicament de ville, surtout dans les pays qui disposent d'une liberté du prix du médicament.

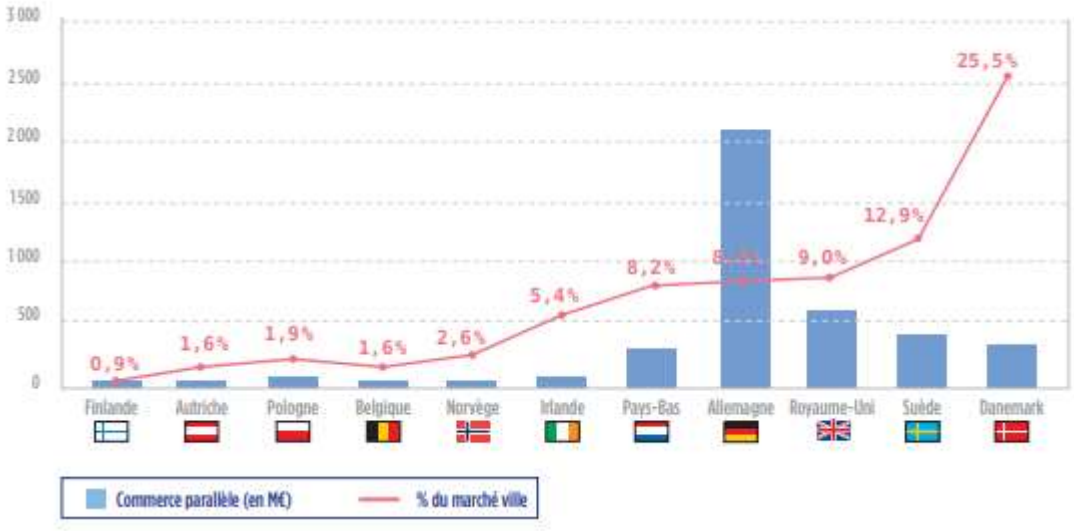

Figure 2: Le commerce parallèle dans le marché européen en 2016(2)

Section 5 : Les distributeurs en gros.

La distribution en gros de médicaments et autres produits pharmaceutiques, ne peut être effectuée que par des établissements pharmaceutiques. Ce sont les distributeurs en gros et ils sont classés en plusieurs catégories : les grossistes-répartiteurs, les centrales d'achat pharmaceutique et les dépositaires. Toutes ces entreprises doivent être la propriété d'un pharmacien ou d'une société à la gérance ou à la direction générale de laquelle participe un pharmacien appelé pharmacien responsable.

Les grossistes-répartiteurs se livrent à l'achat et au stockage de médicaments et produits pharmaceutiques, en vue de leur distribution en gros et en l'état. Avec environ 200 agences sur le territoire, ils approvisionnent l'ensemble du réseau pharmaceutique officinal. Nous étudierons ces derniers dans la deuxième partie.

Les centrales d'achats pharmaceutiques se livrent à l'achat et au stockage de médicaments exclusivement non remboursables et d'autres produits pharmaceutiques, en vue de leur distribution en gros et en l'état. Nous étudierons ces dernières dans la troisième partie.

Les dépositaires sont des prestataires de services qui se livrent, pour le compte d'un ou plusieurs exploitants, au stockage de ces médicaments et produits pharmaceutiques, dont ils ne sont pas propriétaires, en vue de leur distribution en gros et en l'état. C'est ce que nous allons à présent étudier. (9) (3)

Acteurs essentiels de la santé publique, les dépositaires sont des établissements pharmaceutiques dont le rôle est défini dans l'article R.5124-2.4 du Code de la Santé Publique.

Article R.5124-2.4 du code de la Santé Publique

4° Dépositaire, l'entreprise se livrant, d'ordre et pour le compte :

-d'un ou plusieurs exploitants de médicaments, de générateurs, trousses ou précurseurs mentionnés au 3° de l'article L. 4211-1 ;

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

Les dépositaires sont donc des distributeurs pour le compte des exploitants de médicaments qui leurs confient leurs produits par contrat de gré à gré. Contrairement aux grossistes répartiteurs, les dépositaires ne sont pas propriétaires de leurs stocks. Ils agissent uniquement en qualité de mandataire pour les laboratoires sur un secteur géographique définis. Ils se chargent de la prise de commande, du stockage et de la livraison de la marchandise mais n'interviennent pas dans le prix de vente du médicament. Ils peuvent également être chargés de s'occuper de la facturation et de l'encaissement pour les laboratoires. L'ensemble des services que peut proposer un dépositaire à un laboratoire fait l'objet d'un contrat.

Un dépositaire approvisionne chaque jour et sur l'ensemble du territoire, des établissements de santé publics ou privés, les établissements de répartition et les pharmacies d'officine même si ces dernières ne représentent pas la majorité de leur activité. Grâce à son expertise, le médicament pris en charge dès sa sortie de production, est acheminé dans des conditions de respect de conservation et d'intégrité auprès des points de répartition et dispensation, tout en respectant la traçabilité du produit et avec des coûts maîtrisés. Il garantit une gestion continue des flux de distribution de l'amont vers l'aval pour faire face à toute demande, assurant ainsi un service de santé publique.

Un dépositaire est dans l'obligation de respecter les bonnes pratiques de distribution en gros du médicament. Il assure ainsi une rapidité de livraison, un respect de la chaîne du froid et des produits sensibles, une traçabilité intégrale et un service d'astreinte. Regroupés au sein de la Fédération Nationale des Dépositaires Pharmaceutiques (FNDP), les adhérents s'engagent à respecter une charte professionnelle qui assure ce respect des bonnes pratiques. Les

engagements sont réunis autour de deux thèmes : ceux en qualité de professionnels de santé, ceux en qualité de responsables d'entreprises. Cette représentation syndicale de la profession peut être consultée par les pouvoirs publics lors des plans de financement de la sécurité sociale.

On dénombre aujourd'hui 110 entreprises exerçant une activité de dépositaire en France (métropole + DOM TOM) avec 142 établissements. Les plus importants d'entre eux sont : Alloga, Centre Spécialités Pharmaceutiques, Movianto, … Certains d'entre eux sont rattachés à des sociétés de répartition pharmaceutique qui développent leur logistique en amont du circuit du médicament (exemple : Ivrylab, filiale de Phoenix Pharma).

Comment une pharmacie d'officine peut-elle avoir affaire à un dépositaire ?

Très souvent, lorsque le pharmacien achète des médicaments directement auprès d'un laboratoire pharmaceutique, sans passer par un répartiteur, la logistique est assurée par un dépositaire qui achemine le médicament depuis son dépôt jusqu'à la pharmacie. La facturation peut se faire par l'intermédiaire du dépositaire pour le compte du laboratoire. Les litiges sont également gérés directement par les dépositaires. Ainsi les laboratoires ont, dans la majorité des cas, externalisé la gestion de leur stock et la distribution de leur produit, grâce aux dépositaires qui en assure la gérance.

Chapitre 2 : Les autres acteurs

Les autres acteurs de la chaîne du médicament participant à l'approvisionnement des officines ne sont pas des établissements pharmaceutiques car ils ne sont jamais en contact avec la marchandise. Ce sont des acteurs qui organiseront l'approvisionnement des officines sans manipuler le médicament ou le produit pharmaceutique.

Section I : Les groupements

Les groupements pharmaceutiques émanent de la nécessité pour les pharmaciens, de mener des réflexions, notamment économiques, autour de la gestion des officines. Ce besoin de se regrouper se fait de plus en plus ressentir. Aujourd'hui, on estime que plus de 70% des pharmacies adhèrent à un groupement régional ou national (10).

A. Historique (11)

Les premiers groupements locaux apparaissent dans les années 60 dans le but de partager des idées et mener des actions syndicales. Edouard le Joncour créait ainsi en septembre 1964, l'Union Pharmaceutique d'Armor (UPA). Dans le même temps, Jacques Brossard créait la Société des Pharmaciens Bretons (SoPhab). Ces nouveaux groupements sont les embryons des futurs Groupements du Mouvement Giphar (Groupement d'intérêt pharmaceutique) créés en 1968 à Rennes.

Les années 80 voient de nombreuses réformes toucher le monde officinal dans le but de combler le déficit de la Sécurité Sociale. Des groupements fleurissent partout en France (Optipharm, Pharma Direct, Plus Pharmacie, Népenthès, …)

Ces nouveaux groupements cherchent en 2001 à s'associer afin de structurer la voie des groupements officinaux français. Ainsi le Collectif National de Groupements de Pharmaciens

d'Officine (CNGPO) nait le 6 novembre 2002 sous la forme d'une association. Aujourd'hui, ce collectif représente 15 groupements et 12 000 pharmacies.

En 2009, certains groupements, ne se reconnaissant pas dans les idées et le mode de fonctionnement du CNGPO, créent l'UDGPO (Union Des Groupements de Pharmaciens d'Officine) qui représente aujourd'hui 8 groupements et 3 000 officines.

On compte de nos jours une centaine de groupements dans le circuit officinal français. Depuis quelques années, beaucoup de structures régionales se sont mises en place, qui viennent s'ajouter aux groupements nationaux créés plus tôt dans les années 80/90.

B. Principale activité des groupements.

Lors d'une adhésion à un groupement, le pharmacien a très souvent le choix parmi plusieurs offres qui lui donneront accès à plus ou moins de services. Si l'on étudie les différents types d'adhésions (12), deux se dégagent :

-L'offre « groupement »: Permet l'accès à une plateforme ou centrale d'achat. Le pharmacien à peu ou pas d'obligation et garde son indépendance vis-à-vis de la gestion de sa pharmacie. Le but pour le groupement est d'augmenter son volume d'achat de façon à négocier des meilleures conditions commerciales, de développer des services et la vente de produit de marque de distributeur (MDD). Exemple : réseau du groupement Objectif Pharma.

-L'offre « enseigne » : L'organisation de l'officine suit un modèle défini par le groupement. Le pharmacien est relié à une identité visible et lui donne accès à une centrale d'achat. L'objectif pour le groupement est de créer une identité visuelle extérieure via l'enseigne et intérieure via l'homogénéité des produits et services proposés. Le pharmacien garde le contrôle de sa pharmacie mais pour le groupement, il s'agit d'une anticipation à la possible évolution de la réglementation sur l'ouverture du capital des officines. Exemple : réseau du groupement Lafayette.

Quels sont les différents services proposés par les groupements aux pharmaciens ?

-Des services à l'achat :

Un groupement peut proposer différentes sortes de services pour aider le pharmacien titulaire dans sa gestion des achats.

Le premier est un partenariat particulier avec un grossiste répartiteur. Le groupement aura alors négocié les conditions commerciales avec le répartiteur, et le pharmacien titulaire bénéficiera de cette négociation, sans avoir lui-même à négocier. Un avantage notamment pour les officines de petite taille qui bénéficient d'avantages commerciaux plus importants que par une négociation seule.

Il existe par ailleurs des groupements qui possèdent des établissements de répartition.
Exemple: la Sogiphar créée par le groupement Giphar. Les adhérents bénéficient de remises et de délais de paiement avantageux mais avec un service moindre (collection plus petite, livraisons moins fréquentes, …) grâce à une stratégie d'intégration logistique en amont.

Deuxièmement, les groupements négocient avec les laboratoires génériqueurs. Principaux pourvoyeurs de marge pour le pharmacien, ces négociations sont cruciales pour la santé économique des adhérents. Souvent, deux à trois laboratoires génériqueurs par groupement sont référencés afin de couvrir l'ensemble du répertoire. Les grossistes répartiteurs partenaires du groupement gèrent de plus en plus la livraison des médicaments génériques aux officines adhérentes, même si dans certaines négociations groupements, le direct est encore privilégié.

Le troisième service à l'achat concerne les négociations avec les laboratoires pharmaceutiques, avec des conditions commerciales que le groupement proposera à ses adhérents eu sein d'un catalogue de référencement. Le titulaire n'a plus besoin de négocier avec tous les laboratoires et bénéficie de conditions commerciales avantageuses tout en gagnant du temps. Si les conditions proposées par les groupements peuvent parfois être légèrement inférieures à celles du direct, les quantités pour atteindre les paliers de remises sont néanmoins plus basses et permettent pour le pharmacien d'officine de ne pas faire de surstock. Ces centrales de référencement sont majoritairement dédiées aux produits dits d'OTC et de parapharmacies.

Enfin, le groupement peut avoir développé une centrale d'achat. La centrale achète alors pour le compte du pharmacien et stocke les produits sur une plateforme d'achat. Si cela était permis uniquement sur les produits de parapharmacie, depuis 2009 et le décret sur les centrales d'achats pharmaceutiques ceci a été étendu aux médicaments non remboursés, à condition que la centrale devienne un établissement pharmaceutique (détaillé dans Troisième partie, Chapitre 3, Section I).

-Services à la vente.

Selon les groupements et le niveau d'adhésion, ce type de service est plus ou moins développé. On peut trouver des offres proposant des politiques de prix, des promotions ponctuelles associées à des services de merchandising pour dynamiser la vente au comptoir. Ces services permettent de provoquer chez le client des envies de consommation qui vont, associés à des conseils, fidéliser la clientèle. Les offres de merchandising sont diverses et sont basées généralement sur le passage sur une journée d'un merchandiseur à la pharmacie. La fréquence de passage dépend directement du type d'adhésion au groupement. Le merchandiseur réorganise et implante des produits en fonction du type de clientèle de l'officine. Il anime les linéaires (affichage des prix, …), conseille et forme l'équipe à la vente. Ce type de service permet une différenciation entre pharmacie pour se démarquer les unes des autres.

-Service de communication.

En fournissant les officines en PLV (publicité sur les lieux de vente), magazines, enseignes, les groupements augmentent la visibilité de celles-ci. Exemple : le magazine PharmaVie qui est à destination de la patientèle (13). Les groupements nationaux vont même jusqu'à faire de la publicité sur les grandes chaînes de télévision, ou dans la presse écrite (14). Ces plans de communication ont pour but d'éduquer les patients à une pathologie et à l'observance des traitements, de se divertir (pour les magazines) et ainsi indirectement, de promouvoir les officines adhérentes du groupement. Très encadré par la loi, la publicité dans le monde pharmaceutique est restreinte à des campagnes de prévention, conseils d'hygiène, et à la promotion du rôle de santé du pharmacien. La publicité « commerciale » peut faire l'objet de sanction disciplinaire par l'Ordre des pharmaciens si ce dernier estime que la communication porte atteinte à la dignité professionnelle.

-Service d'accompagnement du pharmacien.

Pour l'accompagner dans son exercice de tous les jours, les groupements proposent aux pharmaciens des formations régulières. Deux types de formations se dégagent : des formations dites « cœur de métier » et des formations plus managériales liées à la responsabilité de chef d'entreprise. L'actualisation des connaissances, qui accompagne la mise en place de la loi HPST, oblige le pharmacien à suivre un DPC (développement professionnel continu)(15). Ce dernier est géré par l'Ordre national des pharmaciens qui surveille la validation de formation entrant dans le cadre du DPC. Il est obligatoire de valider une fois tous les trois ans une formation dispensée par un organisme certifié.
La majorité des groupements proposent également des modules de formation en e-Learning qui ont l'avantage d'être plus faciles d'accès pour le pharmacien. Ces formations peuvent également être ouvertes à l'ensemble de l'équipe officinale (assistant, préparateur) dans le but d'améliorer la prise en charge du patient.

Certains groupements accompagnent aussi les adhérents dans l'amélioration de leur outil de travail, en proposant des audits de satisfaction client. Effectué par un client mystère qui suit une notation avec une feuille de route bien précise, ce dispositif permet d'identifier les points forts et faibles des services proposés par l'ensemble de l'équipe officinale. L'analyse des résultats et la rédaction d'un rapport encourage le titulaire à prendre des dispositions pour renforcer la qualité du travail de son équipe dans un esprit de valorisation du travail effectué et non pas dans un esprit de sanction.

Enfin, dans un souci d'amélioration continue de la qualité, les pharmaciens s'engagent de plus en plus dans une démarche de certification autour de deux référentiels : ISO 9001 et QMS Pharma. Certains groupements accompagnent donc les pharmaciens dans cette approche, notamment dans le suivi du référentiel « Pharma Système Qualité ISO 9001/QMS » mise en place par l'association Pharma Système Qualité qui regroupe à la fois le référentiel de la norme ISO 9001 et le label QMS (16). La mise en œuvre de moyens nécessaires à cette certification est pilotée par le groupement qui permet de suivre le pharmacien dans sa démarche. PHR, Giropharm, Giphar, PharmaVie sont autant de groupements qui proposent cette accompagnement.

C. Structures juridiques, modèles d'organisations et présentation des différents groupements nationaux.

Différentes structures juridiques peuvent être utilisées par les groupements, chacune d'entre elles présentant des spécificités.

La S.A.S. (Société par Actions Simplifiée) (17): définie par l'article L227-1 du code du commerce, elle est caractérisée par une grande souplesse statutaire permettant une liberté de détermination des règles d'organisation de la société et d'attribution des pouvoirs du président et des associés. Ce statut de société est largement utilisé par les groupements avec une quinzaine de groupements ayant pris cette forme juridique (Pharmacorp, Univers Pharmacie, Pharmactiv, Aelia, …)

La S.A. (Société Anonyme) (18): définie par l'article L225-1 du code du commerce, « la société anonyme est la société dont le capital est divisé en actions et qui est constituée entre des associés qui ne supportent les pertes qu'à concurrence de leurs apports ». Cette forme de société permet d'accéder aux marchés financiers, et est plutôt adoptée par les groupements qui visent l'international et qui ont un fort potentiel. Les règles d'organisation sont contraignantes et définies par la loi : nombre minimum d'associés (2 ou 7 si la société est cotée), un capital social minimum (37 000€), un conseil d'administration et un directeur général ou un directoire et un conseil de surveillance, un commissaire aux comptes titulaire et suppléant.
Les groupements nationaux ont généralement choisi cette forme juridique (PharmaVie, Giropharm, Ceido, Objectif Pharma, …)

Le G.I.E (groupement d'intérêt économique)(19) : défini par l'article L251-1 du code du commerce, c'est un groupement de personnes physiques ou morales (au minimum 2) créé pour une durée déterminée. Son but est de « faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité. Il n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même ». Le GIE permet la mutualisation de ressources, matérielles ou humaines de ses membres puisque son activité doit être semblable à celle pratiquée dans les entreprises qui le constituent. Le GIE est une forme juridique à part entière, ce n'est ni une entreprise ni une association. Les groupements régionaux font souvent appel à ce statut (GIE Pyrénées Pharma, GIE Pharma Tarn, GIE Pharma Provence, …)

L’association loi 1901(20) : permise par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, elle est définie comme « la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d’une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices ». Etant donné la liberté permise pas le législateur dans l’objet et le but de l’association, il est possible qu’une association puisse réaliser des bénéfices et exercer une activité économique, mais elle ne peut distribuer ses bénéfices de quelque manière que ce soit. Les adhérents bénéficient également d’une certaine liberté puisqu’ils peuvent se retirer à tout moment de l’association. Il s’agit donc d’une forme juridique simple pour sa création mais qui faute de cadre peut devenir compliqué pour la gestion d’un groupement de pharmacies. Très peu de groupement utilisent ce statut, mise à part quelques groupements régionaux.

Présentations des différents acteurs nationaux.

Nous comptons aujourd’hui une quinzaine de groupements dit « nationaux » qui comptent près de 8500 adhérents.

Groupements	Alphega	Aprium	Elsie	Giphar	Giropharm	Leader Santé	Objectif Pharma	PHR	Pharmactiv	PharmaVie	Pharmodel	Univers Pharma	Well&Well	Mediprix
Nombre d'adhérents	950	310	100	1375	565	330	500	1339	1500	600	502	150	250	120
Droit d'entrée	A partir de 1250€ HT	2500€ HT	X	X	120€ (parts sociales)	X	X	X	De 450 à 2900€ HT	700 à 2100€ HT	900€ HT	X	26€ TTC (part coopérateur)	Montant pas connu
Cotisation mensuelle	Montant pas connu	A partir de 300€ H.T.	Montant pas connu	De 292 à 667€HT	A partir de 99€ HT	A partir de 169€ HT	125€ HT	126€ HT	De 49€ à 370€ HT	De 269 à 499€ HT	De 35 à 330€ HT	<300€ HT	16€ HT	A partir de 85€ HT
Services														
Etude de marché	☺	A partir de 2500€ HT	2000€ HT	A partir de 2500€ HT	☺	☺	☺	Sur devis	480€ HT	3300€ HT	990€ HT	☺	☺	X
Audit	☺	☺	☺	1500€ HT pour le concept	☺	☺	☺	Sur devis	☺	De 1000 à 3000€ HT	☺	☺	☺	X
Agencement	☺	☺	☺		☺	☺	☺	Sur devis	1490€ HT	De 1500 à 2500€ HT	☺	☺	☺	☺
Merchandising	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Coaching	☺	600€ la journée	☺	X	☺	780€ HT pour 2 jours	☺	☺	☺	☺	1990€ HT	☺	☺	☺
Logiciel de pilotage	☺	X	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Animations commerciales	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Logiciel PLV	X	☺	☺	12,5€ HT/mois	☺	☺	X	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Carte de fidélité	85€HT/mois	99€ HT/mois	☺	X	89€ HT/mois	☺	☺	☺	☺	☺	60€ HT/mois	☺	☺	☺
Enquête satisfaction client	☺	X	X	X	☺	☺	☺	☺	☺	☺	900€ HT	☺	☺	X
Client mystère	☺	X	X	☺	☺	☺	X	☺	☺	☺	900€ HT	☺	Sur devis	X
Logiciel gestion	X	X	X	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	Sur devis	☺

Figure 3: Caractéristiques des principaux groupements nationaux

D. Place des groupements dans l'approvisionnement des officines.

A la recherche de toujours plus de marge, le pharmacien d'officine adhère à un groupement principalement pour avoir accès à des négociations groupements. En effet, comme évoqué précédemment, ce type de structure permet de négocier auprès des fabricants ou des grossistes répartiteurs, dans le but de compenser les baisses de prix régulières de ces dernières années sur le médicament remboursable et d'augmenter ainsi la marge de l'adhérent. En contrepartie d'une adhésion, le pharmacien se donne la possibilité de s'approvisionner auprès de la plate-forme d'achat du groupement, qui aura au préalable négocié les prix avec le fournisseur. La force de négociation étant corrélée à son nombre d'adhérents, le groupement peut ainsi obtenir de très bonnes remises avec les grossistes, sur la parapharmacie, l'OTC, le matériel médical ou encore les médicaments génériques. Les pharmacies partenaires peuvent en bénéficier, même si elles n'achètent pas en grandes quantités.
Si nous rajoutons le gain de temps de négociations pour le titulaire, les groupements se sont rendus indispensables pour les pharmaciens d'officine en prenant une place primordiale dans le circuit d'achat du médicament.

Section II : Les courtiers en médicaments.(21) (22) (23)

L'activité de courtage en médicament est définie par l'article Article L5124-19 du code de la santé publique. Créée par ordonnance le 19 décembre 2012, cette activité récente permet à une personne morale ou physique de négocier des prix d'achat et de vente sur le médicament sans manipulation physique. Cette ordonnance n°2012-1427 est relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments.

Article L5124-19 du Code de la Santé Publique
On entend par activité de courtage de médicaments toute activité liée à la vente ou à l'achat de médicaments qui ne comprend pas de manipulation physique et qui consiste à négocier, indépendamment et au nom d'une personne physique ou morale.

L'article L5124-20 du CSP stipule que « toute activité de courtage de médicaments effectuée par une personne située en France doit être déclarée auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ». Cette déclaration impose des règles strictes en termes de traçabilité des opérations :

-tous les médicaments, objets de courtage, doivent avoir une autorisation de mise sur le marché centralisée accordée en application du règlement CE n° 726/2004 ou par l'autorité compétente d'un Etat membre de l'Union européenne.

-un plan d'urgence doit être établi permettant d'assurer tout retrait de lot du marché décidé par les autorités compétentes ou tout rappel de lot décidé en coopération avec le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'exploitant (Article R5124-77 et Article R5124-60 du CSP)

-le courtier doit attester d'un système d'enregistrement de toute transaction de médicaments et comprenant à minima les informations suivantes (Article R5124-58 du CSP):

- ·Date de l'opération de courtage liée à l'achat ou la vente du médicament
- ·Nom du médicament
- ·Quantité concernée
- ·Nom du fournisseur ou du destinataire selon le cas
- ·Adresse du fournisseur ou du destinataire

Tous ces enregistrements doivent être conservés pour une durée de 5 ans.

