

L'ouverture du capital des officines aux non-professionnels : une fatalité ?

Isabelle Adenot

DANS **LES TRIBUNES DE LA SANTÉ 2008/3 n° 20**, PAGES 111 À 125
ÉDITIONS **PRESSES DE SCIENCES PO**

ISSN 1765-8888

DOI 10.3917/seve.020.0111

Date de mise en ligne : 12/11/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2008-3-page-111?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

L'ouverture du capital des officines aux non-professionnels : une fatalité ?

Isabelle Adenot

La Commission européenne considère que les restrictions nationales à la propriété des officines et à leurs règles d'établissement constituent des entraves à la liberté non proportionnées. À l'opposé, parce que la santé publique est à la fois individuelle et collective, l'Ordre des pharmaciens défend l'idée que les États membres doivent pouvoir organiser leurs services de santé comme ils le jugent nécessaire. Faut-il faire disparaître la « logique de métier » au profit d'une « logique de valeur » ? Délaisser les zones rurales au profit des seules implantations les plus rentables ? Il ne s'agit pas là de corporatisme, mais de la défense d'une certaine conception de la pharmacie d'officine. La Cour de justice des Communautés européennes tranchera.

L'économie semble mener le monde. On a beau le déplorer, s'en offusquer, c'est ainsi. Et le monde de la santé n'y échappe pas. Néanmoins, l'économie de marché est-elle le meilleur système pour la santé ? D'un côté, à l'instar de la Commission pour la libération de la croissance française présidée par Jacques Attali, qui a préconisé dans son rapport de « permettre à des tiers d'investir sans restriction dans le capital des officines », les sirènes du libéralisme pensent que l'organisation des soins aurait tout à gagner d'une dérégulation, la santé tendant à devenir un bien de consommation. De l'autre, les partisans d'une régulation estiment que la santé publique est à la fois privée et publique, individuelle et collective et que l'État en est le garant comme il l'est de l'égal accès aux soins. Il est, en conséquence, responsable de la conduite de sa politique de santé et de l'organisation des soins sur l'ensemble du territoire, dans le cadre de ressources limitées. Le débat est-il idéologique ? Nous

ne nous prononcerons pas sur cette question, mais il s'agit bien là de deux conceptions du monde de la santé.

La Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) aura à trancher. Les actuelles procédures intentées par la Commission européenne mettent en effet sérieusement en cause, en France comme dans nombre d'États membres, le système de propriété des officines. Cette remise en cause est source d'incertitude pour les pharmaciens. Elle rend les jeunes pessimistes et moins prompts à se tourner vers l'avenir. Et nombreux refusent, à juste titre, d'accepter le caractère inéluctable de l'ouverture du capital des officines à des non professionnels. Ils s'étonnent, par la même occasion, que l'on veuille détruire l'aspect libéral d'une profession, à l'heure où, tous métiers confondus, les jeunes souhaitent créer leur propre entreprise.

Il n'est donc pas illégitime que les pharmaciens défendent leur modèle, d'autant que la profession ne démérite pas. Elle a toujours su montrer que, loin d'être ankylosée, elle sait rendre les services de santé attendus par la population et être réactive. Les Français confirment régulièrement leur attachement à leur pharmacien de proximité. Ils se rendent chez « leur » pharmacien et lui font confiance *intuitu personæ*.

La France est-elle isolée sur cette réserve de propriété des officines? Pourquoi la Commission européenne veut-elle abolir ces restrictions? Le principe de subsidiarité ne devrait-il pas jouer en faveur de l'autonomie des États membres en matière d'organisation des services de santé? Où en sont les « procédures d'infraction » et quelles sont les réactions des États, concernés ou non par ces procédures? Quels effets un changement de propriété des pharmacies pourrait-il avoir sur leur répartition territoriale, sur l'exercice pharmaceutique et l'indépendance des professionnels?

