

## LE LIBRE-ACCES EN PHARMACIE : UNE PETITE REVOLUTION DANS LA DISTRIBUTION ?

Déborah Wallet-Wodka  
Maitre de Conférences, UPMC,  
Chercheur associé à DRM, UMR 704

Master Marketing de la Santé  
105 bd Raspail  
75006 Paris  
0153634522

[Deborah.wallet-wodka@upmc.fr](mailto:Deborah.wallet-wodka@upmc.fr)

115 rue de la croix nivert  
75015 Paris  
0156360039 ou 0650306805

Remerciements pour l'aide technique apportée par les étudiants du Master marketing de la santé, promotions 2008-2009 et 2009-2010 ainsi que Marie-Paule Serre, Professeur des universités et responsable du MASTER.

Remerciements à l'AFIPA.

## INTRODUCTION

Depuis le 1<sup>er</sup> Juillet 2008, les pharmacies ont l'obligation de disposer d'un rayon de libre-accès aux médicaments d'automédication dans lequel les clients peuvent se servir eux-mêmes. Annoncée assez timidement, l'arrivée du libre-accès n'a pas constitué une révolution pour le consommateur, peu informé de la mesure. Près de 40% des officines disposent d'un rayon de libre-accès mais leur taille et leur signalétique varient fortement en fonction de l'espace disponible dans l'officine mais également du type d'officine (traditionnelle ou moderne, de quartier ou de flux) ainsi que de l'appartenance ou non à un groupement de pharmaciens.

Le passage au libre-service pour les produits de grande consommation n'est pas récent. Le premier magasin crédité d'un rayon de libre-service est le Piggly Wiggly de Clarence Saunders, ouvert à Memphis en 1916 (Regan, 1960). Nous pourrions situer l'arrivée du libre-service en France à la fin des années 50<sup>1</sup> et déjà les personnes âgées refusent les paniers qu'on leur tend pour faire leurs courses alors que d'autres accourent pour tester la nouveauté (Carlier-Lossouarn, 2009). Dans le secteur de la santé, le premier « drugstore » américain, pratiquant la vente libre de médicaments jugés « inoffensifs » par les autorités sanitaires ouvre ses portes en 1968. Aujourd'hui, dans la plupart des pays anglo-saxons et nordiques, les médicaments d'automédication sont principalement vendus en hypermarchés (+33% entre 1997 et 2002) ainsi que dans d'énormes chaînes de pharmacies tels que CVS, Boots ou Long's. La France a donc 40 ans de retard sur ses homologues outre-Atlantique en ce qui concerne la distribution de médicaments. Le système de santé français est très encadré, comme nous le verrons dans la suite de cet article, en particulier la délivrance des médicaments exclusivement réservée aux officines, et laisse peu de place à la responsabilisation du patient-usager dans le processus de choix de ses médicaments. Les mauvais résultats du libre-accès depuis son lancement en juillet 2008 témoignent de cette

---

<sup>1</sup> Le premier magasin en libre-service, Goulet-Turpin, ouvre ses portes en 1948 dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Il sera également l'inventeur du premier supermarché en 1958, regroupant l'équivalent de dix épiceries de quartiers en un même espace de plus de 500 m<sup>2</sup>.

« mauvaise éducation » du patient français, encore très peu « gestionnaire » de sa consommation de santé.

A l'instar de du Gay (2006), nous nous poserons donc dans cet article les questions suivantes : comment un individu est amené à adopter une nouvelle façon d'acheter, quand celui-ci n'a que peu ou pas de connaissances sur le produit vendu ? Peut-il se passer du conseil d'un vendeur alors qu'il n'a jamais exécuté le processus de décision seul ? Et finalement n'existe-t-il pas des différences entre les individus qui expliqueraient les disparités dans l'adoption d'un nouveau mode de distribution ? Autant de questions qui ont pour objectif d'amener à la construction d'un cadre théorique autour du choix d'un mode de distribution dans le secteur spécifique du médicament, cadre qui fait aujourd'hui défaut dans un champs du marketing assez peu défriché, celui du marketing de la santé (Stremersch S., 2008).

Si de nombreux travaux ont été menés sur le choix d'un mode de distribution par le consommateur et en particulier l'alternative vendeur/libre-service (Bendapudi et Leone, 2003, Berry, Seiders et Grewal, 2002, Bitner, 1995, Chaudhuri, 2000, Gwinner, Gremler et Bitner, 1998, Meuter, Ostrom, Bitner et Roundtree, 2003, Ponder, Lueg et Williams, 2006, Sweetney, Geoffrey et Lester, 1999), aucun ne porte sur le problème particulier de la distribution de produits de santé à destination du grand public, en particulier dans un environnement ultra-règlementé comme celui de la France. Ponder, Lueg et Williams (2006) proposent un modèle du processus de choix du consommateur le guidant plutôt vers un vendeur ou vers un rayon de libre-accès. Nous nous inspirerons de ce modèle ainsi que des modèles d'adoption d'une innovation (Rogers, 1983, Taylor et Todd, 1995) pour proposer un cadre conceptuel de choix entre le pharmacien et le rayon de libre-accès.

Le libre-accès est récent et aucune recherche académique n'a cherché à démontrer son efficacité d'un point de vue théorique. Or, comme toute mesure réglementaire, celle-ci représente un coût tant pour les pouvoirs publics que pour les pharmaciens et les laboratoires pharmaceutiques qui doivent s'y adapter. Les implications pratiques de cette recherche sont donc nombreuses et justifient l'objectif d'élaboration d'un cadre conceptuel du choix par le consommateur du mode de distribution du médicament.

Nous avons souhaité tester le modèle conceptuel qui découle de la revue de la littérature sur le sujet du choix entre vendeur et libre-service à l'aide d'une étude empirique qualitative auprès d'usagers de pharmacies et de pharmaciens. En effet le domaine est « neuf » et la problématique du libre-accès aux médicaments encore très confidentielle voire

« tabou », cette étude a donc une visée exploratoire que seule une étude qualitative à base d'entretiens en profondeur peut approcher.

## **LE LIBRE-ACCES : UNE INNOVATION DE DISTRIBUTION**

Nous nous intéresserons tout d'abord aux travaux sur l'adoption d'une innovation, le libre-accès pouvant être considéré comme une innovation dans le secteur de la santé puisque pour la première fois le patient va devenir consommateur de médicament : il va réaliser le processus d'achat lui-même (identification du problème, évaluation des alternatives, achat) sans l'aide du pharmacien et sans la prescription du médecin puisque les médicaments en libre-accès sont par définition des médicaments non prescrits. Ensuite nous étudierons les travaux sur le choix entre un vendeur et le libre-service. Le médicament est un produit à part, c'est pourquoi nous présenterons les spécificités de ce marché.

### ***Le choix d'un mode de distribution***

Le libre-service transfère une partie des étapes du processus de décision du vendeur vers l'acheteur. Très développés pour la plupart des produits de grande consommation et ce depuis plus d'un demi-siècle, il est complètement inexistant dans le cadre du médicament, délivré jusqu'en 2008, en France, exclusivement par un pharmacien. C'est donc une innovation pour le patient que de choisir son médicament.

#### *Utiliser une innovation*

Le choix du libre-accès peut être de façon ponctuelle liée à un hasard, une simple curiosité de la part du consommateur. Cependant cela dénote une volonté certaine d'utiliser une innovation voire de réitérer son acte. C'est ce qui nous intéresse ici : qu'est-ce qui va pousser un individu à réitérer son achat en libre-accès après une première expérience ? Le libre-accès aux médicaments a-t-il un avenir en France ? Y-a-t-il un profil de consommateurs plus à même d'adopter le libre-accès ?

Rogers (1983) définit le processus d'adoption d'une innovation comme « *le schéma mental suivi par un individu depuis la première information qu'il reçoit à propos d'une innovation jusqu'au moment où il l'adopte définitivement* ». Il établit un modèle de diffusion

de l'innovation : une innovation se diffuse progressivement à tous les individus d'une société. Nous retiendrons deux postulats de base :

- Sur un même marché, les consommateurs diffèrent dans le temps qu'ils mettent à essayer un nouveau produit ou un service après en avoir pris connaissance.
- Ceux qui adoptent un produit rapidement ont tendance à présenter des caractéristiques communes.