Les personnes et les entreprises exerçant l'activité de courtage déclarées à l'ANSM sont principalement des groupements d'officines constitués en structure de regroupement d'achat. On dénombre ainsi 47 entreprises déclarées. On retrouve également la majorité des sociétés responsables des achats pour les hôpitaux publics et privés.

Deuxième partie : Les grossistes-répartiteurs en produits pharmaceutiques (24)

Les grossistes-répartiteurs occupent une place stratégique en tant qu'acteur de la chaine du médicament et des produits pharmaceutiques. Véritable interface entre les officines et les industries pharmaceutiques, ils permettent aux pharmacies de s'approvisionner de façon sécurisée avec une réactivité à la hauteur des exigences de santé publique. Nous étudierons dans cette partie la réglementation qui encadre l'activité de répartition pharmaceutique, la place des différents répartiteurs dans le circuit d'approvisionnement en France et en Europe, et les perspectives de ce métier.

Chapitre 1 : Evolution historique de la répartition pharmaceutique(25)

La répartition pharmaceutique ou distribution en gros trouve son origine dans l'importation de drogues aux alentours du XIIe siècle. Les importateurs d'épices et plantes exotiques, souvent toxiques, permettaient aux apothicaires de se fournir en drogues, bases de leurs préparations. La règlementation et l'organisation des apothicaires revêtaient essentiellement un caractère corporatiste jusqu'à la Révolution. Il faudra attendre le Consulat, qui en 1803 promulgua la loi dite du 21 Germinal An XI, pour voir apparaître en France un premier cadre règlementaire à la fabrication des spécialités pharmaceutiques. Cette législation, permettant à tout diplômé pharmacien de créer des spécialités pharmaceutiques s'il trouvait « une formule de médicament, un nom de fantaisie et un conditionnement particulier », donna naissance à l'industrie pharmaceutique. Ainsi, vers le milieu du XIXème siècle, le développement de ce marché entraina le besoin pour le pharmacien de s'approvisionner chez un « droguiste pharmaceutique ». Si par la loi du 21 Germinal An XI, le monopole pharmaceutique est donné aux pharmaciens, les épiciers et droguistes pourront faire le commerce en gros des drogues simples sans pouvoir les débiter au poids médicinal (article XXXIII). C'est le début de la règlementation de la vente en gros de médicaments.

Dès 1816, le premier droguiste pharmaceutique vit le jour en France, la Maison Centrale de Droguerie de Menier. En 1851, le premier droguiste pharmaceutique en gros est créé, la Maison Thomas à Agen, qui deviendra plus tard la Droguerie Centrale du Sud-Ouest, encore

considérée aujourd'hui comme l'ancêtre des grands répartiteurs modernes. En 1852, est créée La Pharmacie Centrale de France qui rachètera la Maison Centrale de Droguerie de Menier en 1867. L'essor de cette activité est tel qu'il légitime la création d'un nouveau métier : celui de commissionnaires en spécialités.

La désignation de répartiteur n'apparaîtra qu'à partir de 1920 et désignera les grossistes qui achètent, vendent en grosses quantités, et qui sont propriétaires de leurs stocks. Cette activité deviendra pérenne grâce à la règlementation mise en place durant la seconde guerre mondiale, afin d'assurer une qualité de distribution et une mise à disposition sur tout le territoire des spécialités pharmaceutiques.

En septembre 1941, une nouvelle loi instaura le visa ministériel, ancêtre de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Elle encadre la mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques, et entraine ainsi la disparition des contrefaçons et des faibles rotations, simplifiant de ce fait l'organisation des magasins de répartition. A partir de là, la préparation et la vente en gros des spécialités obtiendront un statut spécifique, et les entreprises de répartition pharmaceutique deviendront des établissements pharmaceutiques à part entière. C'est également en 1941 que les pouvoirs publics fixèrent pour la première fois la marge accordée aux répartiteurs, à hauteur de 12,5% à l'époque.

Après la seconde guerre mondiale, l'apparition de la Sécurité Sociale qui réforma tout le système de santé, ainsi que l'utilisation de nouveaux produits pharmaceutiques dont les antibiotiques, obligèrent les répartiteurs à s'adapter. En 1962 le législateur codifie leur exercice et établit les bases du véritable métier de « grossiste répartiteur ». L'année 1969 voit apparaître un décret énonçant clairement la distinction entre les trois activités de l'industrie pharmaceutique : fabriquant, dépositaire et grossiste répartiteur.

Le développement s'étend partout en Europe bien que le terme « grossiste répartiteur » ne soit pas précisément traduisible (wholesaler par exemple en anglais). Une règlementation européenne établie en 1992 (directive 92/25/CEE du Conseil Européen du 31 mars 1992) et en 1994 (directive 94/C 63/03 publiée par la Commission européenne le 1er mars 1994), est transcrite en droit français par décret du 11 février 1998 (décret n° 98-79 du 11 février 1998 du CSP), et fait évoluer la règlementation des années 60. Ces textes, ont donné des règles à l'industrie et la répartition pharmaceutique, qui ont maintenu le pharmacien et son diplôme au centre du dispositif de distribution du médicament.

Chapitre 2 : Cadre juridique de la répartition

La répartition pharmaceutique est une activité extrêmement réglementée et ceci dans le but d'assurer une maîtrise des coûts de distribution et la sécurité du circuit du médicament. Ce dernier nécessite de par sa nature, une manipulation et des conditions de mise à disposition du public extrêmement particulières. Les médicaments sont des produits à visée thérapeutique qui sont périssables, et qui pour certains d'entre eux, peuvent avoir des contraintes spécifiques (produits thermolabiles, stupéfiants, …). Les répartiteurs se doivent donc d'appliquer des normes d'hygiène et de sécurité drastiques qui sont régies par différents textes.
D'un point de vue économique, le code de la sécurité sociale règlemente la marge de la répartition pharmaceutique permettant ainsi un encadrement des prix du médicament par les pouvoirs publics.

Section I : Le Code de la santé publique (3) (7) (26) (27)

Les grossistes répartiteurs sont sous la tutelle du Ministère chargé de la Santé qui délègue la gestion de tout ce qui est relatif au médicament à un organisme de l'état : l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé). Cette dernière est chargée de contrôler la bonne mise en application des dispositions prévues par le Code de la santé publique (CSP). L'article R5124-2 du CSP définit clairement le statut du grossiste répartiteur : « l'entreprise se livrant à l'achat et au stockage de médicaments autres que des médicaments expérimentaux, en vue de leur distribution en gros et en l'état ».
La liste des produits autorisés à être vendus par le grossiste est directement liée à la liste des marchandises dont la vente est autorisée en officine (Article L5125-24 du CSP).
Les conditions de distribution en gros des médicaments sont codifiés aux articles R5124-58 à R5124-64 du CSP. Par son statut d'établissement pharmaceutique, le grossiste répartiteur doit donc respecter les obligations suivantes :
-obtenir une autorisation d'ouverture d'établissement pharmaceutique auprès de l'ANSM.
-être sous la responsabilité d'un pharmacien responsable inscrit à la section C de l'Ordre des Pharmaciens. Le pharmacien responsable doit être un des directeurs généraux de l'entreprise. Il peut être assisté par un pharmacien délégué dans chaque agence. Selon l'effectif de chaque établissement en équivalent temps plein (ETP) d'employés affectés aux taches

pharmaceutiques, le pharmacien délégué de l'agence doit être secondé par un ou plusieurs pharmaciens assistants (28).

Nombre d'ETP	Nombre de pharmaciens nécessaires
Moins de 40 ETP	Aucun pharmacien assistant
De 40 à 100 ETP	Un pharmacien assistant
De 101 à 175 ETP	Deux pharmaciens assistants
Au-delà par tranche de 100 ETP	Un pharmacien assistant supplémentaire

Figure 4: Nombre de pharmaciens par ETP en établissement pharmaceutique (28)

-respecter les bonnes pratiques de distribution en gros (développé dans la section II)

L'Article L5124-17-2 du CSP impose également aux grossiste-répartiteurs d'autres obligations de service public, déterminées par décret en Conseil d'Etat. Le grossiste répartiteur doit donc respecter des obligations strictes, détaillées dans l'article R5124-59 du CSP :
-le secteur géographique d'activité de l'agence doit être déclaré auprès du Ministère de la Santé.
-il doit référencer au moins 9/10 des médicaments présents sur le marché français.
-desservir toutes les pharmacies qui en font la demande sur le « secteur d'activité déclaré » de l'établissement.
-il doit pouvoir disposer d'un stock garantissant deux semaines d'approvisionnement normal.
-il doit livrer tout médicament dans les 24h.
-il doit participer à un système d'astreinte inter-entreprises permettant la livraison des médicaments de son stock en moins de 8h pour les urgences sanitaires et sur demande du préfet.

La responsabilité du pharmacien dans chaque établissement pharmaceutique s'étend sur (29):
-la conformité des produits reçus
-le respect des réglementations concernant les produits toxiques, les anabolisants, les dérivés sanguins, les stupéfiants, les produits stériles
-le respect des conditions particulières de conservation, en particulier celui de la chaine du froid
-le respect des dates de péremption
-le suivi des retraits de marché et la destruction des produits périmés

-la gestion des relations avec les autorités de tutelle et les déclarations administratives
-la définition et l'assurance de la formation pharmaceutique du personnel
-le respect des règles d'hygiène et de sécurité
-le suivi les plans d'action d'amélioration de la qualité
-l'application des bonnes pratiques de distribution (BPDG)

Section II : Les bonnes pratiques de distribution en gros (30)

Elaborées par l'ANSM à la suite d'une décision en date du 20 février 2014, les bonnes pratiques de distribution en gros (BPDG) des médicaments à usage humain et des produits mentionnés à l'article L. 5136-1 du code de la santé publique, résultent des lignes directrices (2013/C 68/01) et (2013/C 343/01) du 5 novembre 2013 publiées par la Commission européenne. Elles sont détaillées dans le bulletin officiel N°2014/9 bis du ministère des affaires sociales et de la santé, qui est un guide qualité de toutes les opérations réalisées par les grossistes répartiteurs. Ces règles sont opposables aux établissements pharmaceutiques définis à l'article R. 5124-2 du CSP dès lors qu'au moins une des trois opérations suivantes est réalisée : acquisition, stockage, ou approvisionnement de clients. Sont donc concernés les fabricants, les importateurs, les exploitants chargés des opérations de distribution en gros, les dépositaires, les grossistes répartiteurs ainsi que tout autre établissement pharmaceutique ayant des activités de distribution en gros de médicaments sur le territoire national ou à partir du territoire national. Tous peuvent être contrôlés sur cette base par les inspecteurs en pharmacie sous la direction du directeur général de l'ANSM chargé de son exécution.
C'est en application des articles L 5121-5 du CSP (31) que ce guide, traduit et repris en droit français à partir des lignes directrices européennes, fixe les bonnes pratiques de distribution en gros des médicaments (BPDG). L'objectif annoncé de ce guide est d'assurer la sécurité du patient en s'assurant de la qualité, de l'efficacité et de la sureté des produits pharmaceutiques jusqu'à leur livraison au destinataire final. Issu de la réflexion des professionnels, ce document est conçu pour aider les distributeurs à mettre en œuvre les standards et les spécificités de la profession. Il rappelle ainsi les trois principes fondamentaux essentiels qui doivent être respectés en matière de distribution en gros des produits pharmaceutiques :
-traçabilité et identification des flux.
-préservation des produits.

-management qualité.

Les BPDG posent un cadre d'organisation générale construit autour de trois thématiques :
-une thématique dite « qualité »,
-une thématique dite « opérationnelle »,
-une thématique dite « support ».

Le spectre opérationnel qui en découle, détaillé dans le schéma suivant, permet de garantir un référentiel professionnel dans l'ensemble des étapes de la distribution du médicament.

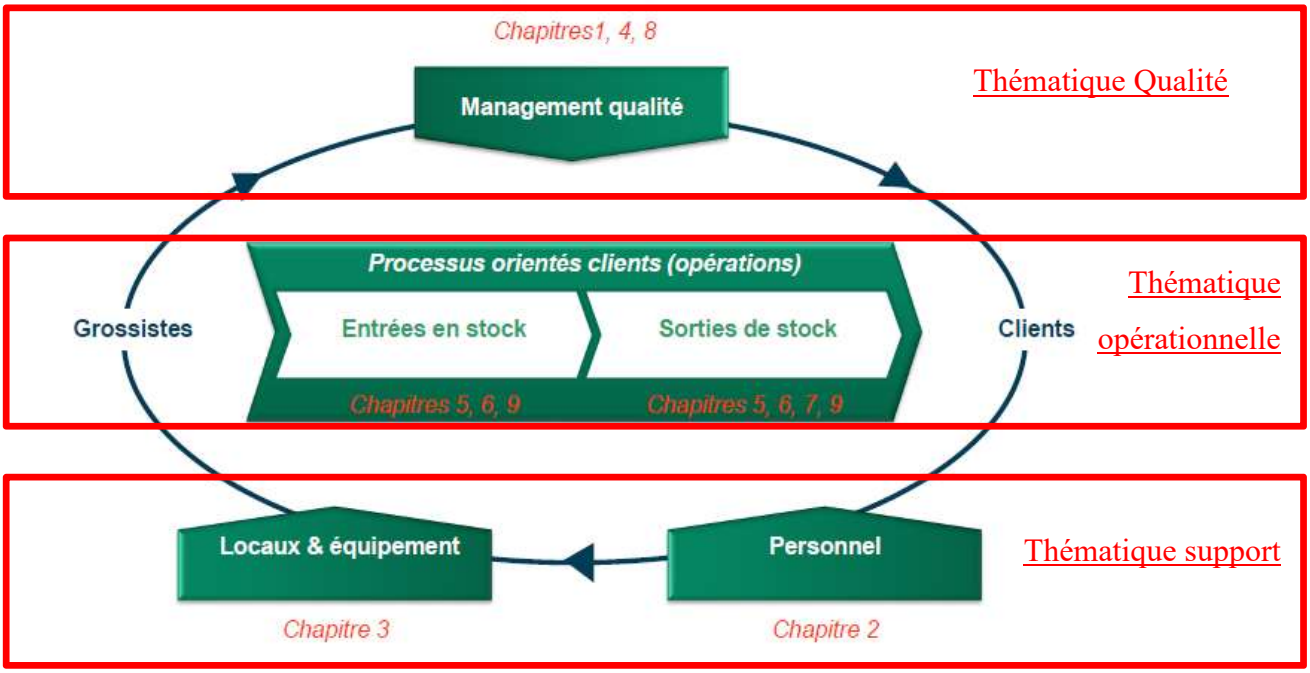

Figure 5: Spectre opérationnel du guide des BPDG

- **Le processus qualité**

Cette thématique est abordée autour de trois chapitres distincts :

-Chapitre 1 : « Gestion de la qualité ».
L'objectif est de maîtriser les risques liés de distribution des médicaments. Inspiré des normes ISO 9001, il demande la mise en place tous les moyens, compétences, méthodes nécessaires pour gérer et assurer la qualité. Concrètement, cela passe par :
-une politique qualité entrepreneuriale avec la rédaction d'un manuel qualité
-la désignation des personnes compétentes comme responsables qualité indépendantes des opérations

-des personnes engagées au côté du responsable qualité
-la gestion des anomalies avec une documentation suivie
-un suivi des indicateurs qualités
-une amélioration continue du système qualité.

-Chapitre 4 : « Documentation ».
La finalité de ce chapitre est d'éviter les oublis, les erreurs et les confusions. Pour cela, un ensemble de documents doit être mis à la disposition de l'ensemble du personnel. Certains ont été rendus obligatoires et traitent de la réglementation pharmaceutique. D'autres sont des documents liés au fonctionnement interne de l'entreprise, et se présentent sous la forme de fiches de procédures qui doivent être rédigées, vérifiées, acceptées puis diffusées et mises à jour régulièrement. L'archivage de toute la documentation doit se faire pendant la durée indiquée dans la législation nationale, et au minimum cinq ans.
Exemple d'enregistrement: les factures, date de transaction, numéro de lot, …

-Chapitre 8 : « Auto-inspection ».
L'objectif est de s'assurer de la mise en œuvre et du respect des BPDG, selon un planning et des procédures d'auto-inspection sous forme d'audits. A la suite de ces auto-inspections, des corrections et des mesures préventives (CAPA, Corrective action and Preventive Action) devront être apportées. Un suivi régulier et la rédaction de procédure assureront la bonne mise en application de ces corrections.

- **Le processus opérationnel**

Cette thématique est abordée dans quatre chapitres :

-Chapitre 5 : « Opérations ».
Il précise les conditions d'entrée en stock des produits et de leur stockage dans l'entrepôt. L'objectif premier de ce chapitre est d'éviter le risque d'introduction de médicaments falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement. Ainsi le pharmacien responsable doit vérifier que les fournisseurs possèdent un agrément, que les produits doivent à la fois posséder une AMM et les autorisations ou enregistrements nécessaires prévus par la réglementation, et que le fournisseur est dûment qualifié. Le contrôle en réception (nom du produit, numéro de lot,

conditions de transports, …) permet de garantir l'origine du produit et qu'il n'a pas subi de dégât pendant le transport.
Le deuxième objectif de ce chapitre est de stocker et acheminer les produits dans de bonnes conditions. Le stockage et la manutention des produits doivent suivre des règles strictes pour éviter tout risque de contamination, et pour respecter les conditions particulières de conservation. La préparation des commandes, l'emballage ainsi que la livraison des produits sont sujets à une identification et à une traçabilité, selon l'article R 5124-58 du CSP. Enfin les BPDG demandent de s'assurer de la qualification du destinataire et du suivi de ses transactions. La détection des ventes inhabituelles notamment des médicaments stupéfiants doit faire l'objet de déclaration aux autorités compétentes.

-Chapitre 6 « Réclamations, retours, médicaments suspectés d'être falsifiés et rappel ou retrait du marché ».
Ce chapitre traite des différentes actions à mener en cas d'anomalies du protocole de distribution des produits. Le but étant de maîtriser toutes les anomalies possibles. Il faut donc créer une procédure pour la gestion des plaintes, en distinguant celles liées à la qualité des médicaments de celles liées à la distribution. La procédure pour la gestion des rappels et retraits de lot doit être réévaluée au moins une fois par an. La personne responsable doit pouvoir mettre en place cette procédure rapidement et à tout moment. Concernant les médicaments falsifiés, les distributeurs en gros doivent informer sans délai l'autorité compétente et le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament.

-Chapitre 7 : « Activités externalisées ».
L'objectif de ce chapitre est d'assurer la maîtrise de toutes opérations confiées à des prestataires et couvertes par les BPDG. Des audits sont réalisés chez le sous-traitant avec une fréquence qui dépendra du risque, lequel dépend de la nature des activités de sous-traitance. La sous-traitance en cascade est autorisée, sans limitation de rang. Toutefois, il est précisé que celle-ci devra s'effectuer dans des conditions maîtrisées.

-Chapitre 9 : « Transport ».
Le principe de base est d'analyser les risques par type de produits, de définir une procédure pour la gestion des anomalies, de s'assurer de la propreté des véhicules, et de minimiser la durée des entreposages temporaires durant le transport. Tout ceci dans le but d'assurer le maintien de

la qualité des médicaments durant le transport. En cas de vol, un protocole doit être mis en place pour traiter le cas.

- **Le processus support**

Cette thématique est abordée dans deux chapitres :

-Chapitre 2 : « Personnel ».
Ce chapitre fait en sorte que le personnel soit compétent et bien formé. Un organigramme avec des fiches de poste doit être établi avec une personne responsable directement rattaché à la direction générale. La personne responsable doit garantir que le distributeur en gros respecte les BPDG et les obligations de service public. Elle doit être joignable 24h/24 et 7J/7 et doit s'assurer de la bonne formation et bonne hygiène du personnel. Le rôle, les responsabilités et les relations entre les membres du personnel doivent être clairement indiqués. La formation du personnel doit permettre que chaque personne ait les compétences requises pour travailler au bon endroit.

-Chapitre 3 : « Locaux et équipements ».
Il doit permettre la mise en place d'outils adéquats et disponibles. Ce chapitre s'intéresse à la relation entre le stockage et les locaux : les zones de travail dédiées à l'identification et à la traçabilité des flux, la sécurité des stocks par la maîtrise des risques d'intrusion ou d'incendie, la préservation des produits par la maîtrise des températures et de l'hygiène. Ce chapitre aborde également la maintenance des équipements et le système informatisé.

Ce guide est donc un référentiel professionnel concret et opérationnel mais laisse néanmoins la liberté des actions à conduire aux professionnels. Les principes fondamentaux abordés permettent ainsi d'assurer la continuité de la chaîne pharmaceutique et complètent les bonnes pratiques de fabrication. Les objectifs du guide des BPDG sont en premier lieu d'identifier et de tracer les flux de marchandises afin de maîtriser les risques sur la qualité des produits et ainsi se prémunir d'usages détournés. Deuxième objectif, sécuriser et préserver les produits afin d'éviter les pertes et la dégradation des produits. En résumé, les BPDG s'assurent de ne pas distribuer n'importe quoi à n'importe qui et n'importe comment.

Section III : La structure du prix des médicaments (32)

Sur un plan économique, on distingue deux types de médicaments :

-les médicaments qui font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale et dont la structure du prix est fixée par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS),

-et les médicaments dits non remboursables dont le prix est libre.

Le prix des médicaments remboursés fait l'objet de réglementations spécifiques. L'article L. 162-16-1 du Code de la Sécurité Sociale (CSS) détermine les règles de la fixation du prix des médicaments remboursables par la sécurité sociale. Le prix de vente (prix fabriquant) est fixé par convention entre le CEPS et l'entreprise. La fixation du prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) du médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Les médicaments qui n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR de niveau V, inexistante (absence de progrès thérapeutique)) et qui n'apportent aucune économie dans le coût du traitement médicamenteux, ne peuvent pas être admis au remboursement de la Sécurité Sociale (article R. 163-5-1 2°paragraphe du Code de la Sécurité Sociale).

La rémunération des grossistes-répartiteurs et des officinaux sur les médicaments remboursables (hors génériques non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité) est fixée par arrêté.

Jusqu'à la fin de l'année 2011, la marge des grossistes-répartiteurs était une marge dégressive lissée à 4 paliers, avec le barème suivant :

-Pour les médicaments dont le prix était inférieur à 22.90€ : coefficient de 9.93% du Prix Fabriquant Hors Taxes (PFHT).

-Pour les médicaments dont le prix était compris entre 22.90 et 150€ : coefficient de 6% du PFHT.

-Pour les médicaments dont le prix était compris entre 150 et 400€ : coefficient de 2% du PFHT

-Au-delà de 400€, la marge était nulle.

Ce taux de marge n'étant plus adapté à l'évolution du marché du médicament, qui voit apparaître de plus en plus de médicaments chers, issus de la réserve hospitalière, de la chaîne du froid et des biotechnologies, une nouvelle marge est appliquée depuis le 1er janvier 2012 (arrêté du 26 décembre 2011) : un taux unique de 6.68%, avec un seuil de 0.30€ et un plafond de 30,02€. Elle se décompose de la manière suivante :

-Pour les médicaments dont le Prix Fabricant Hors Taxes (PFHT) est inférieur à 4.50€, les grossistes-répartiteurs touchent un forfait de 0.30€ par boîte.

-Pour les médicaments dont le PFHT est compris entre 4.50 et 450€, les grossistes-répartiteurs appliquent un coefficient de 6.68%.

-Pour les médicaments dont le PFHT est supérieur à 450€, les grossistes-répartiteurs touchent un forfait de 30,02€ par boîte.

Pour les pharmaciens officinaux, le taux de marge est resté sur un modèle de marge dégressive lissée et fixé par un arrêté du 12 novembre 2018. Depuis le 1er Janvier 2020, le barème de la marge du pharmacien d'officine est le suivant :

-Pour la partie du prix des médicaments entre 0€ et 1,91€, 10% de marge sur le PFHT.

-Pour la partie du prix des médicaments entre 1,92€ et 22,90€, 7 % de marge sur le PFHT.

-Pour la partie du prix des médicaments entre 22,91€ et 150€, 5,5 % de marge sur le PFHT.

-Pour la partie du prix des médicaments entre 150€ et 1930€, 5, % de marge sur le PFHT.

-Pour la partie du prix des médicaments supérieurs à 1930€, 0 % de marge.

Il faut rajouter à ce système de marge, un forfait par boîte de 0,53€.