Ces questions dépassent largement le cadre de la profession : le débat mérite d'être public puisque, au-delà des pharmaciens, il concerne tous les Français, qui d'ailleurs s'interrogent. Bruno Jeanbart, directeur des études politiques d'Opinionway, commentant un sondage effectué après le « non » irlandais, déclarait : « Il y a une très grande contradiction entre les attentes des Français et la philosophie des institutions européennes, basée sur le marché unique et le libre échange. » En conséquence, devons-nous être fatalistes ou au contraire faire valoir nos arguments? Les ordres nationaux des professions de santé ont alerté sur les dangers qu'ils voient à une profonde déréglementation. Ils « ont solennellement demandé aux pouvoirs publics français d'agir, y compris dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne. Il s'agit, avec les autres États membres concernés, de défendre le droit pour ces États d'organiser leurs services de santé comme ils le jugent nécessaire ».

des qualifications professionnelles précise en son considérant 26 : « La présente directive n'assure pas la coordination de toutes les conditions d'accès aux activités du domaine de la pharmacie et de leur exercice. La répartition géographique des officines, notamment, et le monopole de dispensation des médicaments devraient continuer de relever de la compétence des États membres. La présente directive n'affecte pas les dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres qui interdisent aux sociétés l'exercice de certaines activités de pharmacien ou soumettent cet exercice à certaines conditions. »

De même, dans le projet de directive communément appelée « directive santé », à présent appelée « directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers », le Parlement européen reconnaît que « la proposition de directive sur les services dans le marché intérieur présentée par la Commission au début de l'année 2004 comportait des dispositions codifiant les arrêts de la Cour de justice relatifs à l'application des principes de libre circulation aux services de santé [...]. Le Parlement européen et le Conseil ont toutefois rejeté cette ligne d'action, estimant qu'elle ne tenait pas suffisamment compte des particularités des services de santé, notamment de leur complexité technique, de leur caractère sensible pour l'opinion publique et de l'aide publique considérable dont ces services bénéficient. La Commission a donc élaboré une initiative portant spécifiquement et exclusivement sur les services de soins de santé. » Pour mémoire, le Conseil et le Parlement européen se sont rejoints pour exclure le 23 mai 2007 les services de santé de la directive des services ou « directive Bolkestein ».

Ce projet de directive santé insiste à plusieurs reprises : cette « proposition de directive respecte le fait que les systèmes de santé relèvent de la compétence primaire des États membres et respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de prestation des services de santé et des soins médicaux, conformément à l'article 152 du traité CE. [...] Les États membres seront ainsi soutenus dans la poursuite de leur objectif général d'accès universel aux soins de santé de qualité sur la base des principes d'équité et de solidarité. »

Quatre députés européens italiens, selon la procédure de l'article 116 du règlement du Parlement européen, ont déposé une déclaration relative aux procédures d'infraction. Cent cinquante députés européens de nationalités et de partis différents l'ont signée. Cette déclaration rappelle les compétences des EM en matière de santé, l'exclusion de la santé de la directive services, les risques d'une ouverture de la propriété du capital, et critique la méthode

3. Angelika Niebler, Allemagne, Stefano Zappalà, Italie, Patrizia Toia, Italie, Françoise Grossetête, France, et Cristina Gutiérrez-Cortines, Espagne.

peu démocratique des procédures d'infraction utilisée par la Commission européenne.

À nouveau, la déclaration précédente n'ayant pas obtenu les 366 signatures requises, cinq députés, cette fois de nationalités diverses³, ont déposé une nouvelle déclaration écrite sur « l'importance des professions libérales ». Cette déclaration demande notamment à la Commission de « reconnaître qu'une libéralisation prématurée des professions libérales pourrait conduire à un recul sur le plan de la qualité et de la pleine couverture des prestations, dans le domaine des soins médicaux par exemple », et « d'examiner des voies plus démocratiques pour la poursuite des réformes ». Enfin, les autorités françaises soutiennent l'intérêt général de régulations dans son mémoire en intervention pour l'Italie. Le gouvernement français ne conteste pas qu'une réglementation qui réserve aux seuls pharmaciens la propriété d'une pharmacie constitue une restriction à la libre circulation des capitaux et à la liberté d'établissement. Toutefois, il estime qu'une telle restriction à ces deux libertés est justifiée par une raison impérieuse d'intérêt général, la santé publique, et qu'elle est proportionnée à l'objectif poursuivi.

Il n'y a pas de modèle meilleur qu'un autre. Chacun représente l'histoire d'un long cheminement et le reflet de la culture d'un État. La Commission européenne, en gardienne des traités, demande à la CJCE de dire définitivement le droit. Mais pour nous, il est difficile de la suivre dans son acharnement à vouloir sacrifier les particularités nationales des systèmes de santé.