Selon Rogers, le processus d'adoption d'une innovation se fait en cinq étapes :

1. La prise de conscience et la connaissance de l'innovation (« *knowledge* »),
2. La formation des attitudes envers l'innovation en fonction des caractéristiques perçues de l'innovation (« *persuasion* »),
3. La décision d'adopter ou de rejeter l'innovation (après l'essai) : décision d'utiliser l'innovation entièrement comme étant la meilleure option valable (« *decision* »),
4. L'utilisation de l'innovation de façon régulière (« *implementation* »),
5. La confirmation de la décision prise d'adopter ou de rejeter après utilisation régulière (« *confirmation* »).

Nous nous situons dans le cas où une personne est exposée à une nouvelle formule de vente. Le seul moyen pour le consommateur d'atteindre le stade de formation des attitudes (persuasion) est d'essayer cette formule de vente. La formation des attitudes envers l'innovation dépend donc des caractéristiques de l'innovation perçues pendant l'essai de celle-ci. On ne peut envisager, ici, l'économie de la phase d'essai qui mène à la persuasion et à la décision d'adopter, même si nous pouvons facilement envisager le rejet idéologique d'un rayon de libre-accès, avant même l'essai par le patient, comme nous le confirmerons les résultats de l'étude qualitative.

Rogers identifie cinq caractéristiques de l'innovation (tableau 1) qui ont une influence déterminante sur son adoption, et qui, pour la plupart, seront étudiées dans tous les modèles d'adoption d'une innovation.

**Tableau 1. Les cinq caractéristiques de l'innovation qui conduisent à son adoption selon Rogers (1983).**

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. L'avantage relatif perçu de l'innovation : degré de supériorité qu'elle semble avoir sur celle qui précédait.</li><li>2. La compatibilité perçue de l'innovation : harmonie de l'innovation avec les valeurs et les besoins de l'individu concerné.</li><li>3. La complexité de l'innovation : difficulté de compréhension et d'utilisation de l'innovation.</li><li>4. La possibilité de fractionner l'innovation : possibilité d'essayer l'innovation sur une petite échelle.</li><li>5. La communicabilité de l'innovation : possibilité d'observer ou de décrire les résultats de l'adoption aux autres.</li></ol> |
|---|

Gatignon et Robertson (1985) ajoutent ou modifient certaines des caractéristiques de l'innovation : ils introduisent le concept de risque perçu comme étant une caractéristique perçues essentielles de l'innovation.

Taylor et Todd (1995) utilisent le modèle de l'action raisonnée de Fishbein (1967) et Fishbein et Ajzen (1975) pour comprendre l'adoption d'une innovation par le consommateur. Ils décomposent les croyances des individus en construits multidimensionnels. Les auteurs, dans leur modèle d'intention d'adoption d'une innovation, divisent l'attitude de l'individu envers l'innovation en trois dimensions antécédentes dérivées des travaux de Rogers :

- L'avantage relatif : influence positive sur l'attitude envers l'innovation,
- La complexité : influence indéfinie sur l'attitude envers l'innovation,
- La compatibilité : influence positive sur l'attitude envers l'innovation.

Des variables individuelles ont également une influence sur l'adoption d'une innovation, comme l'expertise du consommateur (Heilman, Bowman et Wright, 2000, Moreau *et alii*, 2001), son implication dans la catégorie de produit (Roehrich, 2001), sa confiance en lui (Boulaire et Balloffet, 1999) qui lui permet de réduire l'anxiété liée à l'utilisation d'une innovation ainsi que le risque perçu d'une innovation. De même des variables comme l'âge, le sexe, la situation familiale et la catégorie socio-professionnelle ont un impact sur l'adoption d'une innovation (Rogers, 1983, Gatignon et Robertson, 1985).

#### *Vendeur contre libre-service : quelle formule de vente adopter ?*

Une formule de vente est entendue comme l'interface entre le canal et le consommateur (Filser, 1989). Il faut faire la distinction entre canal de distribution et formules de vente. Les formules de vente sont en constante évolution avec l'apparition de nouveaux formats : super puis hypermarchés, VPC puis commerce électronique, vendeur puis self-service.

Le risque perçu est un des premiers éléments qui peut expliquer le recours à un vendeur (Campbell et Goodstein, 2001). Quand les produits sont considérés comme risqués, le vendeur est considéré comme plus à même de fournir les informations nécessaires à rassurer le client (Swweeney, Soutar et Johnson, 1999, Conchar, Peters et Olovarrieta, 2004).

La confiance en soi du consommateur peut déterminer son choix d'avoir recours à un vendeur ou au libre-accès. Une faible confiance en soi peut résulter du manque

d'expertise par rapport au produit (Seth et Parvatiyar, 1995). Le vendeur peut se substituer au consommateur qui manque de confiance en lui dans le processus de décision (Ponder, Lueg et Williams). Le recours à un vendeur peut également s'expliquer par la volonté du consommateur d'établir un lien social avec une autre personne. Ce lien, s'il est récurrent peut aider le consommateur à gagner du temps et de l'effort dans son acte achat ( Berry, Seiders et Grewal, 2002, Bitner, 1995, Gwinner, Gremler et Bitner, 1998). La volonté de créer un lien peut être recherchée en soi (Reynolds et Arnold, 2000). La relation avec un vendeur, et particulièrement un pharmacien qui connaît des détails intimes du client, peut se transformer en amitié et rendre l'acte d'achat plus agréable (Forman et Sriram, 1991, Krampf, Ueltschy et d'Amico, 2003). A l'inverse les personnes redoutant l'interaction rejettent le vendeur au profit du libre-service (Meuter *et alii*, 2003).

Le libre-service est réputé plus rapide (Seiders, Berry et Gresham, 2000). Dans le cadre du libre-service, le consommateur est co-producteur, il est responsable de son acte d'achat mais également de son choix et donc de sa satisfaction ainsi que des risques encourus par la consommation (Bendapudi et Leone, 2003). Selon Ponder, Lueg et Williams (2006), la confiance en soi et indirectement l'expertise du produit acheté entraînent vers le libre-accès au détriment du vendeur.

Dans une étude conduite en 2006 sur 114 participants, selon la méthode des incidents critiques, Ponder, Lueg et Williams (2006) montrent que quand le risque perçu de l'achat est fort, tant en terme financier que physiques ou psychologiques, le recours à un vendeur est plus fréquent, c'est un facteur de réassurance. Il en est de même si l'expertise dans la catégorie de produit est faible. La personnalité du vendeur, son expertise perçue sont des éléments qui orientent le choix du mode de vente. La recherche de praticité et le gain de temps conduisent à adopter les rayons de libre-service pour certains, pour d'autres, habitués à leur vendeurs, c'est l'inverse. L'absence de pression subie de la part des vendeurs agit en faveur du self-service. Les auteurs se trouvent confrontés à des cas où l'utilisation du self-service se fait dans une optique d'apprentissage : on apprendra de ses erreurs pour une meilleure expertise future du produit.

Ses différents éléments théoriques doivent être nuancés par la prise en compte des spécificités du produit et de la distribution concernés : le médicament et l'officine.

### ***Les spécificités du secteur du médicament***

De son lancement en juillet 2008 aux dernières statistiques sur son développement présenté dans le magazine de l'officine « *Pharmaceutiques* » du mois de janvier 2010, le libre-accès a été sujet à des débats tant sur les objectifs de sa mise en œuvre que sur sa probabilité d'adoption par le consommateur. Les objectifs du décret qui met en place le libre-accès sont la promulgation de l'automédication et l'implication du patient dans la gestion quotidienne de sa santé mais également la transformation du marché des OTC<sup>2</sup> en un marché plus concurrentiel. Le décret impose une liste de médicaments qu'il est possible de mettre en libre-accès (330 médicaments à ce jour). Ces médicaments sont des médicaments pouvant s'acheter sans ordonnance et non remboursés, donc en vente libre. La présence sur la liste des médicaments dépend de plusieurs critères qui n'ont pas été exposés précisément par le décret mais qui incluent l'innocuité<sup>3</sup>. Le décret n'est pas parfaitement connu et respecté par tous et les normes de mise en place du libre-accès (distance par rapport au comptoir), la signalétique, le choix des médicaments présentés, le mélange entre médicaments et produits à allégations de santé (vitamines,...), le nécessaire passage par une caisse tenu par un pharmacien,... varient fortement d'une officine à une autre.

Ces éléments ne poussent pas le consommateur à s'aventurer très facilement dans ces rayons, la communication autour de la mesure ayant de plus été minimaliste auprès du grand public mais également des officines. De plus le consommateur français, jusqu'ici très peu sollicité pour la gestion de sa santé manque d'une culture du médicament qui peut également freiner son innovativité.