Depuis mai 2012, pour les conditionnements considérés comme trimestriels, la marge des pharmaciens est égale à trois fois la marge calculée sur le PFHT du produit correspondant à un mois de traitement, à laquelle est appliquée une décote de 10 %.

Le prix du médicament en France est donc une accumulation de marges appliquées sur le prix fabriquant qui est lui-même négocié entre les autorités de santé et le laboratoire pharmaceutique. En 2018, la décomposition moyenne du prix du médicament était la suivante:

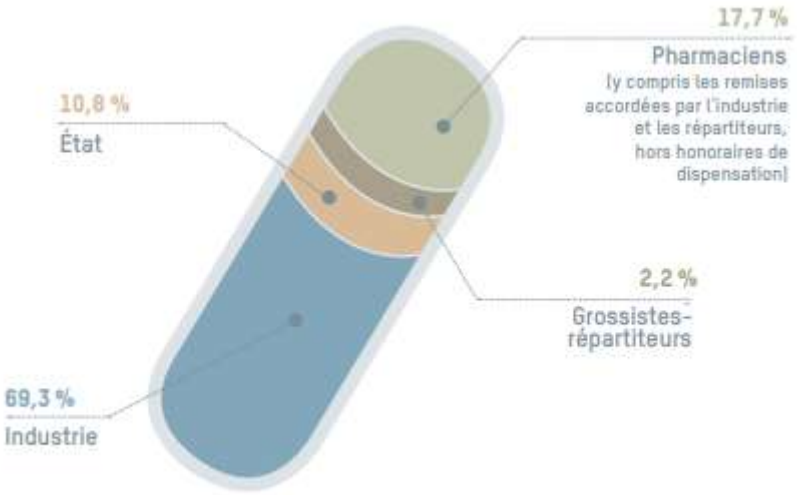

Figure 6: Décomposition moyenne du prix TTC des médicaments remboursables en 2018(1)

Chapitre 3 : Place de la répartition pharmaceutique dans le circuit du médicament en France

En l'absence d'intermédiaire comme le grossiste répartiteur, une pharmacie devrait s'approvisionner auprès d'un nombre invraisemblable d'acteurs (environ 600 fournisseurs) qui lui proposeraient plus de 40 000 références. Au cœur de ce réseau de distribution, la répartition pharmaceutique occupe donc une place stratégique. Véritable interface logistique, elle est un intermédiaire incontournable entre les laboratoires pharmaceutiques et les pharmacies d'officine. Sa vocation peut se résumer ainsi : apporter le bon produit, au bon endroit, au bon moment, tout en respectant une obligation de service public. L'article R5124-3 du code de la santé publique précise que les établissements de répartition pharmaceutique ne peuvent distribuer leurs produits qu'à d'autres organismes autorisés à les distribuer, ou à des personnes physiques ou morales habilitées à les dispenser. De ce fait, un répartiteur n'est pas autorisé à délivrer les médicaments au public.

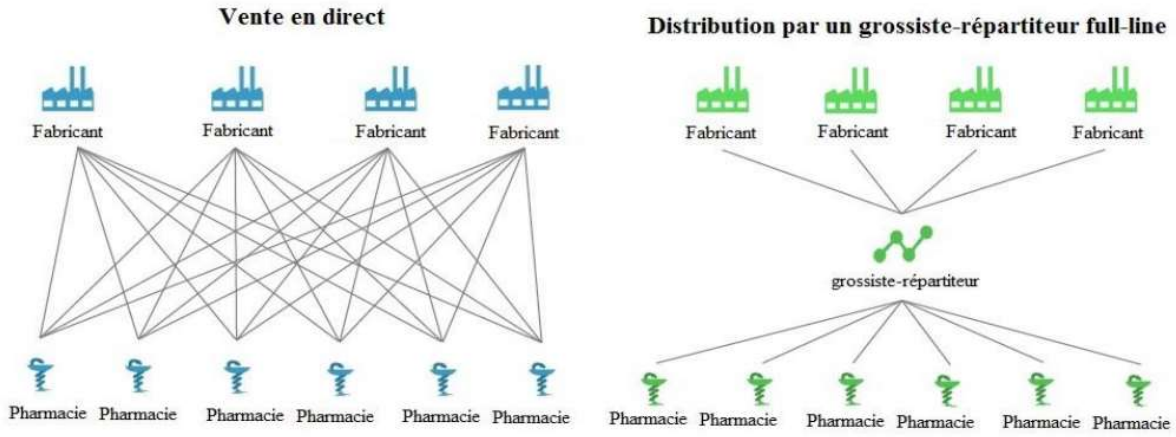

Figure 7: Place stratégique du grossiste-répartiteur au sein du circuit du circuit du médicament

L'intégration du répartiteur dans la supply chain permet de nombreux avantages pour la sécurité de ce circuit. Premièrement, la répartition pharmaceutique est un réseau logistique complètement sécurisé, où la traçabilité à la fois de ses achats et de ses ventes, le respect des conditions de stockage et de transport (chaîne du froid) et sa connaissance du produit qu'il transporte à savoir le médicament, permettent une grande fiabilité du circuit. Deuxièmement, le réseau et l'implantation des répartiteurs assurent aujourd'hui une accessibilité au médicament

sur 100% du territoire national, répondant ainsi aux exigences de service public. Enfin, la parfaite connaissance du pharmacien officinal et industriel permet à la répartition de proposer de nombreux services à ses clients, faisant d'elle une experte du transport du médicament.

Une nouvelle stratégie des répartiteurs est apparue ces dernières années, face à l'intensification de la concurrence et à la pression de la marge : la supply chain management (SCM). Elle consiste à améliorer la gestion des flux qui vont du « fournisseur du fournisseur » jusqu'au « client du client ». Elle permet aux entreprises de mettre en place de nouvelles techniques de management dans le but d'accroître la valeur ajoutée des prestations et améliorer ainsi leurs performances et rentabilités. Compétitivité, innovation et optimisation sont les maîtres-mots pour conforter la place des répartiteurs comme acteurs clés de la distribution pharmaceutique française. Et ceci est applicable dans tous les maillons de la répartition à commencer par la gestion des approvisionnements, des stocks, du transport et la préparation des commandes. Il faut rechercher le meilleur compromis possible entre l'optimisation des coûts et la disponibilité du produit en bonne quantité, au bon endroit et au bon moment ce qui conditionne l'appréciation du taux de service. Ce modèle de « Supply Chain Management » est totalement en corrélation avec le circuit de distribution très sophistiqué qui, depuis les sites de fabrication, passe par différentes opérations permettant la livraison du produit à l'officine avec l'assurance du maintien de ses qualités thérapeutiques et dans les meilleurs délais, tout en évitant les ruptures d'approvisionnement.

Chapitre 4 : Le réseau des répartiteurs (33)

Section I : En France (34)

En juin 2020, 185 établissements appartenant à 7 sociétés différentes sont regroupés au sein de la chambre syndicale de la répartition pharmaceutique en France métropolitaine. Si l'on considère les départements d'outre-mer ainsi que les territoires d'outre-mer, c'est 198 établissements et 17 sociétés qui assurent la distribution en gros du médicament en France. On distingue pourtant deux types de société ayant le statut de grossiste-répartiteur : les full-liners et les short-liners. La distinction entre short-liner et full-liner (catégories qui au demeurant ne sont pas reconnues par la loi, tout répartiteur étant supposé proposer une offre complète de produits), relève plus de positionnements commerciaux différents sur un même marché que de deux marchés distincts. Tout grossiste-répartiteur est propriétaire de ses stocks, ce qui le différencie des dépositaires. On compte aujourd'hui plus d'une dizaine de short-liners en France déclarés à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

E. Les full-liners (24)

Les full-liners proposent une offre complète, à savoir une livraison conventionnelle et fréquente (plusieurs fois par jour) de tous les produits aux prix légalement autorisés. La majorité des grossiste-répartiteurs sont des full-liners. Leur rôle principal est d'acheter en gros les médicaments et accessoires médicaux à leurs fabricants pour les revendre ensuite, en l'état, aux pharmaciens d'officine et établissements de santé. 75% des médicaments ne sont vendus au plus qu'une fois par mois et par officine, 23% entre 1 et 10 unités et seulement 2% à plus de 10 unités par mois. Très peu de pharmacies pourraient donc se permettre de détenir l'ensemble des produits dans leurs stocks, surtout ceux à faible rotation. L'intérêt de ces établissements proposant près de 40000 références et ce sur tout le territoire national, est de garantir l'accessibilité des médicaments à tous les patients quel que soit son lieu de résidence. En 2020 il existe 4 acteurs principaux:

-le groupe OCP

-le réseau CERP

-Alliance Healthcare France

-Phoenix Pharma France.

1) Les parts de marchés

Au total, sept entreprises se partagent 97,7% des parts de marchés de la répartition pharmaceutique en France. Cette concentration de marché est due par la suprématie de grands groupes européens qui ont su par la fusion de filiale et le rachat de petites entreprises françaises, créer de grandes sociétés permettant ainsi de mutualiser les coûts de fonctionnement, de logistique et de structure dans un but économique. Ce marché reste néanmoins très concurrentiel d'une part entre ces différents acteurs et d'autres part par l'émergence d'autres canaux de distribution (direct, plateforme d'achat) qui viennent perturber le canal de la répartition.

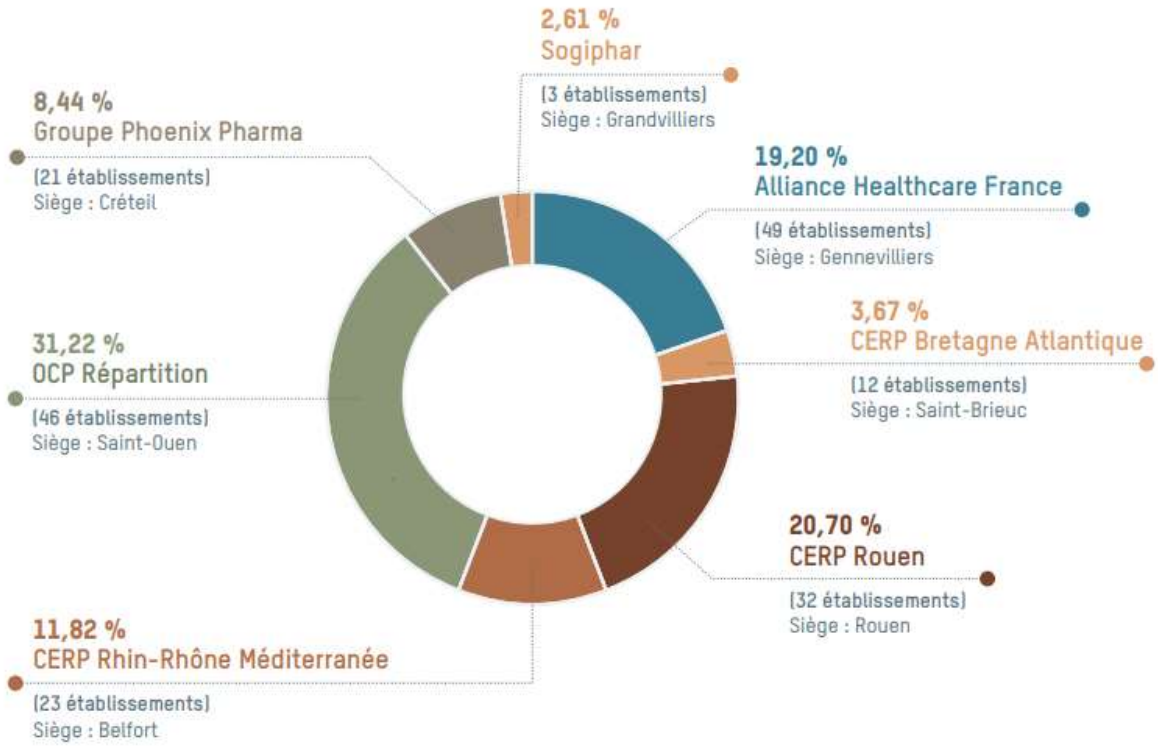

Figure 8: Parts de marché des acteurs majeurs de la répartition pharmaceutique en France(1)

2) OCP (35)

L'Office Commercial Pharmaceutique (O.C.P.) a vu le jour en 1924, de la fusion de trois sociétés familiales de négoce en produits pharmaceutiques, dans le but de mieux servir l'intérêt général professionnel. A cette époque, il compte trois établissements parisiens, 14 succursales en province et quelques 1000 employés. Durant les années 60-70, le réseau OCP s'étend et s'unifie. L'OCP se modernise grâce au développement de l'informatique, compte 4000 collaborateurs et 23 millions d'articles et de produits livrés par mois dans ses 12000 officines clientes. En 1993, la société GEHE, devenue par la suite le groupe Celesio, devient l'actionnaire de référence du groupe OCP. En 2013, le géant américain McKesson prend 76% du capital de Celesio créant ainsi un nouveau leader mondial de la santé.
Aujourd'hui société anonyme à directoire et conseil de surveillance, l'OCP compte 44 établissements.

Figure 9:Organisation territoriale des établissements OCP(35)

L'OCP a effectué **5,707 milliards d'euros** de chiffre d'affaires en 2018 et sa part de marché en 2018 est de 31,22%. Avec plus de 36000 références disponibles, OCP livre quotidiennement plus de 2 millions de produits et compte aujourd'hui 3200 collaborateurs.

Hormis sa branche de répartition, le groupe OCP propose d'autres services :

-Les groupements Pharm'activ, PHR et Réseau Santé.

-Etradi (activité de short-lining) qui propose une gamme de plus de 850 produits à fortes rotations dont 50% de spécialités non remboursées.

-Formation OCP qui propose des formations aux titulaires et équipes officinales dans le but d'actualiser leurs connaissances et de compléter leur formation initiale.

-Link : site professionnel destiné aux officines hébergeant la base de données Clickadoc et proposant une aide digitale à la gestion de l'officine.

-OCP connect qui accompagne les laboratoires dans le traitement de leurs problématiques stratégiques et opérationnelles à l'officine.

-OCP H qui est spécialisé dans la gestion des flux entre le laboratoire et l'hôpital.

3) Alliance Healthcare (36)

Alliance Healthcare est issu de plusieurs regroupements et rachats successifs de nombreuses entreprises de répartition pharmaceutique de taille modeste. C'est en avril 1991 que née le groupe Alliance Santé constitué de la holding ERPI (Européenne de Répartition Pharmaceutique et d'Investissements), de la holding IFP (Ile de France Pharmaceutique), et d'Alleanza Salute, répartiteur italien.

L'année 1999 voit la fusion d'IFP Santé et d'ERPI Santé (fusion de COF répartition, Comptoir des Pharmaciens du Centre (CPC) et Thomas répartition en 1996) pour créer Alliance Santé qui occupe alors le second rang en France.

En 2002, Alliance Santé rachète l'ORP (Ouest Répartition Pharmaceutique). Le 31 juillet 2006, Alliance UniChem Plc (créée en octobre 1997 et composé d'Alliance Santé et d'UniChem) et Boots PLC fusionnent pour créer le groupe Alliance Boots, leader européen de la santé et beauté.

En 2007, le nom Alliance Santé devient Alliance Healthcare.

Le 19 juin 2012, Walgreens, première chaîne américaine de pharmacies, rachète 45% du capital d'Alliance Boots. La fusion totale se fait le 31 décembre 2014.

Alliance Healthcare possède à ce jour 49 établissements.

Figure 10: Organisation territoriale des établissements d'Alliance Healthcare Répartition(36)

Alliance Santé a effectué sur l'exercice 2019 un chiffre d'affaires de 3,540 milliards d'euros et pèse en 2018, 19,2% de part de marché. Elle propose une collection de plus de 35000 références à ses 10 500 pharmacies clientes.

Les activités annexes d'Alliance Healthcare sont nombreuses :

-Alcura : société de soins et de maintien à domicile.

-Alphega pharmacie : groupement de pharmaciens indépendants qui compte près de 6800 pharmacies adhérentes en Europe.

-DirectLog : Centrale d'Achat Pharmaceutique – CAP avec plus de 5500 références.

-Almus, Alvita et Yourgoodskin : marques propres de médicaments génériques, gamme blanche et produits de dermo-cosmetique, respectivement.

-Alloga : dépositaire pharmaceutique

4) Le réseau CERP (37)

Jusqu'en 2008, le réseau CERP était constitué de 4 sociétés de répartition pharmaceutique, autonomes et indépendantes les unes des autres : la CERP Rouen, la CERP Rhin-Rhône-Méditerranée, la CERP Bretagne Nord et la CERP Lorraine. Cette dernière ayant été rachetée par Phoenix Pharma, le réseau actuel ne comporte plus que 3 entités.

Le fonctionnement des CERP repose sur le principe suivant : leurs clients peuvent également être leurs sociétaires. A ce titre, les pharmaciens d'officine adhérents à une de ces entreprises sont intéressés à ses bénéfices par le biais de dividendes, d'intérêts aux parts de marché et de revalorisation des parts sociales.

Le réseau CERP compte aujourd'hui 68 établissements répartis sur l'ensemble du territoire français et détient 36,19% de parts de marché en 2018.

Il existe une filiale commune aux 3 sociétés CERP : CERP France. Sa mission est de proposer un service d'achat et de référencement pour les 3 sociétés, de coordonner et gérer les services communs aux sociétés CERP, et de communiquer et établir une relation avec les instances professionnelles.

a. La CERP Rouen ou Astera (38)

La CERP Rouen (Compagnie d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutiques de Rouen) a pour origine la Mutuelle Coopérative Pharmaceutique Rouennaise créée en 1919 par 15 pharmaciens Rouennais. En 1961, la mutuelle se rapproche d'autres sociétés coopératives pour créer le CERP (Centre d'Etude de la Répartition Pharmaceutique) et c'est en 1966 que le CERP devient la CERP Rouen qui fusionne avec la CERP Nord-Est en 1969 et la CERP Ouest en 1982. Le 1er octobre 2008, la coopérative CERP Rouen devient Astera, groupe coopératif et fonde avec Sanacorp (répartiteur allemand) la holding Sanastera.

Astera possède 32 agences de répartition en France et 20,7% de part de marchés en 2018. Elle propose plus de 32000 références à ses 7500 clients. Son siège social est à Rouen. Son chiffre d'affaire en 2019 est de 3,806 milliards d'euros.

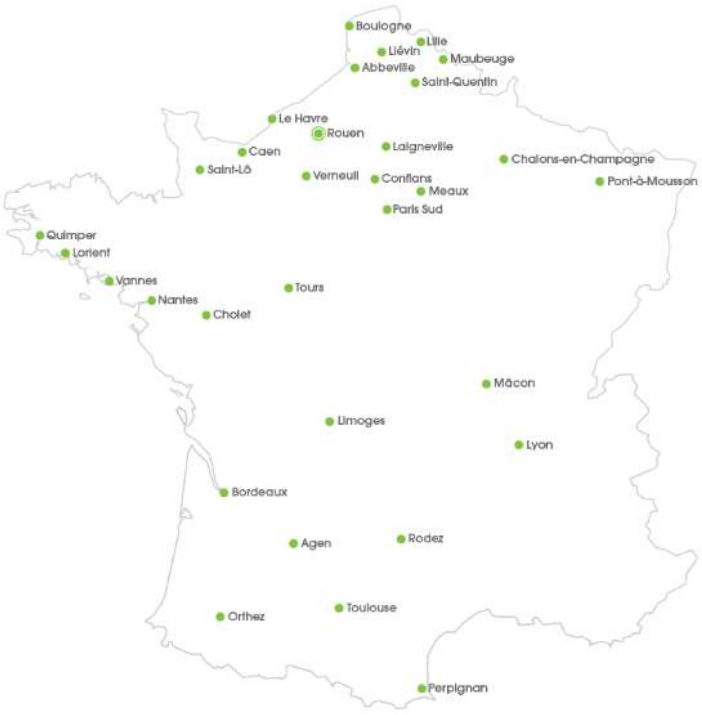

Figure 11: Organisation territoriale des établissements de la CERP Rouen(38)

Astera propose également des services annexes à son métier de répartiteur :

-Oxypharm, pôle soin à la personne qui accompagne le pharmacien dans le développement du maintien à domicile.

-le pôle service aux pharmaciens avec notamment le développement du logiciel de gestion officinale Léo grâce au service Isipharm.

-la Centrale des pharmaciens qui permet la mise à disposition pour les officinaux d'une centrale d'achat pharmaceutique.

-le réseau des pharmaciens associés, groupement de pharmacien.

-Eurodep, dépositaire pharmaceutique.

-Cerp Rouen formation : organisme de formation qui accompagne le pharmacien et son équipe dans le développement de leurs compétences.

b. La CERP Rhin-Rhône Méditerranée (CRRM) (39)

Créée en 1921 à Belfort sous le nom de pharmacie régionale des pharmaciens de l'Est, ce n'est qu'en 1922 que cette société prend les statuts d'une coopérative (coopérative des pharmaciens de l'est). En 1965 elle devient CERP de l'Est puis CERP Rhin-Rhône en 1976 et enfin CERP Rhin-Rhône-Méditerranée en 1988 (Confraternelle d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique Rhin Rhône Méditerranée). Aujourd'hui Société Anonyme à conseil d'administration dont le siège social se trouve toujours à Belfort, elle compte 24 établissements. En 2018, sa part de marché national est de 11,82% avec 4200 clients, 1465 collaborateurs et un chiffre d'affaires à décembre 2018 de 2,125 milliards d'euros.

Figure 12: Organisation territoriale des établissements de la CERP Rhin-Rhône-Méditerranée(39)

La Cerp RRM possède 2 filiales qui viennent élargir son secteur d'activité :

-Caduciel, Filiale spécialisée dans les systèmes de gestion informatique d'officine en pharmacie.

-Pharmat, spécialisé dans la vente et location de matériel médical dans le cadre du Maintien à Domicile.

c. La CERP Bretagne-Atlantique (CERP BA) (40)

La CERP Bretagne Atlantique (Coopérative d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique de Bretagne Atlantique) anciennement Société Coopérative des Pharmaciens de Bretagne Nord (SCPBN), a été créée en 1938 à Saint-Brieuc, l'actuel siège social. Elle compte 12 agences réparties essentiellement en Bretagne. Société Anonyme coopérative à conseil d'administration, elle a effectué en 2018 un chiffre d'affaires de plus de 684 millions d'euros et pèse en 2018 3,67% de part de marché.

Figure 13: Organisation territoriale des établissements de CERP Bretagne-Atlantique(40)

La CERP Bretagne-Atlantique possède 3 filiales annexes :

-Mex, filiale spécialisée dans l'export surtout vers les pays francophones.

-Madouest, spécialisée dans la vente et location de matériel médical dans le cadre du Maintien à Domicile.

-CERP dépositaire, qui exerce l'activité de dépositaire pharmaceutique pour le compte de laboratoires essentiellement génériqueurs.

5) Phoenix Pharma France (41)

Phoenix Pharma France dont le siège social se situe à Créteil, est une filiale de Phoenix Group (PHOENIX Pharmahandel Aktiengesellschaft & Co), société allemande, créée par la famille Merckle en 1994. Historiquement, Phoenix Pharma France émane de la fusion et du rachat de nombreuses entreprises de répartition.

En 1930, deux sociétés voient le jour, une à Toulon (Etablissements Chaffer), l'autre à Ivry sur Seine (Groupement de Répartition Pharmaceutique ou GRP). Est créée en 1982, Repha Vendée à la Roche sur Yon.

En 1989 Chaffer est vendu au répartiteur allemand Schulze GMBH de Mannheim et devient Chaffer Pharma SA. En 1992, les deux sociétés GRP et Repha rejoignent la société Chaffer et passent sous le contrôle majoritaire de la société allemande Schulze Pharma GMBH de Mannheim. Puis en 1997, la société Schulze Pharma est rebaptisée Phoenix Pharma France. Phoenix Pharma France dispose donc dans les années 90 de 8 établissements sur le sol Français. En 2006, Phoenix Pharma rentre dans le capital du groupement de pharmaciens Plus Pharmacie SA à hauteur de 35 %.

L'année 2008 est une date importante pour Phoenix Pharma puisque le 1er octobre 2008, CERP Lorraine Répartition rejoint le groupe Phoenix Pharma, et lui permet ainsi de renforcer sa présence sur le sol français. Le groupe emploie désormais 1250 personnes, réparties sur 21 sites et pèse 8,44% de part de marché en 2018 avec un chiffre d'affaires de 1,532 milliards d'euros en 2018.

Figure 14: Organisation territoriale des établissements de Phoenix Pharma(42)

Phoenix Pharma propose de nombreux services annexes :

-Phoenix Référence : un site réservé aux clients avec notamment un accès à une base documentaire.