Les actions en cours

Une procédure d'infraction est un recours formé contre un EM par la Commission européenne, quand celle-ci estime que l'EM manque à une des obligations qui lui incombent en vertu du traité européen ou de la législation européenne. Cette procédure est engagée par la Commission sur sa propre initiative ou à la demande d'un autre EM. Elle peut, le cas échéant, aboutir à un arrêt de la CJCE concluant que l'EM en question a effectivement commis une infraction. En cas d'inexécution de cet arrêt, la CJCE peut infliger le paiement d'une somme forfaitaire ou d'une astreinte. Une question préjudicielle est une question juridique posée lors d'un procès par un tribunal national ou régional à la CJCE sur des questions relatives à l'application de la législation européenne ou à la compatibilité d'une disposition nationale avec le traité européen.

Certains EM qui possèdent une réserve de propriété au bénéfice des pharmaciens sont concernés par une de ces deux sortes de procédures. Les dossiers

engagés n'en sont pas au même état d'avancement et évoluent en cours de route car certains EM changent entre-temps leur législation.

Allemagne :

- question préjudicielle posée : « Les dispositions de la législation pharmaceutique allemande réservant la propriété du capital aux pharmaciens sont-elles contraires à celles du traité européen sur la liberté d'établissement ? » ;
- procédure en infraction sur la réserve de la propriété du capital aux pharmaciens et la limitation de la multipropriété (quatre pharmacies au maximum).

Autres procédures en infraction (elles portent également sur des points qui ne sont pas ici abordés) :

- Autriche : limitation du choix de la forme juridique d'une pharmacie (par exemple interdiction pour les sociétés de capitaux d'être titulaires de pharmacie et interdiction d'exploitation de plus d'une pharmacie d'officine) ;
- Espagne : réserve de la propriété du capital aux pharmaciens et interdiction d'avoir des participations dans plus d'une pharmacie ;
- France : réserve de la propriété du capital aux pharmaciens et impossibilité de gérer plus d'une pharmacie ;
- Italie : réserve de détention des pharmacies privées aux seuls pharmaciens ou aux seules personnes morales composées de pharmaciens, et limitées à la multipropriété ;
- Portugal : limitation de la multipropriété à quatre pharmacies (la législation a été modifiée le 1^{er} novembre 2007, avec une ouverture totale – en taux de participation – aux capitaux extérieurs, excepté pour les prescripteurs, l'industrie pharmaceutique et les grossistes répartiteurs) ;
- Bulgarie : réserve de la propriété du capital aux pharmaciens et limitations à la multipropriété (en 2007, la loi a consolidé l'existence de critères de propriété, une pharmacie par pharmacien, et demandé aux chaînes de se dissoudre dans un délai d'un an).

État d'avancement des dossiers en cours

L'audition publique commune aux affaires allemande (question préjudicielle) et italienne (procédure en infraction), qui portent toutes les deux sur la réserve de la propriété, a eu lieu le 3 septembre 2008. Toutes les parties se sont exprimées. Les treize juges de la CJCE ont ainsi entendu la Commission européenne et les deux pays concernés, mais aussi les pays qui soutiennent officiellement l'une ou l'autre des parties : les Pays-Bas et la Pologne pour la Commission européenne ; l'Autriche, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, la Lettonie pour les deux pays concernés. À la suite de cette

audition, l'avocat général rendra ses conclusions mi-décembre et le jugement de la CJCE est attendu pour, probablement, le printemps 2009.

En revanche, à l'été 2008, aucune décision sur les procédures en infraction lancées (saisine de la CJCE pour l'Autriche et l'Espagne, « avis motivé » ou « mise en demeure » complémentaire pour la France, avis motivé pour le Portugal et l'Allemagne) n'a été prise par la Commission. Il est inhabituel que des procédures d'infraction évoluent si lentement (procédures lancées depuis plus de deux ans pour l'Espagne et l'Autriche). Peut-on en déduire pour autant que la Commission tient compte des réticences tant des populations que des élus qui les représentent ? Rien n'est moins sûr.

Toujours est-il que la mobilisation d'EM pour soutenir les restrictions à la propriété du capital des officines et leur subsidiarité dans l'organisation des soins est sans précédent.

