

**Université de Limoges
Faculté de Pharmacie**

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement
le 30 juin 2016
par Guillaume Jandeaux
né le 11 juillet 1990, à Limoges

**L'IMPACT DES POLITIQUES DE SÉCURITÉ
SOCIALE SUR L'ÉVOLUTION ÉCONOMIQUE
DE L'OFFICINE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Luc DUROUX-PU	Président
Monsieur Michel DEYSSON, Docteur en Pharmacie, Directeur de thèse	Juge
Madame Catherine FAGNERE, Docteur en Pharmacie, MCU-Co directrice de thèse	Juge
Monsieur Jean-Michel PENNETIER, Docteur en Pharmacie	Juge

**Université de Limoges
Faculté de Pharmacie**

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement
le 30 juin 2016
par Guillaume Jandeaux
né le 11 Juillet 1990, à Limoges

**L'IMPACT DES POLITIQUES DE SÉCURITÉ
SOCIALE SUR L'ÉVOLUTION ÉCONOMIQUE
DE L'OFFICINE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Luc DUROUX-PU	Président
Monsieur Michel DEYSSON, Docteur en Pharmacie, Directeur de thèse	Juge
Madame Catherine FAGNERE, Docteur en Pharmacie, MCU-Co directrice de thèse	Juge
Monsieur Jean-Michel PENNETIER, Docteur en Pharmacie	Juge

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Jean-Luc **DUROUX**

1^{er} VICE-DOYEN : Madame Catherine **FAGNERE**, Maître de Conférences

PROFESSEURS :

BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

MOESCH Christian	HYGIENE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
SAINT-MARCOUX Franck	TOXICOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
----------------------------	-----------------------------------

BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
GRIMAUD Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTROLE DU MEDICAMENT
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MERCIER Aurélien	PARASITOLOGIE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
PASCAUD Patricia	PHARMACIE GALENIQUE – BIOMATERIAUX CERAMIQUES
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
TROUILLAS Patrick	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE

VIGNOLES Philippe

BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET
INFORMATIQUE

PROFESSEUR DE LYCEE PROFESSIONNEL :

ROUMIEUX Gwenhaël

ANGLAIS

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :

CHEMIN Guillaume (01.09.2015 au 31.08.2016) BIOCHIMIE FONDAMENTALE ET
CLINIQUE, CANCEROLOGIE

FABRE Gabin (01.10.2015 au 31.08.2016)

CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE

PROFESSEURS EMERITES :

BUXERAUD Jacques

DREYFUSS Gilles

LOUDART Nicole

REMERCIEMENTS

Mr Deysson

Vous souhaitez étudier ce sujet depuis longtemps et vous m'avez fait confiance pour son écriture. Vous avez grandement contribué à la réalisation de cette thèse, et j'espère qu'elle est à la hauteur de vos attentes.

Mme Fagnère

Grâce à votre disponibilité, vous m'avez permis d'amorcer les démarches dans la réalisation de cette thèse. Vous vous êtes énormément impliquée dans mon projet et m'avez permis de finaliser son écriture.

Mr Duroux

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse, vous trouverez ici toute ma reconnaissance.

Mr Pennetier

Vous m'avez aidé dans mes recherches et vous êtes investi pour l'obtention de certains documents. C'est aussi grâce à vous que ce projet a pu aboutir, et pour cela, vous trouverez ici toute ma reconnaissance.

Aude

Tu m'aides et me soutient depuis le début, tu me motives et me pousse à réussir. Merci pour tout ce que tu as fait et tout ce que tu feras encore.

Mes parents

Merci pour vos encouragements, et votre accompagnement dans mes études. C'est grâce à vous si j'ai pu arriver jusqu'ici.

Mes frères et sœurs

Vous m'avez suivi depuis le début et m'avez soutenu tout au long de mes études. Merci pour tout.

Ma famille

Merci à tous pour vos encouragements quotidiens, en particulier à mes cousins Thomas, Anne et Nicolas pour leur aide, et à mes oncles Alain et Michel, pour m'avoir aidé ou guidé dans certaines recherches.

Mr Georges Pennetier

Vous avez vous aussi participé au projet en le corrigeant, et en apportant votre vision neutre sur le texte. Je vous adresse ici mes remerciements.

Mme Augé-Caumon (USPO)

Je vous remercie pour les documents, très utiles pour la rédaction de ce texte, que vous m'avez fait parvenir.

Mme Saujeon-Roque (Musée National de l'Assurance Maladie)

Je vous remercie pour les documents (conventions, livres etc.) que vous m'avez envoyés depuis Bordeaux.

Mes Amis

Les copains « du foot », de la Faculté, du Lycée, fidèles depuis tant d'années. Merci pour votre présence et votre bonne humeur.

Mes collègues

Membres de la Pharmacie De La Tour, merci de m'avoir intégré au sein de votre équipe. Vous rendez mon métier toujours plus intéressant et agréable.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	18
PREMIÈRE PARTIE : LES RAPPORTS ENTRE LE PHARMACIEN, LE MEDECIN, ET LE PATIENT DANS UN ENVIRONNEMENT DE LIBERTE DES PRIX : LE COMPTE D'APOTHICAIRE	19
1.1 – LE COMPTE D'APOTHICAIRE VU PAR MOLIÈRE	20
1.2 – PLUS PROCHE DANS LE TEMPS ET MOINS LITTERAIRE UN AUTHENTIQUE COMPTE DE PHARMACIEN.	24
1.3 – LE CHIFFRE D'AFFAIRES D'UN PHARMACIEN A LA FIN DU XIXEME SIECLE ET AU DEBUT DU XXEME.....	25
1.3.1 – POUR FIXER LES IDÉES, QUELLE EST LA VALEUR D'UN CABINET MÉDICAL EN 1901... ..	25
1.3.2 – L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE D'UNE OFFICINE PARISIENNE ENTRE 1929 ET 1930 RÉCAPITULÉE À PARTIR DE SON ORDONNANCIER SUR UNE ANNÉE.	29
1.3.2.1 – L'activité de l'officine.	29
1.3.2.2 – Les prescripteurs.	29
1.3.2.3 – Le chiffre d'affaires établi à partir du seul ordonnancier.	31
1.3.2.4 – L'activité de l'officine en nombre de préparations.	33
1.3.2.5 – Les patients.	35
1.3.2.5.1 – Le contexte social.	38
1.3.2.5.2 – Le niveau de vie des Français et le coût des soins.	39
1.3.3 – LA COHÉRENCE D'AUTRES RÉFÉRENCES DE L'ÉPOQUE : KNOCK OU LE TRIOMPHE DE LA MÉDECINE.	41
DEUXIÈME PARTIE : APERÇU DE LA REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE AVANT ET APRES 1941: CE QUI CHANGE POUR LA PHARMACIE D'OFFICINE	44
2.1 – LE VOCABULAIRE UTILISÉ.....	44
2.2 – LES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN.....	45
2.2.1 – AVANT 1941.	46
2.2.1.1 – Le monopole.	46

2.2.1.2 – Le maillage territorial.	47
2.2.2 – APRÈS 1941 : LA CRÉATION DE L'ORDRE DES PHARMACIENS.	47
2.2.2.1 – Les missions de l'Ordre.	48
2.2.2.2 – Le Code de Déontologie.	48
2.3 – CONCLUSION SUR LA DEUXIÈME PARTIE	48
TROISIÈME PARTIE : LA PROTECTION SOCIALE ET L'ACCES AUX SOINS (DONT PHARMACEUTIQUES) POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION. QUELQUES ETAPES D'UNE LONGUE ELABORATION	50
3.1 – BRÈVE HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	50
3.1.1 – LE MOYEN-ÂGE.....	50
3.1.2 – LE XVIIIÈME SIÈCLE.....	51
3.1.3 – DU XIXÈME SIÈCLE AUX ANNÉES 1920.	52
3.1.4 – L'ENTRE-DEUX GUERRES.	53
3.1.5 – GÉNÉRALISATION ET ÉVOLUTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.	53
3.1.5.1 – Le texte fondateur du 4 Octobre 1945.	54
3.1.5.2 – Les textes fondamentaux qui déterminent le droit à la Sécurité sociale.	55
3.1.5.3 – Les adaptations de la Sécurité sociale.....	57
3.1.5.3.1 – Des régimes divisés.....	58
3.1.5.3.2 – L'apparition des régimes complémentaires.	58
3.1.5.4 – L'universalité presque aboutie.....	59
3.2 – CONCLUSION SUR LA TROISIEME PARTIE.....	60
QUATRIÈME PARTIE : L'EXERCICE DE LA PHARMACIE DANS UN ENVIRONNEMENT DE PLUS EN PLUS DOMINE PAR LA PROTECTION SOCIALE : LES CONSEQUENCES SUR L'EVOLUTION DE LA MARGE OFFICINALE	61
4.1 – AVANT 1945, LES PREMIERES INTERVENTIONS DE L'ÉTAT : LE CONTROLE DES PRIX ET L'ADMISSION AU REMBOURSEMENT.	61
4.2 – LA PÉRIODE 1945 – 1973 : IMPACT DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE DANS UN CONTEXTE ÉCONOMIQUE FAVORABLE.....	63
4.2.1 – LES PRIX.....	63
4.2.2 – LES PHARMACIES MUTUALISTES.....	64
4.2.3 – LE TIERS PAYANT.....	64
4.2.3.1 – Mise en place du tiers payant.....	65

4.2.3.2 – Chronologie des conventions locales de tiers payant : exemple du département de la Gironde.....	65
4.2.3.3 – L’impact du tiers payant sur le chiffre d’affaires des officines.....	69
4.2.4 – AUTRES ÉVÈNEMENTS.....	69
4.3 – DEPUIS 1973.....	70
4.3.1 – LES DIFFÉRENTS « PLANS DE SÉCURITÉ SOCIALE » PAR ORDRE CHRONOLOGIQUES... 71	
4.3.1.1 – Présentation schématique.....	71
4.3.1.2 – L’analyse plan par plan.....	71
4.3.1.2.1 – De 1975 à mai 1981 : Valéry Giscard D’Estaing est président de la République.....	72
4.3.1.2.2 – Du 21 mai 1981 au 17 mai 1995 : François Mitterrand est président de la République.....	73
4.3.1.2.3 – Du 17 mai 1995 au 16 mai 2007 : Jacques Chirac est président de la République.....	83
4.3.1.2.4 – Du 16 mai 2007 au 15 mai 2012 : Nicolas Sarkozy est président de la République.....	95
4.3.1.2.5 – 15 mai 2012 : François Hollande est président de la République.....	99
4.3.2 – LES CONSÉQUENCES POUR L’OFFICINE.....	103
4.3.2.1 – La répartition des parts de chaque intermédiaire dans le prix des spécialités remboursables.....	103
4.3.2.2 – Les bilans économiques.....	104
4.3.2.2.1 – Le chiffre d’affaires.....	105
4.3.2.2.2 – La Marge Commerciale.....	106
4.3.2.2.3 – L’Excédent Brut d’Exploitation.....	106
4.3.2.2.4 – Depuis 2012.....	107
4.3.2.2.5 – Interprétation.....	107
4.3.2.3 – La structure des ventes.....	107
CINQUIÈME PARTIE : LE PASSAGE A UNE REMUNERATION PAR HONORAIRE	109
5.1 – MISE EN PLACE D’UNE POLITIQUE CONVENTIONNELLE NATIONALE.....	109
5.2 – LES MESURES QUI ONT TRANSFORME LA PROFESSION.....	110
5.2.1 – LA RÉMUNÉRATION A L’HONORAIRE, UNE IDÉE QUI A FAIT UN LONG CHEMIN.....	111
5.2.1.1 – Quand la profession y pense la première.....	111
5.2.1.2 – Le rapport Sérusclat 1982.....	112

5.2.1.3 – Le rapport Biot Dangoumau 1989.	113
5.2.1.4 – Quand l’Académie de pharmacie se prononce 2005.....	114
5.2.2 – LA PREMIÈRE CONVENTION NATIONALE DE 2006.....	115
5.2.3 – LA LOI HÔPITAL - PATIENTS - SANTÉ – TERRITOIRES (HPST) 2009.....	117
5.2.4 – LE RAPPORT RIOLI 2009.....	119
5.2.5 – LA CONVENTION PHARMACEUTIQUE DE 2012.....	120
5.2.5.1 – Les objectifs généraux : l’article L162-16-1 du Code de la Sécurité sociale.	120
5.2.5.2 – La version de base de l’exercice contractuel avec l’Assurance maladie : les quatre axes opérationnels.....	121
5.2.5.3 – Diversifier la rémunération de l’officine.....	121
5.2.5.4 – Des avenants annuels ont complété la version initiale de la convention.	125
5.3 – L’IMPACT DE LA CONVENTION DE 2012 SUR L’ÉCONOMIE DE L’OFFICINE.....	126
5.3.1 – La rémunération sur objectifs.....	126
5.3.2 – La rémunération à l’honoraire.....	129
5.4 – CONCLUSION SUR LA CINQUIÈME PARTIE : LE CHANGEMENT DE MODÈLE ÉCONOMIQUE	130
CONCLUSION.....	135
ANNEXES.....	138
BIBLIOGRAPHIE.....	151
SERMENT DE GALIEN.....	157

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de préparations prescrites par les cinq plus gros prescripteurs.....	30
Figure 2 : Variation du chiffre d'affaires (CA) mois par mois.....	31
Figure 3 : Nombre de préparations délivrées chaque mois.....	33
Figure 4 : Chronicité des délivrances à la patientèle.....	34
Figure 5 : Répartition des patients selon leur nombre de délivrances dans l'année.....	35
Figure 6 : Domiciles de la patientèle de l'officine.....	37
Figure 7 : Evolution de la consommation de médicaments à prix courants.....	70
Figure 8 : Présentation schématique des plans de Sécurité sociale.....	71
Figure 9 : Evolution de l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie et du régime général de la Sécurité sociale.....	82
Figure 10 : L'ONDAM en chiffre.....	84
Figure 11 : Répartition des marges dans le prix des spécialités remboursables.....	103
Figure 12 : Evolutions moyennes du chiffre d'affaires, de la marge commerciale et de l'excédent brut d'exploitation des officines depuis 1989.....	105
Figure 13 : Représentation schématique de la rémunération du pharmacien en fonction du taux de substitution.....	127
Figure 14 : L'impact de l'honoraire de 0,80 € par boîte de 2015.....	131
Figure 15 : L'impact de l'honoraire de 1 € par boîte de 2016 pour les médicaments dont le PFHT est compris entre 0 et 23€.....	132
Figure 16 : L'impact de l'honoraire de 1 € par boîte de 2016 pour les médicaments dont le PFHT est compris entre 23 et 150 €.....	133
Figure 17 : L'impact de l'honoraire de 1 € par boîte de 2016 pour les médicaments dont le PFHHT est compris entre 150 et 7810 €.....	133

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des patients ayant reçu au moins six délivrances.....	36
Tableau 2 : Coût des soins pour les neuf plus gros consommateurs.....	36
Tableau 3 : Niveau de vie des français en 1930.....	40
Tableau 4 : Les affiliations de la Sécurité sociale.....	59
Tableau 5 : Répartition des tranches de la Marge Dégressive Lissée en 1990	80
Tableau 6 : Répartition des tranches de la Marge Dégressive Lissée en 1999	86
Tableau 7 : Répartition des tranches de la Marge Dégressive Lissée en 2004	92
Tableau 8 : Répartition des tranches de la Marge Dégressive Lissée de 2015/2016.....	102
Tableau 9 : Structure des ventes entre 2000 et 2012	108
Tableau 10 : Les huit missions légales du pharmacien définies par l'article L.5125-1-1-A du CSP.	119
Tableau 11 : Revalorisation de la permanence pharmaceutique par le biais conventionnel.	123
Tableau 12 : Calcul des marges brutes du pharmacien entre 2014 et 2016.....	134

TABLE DES ARTICLES

Article 1 : Grève et manifestation des 21 et 22 (Lachenaud, 1983).	75
Article 2 : Les pharmaciens dans la rue (Busseau, 1988).....	79
Article 3 : De quoi s'inquiéter ! (Pouzaud, 1990)	80
Article 4 : La profession retrouve le moral (Pouzaud, 2000)	87
Article 5 : L'Etat veut sa part (Pouzaud, 2004).....	92
Article 6 : La fin d'une époque (Philbert et Prigent, 2009).....	98
Article 7 : Vers la ruine (Le Moniteur, 1948).....	111
Article 8 : Le rapport Sérusclat (1982).....	113
Article 9 : Des solutions à la carte (1989).....	114
Article 10 : Quand l'académie de pharmacie milite pour la prescription officinale (Lefort, 2005)	115

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale.

ACS : Aide à la Complémentaire Santé.

AFSSaPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

AG : Association Générale.

ALD : Affection de Longue Durée.

AM : Assurance Maladie.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament.

ARL : Accusé de Réception Logique.

ARS : Agence Régionale de Santé.

Art. : Article.

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu.

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation.

AVK : Anti Vitamine K.

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive.

CA : Chiffre d'Affaires.

CEPS : Comité économique des Produits de Santé.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales.

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CPN : Commission Paritaire Nationale.

CPS : Carte de Professionnel de Santé.

CSP : Code De La Santé Publique.

CSS : Code De La Sécurité Sociale.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

EBE : Excédent Brut d'Exploitation.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

FSE : Feuille de Soin Electronique.

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France.
GERS : Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques.
HAS : Haute Autorité de Santé.
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire.
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
JO : Journal Officiel.
Kg : Kilogramme.
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale.
MDL : Marge Dégressive Lissée.
MSA : Mutualité Sociale Agricole.
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.
PFHT : Prix Fabricant Hors Taxe.
PIB : Produit Intérieur Brut.
PVP : Prix de Vente Public.
RMO : Références Médicales Opposables.
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.
RSI : Régime Social des Indépendants.
RTU : Recommandations Temporaires d'Utilisation.
SESAM : Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie.
SHP : Supplément d'Honoraires Pharmaceutiques.
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance.
SMR : Service Médical Rendu.
SNCF : Société Nationale des Chemins de Fer.
SNIP : Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique.
TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité.
TPN : Tarif Pharmaceutique National.
TTC : Toute Taxe Comprise.
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée.
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.
UNOCAM : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie.
UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France.
UNPS : Union Nationale des Professions de Santé.
USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine.

INTRODUCTION

Bien qu'elle ne jouisse pas toujours d'une bonne réputation auprès d'une partie de ses bénéficiaires, la Sécurité sociale reste un atout considérable pour la population française. Les patients comme les professionnels de santé sont les acteurs d'une contestation grimpante face aux multiples plans de Sécurité sociale. Les décisions du gouvernement ont très souvent pour objectif de réduire les dépenses de santé, ceci entraînant une baisse dans les prestations offertes par l'Assurance maladie. Ce phénomène est lié à un contexte économique difficile, et depuis les années 1970 les assurés sont de plus en plus confrontés à une augmentation des soins qui restent à leur charge, les professionnels voient également que leurs revenus sont amputés par ces restrictions budgétaires. Ces décisions sont-elles légitimes ? Quand on regarde le nombre des mesures prises depuis près de quarante ans, il semblerait que l'on ait, peut-être, surestimé les capacités de la Sécurité sociale telle que voulue en 1945. Le but a toujours été d'avoir des prestations universelles de grande qualité, et la croissance économique des années dites des « trente glorieuses » était un atout considérable pour atteindre cet objectif. Or depuis près de quarante ans, le système de santé est confronté à un déficit financier, conséquence de deux phénomènes longtemps « parallèles » venant à se disjoindre dans les dernières décennies : la qualité des soins, leurs coûts, le nombre d'assurés, et donc le nombre d'actes, ont progressé, et dans le même temps, les ressources se sont atténuées à la suite d'événements économiques et sociaux défavorables.

Le pharmacien est un acteur de santé à part entière en France. Il est nécessairement concerné par les réformes qui modifient le modèle économique du système de santé. D'une part, il est confronté à des patients qui désapprouvent l'idée d'avoir à payer quelques-uns de leurs soins. D'autre part, il est lui-même régulièrement affaibli par des décisions qui touchent à son économie. L'officine n'a cessé de s'adapter au paysage très changeant du secteur de la santé. Les progrès médicaux, les décisions politiques, les variations économiques sont autant de facteurs qui ont influencé le métier du pharmacien. La mise en place d'une couverture élargie facilitant l'accès aux soins de la population, a considérablement amélioré la santé des français. Dans le même temps, elle a « dopé » l'économie de l'officine. Comment s'est fondé ce système de protection sociale ? Quels ont été les impacts sur l'activité des pharmaciens ? Comment s'est transformé ce métier ? Par l'analyse de certains ouvrages, nous tenterons d'apporter une réponse. Avec ces résultats nous essaierons d'envisager les évolutions à venir du métier de pharmacien et d'un système de protection sociale parfois incompris.

PREMIÈRE PARTIE

LES RAPPORTS ENTRE LE PHARMACIEN, LE MÉDECIN ET LE PATIENT DANS UN ENVIRONNEMENT DE LIBERTÉ DES PRIX : LE COMPTE D'APOTHICAIRE.

Quelques exemples choisis dans la littérature, ou extraits de documents et revues professionnelles, illustreront cette relation triangulaire et les rapports de force qui s'en dégagent.

Si l'ordonnance est depuis fort longtemps le document qui relie le malade au médecin, mais aussi au pharmacien (à l'apothicaire selon le moment), il était aussi d'usage, jusqu'à une époque relativement récente, que le patient paie lui-même ses médicaments. Dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres de l'activité sociale, les comptes étaient réglés à une échéance définie à l'avance entre le client et le fournisseur ou selon une date fixe en usage dans une profession, une ville ou une province, jusqu'à être annuelle et payable, par tradition, le plus souvent à la Saint Michel (le 29 septembre).

Le prestataire cumulait le montant des factures dans un document qu'il soumettait à son client au moment convenu pour le règlement. Pour les pharmaciens, il s'agissait du compte (ou partie) d'apothicaire. C'est par son contenu détaillé et méticuleux qu'il est entré dans le langage populaire pour désigner, avec quelque moquerie, un écrit très fouillé, compliqué peut-être à l'excès où rien n'est laissé au hasard. Mais, cela doit plutôt être porté au crédit de cette profession par le sérieux que cela démontre. S'agissant du récapitulatif d'articles pouvant être très nombreux, accompagnés de leur prix souvent modique, ce document devint aussi dans l'usage populaire révélateur d'une prétendue avarice voire pour certains esprits, sans doute ennemis de la profession, un document pouvant être inexact ou surchargé.

1.1 – LE COMPTE D’APOTHICAIRES VU PAR MOLIÈRE

La première scène du Malade Imaginaire, dernière œuvre de Molière, est la référence la plus connue que nous ayons trouvée pour illustrer le rapport d’un patient avec son pharmacien pendant le XVII^{ème} siècle :

ARGAN, seul dans sa chambre, assis, une table devant lui, compte des parties d’apothicaire avec des jetons ; il fait, parlant à lui-même, les dialogues suivants :

Trois et deux font cinq, et cinq font dix, et dix font vingt ; trois et deux font cinq.

*« Plus, du vingt-quatrième, un petit clystère insinuatif, préparatif et rémollient, pour amollir, humecter et rafraîchir les entrailles de monsieur ? » Ce qui me plaît de monsieur Fleurant, mon apothicaire, c’est que ses parties sont toujours fort civiles. « Les entrailles de monsieur, **trente sols.** » Oui ; mais, monsieur Fleurant, ce n’est pas tout que d’être civil ; il faut être aussi raisonnable et ne pas écorcher les malades. Trente sols un lavement ! Je suis votre serviteur, je vous l’ai déjà dit ; vous ne me les avez mis dans les autres parties qu’à vingt sols ; et vingt sols en langage d’apothicaire, c’est-à-dire dix sols ; **les voilà, dix sols.***

*« Plus, dudit jour, un bon clystère détersif, composé avec catholicon double, rhubarbe, miel rosat, et autres, suivant l’ordonnance, pour balayer, laver et nettoyer le bas-ventre de monsieur, **trente sols.** » Avec votre permission, **dix sols.***

*« Plus, dudit jour, le soir, un julep hépatique, soporatif et somnifère, composé pour faire dormir monsieur, **trente-cinq sols.** » Je ne me plains pas de celui-là ; car il me fit bien dormir. **Dix, quinze, seize, et dix-sept sols six deniers.***

*« Plus, du vingt-cinquième, une bonne médecine purgative et corroborative, composée de casse récente avec séné levantin, et autres, suivant l’ordonnance de monsieur Purgon, pour expulser et évacuer la bile de monsieur, **quatre livres.** Ah ! Monsieur Fleurant, c’est se moquer : il faut vivre avec les malades. Monsieur Purgon ne vous a pas ordonné de mettre quatre francs. Mettez, mettez **trois livres,** s’il vous plaît. Vingt et trente sols.*

*« Plus, dudit jour, une potion anodine et astringente, pour faire reposer monsieur, **trente sols.** » **Bon, dix et quinze sols.***

*« Plus, du vingt-sixième, un clystère carminatif, pour chasser les vents de monsieur, **trente sols.** » **Dix sols,** monsieur Fleurant.*

« Plus, le clystère de monsieur, réitéré le soir, comme dessus, **trente sols**. » Monsieur Fleurant, **dix sols**.

« Plus, du vingt-septième, une bonne médecine, composée pour hâter d'aller et chasser dehors les mauvaises humeurs de monsieur, **trois livres**. » Bon, **vingt et trente sols** ; je suis bien aise que vous soyez raisonnable.

« Plus, du vingt-huitième, une prise de petit-lait clarifié édulcoré pour adoucir, lénifier, tempérer et rafraîchir le sang de monsieur, **vingt sols**. » Bon, **dix sols**.

« Plus, une potion cordiale et préservative, composée avec douze grains de bézoard, sirop de limon et grenades, et autres, suivant l'ordonnance, **cinq livres**. » Ah ! Monsieur Fleurant, tout doux, s'il vous plaît ; si vous en usez comme cela, on ne voudra plus être malade ; contentez-vous de **quatre francs**. Vingt et quarante sols. Trois et deux font cinq, et cinq font dix et dix font vingt. Soixante et trois livres quatre sols six deniers.

Si bien donc que, de ce mois, j'ai pris une, deux, trois, quatre, cinq, six, sept et huit médecines ; et un, deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit, neuf, dix, onze et douze lavements ; et, l'autre mois, il y avait douze médecines et vingt lavements. Je ne m'étonne pas si je ne me porte pas si bien ce mois-ci que l'autre. Je le dirai à monsieur Purgon, afin qu'il mette ordre à cela. [1]

Argan (le malade imaginaire) règle ses dettes avec son apothicaire Monsieur Fleurant en étudiant le compte que ce dernier vient de lui présenter. En 1673 (date de la première représentation de la comédie) les malades paient eux-mêmes les médicaments qu'ils utilisent, et même si Argan est un bourgeois qui semble jouir de l'aisance financière, il ne va pas moins s'appliquer à revoir systématiquement à la baisse la facture qui lui est présentée. En effet, sur les quatre cent quinze sols qu'il doit, selon son fournisseur, il n'en réglera au final que deux cent quarante, soit presque la moitié. Le coût des soins était-il négociable selon les usages en cours à cette époque, ou Argan agit-il de sa propre autorité, au final de celle du payeur qui justement refuse de payer ce qui lui est demandé simplement parce qu'il le trouve trop cher ? À moins qu'il ne le fasse en toute connaissance de cause, car le nom de Fleurant n'a pas été choisi au hasard par Molière. Ce patronyme dériverait du verbe « fleurir » (sentir), car, dans cette pièce et peut-être aussi dans la société du moment l'apothicaire est présenté comme un personnage qui abuse de son client, sachant repérer, « sentir », le profit là où il est.