-Phoenix Evidence: magazine trimestriel avec des offres promotionnelles de saison.

-Phoenix Performance qui propose des études de merchandising, géomarketing, audit de rentabilité, client mystère.

-Phoenix Université : formations sur site ou en ligne (e-learning).

-Phoenix Véto : département entièrement dédié aux produits vétérinaires.

-Phoenix Via : service de transport sécurisé et de proximité d'une officine à une autre.

-PharmaVie : groupement de plus de 500 pharmacies présent sur tout le territoire.

-Ivrylab : activité de dépositaire, centrale d'achat pharmaceutique et plateforme d'achat.

F. Les shorts-liners (34)

Les short-liners proposent une « livraison unique » (journalière ou hebdomadaire) des spécialités les plus courantes à des prix avantageux et à des conditions logistiques moins exigeantes. Contrairement aux grossistes-répartiteurs « full-liners », ils consacrent leur activité aux spécialités les plus rentables : les génériques, les produits d'automédication et les produits de prescription leaders sur le marché en termes de chiffre d'affaires et de taux de rotation élevé (environ 200 spécialités). Cette activité n'est donc pas compatible avec un statut de grossiste-répartiteur qui est soumis à des obligations de service public. Cependant certains prennent le statut de grossiste répartiteur en référençant un seul exemplaire de tous les produits nécessaires pour répondre aux obligations de la loi, mais ne les commercialisent pas.

Ils se voient donc reprocher le fait de ne pas se conformer réellement aux obligations de service public, et de faire une concurrence déloyale aux grossistes-répartiteurs traditionnels. L'ANSM peut mener des inspections afin de vérifier le respect des obligations de service public dans tous les établissements de répartition pharmaceutique et est autorisée à suspendre l'activité et imposer la mise en conformité avec la loi, sous peine de fermeture de l'établissement.

Les principaux short-liners présents sur le sol français ayant le statut de grossiste-répartiteur sont : D2P Pharma, Phictal et RBP Pharma.

Section II : Le réseau de la répartition pharmaceutique en Europe (43) (44) (36) (41) (45)

En 2019, les répartiteurs full-liners traitent l'acheminement de 61% des médicaments vendus en Europe. Cette part de marché varie selon les pays européens et est fonction de la part des ventes directes, la concurrence des répartiteurs short liners et des nouveaux modèles de distribution DTP (direct to pharmacy) ou RWA (Reduced Wholesale Agreements) (voir chapitre 6) apparus en Grande-Bretagne en 2007 avec les laboratoires Pfizer.

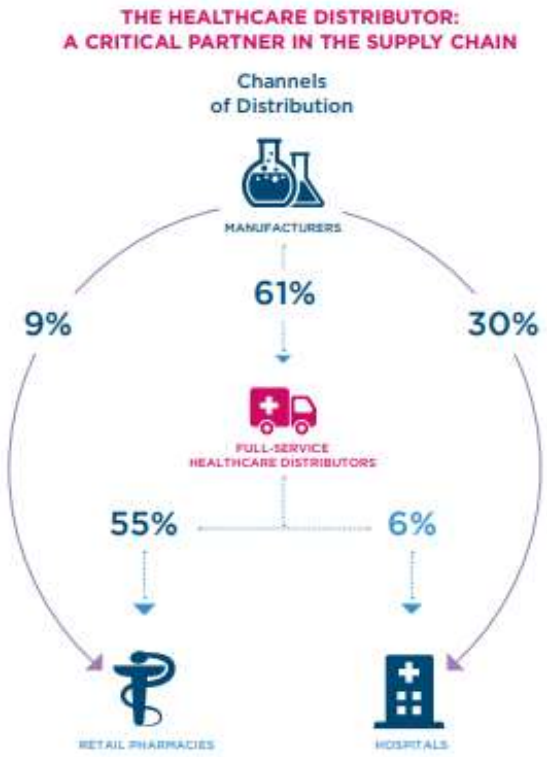

Figure 15: Paysage de la distribution pharmaceutique en Europe(46)

On compte en 2019, 750 sociétés de répartition pharmaceutique en Europe avec 1260 agences réparties dans 34 pays. Le marché se concentre dans 6 pays que sont l'Espagne, la France, l'Italie, l'Allemagne, Royaume-Uni et Suède. (47)

Concernant l'organisation de la répartition pharmaceutique, la tendance européenne est à la consolidation des réseaux qui se fait généralement par le rachat de groupes d'envergure

régionale par des grands groupes européens. On assiste ainsi à une nette diminution du nombre de sociétés de répartition durant ces dernières années.

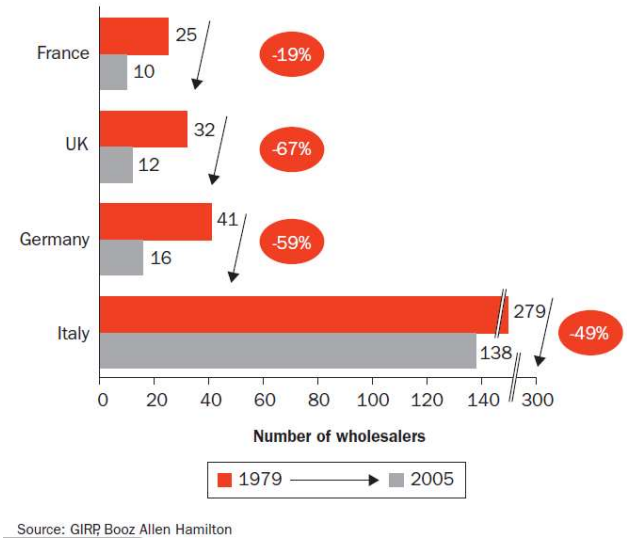

Figure 16: Consolidation dans l'industrie de la répartition pharmaceutique en Europe(48)

Il ressort de cette consolidation l'émergence de 3 principaux acteurs :

-MC Kesson, société cotée en bourse (New York Stock Exchange (NYSE))

-Walgreens Boots Alliance, société cotée en bourse (NASDAQ)

-Phoenix Group, société allemande privée (Famille Merckle)

En 2019, on estime que ces 3 principaux acteurs se partagent près de 60% des parts de marchés en Europe.

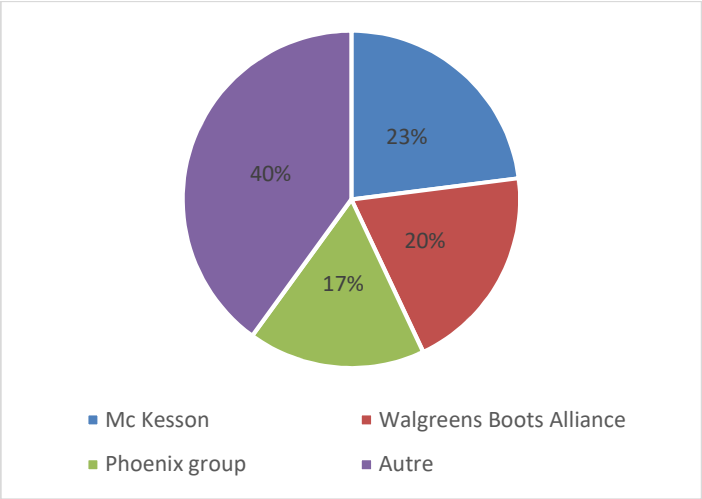

Figure 17: Parts de marché en Europe

2012 est une année très importante pour la répartition pharmaceutique européenne puisqu'elle voit l'arrivée sur le marché européen d'un géant américain Walgreens (chaîne de pharmacie aux Etats-Unis) grâce à son investissement à hauteur de 45% dans la société Alliance Boots. Cette fusion est effective depuis le 31 décembre 2014. Walgreens s'est également rapproché du grossiste américain AmerisourceBergen, avec une participation au capital de 27,3%. Un nouveau géant mondial ayant une activité en Europe est né et permet surtout à des sociétés américaines d'avoir accès au marché européen.

En 2014, c'est au tour de Celesio propriétaire de l'OCP de se faire racheter par le leader américain en répartition pharmaceutique McKesson avec une prise de 76% du capital. (49)

Suite à ces différents rachats, la configuration du réseau de la répartition pharmaceutique européenne se voit chamboulée avec un risque pour les sociétés d'envergure régionale ou nationale de ne pouvoir résister à de tel géant financier ayant des capacités d'investissement bien supérieur.

Chapitre 5 : Modèle économique de la répartition

La répartition pharmaceutique ne possède pas beaucoup de levier quant à sa rémunération puisque le prix du médicament remboursable et la marge du grossiste sont fixés par arrêté ministériel. Quand on sait que 85% de l'activité d'un grossiste se fait sur le médicament remboursable, la répartition pharmaceutique se doit de se diversifier au niveau des prestations qu'elle propose dans le but de chercher de nouvelle source de rémunération.

Section I : La marge(50) (10) (51)

La marge brute du grossiste ne cesse depuis plusieurs années de se dégrader. Evoluant dans un contexte d'économie des dépenses de santé, la répartition pharmaceutique contribue fortement au redressement vers l'équilibre du budget de la sécurité sociale. Quatre facteurs ont participé à la baisse de marge :

- Changement du calcul de marge en janvier 2012 sur le médicament remboursé. Cette mesure a entraîné une perte pour la répartition pharmaceutique estimée à 40 millions d'euros.(52)
- Les mesures prises sur la délivrance des génériques. Lorsqu'un générique apparaît sur le marché, sa distribution par les grossistes répartiteurs se fait dans le cadre d'une prestation logistique signée entre le laboratoire générique et le grossiste. Le grossiste s'engage à facturer le générique sans appliquer sa marge (donc au prix fabriquant) et en répercutant la remise concédée par le laboratoire (qui peut aller jusqu'à 40%). Le grossiste est rémunéré pour sa prestation directement par le générique et on estime ici cette marge à 6% (calculée sur une moyenne des marges rémunératrices des prestations logistique vis-à-vis des génériqueurs).

  Le tableau suivant compare la marge du grossiste entre la vente d'un princeps et d'un générique :

	Princeps	Générique		
Prix public princeps: 112,58€ HT	**A**	**B**	**(A-B)€**	**(A-B)%**
PFHT	**100**	**40**	**-60€**	**-60%**
Marge %	**6,68%**	**6,00%**		
Marge €	**6,68**	**2,4**	**-4,28 €**	**-64%**
Prix de vente grossiste	**106,68**	**40**	**-66,68 €**	**-62,5%**
		PFHT -40%		
Prix de vente final grossiste	**106,68**	**24**	**-82,68€**	**-77,5%**

Pour un médicament vendu prix public à 112,58€ HT, la marge du grossiste est de 6,68€. Par contre pour son générique, son prix fabriquant passant de 100€ à 40€, la marge du grossiste n'est plus que de 2,40€. On constate donc une baisse de marge de 64% et une baisse en chiffre d'affaires de près de 78%.

Ajouté à cet effet taux de marge, la mesure du tiers payant contre générique mise en application en septembre 2012 qui a permis une augmentation significative du taux de substitution, a entraîné une perte considérable pour la répartition estimée à plusieurs millions d'euros.

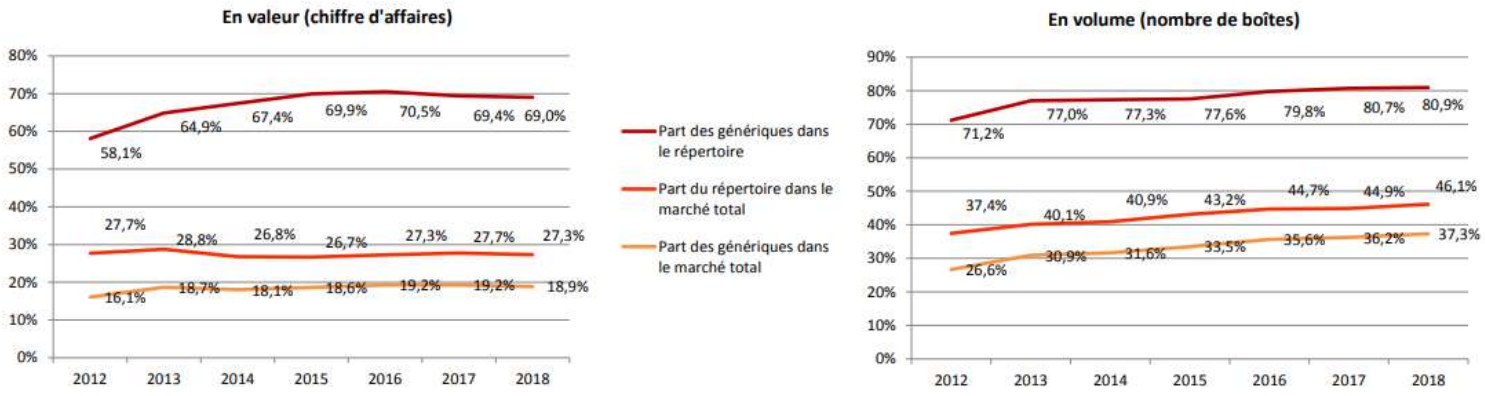

Figure 18: Taux de pénétration des génériques depuis 2012(53)

Plus le volume de boîtes de générique augmente, plus l'effet de perte de taux de marge sera accentué. De plus la substitution augmente les coûts de stockage pour le grossiste : on passe d'un seul emplacement pour le princeps à une douzaine d'emplacements pour le princeps et ses

génériques. Mais la distribution des génériques par les grossistes reste cruciale, puisque si ce flux passe en direct, c'est une annulation totale de la marge pour le grossiste.

- La baisse des volumes qui est due à une baisse des prescriptions. Dans un souci de maîtrise des dépenses de santé, la CNAM a signé avec les médecins un Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) ayant pour conséquence une diminution importante du volume de médicaments prescrits par ordonnance.
- L'apparition sur le marché de ville des produits chers qui sont très souvent des sorties de réserves hospitalières. La marge des répartiteurs étant plafonné sur ces produits (30,06€), plus la distribution de ces produits augmente et plus le prix de ces produits augmente, plus il y aura un impact négatif sur la marge du grossiste.

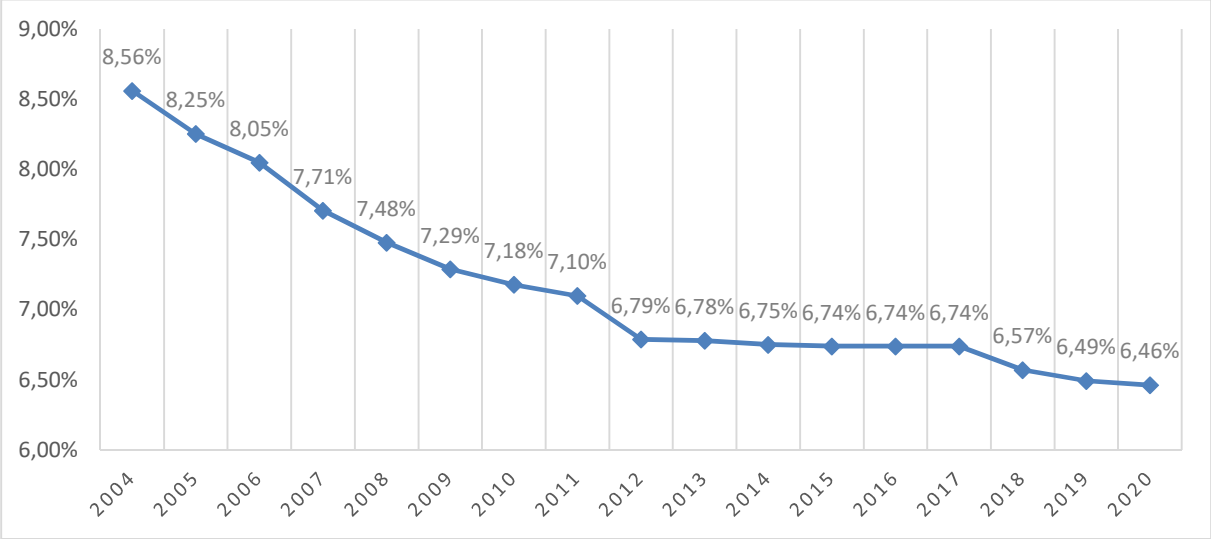

Figure 19: Evolution de la marge grossiste avant contribution (source CSRP)

Comme nous pouvons le constater sur ce graphique (établi par Phoenix Pharma à partir des données de la CSRP), la marge des grossistes répartiteurs baisse chaque année depuis 15 ans. Cela traduit un besoin urgent de redéfinir une rémunération qui sera plus adapté à l'évolution de la distribution du médicament en France. Plusieurs rapports ont reconnu cette dégradation économique (autorité de la concurrence en 2019, IGAS en 2015 et 2017, cour des comptes en 2017). Une réforme de la marge est donc impérative si la France souhaite conserver un accès au médicament sécurisé et égalitaire sur le territoire national.

Section II : Les remises commerciales :

Dans le cadre du médicament remboursable, les remises commerciales ou ristournes sont définies par le premier alinéa de l'article L 138-9 du Code de la Sécurité Sociale (6).

Article L 138-9 du Code de la Sécurité Sociale

«Les remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consentis par tout fournisseur des officines en spécialités pharmaceutiques remboursables ne peuvent excéder par année civile et par ligne de produits, pour chaque officine, 2,5 % du prix fabricant hors taxes de ces spécialités. Pour les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application des deux dernières phrases du b du même 5° et pour les spécialités de référence définies au a dudit 5° dont le prix de vente au public est identique à celui des autres spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent, ce plafond est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes. Pour les spécialités non génériques soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité, le plafond est fixé par l'arrêté précité, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité. »

Les remises accordées aux pharmaciens par les grossistes-répartiteurs ou les laboratoires sont donc plafonnées à 2,5% du prix de vente aux pharmaciens pour les médicaments non génériques et à 50% du PFHT pour les médicaments génériques et les médicaments sous tarif forfaitaire de responsabilité. Cependant un arrêté du 22 août 2014, fixe un plafond de remises et ristournes sur les spécialités génériques à 40% du prix fabriquant hors taxes.

Ces remises commerciales sont l'une des principales variables d'ajustement de la marge du répartiteur. Cela permet de gagner des points de marge de façon rapide si l'on baisse ces remises accordées aux officinaux. Toutefois, si l'on tend à diminuer trop drastiquement ces remises, le risque est de voir des pharmaciens officinaux cesser la collaboration avec le répartiteur qui voit son chiffre d'affaires et sa part de marché diminuer. Il y a donc un point d'équilibre à trouver entre des remises commerciales justes qui permettent une marge des répartiteurs suffisante, et des remises commerciales qui restent compétitives vis-à-vis de la concurrence.

Section III : La contribution à la Sécurité Sociale : la taxe ACCOSS. (55)

La répartition pharmaceutique, au cœur du système de santé, participe à la maîtrise des dépenses de santé. Depuis 1991, une contribution dite « taxe ACOSS » (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale) a été instituée. Plusieurs lois sont venues successivement définir la participation de la répartition pharmaceutique pour combler une part du déficit de la Sécurité Sociale. Elle est aujourd'hui précisée dans l'article L-138 du code de la sécurité sociale.

Son objectif est de réguler les ressources des grossistes répartiteurs selon l'évolution des dépenses de médicaments remboursables, sans modifier le prix public et au bénéfice seul de la Sécurité Sociale. La contribution à la Sécurité Sociale en 1996 s'élevait à 100 millions d'euros. Elle atteint en 2006, 268 millions d'euros en métropole. Cette contribution est versée trimestriellement et se calcule à partir de 3 parts:

- un taux de 1,75 % à la première part qui est constitué du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.

- un taux de 2,25 % à la deuxième part, constituée de la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente, y compris lorsqu'elle est négative.

L'addition de ces deux premières parts ne peut pas excéder 2,55% ni être inférieure à 1,25% du chiffre d'affaires hors taxes de l'année civile.

- un taux de 20 % à la troisième part, constituée de la différence entre la marge théorique des grossistes des médicaments princeps et la marge effectivement appliquée par ces derniers lors de la vente aux pharmaciens, sans tenir compte de la remise autorisée de 2,5% du prix fabriquant hors taxe.

L'assiette de la contribution n'est définie que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros, augmenté de la marge maximum que les entreprises sont autorisées à percevoir sur cette somme (Pour tout médicament dont le PFHT est supérieur à 150 €, l'assiette de taxation sera de 160,02 €).

En moyenne cette taxe représente 1,2% du chiffre d'affaires total d'un grossiste répartiteur.

Chapitre 6 : Les perspectives d'évolution de la répartition pharmaceutique

Face aux diverses évolutions qui touchent le secteur pharmaceutique, comme la volonté des pouvoirs publics de diminuer les coûts de distribution, l'externalisation de la logistique de distribution, l'évolution de la politique marketing des laboratoires et la valorisation de l'exercice pharmaceutique, les grossistes-répartiteurs doivent s'adapter et diversifier leur activité de base afin de rester compétitifs et garder ainsi une place centrale dans le circuit du médicament.

Section I : Un marché concurrentiel en plein essor. (56) (57)

Comme nous avons pu le voir précédemment, le milieu de la répartition pharmaceutique présente un système concurrentiel particulier, puisque les taux de marge et les remises commerciales accordées sont strictement encadrés juridiquement et identiques pour tous. Pourtant, de nouvelles composantes viennent directement impacter l'activité des grossistes répartiteurs.

Les short-liners en proposant des niveaux de remises commerciales attractifs, captent de plus en plus de pharmacies à la recherche de marge. Cette activité n'étant pas reconnue officiellement, elle reste encore assez mineure dans la distribution du médicament mais tend à augmenter (+14% de CA en un an) et représente aujourd'hui près de 3,4% de parts de marché dans la distribution pharmaceutique.

Les ventes directes qui ont connu un essor conséquent durant les années 2000, marquent une stagnation de leur évolution. L'augmentation de la délivrance de génériques a fortement contribué à la croissance mais la tendance veut qu'aujourd'hui les répartiteurs classiques arrivent à récupérer ce flux qui leur a échappé. Ceci a été rendu possible par l'investissement dans des plateformes dédiées uniquement aux génériques afin d'assurer un minimum de rupture et une grande réactivité en terme de délai de livraison.