CONSÉQUENCES POSSIBLES EN CAS DE DÉRÉGULATION TOTALE DU CAPITAL

Sur la répartition territoriale

Les pays qui ont récemment modifié leur législation au motif d'une complète liberté d'établissement constatent une concentration des officines dans les zones les plus rentables et le délaissement des zones rurales ou sensibles.

Norvège : en mars 2001, le gouvernement a fortement déréglementé le système pharmaceutique, supprimant notamment les règles de répartition territoriale des officines et la réserve de la propriété du capital aux pharmaciens. La nouvelle législation en vigueur prévoit que seuls les prescripteurs (médecins), l'industrie pharmaceutique et les hôpitaux ne peuvent pas posséder une pharmacie. Ce changement a abouti à une augmentation du nombre de pharmacies mais pas à une meilleure couverture du territoire. En effet, la plupart des pharmacies ouvertes entre 2001 et 2005 se sont installées dans des villes où un service pharmaceutique était déjà disponible, alors que 199 villes sur 434 sont encore dépourvues de pharmacie en Norvège.

Lettonie : le gouvernement letton est revenu sur ses pas, en adoptant en avril 2003 une loi⁴ qui prévoit que toutes les pharmacies appartenant à des chaînes devront, d'ici fin 2010, être revendues à des pharmaciens individuels. Il a confirmé cette position en mai 2007 en exprimant un soutien officiel à l'Italie devant la CJCE.

D'autres EM ont également vu, suite à la disparition des critères d'établissement des pharmacies, une modification de leur répartition territoriale.

Estonie : en 1996, les aspects la réglementation estonienne sur les produits médicaux régulant l'établissement et le fonctionnement des pharmacies ont

4. Source : site de l'agence lettonne du médicament (www.zva.gov), amendements à la législation pharmaceutique adoptés le 16 avril 2003, section 36 et section 64 (dispositions transitoires), point 14.

été amendés de telle sorte que les critères démographiques et géographiques relatifs à l'établissement ont été supprimés. Le résultat est l'augmentation du nombre de pharmacies et une concentration dans les zones urbaines. Durant les dix dernières années, le nombre d'officines a pratiquement doublé en Estonie (on comptait 250 pharmacies en 1994 et 471 en 2004), alors même que la population diminuait. Et pourtant, une seule pharmacie a été ouverte en dehors des villes et 58 pharmacies situées en zone rurale ont mis fin à leur activité (ce qui représente 37% de l'ensemble des pharmacies en zone rurale et dans des petites villes). En définitive, cette dérégulation a amené 26 régions à perdre tout service pharmaceutique. En conséquence, une nouvelle loi réintroduisant des restrictions relatives à l'établissement est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Cette loi prévoit qu'aucune nouvelle autorisation d'ouverture de pharmacie ne sera accordée en ville pour un établissement couvrant une population inférieure à 3 000 habitants.

Navarre (Espagne) : en 2000, une nouvelle réglementation a modifié les critères démographiques et géographiques de répartition des officines. En Espagne, la population moyenne nécessaire pour pouvoir ouvrir une pharmacie était avant cette loi de 2 800 habitants. La nouvelle loi a autorisé l'ouverture de pharmacies à partir de 700 habitants. Quant au critère géographique, il est passé de 250 mètres au minimum entre deux pharmacies à 150 mètres. En quatre ans, les résultats de ces mesures de déréglementation sont significatifs : une concentration dans les zones urbaines. Huit pharmacies établies en zone rurale ont fermé, laissant huit villages sans pharmacie, et se sont déplacées vers des zones densément peuplées où les besoins de la population étaient déjà couverts.

Enfin, d'autres EM ont choisi de renforcer ces critères d'établissement, pourtant attaqués dans certaines procédures.

En Belgique, un moratoire a été introduit en 1994 dans la loi régulant l'établissement des pharmacies car il a été jugé que la libre concurrence créée par les règles en vigueur nuisait à la qualité des services pharmaceutiques. En 1999, ce moratoire a été prolongé pour dix années supplémentaires.

En Grèce, le pays européen ayant la densité de population la plus faible, une nouvelle loi établissant des critères démo-géographiques a récemment été adoptée afin de garantir la durabilité et la qualité des services pharmaceutiques.