Quoi qu'il en soit, si ce malade est imaginaire, (nous dirions aujourd'hui hypocondriaque), la critique économique qu'il fait du compte de son apothicaire est bien réelle et le pharmacien va en faire les frais (ou peut-être pas).

Et c'est dans le monologue auquel se livre Argan que nous pouvons suivre sa démarche, en commençant par le premier des médicaments facturés, le « petit clystère insinuatif, préparatif et rémollit, pour amollir, humecter et rafraîchir les entrailles de monsieur » facturé trente sols et qui sera, au final, payé seulement dix sols au terme du « raisonnement » suivant :

« Trente sols un lavement ! » [...] vous ne me les avez mis dans les autres parties qu'à vingt sols ; et vingt sols en langage d'apothicaire, c'est-à-dire dix sols ; les voilà, dix sols ».

En fait, Argan remarque que dans des comptes précédents (les autres parties) le clystère n'était facturé que vingt sols (mais était-il de même composition ?), montant qu'il s'empresse de diviser par deux laissant à penser que monsieur Fleurant en a déjà volontairement doublé la valeur : « et vingt sols en langage d'apothicaire, c'est-à-dire dix sols ».

Aucun des autres médicaments présents dans la partie d'apothicaire n'échappera à « la critique économique » d'Argan qui opérera une diminution systématique des sommes demandées par monsieur Fleurant.

Ainsi, le « bon clystère détersif, composé avec catholicon double, rhubarbe, miel rosat, et autres, suivant l'ordonnance, pour balayer, laver et nettoyer le bas-ventre de monsieur » connaîtra le même sort en voyant son prix rabaisé des deux tiers.

Par contre, le « julep hépatique, soporatif et somnifère, composé pour faire dormir monsieur » est apprécié par Argan : « Je ne me plains pas de celui-là ; car il me fit bien dormir ». Son montant n'est alors divisé que par deux.

La « bonne médecine purgative et corroborative, composée de casse récente avec séné levantin, et autres, suivant l'ordonnance de monsieur Purgon, pour expulser et évacuer la bile de monsieur » passe de quatre à trois livres. Et cette diminution illustre clairement la relation malade-apothicaire, quand Argan fait le commentaire suivant : « Ah ! Monsieur Fleurant, c'est se moquer : il faut vivre avec les malades », ou ailleurs dans le texte : « il faut être aussi raisonnable et ne pas écorcher les malades ».

La « potion anodine et astringente, pour faire reposer monsieur » ne lui en coûtera que la moitié.

Le sort des clystères semble être de voir leur prix divisé par trois comme pour le « clystère carminatif, pour chasser les vents de monsieur, trente sols. » Dix sols, monsieur Fleurant ». Il en est de même pour son « renouvellement » : « Plus, le clystère de monsieur, réitéré le soir, comme dessus, trente sols. » Monsieur Fleurant, dix sols ».

La « bonne médecine, composée pour hâter d'aller et chasser dehors les mauvaises humeurs de monsieur » ainsi que la « prise de petit-lait clarifié édulcoré pour adoucir, lénifier, tempérer et rafraîchir le sang de monsieur » sont évalués à la moitié de la facture.

Enfin, la « potion cordiale et préservative, composée avec douze grains de bézoard, sirop de limon et grenades, et autres, suivant l'ordonnance » est ramenée de cinq livres à quatre francs, avec ce commentaire : « si vous en usez comme cela, on ne voudra plus être malade ».

En fait Argan accepte de payer plus ou moins cher ses médicaments selon son ressenti. Le clystère, pourtant fort employé à l'époque ne semble pas recueillir ses faveurs, car c'est sur ce mode d'administration qu'il opère les retenues les plus importantes, de l'ordre des deux tiers, ce qui est donc très préjudiciable à monsieur Fleurant et pourrait le pousser à majorer sensiblement ses factures pour ce type de médicament. Ceux par voie orale sont mieux appréciés, il en se montre parfois satisfait quand il remarque : « Je ne me plains pas de celui-là ; car il me fit bien dormir ». Si les coupes opérées dans la facture sont alors moins graves, elles existent quand même.

La dernière réflexion qu'il fait dans son monologue est riche d'enseignements et elle reste aussi d'une réelle actualité, bien que cette attitude serait considérée maintenant comme porteuse « d'iatrogénie ». Décomptant les médicaments présents sur le mémoire de Monsieur Fleurant (que nous découvrons à cette occasion être mensuel), il fait le constat suivant : « Si bien donc que, de ce mois, j'ai pris une, deux, trois, quatre, cinq, six, sept et huit médecines ; et un, deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit, neuf, dix, onze et douze lavements ; et, l'autre mois, il y avait douze médecines et vingt lavements ».

D'où il tire la conclusion logique pour un hypocondriaque : « Je ne m'étonne pas si je ne me porte pas si bien ce mois-ci que l'autre ». Argan n'aurait-il pas toujours des émules dans notre XXIème siècle où pour beaucoup de personnes encore, le nombre des médicaments prescrits reste un gage d'efficacité thérapeutique ?

Mais la parade est à portée de sa main : « Je le dirai à monsieur Purgon (le médecin), afin qu'il mette ordre à cela ». Cette décision est-elle vraiment circonscrite au moment où écrit

Molière ? Les patients modernes, devenus également des assurés sociaux, ne réclament-ils jamais que le médecin leur « marque » des médicaments supplémentaires sur leur ordonnance ?

En cela s'achève la relation triangulaire évoquée plus haut ; en rallongeant son ordonnance à la demande d'Argan, monsieur Purgon va (involontairement) participer à l'enrichissement de monsieur Fleurant, malgré les importants rabais que lui inflige son client. A moins que dans ce jeu de dupes (qui exclut en partie monsieur Purgon) l'apothicaire n'ait volontairement surestimé le prix des médicaments fournis, ce que sait Argan qui en profite pour justifier des coupes financières qu'il opère sur la partie qui lui est présentée, car à aucun moment il n'est présenté comme étant avare. Il n'en reste pas moins que la « santé financière » de monsieur Fleurant dépend pour une grande part de l'activité de prescription de monsieur Purgon, et cela reste d'actualité pour les pharmaciens modernes.

1.2 – PLUS PROCHE DANS LE TEMPS ET MOINS LITTERAIRE UN AUTHENTIQUE COMPTE DE PHARMACIEN.

La présentation du mémoire de monsieur Fleurant (théâtre oblige) est recherchée, l'activité de chaque médicament (ou remède) y est assez élégamment commentée comme par exemple : « un petit clystère insinuatif, préparatif et rémollient, pour amollir, humecter et rafraîchir les entrailles de monsieur ? » ; « pour balayer, laver et nettoyer le bas-ventre de monsieur » ; « pour adoucir, lénifier, tempérer et rafraîchir le sang de monsieur ». C'est d'ailleurs ce que reconnaît Argan : « Ce qui me plaît de monsieur Fleurant, mon apothicaire, c'est que ses parties sont toujours fort civiles ».

Dans la vie courante, la présentation d'une partie d'apothicaire était souvent plus aride comme dans l'exemple suivant :

VOIR ANNEXE 1 : Compte de pharmacien adressé à son patient (notaire).

Il s'agit d'un compte d'apothicaire adressé à un notaire. Il retrace l'ensemble des médications dont le notaire a eu recours auprès du pharmacien sur l'année 1907. Les produits sont récapitulés un par un avec le prix correspondant à chacun d'entre eux. Au final le pharmacien

a calculé la somme que doit lui régler son patient notaire pour ses soins pris à l'année. Ce compte semble particulièrement dense et onéreux pour l'époque, surtout si on le compare avec les résultats de l'ordonnancier que nous allons étudier par la suite. En outre, le fait que le patient soit notaire peut nous laisser penser qu'il faisait partie d'une classe sociale assez élevée, et capable d'utiliser régulièrement des soins pharmaceutiques. Une telle somme finale (104,91 Francs), n'était pas accessible pour toute la population (voir au 1.3.2.5.2) dans un contexte où les assurances sociales n'en n'étaient qu'à leurs balbutiements.

1.3 – LE CHIFFRE D'AFFAIRES D'UN PHARMACIEN A LA FIN DU XIXEME SIECLE ET AU DEBUT DU XXEME.

1.3.1 – Pour fixer les idées, quelle est la valeur d'un cabinet médical en 1901.

Le **Correspondant Médical** était un journal bimensuel destiné au corps médical, paru pour la première fois à la fin du XIXème siècle, et qui apportait aux praticiens des informations sur la pratique clinique. Comme dans beaucoup de publications (et maintenant encore) une page de chacun des numéros proposait des annonces de reprises de cabinets médicaux. L'analyse de quelques une d'entre elles, pour l'année 1901, permettent d'apporter des précisions utiles sur les conditions d'exercice du métier de médecin, et également d'avoir une notion de la valeur des cabinets.

*Bonne clientèle à céder à 3 h. de Paris. Belle résidence. Rapports de 8 à 9000 frs. Prix demandé 4000 frs, dont 2500 comptant. Le titulaire se retire **après fortune faite**.*

Il s'agit là d'une annonce typique de reprise d'un cabinet médical de province. Le « rapport » financier correspond sans doute au chiffre d'affaires du médecin sur une année, valeur sans doute très proche du bénéfice à ce moment-là, les frais généraux étant très réduits, voire théoriques à cette époque. A noter qu'il est considéré comme important par l'annonceur, puisque le « titulaire se retire après fortune faite ». Bien sûr, la notion de fortune reste fonction de celui qui l'estime, mais cela ne pouvait pas concerner un faible revenu.

*À céder, par suite de décès, à 1 h. 1/2 de Paris, à proximité de 2 lignes, poste médical ; rapport, 11 à 12000 frs. **On fait la pharmacie.** Conditions : versement d'une somme à débattre, achat du matériel et des produits pharmaceutiques.*

Ce qui est à remarquer dans cette annonce, c'est la mention « **on fait la pharmacie** », qui signifie donc qu'il n'y avait pas d'officine dans la commune et que le médecin pouvait préparer et délivrer des médicaments. Faire de la pharmacie, en plus de l'activité médicale, donnait une plus-value au cabinet car les revenus à l'année étaient sensiblement plus élevés, de deux à trois mille francs. Cependant, pour reprendre un tel cabinet, il fallait déboursier une somme supplémentaire pour racheter le matériel pharmaceutique et les médicaments, montant qui sera négocié directement entre le vendeur et l'acheteur.

En 1901, certains praticiens étaient habilités à exercer la pharmacie concurremment à la médecine, bien que la loi de 1803 (21 Germinal an XI), ait limité leur nombre. Ils sont dits médecins propharmaciens, et ce texte les définit comme des médecins établis dans des communes où il n'y a pas de pharmacien. Dans ces conditions, ils peuvent fournir des médicaments aux patients auxquels ils donnent leurs soins, mais n'ont pas le droit de tenir une officine ouverte au public. On peut noter qu'aujourd'hui les médecins propharmaciens existent toujours, leur nombre étant estimé à cent-cinquante sur toute la métropole. Cet exercice nécessite une autorisation délivrée par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) [2].

Clientèle à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 6,000 Fr., susceptible d'augmentation. Conditions avantageuses.

Bien qu'elle n'apprenne que très peu, cette annonce révèle les conditions d'exercice d'un médecin parisien dans un quartier populaire (qualifié même de populeux, ce qui peut être considéré avec nuance comme péjoratif). Il s'agissait donc d'un endroit plutôt pauvre, où la clientèle ne dispose pas de revenus élevés. Celui du médecin semble assez faible comparé aux annonces précédentes. Mais il est « susceptible d'augmentation », le quartier étant probablement dense en population, ce qui est un atout. Cependant, rien n'est précisé pour illustrer les conditions dites « avantageuses », mais cela laisse imaginer que l'annonceur fait référence à des facilités de négociations pour la vente du cabinet et moins probablement pour ce qui concerne la clientèle ou l'installation du cabinet.

À céder poste créé depuis 2 ans, ayant produit plus de 14,000 Fr. l'an, touchés et justifiés. Clientèle bourgeoise et payant très bien, pays de très grand avenir, à 20 minutes de Paris. Loyer, 850 Fr., et long bail à volonté. 10,000 Fr. expressément comptant, y compris cheval, voiture et accessoires de jardin.

Ce qui attire de suite l'attention dans cette annonce, est la mention « clientèle bourgeoise et payant très bien ». Aujourd'hui, il est improbable qu'une clientèle, certes bourgeoise, paye « très bien » (donc mieux ou plus facilement) une consultation médicale étant donné que son prix est le même pour l'ensemble des assurés sociaux, au moins pour ce qui est des praticiens conventionnés avec l'Assurance maladie. Cette mention reflète bien la liberté dans les prix pratiqués alors dans le « monde médical ». L'activité d'un cabinet était donc très dépendante du niveau de vie de la clientèle, et cela est montré par ce revenu qui est le plus important étudié jusqu'ici. Ce poste reste assez difficile à obtenir compte tenu du prix (10000 francs) qu'il coûterait, au comptant, pour le médecin souhaitant s'y installer. Plus « surprenant » est la mention d'accessoires de jardin dans le prix demandé. Cela laisse à penser qu'en plus de revenus confortables, ce poste (créé depuis deux ans) laisserait des loisirs à son titulaire.

Bonne clientèle médicale près de la place de la République à céder de suite. Affaire 10000 - Loyer 950. - Prix demandé 7000 comptant. Le titulaire désire se consacrer à une spécialité.

Cette annonce concerne un cabinet situé place de la République à Paris. Ce qui nous intéresse ici, c'est que le cabinet est situé près du Boulevard Magenta, emplacement de l'officine que nous allons étudier par la suite. Ce quartier populaire était dense en population, et le revenu de 10000 francs est dans la moyenne des annonces que nous avons déjà vues.

Hérault - Bon poste, proximité mer, gare, poste et télégraphe, un autre médecin, un pharmacien ; 4 à 5,000 francs touchés, susceptibles d'augmentation. Clientèle limitée au seul village, facile à desservir, sans voiture ni bicyclette. Conditions : reprise du loyer et 1,000 Fr. comptant.

Ce poste à pourvoir nous donne une indication sur la valeur d'un cabinet médical d'un village loin de Paris (département de l'Hérault). Le revenu y est bien plus faible que dans les situations précédentes, cela peut aussi s'expliquer par le fait que le médecin exerce dans un village où se trouvent déjà un autre médecin et un pharmacien. Le montant pour la reprise du cabinet est également bien plus abordable que dans les autres cas.

Nord - Excellente clientèle à céder dans jolie bourgade. - pas de médecin à 8 km à la ronde, 2000 hab. dans la commune, 3000 environ dans des communes très voisines - 8000 Fr. touchés pour l'exercice 1900. - Le titulaire se retire pour raisons de santé et céderait le poste ainsi que le cheval et la voiture sans argent comptant.

Il s'agit ici d'une annonce concernant un poste en province à l'opposé géographique du précédent. Le médecin possède une importante zone d'activité en couvrant une population de 5000 habitants. Le revenu de 8000 francs semble être dans la moyenne de ceux que nous avons déjà vus. De plus, les conditions sont très avantageuses car l'annonceur cède son poste, son cheval et sa voiture sans avoir à verser d'argent au comptant, ce qui est très rare parmi les annonces étudiées.

La valeur moyenne d'un cabinet médical est donc d'environ 9000 francs. Cependant elle augmente dans des grandes villes comme Paris et aussi avec le niveau de vie de la clientèle. Au contraire, dans des villages éloignés ou dans des quartiers plutôt populaires, la valeur des cabinets diminue. Ce n'est donc pas essentiellement la quantité de population adjacente au cabinet qui détermine sa valeur, mais surtout la classe sociale de la clientèle. Celle dite bourgeoise rémunérait mieux le médecin qu'elle consultait, c'est-à-dire qu'elle acceptait plus facilement de payer des honoraires élevés (que le praticien déterminait lui-même dans le cadre de sa déontologie propre) que d'autres catégories sociales moins favorisées qui n'auraient pas pu, ou pas voulu, les accepter. A cela, il faut ajouter que, bien souvent, il était possible pour le médecin d'exercer aussi le rôle du pharmacien. La double activité donnait une source de revenus plus importante, mais elle s'accompagnait de la gestion et de l'achat des médicaments, ce que montre les offres de reprises dans ce cas de figure. Mais, seules des études sociaux-économiques rétrospectives permettraient d'appréhender le revenu exact d'un médecin dans ces années.

Les paiements en nature doivent aussi être pris en compte, et ils pouvaient aussi concerner les pharmaciens. En effet, en milieu rural mais pas uniquement, certains patients complétaient ou remplaçaient le prix de la consultation ou autre service, par un don constitué essentiellement par des produits alimentaires tels que poulets, lapins, viande de porc après son sacrifice annuel, produits de la chasse ou de la pêche, légumes, vin, bois de chauffage, travail dans des propriétés etc., et variable aussi selon les régions. Même si ces avantages étaient très variables

ils n'en constituaient pas moins, dans certains cas, un apport économique non valorisé mais aussi non négligeable.

1.3.2 – L'activité économique d'une officine parisienne entre 1929 et 1930 récapitulée à partir de son ordonnancier sur une année.

1.3.2.1 – L'activité de l'officine.

Elle est estimée à partir d'un ordonnancier (commencé en 1929) d'une pharmacie proche du Boulevard Magenta, dans le dixième arrondissement de Paris qui était, et cela reste, un quartier dit « populaire » avec des résidents disposant de revenus modestes à faibles. L'analyse porte sur une année entière, du mois d'avril 1929 jusqu'au mois d'avril 1930, ce qui fournit des renseignements relatifs aux prescripteurs, au chiffre d'affaires de l'officine, à la patientèle avec les réserves qu'impose cette unique source de connaissances.

1.3.2.2 – Les prescripteurs.

Nous avons voulu montrer l'influence de l'activité des médecins (et au travers d'elle la demande de soins des patients) sur l'économie de l'officine. Au total, 2250 délivrances font suite à une prescription médicale sur les 2500 enregistrements présents sur l'ordonnancier pour la période retenue, ce qui représente 90% des préparations exécutées par l'officine, à supposer qu'elles y figurent toutes. Certaines inscriptions ne renseignent pas l'identité médecin, sans qu'il soit possible d'en amener la justification.

Il a été relevé l'identité de plus de quatre cent quatre-vingt-dix prescripteurs différents ce qui montre une très grande hétérogénéité dans le recours aux soins de la population du quartier. Cela s'explique, sans doute, par le contexte parisien où les médecins sont nombreux et dans lequel les patients s'adressent à des praticiens plus ou moins éloignés de leur domicile (en tous cas plus ou moins éloignés de cette partie du dixième arrondissement qui ne comptait sûrement pas un aussi grand nombre de praticiens), ce qui pouvait également être la conséquence des tarifs pratiqués, différents d'un praticien à l'autre, de la notoriété de certains d'entre eux, de leur accessibilité par rapport au lieu de travail, à l'existence de dispensaires de soins, etc.

Les adresses des prescripteurs n'étant pas relevées sur l'ordonnancier (comme il est de règle aujourd'hui), il est impossible de préciser leur degré de proximité ou d'éloignement par rapport à l'implantation de l'officine étudiée, mais il est permis de penser, au vu de la fréquence des prescriptions, que les cinq praticiens repérés comme étant les plus importants sont proches de la pharmacie.

L'analyse montre que l'essentiel des ordonnances provient de cinq médecins (sur quatre cent quatre-vingt-six), à l'origine d'au moins huit cent soixante et une dispensations à eux seuls, ce qui représentait 38,2% de l'activité annuelle de l'officine. Ils sont représentés dans le graphique suivant par les lettres A, B, C, D et E.

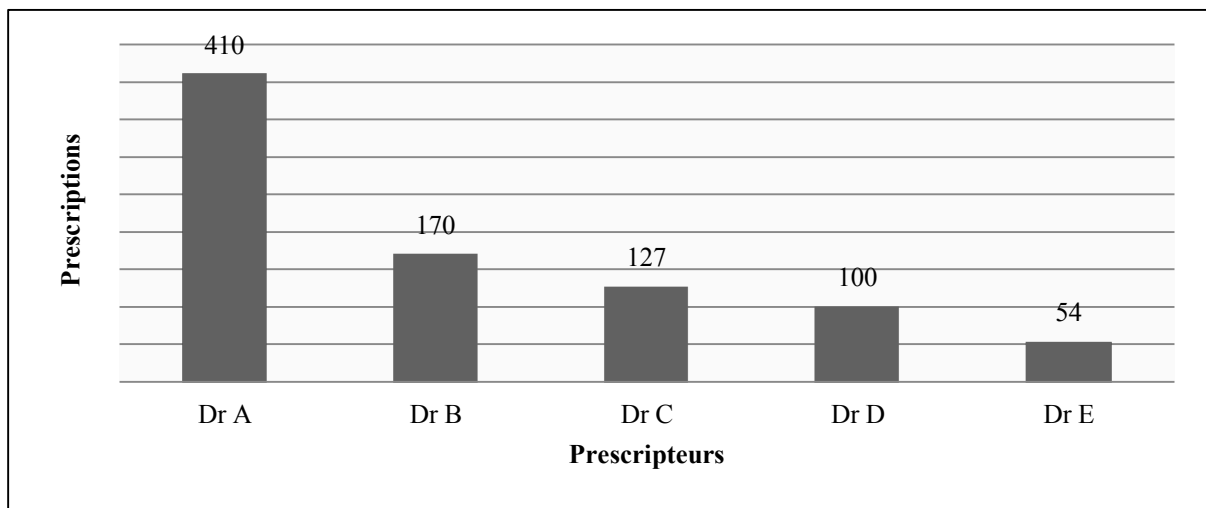


Figure 1 : Nombre de préparations prescrites par les cinq plus gros prescripteurs

L'un d'eux (Dr A) se détache largement des autres car il réalise à lui seul presque le même nombre de prescriptions que les quatre autres praticiens réunis ; il est à lui seul à l'origine d'environ 16% de l'activité annuelle de la pharmacie.

Dire que dans une très grande ville l'activité d'une officine est assise sur l'activité de cinq praticiens (parmi près de quatre cent quatre-vingt-dix) pour 38% de son chiffre d'affaires, et pour 16% pour le plus important d'entre-deux illustre bien le lien de dépendance économique entre le pharmacien et le (les) médecin(s) de son environnement.

Aujourd'hui encore, l'activité d'une pharmacie reste toujours aussi dépendante des prescripteurs, notamment en milieu urbain avec les médecins proches de l'officine qui « fournissent » l'essentiel des prescriptions. Mais, cette notion est aussi dépendante (et peut-

être plus qu'on le croit) des habitudes de « consommation » des usagers, et dans ce domaine comme dans d'autres celles de générations les plus jeunes ne sont plus les mêmes que celles qui motivaient leurs aînés. Il est probable que la pharmacie n'échappera pas au changement des mœurs voyant augmenter le « nomadisme » de la clientèle ainsi que l'augmentation des achats sur des sites de vente à distance.

1.3.2.3 – Le chiffre d'affaires établi à partir du seul ordonnancier.

Le chiffre d'affaires annuel est proche de **vingt-deux mille francs**. Cependant, le document étudié ne renseigne que pour l'activité liée à la prescription (sous forme de préparations magistrales à l'époque où les spécialités pharmaceutiques sont encore rares, et à supposer comme dit plus haut qu'elles y figurent toutes). La réalité économique est probablement très supérieure aux estimations du fait de la commercialisation d'autres produits que les médicaments. Mais ce surplus ne peut être connu. Nous ne savons pas non plus, pour essayer d'approcher le revenu du titulaire, si du personnel exerçait à l'officine avec les frais que cela suppose.

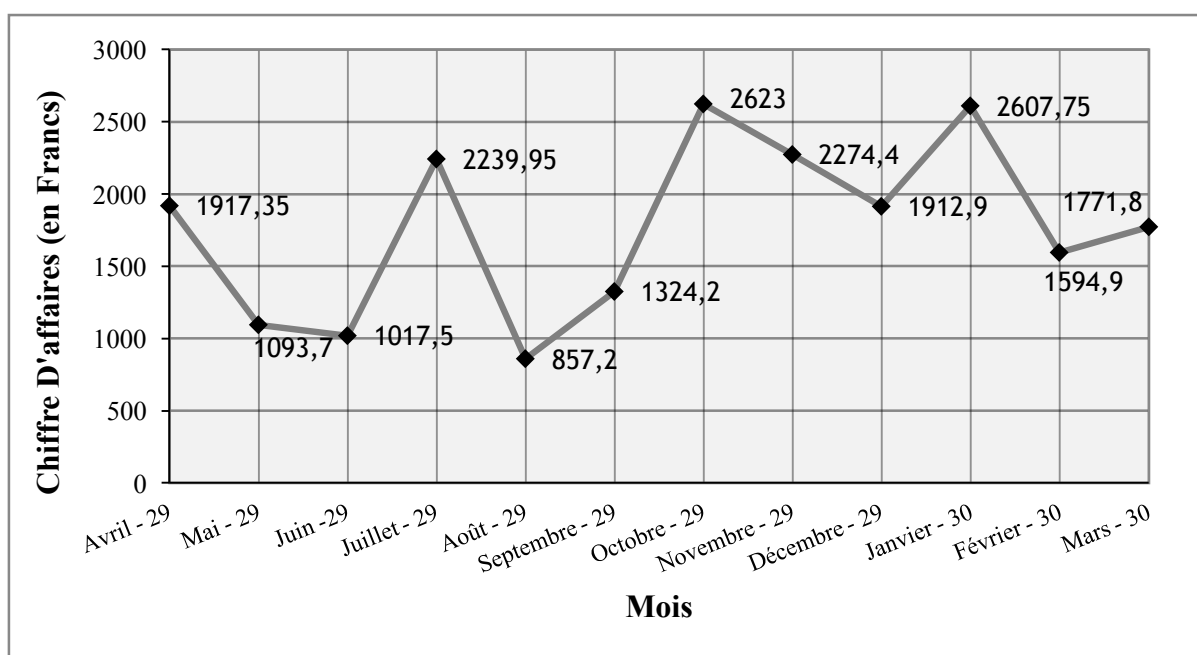


Figure 2 : Variation du chiffre d'affaires (CA) mois par mois

Cependant, le coût des matières premières étant relativement peu cher, nous pouvons avancer, avec cependant un certain nombre de réserves, que le bénéfice net pouvait s'élever à 18000 francs environ pour la seule activité de préparation des médicaments. L'estimation est d'autant plus délicate à proposer que les officinaux étaient entièrement libres de fixer les prix pratiqués dans leur officine et qu'ils déterminaient eux-mêmes les marges qu'ils appliquaient à leur commerce. Il est fort probable qu'une même préparation était facturée différemment d'une officine à l'autre, ou qu'étant proposée au même prix un pharmacien en dégagait un bénéfice supérieur ou inférieur à un autre confrère suite aux conditions dans lesquelles il achetait les matières premières nécessaires à son art.

Il faut remarquer que les 18000 francs estimés, sont cependant très proches du revenu annuel permettant de bénéficier des assurances sociales, selon la récente législation en vigueur, disposition qui ne visait pas les hauts revenus. Or, bien que l'écart entre classes sociales fût moins important qu'il ne l'est maintenant, les pharmaciens bénéficiaient certainement de revenus plus élevés que ce seul chiffre ne laisse supposer. Mais nous n'avons pu estimer que des bénéfices commerciaux déduit de la seule activité donnant lieu à enregistrement sur l'ordonnancier, ce qui ne représente qu'une part de l'activité de l'officine.