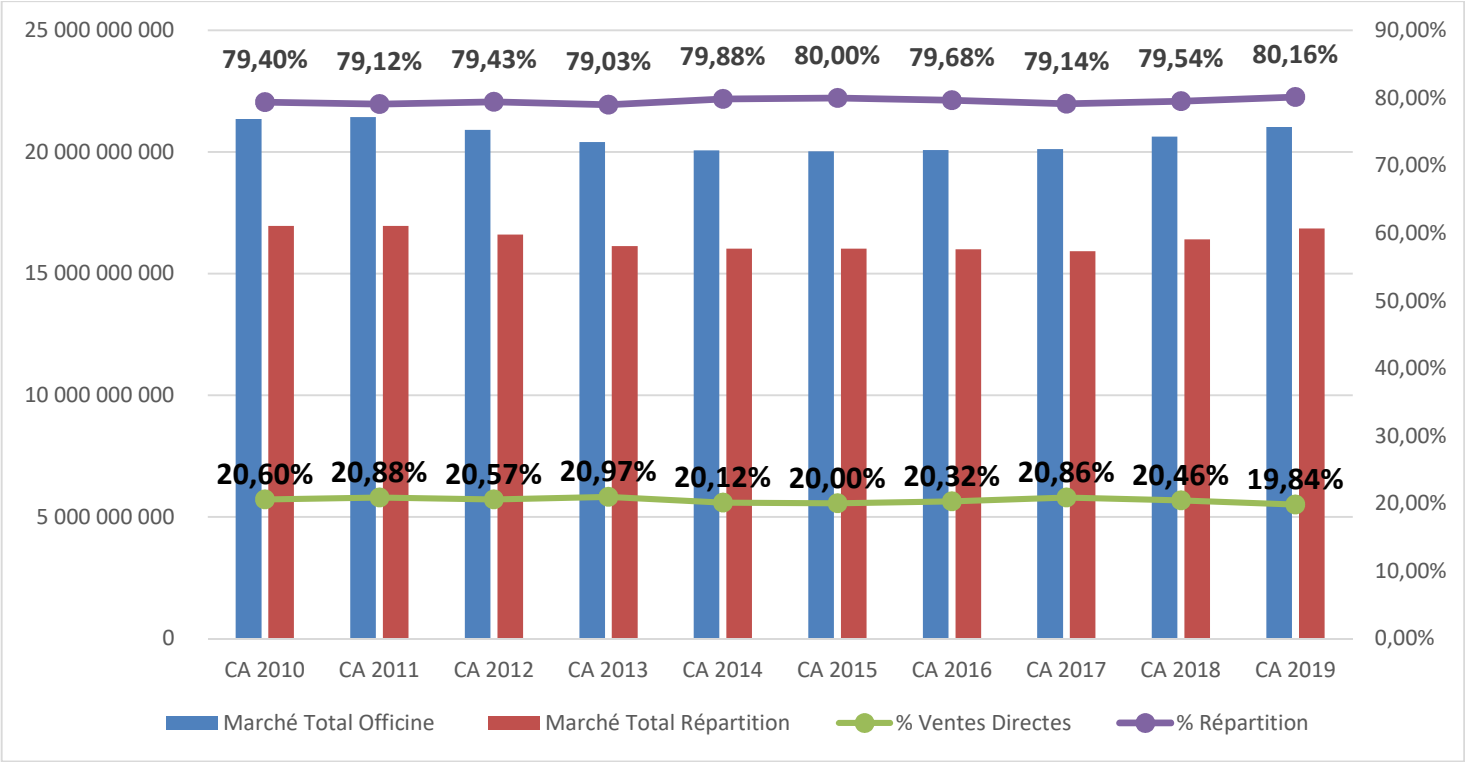

Figure 20: Evolution du marché médicament remboursable, du marché répartition et du marché direct

L'apparition d'appel d'offre de distribution a largement agité le monde de la répartition ces dernières années : c'est ce qu'on appelle le DTP (Direct to Pharmacy) ou Reduced Wholesaler Agreements (RWA). Dans ce modèle, le laboratoire définit un cahier des charges précis et choisit le ou les distributeurs habilités à assurer la logistique de distribution de ses produits. Le grossiste répartiteur devient alors un simple logisticien et ne négocie plus avec les pharmaciens, les conditions commerciales étant traitées directement entre le laboratoire et l'officine. Les grossistes-répartiteurs sont donc mis en compétition pour accéder à ce marché, cette compétition se faisant généralement sur les services proposés par chaque répartiteur au laboratoire. La pharmacie choisit alors parmi les distributeurs sélectionnés celui avec qui elle souhaite travailler. Pour les laboratoires, les objectifs principaux de ce modèle sont de verrouiller l'approvisionnement des officines et empêcher ainsi le développement d'accords avec d'autres prestataires de services logistiques. Ainsi, ils ont la main mise sur le contrôle de la distribution physique de leurs produits et évitent par la même occasion tout risque de contrefaçon. Dans ce modèle, seuls les leaders de la répartition pharmaceutique, implantés sur tout le territoire (français et européen), peuvent être légitimement choisis. En janvier 2010, le laboratoire Roche a lancé un appel d'offre en vue de sélectionner le ou les grossistes répartiteurs qui seraient en charge de la distribution de l'ensemble de ses spécialités sur le territoire. Le but pour le laboratoire étant d'éviter les ruptures d'approvisionnement et améliorer la qualité de

service rendu au patient. Ce système a déjà été mis en place au Royaume-Uni avec Pfizer et Alliance Boots, en particulier pour ses produits coûteux. Le problème engendré par ce fonctionnement et que certains grossistes n'auraient plus accès à aucune des spécialités du laboratoire entraînant ainsi les grossistes répartiteurs non sélectionnés à ne plus respecter ses obligations de service public.

Section II : Améliorer le rendement et les coûts de l'activité de distribution

Grace à l'industrialisation de l'activité de distribution, les grossistes arrivent à améliorer leur marge opérationnelle: ceci passe par l'automatisation des agences, par la recherche d'optimisation de l'espace et du rangement des références, la rationalisation des tournées pour diminuer le cout de transport, la centralisation des achats, … En 2011, la Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique (CSRP) annonçait un gain de productivité de 160 millions d'euros sur les cinq dernières années.

D'autres leviers sont également à disposition des grossistes : la réorganisation des agences au niveau du territoire national avec une organisation centrale des stocks et des mouvements de stocks inter-agences. Ces restructurations doivent parfois passer par des plans sociaux avec une mobilité du personnel ou des changements de postes rendus possibles par la formation continue proposée par les ressources humaines. C'est ainsi qu'en mai 2019 et en juillet 2020, Alliance Healthcare et OCP répartition ont tous deux annoncé un plan social avec des fermetures d'agences un peu partout en France.

Section III: Diversifier ses services et ses activités

De nombreux services annexes à la répartition pharmaceutique sont proposés aux pharmaciens officinaux. Ceci à la fois dans un but de fidéliser la clientèle mais également pour chercher de nouvelles sources de revenus.

-Service de formation. Dans le cadre du DPC (développement professionnel continu), les grossistes proposent des formations validantes.

-Service de vitrine, de merchandising, étude géomarketing, client mystère, … sont autant de services proposés au pharmacien dans le but de l'accompagner dans son exercice de tous les jours.

-Développement de marque de distributeur dont il sous-traite la fabrication. Alliance Boots a ainsi développé sa propre marque de gamme blanche (Alvita) ainsi que sa marque de générique (Almus).

-Le transport de colis entre pharmacies : le répartiteur joue uniquement le rôle de transporteur et est mandaté par le pharmacien du transport du colis grâce à une lettre de voiture.

-Une aide pour les recherches au comptoir. Cette aide peut se faire soit par téléphone avec des téléphonistes formés pour répondre aux questions du pharmacien ou l'aider dans sa recherche de produit, soit par une mise à disposition d'une banque de données via un site internet qui permet aux pharmaciens d'avoir accès directement depuis son poste au comptoir à toutes les informations dont il a besoin.

-Le développement de branche dédiée à l'hospitalisation et au maintien à domicile (HAD/MAD). Des filiales issues de la répartition pharmaceutique ont vu le jour, comme Oxypharm pour le groupe Astera ou encore Alcura chez Alliance Healthcare. Ces prestataires mettent à disposition du pharmacien d'officine des dispositifs médicaux, produits et prestations inscrits aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Troisième partie : Les Structures de regroupement d'achat et les centrales d'achat pharmaceutique : intérêt pour les pharmaciens officinaux.

Les structures de regroupement d'achat et les centrales d'achat pharmaceutique prennent une place de plus en plus prépondérantes dans l'approvisionnement des officines. Nous étudierons dans cette partie les différentes organisations possibles de ces structures, ce qu'elles apportent de plus aux pharmaciens d'officine dans la gestion de son stock. Enfin nous établirons un comparatif économique des différents canaux d'approvisionnement pour le pharmacien d'officine.

Chapitre 1 : Les différents flux entre les acteurs

L'approvisionnement d'une officine se fait à travers différentes étapes et échanges entre les acteurs de la chaîne. Nous pouvons identifier différents flux (commande, flux de marchandises, flux financier, flux d'informations) qu'il est essentiel de comprendre pour cerner les modalités de l'approvisionnement. La notion de stock et sa gestion sont des éléments capitaux dans le fonctionnement d'une officine puisque c'est eux qui enclencheront le processus d'approvisionnement.

A. Notion de stock et de gestion de stock

Selon le dictionnaire Larousse, un stock est l'« ensemble des marchandises, des matières ou fournitures, des déchets, des produits semi-ouvrés, des produits finis, des produits ou travaux en cours et des emballages commerciaux, qui sont la propriété de l'entreprise. » Un stock est donc une image à un instant t de ce que possède une officine.

Cependant, il faut bien comprendre que si un stock lors d'un inventaire est une vision statique, il est dans la réalité toujours en perpétuel mouvement puisqu'il est le reflet des entrées et sorties de la marchandise de l'officine. Le pharmacien devra alors parfaitement connaître ses ventes

afin de pouvoir gérer ses entrées de marchandises. S'il est bien géré, le stock permet de satisfaire au mieux aux exigences de la patientèle sans que le cout financier soit trop important.

C'est ainsi que la notion de « gestion de stock » prend toute son importance. Car c'est grâce à la gestion de stock que l'on pourra optimiser la performance de l'officine à la fois d'un point de vue financier et d'un point de vue satisfaction de la clientèle. En règle générale, les logiciels de gestion officinale (ex : LGPI, Winpharma, Smart RX, …) viennent aider le titulaire de l'officine quant à la gestion de son stock. Ils analyseront les ventes et proposeront ainsi une commande avec une fréquence et une quantité définie afin de ne jamais tomber en dessous du stock de sécurité. Le stock de sécurité est le stock critique qui ne doit théoriquement jamais être atteint car il est là pour pallier aux aléas de surconsommation ou de retard d'approvisionnement. C'est lui qui sera la référence pour occasionner l'approvisionnement de l'officine.

B. La commande

L'enclenchement de l'approvisionnement se fait par le passage de la commande. C'est le premier flux identifié. Une proposition de commande est généralement établie par le logiciel de gestion de stock de l'officine. Cette proposition peut être modulée par le titulaire en fonction de la saisonnalité ou de promotions. La commande peut également se faire directement auprès d'un commercial représentant du laboratoire.

Les données de la commande sont transmises aux fournisseurs par fax, téléphone, sous le protocole PharmaML ou par internet. Un bon de commande est ainsi créé et fait office de contrat entre le fournisseur et l'acheteur : le fournisseur s'engage à livrer l'acheteur qui lui s'engage à payer le fournisseur. C'est ce qu'on appelle un contrat synallagmatique.

C. La marchandise

Une fois le bon de commande arrivé chez le fournisseur, la commande doit être préparée et livrée par celui-ci. En ce qui concerne le médicament, depuis la modification d'article R-5124-58 du code de la santé publique, il est prévu de conserver les données relatives aux numéros de lots et à la date de péremption tout au long de la chaine de distribution du

médicament. Les fournisseurs (qu'ils soient laboratoires ou grossiste répartiteurs) doivent donc fournir ces informations aux clients officinaux depuis le 1er janvier 2011, date de mise en application de cette obligation.

La livraison de la marchandise peut être faite soit par un service de livraison interne, soit externalisée par l'entreprise. Si la durée de livraison est de 24h au maximum pour les grossistes-répartiteurs (2h15 en moyenne), aucune règle n'est établie pour les laboratoires et peut aller de 48h à une semaine.

D. Le flux financier

Le flux financier est le dernier flux de l'approvisionnement, c'est lui qui va conclure le contrat. Le flux financier fait suite à un délai de paiement négocié entre le fournisseur et l'acheteur. Depuis la Loi de Modernisation de l'Economie (LME), les délais de paiement ont été limités à 45 jours fin de mois ou 60 jours à la date de la facture. Le paiement peut se faire sur toutes les formes possibles : espèces, chèques, lettre de change relevé (LCR) ou prélèvement automatique. L'espèce et le chèque sont aujourd'hui très peu utilisés, le prélèvement automatique reste le principal mode de règlement.

E. Le flux d'informations

Les flux d'informations jouent un rôle majeur dans la gestion de la chaîne car ils fournissent à tous les acteurs les informations en temps réel (consultation du stock de l'agence par le pharmacien, information sur le chiffre d'affaires de la pharmacie remontée aux laboratoires, etc.) et permettent donc la coordination des flux tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Il s'agit d'échange de données permettant l'anticipation et l'adaptation des différents acteurs aux évolutions du monde de la pharmacie.

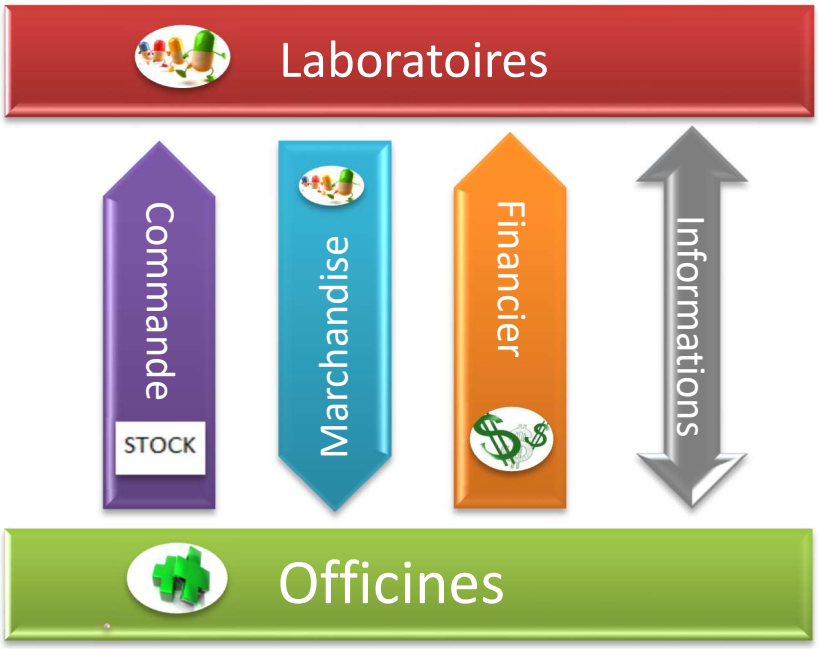

Figure 21: Schéma des différents flux d'une commande

Chapitre 2 : Contexte de la création de ces structures.

Instaurées par le décret n°2009-741 du 19 juin 2009 (parution au JORF le 21 juin 2009), les structures de regroupement d'achat (SRA) et les centrales d'achat pharmaceutique (CAP) sont deux nouvelles structures juridiques permettant l'achat groupé de médicaments non remboursables et de produits de parapharmacie. Créées dans le but de permettre au pharmacien de négocier des prix à la baisse tout en assurant un circuit du médicament de qualité en évitant les rétrocessions et en assurant la traçabilité, le législateur a voulu ainsi donner un coup de pouce au pouvoir d'achat des français au niveau de la santé. En réponse à une question d'un député, Madame la Ministre Roselyne Bachelot a indiqué qu'il s'agit d'un dispositif supplémentaire de négociation des prix des produits de la santé en vue de sauvegarder le pouvoir d'achat des français et garantir à tous l'accès aux soins (58).

Section I : Contexte économique (59)

Les experts sont unanimes pour affirmer que la santé économique des officines n'est pas au beau fixe. Conséquence, une officine ferme tous les 2 à 3 jours en France depuis 10 ans et le phénomène s'accélère.

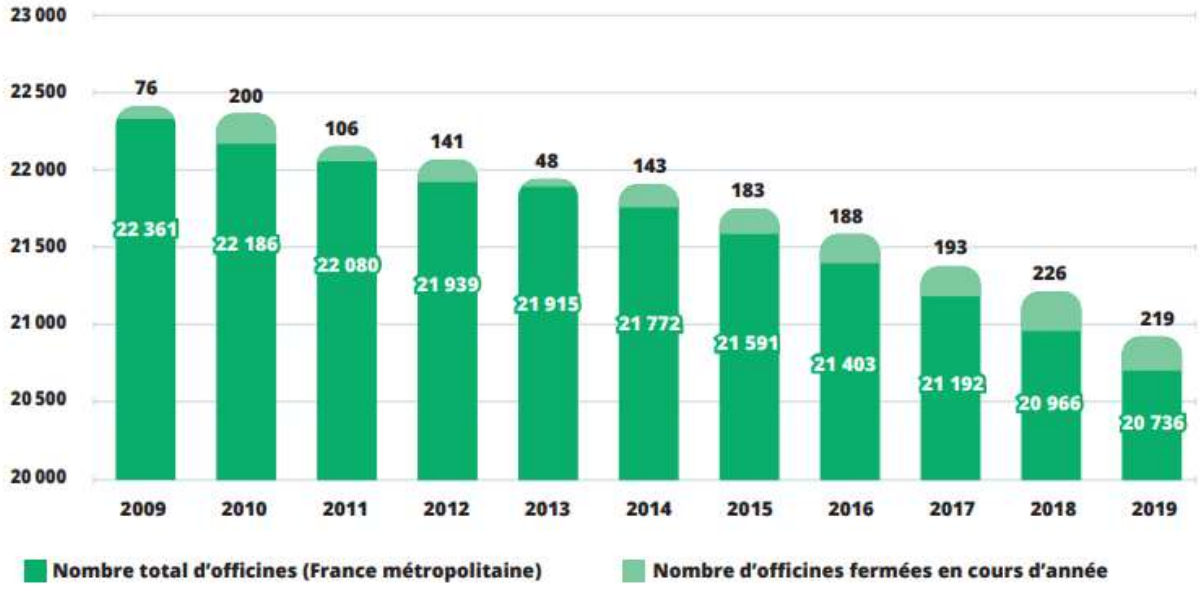

Figure 22: Evolution du nombre d'officines en France

Ces fermetures sont liées à des liquidations judiciaires, des fusions de licences ou des fermetures de licences par les confrères voisins.

Ceci est motivé par un contexte économique qui, selon les sociétés d'experts comptables en officines, est morose. En effet la croissance des officines depuis quelques années est toujours au point mort. Si dans le début des années 2000, la croissance était comprise entre 5et 6%, depuis l'année 2007, la croissance est nettement inférieure et stagne aux alentours de 1% avec des années 2013 et 2014 affichant même des taux négatifs.

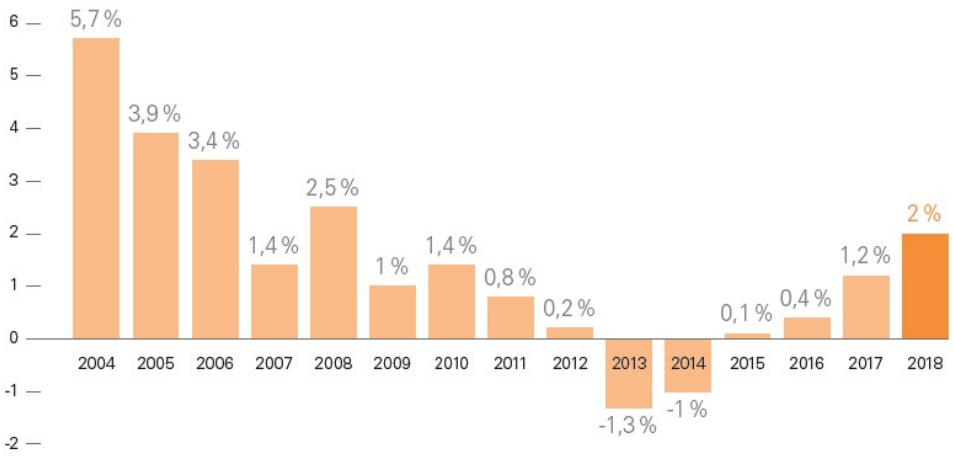

Figure 23: Evolution annuelle du chiffre d'affaires HT d'une officine (60)

Ce phénomène peut avoir plusieurs explications :

- Une stagnation du chiffre d'affaires sur le médicament remboursable (TVA à 2,1%):

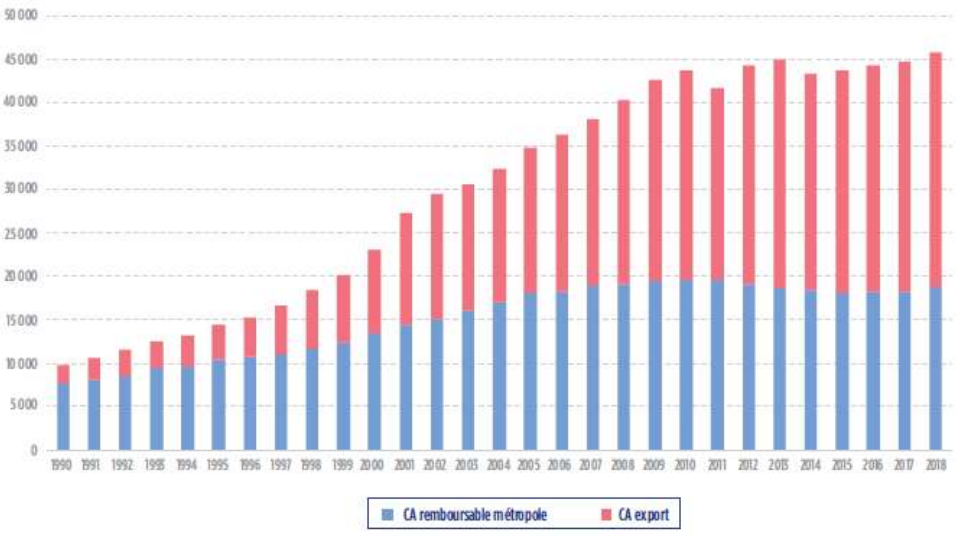

Figure 24:Evolution du Chiffre d'Affaires des médicaments (2)

La Sécurité Sociale, dans un souci de maitrise des coûts et de déficit budgétaire, a amorcé depuis plusieurs années un objectif impliquant une diminution du volume de vente, un déremboursement de spécialité et une baisse des prix des médicaments. La Sécurité Sociale a donc provoqué des changements de consommation du médicament remboursable. Etant donné qu'en moyenne 78,6% du chiffre d'affaires d'une officine est basé sur le médicament remboursable, la baisse constatée est bien une volonté politique dans un but de maîtriser les dépenses. Au vue des prévisions du déficit de l'assurance maladie en 2020 (31,1 milliards d'euros) et de la sécurité sociale (52 milliards d'euros), on peut penser que l'évolution du chiffre d'affaires du médicament remboursable restera encore proche de zéro durant les années à venir.

- Une nouvelle concurrence est apparue dans les années 2010 avec l'émergence de pharmacies discounters (exemple : réseau Lafayette), de parapharmacies en grande surface (parapharmacie Leclerc) et du e-commerce (site 1001pharmacies). Cette concurrence a impacté considérablement les habitudes des clients qui se sont en grand nombre détournés des pharmacies traditionnelles pour tout ce qui concerne les médicaments non remboursables et la parapharmacie c'est-à-dire les TVA à 10% et 20%.

- La France a connu la crise économique de 2008, qui a entraîné une très faible augmentation du pouvoir d'achat des Français et provoqué logiquement une stagnation de la consommation des ménages. C'est dans ce contexte que le 1er juillet 2008, le gouvernement de l'époque par l'intermédiaire de la ministre de la santé Mme Roselyne Bachelot-Narquin, a mis en place le libre accès en pharmacie ou OTC (over the counter) (61). Cette médication officinale peut être placée directement à la disposition des clients dans un espace réservé clairement identifié, situé à proximité immédiate du comptoir pour faciliter les échanges entre patients et pharmaciens ou préparateurs. Ces médicaments sont non remboursables et à prescription non obligatoire. C'est ce qu'on appelle de l'automédication stricte. La liste des médicaments pouvant se trouver en libre accès est établie par l'ANSM et régulièrement mise à jour. En juillet 2020, 323 spécialités classées dans 3 catégories de médicaments y figurent : les médicaments allopathiques, les médicaments à base de plantes, et les médicaments homéopathiques.

Cette mesure a plusieurs objectifs :

-offrir des prix publics concurrentiels et améliorer le pouvoir d'achat des citoyens.

-améliorer l'accès des patients à une information adaptée et de qualité sur les médicaments qu'ils utilisent sans consultation médicale.

-offrir un choix éclairé et accompagné de conseils individualisés.

-maintenir toutes les garanties d'accessibilité, de disponibilité et de sécurité sanitaire qu'apportent les officines de pharmacie en France.

Ce nouveau marché permet aux officines de développer le marché de l'automédication sans que cela ne coute à la Sécurité Sociale. Les SRA et les CAP sont créées l'année suivante en 2009 pour permettre aux pharmaciens d'acheter dans les meilleures conditions possibles et de diminuer le prix des médicaments d'automédication pour le patient et ainsi augmenter leur pouvoir d'achat.

Section II : L'évolution de l'exercice officinal (62)

La mission première du pharmacien d'officine est la dispensation du médicament. En plus de cet acte, le pharmacien assure de nombreuses missions de santé publique depuis la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoires) de 2009. Ces nouvelles fonctions se développent dans le cadre des différentes conventions pharmaceutiques signées entre la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) et les représentants syndicaux de la profession. Depuis 10 ans, ces missions du pharmacien d'officine ont régulièrement évolué et sont reprises dans l'article. L5125-1-1A du CSP : les pharmaciens d'officine :

1. Contribuent aux soins de premiers recours
2. Participent à la coopération entre professionnels de santé
3. Participent à la mission de service public de la permanence des soins
4. Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé
5. Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients

6. Peuvent assurer la fonction de pharmacien-référent pour un établissement qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur

7. Peuvent être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné (équipe de soins primaires, CPTS, centre de santé et maison de santé). A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie

8. Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

9. Peuvent effectuer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cet arrêté peut autoriser, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la prescription par les pharmaciens de certains vaccins. Il en fixe les conditions

10. Peuvent délivrer pour certaines pathologies des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné (équipe de soins primaires, CPTS, centre de santé et maison de santé) = « dispensation protocolisée ».