Au Royaume-Uni, le ministère de la santé a publié, en janvier 2007, les résultats d'une étude portant sur les restrictions à l'établissement (« *control of entry requirements* »). Ce pays n'a pas de critères démo-géographiques mais, pour qu'une nouvelle pharmacie obtienne une convention avec l'assurance

maladie qui lui permettra de gérer les remboursements, le propriétaire doit prouver que cette installation répond à un besoin de la population (qu'elle est « nécessaire ou désirable »). En juillet 2003, le gouvernement britannique avait décidé d'assouplir ce système. L'objectif était d'introduire plus de concurrence dans le secteur de la pharmacie d'officine. Soumise à évaluation, cette réforme a effectivement permis d'ouvrir le marché dans une certaine mesure, mais l'impact sur les prix a été nul. Le rapport d'évaluation regrette en outre que l'impact de cette réforme ait été inégal, et que celle-ci ait réduit la capacité des centres de santé locaux à organiser les services de santé et à ajuster l'offre de soins de santé à la demande, c'est-à-dire de répondre aux besoins et attentes des patients. Pour ces raisons, le 3 avril 2008, le gouvernement britannique a proposé d'introduire un critère géographique pour l'établissement des pharmacies (critère de distance qui serait donc plus restrictif que le système de « *control of entry* » actuellement en place) dans son livre blanc sur l'avenir de la pharmacie en Angleterre intitulé « *Pharmacy in England: Building on Strengths, Delivering the Future* ».

Sur l'exercice pharmaceutique et l'indépendance des professionnels

En France, certains pensent que le capital pourrait ne s'ouvrir qu'à certains acteurs et/ou de façon limitée. Au vu des différentes infractions attaquant plusieurs modalités de restrictions nationales, c'est un leurre. Si la CJCE décide qu'il ne doit pas y avoir d'entrave à la liberté d'installation, alors l'ouverture du capital des pharmacies sera sans limite, tant pour les acteurs et leur taux de participation que pour le nombre de pharmacies possédées.

Si l'on fait abstraction des concentrations territoriales ci-dessus dénoncées, pourquoi craindre une telle évolution ? Après tout, nombre de professionnels de santé n'ont pas un statut libéral et font remarquablement leur travail. C'est exact, sauf que le monde financier a ses règles et que ces règles changent. Le nier serait nier l'évidence. On ne peut faire abstraction de l'émergence de nouvelles formes de capitalisme qui requièrent une rentabilisation forte et à court terme de leurs actifs. L'internationalisation du capital, la libre circulation des flux financiers, le contrôle de ces nouveaux apporteurs de capitaux ont des conséquences sur la gouvernance des entreprises. La masse des capitaux confiés aux fonds d'investissement dépend d'ailleurs de cette performance.

La recherche de performance financière

De manière générale, de nombreuses entreprises changent leurs objectifs de performance. Elles tendent à passer d'une logique de performance écono-

mique (bénéfice rapporté au chiffre d'affaires) à une logique de performance financière (bénéfice rapporté au capital investi). Pour augmenter cette performance financière, le bénéfice doit être augmenté et/ou les fonds propres diminués. Si les rachats d'entreprises avec recours à l'endettement sont une technique vieille comme le monde (financer le développement de son entreprise grâce à l'argent des autres), les techniques actuelles utilisent au maximum plusieurs leviers :

- levier financier (permettre à l'investisseur d'acquérir une entreprise sans en avoir les moyens et d'augmenter le rendement attendu des fonds qu'il investit tout en diminuant son risque de perte) ;
- levier fiscal (réduction d'impôt en déduisant du bénéfice imposable une partie du remboursement de la dette d'acquisition) ;
- levier juridique (démultiplication de la puissance de contrôle d'un actionnaire).

Le rachat d'une entreprise avec effet de levier (*leverage buy out*, ou LBO) permet ainsi à des investisseurs de prendre le contrôle d'une société cible avec un capital minimum. C'est la rentabilité financière qui est recherchée là, et non un investissement « classique » servant à l'acquisition d'actifs. La technique du LBO appauvrit la société au profit des organismes financiers actionnaires. Le processus est le suivant :

- les investisseurs deviennent actionnaires majoritaires de la société cible par l'intermédiaire d'une société holding. L'emprunt contracté pour l'acquisition de la cible est financé par la remontée des « *cash-flows* » de la cible vers la holding. Peu à peu, la holding se désendette, achète les parts des associés minoritaires, puis fusionne avec la cible pour ne former qu'une seule et unique entité ;
- lorsque les fonds propres de la holding sont insuffisants, l'emprunt (« dette senior ») est doublé par d'autres types d'emprunts (obligations convertibles, obligations à bons de souscription d'actions, etc.) mieux rémunérés (« dettes juniors » ou « dettes mezzanines »). Ces emprunts complémentaires sont en général apportés par des sociétés de capital investissement qui entrent par la suite dans le capital de la société cible (conversion des obligations en actions).