Un autre facteur doit être pris en compte dans cette évaluation qui est l'implantation proche d'autres officines, ce qui bien sûr a pour effet de « diluer » les chiffres d'affaires propres à chacune pour une même population de quartier. En effet, en l'absence de loi de répartition des pharmacies sur le territoire (qui ne devait intervenir que quarante-cinq ans plus tard par rapport au moment de l'étude) les pharmaciens s'installaient aux endroits qui leur paraissaient les plus favorables en termes d'achalandage au sens propre du mot. Ce qui eut pour effet, dans la France entière, de concentrer les officines aux carrefours de circulation dans la ville. Pour ce qui est du secteur particulier de la place Bonsergent à Paris, lieu d'implantation de l'officine étudiée, deux autres étaient ouvertes au public dans un espace très proche, au moins jusqu'à une date récente. Tout laisse à penser qu'il en était de même à ce moment, d'où un affaiblissement des revenus de chacune des pharmacies par rapport à d'autres plus « isolées » à Paris ou ailleurs en France. A contrario, si les titulaires s'installaient, au cours du temps, proches les uns des autres c'est qu'ils pensaient que le quartier apportait suffisamment d'opportunité commerciale par rapport à sa population sédentaire, même si les études de marché comme nous les entendons aujourd'hui n'existaient probablement pas. La concurrence sur les prix devait donc être vive, et si cela pouvait profiter au client (qui n'était

pas encore consommateur), il n'en était pas de même pour les revenus du pharmacien exclusivement commerçant à l'époque tant dans la réalité que dans l'esprit public. La Sécurité sociale, en rendant solvable tout demandeur de soins apportera une aisance économique certaine aux pharmaciens (ainsi qu'une régularité dans les revenus de l'activité) et atténuera les disparités liées à l'implantation géographique de l'officine. Ainsi les pharmacies rurales, celles très (trop) proches dans un même quartier, assureront pour quelques décennies une certaine rente de situation à leur détenteur.

1.3.2.4 – L'activité de l'officine en nombre de préparations.

Pour mémoire, près de deux mille cinq cents inscriptions figurent à l'ordonnancier pour la période étudiée. Il existe une grande variation dans le nombre de préparations délivrées chaque mois, de cent quatre en août contre deux cent quatre-vingt-trois en janvier. Le maximum d'activité est concentré sur les mois d'hiver, d'octobre à janvier, les mois de mai à septembre étant les plus « faibles », à l'exception du mois de juillet.

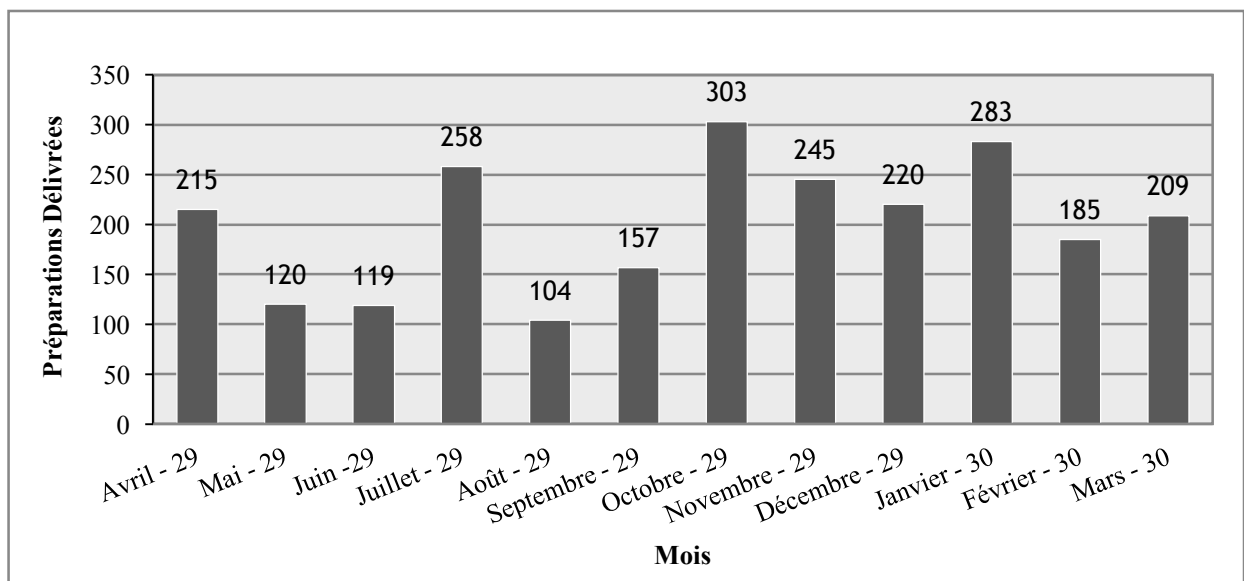


Figure 3 : Nombre de préparations délivrées chaque mois

Ce premier constat donne une indication sur les achats de médicaments effectués par la patientèle qui sont irréguliers dans le temps. Ceci s'expliquerait par le fait que les prescriptions pour des maladies chroniques, renouvelables chaque mois, n'avaient pas lieu à cette époque. Par conséquent le flux des patients était très aléatoire. Pour l'illustrer nous avons relevé, chez les personnes ayant effectué au moins dix achats dans l'année, le nombre

de médicaments identiques pris plus d'une fois pour chacun de ces patients. Les résultats apparaissent dans le graphique suivant. Vingt-quatre patients sont identifiés par des lettres allant d'A à X. Les colonnes colorées représentent les médicaments délivrés de façon « chronique » (au moins deux fois). Les colonnes transparentes correspondent au reste des achats effectués par chaque patient et sont donc tous différents.

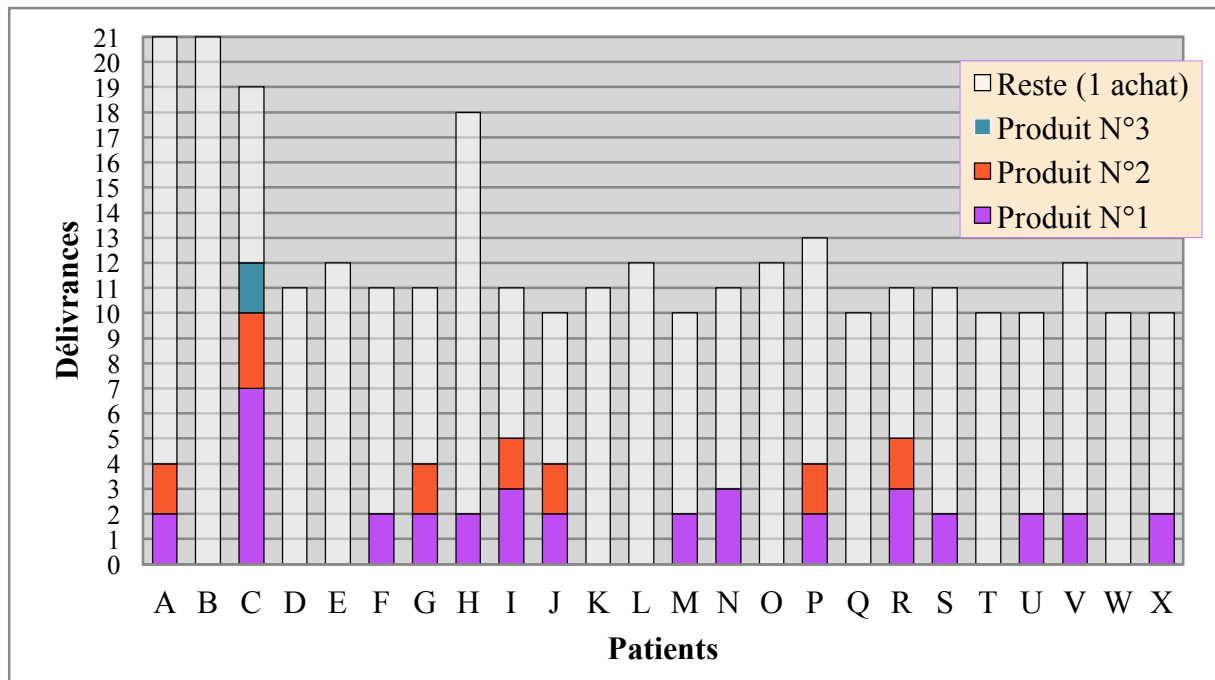


Figure 4 : Chronicité des délivrance à la patientèle

Il n'existe donc que très peu de régularité dans les achats de la patientèle. La plupart des médicaments sont différents d'un mois sur l'autre, et il est très rare de voir un malade se procurer plus de deux fois la même préparation pharmaceutique.

Si les moyens pour traiter des affections chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque ou autre, étaient différents de ceux utilisés maintenant, ces affections existaient quand même et la médecine d'alors pouvait proposer des solutions de type médicamenteux. Mais les malades identifiés dans cette étude ne semblaient pas suivre, ou pouvoir suivre, de traitement au long cours ce qui était probablement lié à leur coût, car il est impossible d'imaginer qu'aucun des résidents de cette partie de l'arrondissement soit indemne d'une affection chronique quelle qu'elle soit, à ce moment de l'histoire. Peut-être en

était-il autrement dans d'autres arrondissements de Paris où des personnes plus fortunées pouvaient faire face aux débours entraînés par une maladie de longue durée ? Quoiqu'il en soit, si la Sécurité sociale n'a pas créé les maladies chroniques, elle a permis leur prise en charge au long cours pour toutes les personnes quels que soient leurs revenus.

1.3.2.5 – Les patients.

Nous avons identifié neuf cent dix-huit patients différents (en réalité, il devait y en avoir plus de neuf cent cinquante, mais les noms de certains d'entre eux n'ont pas été correctement renseignés, et nous ne pouvons exploiter cette partie de données incomplètes). Tous ont bénéficié d'au moins une prescription dans l'année, dont sept cent soixante-dix présentent au moins trois ordonnances, soit 81 % des clients. Seulement vingt-quatre personnes reçoivent dix ordonnances ou plus sur l'année soit 2,5 % du total, et le maximum observé concerne deux patients pour vingt et une délivrances.

Le graphique suivant représente le nombre des patients en fonction de leur quantité de médicaments achetés à la pharmacie dans l'année.

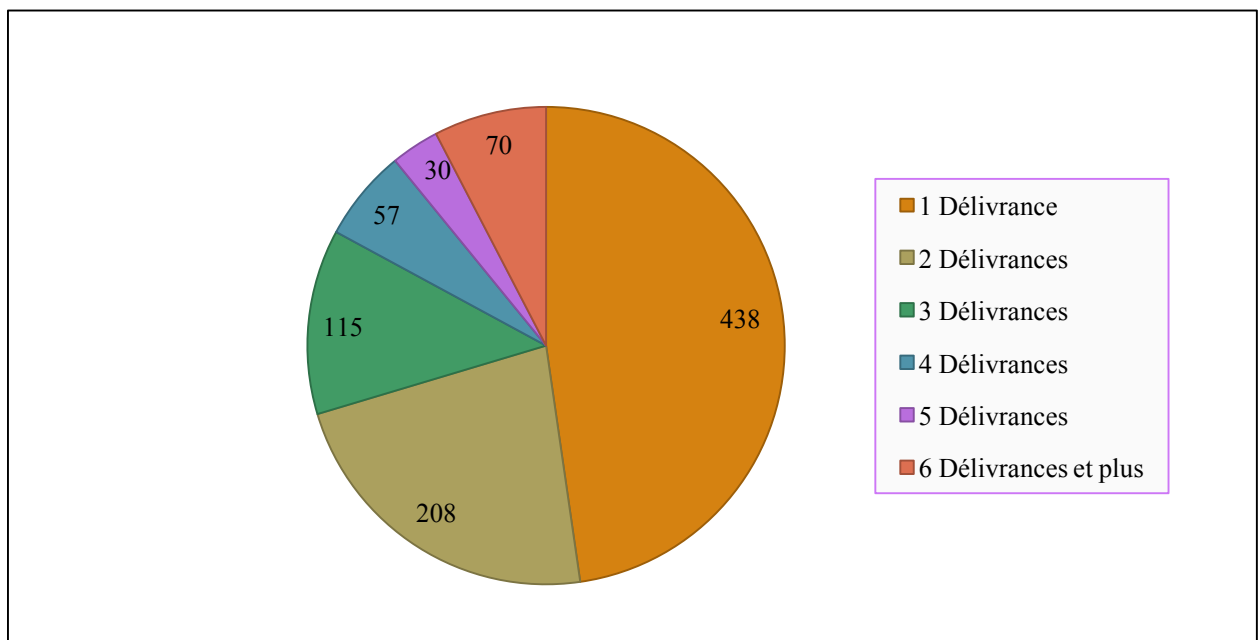


Figure 5 : Répartition des patients selon leur nombre de délivrances dans l'année

La fraction correspondant à six délivrances et plus, était trop hétérogène pour que nous puissions l'intégrer à notre graphique. Elle concerne soixante-dix patients, et le maximum de délivrances (vingt-et-une) est atteint pour deux patients seulement. Nous avons introduit ces chiffres dans le tableau suivant :

NOMBRE DE DELIVRANCES	6	7	8	9	10	11	12	13	18	19	21
NOMBRE DE PATIENTS	16	14	12	4	7	8	4	1	1	1	2

Tableau 1 : Répartition des patients ayant reçu au moins six délivrances

Nous avons également voulu savoir quel était le coût des soins pharmaceutiques des plus gros consommateurs sur l'année. Pour cela nous avons étudié ceux qui ont reçu au moins douze délivrances sur la période.

Nous avons ensuite totalisé le coût des prestations pour chacun et fait une estimation du prix moyen d'un médicament. Les résultats sont récapitulés dans le tableau suivant.

<i>PATIENTS</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>	<i>I</i>
<i>DELIVRANCES</i>	21	21	19	18	13	12	12	12	12
<i>COÛT TOTAL</i>	188,1	177,7	141,1	138,8	100,9	106,8	123,9	61,8	124,1
<i>PRIX MOYEN</i>	8,95	8,46	7,43	7,71	7,76	8,9	10,32	5,15	10,34

Tableau 2 : Coût des soins pour les neuf plus gros consommateurs

Pour comparaison, nous avons calculé le prix moyen d'un médicament de l'ordonnancier qui s'établit à 8,75 francs. On remarque donc que les gros consommateurs n'utilisent pas des produits nécessairement plus chers que la moyenne générale, en revanche ils viennent plus souvent à l'officine, ce qui augmente le coût total de leurs délivrances. Le plus gros « consommateur » a dépensé 188,10 francs en soins pharmaceutiques, (soit l'équivalent de 109 euros aujourd'hui), cette somme n'étant pas accessible pour tous les français (voir à la suite 1.3.2.5.2.).

On observe aussi que, près de la moitié des patients sont venus à la pharmacie pour effectuer un seul achat. Nous avons voulu vérifier si cette statistique était liée au fait que la patientèle soit de passage ou si elle démontrait le caractère exceptionnel du recours aux médicaments pour la plupart des personnes en 1901. Pour cela nous avons comparé les adresses des clients venus effectuer un seul achat avec celles des patients venus plusieurs fois (pour au moins huit achats). Nous en avons relevé trente parmi la quarantaine de patients venus au moins pour huit achats, et cinquante parmi ceux venus pour un seul achat (pris au hasard).

Nous avons ensuite reporté les résultats sur le plan de l'arrondissement. Les points rouges désignent l'emplacement du domicile des habitants venus plusieurs fois, tandis que les points bleus représentent ceux qui ne sont venus que pour un achat sur l'année de référence. L'emplacement de l'officine est marqué par la bulle verte.

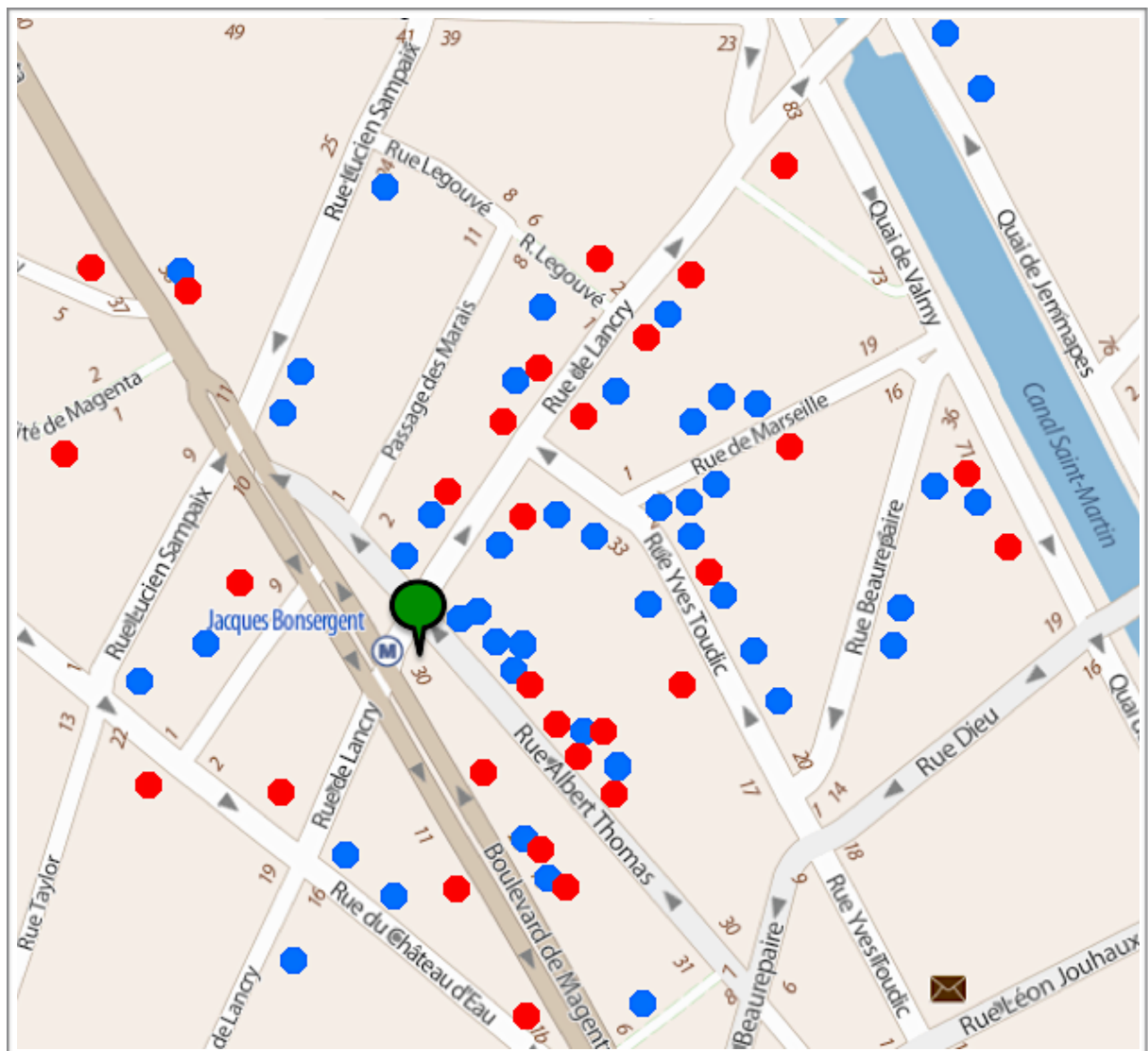


Figure 6 : Domiciles de la patientèle de l'officine

En première approche, quelles que soient leurs habitudes d'achat, les clients de l'officine sont concentrés dans un rayon proche de son implantation, qui est aussi celle des deux autres officines « concurrentes », l'une étant située proche de l'angle du boulevard Magenta avec la rue de Lancry, l'autre au carrefour du même boulevard avec la rue Lucien Sampaix. Nous avons également calculé le trajet moyen, entre la pharmacie et les domiciles, pour les deux « catégories » d'usagers de l'officine. Pour un patient venu plusieurs fois, il est de 158 mètres contre 165 pour les patients venus une seule fois. Ces résultats confirment que la clientèle de la pharmacie était presque toujours issue du quartier, et n'était pas de passage car domiciliée à distance, comme nous laissions penser nos premières analyses. Cela signifie que les patients n'avaient, en majorité, que très rarement recours aux soins pharmaceutiques et n'avaient quasiment pas de traitements chroniques (cf. graphique sur la chronicité des achats).

1.3.2.5.1 Le contexte social.

En 1929, la couverture des dépenses de santé de la population française est assurée de manière très diversifiée [3] :

- Les salariés qui exercent leur profession dans certaines branches d'activité disposent de régimes de Sécurité sociale qui sont assis sur une base corporatiste étroite et réservés aux actifs et retraités du secteur considéré ; ce sont, par exemple, les agents des chemins de fer, des mines, de la marine marchande, des fonctionnaires de l'État, etc.
- Les sociétés de secours mutuels qui sont des associations de personnes qui s'engagent à verser une cotisation destinée à former un capital social. Cette somme devient la propriété collective de tous les associés et elle permet de secourir ceux qui sont frappés par l'une des éventualités prévues dans l'acte d'association, telles que la maladie, la vieillesse ou l'invalidité. En 1930, elles regroupent près de 8 millions d'adhérents, soit environ 19 % de la population française. La Mutualité puise l'essentiel de ses effectifs parmi les classes moyennes : commerçants, artisans, petits cultivateurs, petits chefs d'entreprise, etc.
- Les personnes, sans doute relativement rares, qui souscrivaient des contrats de protection auprès de compagnies d'assurances privées. Ces contrats, onéreux par nature, limitaient leur accès à certaines classes sociales aisées.
- Les personnes non couvertes par l'un ou l'autre des dispositifs ci-dessus assumaient leurs frais de santé. Elles étaient de loin les plus nombreuses, même s'il n'est pas possible de fournir un

pourcentage exact de celles non couvertes par l'un ou l'autre des dispositifs de protection sociale en fonctionnement

On notera que le 30 avril 1930, le Parlement adoptait la loi sur les Assurances Sociales en fonction de laquelle, tous les salariés dont la rémunération totale annuelle ne dépassait pas 15.000 francs (18.000 francs dans les villes de plus de 200.000 habitants) bénéficiaient d'une affiliation obligatoire. Cette assurance couvrait les frais de médecine et d'hospitalisation, garantissait une pension de retraite à tous les bénéficiaires ayant atteint l'âge de soixante ans, et versait aux ayants droit d'un salarié décédé pendant son activité un capital fixé à 20% de son salaire annuel moyen.

Ces dispositions ne pourront que favoriser la situation financière des pharmacies pour l'avenir, beaucoup de personnes pouvant, dès lors, accéder plus facilement aux soins. Mais la date de promulgation de la loi (30 avril 1930) correspondant exactement à celle de la fin de la période étudiée, le chiffre d'affaires de l'officine en référence ne pouvait-il donc pas être encore favorablement influencé par ces dispositions ?

1.3.2.5.2 Le niveau de vie des Français et le coût des soins.

Le chiffre cité précédemment de vingt et un achats de médicaments en une année, pour un montant de 188,1 francs, apparaîtra sûrement faible de nos jours. Il en ressort donc que l'achat régulier de médicaments n'était pas dans les habitudes, voire dans les possibilités financières, des français au début des années 1930.

À partir des éléments ci-dessus, nous avons calculé que le prix moyen d'une préparation pharmaceutique s'élevait, pour cette officine, à une moyenne de 8,75 francs environ. Cette somme correspond, en tenant compte de l'inflation et du passage des « anciens » aux « nouveaux » francs, à vingt-sept francs en 2002 et à cinq euros en 2015 [4].

L'inflation

Il faut noter que l'inflation a fait multiplier les prix par environ 2500, en moyenne, depuis 1901. Cette inflation a été masquée d'un facteur 100 par la dévaluation du franc de 1960. De plus le passage à l'euro en 2002 apporte une deuxième correction. Sans ces changements le médicament de 1930 à 8,75 francs coûterait aujourd'hui 3320 francs soit 506,13 € !

Ceci est à mettre en parallèle avec le coût de la vie dans les années 1930 par comparaison avec les prix de quelques produits de référence. Nous avons également souhaité apporter une indication sur les prix actuels des mêmes produits [5].

Produits de consommation courants			Salaires moyens 1930	
Produits	1930	2015	Profession	Salaire
Journal Quotidien	0,30 F	1 €	Manœuvre en province	610 F
Pain (1 Kg)	2,15 F	2,58 €	Instituteur débutant	875 F
Lait (1L)	1,67 F	1,24 €	Facteur	950 F
Œufs (La douzaine)	10,78 F	2,7 €	Métallurgiste parisien	1125 F
Vin de table (1L)	2,48 F	3 €	Juge débutant	1830 F
Sucre (1 Kg)	2,11 F	1,3 €	Professeur de faculté	4000 F

Tableau 3 : Niveau de vie des français en 1930

On remarque qu'une préparation pharmaceutique à un prix moyen (8,75 F) était relativement plus chère que beaucoup d'autres produits de la vie courante, ce qui faisait du médicament un produit peu accessible, surtout quand on le rapporte aux salaires du moment. Si l'on retient le pouvoir d'achat d'un instituteur débutant en 1930 qui gagnait donc huit cent soixante-quinze francs par mois, l'achat **d'une seule préparation** pharmaceutique au prix moyen représentait environ 1 % de son salaire. Si ce chiffre ne semble pas trop élevé en valeur relative, il faut prendre en considération que ce revenu devait également servir à l'ensemble des dépenses du foyer, telles que nourriture, logement, vêtements, transports... Donc, tout achat de biens de santé aggrave les charges de la famille quelle que soit sa composition. Mais, l'instituteur pris en exemple faisait partie des professions qui bénéficiaient d'un régime de protection sociale en tant que fonctionnaire de l'État, ce qui amortissait, en partie ou en totalité le coût des médicaments achetés.

Pour les personnes non couvertes, une pathologie qui nécessitait des soins réguliers pouvait représenter un budget important, voire impossible à assumer, les obligeant éventuellement à renoncer aux soins quelle que soit la gravité de leur état (ce que semble démontrer l'analyse ci-dessus), ou de recourir aux systèmes d'aide aux indigents fonctionnant à ce moment.

La différence considérable que présente notre époque par rapport à ce passé relativement récent est que si le revenu d'un foyer sert, comme alors, au financement de l'ensemble des charges, la totalité de la population est maintenant dans la situation de l'instituteur pris en exemple, en ce sens qu'elle n'a plus à assumer la plus grande part des dépenses qui peuvent être occasionnées par le recours au système de soins, même si l'expérience montre que la part des dépenses de santé laissée à la charge des assurés (reste à charge) augmente ces dernières années.

1.3.3 – La cohérence d'autres références de l'époque : Knock ou le Triomphe de la Médecine.

Cette pièce de théâtre de Jules Romains est représentée pour la première fois en 1923. Nous avons pensé qu'elle présentait un certain reflet bien que satirique, du métier de pharmacien et de l'économie de l'officine dans les années 1920.

Tout commence lorsque le Docteur Parpalaid cède son cabinet situé dans une commune rurale au Docteur Knock. Le vendeur, homme dévoué et de bon sens, prodigue ses soins à sa clientèle avec une grande économie de prescriptions.

Par contre, Knock est animé par le projet de soumettre toute population au « pouvoir médical » (et pour lui-même par le désir de faire fortune). Il va donc, dès sa prise de fonction, mettre en œuvre sa méthode toute personnelle qu'il est possible de résumer par ces deux citations du personnage : « tout bien portant est un malade qui s'ignore » ou bien : « la santé est un état précaire qui ne présage rien de bon ». Bien sûr, une telle méthode va nécessiter quelques « appuis techniques », que Knock trouvera auprès de l'instituteur promu éducateur en santé, de l'hôtelière de la commune dont l'établissement sera rapidement transformé en succédané d'hôpital, et naturellement aussi du pharmacien local monsieur Mousquet. Celui-ci, qui se trouve dans une situation professionnelle et financière précaire du fait de la très faible prescription du docteur Parpalaid, sera, on s'en doute sensible aux arguments de Knock. A la différence de Knock, Mousquet est un honnête homme mais qui souffre d'un manque de reconnaissance professionnelle et sociale qui en fera d'entrée de jeu un auxiliaire dévoué (plus que vraiment intéressé) du médecin.

Les scènes qui suivent illustrent, certainement avec outrance, comment les activités d'un médecin peuvent influencer les résultats financiers du pharmacien.