Certaines de toutes ces nouvelles missions permises par la loi HPST sont d'ores et déjà mises en œuvre. Les entretiens pharmaceutiques, les TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique), la vaccination antigrippale, sont aujourd'hui effectués dans de très nombreuses pharmacies.

Afin d'améliorer les prises en charge du patient et son parcours de soins et face à la désertification médicale, la coopération et l'exercice coordonné pluri-professionnel sont également fortement encouragés. Les MSP (Maison de santé pluridisciplinaire) et les CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) représentent ces structures permettant cette coopération pluri-professionnelle. De plus en plus de pharmaciens participent à leur création.

Plus récemment, les pharmaciens ont la possibilité de s'investir dans la télémédecine en proposant des téléconsultations au sein de leur officine.

Toutes ces nouvelles activités permettent au pharmacien de trouver des nouvelles sources de revenus afin de palier à la baisse du prix du médicament. Mais cela demande un

investissement de temps conséquent que le pharmacien n'avait pas jusqu'à présent. Les CAP et SRA vont donc permettre aux officinaux de gagner du temps afin de pouvoir se consacrer à ses nouvelles missions.

Section III : La rétrocession (63)

Selon le dictionnaire Larousse, la rétrocession est « un acte portant cession à un tiers d'un droit acquis ». En d'autre terme, il s'agit de céder à un confrère un produit. Dans le cadre du médicament, cette pratique est admise uniquement pour du dépannage, car cela porte sur des petites quantités à des fréquences exceptionnelles.

Mais cette pratique est cependant organisée à une plus grande échelle. Quasiment toutes les officines ont déjà eu recours à cette pratique qui est devenue courante. Ce phénomène est tellement répandu qu'aujourd'hui la plupart des logiciels de gestion officinale sont dotés d'outils de facturation pour les rétrocessions entre pharmacies.

Néanmoins il n'est pas légal pour un pharmacien d'acheter d'importantes quantités, dans le but d'obtenir des conditions commerciales attractives, et de revendre à ses confrères même à prix coûtant, les biens obtenus. Dans l'article L5125-1 du code de la santé publique il est indiqué que « on entend par officine l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales ». L'expression « dispensation au détail » implique bien une interdiction de dispensation en gros, et donc de rétrocession. De plus le pharmacien officinal ne peut exercer une autre profession que la sienne ; il ne peut ainsi exercer la profession de grossiste-répartiteur. La législation est donc claire et des sanctions sont prévues en cas de non-respect :

-30000€ d'amende

-peine d'emprisonnement de deux ans

-des sanctions disciplinaires (avertissements, interdiction d'exercer).

Si pour la parapharmacie, ce mode d'approvisionnement a toujours existé, depuis la mise en place du libre accès de certains médicaments, cet usage s'est accentué. En 2018 d'après un sondage de la FSPF, plus de 9 pharmaciens sur 10 pratique la rétrocession et 42,4% de manière hebdomadaire. Dans le contexte économique qu'on connaît, le pharmacien cherche à gagner des points de marge tout en gardant des prix attractifs pour ses patients. Les pharmaciens passent donc des commandes pour leurs confrères et obtiennent ainsi des conditions commerciales plus avantageuses que s'ils avaient seuls passé la commande, les quantités étant logiquement plus importantes.

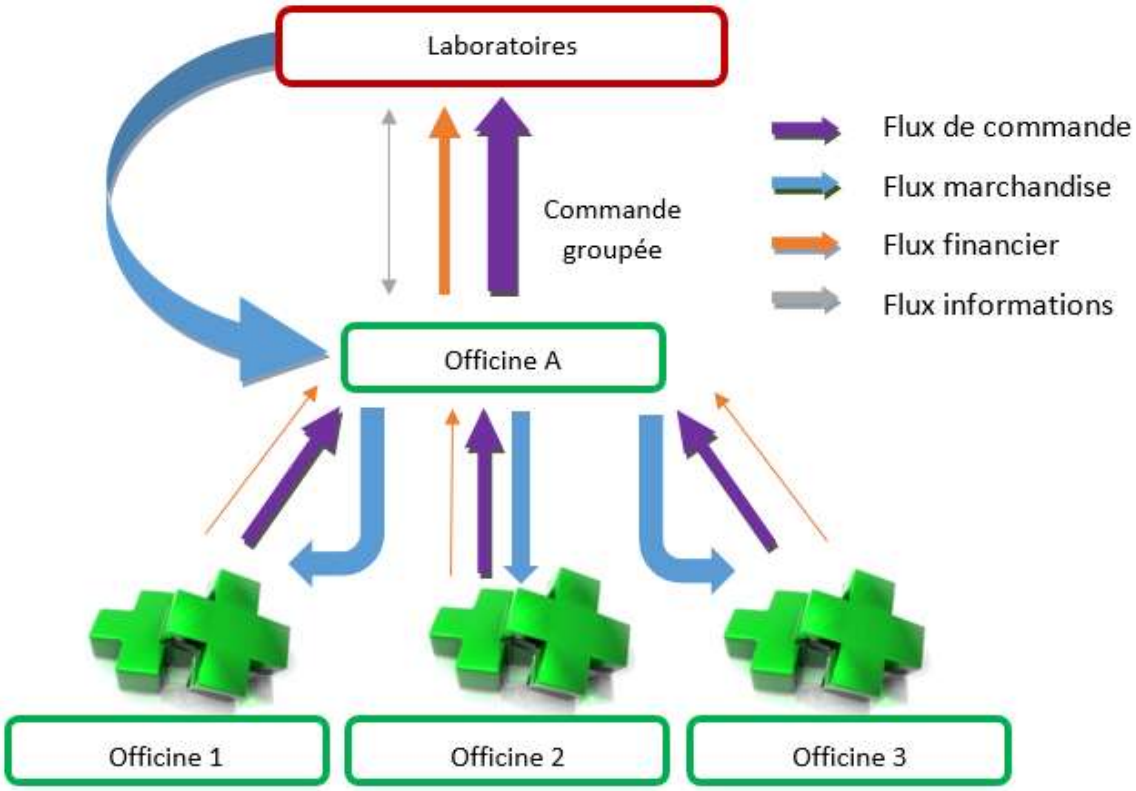

Figure 25: Schéma explicatif de l'organisation d'une rétrocession

Exemple : dans ce cas de figure, il existe une collaboration entre 4 officines. Périodiquement, la pharmacie A va centraliser les besoins des 3 autres pharmacies en produits du laboratoire avec lequel elle travaille. Ces besoins, additionnés à sa propre commande, représenteront un volume d'achat plus important ce qui permettra de négocier de meilleures remises avec le laboratoire.

Une fois la commande réalisée avec le commercial, le laboratoire va livrer la pharmacie A et lui adresser la facture. A réception de la marchandise, la pharmacie A va rentrer dans son stock tous les produits de la commande, et va ensuite dispatcher à ses confrères la commande en fonction des besoins de chacun : c'est la rétrocession.

Grâce à son logiciel de gestion officinale, la pharmacie A va ressortir les produits du stock ainsi que des factures pour chacune des 3 pharmacies associées. Les produits seront facturés au prix d'achat hors taxe obtenu auprès du laboratoire sans marge additionnelle pour l'officine A. Ensuite, il ne restera plus qu'à échanger les marchandises, en les livrant personnellement aux pharmacies proches ou en utilisant des transporteurs. Il est très fréquent d'utiliser le service mis en place par les grossistes qui permet à une officine d'envoyer un colis à une autre officine avec une récupération de la marchandise par le livreur lors de la livraison du grossiste. Généralement, cette organisation se retrouve dans les groupements locaux avec une répartition des tâches et des laboratoires.

Devant l'explosion de cette pratique, la direction générale de la santé (DGS) a voulu mettre un terme à ce phénomène et a clairement rappelé à l'ordre les pharmaciens officinaux. Des contrôles ont même été envisagés. Le monde officinal s'est donc alerté de la situation d'autant plus que les CAP et SRA ont été créées par le gouvernement de 2009, pour répondre à la demande.

Cependant les syndicats des représentants officinaux tentent de négocier l'autorisation de cette pratique auprès des instances gouvernementales. Ils demandent un encadrement des pratiques par un décret, qui concernerait uniquement le médicament OTC et la parapharmacie. Ainsi l'USPO propose une autorisation à hauteur de 5% du chiffre d'affaires de l'officine par an. Ce qui limiterait la pratique tout en permettant aux pharmaciens de continuer à bénéficier de bonnes conditions commerciales. Mais certains groupements et grossistes-répartiteurs ne l'entendent pas de cette oreille et prônent une interdiction au nom de la traçabilité des médicaments que les pharmaciens officinaux ne sont pas capables aujourd'hui d'assurer.

Calcul du coût de la rétrocession pour un pharmacien d'officine en charge d'un laboratoire :

-Il est résumé par le coût d'acquisition : il se compose principalement du temps (traduit en salaires) employé pour étudier la commande, la passer, vérifier la livraison, traiter les factures, effectuer la mise en stock, etc. Dans le cadre de la rétrocession, ce coût est augmenté puisqu'il faut en plus centraliser les commandes des confrères, préparer les colis de rétrocession et effectué les envois dans des cartons, traiter la refacturation aux confrères, relancer les impayés, … Si c'est un préparateur qui s'occupe de la logistique de la rétrocession, c'est généralement le pharmacien qui s'occupe de centraliser les commandes et de traiter les facturations. En considérant 1h de travail pour le pharmacien (30€/heure) et 2h de travail pour le préparateur (12,5€/heure), ce coût est de 55€ par commande.

-Coût de livraison : généralement le pharmacien passe par le système de « via colis » de son grossiste répartiteur. En moyenne ce coût est de 2,5€ par colis hors taxe.

Nous constatons donc que si la rétrocession permet de contourner le sur-stockage tout en obtenant des bonnes conditions commerciales auprès du laboratoire, la gestion et le traitement d'une commande de rétrocession représentent un coût non négligeable qu'il convient de prendre en compte dans le calcul de la rentabilité financière de ce canal d'approvisionnement. Pour les laboratoires dont les montants de commandes sont faibles, nous pouvons dire que « le jeu n'en vaut pas la chandelle ».

Chapitre 3 : Les Centrales d'Achat Pharmaceutique (CAP)

Section I : Règlementation et organisation d'une centrale d'achat (3)

La centrale d'achat pharmaceutique est permise par l'article R.5124-2 15° du code de la santé publique.

> Article R 5124-2 15° du Code de la Santé Publique
>
> On entend par : « Centrale d'achat pharmaceutique, l'entreprise se livrant, soit en son nom et pour son compte, soit d'ordre et pour le compte de pharmaciens titulaires d'officine ou des structures mentionnées à l'article D. 5125-24-1, à l'achat et au stockage des médicaments autres que des médicaments expérimentaux, à l'exception des médicaments remboursables par les régimes obligatoires d'assurance maladie, en vue de leur distribution en gros et en l'état à des pharmaciens titulaires d'officine. »

La CAP est donc un établissement pharmaceutique et doit faire l'objet d'une autorisation de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament). Elle nécessite de surcroit la présence d'un pharmacien responsable à sa tête qui doit être inscrit à la section C de l'ordre des pharmaciens.

Le dossier de demande d'autorisation à l'ANSM suit un cahier des charges strict et se compose de 6 parties :

-les informations générales où figurent le nom de l'établissement, l'adresse, la description de l'établissement, les produits distribués et les donneurs d'ordre.

-le personnel, l'organigramme, et le détail des formations de l'année concernant les activités pharmaceutiques (formation initiale, BPDG, formation continue).

-les locaux, équipements et matériel : plan de l'établissement, le détail des locaux de stockage, la description de la ventilation et de la maîtrise de la température, le système de traitement de l'air et la description des systèmes de traitement informatisé des données.

-la documentation avec toute la description des procédures relatives à l'activité, ainsi que la procédure de gestion des contrefaçon/falsification de produits.

-la gestion de la qualité avec la description de l'organisation de l'assurance de la qualité.

-les auto-inspections et les inspections réglementaires

La création d'une CAP nécessite donc une certaine expertise dans la gestion des établissements pharmaceutiques ; cela peut rendre le projet complexe pour un pharmacien d'officine. Le coût de création ainsi que le coût de fonctionnement peuvent également être un obstacle à sa création. Cette structure est plutôt utilisée par des groupements d'officines de taille conséquente qui ont fait évoluer leurs plateformes d'achat en CAP pour offrir à leurs adhérents ce nouveau service. Les grossistes-répartiteurs ont également profité de cette opportunité pour proposer de nouvelles prestations à leurs pharmaciens clients et ainsi élargir leur champ d'activité au-delà du médicament remboursable.

Les CAP peuvent travailler soit pour le compte d'une officine, soit pour une structure de regroupement à l'achat. Elles ne sont pas soumises aux obligations de service public à la différence des répartiteurs. L'exportation est interdite, les CAP étant limitées au territoire français. La CAP ne peut proposer ses services que pour les médicaments non remboursables ou de la parapharmacie.

Deux possibilités d'organisation :

- soit la CAP achète et stocke pour son propre compte. Elle est donc propriétaire de son stock et revend à ses clients à des prix qu'elle fixe librement.

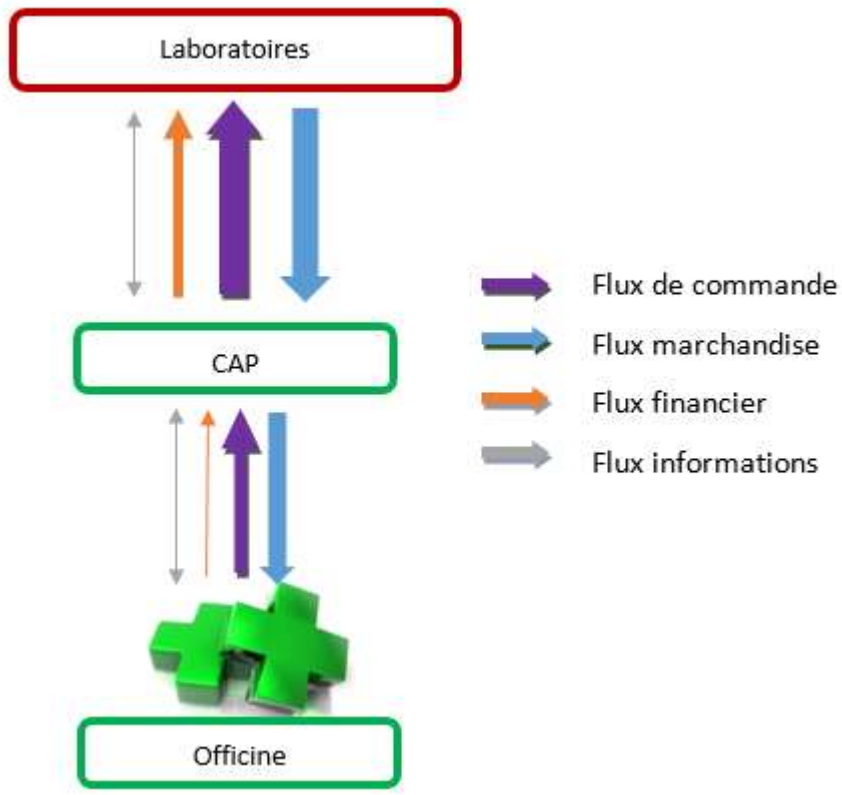

Figure 26: Schéma d'organisation d'une CAP

Dans ce cas de figure, la CAP négocie un volume d'achat auprès de laboratoires partenaires et obtient des remises. Elle passe commande aux laboratoires qui livrent la marchandise dans l'établissement puis elle stocke les produits afin de répondre aux commandes de ses pharmacies clientes.

Le passage de commande entre l'officine et la CAP se fait très souvent par internet ou Pharma ML. Le catalogue des produits proposés par la CAP ainsi que leurs conditions d'achat (prix, volumes, remises, …) sont pour la plupart des CAP sous format numérique (directement chargés dans les LGO ou via un site internet). La livraison auprès des officines se fait soit par transporteur, soit par la logistique d'un grossiste répartiteur, soit par un service de livraison propre à la CAP. Par transporteur le délai est de 24/48h, par des chauffeurs propres il peut aller jusqu'à une semaine avec des jours de livraison fixes en fonction des tournées. Le franco de commande dépend de la CAP mais est généralement aux alentours de 200€ pour les CAP livrant par transporteurs.

- soit la CAP ne fait que stocker pour le compte de tiers (SRA); elle n'est donc pas propriétaire des stocks et n'est qu'un intermédiaire logistique.

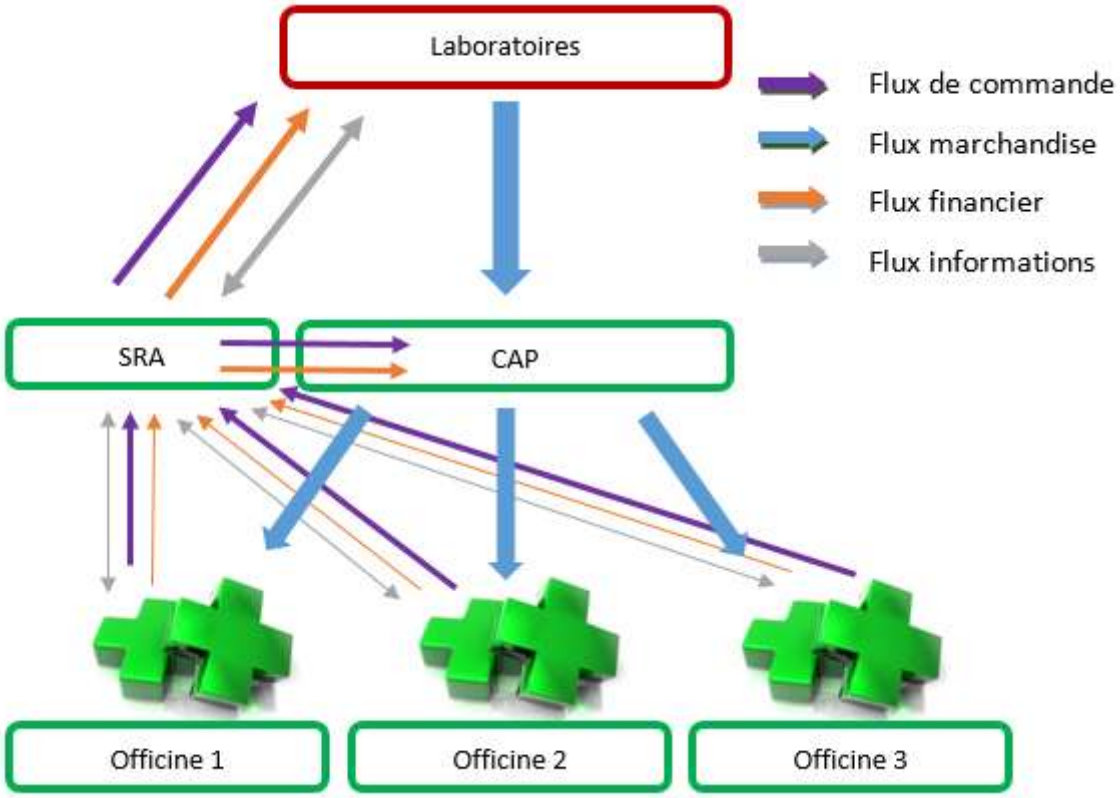

Figure 27: Schéma d'organisation d'une CAP avec SRA

Dans ce cas de figure, la CAP négocie uniquement le prix de sa prestation logistique auprès de la SRA ou de son donneur d'ordre. Cette prestation va comprendre la réception, le stockage et la livraison de la marchandise.

C'est la structure tierce qui va passer commande auprès du laboratoire partenaire avec un volume défini en fonction des besoins des adhérents de cette structure. Les remises et les facturations sont directement traitées par la SRA.

Le passage de commande entre l'officine et la SRA peut se faire par internet ou Pharma ML. Cette commande sera directement transférée à l'établissement pharmaceutique. La livraison auprès des officines se fait dans les mêmes conditions que le fonctionnement précédent.

Dans ce fonctionnement, il est fréquent de trouver des commandes et livraisons cadencées dans l'année, ceci afin de diminuer le coût de stockage. La SRA passe donc commande de quantités correspondant à un trimestre de besoin de ses adhérents. La marchandise dès son arrivée dans l'établissement de la CAP, repart en livraison. Il n'y a donc plus besoin de locaux importants pour permettre le stockage, ce qui diminue le prix de la prestation logistique. Ceci évite également les périmés, mais demande au pharmacien d'officine une meilleure anticipation et une gestion plus rigoureuse de ses stocks.

Section II : Les acteurs

Depuis leur création, on recense plus d'une vingtaine de CAP en France métropolitaine, réparties sur 12 régions dont la majorité se trouve en Ile de France, en PACA et dans la région Centre.

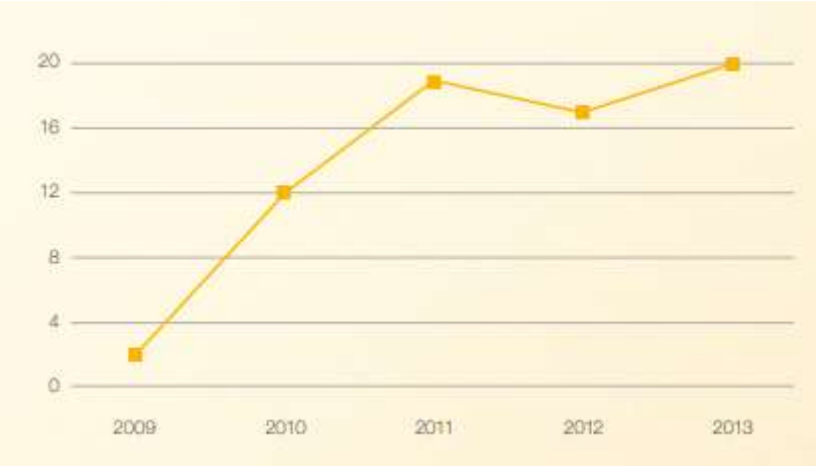

Figure 28: Evolution du nombre de centrales d'achat pharmaceutique pendant les 5 premières années (64)

Les grossistes répartiteurs ont tous une CAP propre qu'ils mettent à la disposition de leurs groupements partenaires. Exemples: IvryLab (PhoenixPharma), DirectLog (Alliance Healthcare), Centractiv (OCP), La centrale des Pharmaciens (Astera), Santralia (Cerp Bretagne-Atlantique).

Les groupements sont également nombreux à avoir développé une CAP, qu'ils soient nationaux ou régionaux :

-Groupement nationaux : O.P.log (Objectif Pharma), CAPMaxipharma (MaxiPharma),

-Groupement régionaux : CAP Unipharm (Aquitaine), Centralactiv (groupement Trentactiv, Aquitaine), Le Gall santé services (Anjou), Pharma10 (Champagne-Ardenne), Norcap (Nord), Pharmadirect (Var/Paca)

Des structures indépendantes se sont également créées : L'autre Pharmacie, La centrale pharma, CAP Depo.

La complexité de cette structure, du fait de son statut d'établissement pharmaceutique, et son coût de fonctionnement, freine son développement. Un plateau d'une vingtaine d'établissements semble avoir été atteint.

Section III : Etude économique des CAP (62)

Nous allons étudier le coût d'investissement et de fonctionnement d'une CAP, en déduire le coût par adhérent, et ainsi démontrer le coût pour le pharmacien de fonctionner avec une CAP partenaire. On prendra comme exemple une CAP dimensionnée pour 100 pharmacies adhérentes hébergeant 50 laboratoires.

-Coût d'investissement et de fonctionnement dans une CAP.

L'investissement est considérable. Il faut commencer par obtenir un local pour héberger l'établissement pharmaceutique qui comme on l'a vu précédemment, doit respecter des normes strictes. Le choix de ce local est donc complexe. Après consultation des prix du marché pour de la location, nous sommes à 80€ minimum le m²/an de location. Pour un local de 250m² (surface estimée), le prix de la location monte à 20 000€ /an.

Il faut rajouter à cela :

-du mobilier : étagères de rangements (20 000€), bacs de rangements (11 000€), bureaux (1 000€), …

-du matériel de fonctionnement : transpalettes (1 000€), des bacs pour livrer les commandes (6 000€), …),

-un système informatique et imprimante (5 000€),

-des frais d'aménagement : cloisons, électricité, … (10 000€),

-la sécurisation du site (alarme incendie, issue de secours, caméra de surveillance/alarme de sécurité, … (2 000€).