Quelles sont les conséquences pour l'entreprise rachetée ?

- pour pouvoir rembourser l'emprunt, la rentabilité de la société cible doit être supérieure au coût de l'emprunt (d'où un effet de levier positif) ;
- au regard des dettes importantes et de cette logique financière, les sociétés cibles sont soumises à une obligation de résultat à court terme ;
- pour contrôler la société malgré un apport limité de capital, les investis-

seurs doivent bénéficier d'outils de contrôle. Des instruments juridiques permettent d'améliorer la répartition des droits de vote, ce qui peut remettre en question l'indépendance des professionnels de la société cible (souvent appelée dans le jargon financier « vache à lait ») et la réalisation d'investissements nécessaires au développement de la qualité.

Application au monde de la santé

Le sénateur Gérard Larcher, chargé auprès de la ministre de la santé d'une mission de concertation sur les missions de l'hôpital, a énoncé dans son rapport : « Il s'agit désormais de tirer les conséquences de ce constat dans les modalités de régulation, notamment financière mais aussi de fonctionnement, des établissements, notamment dans le cas d'établissements privés suscitant aujourd'hui l'intérêt de fonds d'investissements internationaux. Dès lors que l'investissement financier suit un cycle court, il ne doit en effet pas conduire à privilégier une offre de soins à forte rentabilité immédiate ni à exercer une pression sur l'activité des médecins de nature à porter atteinte à leur indépendance. »

Les entreprises de santé sont en effet recherchées car elles sont réputées stables et correspondent à nombre de critères de sélection de ces investisseurs :

- marché stable, non cyclique, protégé par des barrières de qualité à l'entrée ;
- concurrence raisonnable, avec un faible risque de guerre des prix, la plupart de ces derniers étant fixés par les pouvoirs publics ;
- forte valeur ajoutée des produits ou services fournis (complexes et techniques) ;
- solvabilité sociale (paiements assurés) ;
- croissance substantielle mais pas trop forte, pour ne pas mettre en péril le remboursement de la dette par des investissements ou une augmentation du besoin de fonds de roulement ;
- rentabilité élevée par rapport aux taux d'intérêts ;
- bonne maîtrise du métier par les professionnels, mais avec des gisements d'amélioration d'organisation ;
- situation sociale calme, avec du personnel qualifié et stable.

Les cliniques privées connaissent une forte évolution dans ce sens. Ainsi, à la place d'investisseurs professionnels libéraux, quelques groupes investisseurs ont constitué en très peu de temps un oligopole qui, dans certains cas, se partage le territoire sans grande concurrence. Autant de freins à la baisse pourtant prônée de la partie des prix libres (accords tacites organisant un gel des parts de marchés).

Le processus semble également en marche pour les laboratoires d'analyses de biologie médicale. Demain, s'étendra-t-il aux cabinets de radiologie, de chirurgie dentaire, aux officines de pharmacie, si leur capital venait à être libéré ? Aux futures maisons de santé interdisciplinaires ?

Ouvrir le capital des pharmacies à des investisseurs non pharmaciens, ce serait :

- l'impossibilité d'un retour en arrière ultérieur ;
- la disparition d'une « logique de métier » (où les pharmaciens, professionnels de santé libéraux, vivent de leur outil de travail en faisant des investissements pour leur entreprise) au profit d'une « logique de valeur » aux mains d'investisseurs purement financiers, avec la recherche de rentabilité immédiate pour satisfaire un cycle financier court ;
- un risque fort de dépendance des pharmaciens avec l'immixtion des investisseurs dans la gestion et le fonctionnement des officines : à mesure que les moyens investis dans une entreprise augmentent, et corrélativement, le risque, les investisseurs demandent, dans des pactes d'actionnaires, des droits de vote préférentiels associés à leurs actions ;
- le détournement d'une partie des ressources de l'assurance maladie, financée par les impôts des Français, au profit d'investisseurs extérieurs (fonds de pensions étrangers ou internationaux, etc.) soucieux de maximiser leurs dividendes ;
- *in fine*, l'appauvrissement de la concurrence : à la place d'une mosaïque d'investisseurs professionnels libéraux, quelques groupes investisseurs pouvant constituer en très peu de temps un oligopole.