ACTE II – Scène 3

Mousquet *tenue très simple, presque négligée.* — Docteur, vous êtes trop indulgent !

Knock — C'est une chose qui me tient au cœur. Pour moi, le médecin qui ne peut pas s'appuyer sur un pharmacien de premier ordre est un général qui va à la bataille sans artillerie.

Mousquet — Je suis heureux de voir que vous appréciez l'importance de la profession.

Knock — Et moi de me dire qu'une organisation comme la vôtre trouve certainement sa récompense, **et que vous vous faites bien dans l'année un minimum de vingt-cinq mille.**

Mousquet — De bénéfiques ? Ah ! Mon Dieu ! Si je m'en faisais seulement la moitié !

Knock — Cher monsieur Mousquet, vous avez en face de vous non point un agent du fisc, mais un ami, et j'ose dire un collègue.

Mousquet — Docteur, je ne vous fais pas l'injure de me méfier de vous. Je vous ai malheureusement dit la vérité. *(Une pause.)* **J'ai toutes les peines du monde à dépasser les dix mille.**

Knock — Alors... alors... je répugne à former d'autres hypothèses... **Mon prédécesseur... aurait-il été au-dessous de sa tâche ?**

Mousquet — C'est une affaire de point de vue.

Knock — Encore une fois, cher monsieur Mousquet, nous sommes strictement entre nous.

Mousquet — Le docteur Parpalaid est un excellent homme. Nous avons les meilleures relations privées.

Knock — **Mais on ne ferait pas un gros volume avec le recueil de ses ordonnances ?**

ACTE III – Scène 4

Mousquet *dont la tenue est devenue fashionable* — Le docteur n'est pas encore là ! Ah ? Le docteur Parpalaid ! Un revenant, ma foi. Il y a si longtemps que vous nous avez quittés.

Le docteur — Si longtemps ! **Mais non, trois mois.**

Mousquet — C'est vrai ! **Trois mois !** Cela me semble prodigieux. *(Protecteur.)* Et vous êtes content à Lyon ?

Le docteur — Très content. [...]

Mousquet — Ah ! Ce n'est plus la petite existence calme d'autrefois. Si je vous disais que, **même en me couchant à onze heures et demie du soir, je n'ai pas toujours terminé l'exécution de mes ordonnances.**

Le docteur — Bref, le Pérou.

Mousquet — Oh ! Il est certain que **j'ai quintuplé mon chiffre d'affaires**, et je suis loin de le déplorer. Mais il y a d'autres satisfactions que celle-là. Moi, mon cher docteur Parpalaid, j'aime mon métier, et j'aime à me sentir utile. **Je trouve plus de plaisir à tirer le collier qu'à ronger mon frein**. Simple question de tempérament. [6]

Bien-sûr, Knock est un charlatan, et nous sommes au théâtre. Cependant, l'auteur s'était sûrement renseigné sur les chiffres d'affaires d'une officine pour écrire sa pièce. Pour Knock, le minimum des **bénéfices** est de **vingt-cinq mille francs** (assez proche de ce que nous avons projeté en exploitant l'ordonnancier d'une officine parisienne dans les mêmes années), alors que Mousquet déplore « **avoir toutes les peines du monde à dépasser les dix-mille** ». La cause de cette mauvaise fortune est identifiée par la remarque du docteur Knock : « **Mais on ne ferait pas un gros volume avec le recueil de ses ordonnances** » (celles de son prédécesseur).

En trois mois seulement la pharmacie de Mousquet **quintuple** son chiffre d'affaires, et le pharmacien fait remarquer que « **même en me couchant à onze heures et demie du soir, je n'ai pas toujours terminé l'exécution de mes ordonnances** ». Il essaye d'ailleurs de justifier moralement cette bonne fortune : « **Je trouve plus de plaisir à tirer le collier qu'à ronger mon frein** ».

Au-delà de la satire, c'est aussi une illustration du lien très fort, mais souvent occulté, entre l'activité de prescription médicale et les revenus du pharmacien, même si rien ne doit les lier pour préserver l'indépendance de ces professions et l'intérêt des patients. Tout se passe encore comme si l'argent était supposé absent du monde des professions de santé.

DEUXIÈME PARTIE

APERÇU DE LA RÉGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE AVANT ET APRÈS 1941 : CE QUI CHANGE POUR LA PHARMACIE D'OFFICINE.

2.1 – LE VOCABULAIRE UTILISÉ.

Depuis le XIXème siècle, le secteur pharmaceutique utilise des mots différents pour des pratiques qui ont évolué au cours du temps.

En 1803 : Le Débit

À la suite de la loi du 21 germinal XI (11 avril 1803), on parle de débit pour qualifier l'activité pharmaceutique. On définit le débit comme un droit de vendre certaines marchandises dont le gouvernement s'est réservé le monopole (comme le tabac, l'alcool). Le pharmacien est donc un débitant, comme d'autres dans un secteur d'activité réglementé. C'est le seul habilité à vendre les médicaments et préparations inscrits au Codex ainsi que les préparations magistrales prescrites par le médecin. [7]

En 1941 : La délivrance

À partir de 1941 est introduite la notion de délivrance. Elle est définie comme l'action du pharmacien de remettre un médicament, mais après un contrôle, ce qui permet de le délivrer d'une situation restrictive, la plupart n'étant pas en vente libre, donc non accessible directement par le public. On peut noter que, parallèlement, la loi de 1941 a renforcé le monopole du

pharmacien sur les médicaments en limitant le nombre de médecins propharmaciens et en supprimant progressivement la profession d'herboriste.

En 1991 et 1995 : La dispensation

Le terme de dispensation est utilisé en 1991 pour ce qui concerne les substances vénéneuses dans les établissements de santé. Puis en 1995, il est généralisé aux officines et pharmacies à usage intérieur pour tous les médicaments. La dispensation (article R 4235-48 du CSP : Code de la Santé Publique) vise l'analyse pharmaceutique des prescriptions et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. La responsabilité du pharmacien est engagée lors de cette dispensation, ce qui justifie le monopole par la qualification scientifique ou encore l'indépendance professionnelle du pharmacien.

Article R4235-48

Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;

3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

2.2 – LES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN.

La déclaration royale de 1777, la loi du 21 germinal XI, et la loi de 1941, ont apporté les principales avancées pour ce métier. Il s'agit de trois « temps forts » qui sont autant de révolutions pour cette profession. Pour être complet, la récente loi « Hôpital, Patient, Santé et

Territoire » et la convention d'exercice entre les officinaux et l'Assurance maladie constituent elles aussi une réforme majeure du métier de pharmacien d'officine et permettent de dire que « rien ne sera plus comme avant ». Ces dispositions successives ont incontestablement contribué à la progression économique de l'officine au prix de contraintes réglementaires diverses, mais également à une reconnaissance de l'officinal en tant que **professionnel de santé praticien**, ce qui est le fait marquant de la dernière évolution en date. Après 1945 les mutations réglementaires s'établissent dans un contexte politique difficile et à partir des années 1970 elles visent surtout à réguler les dépenses de santé dans un contexte économique toujours plus compliqué. [8]

2.2.1 – Avant 1941.

2.2.1.1 – Le monopole.

La déclaration Royale du 25 avril 1777 promulguée par le Roi Louis XVI avait pour objectif de séparer définitivement l'exercice de la pharmacie de l'épicerie. On peut donc dire que le **monopole** des pharmaciens a pris effet à cette date. Cependant, la période révolutionnaire va le mettre à mal, les principes de liberté économique et professionnelle (on ne parle pas encore de libéralisme) conduisant à sa suppression le 1er avril 1791. Puis, sous le Consulat de Bonaparte, l'article XXV de la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803), l'a rétabli. La loi du 11 septembre 1941 l'a maintenu et même renforcé en supprimant la profession d'herboriste et en limitant le nombre de médecins propharmaciens. L'institution du monopole sur la délivrance des médicaments a placé le pharmacien comme un acteur important du système de santé. On peut le définir comme une sorte de contrat passé entre la profession et l'État, dans l'intérêt de la santé publique, et justifié par des compétences reconnues à travers le diplôme de pharmacien. Ce contrat fait aussi des pharmaciens, membres d'une profession libérale relevant du secteur privé, les concessionnaires d'un service public pour l'exécution d'une mission régaliennne de l'État. Par ailleurs, toute personne ou société qui vendrait des médicaments sans avoir les diplômes et les autorisations nécessaires, serait en situation d'exercice illégal de la pharmacie et s'expose à une peine de prison. En contrepartie le pharmacien doit s'engager à respecter les réglementations propres au métier. Même si le but premier du monopole est la préservation de la santé publique, il présente aussi un intérêt économique important car il interdit toute forme de concurrence, par des tiers non-pharmaciens, sur le marché des médicaments. [9]

2.2.1.2 – Le maillage territorial.

Jusqu'à la loi du 11 septembre 1941 les pharmaciens étaient libres de s'installer où ils le souhaitent, et sans avoir besoin d'aucune autorisation. L'article 21 de cette loi a limité l'implantation des officines et a introduit la nécessité administrative de disposer d'une licence d'exercice rattachée au fonds de commerce dont elle ne peut être dissociée. Cette licence, propriété du pharmacien titulaire ou de la société de pharmaciens, donne le droit à une officine d'exister, mais elle fixe aussi l'emplacement où celle-ci est exploitée. Ce même texte stipule que, outre les aptitudes requises pour exercer le métier, le pharmacien doit être propriétaire du fonds qu'il veut exploiter. En d'autres termes, le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est titulaire. On parle alors d'exercice personnel de la profession.

Le maillage territorial, décidé en 1941, impose un nombre d'officines limité en fonction d'une quantité de population communale, ceci autant en milieu rural qu'urbain. Ce critère d'implantation est devenu une nécessité pour garantir l'égalité d'accès aux médicaments. C'est donc un avantage certain pour les patients mais également pour l'économie de l'officine. En effet, le maillage assure l'apport d'une population homogène pour chaque officine et limite les secteurs concurrentiels. Aujourd'hui, la limite est de 2500 habitants pour une officine, 7000 habitants pour deux officines, et ensuite une supplémentaire par tranche de 4500 habitants. Ce dispositif permet donc un accès facilité pour les zones rurales et une concurrence moins importante pour les villes.

2.2.2 – Après 1941 : la création de l'Ordre des pharmaciens.

La volonté de créer un ordre capable de réguler la profession de pharmacien est apparue dès le XIX^{ème} siècle. Elle résulte d'une série de dysfonctionnements dans le secteur des médicaments qui portait préjudice aux intérêts du public (multiplication anarchique des officines, affirmations thérapeutiques incontrôlées, insuffisante vérification des capacités à exercer, guerre des rabais etc...). Devant ces abus, à visée commerciale, le gouvernement créa, par l'ordonnance du 5 mai 1945, l'Ordre national des pharmaciens. La profession disposait désormais d'une organisation investie d'une légitimité démocratique (les membres étant élus par leurs pairs), assurant la défense de la Santé publique et des patients, à travers des principes moraux liés à la compétence pour promouvoir un bon exercice et la qualité des soins dispensés.

2.2.2.1 – Les missions de l'Ordre.

L'ordre couvre des missions légales de service public inscrites dans le Code de la Santé Publique. On distingue quatre catégories d'actions :

- Assurer le respect des devoirs professionnels ;
- Assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ;
- Veiller à la compétence des pharmaciens ;
- Contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels.

L'ordre mène également des actions volontaires, à son initiative ou à celle des pouvoirs publics.

2.2.2.2 – Le Code de Déontologie.

Une des premières missions de l'ordre a été de rédiger le Code de Déontologie. C'est un texte réglementaire de soixante-dix-sept articles (dans sa dernière version), publié pour la première fois en 1953, et inséré dans le Code de la Santé Publique. Il guide le pharmacien dans son activité professionnelle, règle son rapport avec ses confrères et autres professionnels de santé. Il s'impose à tous les pharmaciens inscrits au tableau de l'Ordre. Les infractions à ses règles sont passibles d'une sanction disciplinaire : avertissement, blâme avec inscription au dossier, interdiction d'exercice temporaire ou définitive. Ces sanctions sont indépendantes des poursuites civiles ou pénales qui pourraient, dans certains cas, s'y ajouter. [10]

2.3 – CONCLUSION SUR LA DEUXIEME PARTIE.

Au moment où va se mettre en place une protection sociale généralisée, la profession de pharmacien se trouve déjà dotée d'outils de régulation efficaces destinés à garantir (par un revenu suffisant des titulaires d'officines) :

- Le service pharmaceutique réparti sur l'ensemble du territoire,
- Le monopole garant de l'indépendance,
- L'installation sous contrôle de l'État pour un accès égal des citoyens aux services de santé,

- L'Ordre professionnel et le Code de déontologie pour un exercice personnel et responsable,

- L'acte de délivrance pharmaceutique qui suppose l'intervention du pharmacien et s'oppose au simple débit.

TROISIÈME PARTIE

LA PROTECTION SOCIALE ET L'ACCÈS AUX SOINS (DONT PHARMACEUTIQUES) POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION : QUELQUES ÉTAPES D'UNE LONGUE ÉLABORATION.

3.1 – BRÈVE HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

La protection contre, ce qui sera qualifié beaucoup plus tard de risques sociaux, n'est pas une idée neuve et apparaît comme consubstantielle à l'histoire de l'humanité. Si la famille en est indiscutablement le noyau primitif, plus particulièrement par le rôle protecteur exercé par les femmes, de tout temps des initiatives à caractère plus ou moins « social » ont vu le jour, même dans des civilisations maintenant très anciennes. Sans refaire l'histoire très riche dans ce domaine quelques étapes seront précisées au travers d'exemples, pour ce qui est de la France.

3.1.1 – Le Moyen-Âge.

Dans cette époque, on pouvait distinguer deux systèmes de solidarité :

- D'une part un système solidaire organisé au sein de certaines professions sous statut de compagnonnage, et muni d'une caisse commune de secours qui venait en aide aux compagnons malades ou invalides qui ne pouvaient plus travailler et subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille.
- D'autre part des mesures sociales voulues par certains souverains désireux de disposer d'une main d'œuvre abondante pour assurer la prospérité du royaume. C'est ainsi qu'à la fin du XIIème siècle, Aliénor d'Aquitaine fit rédiger des mesures visant à soigner les marins en cas d'accidents de service et à les indemniser à la charge du maître de la nef. Au XVIIème siècle Colbert créa deux hôpitaux (l'un à Rochefort et l'autre à Toulon) qui dispensaient des soins

gratuits, et allouaient des pensions d'invalidité et de vieillesse aux servants de la Marine royale (les marins participaient au financement de leur couverture sociale). [11]

3.1.2 – Le XVIIIème siècle.

Ce n'est que lors de la période révolutionnaire, et sous l'impulsion des philosophes des lumières, que naissent les fondements d'une assistance sociale « publique ». Auparavant, les institutions de prise en charge des malades étaient majoritairement gérées et organisées par l'Église, concurremment à des initiatives privées (qui seraient qualifiées maintenant de caritatives), et qui reposaient toutes sur le principe religieux de charité. Ce terme est à mettre en opposition avec le terme d'assistance (publique) qui implique la notion d'un contrat social avec avantages et quelques obligations réciproques, souvent théoriques. Dans *L'Esprit des Lois*, Montesquieu écrit : « *L'État doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable et un genre de vie qui ne soit pas contraire à leur santé* ». Dans ce sens, le président du Comité de Santé, le Duc de La Rochefoucault-Liancourt dégage dès 1790 le principe d'un droit à la subsistance, prérogative individuelle de l'homme à l'égard de la société qui devient débitrice de la prestation. Son œuvre est prise en compte par la Révolution dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1793, qui reconnaît le droit pour chaque citoyen à l'assistance et à la protection sociale : « *Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assumant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler* ». Elle rompt ainsi, de manière formelle et par une norme juridique majeure, avec la charité d'inspiration religieuse organisée par la paroisse, l'entraide corporatiste ou familiale, voire l'intervention du pouvoir royal. [12]

En 1791, la loi de Le Chapelier interdit toutes les formes de corporations par crainte que la formation de groupements particuliers ne favorise la reconstitution de corps privilégiés abolis lors de la nuit du quatre août 1789. Par conséquent dès 1793/1794, l'assistance devient un monopole d'État ce qui conduit notamment à faire des hôpitaux, jusqu'alors majoritairement gérés par des communautés religieuses, des établissements publics, au moins pour ce qui est de leur administration.

3.1.3 – Du XIXème siècle aux années 1920.

Le XIXème siècle marque une mutation du contexte économique et social. La révolution industrielle et l'exode rural, donnent naissance à une nouvelle classe sociale (classe ouvrière ou prolétariat) soumise à des conditions de travail particulièrement pénibles. La concentration des ouvriers des manufactures dans des habitats insalubres dans les faubourgs des villes crée une nouvelle forme de misère sociale désignée par le vocable de « paupérisme ». En réaction, les premières caisses de secours mutuel se mettent en place de manière discrète et parfois même clandestine (à cause de la loi Le Chapelier). Progressivement elles ont été tolérées puis encouragées, mais n'ont pu se développer qu'après la révolution de 1848 pour enfin obtenir un statut juridique en 1850 reconnaissant officiellement leur existence. Le rôle de ces Institutions est définitivement consacré par la loi du 1er avril 1898 qui favorise leur libre création, les faisant ainsi échapper à une autorisation administrative préalable, frein non négligeable à leur développement. Celles-ci se structurent en 1902 avec la constitution de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. Il est remarquable de constater que dans la France d'alors, ces sociétés restent complètement indépendantes de la puissance publique, bien que certains responsables politiques voient, dans l'organisation d'un système d'assurance publique géré par l'État, la possibilité de renforcer la légitimité du régime.

L'avènement de la Troisième République (1870) relance les débats en faisant apparaître la notion de risque social. Ainsi les premières tentatives de mise en place d'une Sécurité sociale apparaissent avec la loi du 9 Avril 1898 relative à l'indemnisation des accidents du travail, puis celle du 5 Avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes. L'action législative résolue de médecins et hommes politiques en faveur la Santé publique, alliée à la révolution pasteurienne (microbiologie), à la médecine hygiéniste (assainissement et désinfection) et préventive, changeant la donne dans la pratique sanitaire qui gagne en efficacité. [3]

Un Ministère de l'Hygiène publique est créé en 1920. De plus une nouvelle philosophie politique, théorisée notamment par Léon Bourgeois, appelée « solidarisme », apparaît en 1896. Cette doctrine introduisait l'idée « d'obligations de chacun envers tous » en « contrepartie des bénéfices que chacun retire de la vie en société ».

3.1.4 – L’entre-deux guerres.

Ce sont les effets de la Première Guerre mondiale qui justifient l’intervention de l’État pour venir en aide aux familles des victimes de guerre (mutilés, veuves et orphelins de guerre...), encourager la natalité (pour réparer les graves dommages humains du conflit) par le retour des femmes au foyer et le versement d’allocations familiales. De plus le maintien du régime Bismarckien, (institué depuis 1883 dans l’Alsace-Moselle alors annexée à l’Allemagne) crée une inégalité importante au sein de la République depuis le retour à la France de cette province en 1918, ce qui donne une nouvelle légitimité à un projet d’Assurance maladie universelle jusqu’alors très contesté au cours du XIXème siècle. Mais l’avènement de l’Assurance maladie fut longue et laborieuse, freinée par ceux qui dénonçaient un « modèle allemand » au sortir d’un si douloureux conflit, par un patronat peu enclin à s’engager dans un mode de financement collectif impliquant les employeurs, ou par un corps médical y voyant la fin de son indépendance.

Pourtant, la loi du 30 Avril 1930 met en place le régime obligatoire des assurances sociales pour les salariés du commerce et de l’industrie, qui couvre les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès, mais en dessous d’un certain plafond de revenus.

Dans le même esprit, la loi du 11 mars 1932 rendait obligatoire le versement d’un sursalaire familial à partir du premier enfant et obligeait les employeurs de l’industrie et du commerce à s’affilier à des caisses de compensation agréées.

Les allocations familiales sont généralisées par le décret-loi du 29 juillet 1939 portant création du Code de la Famille. [12]

3.1.5 – Généralisation et évolutions de la Sécurité sociale.

Dès 1944, le Conseil National de la Résistance annonce le principe d’un plan complet de Sécurité sociale visant à « assurer à tous les citoyens des moyens d’existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail ». A la fin de la seconde guerre mondiale, l’idée d’une Sécurité sociale généralisée à l’ensemble des personnes résidant en France est « renforcée par le souci de garantir la dignité humaine sous toute ses formes ». Ainsi l’ensemble des forces politiques est acquis à l’idée de construire un nouveau système de protection sociale suite à la situation désastreuse résultant du second conflit mondial.

C'est le conseiller d'Etat Pierre Laroque qui est chargé d'élaborer ce plan. Né le 2 novembre 1907, décédé le 21 janvier 1997 à Paris, ce haut fonctionnaire, juriste et spécialiste du droit du travail, devient en 1945 directeur général des assurances sociales au ministère du travail dirigé par monsieur Parodi. Ce dernier lui confie le soin de mettre en place la réforme de la Sécurité sociale. Il s'inspire à la fois du modèle allemand élaboré par le Chancelier Bismarck à la fin du XIXème siècle qui repose sur l'assurance professionnelle obligatoire (cotisations assises sur les revenus du travail et gérées par des caisses privées), et à la fois du modèle anglais, issu de celui proposé en 1942 par Lord William Beveridge, basé sur trois grands principes : unité de gestion, universalité des bénéficiaires, uniformité des prestations. Monsieur Laroque se trouvait dans l'obligation de créer un système hybride car son ambition de couvrir l'ensemble de la population fut contrariée par les réticences des travailleurs dits indépendants quant à l'obligation de cotiser et les difficultés à appréhender leurs revenus. De plus, il était soumis au refus de confier la gestion au seul Etat, soucieux s'inscrivant dans le prolongement de la tradition mutualiste. [13]

3.1.5.1 – Le texte fondateur du 4 Octobre 1945.

L'ordonnance du 4 Octobre 1945, texte fondateur, instaure un régime général et unique de Sécurité sociale (doté d'une seule caisse et fonctionnant de manière autonome gérée par un conseil d'administration regroupant les employeurs et les salariés) prenant en charge les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès et accidents du travail au profit des salariés du secteur privé. Seules les allocations familiales bénéficient à la quasi-totalité de la population. A noter que le chômage n'était pas considéré comme étant un risque social en cette période de plein emploi.

Extraits de l'Ordonnance du 4 octobre 1945

« La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain [...] Envisagée sous cet angle, la Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de grande généralité quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du

pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants [...] ».

3.1.5.2 – Les textes fondamentaux qui déterminent le droit à la Sécurité sociale.

Aujourd'hui, le droit de la Sécurité sociale possède plusieurs sources. D'une part, la Constitution de 1958, et d'autre part, la transposition des textes Européens. Le Code de la Sécurité sociale (CSS) initial s'appuyait sur les textes en vigueur à la fin des années 1940.

Article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (10 décembre 1948)

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

Préambule de la constitution de la République Française du 27 octobre 1946 (Dixième et onzième alinéa).

« La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Code de la Sécurité sociale : Dispositions actuelles.

Article L111-1 LOI n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 59

La Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.

Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.

Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre du présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens.

Article L111-2-1 LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 1

I. La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la Sécurité sociale.

La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection.

L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

En partenariat avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du même code, à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'Etat.

Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie.

II. La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations. Le système de retraite par répartition assure aux retraités le versement de pensions en rapport avec les revenus qu'ils ont tirés de leur activité.

Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la durée de la retraite comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels

passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent.

La Nation assigne également au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes, par la prise en compte des périodes éventuelles de privation involontaire d'emploi, totale ou partielle, et par la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités.

La pérennité financière du système de retraite par répartition est assurée par des contributions réparties équitablement entre les générations et, au sein de chaque génération, entre les différents niveaux de revenus et entre les revenus tirés du travail et du capital. Elle suppose de rechercher le plein emploi.

Article L114-18 LOI n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 90

Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de Sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de Sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement.

Toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de Sécurité sociale, en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de Sécurité sociale, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 €, ou seulement de l'une de ces deux peines.

3.1.5.3 – Les adaptations de la Sécurité sociale.

Elle avait vocation à l'universalité et à l'unité, en cherchant à couvrir les risques d'un maximum de personnes et en unifiant les caisses de la Sécurité sociale. Or la réalisation de ces objectifs s'est heurtée à l'opposition de certaines catégories professionnelles. [14]

3.1.5.3.1 – Des régimes divisés.

Dès 1946, sous des pressions politiques que le gouvernement d'alors ne peut surmonter, l'autonomie est maintenue pour certains régimes de couverture sociale préexistants à l'ordonnance de 1945, parfois depuis de très nombreuses années. Le refus du monde agricole d'entrer dans le régime général gagna rapidement les travailleurs non-salariés comme les commerçants, les industriels, les artisans, ou encore les professions libérales, par crainte d'avoir à payer des cotisations susceptibles de financer les prestations servies aux travailleurs salariés. Ainsi les salariés agricoles restent rattachés à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et les salariés des régimes des fonctionnaires, mineurs, cheminots, marins (entre autres...), conservent leurs avantages statutaires spécifiques ; ils deviendront donc ceux qualifiés encore aujourd'hui de « spéciaux » ou « particuliers » par opposition au régime institué qui était dit général. Même si leur nombre a sensiblement diminué au cours du temps et si certains d'entre eux ont rejoint le régime général par suite de l'érosion du nombre de leurs assurés, ils demeurent à ce jour encore nombreux, comme le montre le schéma suivant. Par conséquent, avant les années 1950, le régime général se trouvait réduit aux seuls travailleurs salariés du commerce et de l'industrie. [3] [12]

3.1.5.3.2 – L'apparition des régimes complémentaires.

Pour le plan « Laroque », toute la population active était appelée à bénéficier du régime général. Mais l'unification souhaitée ne s'est pas réalisée, ce qui a conduit certaines compagnies d'assurances, et organismes mutualistes à proposer leurs services et à se disputer le marché, soit de la fraction non couverte de la population, soit d'une manière plus général en proposant la prise en charge du ticket modérateur (part non prise en charge par la Sécurité sociale) institué sur les prestations prises en charge par la Sécurité sociale.