Le libre-accès aux médicaments, même s'il représente une innovation dans le secteur de la distribution, n'en est pas moins très contingent de la nature même du produit proposé : le médicament d'automédication.

Un médicament est un produit potentiellement dangereux dont la mise sur le marché, le prix, la communication et la distribution sont extrêmement règlementés. Il existe cependant différentes sortes de médicaments, principalement les médicaments sur ordonnance et les médicaments d'automédication, délivrés librement. Quand un produit d'automédication est

---

<sup>2</sup> OTC : *Over the Counter*, Médicaments présents en officines mais derrière le comptoir, concerne les médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnances.

<sup>3</sup> Le Doliprane, médicament à base de paracétamol, n'est par exemple pas présent dans la liste puisque le paracétamol a des effets trop néfastes lorsqu'il est surdosé.



remboursé, son prix est fixe. Les médicaments présents sur la liste du libre-accès sont à la fois d'automédication et non remboursés, c'est-à-dire avec des prix fixés librement par les officines et les laboratoires. Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé pousse les patients à s'automédiquer dans une optique de réduction des dépenses de santé, l'automédication représentant aujourd'hui 14,1% de l'ensemble des médicaments vendus<sup>4</sup>. Le libre-accès s'inscrit dans cette perspective de responsabilisation du patient dans sa santé : choix des produits, dépenses non remboursés.

Même d'automédication, le médicament est perçu comme un produit risqué d'un point de vue physiologique, chaque médicament, même anodin, a des effets secondaires et peut s'avérer dangereux si mal utilisé ou pris en trop grandes quantités. Les consommateurs en ont une expertise très faible, en particulier du à l'absence de communication des laboratoires qui lui sont directement adressées<sup>5</sup>. Une étude menée en 2008<sup>6</sup> et présentée au MEDEC<sup>7</sup> montre que la note moyenne sur un questionnaire de connaissance de base en santé est de 2,5/10 et ce sur plus de 500 répondants sélectionnés selon la méthode des quotas. De même la santé est un secteur éminemment anxiogène, et le choix d'un médicament, surtout pour la pharmacopée familiale n'est pas anodin. Enfin le consommateur est peu impliqué dans ses dépenses de santé (Bolton *et alii*, 2008) et dans les produits qu'il consomme puisqu'encore très habitué à être guidé voire totalement remplacé aux différentes étapes de son processus de décision par les professionnels du secteur (médecins, pharmaciens, assurance maladie, mutuelles,...).

Au regard des éléments présentés ci-dessus nous pouvons donc élaborer des propositions de recherche quant à l'adoption d'un mode de distribution du médicament par le consommateur, en nous basant sur les travaux de Ponder, Lueg et Williams (2006) ainsi que sur les travaux sur l'adoption d'une innovation et en tenant compte des spécificités du secteur de la santé.

### ***Les propositions de recherche***

---

<sup>4</sup> IMS Health, 2010, pour l'AFIPA

<sup>5</sup> La législation française interdit la communication au grand public sur des médicaments d'ordonnance, seuls les médicaments non prescrits et non remboursés, c'est-à-dire pour partie dans la liste du LA peuvent faire l'objet d'une communication grand public.

<sup>6</sup> Citer le nom de l'étude

<sup>7</sup> MEDEC : mettre ce que ça veut dire

L'adoption du libre-accès par le consommateur en officine dépend, comme nous venons de la voir dans la littérature, de plusieurs types de variables. En premier lieu, les variables indépendantes que sont les caractéristiques perçues du LA par le client de l'officine :

### *Caractéristiques perçues du LA*

Nous reprenons ici les travaux de Rogers (1983) et de ses contemporains sur les caractéristiques perçues d'une innovation. Dans le cas du libre-accès, la première caractéristique perçue est la complexité d'utilisation du rayon. Cette complexité peut prendre plusieurs formes :

- Complexité à trouver le rayon, en effet il peut être assez confidentiel dans certaine officine alors qu'immense dans d'autres. Lors de nos entretiens avec des pharmaciens et des consommateurs, plusieurs anecdotes ont été évoquées où le consommateur n'osait pas se servir dans un rayon de LA, ne l'ayant pas identifié ou l'inverse essayant de se servir derrière le comptoir du pharmacien !
- Complexité à choisir le bon produit, cette complexité dépend fortement de l'expertise du consommateur dans la catégorie de produit et/ou dans la pathologie.

Le libre-accès peut être perçu comme plus avantageux pour le consommateur, cela dépendra principalement du monde présent dans l'officine, du temps (Ponder, Lueg et Williams, 2006) qu'a le consommateur pour faire ses achats mais également de son orientation relationnelle (référence).

Dans le cas du LA, la problématique de la compatibilité perçue avec les valeurs de l'individu n'est pas négligeable. En effet, se servir seuls des médicaments est une nouveauté en France où traditionnellement le patient est assisté tout au long de son parcours de soin. De nombreuses associations de consommateurs et de patients se sont élevées contre cette marchandisation du médicament, contraire à l'éthique et à la pratique de la médecine française. Certains consommateurs, en fonction de leur âge, de leur CSP ou de leur personnalité, pourront considérer que le LA est contraire à leurs valeurs.

Enfin comme nous l'avons déjà évoqué, le médicament est perçu comme un produit risqué d'un point de vue physiologique. Ce risque perçu peut se transposer à l'utilisation du LA.

### **Propositions 1 : Impact des caractéristiques perçues sur l'adoption du libre-accès**

- 1A. Plus le LA est perçu comme complexe, moins il est adopté.
- 1B. Plus le LA est perçu comme avantageux par rapport au pharmacien, plus il est adopté.
- 1C. Plus le LA est perçu comme compatible avec les valeurs du client, plus il est adopté
- 1D. Plus le LA est perçu comme risqué moins il est adopté.

#### *Variables individuelles : socio-démo et psycho*

Jospeh, Spake and Goodwin (2007) montrent que l'âge du consommateur ainsi que le fait d'avoir des enfants à charge influencent le comportement par rapport aux médicaments et à la perception des communications sur les médicaments. Les plus âgés voient le médicament comme un produit risqué dont la consommation nécessite l'intervention d'un professionnel, de même pour les individus ayant des enfants. Les auteurs soulignent également que les femmes n'ont pas une perception différente du médicament que les hommes mais réclament plus volontiers l'assistance de professionnels.

Nous avons vu précédemment, dans la littérature, que la confiance en soi ainsi que l'orientation relationnelle était des éléments guidant le consommateur vers un mode de distribution plutôt qu'un autre. Il en est de même pour l'expertise de santé.

### **Propositions 2 : Impact direct des variables individuelles sur l'adoption**

- 2A. Plus la personne est âgée, moins elle adopte le LA.
- 2B. Les hommes vont plus adopter le LA que les femmes.
- 2B : Plus la personne a confiance en elle, plus elle adoptera le LA.
- 2C. Plus la personne est experte de santé, plus elle adoptera le LA.
- 2<sup>E</sup>. Plus la CSP est élevée, plus la personne adoptera le LA.
- 2F : Plus l'orientation relationnelle est forte, plus le LA est adopté.

#### *Variables situationnelles : les clients et la signalétique*

Nous pouvons supposer que le temps dont dispose le consommateur va avoir une influence sur sa volonté d'utiliser le rayon de LA. Ponder, Lueg et Williams (2006) montrent que le temps est toujours un critère invoqué dans le choix du self-service ou du vendeur. Paradoxalement, les individus qui choisissent d'avoir recours à un vendeur évoque le fait que

cela leur fait gagner du temps par rapport au choix individuel. La notion de temps est donc également reliée à celle d'expertise. Un non expert perdra plus de temps à choisir seul qu'à ce faire aider par un vendeur et inversement pour un expert.

La complexité perçue du rayon de LA dépend entre autres de la façon dont celui-ci est présenté et indiqué au consommateur. La présence d'une signalétique claire, d'un rayon bien agencé sont autant de critères qui peuvent pousser à l'adoption du LA et inversement dans le cas d'un rayon confidentiel, mélangeant médicaments et produits à allégation de santé (vitamines, parapharmacie,...).