On peut également s'interroger sur :

- le poids de ces investisseurs financiers dans les décisions de santé en face des autorités de tutelle ;
- les variables d'ajustement pour maintenir la rentabilité financière recherchée par les actionnaires face à la maîtrise des coûts de santé : jouera-t-on sur le volume, la qualité ?
- le devenir des données de santé à caractère personnel des patients soignés dans ces groupes, qui peuvent avoir dans leur capital des banques ou des assurances ;
- le devenir des entreprises en cas de crise des marchés financiers (qui peut frapper les plus prestigieux fonds d'investissement). Face à la dévalorisation de leurs actifs, ces fonds doivent acquitter des primes d'assurance pour obtenir le renouvellement de crédits bancaires. Les investisseurs peuvent contraindre à revendre en catastrophe les obligations pour rembourser les porteurs de parts.

Néanmoins, faut-il empêcher toute évolution ? Non, bien sûr. La profession est dynamique et doit le rester. Elle fait des propositions concernant la propriété des pharmacies.

Propositions sur la propriété des pharmacies

Au moment où une génération de chefs d'entreprise pharmaciens va partir à la retraite, quelle ouverture du capital proposer sans mettre en danger l'indépendance des professionnels et la qualité du service ? Comment préserver un tissu de pharmaciens libéraux pour ce secteur de santé non encore concerné par les investissements financiers ? Il s'agit d'organiser une transmission vers une autre génération, de permettre à la profession d'organiser les regroupements financiers souhaités, de faciliter la fluidité des parts sociales.

En France, la propriété des officines est actuellement réservée aux pharmaciens, seuls ou associés à plusieurs, directement ou par l'intermédiaire de certains types de sociétés : société en nom collectif, SARL, société d'exercice libéral (SEL). Il est d'ailleurs à préciser que ce dernier type de société autorise déjà la libre circulation des capitaux entre pharmaciens de l'Union européenne.

Si les pharmaciens titulaires d'officine étaient autrefois isolés chacun dans sa pharmacie, ce n'est plus le cas aujourd'hui : 79% des officines comptent deux ou plusieurs pharmaciens. La moitié des titulaires exercent désormais en association, et cette proportion croît sans cesse. Ils restent néanmoins très attachés à la forme libérale, indépendante, de leur exercice. Comme le disait le rapport du député Marchand en juin 1990, à l'origine de la loi du 31 décembre 1990 sur les SEL, « l'exercice d'une profession libérale [...] qui est marquée par le caractère personnel, la nécessaire indépendance, la primauté des règles déontologiques, paraît *a priori* antinomique avec les objectifs des sociétés commerciales, organisées en vue de l'accumulation des capitaux, la croissance du chiffre d'affaires et du partage des bénéfices et nécessite par conséquent l'adoption d'un régime juridique adapté aux professions réglementées ».

Pour revenir sur ces SEL (3 611 à la fin de 2007, soit + 27% en un an) : la loi du 31 décembre 1990 modifiée a prévu de leur adjoindre des holdings de profession libérale : « Il peut être constitué, entre personnes physiques ou morales exerçant une ou plusieurs professions libérales, des sociétés de participations financières (SPFPL) ayant pour objet exclusif la détention des parts ou d'actions de SEL. Plus de la moitié de leur capital et des droits de vote doivent être détenus par les personnes exerçant la même profession que les SEL filiales. » Créer des SPFPL ouvertes à tous les pharmaciens exerçant

en officine permettrait d'utiliser les atouts des techniques actuelles de financement, avec tous leurs leviers, mais avec une différence de taille : des pharmaciens investisseurs inscrits à l'Ordre, tout comme les SEL et les holdings, des pactes d'actionnaires envoyés à l'Ordre et visés par lui.