L'investissement est estimé au minimum à 56 000€, avec un amortissement sur 8 ans, cela donne 7 000€ par an.

De plus, il faut embaucher un pharmacien responsable (1,1 ETP pour couvrir les 52 semaines à raison de 50 000€ l'ETP = 55 000€), un préparateur de commande et secrétaire (au moins 1,5 ETP, à raison de 1700€ l'ETP = 30 600€). Cela revient environ à 85 600€ par an de masse salariale.

Et enfin il faut rajouter les frais de fonctionnement (électricité, consommable, eau, abonnement internet, …). On l'estime à 5 000€ / an.

Frais	Coût /AN
Immobilier	20 000
Mobilier	7 000
Masse salariale	85 600
Fonctionnement	5 000
Total	**117 600**

Figure 29: Récapitulatif des coûts d'une CAP

Par an c'est donc 117 600€ de frais pour fonctionner par an.

Dans ce cas de figure, le pharmacien devra également gérer la partie commerciale avec les laboratoires (achats), approvisionnement (passage de commande), et commerciale avec les clients (facturation, vente du catalogue, …).

Si nous devons ajouter à cela un service de livraison internalisé, il faut compter la location ou l'achat de véhicule de livraison (1 500€), l'embauche d'un chauffeur (20 000€), le carburant (5 000€ pour 1 000km par semaine), … cela fait au minimum 26 500€ par an, soit 5€ par livraison et par pharmacie.

Si le service de livraison est externalisé (transporteur, service des grossistes), le coût varie de 2,5€ à 9€ par livraison. Cela dépend si la pharmacie est cliente du grossiste partenaire ou s'il faut passer par un transporteur type chronopost.

Tous ces paramètres doivent être pris en compte pour le calcul du prix de l'adhésion du pharmacien.

Dans ce cas, hors service de livraison, on arrive à un coût par pharmacie de 117 600/100 = 1176€/an = 98€/mois.

Les prix du marché actuel pour l'adhésion à une CAP se situent entre 50 et 100€/mois. On peut également trouver sur le marché des coûts de droits d'entrée pour la pharmacie : cela peut-être sous la forme d'achats de parts sociales dans le cadre d'une coopérative.

Afin de faire baisser ce coût d'adhésion par pharmacie, il est fréquent qu'un partenaire générique ou grossiste participe aux coûts de fonctionnement de la structure.

Chapitre 4: Les Structures de regroupement d'achat (SRA) (65) (66)

La Structure de regroupement d'achat (SRA) est une structure juridique définie dans le code de la santé publique aux articles D. 5125-24-1 et 2.

Article D. 5125-24-1 du Code de la Santé Publique

Les pharmaciens titulaires d'officine ou les sociétés exploitant une officine peuvent constituer une société, un groupement d'intérêt économique ou une association, en vue de l'achat, d'ordre et pour le compte de ses associés, membres ou adhérents pharmaciens titulaires d'officine ou sociétés exploitant une officine, de médicaments autres que des médicaments expérimentaux, à l'exception des médicaments remboursables par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette structure peut se livrer à la même activité pour les marchandises autres que des médicaments figurant dans l'arrêté mentionné à l'article L. 5125-24.

La structure mentionnée au premier alinéa ne peut se livrer aux opérations d'achat, en son nom et pour son compte, et de stockage des médicaments en vue de leur distribution en gros à ses associés, membres ou adhérents, que si elle comporte un établissement pharmaceutique autorisé pour l'activité de distribution en gros.

Article D. 5125-24-2 du Code de la Santé Publique

La structure mentionnée à l'article D. 5125-24-1 peut, au bénéfice exclusif de ses associés, membres ou adhérents :

1° Organiser des actions de formation, notamment sur le conseil pharmaceutique ;

2° Diffuser des informations et des recommandations sur des thèmes de santé publique relatifs notamment à la prévention, à l'éducation pour la santé et au bon usage du médicament.

La SRA contrairement à la CAP ne peut donc pas se livrer à une activité de distribution en gros. Elle peut uniquement négocier des conditions commerciales avec les laboratoires pour ses adhérents et cela uniquement pour les médicaments non remboursables et la parapharmacie. La SRA devra donc confier la gestion de sa logistique à un établissement pharmaceutique qui pourra être soit une CAP, soit un grossiste-répartiteur. La logistique pourra être traitée également directement par le laboratoire par l'intermédiaire de son dépositaire. Ce dernier ayant

pour unique mission de travailler pour ordre et pour compte d'un laboratoire, il ne pourra pas directement gérer la logistique d'une SRA.

La SRA peut également proposer à ses adhérents des formations et diffuser des informations en lien avec la santé publique.

Section I : Les formes juridiques et les modèles d'organisation d'une SRA

Les formes juridiques des SRA sont les mêmes que les formes juridiques d'un groupement à savoir l'association, le groupement d'intérêt économique (GIE) ou la société commerciale. Finalement, la SRA n'est qu'une évolution du statut de groupement, lui permettant des négociations sur le médicament non remboursable et surtout permettant la centralisation de tous les flux financiers puisque la SRA peut acheter pour le compte de tous ses adhérents. La SRA est exclusivement formée par un regroupement d'officines ce qui la différencie considérablement de la CAP qui peut appartenir à n'importe quel investisseur.

Les modèles d'organisation d'une SRA sont nombreux, la SRA ayant l'avantage d'être une structure souple. Elle peut donc s'organiser au bon vouloir de ses adhérents et de la volonté des laboratoires. On entend, pour la suite, par « établissement pharmaceutique », une CAP ou un grossiste répartiteur.

A. SRA comportant un établissement pharmaceutique

Comme il est stipulé dans le décret, la SRA, si elle veut effectuer des opérations d'achat pour son compte et stocker les médicaments pour le compte de ses adhérents, doit comporter un établissement pharmaceutique autorisé pour l'activité de distribution en gros.

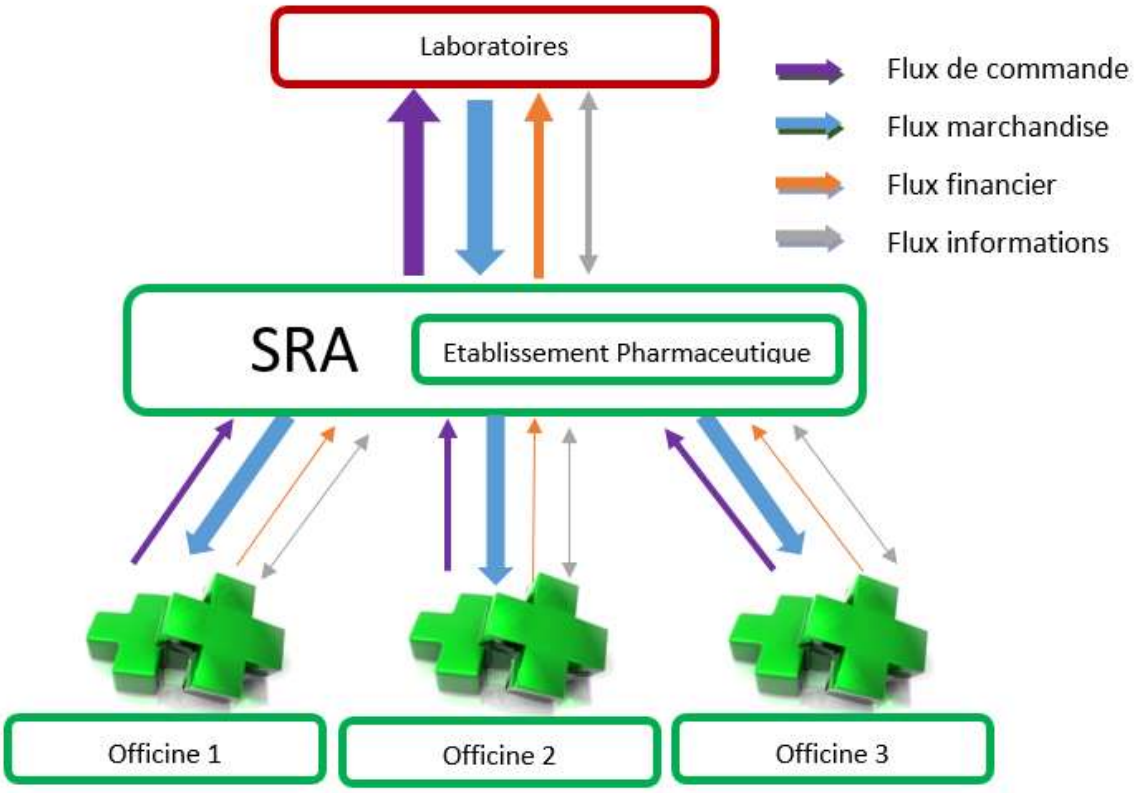

Figure 30: Schéma d'organisation d'une SRA avec un établissement pharmaceutique

La SRA centralise tous les besoins des officines adhérentes, elle passe commande aux laboratoires qui livrent l'établissement pharmaceutique appartenant à la SRA. La SRA règle la facture des laboratoires. Les officines passent commande en fonction de leurs besoins à la SRA qui les livre par l'intermédiaire de son établissement, et elles règlent les factures à la SRA.

B. SRA de référencement

Deux organisations sont possibles pour une SRA de référencement :

-contrat tripartite avec un établissement pharmaceutique

Cette organisation permet à la SRA de négocier des prix d'achat auprès des laboratoires et de sous-traiter la logistique et le financier à une CAP ou un grossiste. C'est l'établissement pharmaceutique partenaire qui est propriétaire des stocks.

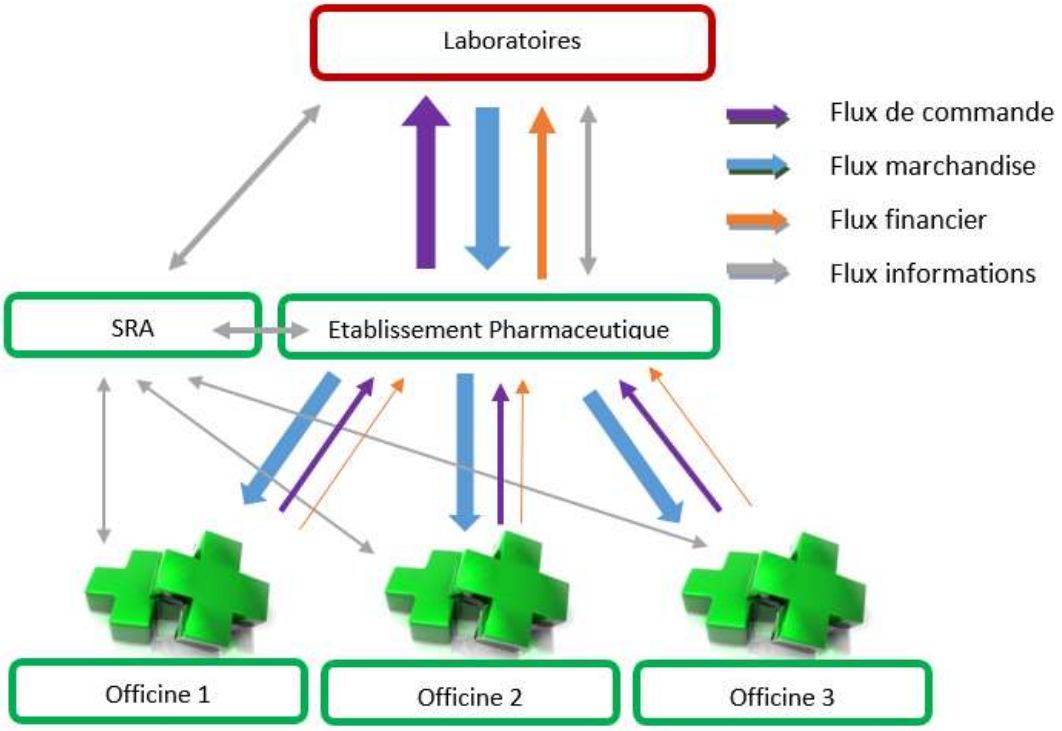

Figure 31: Schéma d'organisation d'une SRA de référencement avec un établissement pharmaceutique

La SRA agit en tant que référenceur, elle négocie des conditions de vente et des prix d'achats pour ses adhérents en fonction de leurs besoins. Les relations contractuelles sont de trois ordres (contrat tripartite):

-un contrat de référencement conclu entre la SRA et le laboratoire,

-un contrat d'affiliation conclu entre la SRA et les officines,

-un contrat de prestation logistique entre l'établissement pharmaceutique et la SRA.

Dans un tel contexte, c'est l'établissement pharmaceutique qui est propriétaire des stocks donc qui émet les factures au nom de chaque officine.

-contrat tripartite directement avec le laboratoire

Cette organisation permet à la SRA uniquement de négocier des prix d'achat auprès des laboratoires en fonction des besoins de ses adhérents. Le laboratoire livre directement les officines sans intermédiaire.

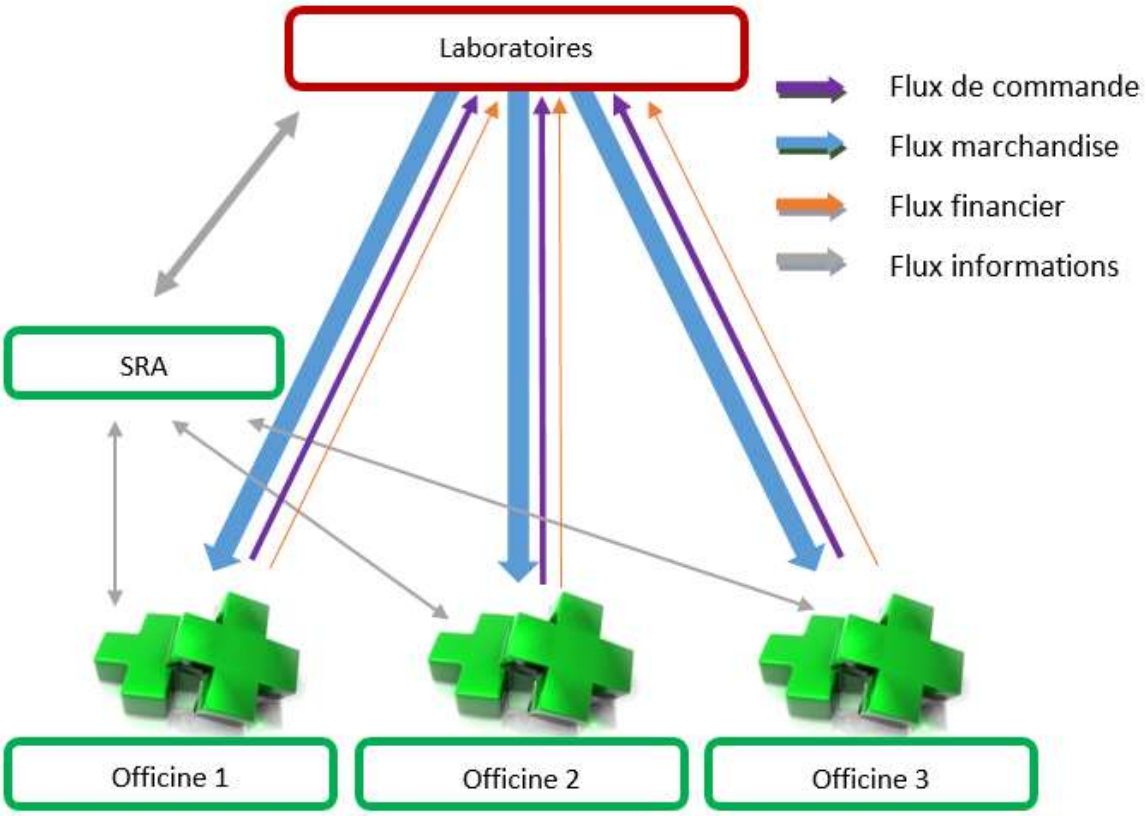

Figure 32: Schéma d'organisation d'une SRA de référencement direct laboratoire

La SRA agit en tant que référenceur, elle négocie des conditions de vente et des prix d'achat pour ses adhérents en fonction de leurs besoins. Les relations contractuelles sont de trois ordres (contrat tripartite):

-un contrat de référencement conclu entre la SRA et le laboratoire,

-un contrat d'affiliation conclu entre la SRA et les officines,

-des contrats de vente entre le laboratoire et chacune des officines membres de la SRA.

L'avantage pour une SRA de référencement est qu'il n'y pas de stock donc pas de coût de gestion de stock, et qu'il ne faut gérer que les négociations commerciales avec les laboratoires.

C. SRA commissionnaire à l'achat:

Deux organisations sont possibles pour une SRA commissionnaire à l'achat :

-délégation de la logistique à un établissement pharmaceutique

Cette organisation a été évoquée plus haut (chapitre 3, Section I). Elle permet à la SRA de négocier des prix d'achat auprès des laboratoires et de sous-traiter uniquement la logistique à un établissement pharmaceutique. Le financier reste géré par la SRA.

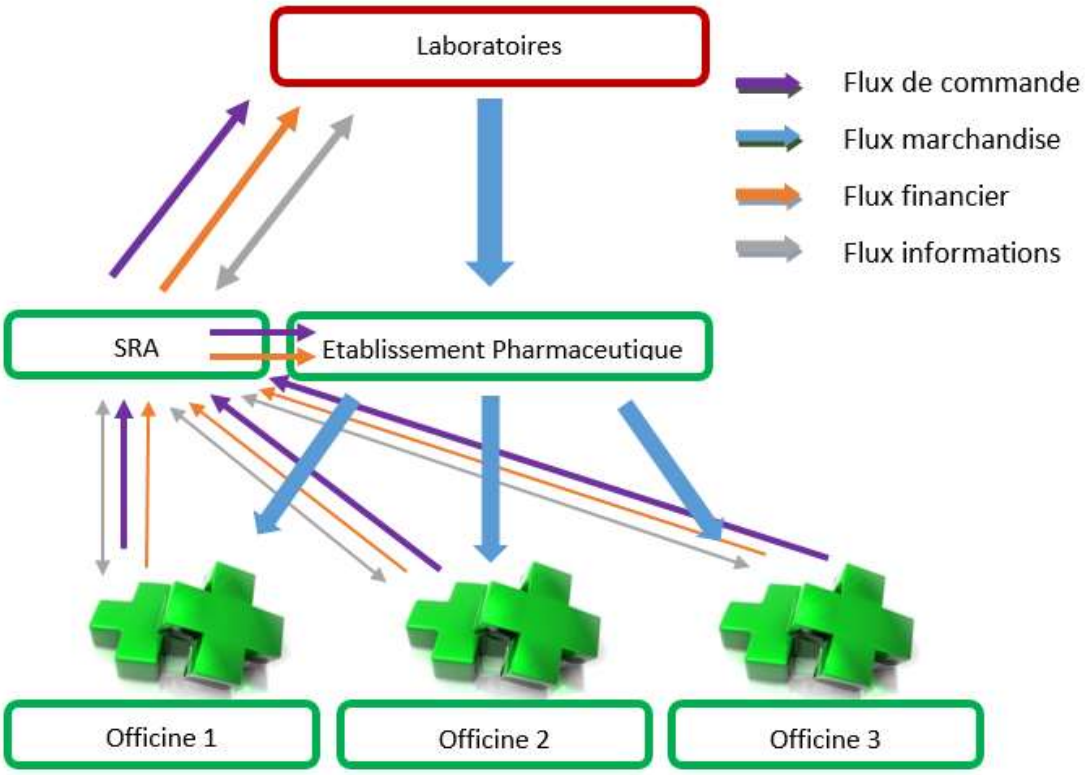

Figure 33: Schéma d'organisation d'une SRA commissionnaire avec un établissement pharmaceutique

La SRA centralise les commandes des adhérents qu'elle transmet en son nom aux laboratoires. Le laboratoire établit les factures au nom de la SRA qui procède au règlement pour le compte de ses adhérents. La SRA refacture par la suite les officines individuellement. Les relations contractuelles sont de trois ordres :

-un contrat entre la SRA et le laboratoire,

- un contrat de commission à l'achat entre la SRA et chacun de ses adhérents,

-un contrat de prestation logistique entre l'établissement pharmaceutique et la SRA.

-logistique gérée directement avec le laboratoire

Cette organisation permet à la SRA de négocier des prix d'achat auprès des laboratoires qui livrent directement les officines mais la SRA garde le contrôle des flux financiers.

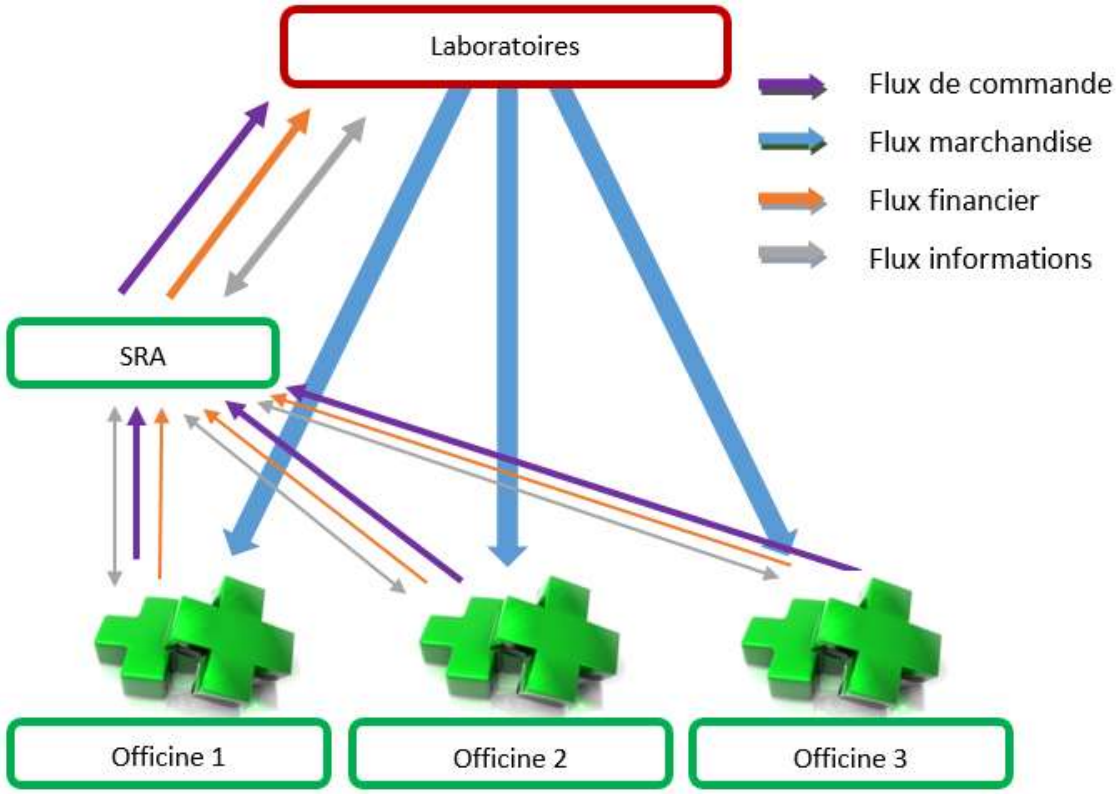

Figure 34: Schéma d'organisation d'une SRA commissionnaire direct laboratoire

Lorsque la SRA agit en tant que commissionnaire à l'achat, elle centralise les commandes des adhérents qu'elle transmet en son nom aux laboratoires. Il existe alors 2 types de relations contractuelles :

-un contrat entre la SRA et le laboratoire,

-un contrat de commission à l'achat entre la SRA et chacun de ses adhérents.

Dans cette situation, le laboratoire émet les factures au nom de la SRA qui procède au règlement pour le compte de ses adhérents.

L'avantages d'une SRA commissionnaire est la possibilité de négocier et de récupérer des remises de fin d'année (RFA) en fonction des volumes achetés au nom de ses adhérents. Libre à elle de répercuter ces RFA aux officines.

Section II : Les acteurs(67)

Il est très difficile d'établir une liste des structures de regroupement d'achat en France car l'ANSM ne publie pas cette donnée. Cependant elle rappelle que les SRA se livrant à des opérations de négociation/référencement sans achat ou stockage pour leur compte ou le compte de leurs adhérents, doivent déclarer leur activité en tant que courtiers. En consultant la liste des personnes et entreprises déclarées à l'ANSM au titre du courtage de médicaments, nous pouvons en déduire du nombre de SRA en France.