Nous pouvons présenter le modèle général, qui reprend les variables évoquées précédemment et qui servira de base à notre étude :

### Propositions 3 : Impact des variables situationnelles

4A. Plus le rayon de LA est mis en valeur, plus il est adopté

4B. Plus le temps disponible de l'individu est court, plus le LA est adopté

*Variable médiatrice : Le premier essai*

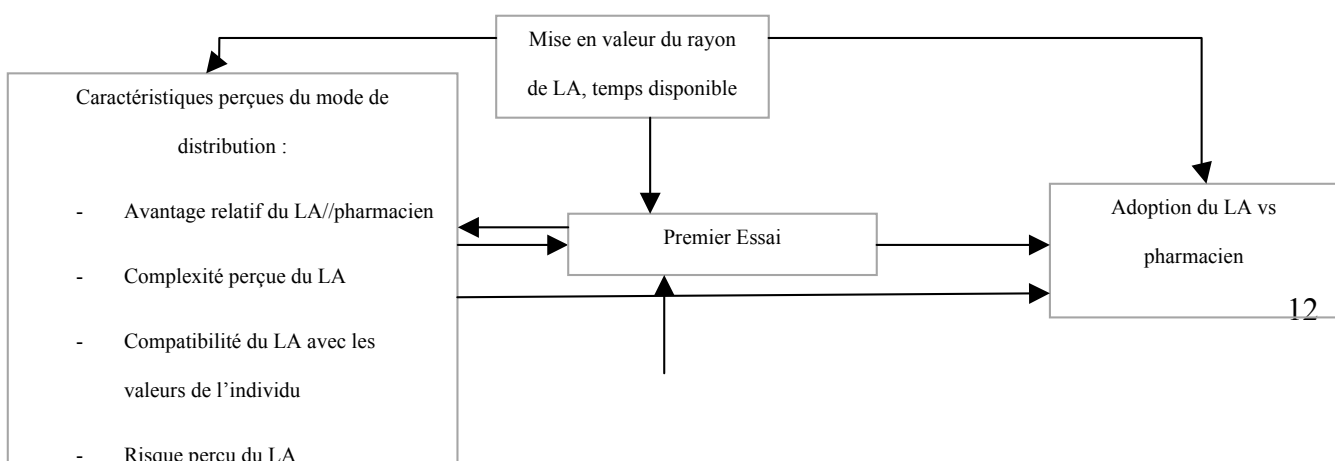
Comme évoqué précédemment, l'essai est une variable essentiellement de l'intention d'adoption du libre-accès. Il découle à la fois des caractéristiques perçues du LA et des variables individuelles et situationnelles, en particulier la mise en valeur du rayon, mais il peut également se concevoir comme un antécédent des caractéristiques perçues du LA, et ce dans une logique processuelle.

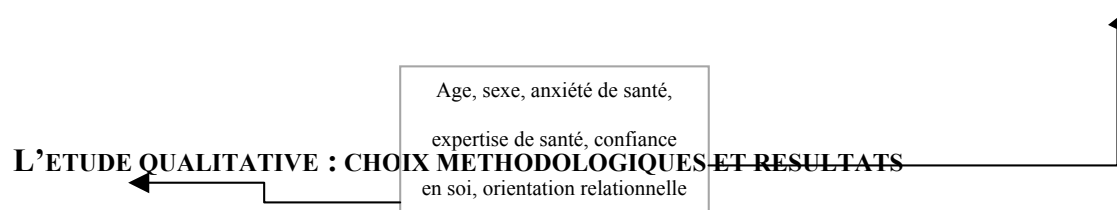
### Proposition 4 :

4A. L'essai est une variable médiatrice de l'intention d'adoption du LA

4B. L'essai est un antécédent des caractéristiques perçues du LA

**Schéma 1. Modèle de base d'adoption du Libre-accès au médicament**





Nous avons choisi d'utiliser une méthodologie qualitative dans une optique exploratoire et confirmatoire. L'objectif est de confronter nos premières propositions de recherche à la réalité du discours des répondants. En laissant les consommateurs et les pharmaciens s'exprimer librement sur le libre-accès nous recueillons ainsi le matériau indispensable à la théorisation d'un domaine encore très peu étudié.

### *La méthodologie de l'étude*

Nous optons pour une recherche de type directe (Malhotra, 1993) par entretiens semi-directifs centrés. L'entretien est l'une des méthodes qualitatives les plus utilisées dans les recherches en gestion. Parmi tous les types d'entretien, le semi-directif est le plus couramment utilisé. L'entretien semi-directif centré est un bon compromis entre la liberté d'expression du répondant et la structure de la recherche, il correspond donc bien à une double optique confirmatoire et exploratoire. Le chercheur peut selon Romelaer (2000) en retirer deux types d'éléments :

- Des informations sur ce qu'il cherche a priori ⇒ Objectif confirmatoire
- Des données auxquelles il n'aurait pas pensé ⇒ Objectif exploratoire

Nous avons choisi de procéder à des entretiens semi-directifs centrés de façon à laisser s'exprimer le répondant tout en lui fournissant un fil conducteur et un contexte propice à la discussion sur le sujet.

### *Le guide d'entretien*

Deux guides d'entretien assez similaires ont été construits pour les consommateurs et les pharmaciens. Ils se basent, comme nous l'avons évoqué précédemment sur les éléments issus de la littérature et qui constitue l'armature de notre proposition de cadre conceptuel. Les guides d'entretiens sont présentés en annexe 1.

### *Le choix de l'échantillon et le déroulement de l'étude*

Notre objectif étant double, à la fois confirmatoire et exploratoire (Romelaer, 2000), nous avons interrogés des pharmaciens et des consommateurs autour des concepts d'achats de médicaments sans ordonnance et de libre-accès. La taille de l'échantillon s'est fixée en fonction du critère de saturation sémantique (Glaser et Strauss, 1967).

24 consommateurs, sélectionnés en officine, de tout âge, sexe et catégorie socioprofessionnelle, ont été interrogés entre 35 et 60 mn. Le but d'une étude qualitative n'est pas la représentativité des répondants mais nous sommes fixés cependant des critères de segmentation afin de confirmer certaines de nos propositions liées aux variables individuelles. L'objectif étant autant que faire ce peut d'avoir un avis sur le rayon de libre-accès, les enquêteurs se sont placés en officine et ont interrogés les consommateurs se dirigeant volontairement ou non vers ce rayon. La suite de l'entretien s'est déroulé soit sur place (dans l'officine) soit dans la rue (dans un café pour certains entretiens plus longs). 23 pharmaciens ont été interrogés sur leur lieu de travail. La durée de l'entretien varie en fonction du taux d'occupation du pharmacien, entre 20mn et 1h30mn. Nous avons sélectionné une majorité d'officines disposant d'un rayon de libre-accès même si la mission s'est avérée complexe puisque l'enquête a été réalisée 6 mois après le lancement de la mesure alors qu'à peine 30% des officines avaient mis en place le rayon. La description de l'échantillon est présentée en annexe 2.

### *Méthode d'analyses des résultats*

Les 47 entretiens ont été intégralement retranscrits et représentent un corpus de plus de 750 pages. Ce corpus a été soumis à une analyse de contenu.

Les entretiens réalisés ont été analysés de façon thématique, par découpage du discours en thèmes (Bardin, 1998). Les thèmes ont été identifiés de deux manières :

- En premier lieu, les objectifs de la recherche, à travers le cadre conceptuel provisoire, ont imposé un certain nombre de thèmes a priori : caractéristiques perçues du libre-accès, intention d'adoption, expertise, orientation relationnelle, anxiété, variables situationnelles,...
- Ensuite, grâce à des « tâtonnements » successifs et des itérations entre le corpus des entretiens et le cadre théorique, nous avons pu faire ressortir d'autres thèmes (optique exploratoire) et sous-thèmes.

Le corpus a été analysé en trois phases successives :

- Une analyse transversale (ou horizontale) a été menée en découpant et regroupant transversalement d'un entretien à un autre ce qui se referait aux mêmes thèmes. Les principaux thèmes de l'étude ont été dégagés.
- Une analyse verticale entretien par entretien permettant de conserver la logique de chaque entretien est venue compléter cette première phase. Cette analyse passe en revue les thèmes abordés par chaque personne.
- Les différents thèmes ont ensuite été comparés entre les entretiens réalisés auprès des consommateurs et auprès des pharmaciens.

Un double codage a été effectué pour s'assurer de la validité de l'analyse. Le ratio du « nombre d'accords de codages » sur le « nombre total de codages » a été réalisé, pour 10 entretiens, il est de 86%. Miles et Huberman (2003) estime que ce taux doit être au minimum de 80% pour que la fiabilité de l'étude ne soit pas remise en cause.