S'engager dans cette voie, c'est maintenir une logique de métier, un équilibre entre marché et santé publique. C'est aussi favoriser une association des salariés à la bonne marche des entreprises et/ou répondre aux souhaits de certains confrères adjoints de voir leur investissement professionnel financièrement reconnu. Mais, on l'a compris, la pharmacie aux pharmaciens, ce n'est pas ce qu'attend la Commission européenne !

CONCLUSION

Les expériences étrangères de dérégulation de la propriété des officines le montrent : elles aboutissent à une prise de contrôle plus ou moins rapide des officines du pays concerné par de grands groupes commerciaux ou financiers, avec une réorganisation du réseau au profit des seules implantations les plus rentables pour ces groupes propriétaires.

Contrairement à tous les autres secteurs économiques, l'officine ne doit pas avoir pour but une augmentation de la consommation. La dispensation n'a pas à se transformer en « distribution » ! Aussi, en maintenant un lien entre l'exploitation de l'officine et sa propriété, le principe vise à préserver l'indépendance professionnelle du pharmacien et à garantir un exercice professionnel tourné vers l'intérêt de la santé publique et des patients.

Ouvrir le capital des officines à des non-pharmaciens, ce serait favoriser l'inégalité d'accès aux soins. Ce serait approuver l'absence de liberté de décision du pharmacien sur le référencement ou l'approvisionnement en médicaments privant le patient de la diversité de l'offre de produits. Ce serait accepter que le capital soit majoritairement détenu par des investisseurs institutionnels (fonds de pension, etc.) avec une gestion axée sur l'intérêt des actionnaires, ces derniers ayant besoin d'une rentabilité à court terme.

Est-ce inéluctable de laisser ces forces du capitalisme financier international détruire un modèle libéral qui a fait ses preuves ? De ne pas faire entendre tous ces arguments ? Souhaitons-nous lire un jour, comme dans un autre dossier : « Au vu des considérations qui précèdent, nous proposons à la cour de rejeter le présent recours en manquement comme non fondé et de condamner la Commission européenne aux dépens » ?

Dans sa consultation du 11 mars 2008 visant à préparer une proposition législative sur la lutte contre la contrefaçon de médicaments à usage humain, la Commission européenne, prenant enfin en compte la dramatique

augmentation de la contrefaçon, a fait passer le principe de la « chaîne du médicament » telle que nous la connaissons en France du banc des accusés au modèle recommandé.

Concernant la propriété du capital, il n'y a pas de fatalité. La démocratie devrait être respectée. Les « politiques » nationaux ou européens souhaitent que la Commission européenne se soucie plus du quotidien des populations ! Il est donc nécessaire qu'ils s'emparent vite du sujet.

Aussi, comme d'autres et avec eux, je mènerai ce combat sans relâche. Il conditionne la survie de notre profession de santé libérale, à laquelle nous sommes profondément attachés. Il ne s'agit point là de corporatisme, mais de la défense d'une certaine conception de la pharmacie d'officine : une pharmacie proche au quotidien des Français, intégrée depuis toujours au cœur de la vie des quartiers comme des campagnes, offrant à la population les services qu'elle est en droit d'attendre de professionnels de santé indépendants, spécialistes du médicament. Une pharmacie où la logique financière ne prévaut pas sur l'objectif de protection de santé publique.

Il s'agit également de la défense d'une certaine conception de l'Europe en matière de santé : l'Union européenne a toute sa place, notamment dans la coordination de la sécurité sanitaire, la lutte contre la contrefaçon, l'harmonisation de l'accès aux médicaments, particulièrement les plus récents, la continuité des soins des populations qui se déplacent.

L'opinion publique, loin de partager les vues intéressées de certains, nous connaît et nous soutient dans notre mission d'intérêt général. Nous devons le démontrer tous ensemble, sans contestation possible. Ne prêtons pas le flanc aux critiques faciles de ceux qui promettent de faire mieux. Soyons plus que jamais professionnels de santé !

contact

i.adenot@wanadoo.fr

Le docteur Isabelle Adenot a présidé pendant huit ans le conseil régional de l'Ordre de Bourgogne puis pendant quatre ans le conseil central qui regroupe les 23 000 pharmaciens français titulaires d'officine. Elle est actuellement membre du conseil national, responsable notamment du déploiement du dossier pharmaceutique. Elle siège également au Groupement pharmaceutique de l'Union européenne, dont elle a présidé la délégation française de 2003 à 2007.