D'où au final, un « paysage » très diversifié de la protection sociale en France qui peut être résumé par le tableau suivant qui ne prétend pas à l'exhaustivité :

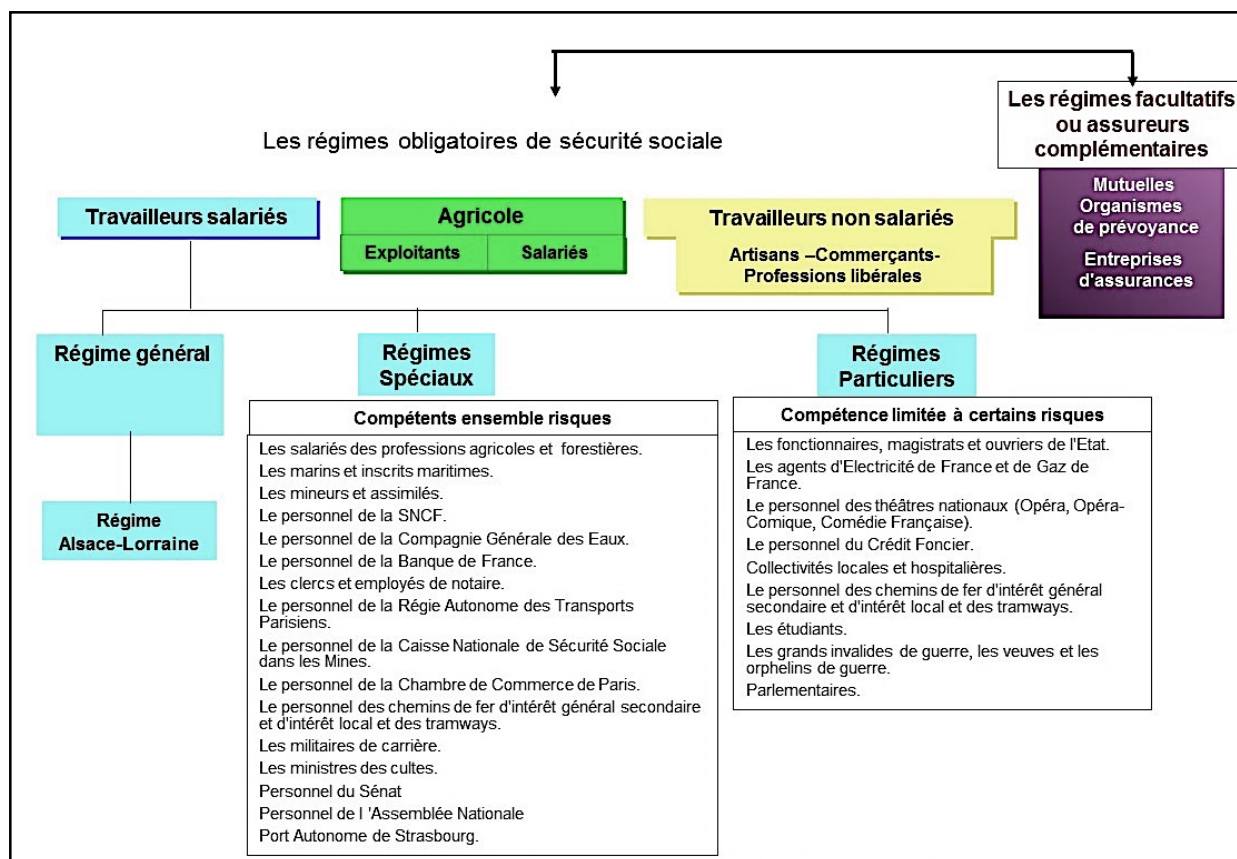


Tableau 4 : Les affiliations de la Sécurité sociale¹.

3.1.5.4 – L'universalité presque aboutie.

La loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 portant sur le financement de la Sécurité sociale pour 2015, prévoit entre autres mesures, d'étendre le bénéfice de la prise en charge des prestations **en nature** (frais médicaux au sens large reconnus comme remboursables par le régime) des assurances maladie et maternité **sur le seul critère de résidence stable en France depuis au moins trois mois**. Cette disposition met fin au principe de devoir justifier, au préalable, d'un certain nombre d'heures de travail ou au versement d'un certain volume de cotisations pour bénéficier de la prise en charge des prestations en nature. Ce principe reste d'actualité pour ce qui est des prestations en espèces que l'on peut définir comme le versement des revenus de remplacement suite à une interruption temporaire de l'activité rémunératrice (indemnités journalières, pensions d'invalidité), ou définitive comme dans le cas des pensions de retraite. [12]

¹ Deysson, M. (2014). *L'exercice de La Profession*. Cours, Université de Limoges, Droit pharmaceutique, Limoges

3.2 – CONCLUSION SUR LA TROISIEME PARTIE.

Au même moment où la profession pharmaceutique trouve une structure qui va lui permettre un exercice plus conforme aux exigences de la société du juste après-guerre, l'extension de la protection sociale va offrir aux professions de santé (donc à l'officine) une opportunité économique sans précédent par la prise en charge, par la collectivité, des frais médicaux et des incapacités de travail liés à la maladie ou aux accidents du travail par la collectivité, et non plus par les patients eux-mêmes. Bien sûr, cette évolution se fera au prix d'un environnement réglementaire contraignant, complexe et évolutif, mais la situation financière de l'officine en sortira largement confortée durant de nombreuses années, il est vrai, au prix de concessions successives nécessitées par l'environnement économique.

QUATRIÈME PARTIE

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE DANS UN ENVIRONNEMENT DE PLUS EN PLUS DOMINÉ PAR LA PROTECTION SOCIALE : LES CONSÉQUENCES SUR L'ÉVOLUTION DE LA MARGE OFFICINALE.

La révolution industrielle entamée au XIX^{ème} siècle, n'a pas épargné la pharmacie. Cela s'est traduit par l'apparition des premières spécialités pharmaceutiques fabriquées par des laboratoires, qui n'étaient au début que des annexes à des officines de pharmacie dont les titulaires avaient élaboré une recette pour laquelle ils détenaient un brevet. Parallèlement, les progrès de la médecine et la complexité des fabrications de nouvelles formes galéniques, ont fait que le pharmacien d'officine s'est trouvé peu à peu dans l'impossibilité de fabriquer lui-même les produits thérapeutiques prescrits par le corps médical. L'officine est donc devenue progressivement le lieu de dispensation au détail des spécialités pharmaceutiques. L'industrialisation de la profession de pharmacien a donc confronté l'État à l'irruption d'un modèle capitaliste dans le domaine de la santé. Dès lors, il a dû trouver un point d'équilibre entre la nécessité de ménager les comptes de la Sécurité sociale, et la volonté de respecter les principes de la libre entreprise. [15]

4.1 – AVANT 1945, LES PREMIÈRES INTERVENTIONS DE L'ÉTAT : LE CONTROLE DES PRIX ET L'ADMISSION AU REMBOURSEMENT.

Historiquement, le travail du pharmacien consistait à réaliser des préparations pharmaceutiques, leur tarification étant fixée par la loi de 1941 instituant le Tarif Pharmaceutique National (TPN). Cette mesure est prise afin d'harmoniser la prise en charge des frais pharmaceutiques pour les bénéficiaires d'une couverture sociale de manière homogène sur l'ensemble du territoire. Antérieurement, et dans un souci d'harmonisation des pratiques, les prix étaient décidés par deux syndicats professionnels : l'Association Générale des Syndicats Pharmaceutiques (créée en 1878),

et la Chambre Syndicale des Fabricants (créée en 1879). Ces deux organisations se réunirent en 1907 sous le nom de « Syndicat Général de la Réglementation » afin d'assainir les pratiques commerciales anarchiques en usage à cette époque, notamment par le respect des prix marqués, quand ils existaient. [16]

Jusqu'en 1941, le prix des préparations (ordonnance, droguerie, herboristerie, accessoires) étaient fixées par le tarif A.G. (Association Générale) c'est à dire un tarif décidé par l'Association Générale des syndicats (les syndicats de pharmaciens et non le syndicat général de la réglementation) avec le concours de délégués des pouvoirs publics. Les prix étaient révisés tous les trois mois par des bulletins de variations qui les ajustaient aux conditions d'achat du moment. **Ce tarif était en fait un minimum en dessous duquel les pharmaciens s'engageaient, auprès des syndicats, à ne pas descendre.** D'une part pour éviter une concurrence entre confrères, et d'autre part, pour rester cohérent vis à vis des assurances sociales. Dans ce dernier cas, les pharmaciens devaient faire payer directement leurs patients, et établir le détail de la tarification sur l'ordonnance. Le prix de chaque préparation était indiqué en suivant la formule C.H.O., Le « C » signifiant les francs, le « H » les décimes, et le « O » les centimes. Par exemple une préparation facturée 28,75 francs s'écrivait C 28 H 7 O 5. Avec ces mentions sur leurs ordonnances, les patients pouvaient se faire rembourser par leur assurance. On notera par ailleurs que les syndicats passaient des contrats avec les assurances sociales dans lesquels les pharmaciens s'engageaient à écrire le prix détaillé des préparations sur les ordonnances (en revanche, rien ne réglemente le prix de vente au public dans les nombreuses situations non couvertes par les assurances sociales)².

Le 9 septembre 1939, lors du déclenchement de la guerre, un décret instaure un blocage des prix afin de contrôler le phénomène inflationniste provoqué par le conflit. Jusqu'à cette date, la loi permettait que le prix de vente des spécialités soit fixé par le seul fabricant. Ce tarif était celui que devait appliquer le pharmacien détaillant lors de la vente de ces médicaments. Le pharmacien se rémunérait grâce à la remise que lui concédait le laboratoire sur ce même prix de vente (en moyenne 25 à 35 %). Par exemple, si un laboratoire décidait d'un prix de vente au public de 100 francs pour une de ses spécialités, il devait vendre ce médicament 70 francs au pharmacien d'officine. La première liste des spécialités admises au remboursement fut publiée par un arrêté

² Syndicat des pharmaciens de la Creuse. (1931) « Assemblée générale du 15 Octobre 1931 »

In *Comptes rendus des assemblées générales de 1925 à 1963*. pp. 57. Guéret.

du 15 mars 1938 : « Liste des médicaments spécialisés ». Ces premiers dispositifs de contrôle des prix et d'admission au remboursement, ont restreint l'environnement libéral dans lequel se sont développées les entreprises pharmaceutiques. [17][18]

4.2 – LA PÉRIODE 1945 – 1973 : IMPACT DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE DANS UN CONTEXTE ÉCONOMIQUE FAVORABLE.

4.2.1 – Les prix.

Après la fin de la seconde guerre mondiale, et avec la création de la Sécurité sociale, une politique de régulation du médicament se met en place. Entre 1945 et 1948 le nombre d'assurés sociaux passait de 7,5 millions à 8,5 millions, et le coût des prestations augmenta considérablement. Si bien qu'en 1947 le déficit de l'assurance maladie s'établissait à dix milliards de francs. [19]

Pour faire face à cette situation, un système de calcul du prix des spécialités est adopté dès 1948. Institué par la loi Solinhac du 18 août 1948, le calcul de ce « cadre prix » prenait en compte les composantes du prix de revient industriel (coût de la matière première et de la fabrication, incluant le coût de la main-d'œuvre) et d'autre part une marge brute forfaitaire (frais de recherche, frais financiers et administratifs de l'entreprise, dépenses de publicité et diplôme). De plus, il prévoyait d'exclure du remboursement les spécialités dont le prix de vente est supérieur de 20 % au prix de la préparation magistrale équivalente. Or ce système ne permettait pas aux laboratoires de produire et de commercialiser leurs spécialités dans des conditions de rentabilité suffisantes pour financer leurs recherches. Ces imperfections ont conduit à la mise en place à partir de 1968 de la « grille de prix ». Elle s'appuyait sur la comptabilité du laboratoire afin de déterminer un prix représentatif des frais engagés dans ses recherches.

Ce dernier système a été modifié au début des années 1970 par l'utilisation des ratios comptables des laboratoires. La commission chargée de la question des prix analysait les bilans comptables des entreprises pour déterminer les nouveaux prix de vente. [17]

Jusqu'en 1970, la rémunération du pharmacien sur les spécialités pharmaceutiques, était le résultat de remises consenties par les laboratoires, qui allaient de 25 à 35 % du prix de vente.

Elles ont été remplacées par une **marge linéaire fixée par l'arrêté du 24 juillet 1970 (publié au JO du 25 juillet 1970) à 34,96 %**. [20]

4.2.2 – Les pharmacies mutualistes.

Ce sont les premières pharmacies qui, dès les années 1950, ont appliqué le tiers payant avec, en plus, la couverture intégrale du ticket modérateur. La prise en charge des 80 % du prix de vente au public (taux de remboursement des médicaments sur ordonnances décidé en 1945) se faisait directement par la Sécurité sociale à la pharmacie mutualiste, et les 20 % restant étaient à la charge de la mutuelle. **Il n'y avait donc aucune avance de frais pour un patient mutualiste.** Au début des années 1960, 85 % des français bénéficiaient de la Sécurité sociale, et 43 % avaient une mutuelle. Les pharmacies mutualistes étaient peu nombreuses mais elles alimentaient de nombreux débats, avec comme arguments principaux :

- D'une part la différence d'accès à l'apparente gratuité des soins entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires des régimes mutualistes était vue par certains comme discriminante.
- D'autre part ces pharmacies mutualistes se trouvaient dans une situation de concurrence jugée comme déloyale par les autres pharmaciens d'officine libéraux. En ce sens qu'elles pouvaient offrir des avantages (rabais sur le prix des médicaments, tiers payant) proches de la gratuité, encore qu'il faille remarquer qu'ils étaient réservés, à ce moment, aux seuls mutualistes.

Ce phénomène a conduit progressivement au souhait de la profession d'accéder à un dispositif de tiers payant généralisé. [21]

4.2.3 – Le tiers payant.

Comme décrit précédemment, le dispositif de tiers payant est né dans les années 1950 grâce aux pharmacies mutualistes qui ont annulé l'avance des frais par le patient. Ce dispositif était mal perçu par le reste de la profession, à cause de la concurrence « déloyale » qu'elle engendrait ; il a rapidement été question d'une généralisation du tiers payant à l'ensemble des officines.

4.2.3.1 – Mise en place du tiers payant.

Les syndicats de pharmaciens se montrèrent favorables à ce principe, mais sous forme d'un accord national avec la Sécurité sociale. Or la généralisation souhaitée ne s'est pas réalisée comme prévue, car le tiers payant s'est finalement développé au niveau local, les syndicats départementaux passant des accords avec les caisses locales sous forme de conventions départementales de tiers payant. Cependant, ces dernières ont été instaurées grâce au protocole d'accord national, signé en 1975 entre les syndicats et les partenaires sociaux, qui a dégagé une convention « modèle » pour faciliter la mise en place du tiers payant « au coup par coup ». Les premières caisses locales se sont conventionnées dans les années 1970, mais il aura fallu attendre le milieu des années 1980 pour que tous les départements français voient leurs officines concernées par le tiers payant. [22]

Bien sûr, les premiers départements à adhérer au dispositif furent ceux où les pharmacies mutualistes étaient les plus présentes. Le Limousin est à ce titre pionnier en la matière. [17]

Lorsque le pharmacien adhère auprès de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à la convention de dispense d'avance des frais cela lui permet de faire bénéficier ses patients assurés du tiers payant. Ce dispositif présente des avantages équivalents à la « gratuité » pour les patients. Ce système a favorisé une prise en charge plus équitable, car pour les ménages modestes et pour des actes coûteux, l'avance de frais peut générer un problème d'accès aux soins.

Pour le pharmacien, le système de tiers payant lui impose un travail administratif supplémentaire. De plus, c'est lui qui subit les risques de retard de paiement ou de défaillance dans le dossier du patient. En revanche, c'est aussi l'assurance d'être payé des prestations fournies. Enfin, le tiers payant permet l'accès du public à des médicaments toujours plus onéreux, ce qui a un effet positif sur l'officine en ne contraignant pas des patients à renoncer aux soins à cause de leur coût.

4.2.3.2 – Chronologie des conventions locales de tiers payant : exemple du département de la Gironde.

Pour illustrer les rapports entre l'Assurance maladie et les pharmaciens, nous allons étudier l'historique des conventions locales, signées à Bordeaux, dans le département de la Gironde. La période que nous allons étudier s'étend entre les années 1950 jusqu'aux années 1990 date du début des relations conventionnelles nationales. [22]

Le protocole d'accord du 19 février 1952 :

Le 19 février 1952, les prémices d'un accord conventionnel de tiers payant sont signées entre le syndicat général des pharmaciens de Bordeaux et de la Gironde et la caisse primaire de Sécurité sociale de la Gironde. Il donnait la possibilité à certains patients de ne pas avancer les frais (part de l'Assurance maladie) pharmaceutiques, à conditions que le coût total de ses soins dépassent les 2000 francs pour une ou plusieurs ordonnances prescrites le même jour à l'assuré ou à ses ayants-droit. Cet accord est entré en application le 10 juin 1952 et a d'abord été soumis à une période d'essai de trois mois.

Extrait de ce protocole d'accord :

Article 1 :

*La caisse primaire de Sécurité sociale de la Gironde et le syndicat général des pharmaciens de Bordeaux et de la Gironde, sont d'accord pour constater que, dans certains cas particuliers, des assurés sociaux n'ont pas les disponibilités suffisantes pour régler le montant d'une ou plusieurs ordonnances **prescrites le même jour** pour eux-mêmes ou pour un ou plusieurs membres de leur famille.*

Afin d'aider ces assurés sociaux, il a été convenu ce qui suit, à titre d'essai, pour ceux qui en feront la demande et à la condition que le montant de l'ordonnance ou des ordonnances prescrites, comme précisé ci-dessus, atteigne un montant minimum de 2.000 F. (sauf cas exceptionnels).

[...]

Article 6 :

[...]

L'assuré ne réglera donc au pharmacien que la différence entre le montant total des médicaments prescrits (tarif « pharmacien ») et le montant de la prise en charge de la caisse.

VOIR ANNEXE 2 : Le protocole d'accord du 19 février 1952.

Le Protocole d'Accord National :

Le 30 septembre 1975, la Caisse Nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) et les syndicats nationaux de pharmaciens, ont conclu un protocole d'accord national afin d'organiser la dispense d'avance des frais pharmaceutiques au bénéfice des assurés sociaux. Bien que ce protocole soit signé au niveau national, les conventions de tiers payant sont restées locales mais il a permis d'amorcer leur mise en place généralisée. En effet, de cet accord, il est ressorti une convention « modèle » qui structurait les grande lignes d'un processus de tiers payant et qui était adaptable pour chaque département. Ainsi cette convention « modèle » pouvait être utilisée par toutes les caisses primaires et les syndicats locaux afin d'accéder au tiers payant tout en restant libre dans la logistique.

La Première convention de tiers payant :

A Bordeaux, la première convention entre les pharmaciens et la caisse primaire a été signée le 14 avril 1977, avec application à compter du 1er mai 1977. Elle était conforme à la convention type du 30 septembre 1975 (protocole d'accord national), qui limitait le bénéfice du tiers payant à certaines catégories d'assurés, notamment à ceux atteints de maladies chroniques ou coûteuses.

Extrait de la convention :

Article 1 : Objet de la convention

Les parties signataires, se référant aux dispositions de l'article 1250 du Code Civil définissant les conditions d'application de la subrogation conventionnelle, permettent aux catégories d'assurés sociaux déterminés par la présente convention d'être dispensées de faire l'avance des frais correspondant à la délivrance des produits et des fournitures pharmaceutiques remboursables qui leur ont été prescrits.

Article 2 : Catégories de personnes bénéficiaires

La présente convention s'applique :

1 - Aux bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur, notamment [...] ceux qui ont été reconnus atteints d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, les titulaires d'une rente A.T. (Accident du travail) [...], les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse [...].

2 - Aux assurés sociaux ou à leurs ayants-droit titulaires d'un avantage de vieillesse affiliés à ce titre à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde.

VOIR ANNEXE 3 : La première convention de tiers payant du 14 avril 1977.

La Délégation de Paiement Etendue :

La convention signée le 12 mars 1985, applicable au 1er mai 1985, a étendu le bénéfice du tiers payant à l'ensemble des assurés, sans seuil minimum de dépenses, comme le prévoyait l'avenant du 21 décembre 1982 au protocole d'accord national.

Extrait de la convention :

Article 3 : Conditions d'application

[...]

2 - Tout assuré [...] porteur d'une feuille de soins dûment remplie, d'une ou plusieurs ordonnances comportant prescription d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme et attestation de prestation de l'acte médical, peut demander au pharmacien de son choix à bénéficier, pour le règlement des produits et des fournitures pharmaceutiques remboursables, de la dispense de l'avance des frais pris en charge par la Sécurité sociale. [...]

VOIR ANNEXE 4 : La convention du 12 mars 1985 : La délégation de paiement étendue.

D'autres conventions sont entrées en vigueur par la suite, notamment le 10 octobre 1994 (*ANNEXE 5 : La convention du 10 Octobre 1994*), mais elles modifiaient seulement certains aspects logistiques qu'impliquait la mise en place du tiers payant. On retrouvait des changements tels que :

- la possibilité donnée au pharmacien d'accéder au fichier des assurés,
- la transmission des factures à la caisse primaire par le pharmacien et non par l'assuré comme c'était le cas avant.
- le délai de transmission et de liquidation des dossiers, qui sert de base au calcul des acomptes versés par la caisse aux pharmaciens qui passe de vingt et un à dix-sept jours.

4.2.3.3 – L’impact du tiers payant sur le chiffre d’affaires des officines.

Nous avons voulu savoir si la mise en place du tiers payant avait eu un impact positif sur le chiffre d’affaires des pharmacies. Pour cela nous avons étudié un rapport effectué par la Caisse Primaire d’Assurance Maladie de Bordeaux. Celle-ci n’a pas décelé d’évolution significative des dépenses d’Assurance maladie liée à la pratique du tiers payant. S’il y a bien eu une évolution des dépenses, il semblerait qu’elle ne soit pas induite par cette pratique dans la mesure où le taux de progression annuel des dépenses dans le département de la Gironde est resté similaire à celui constaté au niveau national. Cependant cette similitude dans les taux de progression en Gironde et en France ne paraît pas suffisante pour démontrer l’absence d’influence du tiers payant, étant donné que cette procédure a probablement connu, dans la plupart des autres départements, un développement comparable à celui de la Gironde. Par conséquent on ne peut pas affirmer qu’il y ait eu un réel impact du tiers payant sur le chiffre d’affaires des officines. [22]

4.2.4 – Autres évènements.

Le 4 février 1959, la création de la commission d’Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) a permis de remplacer les visas, créés en 1941 et attribués seulement aux médicaments fabriqués en France, par le régime plus élargi de l’AMM (qui mirent fin à ce protectionnisme).

Le 5 juin 1967 marque l’institution d’une commission chargée de proposer la liste de spécialités pharmaceutiques remboursées aux assurés sociaux, ainsi que la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l’usage des collectivités et des services publics. Elle fixe les conditions de remboursement des médicaments aux assurés sociaux. Mais il faut attendre un arrêté du 12 décembre 1980, pour qu’elle apparaisse sous le nom de Commission de Transparence. [23]

En 1967, les ordonnances Jeanneney, alors ministre des Affaires sociales, introduisent la séparation financière des risques en trois branches distinctes (santé, vieillesse, famille) grâce à la création de trois caisses nationales, la Caisse Nationale d’Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Caisse Nationale d’Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS), et la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF). La gestion de la trésorerie de ces trois branches est confiée à l’Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS). [24]

4.3 – DEPUIS 1973.

La période dite des « Trente glorieuses » qui s'est étendue entre 1945 et 1973 était particulièrement favorable économiquement. En effet le chômage était très faible, et la croissance forte. Il était donc possible de financer sans difficultés l'augmentation des dépenses de la Sécurité sociale. Or cette période prend fin lors du choc pétrolier de 1973. L'évolution d'une médecine de plus en plus compétitive, et l'amélioration de l'accès aux soins par extension des couvertures sociales, ont fait évoluer à la hausse les dépenses de santé. Ceci, corrélé au ralentissement de la croissance fait progresser les dépenses sociales plus vite que les ressources nationales.

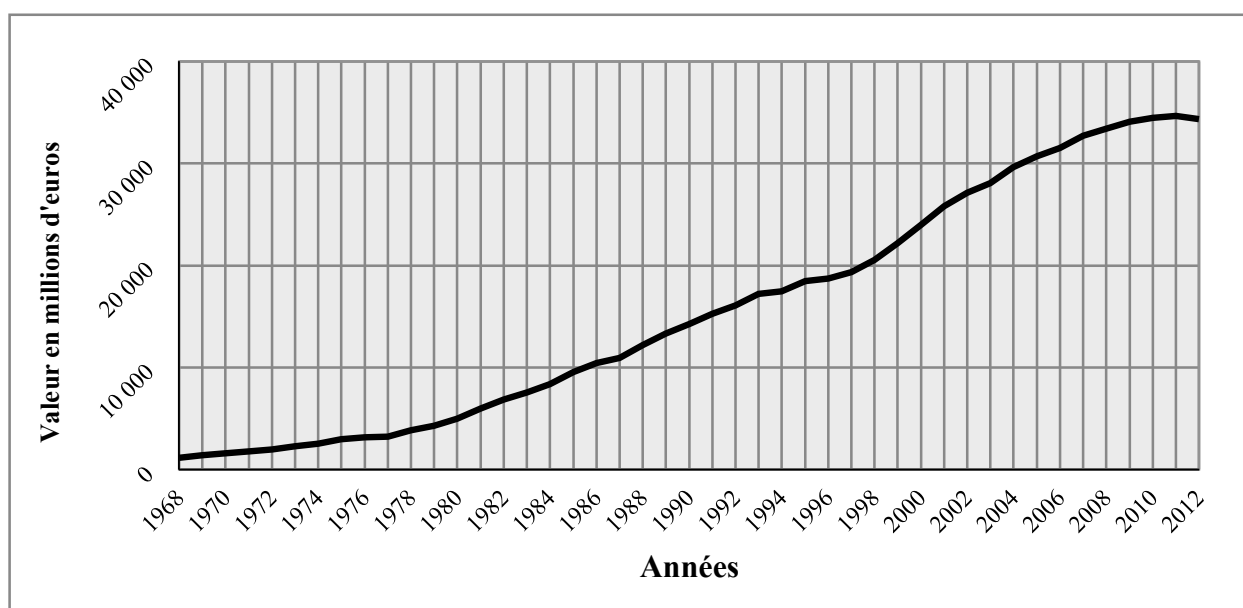


Figure 7 : Évolution de la consommation de médicaments à prix courants

Dans la période entre 1950 et 1988, la consommation pharmaceutique (en millions d'euros courants) a présenté une croissance très importante. Cette croissance du montant de consommation de pharmacie à prix courant résulte d'une augmentation des prix et des volumes consommés. [25]

Cependant, jusqu'en 1990 cette évolution portait plutôt sur un effet de volume, et depuis cette date on assiste à un phénomène d'augmentation des prix des médicaments. Devant cette situation, les politiques de réduction des dépenses et d'augmentation des recettes se sont accumulées depuis 1975. Elles sont souvent liées au contexte économique du moment et sont devenues de plus en plus complexes au fil des années. [26]

4.3.1 – Les différents « plans de Sécurité sociale » par ordre chronologique.

A partir de 1975, les politiques de Sécurité sociale se déclinent au gré « des plans de sauvetage de la Sécurité sociale » qui vont se succéder au rythme d'un par an, sauf en cas d'année électorale. Chacun d'eux a la même structure : ils visent à « responsabiliser les assurés » en baissant les niveaux de remboursement, et en augmentant les ressources (surtout des taxes et les cotisations sociales). Nous avons étudié ces différentes mesures, une par une, pour en ressortir celles qui ont pu impacter l'économie de l'officine. Par conséquent, seules les mesures relatives à la pharmacie sont répertoriées.

4.3.1.1 – Présentation schématique.