### ***Les principaux résultats***

Nous ne retranscrivons pas ici le corpus de chacun des entretiens mais nous mettrons en exergue les résultats qui viennent confirmer ou infirmer le cadre précédemment construit. L'objectif est de recueillir les avis des consommateurs sur le libre-accès mais également le point de vue des pharmaciens sur le libre-accès. Ce point de vue est essentiel pour juger de façon préalable des caractéristiques perçues de l'innovation qu'est le libre-accès. Nous présenterons donc deux types de résultats : ceux du pharmacien et ceux du consommateur. Nous avons choisi d'interroger le pharmacien dans une optique de triangulation des données, pour confirmer certaines des propositions issues de la littérature.

#### *Auprès des pharmaciens*

##### **- Pour les pharmaciens n'ayant pas mis en place le libre-accès :**

Forcément, les entretiens sur le libre-accès auprès de pharmaciens ne l'ayant pas mis en place ont été réalisés dans un climat assez tendu. En effet, une majorité de pharmaciens refuse le libre-accès car il semble incompatible avec leurs valeurs : le LA « *dégrade le diplôme de pharmacien* », « *banalise la profession et les médicaments* », « *ne fait pas et ne doit pas faire partie de la culture française* ». Le client français n'est pas considéré comme

assez expert de la santé pour pouvoir être attiré et se servir correctement du rayon de LA (« *En France, les gens n'y connaissent rien, c'est à peine si ils font la différence entre du paracétamol et de l'aspirine* ») sauf les CSP plus (citation). De même en fonction de l'âge, on note une tendance plus forte à l'orientation relationnelle qui empêche les plus âgés d'aller vers les rayons de LA, à la différence des plus jeunes qui seraient plus attirés (« *Vous savez, nous avons une clientèle âgée et c'est une pharmacie de quartier. Les gens n'en parlent pas. Ca ne marcherait pas ici. Ca fait plus « chic » de demander au comptoir. On les serre pour tout, même pour un shampoing !* »). Le libre-accès n'a pour eux aucun avantages, au contraire il comporte des dangers tant logistiques (vols, restructuration de l'espace inutile, embauche de personnel dédié) que financiers (« *le LA ne fait pas augmenter les ventes* », « *L'objectif du LA est quand même de tendre vers une baisse des prix* »). Le LA est considéré comme trop complexe pour le client lambda (« *qui n'a pas fait 6 années d'études sur la pharmacopée pour s'y retrouver dans les rayons* »). Par contre le pharmacien reconnaît que certains clients sont à même d'utiliser le LA (« *dans les beaux quartiers ou les quartiers d'affaire, avec une clientèle plus chic, je dis pas mais chez nous, dans un quartier populaire, c'est pas possible* »). De même la taille de la pharmacie a un impact sur la mise en place du LA et son utilisation par le consommateur (« *Je pense aussi que plus la pharmacie est grande, plus le LA peut attirer les clients.* »). Enfin les pharmaciens montrent une forte inquiétude au sujet des risques sanitaires induits par l'utilisation du LA (surconsommation de médicaments, mésusages,... « *Et j'ai surtout peur pour la santé publique ! On parle de médicaments vendus en libre service, auprès d'une population pas forcément pertinemment informée ! Regardez, le simple fait que les gens ne l'aient pas vu dénote bien leur niveau d'information... De plus, certains pharmaciens qui vendent en libre-accès ne rappellent pas les posologies... C'est lamentable. On peut s'attendre à des accidents...* », « *On a déjà vu beaucoup d'erreurs de médication, notamment avec du paracétamol. Les gens ne se rendent pas compte que bien que non vendus sur ordonnance, les médicaments à base de paracétamol ou d'Ibuprofen ont de vraies contre-indications et des dosages à ne pas dépasser. Certains me demandent parfois de l'Effergal pour prendre avec leur Doliprane... Dans une société où la douleur est devenue quelque chose d'inacceptable, il faut faire très attention aux déviances que cela peut engendrer dans les comportements d'automédication.* »). Le pharmacien confirme donc une grande partie des propositions issues de la littérature, et en particulier la structure de notre modèle. En effet les caractéristiques perçues de l'innovation qu'est le libre-accès sont toutes évoquées : comptabilité avec les valeurs, complexité, risque, avantage relatif. Les variables



situationnelles comme la taille de la pharmacie (« *Non, ça ne me pose aucun problème, mais le LA est réservé aux grandes pharmacies. Ici, ça n'aurait pas d'intérêt. Je ne veux pas rogner sur les marges de la parapharmacie, qui fonctionne bien.* »), le quartier sont liées à la mise en place du LA et à son utilisation par le consommateur, liées également aux variables individuelles comme l'âge, la catégorie socio-professionnelle (« *non, jamais, vous savez j'ai une patientèle plutôt âgée et de moyens financier modestes, ils ne m'ont jamais posé des questions, je me demande s'il savent ce que c'est que le LA* »), l'expertise de santé ou l'orientation relationnelle, liée à la culture, qui sont considérées par les pharmaciens comme ayant une influence sur l'adoption du LA (« *Les patients qui viennent chez moi sont pour la plupart des habitués avec qui j'entretiens une relation. Ils m'ont choisi parmi d'autres car chaque pharmacien a sa manière d'être et de travailler et ils sont en cohérence avec mon mode de fonctionnement donc ils sont plutôt contre et surtout ne comprennent pas l'intérêt du LA.* »).

Les pharmaciens interrogés n'avaient pas mis en place le LA, le sens des relations qu'ils évoquent spontanément dans leur discours entre les différentes variables du modèle tend donc à prouver que le LA a peu de chance d'être adopté car trop risqué, trop complexe, peu compatible, sans avantages et ce pour une grande partie des situations et des individus. Voyons maintenant ce qu'en pensent ceux qui ont mis en place le LA.

**- Pour les pharmaciens ayant mis en place le LA :**

Malgré un guide d'entretien similaire, les pharmaciens ayant mis en place le libre-accès dans leur officine ont plus axé leurs discours sur leur pratique du LA et très peu sur les consommateurs. En effet, la grande majorité avoue une faible fréquentation du rayon 6 mois après la mise en place de la mesure. L'avantage relatif du LA est évoqué mais il semble faible tant au niveau des modifications des prix que des changements dans le volume des ventes des médicaments OTC (« *le CA est resté quasi identique par rapport aux années précédentes. Peut – être qu'avec le temps cela changera* »). A l'instar des pharmaciens sans LA, ils soulignent les problèmes logistiques liés à l'installation du LA (« *Evidemment ! Nous avons modifié tout l'espace près des caisses pour garder un œil sur les clients venant se servir et pouvoir les conseiller rapidement, car au début comme je le disais nous craignons une baisse de dialogue avec eux* ») qui peuvent nuire à la fréquentation de l'officine (travaux, manque de place pour circuler dans les rayons,... « *Au début, les clients ils étaient u peu perdu, je crois* »).

*même que j'ai perdu quelques clients plus ou moins fidèles pendant la période des travaux, vous savez les personnes âgées, elles aiment pas trop quand les choses bougent... »).*

Le risque perçu du LA n'est jamais évoqué par ces pharmaciens par contre ils avouent que la démarche de choisir seul ses médicaments est complexe et nécessite une expérience que n'ont pas leurs clients, ce qui explique en partie le peu de fréquentation du rayon et la venue récurrente des clients au comptoir (*« Je pense que le public n'est pas assez éduqué vis-à-vis du LA car je vois encore trop de patients mal informés ou ayant une fausse idée des médicaments qu'ils achètent »*). Cela rejoint les problèmes de comptabilité perçue du LA avec les valeurs des clients, ceux-ci ne sont pas encore prêts à accepter le LA ou du moins à le considérer comme un élément de choix possible. Par contre, le LA est compatible avec des valeurs de modernité, d'innovation, de curiosité et de dynamisme (*« Pour être à la page ! (rires). Je suis une pharmacienne à la page ! C'est une évolution de la pratique de mon métier et j'ai trouvé ça intéressant, donc pourquoi pas ? J'ai tenté et je ne suis pas déçue, sans pour autant être absolument ravie non plus ! »*, *« Tout simplement pour suivre l'évolution de la profession et offrir de la nouveauté »*) qui correspondent à une partie de la clientèle. Nous pouvons parler ici des innovateurs précoces (Rogers, année).

Aucun élément du discours de ces répondants ne porte sur les variables individuelles et situationnelles et leur influence directe ou indirecte sur l'adoption du LA. Nous pouvons cependant s'étonner du pessimisme des pharmaciens ayant mis en place le LA quant à son adoption par les consommateurs.