Nous comptons 27 structures de regroupement d'achat qui sont issues de groupements de pharmaciens. Ces structures peuvent être :

- d'envergure nationale : Boticinal, CEIDO, COS, Evolupharm, Giropharm, HPI, Lafayette conseil, Leader Santé, Mediprix, Les Pharmaciens Associés, Plus Pharmacie, Solution Réseau d'Achat, Univers Pharma, Sogiphar, Pharmazon, Pharma Group Santé.

- d'envergure régionale : Aelia, GIE Avenir Pharma, Gener +, Omnes Pharma, Pharmacyal, Pharmagones, PharmaGroupSanté, Pharmedistore, Réseau Santé, Unipharm 2000, VDPharm.

Section III : Etude économique du coût de fonctionnement

Le coût de création d'une SRA est quasi nul. En effet il s'agit simplement d'un statut juridique permettant aux officines de se regrouper pour négocier et obtenir des meilleurs prix d'achat. La structure peut donc être sans employés, sans locaux et sans investissements. Elle permettra pour le pharmacien d'économiser du temps de négociation. Dans le cadre d'une SRA de référencement, les seules tâches de négociation peuvent être réparties entre pharmaciens. Dans le cadre d'une SRA commissionnaire, il faut ajouter les tâches administratives de facturation et de passation de commande. Cependant, comme nous venons de le voir, la SRA est un statut très souvent adopté par des groupements déjà structurés. On peut comparer la SRA à « un permis de négocier » sur le médicament non remboursable.
Par conséquent, la SRA dans sa forme la plus simple, ne coûte rien au pharmacien adhérent. Dans sa forme la plus évoluée avec comme le permet la loi, des actions de formation, de

communication sur des thèmes de santé publique, de prévention, … une cotisation peut être mise en place. Ce coût d'adhésion dépendra des services que propose le groupement.

Chapitre 5 : Etude comparative des canaux d'approvisionnement et opportunités pour les officines.

Nous allons séparer cette étude en fonction de la nature des médicaments commandés : remboursables ou non remboursables.

Etude pour le médicament remboursable

3 canaux d'approvisionnement sont possibles :

-la répartition pharmaceutique

-le direct : approvisionnement directement auprès des laboratoires pharmaceutiques qu'ils soient fabricants, exploitants ou importateurs.

-le courtier en médicaments.

L'approvisionnement par un courtier en médicaments pour des médicaments remboursables est très rare. Il n'existe d'ailleurs pas réellement de société ayant le statut de courtage autre que les groupements pharmaceutiques. Le plus souvent, les groupements qui ont adopté ce statut négocient le générique et quelques références à très fortes rotations comme le Doliprane ou le Dafalgan. L'approvisionnement dans tous les cas se fera soit en direct laboratoire, soit par le grossiste répartiteur.

L'approvisionnement directement auprès des laboratoires permet généralement des conditions attractives d'achats. Les laboratoires peuvent abandonner la marge de la répartition pharmaceutique et ainsi proposer des remises supérieures à 2,5% du PFHT (maximum légal). Le pharmacien en tire donc des bénéfices. Mais ce canal présente également de nombreux inconvénients:

-une multiplication des interlocuteurs : plus on passe de commandes en direct, plus on prend du temps pour passer les commandes, pour traiter les réceptions, pour payer les factures. C'est ce qu'on appelle des frais de passation de commandes. En moyenne, on estime ces frais à 6 euros par commande.

-un risque de sur-stockage pour arriver à obtenir des bonnes remises. Les laboratoires profitent des remises attractives pour faire stocker le pharmacien en proposant des niveaux de remises importantes uniquement pour des quantités importantes. Mais si le stock commandé est supérieur au délai de paiement, on considère que les frais de stockage sont équivalents à 1% de remise par mois stocké. Ces frais de stockage sont expliqués par les paramètres suivants : de la trésorerie immobilisée sans rentabilité, un risque de perte pour vol, casse, ou détérioration des articles, des frais d'inventaire, un risque de péremption, et un coût de stockage qui correspond aux frais salariaux de manutention, l'éclairage, l'entretien des locaux, …

-une augmentation de la gestion de litiges : erreur de livraison, erreur de quantité livrée, erreur de facturation (mauvaises remises), erreur de prélèvement, … S'il est difficile de chiffrer le coût de gestion des litiges, il faut néanmoins être conscient de ce risque de perte.

La répartition pharmaceutique présente quant à elle de nombreux avantages en termes de gestion et d'économie :

-le pharmacien a un seul interlocuteur donc des frais de passation centralisés.

-les livraisons se faisant deux fois par jour, le client n'a pas besoin de stocker au-delà de ses besoins. Si le pharmacien obtient un délai de paiement long, il aura vendu le médicament et il sera payé par l'assurance maladie avant de l'avoir payé chez son grossiste. Ce fonctionnement permet donc un gain de trésorerie. Si le pharmacien a un délai de paiement court, le grossiste lui fera bénéficier d'escompte financier sans besoin de sur stocker.

-des remises commerciales sur l'ensemble de ses achats. Le statut de grossiste répartiteur obligeant le répartiteur à un large référencement du médicament remboursable, il peut proposer des remises commerciales son référencement. C'est un avantage considérable pour le pharmacien à condition que les remises proposées soient attractives et compétitives vis-à-vis du direct. Afin de pouvoir dépasser le maximum légal de remise de 2,5% du PFHT, les grossistes répartiteurs peuvent déclarer de l'abandon de marge sur des médicaments remboursables à forte rotation. Le pharmacien bénéficiera ainsi des conditions du direct par le canal de la répartition.

En conclusion, l'approvisionnement du médicament remboursable en France se fait en grande partie par le canal de la répartition. Les nombreux avantages qu'offre ce canal lui permettent de maintenir son attractivité.

Etude pour le médicament non remboursable et autres produits pharmaceutiques

5 canaux d'approvisionnement sont possibles :

-la répartition pharmaceutique

-le direct

-la rétrocession

-la structure de regroupement d'achat ou groupement

-la centrale d'achat pharmaceutique.

On comparera ici les coûts d'approvisionnement entre les différents canaux. On pose les hypothèses et conditions suivantes :
-les remises des CAP et SRA sont du même niveau que les remises en direct et donc de la rétrocession, car le coût de stockage vient minorer l'éventuel surplus de remise du direct,
-un client qui ne travaille qu'en direct doit gérer 50 laboratoires,
-un client qui travaille en rétrocession est responsable de 5 laboratoires pour un groupe de 10 pharmacies. En moyenne, il y a 2 colis par pharmacie par rétrocession,
-une CAP référence une cinquantaine de laboratoires pour une adhésion à 80€,
-une SRA ou un groupement référence une cinquantaine de laboratoires,
-le coût horaire d'un pharmacien est de 30€/heure ; le coût horaire d'un préparateur de 12,5€/heure.

La répartition pharmaceutique, si elle bénéficie des mêmes avantages de gestion que pour le médicament remboursable, n'est pas concurrentielle pour les médicaments non remboursables, du fait du faible niveau de remise qu'elle parvient à octroyer à ses clients. En effet les laboratoires ayant pour principal objectif de faire stocker les pharmaciens, empêchent l'attractivité de ce canal en ne proposant pas aux grossistes répartiteurs des conditions d'achats intéressantes. L'écart entre les remises proposées par la répartition et les remises proposées par

les laboratoires en direct, est souvent trop important (plus de 10%) pour que les avantages en termes de gestion soient suffisants à compenser les avantages économiques.

Comme pour le médicament remboursable, le direct propose des conditions d'achat attractives en échange de quantités d'achats importantes. Ce fonctionnement présente globalement les mêmes désavantages que pour le médicament remboursable :

-des frais de passation de commande élevés à cause de la multiplication des interlocuteurs. A raison de 2 commandes par laboratoire par an, ces frais montent à 600€.

-une perte de temps considérable pour la négociation avec le laboratoire. Le prix des médicaments non remboursables étant libre, on estime à 1 heure le temps de négociation par laboratoire ce qui fait un coût de 1500€/an.

-un coût de stockage élevé à raison de 1% de perte par mois stocké.

La rétrocession quant à elle présente des avantages « de façade » :

-pas de risque de sur-stockage et donc des coûts de stockage faibles,

-un gain de temps sur les négociations puisque le travail est partagé entre confrères. A raison de 5 laboratoires, les coûts de négociation sont de 150€/an.

Mais il faut rajouter le coût de traitement des commandes de rétrocession qui comme calculé précédemment est de 55€ par commande. A raison de 2 commandes par an pour 5 laboratoires, ces frais montent à 550€/an. Le coût de passation des commandes est aussi élevé que le direct : 600€/an. Il faut également rajouter le coût de livraison des produits (2,5€/colis) à ses confrères : 5 laboratoires, 2 commandes par an, 2 colis pour 9 pharmacies = 450€/an.

La structure de regroupement à l'achat permet selon sa forme certains avantages.

Pour la SRA de référencement :

-un coût d'adhésion souvent très faible

-un partage du temps de négociation : pour 5 laboratoires :150€/an

-un coût de stockage faible car volume négocié

Mais les frais de passation de commandes sont toujours aussi élevés car il y a une commande et une facture pour chaque laboratoire : 600€/an

Pour la SRA commissionnaire ou groupement :

-pas de temps de négociation.

-un coût de stockage faible : attention cependant aux flux poussés qui peuvent venir annuler cet avantage.

-un coût de passation de commande faible car même si le nombre de commande est aussi élevé que le direct, la facturation est regroupée avec plusieurs laboratoires par la SRA. Si on prend la fourchette basse du coût d'acquisition à 4€, on tombe à un coût de passation de commande à 400€/an.

Les coûts d'adhésion à un groupement sont très variables. Ils varient en fonction des services apportés. Si nous considérons les niveaux d'adhésion les plus bas des groupements qui correspondent à une aide aux achats, l'adhésion tourne aux alentours de 100€/mois soit 1200€/an.

Les CAP présentent de très nombreux avantages :

-un coût d'acquisition de la marchandise faible. En effet le pharmacien passe une seule commande pour plusieurs laboratoires. Si en moyenne le coût est de 6€ par commande, à raison d'une commande par semaine, ce coût est de 312€ par an.

-pas de temps de négociation

-un coût de stockage très faible. Par définition c'est la CAP qui supporte les coûts de stockage.

Si l'on synthétise tous ces calculs de coûts, nous pouvons comparer le coût total par canal.

./AN	SRA	CAP	Groupement	Rétrocession	Direct
Adhésion	- €	960,00 €	1 200,00 €	- €	- €
Frais de passation	600,00 €	312,00 €	400,00 €	600,00 €	600,00 €
Coût de négociation	150,00 €	- €	- €	150,00 €	1 500,00 €
Coût spécifique	- €	- €	- €	550,00 €	- €
Coût de livraison	- €	- €	- €	450,00 €	- €
Total	**750,00 €**	**1 272,00 €**	**1 600,00 €**	**1 750,00 €**	**2 100,00 €**

Figure 35: Tableau comparatif des coûts d'approvisionnement en fonction des canaux.

Les deux nouvelles structures que sont les SRA et les CAP permettent donc pour le pharmacien, une diminution des coûts d'approvisionnement du médicament et produits pharmaceutiques tout en leur permettant d'obtenir des conditions commerciales avantageuses, qu'il pourra répercuter sur ses prix de vente.

Il faut également prendre en considération les éléments suivants :
-les délais de livraison (temps entre le passage de commande et la réception de marchandise) sont très différents selon le canal. Pour une CAP, il est de 24 à 48h. Avec un approvisionnement directement auprès du laboratoire ou avec une SRA, le délai de livraison est de 48h à 1 semaine. Avec un passage de commande via les groupements ou par la rétrocession, ce délai est de plus d'une semaine. La CAP permet donc une plus grande réactivité en cas de besoin immédiat et évite ainsi la perte d'une vente qui est un élément de perte maximum.

-le gain de temps dégagé par le fonctionnement avec une CAP, une SRA ou un groupement permet d'investir ce temps dans le développement et la mise en place des nouvelles missions, la formation, une présence accrue au comptoir, … et assurer ainsi des nouvelles sources de revenus pour le pharmacien d'officine.

Conclusion :

Les solutions d'approvisionnements pour le pharmacien d'officine sont donc nombreuses. Selon le produit, la règlementation n'est pas la même et les contraintes d'approvisionnement diffèrent.

Pour le médicament remboursable, la structure du prix, ainsi que les exigences de service public, toutes deux imposées et contrôlées par l'état, produisent une sécurisation complète du circuit du médicament. Le grossiste répartiteur en est le maillon clé malgré les difficultés financières qu'il affronte depuis une décennie. Le système est arrivé au bout des économies qu'il pouvait faire au regard du service rendu auprès de la population.

Concernant les médicaments non remboursables et autres produits pharmaceutiques, des outils ont été créés dans le but de donner plus de pouvoir d'achat aux Français. Le pharmacien d'officine peut dans le cadre règlementaire qui lui est proposé, mieux négocier et mieux s'organiser pour s'approvisionner de manière sécuritaire et économique. C'est ainsi que les SRA et les CAP sont devenus aujourd'hui des solutions de plus en plus utilisées par le pharmacien. La rétrocession et l'achat direct sont encore largement utilisés, les habitudes étant toujours difficiles à modifier surtout quand les laboratoires gênent cette mutation. Le virage est cependant bel et bien amorcé grâce au savoir-faire des grossistes répartiteurs et avec l'aide des groupements d'officines.

BIBLIOGRAPHIE

1. CSRP - Brochure : L'essentiel 2019

2. LEEM - Bilan Economique - Edition 2019.

3. Code de la santé publique - Article R5124-2.Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033857013/2017-01-12

4. Code de la santé publique - Article L5124-1.Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032481739/2016-05-01/

5. Autorité de la concurrence.: Enquête sectorielle dans le domaine de la distribution du médicament délivré en ville. 2013

6. Site IRACM (Institut International de Recherche Anti-Contrefaçon de Médicaments. https://www.iracm.com/observatoire-thematique/importations-paralleles/

7. Site ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé :

8. Code de la santé publique - Articles R5121-108 à R5121-136 Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190669&cidTexte=LEGITEXT000006072665

9. Site LogStanté (Fédération Nationale des Dépositaires Pharmaceutiques) https://www.logsante.org/index.php/logsante/la-mission

10. Rapport IGAS . Juin 2014. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2014-004R3_-_mise_en_ligne.pdf

11. "Les groupements de pharmacies d'officine des années 60 à aujourd'hui : évolution, état des lieux et enjeux" Alexandre Le Carpentier

12. Labodata : Groupement de pharmacies, comment réussir le site internet de vos adhérents https://www.labodata.com/groupements

13. PharmaVie Magazine https://www.pharmavie.fr/magazine

14. Site Ordre National des Pharmaciens : Information Communication et Publicite - etat des lieux. http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/247241/1344143/version/1/file/2015.11.06-+Information+Communication+et+Publicite_etat+deslieux.pdf

15. Site Ordre National des Pharmaciens : Le développement professionnel continu (DPC) http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC

16. Pharma Système Qualité – Certification ISO 9001 – QMS Pharma https://www.pharmasystemequalite.com/

17. Code de commerce - Article L227-1.Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8E34F72CE9B6CAD52273339C8F46654D.tpdjo02v_1?idArticle=LEGIARTI000006226910&cidTexte=LEGITEXT000005634379&dateTexte=20010515

18. Code de commerce - Article L225-1. Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032514060&cidTexte=LEGITEXT000005634379&dateTexte=20160512

19. Code de commerce - Article L251-1. Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000005634379&idSectionTA=LEGISCTA000006146070&dateTexte=&categorieLien=cid

20. Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association | Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069570

21. Code de la santé publique - Article L5124-19. Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000028351957&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140201

22. Code de la santé publique - Article L5124-20. Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036515863&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180119

23. Site ANSM : Liste des personnes et entreprises déclarées à l'ANSM au titre du courtage de médicaments - Article L. 5124-20. du code de la santé publique - Decembre_2019.

24. Site CSRP (Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique) http://www.csrp.fr/

25. Le cadre général de la loi du 21 Germinal An XI | Art & patrimoine pharmaceutique https://artetpatrimoinepharmaceutique.fr/Publications/p17/Le-cadre-general-de-la-loi-du-21-Germinal-An-XI

26. Code de la santé publique - Article L5125-24. Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690053

27. Code de la santé publique - Article R5124-59. Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915147&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=

28. Code de la santé publique - Article R5124-39 - Légifrance https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006915131/2008-08-25

29. Ordre National des Pharmaciens : Pharmacien grossiste-répartiteur http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Distribution/Pharmacien-grossiste-repartiteur

30. Bonnes pratiques de distribution en gros des médicaments à usage humain. Bulletin officiel No 2014/9 bis (Fascicule spécial) Ministère des affaires sociales et de la santé. 2014

31. Code de la santé publique - Article L5121-5. Legifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000030232365

32. Code de la sécurité sociale - Article L162-16-1. Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000036393420

33. Site Eudra GMP http://eudragmdp.ema.europa.eu/inspections/displayWelcome.do;jsessionid=pT3jcgq02W-bc5ppztLxKp6oMIoVB5pd4Je5wF7moHlVyZRQQ30u!1027068571

34. DGCCRF - Lettre du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie du 20 janvier 2003, au conseil de la société Alliance Santé Distribution, relative à une concentration dans le secteur des grossistes répartiteurs pharmaceutiques https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dgccrf/boccrf/03_09/a0090006.htm

35. Site OCP https://www.ocp.fr

36. Site Alliance Healthcare France https://www.alliance-healthcare.fr/accueil

37. Site CERP France https://www.cerpfrance.com/fr/accueil/

38. Site Astera https://astera.coop/

39. Site CERP Rhin Rhône Méditerrannée https://www.cerp-rrm.com/app/site/index_pub.asp

40. Site CERP Bretagne Atlantique https://www.cerpba.com/

41. Site PHOENIX Pharma http://www.phoenixpharma.fr/

42. Site PHOENIX Pharma - Référence / Site Professionnel https://phoenixpharma-pro.phoenixgroup.eu/ServicesPharmaciens/Pages/Phoenix-Generiques.aspx

43. Site GIRP | European Healthcare Distribution Association http://girp.eu/

44. Site FIP - International Pharmaceutical Federation Home https://www.fip.org/45. GIRP-IPF Study 2016.pdf [Internet]. [cité 12 août 2020]. Disponible sur: http://girp.eu/files/GIRP-IPF%20Study%202016.pdf

46. GIRP annual report-2019/2020-V6. http://girp.eu/sites/default/files/documents/200069_girp_annual_report_2019-2020-v6.pdf

47. " Le secteur de la distribution en Europe et ses défis et opportunités" Monika Derecque-Pois, Avril 2019 https://www.acadpharm.org/dos_public/DERECQUE2019-04-17_GIRP_AcadPharma_rev_CSRP21.pdf

48. "Getting to Grips with the Supply Chain: How Pharmaceutical Companies can Enhance Patient Safety and Protect Revenues by Increasing Their Control of Drug Distribution" Dr. Matthias Bünte, Dr. Marcus Ehrhardt, and Omar Sawaya, PhD, Booz Allen Hamilton, 2007.

49. "McKesson et Celesio créent le leader mondial des services de santé " Les Echos. Jean-Philippe LacourPublié le 24 janv. 2014 https://www.lesechos.fr/2014/01/pharmacie-mckesson-et-celesio-creent-le-leader-mondial-des-services-de-sante-289093

50. Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019 relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée. Autorité de la concurrence. 2019. https://www.autoritedelaconcurrence.fr/sites/default/files/2019-05/19a08.pdf

51. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale Sécurité sociale. Cour des comptes Septembre 2017 https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/201-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017-cout-distribution-medicaments.pdf

52. "Une nouvelle marge pour les grossistes-répartiteurs en 2012". Le Quotidien du Pharmacien.fr. https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/une-ouvelle-marge-pour-les-grossistes-repartiteurs-en-2012

53. Les Comptes de la Sécurité Sociale - "Marché du médicament en officine en ville - France 2018". juin 2019

54. C ode de la sécurité sociale - Article L138-9. Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038725858&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20190705

55. Guide Pratique: Contribution dite " vente en gros". URSSAF. 2020

56. Distribution du médicament en Europe : les répartiteurs défendent leur pré-carré – PharmAnalyses Jean-Jacques Cristofari. 2012 https://pharmanalyses.fr/distribution-du-medicament-en-europe-les-repartiteurs-defendent-leur-pre-carre/

57. Distribution du médicament en Europe : les répartiteurs défendent leur pré-carré – PharmAnalyses Jean-Jacques Cristofari. 2012 https://pharmanalyses.fr/distribution-du-medicament-en-europe-les-repartiteurs-defendent-leur-pre-carre/

58. Site Assemblée nationale : Question numéro 170 http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-170QOSD.htm

59. "Démographie des pharmaciens : panorama au 1er Janvier 2020". Ordre National des Pharmaciens. 2020.

60. "Pharmacies: Moyennes professionnelles 2019".27eme Edition. KPMG. Septembre 2019 https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2019/09/fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf

61. "Libre accès à certains médicaments devant le comptoir : dossier de presse". Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. 2008

62. Guide du stage de pratique professionnelles en officine. -26emeEdition. Collège des pharmaciens, conseillers et maitres de stage. 2019

63. 'Incontournable rétrocession". Le Pharmacien de France N°1301 Magazine. 2018

64. "Démographie des pharmaciens : panorama au 1er Janvier 2014". Ordre National des Pharmaciens. 2014.

65. "Les structures de regroupement à l'achat" Pharmacien Manager n° 120 du 01/09/2012 - Le Moniteur des pharmacies.fr

66. Avis numéro 17-9 relatif à une demande d'avis d'un cabinet d'avocats sur l'émission de facture à l'ordre des structures de regroupement à l'achat dans le secteur pharmaceutique. Ministère de l'économie, des finances et de la relance. https://www.economie.gouv.fr/cepc/avis-numero-17-9-relatif-a-demande-davis-dun-cabinet-davocats-sur-lemission-facture-a-lordre

67. Site ANSM. Activité de courtage de médicament. https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/753bb6cd9305d5dc1ce082609fd95899.pdf

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

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

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Titre : L'APPROVISIONNEMENT DES PHARMACIES D'OFFICINE : QUELLES SOLUTIONS EN 2020 ?

Résumé : Le pharmacien officinal par son acte de délivrance est le dernier maillon de la chaîne du médicament. Il propose aussi dans sa pharmacie d'autres produits pharmaceutiques à la vente pour satisfaire sa clientèle. Pour cela, il s'approvisionne par de multiples canaux auprès d'acteurs de plus en plus nombreux. Avec l'industrialisation de la production des médicaments et des produits pharmaceutiques, il est apparu de nouveaux métiers tout au long de la chaîne d'approvisionnement : le grossiste répartiteur, le dépositaire et plus récemment les centrales d'achats pharmaceutiques, les structures de regroupement à l'achat et les courtiers. Dans un contexte économique de plus en plus difficile, le pharmacien d'officine doit s'adapter pour s'approvisionner de manière la plus efficiente possible. Ce travail vise à cartographier l'ensemble des solutions d'approvisionnements des pharmacies d'officine en France en 2020. Chaque solution présente des avantages et inconvénients le choix de l'une ou l'autre impactant l'organisation de l'officine, sa qualité de service et son stock. Une étude des coûts de ces solutions sera abordée et plus particulièrement pour les centrales d'achats pharmaceutiques et les structures de regroupement à l'achat. Une comparaison économique et de leur fonctionnement permettra d'établir leurs intérêts pour le pharmacien d'officine.

Mots clés : Approvisionnement, Centrale d'achat pharmaceutique, Structure de regroupement d'achat, Répartition pharmaceutique, Groupement d'officines

---

Title : SUPPLYING COMMUNITY PHARMACIES : WHAT ARE THE SOLUTIONS IN 2020 ?

Abstract : The pharmacist in the community is the last link in the drug supply chain to the patient. Pharmacies also offer other pharmaceutical products to satisfy customers demands. Nowadays multiples ways of supply exist for pharmacies, thus from an increasing number of actors. New professions have indeed been created throughout the drug supply chain: the wholesale distributor, the depositary and more recently pharmaceutical purchasing centres, joint/shared purchasing structures between pharmacies, and brokers. For pharmacists, an efficient way of supply is essential in a challenging economic environment. The objective of this work is to map all supplying options for pharmacies in France in 2020. Each solution has pros and cons impacting the organization, the quality of service to the patient and the stock of the pharmacy. A cost study of these solutions will be discussed, especially for pharmaceutical purchasing centres and joint purchasing structures. A comparison of their economics and operations characteristics will establish their benefits for pharmacists.

Discipline : Pharmacie

Intitule et adresse de l'UFR : UFR Sciences pharmaceutiques, 146 rue Léo Saignat

33076 BORDEAUX