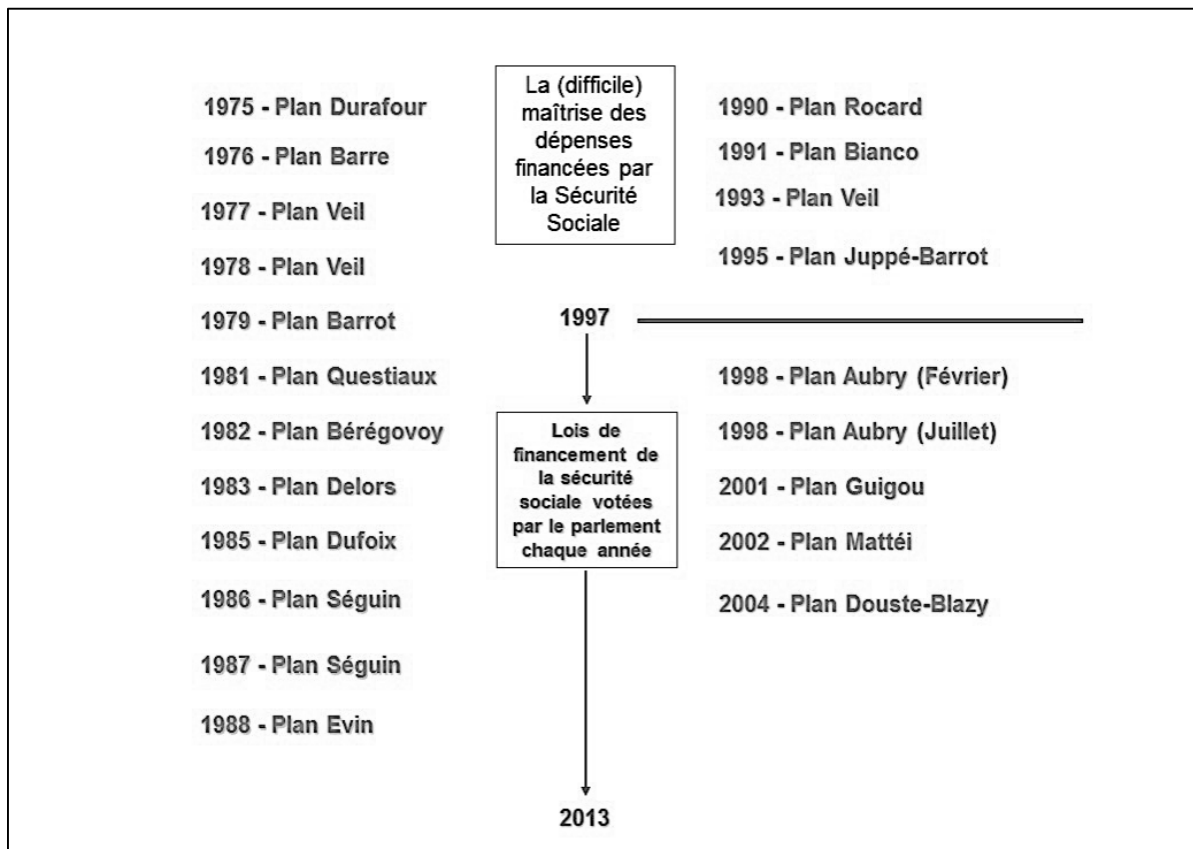


Figure 8 : Présentation schématique des plans de Sécurité sociale¹

4.3.1.2 – L'analyse plan par plan.

Il faut attendre 1997, et en pratique 2004, pour que la situation financière de l'Assurance maladie fasse l'objet d'un budget prévu par la loi et voté par la représentation parlementaire. Il s'agit

¹ Deysson, M. (2014). *L'exercice de La Profession*. Cours, Université de Limoges, Droit pharmaceutique, Limoges

d'un financement dans lequel les recettes et les dépenses sont planifiées, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) fixé et les mesures nécessaires pour parvenir aux objectifs arrêtés.

Auparavant et pendant de nombreuses années, des mesures conjoncturelles, prises au coup par coup, régulaient tant bien que mal les problèmes de financement. Chaque ministre en poste à ce moment a laissé son nom au plan qu'il était chargé de proposer. Cela permet de se rendre compte aussi combien ce poste est éphémère. Nous les désignerons par la suite du nom de leur promoteur, comme c'est l'usage.

4.3.1.2.1 – De 1975 à mai 1981 : Valéry Giscard D'Estaing est président de la République.

PLAN DURAFOUR : 1975

En 1975, l'augmentation des dépenses de santé des français, provoque un déficit de la Sécurité sociale. Pour faire face à ce problème financier, Michel Durafour, ministre du travail, soumet le premier plan de sauvetage de la Sécurité sociale. Outre l'augmentation des cotisations, la mesure la plus spectaculaire est la réduction de la TVA de 20% à 7% sur les produits pharmaceutiques.

PLAN BARRE : 1976

L'année suivante, le plan Barre propose différentes mesures visant à limiter la demande de soins, dont la suppression du remboursement à 70% de certaines spécialités pharmaceutiques. Il s'agissait des médicaments qualifiés improprement « de confort ». Ce sont en fait des médicaments destinés à traiter des affections sans caractère habituel de gravité. Ces spécialités seront identifiées par une vignette bleue apposée sur leur conditionnement. [27]

PLAN VEIL : 1977

La hausse du ticket modérateur, sur les médicaments dits « de confort », est la principale mesure affectant le secteur officinal. Le taux passe de 30% à 60%, et en contrepartie passage à 100% du remboursement des médicaments dits indispensables jusque-là pris en charge à 90%. Cette mesure n'a qu'un effet symbolique, les spécialités pharmaceutiques concernées par cette notion étant jusqu'à ce jour rares. [23]

PLAN BARROT : 1979

Il prévoit la création de la 26^{ème} maladie, et demande une contribution exceptionnelle aux pharmaciens qui doivent reverser une part de leur marge bénéficiaire pour la période du 1er octobre 1979 au 31 mars 1980. [27]

La 26^{ème} maladie ne correspondait pas à une pathologie définie, mais à des conditions particulières d'attribution de l'exonération du ticket modérateur qui permettait aux assurés de bénéficier d'une prise en charge à 100 % dès que la dépense restant à leur charge dépassait 80 F par mois ou 480 F en six mois (décret 86-1377 du 31 décembre 1986, JO du 1er janvier 1987 - arrêté du 31 décembre 1986, JO du 1er janvier 1987). Ce décret concernait les personnes dont les ressources annuelles ne dépassaient pas 82 430 francs soit 6869,16 francs par mois. Pour comparaison, le SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance) s'établissait aux environs de 2400 francs par mois (soit 28800 francs par an) et à trente-neuf heures de travail par semaine. Cette mesure touchait donc une large partie de la population française, et les 80 francs de reste à charge n'étaient pas négligeables pour les plus faibles revenus.

Cette disposition sociale, généreuse dans son principe, présentait un caractère inflationniste évident dans la mesure où l'exonération était liée, en fait, à un volume de consommation en médicaments. Il était donc de l'intérêt de l'assuré de solliciter une prescription soutenue de la part de son médecin afin de continuer à bénéficier de l'avantage et continuer à rester « à cent du cent » comme le langage populaire l'exprimait.

4.3.1.2.2 – Du 21 mai 1981 au 17 mai 1995 : François Mitterrand est président de la République.

PLAN BÉRÉGOVOY : 1982

Les pharmaciens d'officine se trouvent à nouveau touchés par le blocage des prix des médicaments et l'abaissement du taux de remboursement de 70 à 40% pour 1258 autres présentations de médicaments destinés aux traitements des affections de moindre gravité (vignette bleue).

En outre, une remise conventionnelle consentie par les pharmaciens d'officine à hauteur de 4% sur leur revenu d'exploitation de l'année 1981 est versée à la Sécurité sociale.

Au mois d'octobre 1982, le gouvernement a abaissé d'un point la marge des grossistes de 10,7% à 9,7% et, en contrepartie, a plafonné les remises aux pharmaciens à 3%. [28]

PLAN BÉRÉGOVOY ET DELORS : 1983

➤ Changement de marge

Une reconduction de la remise conventionnelle devait être consentie par les pharmaciens à la Sécurité sociale à hauteur de 250 millions de francs. Ce chiffre correspondait à une hausse de 25% par rapport à la contribution de 1982. Or les représentants de la profession ont refusé cette reconduction. En conséquence le gouvernement a décidé une baisse du taux de marque sur les médicaments remboursables de 33,44% à 32,44% afin de réduire leur prix de 1,5% et d'économiser 250 millions de francs.

Cette baisse du taux de marque, associée aux autres mesures, a provoqué de vives réactions de la part de la profession (voir article ci-dessous [29]). Celle-ci a organisé des manifestations, des grèves, et une suspension du service des gardes. La baisse du taux de marque était censée générer une économie de 450 millions de francs. Or l'argument avancé par les pharmaciens est que ces 450 millions ne seront qu'un manque à gagner pour les officines. En effet, la Sécurité sociale ne pouvait bénéficier que de 250 millions de francs à cause des achats sans ordonnance de médicaments remboursables. De plus le résultat des officines serait affecté, ce qui provoquerait de lourdes pertes pour le fisc.

A contrario, le gouvernement soutenait que le chiffre d'affaires des officines était en constante augmentation grâce à l'augmentation des ventes des médicaments remboursés (+15,8 % en valeur de 1981 à 1982 et + 21,8 % en valeur de 1980 à 1981). De plus le bénéfice net moyen des pharmaciens était passé de 200 000 F en 1979 à 312 000 F en 1982 soit 8 % d'augmentation réelle compte tenu de l'inflation.

Grève et manifestation des 21 et 22

Durant ces deux jours les pharmaciens d'officine ont largement témoigné leur mécontentement et leur colère. La grève a été suivie en province et à Paris par la quasi-totalité des pharmaciens et le jeudi on a compté plus de 4 000 personnes défilant dans les rues de la capitale.



Article 1 : Grève et manifestation des 21 et 22 (Lachenaud, 1983).

Les plans Bérégovoy ont entraîné une sérieuse baisse des dépenses de l'Assurance maladie qui chutaient de 18,5 % en 1982 à 11,3 % en 1983. Ainsi dans un contexte de très faible croissance, elle affichait un excédent de 11 milliards de francs en 1983. Pierre Bérégovoy annonçait que les comptes de 1984 seraient équilibrés.

PLAN DUFOIX : 1985

Malgré de bons résultats, l'année 1984 montrait un déficit toujours existant qu'il fallait combler. Une première mesure était la réduction du remboursement de trois cent soixante-dix-neuf produits pharmaceutiques de « confort », pour lesquels le ticket modérateur fut doublé. Ces médicaments sont donc passés d'un remboursement de 70 % à 40 %. [28]

Une autre mesure consistait à dérembourser le Supplément Honoraires Pharmaceutiques (SHP), institué le 6 décembre 1968 et appliqué aux spécialités relevant de la réglementation des substances vénéneuses. Et donc de laisser cet honoraire à la charge du patient. Concrètement, pour un médicament qui coûtait 10,45 F, le pharmacien se ferait remboursé 10 F et devait demander 0,45 F au malade. Les pharmaciens ne réclamèrent jamais aux patients le paiement de cet honoraire qui tomba en désuétude.

PLAN SÉGUIN : 1986 et 1987

C'est un plan de rationalisation des dépenses d'Assurance maladie qui propose :

- Une révision et une extension de la liste des maladies longues et coûteuses entraînant automatiquement l'exonération du ticket modérateur qui est portée à trente affections individualisées.

- La mise en place de la « 31^{ème} maladie » pour la prise en charge éventuelle du ticket modérateur concernant une affection grave ne figurant pas dans la liste des trente maladies longues et coûteuses sous certaines conditions, avec en parallèle la suppression de la « 26^{ème} maladie ».

- La création de l'ordonnance bizones qui permettait que seuls les traitements relatifs à l'affection exonérante soient pris en charge à 100 %.

- La mesure des « 40 à 40 » qui prévoit le remboursement à 40 % des médicaments soumis à ce taux (vignette bleue) quelle que soit la situation de l'assuré et les raisons de prescriptions.

- Cent cinquante-deux radiations de médicaments de la liste des spécialités remboursables, déremboursement des vitamines sauf D et B12.

- Une baisse de la TVA sur les médicaments à 7 % qui passent à 5,5 %. [23] [27]

Ces plans ont permis d'économiser 10 milliards de francs, mais la majeure partie du rendement obtenu est la résultante d'effets psychologiques, qui amènent les malades à réduire leur consommation médicale.

LE FONDEMENT LEGAL DE LA REGLEMENTATION DES MARGES : 1987

Les taux des marges de distribution sur les médicaments remboursables s'appuient sur une réglementation qui trouve son fondement légal dans l'article L.162-38 du code de la Sécurité

sociale (inséré par une loi n° 87-588 du 30 juillet 1987). Cet article constitue la base de tous les textes réglementaires relatifs aux marges de distribution des médicaments remboursables. Il a permis de libérer le prix des médicaments non remboursables, pour réserver ce contrôle des prix aux médicaments remboursables. [20]

*« Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'Assurance maladie et les professions de santé ou entre le Comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la Sécurité sociale, ou ledit Comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, **peuvent fixer** par décision les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale. Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernées. »*

Sur le fondement de l'article L. 162-38 CSS, est pris l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables. Certains articles de ce texte ont été modifiés puis abrogés à diverses reprises par des arrêtés. Cependant, il sert toujours de base en matière de fixation des marges des médicaments remboursables.

« Sont réglementés les prix et les marges des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux ainsi que les prix des vaccins et allergènes préparés spécialement pour un seul individu. »...

PLAN ÉVIN : 1988

Annulation d'une partie du Plan Séguin de 1987 (mesure des « 40 à 40 »). La prise en charge à 100 % des soins et médicaments, notamment les médicaments dits « de confort », aux personnes atteintes d'affections de longue durée est rétablie. (Coût estimé : 2 Milliards de francs). Au mois de mai, les laits infantiles deviennent accessibles en grande surface.

➤ **Changement de marge**

Devant l'augmentation des dépenses en médicament le gouvernement s'attaquait à nouveau aux bénéfices des pharmaciens jugés trop importants. Selon l'INSEE, le chiffre d'affaires des pharmaciens avait augmenté d'environ 9 % en comptant la seule vente des médicaments. Le gouvernement de monsieur Bérégovoy abaissait le taux de marque des pharmaciens de 32,44 % à 30,44 % soit une baisse de 2,87 % du prix de vente des médicaments remboursés.

L'économie espérée pour la Sécurité sociale s'élevait à 1,5 milliard de francs mais menaçait de fermeture (selon les syndicats) près de mille deux cents officines. Les répartiteurs s'indignaient également de cette mesure car la marge des médicaments remboursés en France, devenait l'une des plus faibles d'Europe, alors que le service au patient était le mieux adapté.

En plus de la manifestation de quatorze mille personnes qu'elle a engendrée, cette nouvelle mesure a aussi entraîné un recours devant le Conseil d'État par vingt-deux mille pharmaciens. Les syndicats ont calculé une perte moyenne par officine de 77000 F soit 18,6 % de baisse des revenus. Ils se sont basés sur une diminution de 2,3 % du chiffre d'affaires global (car les ventes de médicaments remboursables représentent environ 80 % du chiffre d'affaires) tout en tenant compte d'une augmentation des ventes de 10 %. Par conséquent, une crainte de voir les jeunes confrères récemment installés se retrouver dans une situation catastrophique, s'est emparée des pharmaciens. [30]

LES PHARMACIENS DANS LA RUE!...

Mobilisation : après la publication de l'arrêté abaissant dès aujourd'hui le taux de marque de 32,44 % à 30,44 % toutes les organisations syndicales appellent à un rassemblement des officinaux jeudi après-midi dans les rues de Paris. Conséquence du texte gouvernemental : plus de onze cents pharmacies pourraient fermer leurs portes.

In n'est plus temps de se lamenter. Dimanche après-midi, les adhérents qui convergent vers les syndicats pharmaceutiques, n'étaient à l'évidence pas disposés à pleurer sur leur sort. Bien au contraire, expliquait ainsi un membre d'une organisation parisiennne, il faut se battre pour montrer à tous, que les pharmaciens ne peuvent se laisser "tondre" sans réagir. Propos que, sans doute, nombre d'officinaux auront repris en ce dimanche noir qui a vu la parution au *Journal officiel* de l'arrêté que chacun croyait repoussé à des dates plus lointaines (voire complètement abandonné!) abaissant le taux de marque des pharmaciens de deux points, de 32,44 % à 30,44 %.

leur marge. Peine perdue... pour l'instant.» L'espoir existe-t-il vraiment? Certainement, poursuit Yannick Marzin : « Nous demandons purement et simplement l'abrogation de cet arrêté et l'ouverture de négociations avec les pouvoirs publics. »

SANS NEGOCIATIONS

Car l'incroyable, dans cette affaire, c'est que cette décision importante pour la vie de l'officine, a été élaborée par des hauts fonctionnaires, sans que les professionnels ne soient un seul instant consultés. Ils ont simplement été avertis le lundi 7 novembre que la baisse du taux de marque allait être incessamment publiée au *Journal*



Article 2 : Les pharmaciens dans la rue (Busseau, 1988)

Le 1er janvier 1990, s'appliquait une nouvelle baisse de la TVA sur les produits pharmaceutiques remboursables de 5,5 % à 2,1 %. L'économie réalisée devait s'élever à 1,6 milliard de francs.

PLAN ROCCARD : 1990

Exonération du ticket modérateur pour les Affections de Longue Durée « hors liste » (hors des trente maladies exonérantes), et pour les médicaments à vignette bleue (40 %) prescrits dans le cadre d'une maladie exonérante.

Limitation du remboursement des préparations magistrales, par introduction d'une liste positive des substances et formes pharmaceutiques pouvant être prises en charge. [28]

➤ Changement de marge : la marge dégressive lissée

L'augmentation des coûts des médicaments était le principal moteur du débat sur la rémunération du pharmacien. « Comment voulez-vous demander 30 % d'un médicament qui va coûter plus de 2000 francs par jour ? Ce n'est pas sérieux » soutenait le député du Lot Bernard Charles.

L'arrêté du 2 janvier 1990 a instauré, pour les spécialités pharmaceutiques remboursables, un système de rémunération fondé sur une marge dégressive lissée qui remplace la marge linéaire à 30,44 %. Ce nouveau mode de rémunération s'est appliqué à compter du 1er mars 1990. Le barème était initialement fixé à six tranches, à partir du prix fabricant hors taxes. Chaque tranche est affectée d'un coefficient multiplicateur (le taux de marge) qui permet de faire passer du prix fabricant HT à la marge (ou bénéfice brut) dégagé par tranche.

Prix fabricant HT	Coefficient	Marge brute
0 – 5 F	0,90	4,5
5-10 F	0,56	2,8
10-17 F	0,38	2,66
17-30 F	0,26	3,38
30-70 F	0,125	5,00
+ de 70 F	0,10	/

Tableau 5 : Répartition des tranches de la Marge Dégressive Lissée en 1990

A la Une

**Grippe :
le dernier
« rappel » !**

Le Groupe d'étude et d'information sur la grippe (GEG) rappelle que la période la plus favorable à la vaccination grippale se termine au début du mois de décembre. Il faut, en effet, 15 jours aux anticorps pour se former. La vaccination reste donc le seul moyen de lutte efficace contre la maladie.

Cette recommandation s'applique particulièrement aux personnes âgées de plus de 70 ans et à celles atteintes de certaines affections de longue durée. Le vaccin est disponible chez tous les pharmaciens. Les bons de prise en charge délivrés par la CNAMTS, accompagnés d'une prescription médicale, permettent de l'obtenir gratuitement.

Dernier délai pour utiliser ces bons : le 22 décembre 1990.

Par ailleurs, le GEG fait remarquer que les affections respiratoires, remarquées durant l'automne, ne sont pas provoquées par les virus grip-

MARGE DÉGRESSIVE LISSÉE, LE PREMIER BILAN

De quoi s'inquiéter !

PRÉVISIBLES ET ATTENDUS, LES « EFFETS DE GLISSEMENT » À TRAVERS LES TRANCHES DU NOUVEAU MODE DE RÉMUNÉRATION SONT MAINTENANT UNE RÉALITÉ TANGIBLE. SELON L'UNPF IL Y A DE QUOI S'INQUIÉTER.

Février 1990, date d'entrée en application de la Marge dégressive lissée (MDL), le pharmacien abandonne une marge uniforme, qualifiée « d'inadaptée » par les pouvoirs publics, pour une nouvelle « rémunération » dont le montage laissait immédiatement pressentir une baisse annuelle de la marge brute en pourcentage.

trois effets importants : « l'effet structure », qui résulte du transfert des prescriptions sur des produits plus onéreux, « l'effet volume » en rapport avec l'augmentation du prix moyen du médicament et « l'effet unitaire ».

Si les deux premiers effets jouent invariablement sur la diminution des parts de CA réalisées par les premières tranches (celles qui ont les plus forts taux de marque) et

les tranches supérieures (celles à plus faibles taux de marque), en revanche « l'effet unitaire » intervient dans un sens ou dans l'autre selon les vicissitudes de la santé. Lors d'une épidémie de grippe, on observe ainsi constamment une augmentation des unités vendues correspondant aux basses tranches (0-5F) et (5-10F), prix fabricant hors-taxes, ce qui peut venir pondérer la baisse.

Article 3 : De quoi s'inquiéter ! (Pouzaud, 1990)

PLAN BIANCO : 1991

On y trouve la suppression du Supplément d'Honoraires Pharmaceutiques (SHP) que percevaient les pharmaciens lors de la vente de substances vénéneuses. Les médicaments à base d'oligo-éléments et de magnésium ne sont plus remboursés à compter du 1er juillet.

Une autre disposition oblige les industriels dont le chiffre d'affaires en médicaments remboursables est supérieur à 100 millions de francs à le réduire de 2,5 % pour cet exercice. Ils peuvent baisser le prix de leurs médicaments, demander le déremboursement de certaines de leurs spécialités ou les retirer du marché. Cette mesure s'est traduite par le retrait du marché de cent quatre-vingt-onze médicaments et le déremboursement de cent vingt-quatre autres.

Puis une nouvelle mesure induit le déremboursement de deux cent trente-neuf spécialités. [27]

➤ **Révision des remises**

À partir de 1991 (loi du 31 juillet 1991), les remises, ristournes et avantages commerciaux consentis par tous les fournisseurs des officines en spécialités pharmaceutiques remboursables, ont été plafonnées. C'est ainsi que, en compensation de la contribution exceptionnelle de 0,6 % demandée aux grossistes sur leur chiffre d'affaires, un plafonnement des remises à 2,5 % est consenti aux officines pour la période du 1er juillet au 31 décembre 1991. Cette mesure a été reconduite pour l'année 1992.

<p>Au début des années 1990, le déficit est devenu de moins en moins maîtrisable. Le graphique suivant représente comment la variation de la croissance du produit intérieur brut (PIB) influence la situation financière de la Sécurité sociale depuis 1993. [32]</p>
--

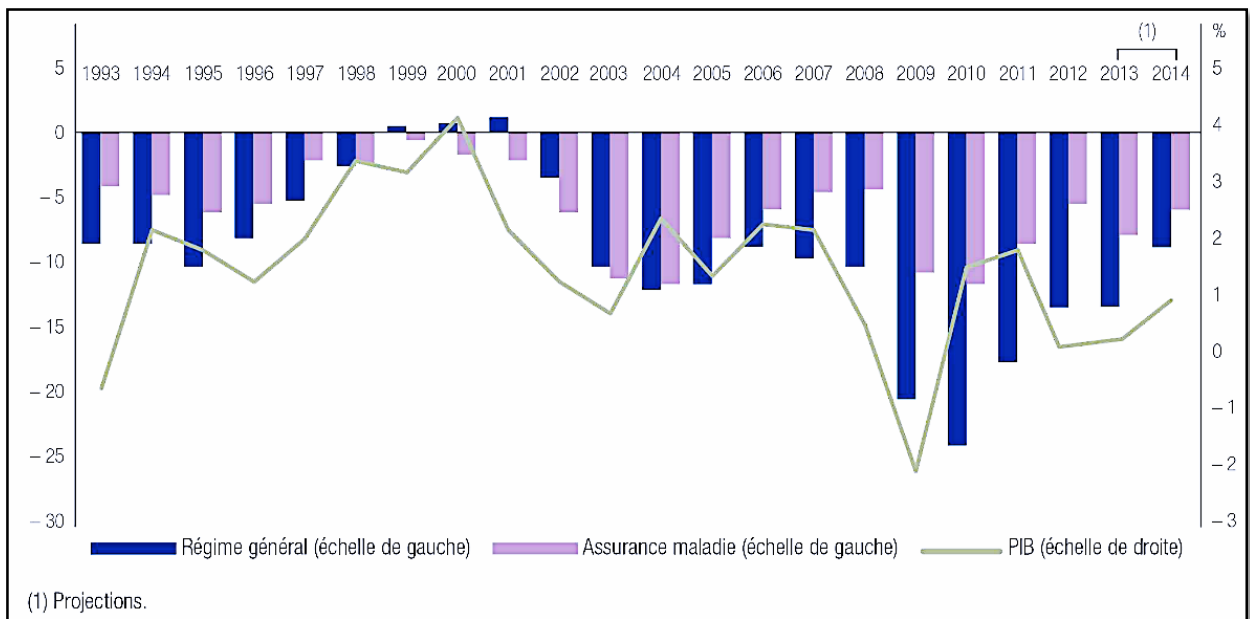


Figure 9 : Évolution de l'équilibre budgétaire de l'Assurance maladie et du régime général de la Sécurité sociale. [32]

Cette année-là, une récession a conduit au premier gros déficit de la Sécurité sociale. Tout au long du graphique, on observe que la seule année où il n'y a pas eu de déficit, correspond à une croissance supérieure à 4 %. Dès que cette croissance diminue, elle entraîne avec elle les comptes de la Sécurité sociale.

PLAN VEIL : 1993

En 1993, la situation financière de la Sécurité sociale est catastrophique. L'État décide de lui verser une subvention de 5 milliards de francs. Madame Simone Veil présente donc, le 29 Juin 1993, un plan de redressement de l'Assurance maladie destiné à économiser 32,2 milliards de francs. Cette année est également celle de la création de l'agence du médicament.

Ce plan contient aussi une réduction généralisée des taux de remboursement de 5 %, ce qui induit des taux du ticket modérateur des médicaments à 65 % et 35 %. La plupart des mutuelles ont décidé de prendre en charge ces 5 % d'augmentation du ticket modérateur subi par l'assuré.

**L'ACCORD ENTRE L'ÉTAT ET LE SYNDICAT NATIONAL DE
L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE (SNIP) SUR LA FIXATION DU PRIX
DES MÉDICAMENTS : 1994**

En 1994 l'État signe un accord avec les industries pharmaceutiques. Il prévoit que le prix des médicaments remboursables soit l'objet de conventions valables pour quatre ans. Celles-ci seraient conclues entre le laboratoire et le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS). Les deux parties concluent un accord sur le prix fabricant hors taxe des médicaments. Le mécanisme de fixation de ce prix est fondé sur l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) et sur un engagement prix-volume, assorti de sanctions en cas de non-respect, dans lequel les laboratoires s'engagent à baisser le prix d'un médicament qui serait très utilisé. [23]

**4.3.1.2.3 – Du 17 mai 1995 au 16 mai 2007 : Jacques Chirac est
président de la République.**

PLAN JUPPÉ-BARROT : 1995

Le déficit de la Sécurité sociale, qui s'élève à 62 milliards de francs, est plus important que prévu. Les recettes espérées ne sont pas au rendez-vous, et le ralentissement de la croissance amplifie le problème. Pour améliorer la situation, le plan Juppé a apporté des changements législatifs sur le fonctionnement de la Sécurité sociale.