Les entretiens réalisés en pharmacies pratiquant le LA sont finalement moins riches d'enseignements que les autres puisque plus contingents à la faible fréquentation des lieux. Nous pouvons cependant faire ressortir trois des quatre caractéristiques perçues du LA et leur influence plus ou moins directe sur l'adoption ou plutôt le manque d'adoption du LA : peu d'avantage relatif, une complexité assez forte et une faible compatibilité avec les valeurs de individus, expliquant donc une faible fréquentation.

#### *Auprès des consommateurs*

Des consommateurs ont été interrogés en officine près du rayon de LA, certains l'avaient déjà utilisé, d'autres s'en approchaient pour voir et certains ne l'avaient pas du tout remarqué et n'étaient pas au courant de la mesure. Les réponses sont différentes en fonction du type de consommateur mais elles convergent toutes vers les mêmes thèmes. En premier

lieu les consommateurs parlent de l'avantage relatif du LA par rapport à l'assistance du pharmacien. Ceux qui l'ont pratiqué et même ceux à qui l'on a expliqué le concept s'accordent tous à évoquer la question du gain de temps et de la rapidité de la transaction si on ne passe pas par le comptoir (« *C'est bien de pouvoir se servir rapidement pour ce genre de médicaments* »). Le LA est donc considéré comme plus rapide et moins preneur de temps que le contact avec le pharmacien. Il est de même considéré comme plus facile d'accès, on ne fait pas la queue, on ne perd pas de temps à formuler sa demande à voix haute (« *C'est quand même bien de pouvoir avoir accès facilement aux médicaments sans avoir à faire la queue ou expliquer ce qu'on a à quelqu'un alors qu'on sait très bien ce qu'on veut* »). De plus il permet la comparaison des prix, difficile face au pharmacien et le choix du produit (« *j'irai là où c'est le moins cher* », « *ça me permettra de choisir de nouveau produit en fonction du prix* »). Pour certains des répondants, témoignant d'une faible orientation relationnelle, un des avantages du LA est le fait de ne pas avoir à parler au pharmacien (« *J'aurai pas besoin de passer par la case pharmacien* »). A contrario, d'autres consommateurs estiment que ce manque de contact dépersonnalise la relation de santé, qui doit rester une relation humaine et non de l'ordre du shopping (« *je pense que cela peut être utile dans des grandes villes où le gain de temps est la philosophie de vie. Mais en ce qui me concerne, autant aller directement au comptoir de la pharmacie de mon village et demander au pharmacien ce dont j'ai besoin* »).

Les risques perçus du LA sont évoqués par tous les répondants et concernent principalement les capacités des usagers à utiliser les médicaments (interactions, mésusage, surdosage, consommation de médicaments inadaptés... « *J'ai un peu peur des incompatibilités entre les médicaments, je sais pas trop, j'ai vu des trucs qui font peur, je me fais pas trop confiance, je m'y connais pas vraiment là-dedans* » « *Ceux qui se bourrent de médicaments vont vider les gondoles* »). Les consommateurs n'ont donc pas confiance en eux et en leurs compétences en santé, c'est un sentiment partagé par tous les répondants. De même certains répondants ont peur de leur addiction au shopping ou de leur anxiété qui pourrait leur faire acheter trop de médicaments et surstocker si ceux-ci sont en LA. Une partie des répondants pensent également que le LA ne peut conduire à un gain collectif et c'est donc un risque qui peut mener à la banalisation du médicament, en commençant par sa vente en grandes surfaces.

Ces éléments nous mènent à évoquer la compatibilité du LA avec les valeurs des individus. Le LA est contre les valeurs véhiculées par la gestion de la santé « à la française »

*(« Je n'aime pas vraiment le concept de self-service comme au supermarché, j'aime me faire servir et me faire conseiller », « moi j'aime avoir des prescriptions pour être remboursé »).* La relation avec le pharmacien est sacrée, les français sont attachés à cet accès aux médicaments, ils sont de plus attachés à la gratuité de la santé et le LA est une façon de faire payer le consommateur pour s'automédiquer. De façon plus positive, le LA est compatible avec les répondants qui pensent que les consommateurs français doivent être responsabilisés dans la gestion de leur santé au quotidien *(« je m'automédique beaucoup parce que je pense pas que l'Etat doit payer si j'ai mal à la tête et ça devrait être pareil pour tout le monde »)*. De même le LA a des vertus pédagogiques, il permettra aux clients de mieux connaître les médicaments et donc de mieux les choisir pour une expertise croissante de l'utilisateur de santé.

Enfin le LA est perçu par la majorité des répondants comme complexe d'utilisation, il y a trop de choix, les consommateurs n'ont pas assez de connaissances pour différencier les médicaments entre eux et comprendre les écarts de prix. De plus le LA est souvent difficile d'accès, mal signalisé, les différences de prix ne sont pas justifiées, les consommateurs en viennent même à se méfier des médicaments en LA car ils ne comprennent pas la légitimité de leur positionnement dans ce type de rayons, comparés aux produits derrière le comptoir *(« j'irai prendre quelque chose que je connais mais sinon je demanderai toujours le conseil du pharmacien. Je préfère avoir le conseil même si je sais que si il le mettent en libre vente ça doit pas être toxique mais peut-être que finalement ils servent à rien par rapport à ceux qu'on peut pas prendre nous-mêmes »)*.

Les variables individuelles qui ressortent des entretiens en priorité sont l'expertise : les répondants évoquent souvent le fait de « s'y connaître » pour utiliser le LA. De façon plus officieuse, la confiance en soi des répondants est évoquée quand ceux-ci parlent des risques encourus avec le LA. Ces risques sont en effet des risques individuels liés à de probables erreurs de leur part. L'orientation relationnelle ressort dans la peur de perdre la relation au pharmacien ou au contraire la volonté de ne plus avoir à faire à une tierce personne pour traiter ses problèmes de santé bénins. Une variable supplémentaire apparaît, la pratique de l'automédication, liée à l'expertise et la confiance en soi, mais qui a une influence directe sur la volonté d'adopter le LA. Une personne qui pratique régulièrement l'automédication a plus de connaissance et surtout moins de doutes quant à ses capacités à se soigner seule et efficacement, sans dangers *(« j'achète déjà plein de médicaments pour la gorge, le rhum, la nausée sans demander l'avis du pharmacien, je lui donne juste le nom du médicament que j'ai*

*trouvé sur Internet pour ce que j'ai, donc le LA pour moi c'est pareil, sans pharmacien, ça lui fait moins perdre son temps »).*

En moyenne, les répondants qui disent non à l'automédication ont plus de 36 ans et se trouvent en ville de moins de 10000 habitants et milieu rural. Le sexe n'apparaît pas comme une variable déterminante dans le cas de cette étude qualitative.

Plusieurs variables situationnelles sont évoquées par les répondants. Le temps en premier est un avantage relatif important du LA mais il n'est valable que dans la mesure où la situation requiert un temps limitée ce qui n'est pas toujours le cas pour tous les répondants. Les personnes âgées par exemple estiment que l'achat de médicaments nécessitent de prendre son temps et ne voient donc l'intérêt d'aller plus vite (*« mon mari et moi, n est âgé, on va beaucoup chez le docteur, on court pas partout alors pourquoi on devrait courir à la pharmacie, on parle avec notre pharmacien, il nous surveille un peu quoi »*), ce qui n'est pas le cas des plus jeunes ou des personnes actives. La mauvaise visibilité des rayons due à leur emplacement dans l'officine, à la taille de l'officine, au marquage du rayon, est un élément qui conduit directement à une non-utilisation du LA et donc à une non-adoption. Cette variable est déterminante puisque la majorité des personnes n'ayant pas utilisé le LA ne l'ont pas fait car elles ne l'ont pas vu ! (*« je l'ai vu dans ma pharmacie donc j'y suis allée, c'est pratique, ça va vite », « J'en ai jamais entendu parlé et je l'ai jamais vu donc je suis pas intéressé du tout »*). D'autres l'ont utilisé car ils sont tombés dessus par hasard au détour d'un rayon.

Pour finir, il est clair que les individus ayant déjà utilisé une fois le LA sont prêts à recommencer alors que ceux ne l'ayant jamais utilisé ont plus de réticences à s'engager dans cette nouvelle forme de distribution des médicaments. On peut donc dire qu'une première utilisation du LA est une variable essentielle à son adoption, comme nous l'avons évoqué dans le cadre conceptuel. Une enquête menée 6 mois après cette étude conforte ce résultat puisque l'intention d'adoption du LA est deux fois plus forte chez les individus ayant déjà utilisé une fois le LA (Etude GERMS-AFIPA, 2010).

### *Synthèse des résultats*

Si nous ne pouvons pas valider nos propositions de recherche, du fait de la nature de notre méthodologie qualitative, il est possible de dire que les résultats présentés ci-dessous confirment une grande partie de notre cadre conceptuel issu de la littérature :

- Le rôle déterminant des caractéristiques perçues de l'innovation : l'avantage relatif, principalement la rapidité perçue, en effet le prix ou le choix sont assez peu évoqués par les consommateurs, et très peu mis en valeur par les pharmaciens qui ne voient pas vraiment de différences notables. La complexité perçue et le risque perçu lié au mésusage par le patient se retrouvent dans la majorité des entretiens, que ce soit auprès des pharmaciens ou des consommateurs. La compatibilité perçue est bi-dimensionnelle et tourne autour de la modernité perçue du LA et de la notion de modèle de société, le LA est-il compatible avec la santé « à la française ? ». On note d'ailleurs une certaine convergence entre les réponses des pharmaciens et des consommateurs sur les risques perçus, sur la compatibilité et la complexité, alors que la nature des avantages relatifs est plus divergente.
- Certaines variables individuelles ressortent de façon récurrente, c'est le cas de l'âge et de l'expertise de santé du consommateur. De façon moins récurrente nous retrouvons l'impact du lieu d'habitation, de la CSP, de l'orientation relationnelle et de la confiance en soi. L'anxiété est la variable la moins représentée dans les entretiens, ce qui peut être dû au caractère déclaratif de ceux-ci. La pratique de l'automédication semble être une variable préalable essentielle à l'adoption du LA.
- Les variables situationnelles que nous retiendrons de ces entretiens sont le temps disponible ainsi que la structure de l'officine (agencement, signalisation, espace).
- C'est la première utilisation du LA, qu'elle soit le fruit du hasard ou d'une action volontariste, elle semble déterminer l'adoption du LA.
- Une conclusion de cette enquête est la présence de deux types distincts d'utilisateurs du LA : les pragmatiques et les convaincus. Les premiers l'adopteront par hasard et par praticité, alors que les seconds l'adopteront par conviction, pour se sentir responsables de leur santé et participer à la baisse des déficits publics.

## **CONCLUSIONS ET VOIES DE RECHERCHE**

Notre question de départ était la suivante : le libre-accès représente-t-il une révolution dans la distribution ? Le mot révolution est un peu fort pour qualifier la mise en place de ce mode de distribution mais c'est bien un changement dans la façon de concevoir sa santé qui se profile timidement. Pour répondre à cette question de la façon la plus rigoureuse, cette étude avait pour objectif la construction d'un cadre conceptuel d'adoption du libre-accès. Nous avons choisi d'utiliser le cadre théorique d'adoption d'une innovation élaboré en premier lieu par Rogers (1983) et Ponder, Lueg et Williams (2006) comme base de notre réflexion. Le

sujet étant peu étudié en marketing, particulièrement en France où la réglementation est très restrictive sur les produits de santé, et la mise en libre-service de certains médicaments d'auto-médication très récente, nous avons, en complément de la revue de la littérature, mené une étude qualitative en officine, pour interroger des pharmaciens et des consommateurs sur le processus d'adoption du libre accès aux médicaments. Cette étude nous a permis de confirmer la validité de ce cadre d'adoption.

Le cadre conceptuel mis à jour ne présente pas de divergences majeures avec les cadres d'adoption classique des innovations de distribution. Des variables spécifiques à la santé ressortent cependant, comme la pratique de l'automédication ou les éléments de compatibilité que sont la compatibilité avec les valeurs de société représentées par le remboursement des médicaments, variables essentielles à toute réflexion sur les pratiques de santé en France.

Le libreaccès est adopté s'il est utilisé en première instance. Les déterminants de cette première utilisation sont souvent situationnelles : bonne visibilité du rayon, peu de temps disponible, mais également lié à un état d'esprit plus expert, plus confiant moins soumis à la peur du mésusage des médicaments. L'adoption, même si elle passe le plus souvent par une première utilisation, dépend fortement de la compatibilité perçue du libreaccès avec les valeurs de l'individu et sa façon de gérer ses dépenses de santé. Une pratique récurrente de l'automédication, une certaine expertise de la santé, associées à un âge peu avancé et une CSP plus sont autant d'éléments qui poussent à l'adoption du LA, tant physique que psychologique, sans passer par la variable médiatrice de l'utilisation.

Les limites de cette étude sont nombreuses, l'objectif était de construire un modèle prenant en compte les spécificités du système de santé français avec un ancrage théorique reconnu en marketing. D'autres modèles auraient pu être choisis ainsi que d'autres méthodologies, c'est ce que nous nous appliquons à faire dans nos recherches en cours.

Nos recherches futures nous conduiront bien évidemment à tester ce cadre conceptuel auprès des clients en officine dans un premier temps pour tester la solidité du cadre. Nous envisageons également de mener une série d'expérimentation sur les éléments qui poussent à l'utilisation du LA, en particulier les variables situationnelles. Nous nous intéresserons également aux types d'utilisateurs du LA, en effet notre étude montre qu'il existe deux types d'utilisateurs potentiels du LA, ceux qui le trouvent par hasard, par commodité et qui le réutilise, et ceux qui y adhère par principe car il est entièrement compatible avec leur vision de la société et de la façon dont doit être gérée la responsabilité des patients dans leur santé.

Ces deux types d'individus sont très différents du point de vue des pouvoirs publics et des laboratoires pharmaceutiques. Si les premiers sont des cibles potentielles pour les opérations promotionnelles, de merchandising..., les seconds sont des précurseurs en termes de santé et seront les premiers à accepter des modifications profondes de la distribution de médicaments, comme la vente en hypermarché par exemple. Les implications pratiques d'une telle étude ne sont donc pas négligeables et nous poussent dans cette voie.

Une voie de recherche pourra également nous conduire vers la vente en ligne de médicaments sans ordonnance, aujourd'hui interdite par la législation française mais en passe d'être autorisée dans un certain cadre et pour certaines spécialités. La comparaison du modèle de Meuters et alli (2005) sur l'adoption de l'achat de médicament en ligne avec le notre constitue une piste de recherche intéressante.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bendapudi, Neeli and Robert P. Leone (2003), "Psychological Implications of Customer Participation in Coproduction," *Journal of Marketing*, 67 (February), 14-28.
- Berry, Leonard L., Kathleen Seiders and Dhruv Grewal (2002), "Understanding Service Convenience," *Journal of Marketing*, 66 (July), 1-17.
- Bitner, Mary Jo (1995), "Building Service Relationships: It's All About Promises," *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23 (4), 246-51.
- Bolton L.E., Reed II A., Volpp K.G., Armstrong K. (2008), How Does Drug and Supplement Marketing Affect a Healthy Lifestyle? *Journal of Consumer Research*, 34, 5, 713-726.
- Boulaire, C., Balloffet, P. (1999), Freins et motivations à l'utilisation d'Internet : une exploration par le biais des métaphores, *Recherches et Applications en Marketing*, 14 (1), p.21-39.
- Campbell M.C. et Goodstein R.C. (2001), The moderating effect of perceived risk on consumers' evaluations of product incongruity: preferences for the norm, *Journal of Consumer Research*, 28, 3, 439-449.
- Carluer-Lossouarn F. (2009), *L'aventure des premiers supermarchés*, Linéaires-Editions du Boisbaudry.
- Chaudhuri A. (2000), "A Macro Analysis of the Relationship of Product Involvement and Information Search: The Role of Risk," *Journal of Marketing Theory and Practice*, 8 (1), 1-15.
- Conchar M.P., Zinkhan G.M., Peters C. et Olavarrieta S. (2004), An integrated framework for conceptualization of consumers' perceived-risk processing, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32, 4, 418-436.
- Du Gay P. (2006), Self-service: retail, shopping and personhood, *Consumption, Markets and Culture*, 7, 2, 149-163.
- Fishbein, M., (1967), A consideration of Beliefs and their Role in Attitude Measurement, in *M. Fishbein, ed. Readings in Attitude Theory and Measurement*, John Wiley and Sons, Inc.
- Fishbein, M., Ajzen, I., (1975), *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Readings, MA: Addison-Wesley.
- Forman A.M. et Sriram V. (1991), The depersonalization of retailing: its impact on the "lonely consumer", *Journal of retailing*, 67, 2, 226-243.