- Pour la fin de l'année 1998, tous les assurés devaient être détenteurs de la Carte Vitale, et les cabinets médicaux du matériel permettant la télétransmission des feuilles de soins grâce aux cartes de professionnels de santé (CPS).
- La loi du 22 février 1996 a réformé la Constitution de la cinquième République en instaurant une nouvelle catégorie de loi, celle du financement de la Sécurité sociale (LFSS), afin d'associer la représentation nationale à la détermination de l'équilibre financier de la Sécurité sociale. [28]
- Les spécialités pharmaceutiques ne sont remboursées que lorsqu'elles sont prescrites conformément à certaines indications thérapeutiques.
- Pour terminer, une des décisions marquantes du plan Juppé est la création de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). C'est un outil de régulation des dépenses de l'Assurance maladie qui correspond à un montant prévisionnel établi annuellement. Il englobe les soins de ville, d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics mais aussi dans les centres médico-sociaux. Cet objectif concerne les dépenses remboursées par

l'ensemble des régimes d'Assurance maladie. Il ne comprend pas les frais tels que le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires médicaux, les prestations exclues de par leur nature du remboursement. En outre, il est intégré à la Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS). Il est évident que les décisions tendent à faire évoluer le moins possible les dépenses. Elles sont donc à l'origine de plusieurs mesures destinées à garantir le respect des objectifs fixés, et les économies attendues pèsent sur les professionnels de santé, dont les pharmaciens. [25]

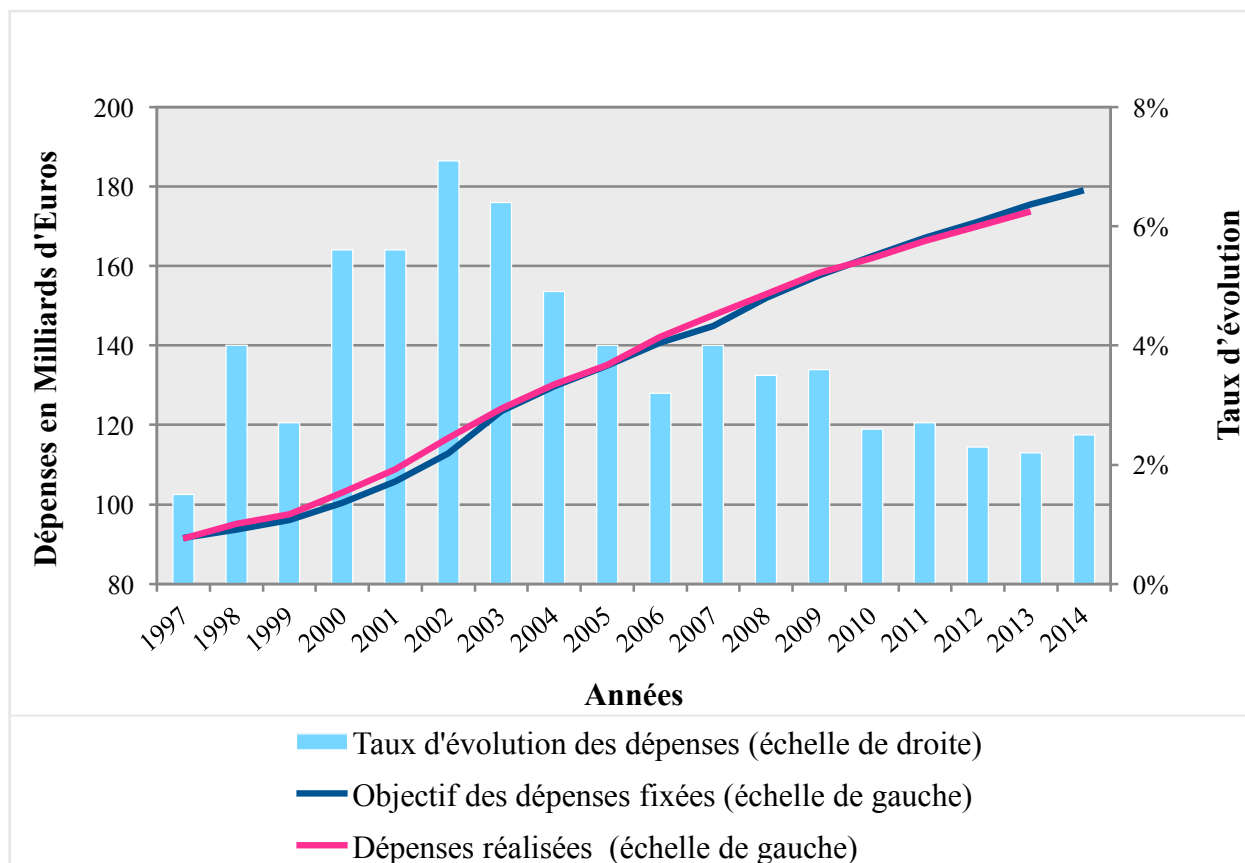


Figure 10 : L'ONDAM en chiffre

CREATION DU REPERTOIRE DES GENERIQUES : 1997

Les spécialités génériques sont désormais répertoriées par une décision de l'Agence du médicament, prise après avis de la Commission d'AMM.

PLAN AUBRY : 1998

Cette année-là, les perspectives économiques s'améliorent grâce à une remontée sensible du taux de croissance associée à une décélération des dépenses de l'Assurance maladie. Cependant le déficit est toujours présent et s'évalue à 13 milliards de francs.

Le dispositif propose donc :

- Une contribution des laboratoires pharmaceutiques à hauteur de 1,5 à 2 milliards de francs sous forme d'une baisse des prix des médicaments, d'une ristourne ou d'une taxe directe.
- Un objectif de réévaluation, dans les trois ans à venir, de l'ensemble des produits inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux et révision des prix. [27]

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 1999

➤ Droit de substitution accordé aux pharmaciens

A la suite de la signature entre le Gouvernement et deux syndicats de pharmaciens (Union Nationale des Pharmacies de France et Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France) d'un protocole d'accord prévoyant des réformes dans le secteur pharmaceutique, notamment la possibilité de remplacer un médicament prescrit par un médicament générique. [23]

Ce droit annule donc les dispositions de l'article L. 512-3 du Code de la Santé Publique, selon lequel « le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient ». Désormais le pharmacien peut substituer à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité. La substitution est donc un droit accordé au pharmacien de choisir la marque du produit avec lequel il entend honorer une prescription. Cela donne un double rôle au pharmacien, en tant que professionnel de santé et acteur de la sauvegarde de l'Assurance maladie.

Après avoir obtenu son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), le médicament générique est inscrit au répertoire des spécialités génériques par le directeur général de l'ANSM (art. L.5121-10 du CSP). Cette inscription est nécessaire pour permettre la substitution de la spécialité par le pharmacien. L'inscription au répertoire des génériques se fait par groupe constitué par la spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. La politique des génériques a débouché sur la mise en place d'accords conventionnels, dans le cadre des Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), sur des objectifs de substitutions. Les pharmaciens s'engagent à substituer les spécialités, et en contrepartie ils peuvent toucher une rémunération versée par l'Assurance maladie.

➤ **Révision des remises**

Une mesure du 23 décembre 1998 a modifié le plafonnement des remises consenties par les grossistes répartiteurs aux pharmaciens. Le plafond de la remise pouvait désormais atteindre 10,74 % du prix fabricant HT pour les médicaments génériques, alors qu'il restait à hauteur de 2,5 % pour les autres spécialités remboursables. L'objectif était d'atteindre un taux de substitution à 35 %. [20]

PLAN AUBRY : 1999

➤ **Changement de marge**

Dans le cadre de ce plan, l'arrêté du 28 avril 1999 a ramené la Marge Dégressive Lissée de six à deux tranches. Ce nouveau système de marge est entré en vigueur le 1er septembre 1999. Le principe de marge dégressive corrélée au prix fabricant HT ne change pas, mais au lieu d'être divisé en six tranches, il s'échelonne désormais sur deux tranches. Pour un médicament dont le prix fabricant HT est inférieur à 150 F la marge brute s'obtient en multipliant par le coefficient 0,261 ; et si le prix dépasse 150 F on multiplie par le coefficient 0,1. De plus, à cette rémunération s'ajoute une partie forfaitaire de 3.50 F par boîte, plus 2,00 F à la boîte s'il s'agit d'un médicament à dispensation particulière (médicament d'exception, traitement de substitution, antirétroviraux, hépatite C, contraception d'urgence, sevrage alcoolique). Ce nouveau mode de rémunération avait pour objet de valoriser l'acte pharmaceutique.

Prix fabricant HT	Coefficient	Marge brute	Forfait/boite	Délivrance particulière
0 – 150 F	0,261	39,15	0,53	0,30
> 150 F	0,10	/		

Tableau 6 : Répartition des tranches de la Marge Dégressive Lissée en 1999

Le bilan de cette marge dégressive à deux tranches associé à une augmentation des dépenses pharmaceutiques, a été très satisfaisant pour les pharmaciens et a consolidé l'économie de l'officine. Une étude réalisée par le GERS (Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques) avait démontré que la marge à deux tranches était plus rentable que la marge à six

tranches. L'érosion de la marge du pharmacien a ralenti grâce à la moindre dégressivité de cette nouvelle rémunération comme le prouve l'article de presse suivant : [33]

La reprise économique, la nouvelle MDL et la substitution sont les principaux artisans des bons résultats 1999-2000 enregistrés par l'officine, en comparaison de ceux des années précédentes.

La profession retrouve le moral

La nouvelle MDL des pharmaciens souffle sa première bougie. Un premier anniversaire qui ne se solde pas par un mauvais cadeau pour l'officine. Ce premier bilan de la « marge Aubry », dopé par la croissance et par le développement encourageant des génériques, montre pour l'officine des résultats 1999-2000 meilleurs que ces dernières années. Un bilan qui, s'il n'a rien d'exceptionnel, jette quelque peu les syndicats dans l'embarras vis-à-vis des pouvoirs publics. Car il ne faut pas le nier : les résultats obtenus sont sensiblement supérieurs à ceux attendus.

L'enveloppe globale retenue pour 1999 lors des discussions entre le gouvernement et les syndicats était de 28,2 milliards de francs pour l'ensemble du réseau officinal. A la fin de l'année dernière, elle se montait déjà à 29 milliards de francs. Pour 2000, il est difficile de parler de dépassement puisqu'aucune enveloppe n'a été fixée pour cette année. Reste que les



Article 4 : La profession retrouve le moral (Pouzaud, 2000)

➤ Marge unique princeps - génériques

Le système de marge instauré en 1990 n'incitait pas à la substitution, car substituer revenait à dispenser une spécialité de marge brute inférieure à celle de référence. Il a donc été décidé l'instauration d'une marge unique pour toutes les spécialités relevant d'un même groupe de générique (la marge du générique = la marge de la spécialité de référence) et non soumis au Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR).

Puis un arrêté du 9 mars 2011 a généralisé cette règle pour les spécialités sous une forme orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence. Ceci a eu pour conséquence de soumettre à un même régime juridique l'ensemble des spécialités génériques inscrites au Répertoire et figurant dans un groupe générique non soumis au Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR).

➤ Objectifs

Les pharmaciens s'engagent à développer la substitution et conviennent d'un objectif de 35 % sur les médicaments inscrits au répertoire. De plus, ils s'engagent à télétransmettre leurs feuilles de soins électroniques dans le cadre du programme Sesam-Vitale.

L'année 2000

Le passage aux « 35 heures » allait nécessairement abaisser les charges sociales et donc les recettes de la Sécurité sociale. Or le Conseil constitutionnel a refusé le projet de financement de ce manque à gagner (taxe sur les heures supplémentaires) souhaité par Madame Aubry. Les « 35 heures » étaient donc au cœur des débats pour la loi de financement de la Sécurité sociale.

CREATION DE LA CMU : 2000

La mise en place de la CMU (Couverture Maladie Universelle) au 1er janvier avait pour but de pallier les difficultés d'accès aux soins de certaines catégories de population. Un volet complémentaire à la CMU (la CMU-C) propose une couverture complémentaire gratuite aux personnes dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond. Au moment du vote de la loi, la population concernée par ce dispositif de couverture complémentaire gratuite était estimée entre 5,5 millions et 6,5 millions qui sont autant de nouveaux assurés sociaux accédant aux soins. [34]

PLAN GUIGOU : 2001

Madame Elisabeth Guigou, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, présente un « plan médicaments » fondé sur trois priorités : agir sur le bon usage du médicament, relancer le développement des génériques et renforcer l'efficacité de la régulation des dépenses. Cette décision passe par une politique de baisse de prix et de déremboursement pour les médicaments dont le Service Médical rendu (SMR) est jugé insuffisant.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2002

Les personnes dont le contrat de CMU arrive à expiration peuvent bénéficier, pour une durée d'un an, du dispositif de tiers payant. Une autre mesure vise à affilier à la CMU les enfants en situation irrégulière sur critère de résidence.

Autres mesures :

- Autorisation de la prise en charge des prescriptions rédigées DCI (Dénomination Commune Internationale).
- Les médecins s'engagent à prescrire en DCI en contrepartie d'une revalorisation des tarifs de consultation. La délivrance de la spécialité ne devra pas entraîner une dépense supplémentaire supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

PLAN MATTEI : 2002

Aussi appelé « plan anti-gaspi », C'est un projet qui prévoit que certains médicaments, dont l'efficacité est jugée insuffisante par la HAS (Haute Autorité de Santé) ne seront plus pris en charge. D'autres verront leur base de remboursement passer de 65 % à 35 %.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2003

➤ Création du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR)

Dans son principe, il est rappelé que les pharmaciens s'engagent chaque année par voie de convention avec l'Assurance maladie à remplir un objectif de substitution en matière de médicaments génériques. A côté de l'accord « global », un certain nombre de dénominations communes font l'objet d'objectifs spécifiques pour leur substitution. Lors de l'analyse annuelle des écarts aux engagements pris il peut être, selon les termes de l'accord, décidé à titre de sanction de la mise sous le régime du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) d'un ou plusieurs groupes génériques.

Contrairement au principe décrit plus haut d'une marge unique pour un même groupe générique quel que soit le prix de vente au public, certains princeps et leurs génériques seront remboursés sur la base d'une même valeur dite TFR. Si un patient choisi un produit plus cher que le TFR, le pharmacien demandera de lui régler directement la différence, même en cas d'utilisation du tiers payant. Il était prévu que soixante-douze groupes de produit soient remboursés sous ce régime (acide tiaprofenique, bromazépam, métoclopramide, etc...). [20]

L'année 2003

Cette année-là le déficit de la branche maladie est estimé à 9,7 milliards d'Euros. Cependant les principales mesures visent à alléger les cotisations sociales.

Un arrêté du 19 avril 2003 change le taux de remboursement des médicaments au Service Médical Rendu (SMR) modéré qui est ramené de 65 % à 35 %. Puis en août 2003 eu lieu la première vague de déremboursement. Elle concernait soixante-douze spécialités pharmaceutiques, essentiellement de « vieux » médicaments, qui pouvaient être dangereux. Beaucoup d'entre eux sont même retirés du marché.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2004

De cette loi, on retient les trois points suivant :

- L'AFSSaPS (l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) peut désormais délivrer une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour une spécialité générique avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence. Toutefois, la commercialisation du générique, ne peut intervenir qu'après expiration des droits de propriété intellectuelle (sauf accord du titulaire des droits).
- La loi prévoit aussi la création d'une Haute Autorité de Santé (HAS) publique chargée d'évaluer l'efficacité des médicaments.
- On retrouve également une contribution sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques exploitant une ou plusieurs spécialités prises en charge par l'Assurance maladie. [28]

L'année 2004

La branche maladie serait la principale responsable de la dégradation de la situation du régime général. La progression de ses charges creuse le déficit de la Sécurité sociale qui s'établirait à 10,6 milliards d'euros en 2003.

Hors mesures prises dans le cadre de la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale), celui-ci devait atteindre 14,1 milliards d'euros en 2004. Au final il s'est établi à 11,6 milliards d'euros.

PLAN DOUSTE-BLAZY : 2004

Ce plan propose une nouvelle organisation des soins avec la création du Dossier Médical Personnalisé (DMP), et de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), destinée aux personnes dont les ressources n'excèdent pas plus de 20% du plafond de ressources pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Elle varie en fonction de l'âge et du nombre de personnes du ménage. Elle est financée par une contribution des organismes de couverture santé complémentaire.

On observe la création de dispositifs tels que l'Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie (UNCAM) qui va coordonner l'action des caisses d'Assurance maladie, ainsi que de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui procède à l'évaluation de l'utilité médicale des produits médicaux remboursables.

Il est désormais possible de délivrer, lorsqu'une spécialité pharmaceutique est présentée sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à trente jours, le traitement pour cette durée dans la limite de trois mois. [27]

➤ **Révision des remises**

L'instauration du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) en 2003 a modifié les conditions de remises. Le taux limite des remises autorisées pour les spécialités génériques relevant d'un groupe soumis à l'application d'un TFR, a été ramené à 2,5 % du prix des spécialités remboursables.

Le 1er juillet 2004, le plafond légal des remises consenties par les fournisseurs des officines sur les spécialités remboursables, est devenu le suivant :

- 2,5 % du prix pharmacien sur tous les princeps
- 10,74 % du PFHT pour les spécialités génériques hors TFR
- 2,5 % du prix pharmacien pour les génériques sous TFR

Hors TFR la marge princeps est la même que le générique, avec le TFR la marge est calculée sur le prix fabricant HT du générique. [20]

Ces dispositions ne laissent pas la profession indifférente comme le prouve cet article de presse : [35]

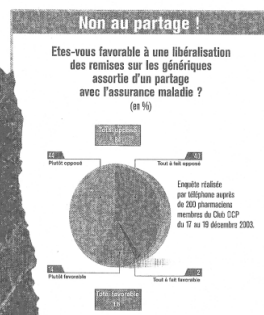
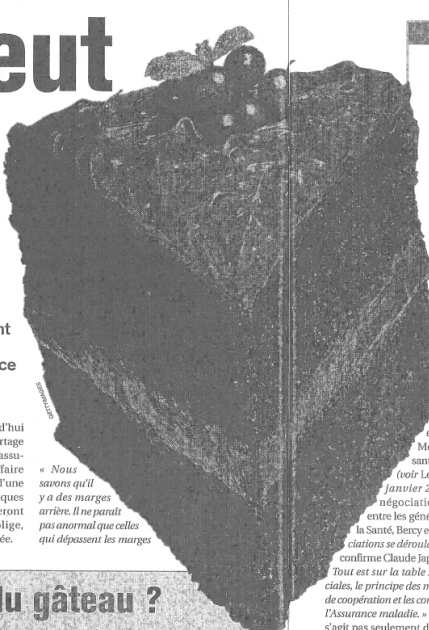
L'Etat veut sa part

Sur la scène politique et médiatique, le dossier des remises commerciales concernant le générique n'a jamais été aussi brûlant. Le débat est engagé entre le gouvernement et la profession. Mais les représentants de l'Etat le répètent à l'envi : ils veulent récupérer une partie des remises pour les reverser à l'Assurance maladie. Etat des lieux.

PAR FRANÇOIS POUZAUD ET NICOLAS FONTENELLE

Il faudra s'y résoudre. Même si aujourd'hui 84 % d'entre vous s'opposent à un partage des remises sur les génériques avec l'assurance maladie (voir ci-contre), l'affaire semble entendue : d'une manière ou d'une autre, l'Etat récupérera sa part. Les politiques se sont saisis du dossier et ils ne le lâcheront pas. Réforme de la Sécurité sociale oblige, aucune source d'économie ne sera négligée.

« Nous savons qu'il y a des marges arrière. Il ne paraît pas anormal que celles qui dépassent les marges



de droit public revient en tout ou partie à l'assurance maladie », a récemment martelé dans nos colonnes Yves Buz, député UMP et président du groupe Médicament et produits de santé à l'Assemblée nationale (voir Le Moniteur n° 2519 du 17 janvier 2004). En coulisses, les négociations sont déjà engagées entre les génériqueux, le ministère de la Santé, Dercy et la profession. « Les négociations se déroulent depuis plusieurs mois, confirme Claude Japhet, président de l'UNFE. Tout est sur la table : les conditions commerciales, le principe des marges arrière, les contrats de coopération et les conditions d'un partage avec l'Assurance maladie. » L'enjeu est de taille. Il ne s'agit pas seulement de trouver un mécanisme pour reverser une partie de l'argent à l'Assurance maladie. Il faut surtout clarifier un système qui fait planer une véritable épée de Damoclès sur la tête des pharmaciens.

Une situation absurde et intenable. Pour le moment, la DGCCRF a suspendu ces vérifications, attendant l'issue des négociations, mais elle n'exclut pas de les reprendre si les choses restent en l'état. Claude Le Pen, professeur d'économie de la santé à Paris-Dauphine et président du cabi-

net de consultants CLP Santé, dénonce dans les règles du jeu actuelles du marché des génériques une situation absurde et intenable qui favorise l'illegalité, les pratiques de dumping, de revente à perte, de remises croisées et les fausses prestations de services assimilées par la DGCCRF à des remises déguisées. « Parce qu'il faut favoriser la croissance des génériques en France, l'Etat fait comme s'il n'avait rien vu », dénonce Frédéric Thomas, manager senior au pôle santé du cabinet Arthur D.Little.
« L'illegalité de ces pratiques n'est pas évidente puisqu'il n'y a pas de surremises sur les factures », constate Jean-Jacques Zambrowski, consultant en stratégies et économie de la santé, tout en reconnaissant que des avantages sont accordés au pharmacien sous forme de contrats de coopération commerciale, qui, en principe, doivent concerner une prestation effective, justement rémunérée, et sans lien de proportionnalité avec le montant des commandes livrées de manière concomitante. « Reste que le pharmacien est directement exposé puisque acheter avec la remise de 10,74 % sur le PFHT en cas d'achat direct et vendre au prix de la vignette revient à facturer à la Sécurité sociale une prestation qui n'a ni été fournie ni été payée », rappelle Jean-Jacques Zambrowski.

Sans remises, le marché des génériques ne pourrait progresser.

Or les pharmaciens n'ont pas droit de facturer à la Sécurité sociale un bien plus cher que ce qu'il a coûté. Le problème c'est que les officinaux sont dans l'impossibilité de répercuter au comptoir les suppléments de remises.

Pas question de renoncer aux remises. Epinglés par la DGCCRF lors de contrôles, certains officinaux ont objecté qu'ils ne pouvaient pas se rappeler pour chaque boîte son circuit d'achat et la marge perçue. Réponse de la DGCCRF : puisque les officinaux ne peuvent pas répercuter les compléments de remises proposés d'une façon ou d'une autre par les laboratoires sur le prix public, ils doivent les refuser. Impensable ! D'où la nécessité de sor- Suite page 18

Quelle est la taille du gâteau ?

L'Etat veut reprendre une partie des remises versées aux officinaux par les génériqueux. Très bien, mais que représente globalement le volume des remises assurées ? Difficile à dire. Notamment parce que ces remises n'apparaissent souvent qu'à travers les contrats de coopération. Et comme les génériqueux restent pour le moins discrets sur leurs pratiques commerciales...

Selon Frédéric Thomas, manager senior au pôle santé du cabinet Arthur D.Little, le montant total des remises (contrats de coopération inclus) représente en moyenne 30 % à 40 % du prix du générique, alors que le prix public du générique est en moyenne inférieur de 22,95 % au rapport au principal. « Cela représente une enveloppe financière égale voire supérieure à l'économie

générée par la vente de génériques », en dédut-il. Or, d'après certaines estimations, la vente des génériques permettrait déjà à la Sécurité sociale de réaliser 80 millions d'euros d'économies chaque mois malgré le TER (tarif forfaitaire de responsabilité)... Une ponction sur les surremises lui en assurerait quasiment le double. Comment y résister ?

Article 5 : L'Etat veut sa part (Pouzaud, 2004)

➤ Changement de marge

L'arrêté du 21 février 2004 a modifié le calcul de la marge du pharmacien et du grossiste en établissant une marge à trois tranches :

Prix fabricant hors taxe	Coefficient	Forfait/boîte
0 – 22,90 €	26,10	0,53 €
22,90 – 150 €	10,00	
+ de 150 €	6,00	

Tableau 7 : Répartition des tranches de la Marge Dégressive Lissée en 2004

Les changements s'observent sur les PFHT supérieurs à 150 €, où le nouveau coefficient est à 6 %, et sur la suppression du forfait additionnel par boîte de 0,30 € pour les médicaments à dispensation particulière. [20]

L'ACCORD ENTRE LES SYNDICAT ET L'ETAT : 2005

Les syndicats de pharmaciens signent un accord avec le ministre de la santé, Monsieur Philippe Douste-Blazy, notamment sur les points suivants :

- Pendant vingt-quatre mois, la politique des TFR est réservée aux groupes génériques dont le taux de pénétration est insuffisant. C'est à dire que le TFR n'est pas appliqué dans les groupes où le taux de pénétration est supérieur à 50 %.
- Pour compenser, il y a une baisse des prix de 15 % pour l'ensemble du répertoire (princeps et générique), ainsi qu'une baisse de 10 % pour les génériques inscrits depuis plus de vingt-quatre mois dans le répertoire.
- L'accord comporte également une extension du répertoire des génériques.
- Des objectifs individuels de substitution de 68 % voire 70 %
- Publication d'un arrêté sur les marges arrière (sur remises du génériqueur envers les pharmaciens) pour un plafonnement à 20 %. Le pharmacien doit retrancher de l'ancien prix fabricant HT les 10,74 % de remise sur le générique puis le surplus au-delà des 20 % de marge arrière autorisés. [23]

Exemple : Soit un générique avec un PFHT de 10 € et une coopération commerciale de 30 % (dépassement du plafond à 20 %) :

- Le prix d'achat remisé du pharmacien est égal à :
 $10 - (10 \times 10,74\%) = 8,93 \text{ €}$
- Le prix d'achat net tombe à :
 $8,93 - [(8,93 \times (30\% - 20\%))] = 8,04 \text{ €}$
- La marge commerciale du pharmacien est alors calculée sur ces 8,04 € au lieu de 10€ en l'absence de surplus de marge arrière.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

Hausse exceptionnelle du taux de contribution des industries pharmaceutiques à 1,76 % (au lieu de 0,6 %) pour le chiffre d'affaires réalisé en 2006. Ce taux passera à 1 % en 2007 et 2008.

L'année 2006

En 2006 le déficit de l'Assurance maladie a décéléré pour atteindre 6,3 milliards d'euros. Mais cette embellie était trompeuse, car il s'est avéré difficile de contenir une hausse des dépenses de l'Assurance maladie (seulement 2,5 % en 2006).

PLAN BERTRAND : 2006

L'objectif est d'économiser 350 millions d'euros, afin de poursuivre le redressement des comptes de l'Assurance maladie amorcé en 2004. En ce qui concerne la pharmacie, ce plan prévoit :

- La régulation de la prise en charge des préparations magistrales réalisées en officine,
- Quelques baisses de prix ciblées,
- Une hausse de la taxation du chiffre d'affaires des grossistes répartiteurs.
- En mars 2006 a lieu la deuxième vague de déremboursement qui concerne deux cent quatre-vingt-deux spécialités pharmaceutiques,
- Pour cent cinq médicaments veinotoniques, les Pouvoirs publics créent un taux de prise en charge provisoire de 15% (au lieu de 35 %) destiné à préparer leur déremboursement total. [28]

Première convention pharmaceutique d'exercice

L'année 2006 est celle de la signature de la **première convention pharmaceutique**. Cette convention nationale organise les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie. Elle a été signée le 29 mars 2006 par le directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) ainsi que les présidents des trois organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine : l'UNPF (Union Nationale des Pharmacies de France), l'USPO (Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine), et la FSPF (Fédération des Syndicats de Pharmaceutiques de France). (Voir 5.2.2).