Gatignon, H., Robertson, T.S., (1985), A Propositional Inventory for New Diffusion Research, *Journal of Consumer Research*, 11, 4, p.849-867.

Glaser B. G et Strauss A.L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company.

Gwinner, Kevin P., Dwayne D. Gremler and Mary Jo Bitner (1998), "Relational Benefits in Services Industries: The Customer's Perspective," *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26 (2), 101-114.

Heilman, C.M., Bowman, D., Wright, G.P., (2000), The Evolution of Brand Preferences and Choice Behaviors of Consumers New to a Market, *Journal of Marketing Research*, 37, 2, p.139-155.

Krampf R., Ueltschy L. et d'Amico M. (2003), The contribution of emotion to consumer satisfaction in service setting, *Marketing management journal*, 13, 1, 32-52.

Matthew J., Spake D.F., Godwin, D. M. (2008), Aging consumers and drug marketing: Senior citizens' views on DTC advertising, the medicare prescription drug programme and pharmaceutical retailing, *Journal of Medical Marketing*, 8, 3, 221-228.

Meuters M.L., Ostrom A.L., Robert I. Roundtree and Mary Jo Bitner (2000), "Self-Service Technologies: Understanding Customer Satisfaction with Technology-Based Service Encounters," *Journal of Marketing*, 64 (3), 50-64.

Ponder N., Lueg J.E., et Williams Z. (2006), Salesperson assistance versus self-service in retailing: are they both a matter of convenience, *Marketing Management Journal*, 16, 1, 72-87.

Regan W.J. (1960), Self-service in retailing, *Journal of Marketing*, April 1960, 43-48.

Sweeney, Jillian C., Geoffrey N Soutar and Lester W. Johnson (1999), "The Role of Perceived Risk in the Quality-Value Relationship: A Study in a Retail Environment," *Journal of Retailing*, 75 (1), 77-105.

Reynolds K.E. et Arnold M.J. (2000), Customer loyalty to the salesperson and the store: examining relationship customers in an upscale retail context, *Journal of Personal Selling & Sales management*, 20, 2, 89-98.

Roehrich, G., (2001), Causes de l'achat d'un nouveau produit: variables individuelles ou caractéristiques perçues, *Revue Française de Marketing*, 182, p.83-98.

Rogers, E.M., (1983), *Diffusions of Innovations*, New York, The Free Press, 3ème ed.

Rogers, E.M., Shoemaker, F.F., (1977), *Communications of Innovations*, New York, The Free Press.

Seth J. et Parvatiyar A. (1995), Relationship marketing in consumer markets: antecedents and consequences, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23, 4, 255-271.

Stremersch S. (2008), Health and marketing: The emergence of a new field of research, *International Journal of Research in Marketing*; Dec2008, Vol. 25 Issue 4, p229-233.

Taylor, S., Todd, P., (1995), Decomposition and Crossover Effects in the Theory of Planned Behaviour: A study of Consumer Adoption Intentions, *International Journal of Research in Marketing*, 12, p.137-155.

## **A1. LES GUIDES D'ENTRETIENS UTILISES**

### **1. Le guide d'entretien auprès des pharmaciens**

- Ouverture : Parlez-moi du Libre-accès aux médicaments.
- Opinion :
  - Qu'en pensez-vous ?
  - Pourquoi l'avoir mis (pas mis) en place ? Freins, motivations
  - Perception par les clients du LA
- Impact sur l'officine (réel ou perçu par les non LA) :
  - Modifications des ventes, du CA, des prix
  - Choix de la mise en valeur, du rayon, de l'assortiment
  - Perception des modifications de prix et de produits par les clients
- Modification du rôle du pharmacien :
  - Conseil
- Les consommateurs et le LA :
  - Avis, perception
  - Utilisation, fréquentation
  - Risques, aptitudes, connaissances
- Avenir du LA ?

### **2. Le guide d'entretien auprès des consommateurs**

- Ouverture : Qu'évoque pour vous le libre-accès aux médicaments ?
- Fréquentation :
  - L'avez-vous déjà utilisé, fréquence ?
  - Raisons : hasard, pharmacien, proches, curiosité ?
- Avis sur le LA :
  - Positif ou négatif
  - Freins et motivations
  - Risques et avantages
- Modification des comportements en officine :
  - Impact du prix, du choix des produits
  - Communication avec le pharmacien
- Modifications des comportements de santé :
  - Automédication
  - Responsabilisation,...
- Avenir du LA ?

## A2. LA CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Tableau 2. Liste des pharmaciens interrogés

|    | Lieu     | Répondant (quand renseigné) | Taille de l'officine | LA ou non |
|----|----------|-----------------------------|----------------------|-----------|
| 1  | Province | Homme, 30 ans               | moyenne              | Oui       |
| 2  | Paris    | Femme, 45 ans               | petite               | Oui       |
| 3  | Province | Homme, 40 ans               | grande               | Oui       |
| 4  | Province | Homme, 40 ans               | grande               | Oui       |
| 5  | Banlieue | Femme, 50 ans               | grande               | Oui       |
| 6  | Paris    | Femme, 40 ans               | grande               | Oui       |
| 7  | Paris    | Homme, 28 ans               | moyenne              | Oui       |
| 8  | Banlieue | Homme, 32 ans               | grande               | Oui       |
| 9  | province | Homme, 40 ans               | moyenne              | oui       |
| 10 | Paris    | Femme, 40 ans               | grande               | Oui       |
| 11 | Paris    | Homme                       | petite               | Non       |
| 12 | Paris    | Homme                       | petite               | Non       |
| 13 | Paris    | Femme                       | Moyenne              | Non       |
| 14 | Paris    | Homme                       | Petite               | Non       |
| 15 | Banlieue | Homme                       | Moyenne              | Non       |
| 16 | Banlieue | Femme                       | petite               | Non       |
| 17 | Banlieue | Homme                       | moyenne              | Non       |
| 18 | Banlieue | Homme                       | Petite               | Non       |
| 19 | Paris    | Femme                       | Petite               | Non       |
| 20 | Paris    | Femme                       | Petite               | Non       |
| 21 | Paris    | Homme, 65 ans               | moyenne              | Non       |
| 22 | Paris    | Homme                       | Grande               | Non       |
| 23 | Paris    | Femme                       | Moyenne              | Non       |

Tableau 3. Liste des consommateurs interrogés

|   | Sexe  | Age du répondant | Lieu d'habitation | CSP         | Utilisation du LA |
|---|-------|------------------|-------------------|-------------|-------------------|
| 1 | homme | 27 ans           | ville             | CSP+        | oui               |
| 2 | femme | 31 ans           | ville             | CSP+        | oui               |
| 3 | homme | 60 ans           | province          | CSP+        | oui               |
| 4 | femme | 25 ans           | ville             | CSP moyenne | oui               |
| 5 | homme | 30 ans           | province          | CSP moyenne | non               |

|    |       |        |          |             |     |
|----|-------|--------|----------|-------------|-----|
| 6  | homme | 50 ans | campagne | CSP -       | non |
| 7  | femme | 55 ans | campagne | CSP +       | non |
| 8  | homme | 34 ans | campagne | CSP -       | non |
| 9  | homme | 25 ans | campagne | CSP -       | non |
| 10 | femme | 32 ans | ville    | CSP+        | non |
| 11 | femme | 81 ans | province | CSP-        | non |
| 12 | homme | 58 ans | province | CSP moyenne | non |
| 13 | homme | 18     | ville    | CSP-        | non |
| 14 | homme | 22     | Province | CSP+        | non |
| 15 | homme | 36     | Campagne | CSP-        | Non |
| 16 | homme | 47     | Ville    | CSP+        | oui |
| 17 | homme | 59     | Province | CSP moyenne | Oui |
| 18 | homme | 78     | province | CSP moyenne | non |
| 19 | Femme | 24     | Campagne | CSP -       | non |
| 20 | Femme | 32     | Ville    | CSP moyenne | non |
| 21 | Femme | 38     | Ville    | CSP -       | non |
| 22 | Femme | 52     | Campagne | CSP +       | oui |
| 23 | Femme | 57     | Province | CSP moyenne | Oui |
| 24 | Femme | 76     | ville    | CSP +       | non |