4.3.1.2.4 – Du 16 mai 2007 au 15 mai 2012 : Nicolas Sarkozy est président de la République.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2007

➤ **L'accord tiers payant – génériques**

Cet accord entre la CNAMTS (Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et les syndicats de pharmaciens vise à généraliser la suppression du tiers payant pour les patients refusant un générique. Donc le bénéfice du tiers payant en pharmacie, pour les assurés et bénéficiaires de la CMU-C, ne s'applique qu'en cas d'acceptation de la délivrance d'un médicament générique. Sauf dans les groupes génériques soumis au TFR, dans le cas où un générique serait plus cher que son princeps, ou lorsque la substitution pose des problèmes de santé au patient. Il consiste à étendre ce dispositif de vingt-deux à une soixantaine de département, mais aussi à établir un objectif de substitution de 75 à 80 %. De plus les groupes génériques ayant au moins deux ans d'âge sont dorénavant automatiquement intégrés au TFR. Par ailleurs, le CEPS a accepté de ne pas imposer de TFR aux molécules fortement substituées. [27]

L'année 2007

À la fin de l'année 2007, le déficit du régime général de la Sécurité sociale s'élevait à 11,7 milliards d'euros pour atteindre 12,7 milliards en 2008. Trois ans après la mise en œuvre de la réforme de l'Assurance maladie, qui prévoyait un retour à l'équilibre en 2007, la situation des comptes sociaux restait donc très inquiétante. Cependant ce n'est pas seulement la branche maladie qui en est responsable, puisque son déficit est estimé à 6,2 milliards d'Euros. Après une réduction temporaire en 2006, le solde retrouve le niveau des déficits atteints en 2004. L'objectif pour 2008 est de ramener ce déficit du régime général à 8,9 milliards d'Euros (au lieu de 12,7). Au final le déficit de la branche maladie en 2008 s'est positionné à 4,4 milliards d'Euros.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008

Elle instaure les franchises médicales. Cela se traduit en pharmacie par un forfait de 50 centimes d'euros par boîte de médicament laissée à la charge de l'assuré. La franchise sera due dans la

limite d'un plafond annuel cumulé qui s'élèverait à 50 euros par personne. Le gouvernement n'a pas souhaité empêcher les organismes complémentaires de rembourser ce dispositif. Ce dispositif s'est appliqué le 1^{er} janvier 2008. Les ayants droit de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU-C en sont exonérés. [27]

LOI CHATEL : 2008

➤ Révision des remises

La loi Chatel du 3 janvier 2008, relative au développement de la concurrence au service des consommateurs, a permis de relever le plafond des remises fournisseurs autorisées sur les spécialités remboursables. L'objectif de cette loi était de favoriser la libre concurrence et de baisser les prix. Elle a donc fixé les remises :

- à 2,50 % du PFHT sur les princeps hors TFR

- à 17 % du PFHT sur les génériques (avec ou sans TFR) et les princeps soumis au TFR. [20]

Le nouveau taux de 17 % a compensé la suppression des marges arrières voulues par la loi Chatel (tous les avantages financiers ou ristournes de fin d'année consenties en contrepartie d'un objectif atteint, d'un affichage du produit en magasin, d'une quantité vendue etc...), et les a transformés en marge avant (remise directe sur facture). Elle englobe l'ensemble des remises et avantages financiers assimilés de toute nature consentis par les fournisseurs de l'officine en spécialités remboursables.

AUTRES MESURES

Le décret (numéro 2008-641) du 30 juin 2008 autorise la mise en libre accès de près de trois cents nouveaux médicaments notamment de certaines spécialités allopathiques, homéopathiques et à base de plantes. C'est un ensemble de médicaments dit « médicaments de médication officinale » dont la liste est fixée par le directeur de L'ANSM (art R. 5121-202 CSP) à laquelle s'ajoutent les tests de grossesse (art. R.5125-9 6° CSP). Ils peuvent être présentés au public en libre accès mais dans un espace dédié, clairement identifié et à proximité des postes de

dispensation. Le pharmacien peut alimenter le dossier pharmaceutique, et mettre à disposition les informations prévues par les autorités de santé pour le bon usage.

Le 1^{er} janvier 2008, une troisième vague de déremboursement entre en vigueur, elle concerne les phlébotoniques et les veinotoniques.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009

Deux mesures sont décidées pour favoriser le développement des génériques :

- Les règles d'inscription au répertoire des groupes génériques sont assouplies. En effet d'une part la notion de « fraction thérapeutique active » remplace l'identité exacte de la composition en principe actif, et d'autre part la forme galénique n'est plus un obstacle à la substitution.

- Le recours à la DCI devient obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique.

[28]

Création d'un nouveau statut pharmaceutique : la centrale d'achat. Les pharmaciens (titulaires ou en sociétés) exploitant une officine peuvent constituer un groupement d'intérêt économique en vue de l'achat, pour le compte de ses associés, de médicaments à l'exception des médicaments remboursables par les régimes obligatoires d'Assurance maladie.

L'année 2009

L'impact de la crise économique de 2008 n'a pas permis de corriger le déficit du régime général en 2009 malgré la loi de financement de la Sécurité sociale. L'objectif initial de 8,6 milliards n'a pas été jugulé et s'est même établi à 11,5 milliard rien que pour la branche Assurance maladie en 2009. [36]

C'est aussi l'année d'un changement majeur pour l'officine. La loi HPST (Hôpital-Patient-Santé Territoire) énonce les nouvelles missions du pharmacien au-delà de la dispensation des médicaments (voir cinquième partie). Ce que la presse résume comme suit : [36]

La fin d'une époque

En 2008, le médicament remboursable a représenté un chiffre d'affaires de 27,2 milliards d'euros (- 1,1 % par rapport à 2007), correspondant à 2,74 milliards d'unités délivrées (- 4,9 %).

(SOURCE IMS HEALTH)

- 1,1 %

DONNEZ MOI TOUT CE QUI EST
REMBOURSABLE,
LE RESTE JE
M'EN PASSERAI !



Quelle que soit l'origine des chiffres, l'année 2008, proche de la croissance zéro, n'aura pas été radieuse. 2009 s'annonce encore pire...

Après l'essoufflement de 2007, on a assisté à un véritable effondrement du médicament remboursable en 2008... La France, comme tous les autres marchés européens matures (Royaume-Uni, Allemagne...), mais également les Etats-Unis ne sont plus du tout générateurs de croissance ! Sur le marché de ville prescrit (en PFHT), l'augmentation des prescriptions hos-

LE MONITEUR DES PHARMACIES Cahier II du n° 2786/2787 du 4 juillet 2009
19

Article 6 : La fin d'une époque (Philbert et Prigent, 2009)

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

Cette loi pour l'année 2010 crée la vignette orange. Il s'agit d'une diminution du taux de remboursement de certains médicaments (de 35 % à 15 %), dont le Service Médical Rendu (SMR) est jugé faible pour 150 médicaments. Il y a désormais quatre types de vignettes : vignette blanche barrée d'une croix de Saint André, pour les médicaments remboursés par l'Assurance maladie à 100 %, blanche non barrée (65 %), bleue (35 %), et orange (15 %). Cette mesure devait permettre à l'Assurance maladie d'économiser 145 millions d'euros.

On peut y ajouter le déremboursement de vingt-six spécialités pharmaceutiques à compter du 1er décembre 2011.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

L'objectif majeur de la loi de financement de la Sécurité sociale 2011 est de réduire le déficit tendanciel du régime général de 28,6 milliards à 21,4 milliards d'euros. Les mesures qu'elle contient sont les suivantes :

- Les médicaments à SMR modéré (vignettes bleues) et l'homéopathie seront remboursés à 30 % (contre 35 %) et les dispositifs médicaux à 60 % (contre 65 %) à compter du 2 mai 2011.
- Un relèvement de l'aide complémentaire santé pour les personnes résidant de façon stable et régulière en France et dont les revenus dépassent de peu les plafonds fixés pour la CMU-C.
- La création d'un établissement public dénommé l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) qui se substitue, le 1er mai, à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Elle redéfinit notamment le régime des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) et encadre les prescriptions hors AMM. Elle procède à la reconnaissance et à l'extension du dossier pharmaceutique et rend obligatoire la certification pour les logiciels d'aide à la dispensation. [27]

4.3.1.2.5 – 15 mai 2012 : François Hollande est président de la République.

Deuxième convention nationale

Le 4 avril 2012, intervient la signature d'une nouvelle convention nationale entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et trois syndicats représentatifs des pharmaciens (Journal Officiel du 6 mai). Cette convention revalorise le rôle du pharmacien en santé publique. Elle crée des modes de rémunération diversifiés portant notamment sur des engagements individualisés de qualité de la dispensation (avec la création d'un honoraire de dispensation déconnecté du prix du médicament), ainsi que la rémunération en contrepartie d'engagements individuels. Ces engagements, peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération à la performance dépend de la réalisation des objectifs de santé publique par le pharmacien. (Voir 5.2.5).

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013

Elle modifie le calcul des marges des grossistes. Avant le 1er janvier 2012, la marge fonctionnait selon quatre tranches de prix en fonction du Prix Fabricant Hors Taxe (ou PFHT) des médicaments remboursables. Et à partir du 1er janvier 2012, cette marge fonctionnait toujours selon un pourcentage du Prix Fabricant Hors Taxe des médicaments remboursables mais avec un minimum (plancher à 0,30 €) et un maximum (plafond à 30,06 €). [27]

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2014

Elle s'inscrit dans une stratégie de retour à l'équilibre structurel de toutes les administrations publiques dès 2017. Elle fait suite à la loi de finances rectificative d'août 2012. Son objectif est de ramener le déficit du régime général à 11,4 milliards d'euros.

Elle prévoit la création des Recommandations Temporaires d'Utilisation (RTU) : Ce dispositif, qui s'applique essentiellement aux maladies dites orphelines, prévoit qu'une spécialité pharmaceutique puisse être utilisée, pour une durée limitée, hors des indications thérapeutiques validées par son AMM, dans certaines situations prévues par arrêté ministériel et à condition qu'aucune autre spécialité ne soit disponible sur le marché dans cette indication. Un autre arrêté prévoit sa prise en charge éventuelle par l'Assurance maladie. [27]

L'année 2014

La croissance française de 2014 était bien plus basse que prévu (0,4 % au lieu de 0,9 %). Les recettes ne sont donc pas au rendez-vous et la réduction attendue du déficit est fortement contrariée. Le solde du régime général s'établissait donc à un niveau identique à celui de l'année précédente et la loi de financement de la Sécurité sociale prévoyait de ramener le déficit de l'Assurance maladie à 6,9 milliards d'euros, soit 3,2 milliards d'euros d'économie.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2015

Elle affiche la volonté de continuer l'augmentation des recettes et la baisse des dépenses. L'objectif est de diminuer de 2,9 milliards d'Euros le déficit, pour le faire passer à 13 milliards d'euros. L'Assurance maladie est concernée à hauteur de 2,4 milliards d'euros, par une baisse du prix des médicaments. [28]

➤ **Expérimentation de la délivrance à l'unité.**

Elle concerne la délivrance à l'unité d'antibiotiques au sein de certaines pharmacies d'officine volontaires pour une durée de trois ans, afin d'en mesurer l'impact médico-économique. Les acteurs de la filière pharmaceutique devront remettre un rapport d'évaluation au plus tard le 31 juillet 2017.

➤ **Transparence des remises sur les médicaments génériques.**

Elle est consentie aux pharmaciens par les laboratoires pharmaceutiques. Il s'agit d'une déclaration faite auprès du CEPS des remises accordées aux pharmaciens pour chaque spécialité générique pour permettre un dispositif de transparence sur les remises obtenues par les pharmaciens (dans une limite fixée à 50 % du prix du fabricant). Dans l'attente du décret, la limite reste à 17 %.

➤ **Modification de la marge des grossistes.**

- Création d'une troisième tranche de taxe de 20 % sur la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise, correspondant au montant de la marge rétrocédée aux pharmacies.
- Diminution de la taxe applicable sur la première tranche de la contribution, constituée par le chiffre d'affaires hors taxes, de 1,9 % à 1,75 %.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2016

Le médicament est la principale cible avec un objectif de 1 milliard d'euros d'économie. Cela passe par la baisse des prix de 550 millions d'euros, et par l'encouragement à la prescription des génériques (435 millions d'euros). [27]

➤ **La généralisation du tiers payant.**

La loi prévoit une extension du tiers payant intégral aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) à compter de l'entrée en vigueur de la réforme des contrats ACS, le 1er juillet 2015, dès lors qu'ils respectent le parcours de soins (médecins traitants, médicaments génériques...).

➤ **Changement de marge.**

Les coefficients de la marge dégressive lissée sont réévalués. Les tranches sont désormais découpées ainsi :

Prix fabricant HT	Coefficient
0 – 0,82 €	0
0,83 – 1,91 €	25,5 puis 0 le 01/2016
1,92 – 22,90 €	25,5
22,91 – 150 €	8,5
150, 01 – 1500 €	6
+ de 1500 €	0

Tableau 8 : Répartition des tranches de la Marge Dégressive Lissée de 2015/2016

À ce nouveau calcul de marge s'ajoute une rémunération conventionnelle, négociée entre les syndicats de pharmaciens et l'Assurance maladie, dans le cadre de la convention nationale.

- Il s'agit d'un honoraire à la boîte de 0,82 € TTC ainsi qu'un honoraire de 0,51 € TTC pour la dispensation des ordonnances de cinq lignes (qui se cumule avec l'honoraire par conditionnement).

- D'autres honoraires sont également prévus pour les grands conditionnements, soit pour trois mois de traitement. Ils sont calculés en multipliant par trois les honoraires à la boîte avec une décote de 10 % soit 2,21 € TTC au 1er janvier 2015 (2,76 € TTC au 1er janvier 2016). [37]

4.3.2 – Les conséquences pour l’officine

Pour se rendre compte de l’impact qu’ont eu les changements de marge et autres politiques de réduction des dépenses de santé, nous avons étudié plusieurs indicateurs qui font l’économie de l’officine.

4.3.2.1 – La répartition des parts de chaque intermédiaire dans le prix des spécialités remboursables.

En observant les dernières modifications de marge, on se rend compte que la rémunération à l’honoraire prend de plus en plus d’ampleur chaque année. Or ces modifications ont influencé la répartition des marges sur le médicament. On peut se rendre compte dans le tableau suivant à quel point les marges des pharmaciens et des grossistes ont été impactées par les réformes du gouvernement.

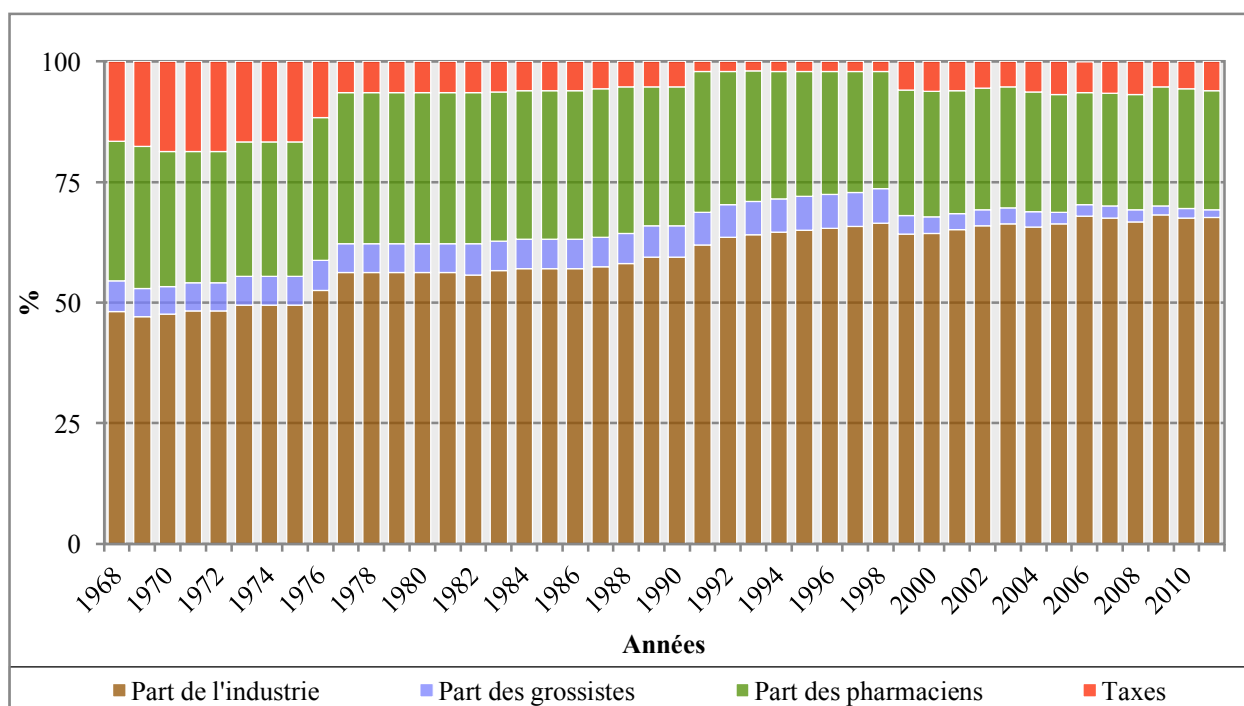


Figure 11 : Répartition des marges dans le prix des spécialités remboursables

La part des industriels (fabricants) ne cesse d’augmenter au détriment des grossistes-répartiteurs et des pharmaciens. Les réformes de la marge intervenues depuis 1990 (pharmaciens) et 1999 (grossistes) ont consisté à substituer au système de marge proportionnelle une formule dégressive par tranche de prix. [25]

À partir de 1991, les taxes payées par l'industrie et par les grossistes-répartiteurs étaient intégrées dans leurs marges, sauf la TVA. Depuis 1999, toutes les taxes sont regroupées et viennent s'ajouter à la TVA. C'est la raison pour laquelle la part des taxes augmente fortement à partir de 1999. A noter une baisse en 2009 (5,2 alors qu'elle était de 6,8 en 2005).

4.3.2.2 – Les bilans économiques.

L'année 1989 marque la fin de la marge linéaire, remplacée par la marge dégressive lissée. Cela signifie que la marge des officines n'est plus directement proportionnelle au chiffre d'affaires. Pour bien se rendre compte de l'influence qu'ont eu les différentes réformes sur l'économie de l'officine, nous avons voulu étudier les évolutions moyennes des chiffres d'affaires, des marges commerciales, et des excédents bruts d'exploitation (EBE) des officines en France.

Notre analyse démarre en 1989. Elle se base sur des comptes rendus des évolutions économiques des pharmacies réalisées par l'INSEE, que nous avons corrélés avec des informations données en 2005 par le journal « Le Moniteur du Pharmacien ». Ce dernier révélait en 2004 que le chiffre d'affaires moyen des officines était de 1400 K€, que l'EBE moyen était de 151 K€ et que la marge commerciale moyenne s'élevait à 389 K€. Grâce aux données de l'INSEE sur l'évolution de ces trois indicateurs depuis 1989, nous avons pu retracer les résultats moyens des officines depuis cette même date. Nous avons donc calculé les valeurs correspondantes pour chaque année et tracé une courbe. [38] [39]

Puis nous nous sommes servis des chiffres de 1989 comme base pour comparer les évolutions de ces données à l'inflation. Par exemple, le chiffre d'affaires de 1989 était de 644 K€, nous lui avons fait subir l'inflation, et nous sommes arrivés à la valeur correspondante en 2012 de 996 K€. Cela nous permet de comparer les vitesses de croissance par rapport à celle de l'inflation et donc d'évaluer comment l'économie de l'officine s'est modifiée au gré des réformes. La courbe d'inflation nous donne ce qui aurait été une évolution « normale » des indicateurs. Si une courbe s'éloigne beaucoup de celle de l'inflation correspondante, cela veut dire que l'indicateur qu'elle représente s'est considérablement développé depuis 1989.

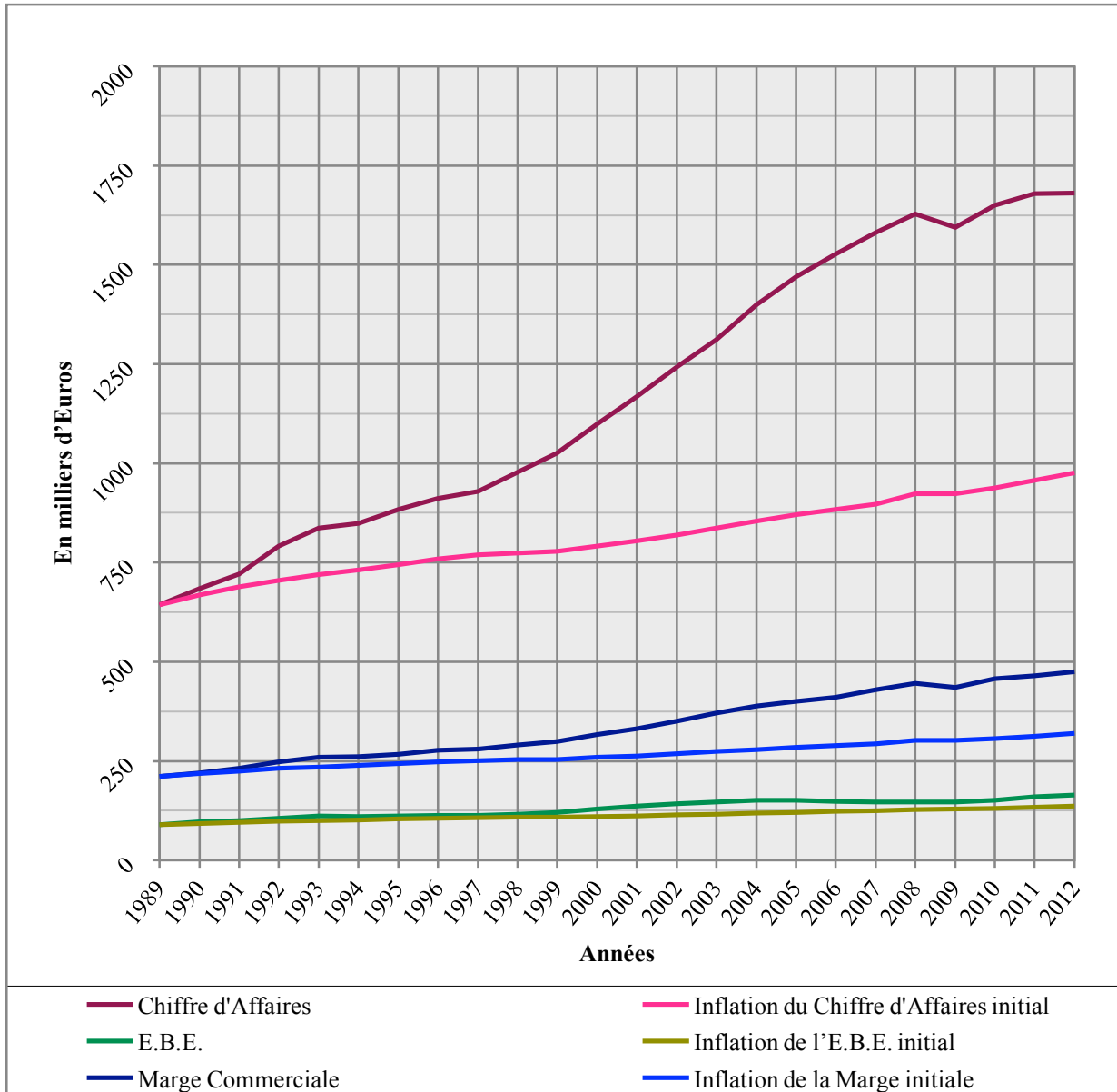


Figure 12 : Évolutions moyennes du chiffre d'affaires, de la marge commerciale et de l'excédent brut d'exploitation des officines depuis 1989.

4.3.2.2.1 – Le chiffre d'affaires.

Cet indicateur est celui qui s'éloigne le plus de sa courbe d'inflation. Cela signifie que le chiffre d'affaires moyen des pharmacies a constamment progressé (hormis en 2009) depuis 1989. Ce phénomène s'explique par l'augmentation de la consommation pharmaceutique, démontrée précédemment. Le nombre de pharmacies ayant également augmenté durant cette période, on peut se rendre compte à quel point les dépenses ont augmenté en même temps. Ce n'est donc pas le seul phénomène inflationniste qui est à l'origine de cette croissance. Il s'agit plutôt de

l'augmentation de la couverture sociale des français, d'un effet d'innovation (ventes de produits récents, réputés plus efficaces et à ce titre vendus à des prix plus élevés), et de l'élargissement du champ de la distribution des officines à certains médicaments très onéreux qui étaient délivrés auparavant uniquement à l'hôpital (anticancéreux et érythropoïétines).

Depuis 2008, on remarque un ralentissement de l'activité, et notamment une récession en 2009. Ce ralentissement s'explique par le recul des prix des produits pharmaceutiques, porté par la baisse du prix des médicaments remboursables. Les autres politiques de diminution des dépenses de l'Assurance maladie ont également contribué à ce ralentissement.

4.3.2.2.2 – La Marge Commerciale.

Cet indicateur s'éloigne de sa courbe inflationniste mais de façon beaucoup moins importante que le chiffre d'affaires. Malgré une baisse constante des taux, il y a bien une progression, en euros, de la marge commerciale. Les pharmacies, qui réalisent l'essentiel de leurs marges commerciales sur les ventes de médicaments remboursables, ont subi l'impact de la marge dégressive lissée. Si la marge était restée linéaire, elle aurait suivi de plus près l'évolution du chiffre d'affaires. On peut également remarquer, grâce à la courbe, que la MDL de 1999 était plus favorable aux pharmaciens que celle de 1990 car les courbes s'éloignent l'une de l'autre à partir de cette date.

4.3.2.2.3 – L'Excédent Brut d'Exploitation.

L'EBE est la ressource d'exploitation (après paiement des charges de personnel mais avant l'amortissement) dégagée par la pharmacie sur une période donnée. Son montant doit permettre de rémunérer le(s) titulaire(s), de rembourser les emprunts, de payer l'impôt d'activité et d'améliorer le niveau de trésorerie. L'EBE permet donc de mesurer la performance économique de l'officine, et de définir sa rentabilité. Aujourd'hui, il semble donc plus logique de valoriser les officines en multiple de l'EBE plutôt qu'en pourcentage du chiffre d'affaires.

On remarque que cet indicateur, bien qu'il ait légèrement progressé, est celui qui est resté le plus stable depuis 1989. Cela signifie que la performance des officines a très peu évolué malgré un chiffre d'affaires grandissant. On pourrait donc croire que les réformes qui ont touché l'officine, n'ont finalement eu que très peu de conséquences sur les performances économiques des pharmacies. [40]

4.3.2.2.4 – Depuis 2012.

Les valeurs de notre graphique ne s'arrêtent qu'en 2012. Mais nous savons qu'après cette date, le chiffre d'affaires moyen a tendance à diminuer, et la marge à se stabiliser, tandis que l'EBE serait plutôt en progression. Les nouveaux taux sur la marge, appliqués depuis le 1er janvier 2015, seraient à l'origine de ce phénomène, et l'existence de prestations comme les entretiens pharmaceutiques ou les marges arrières expliquerait la hausse de l'EBE. Il reste cependant à vérifier la pérennité de ces prestations et l'impact qu'aurait leur diminution sur l'EBE.

4.3.2.2.5 – Interprétation.

Les courbes nous démontrent les effets des changements de marges sur l'économie de l'officine. Le chiffre d'affaires est resté très croissant, malgré les politiques de réduction des dépenses de l'Assurance maladie (RMO, TFR, ONDAM, etc...). En revanche, l'évolution de la marge commerciale ne suit pas la même progression que le chiffre d'affaires, ce qui montre que ces deux indicateurs se sont déconnectés l'un de l'autre grâce aux réformes de la marge dégressive lissée. On observe également que, avec un EBE resté plutôt stable, les officines n'ont pas perdu en rentabilité. Cependant, il semble important de signaler que ce niveau de rentabilité s'est maintenu grâce à la fermeture de nombreuses officines. Leur nombre s'est considérablement accru jusqu'au début des années 2000, mais depuis, la tendance est à la baisse.

4.3.2.3 – La structure des ventes.

Depuis la création de la Sécurité sociale, l'accroissement de la couverture sociale des français a permis à l'officine de se développer considérablement, notamment par la vente des spécialités remboursables. Or depuis les années 1990, les plans de déremboursement de certains médicaments, de plus en plus nombreux, ont fait baisser leur vente. Ce sont des spécialités dont le Service Médical Rendu (SMR) est jugé insuffisant. Nous avons obtenu des statistiques de l'INSEE qui structurent les ventes en pharmacie depuis les années 2000. [41]

Produits pharmaceutiques	Part du Chiffre d'Affaires (en %)		
	2000	2006	2012
Médicaments remboursables	85	79,3	75,8
Médicaments non remboursables	8,2	11,3	11,6
Parapharmacie	3,3	3,8	6
Autres (orthopédie at articles médicaux)	1	2,1	3,7

Tableau 9 : Structure des ventes entre 2000 et 2012

Les ventes des spécialités remboursables ont chuté de plus de 9 % en seulement douze ans. A l'inverse, la part des ventes de médicaments non remboursables a progressé dans le chiffre d'affaires des pharmacies en atteignant 11,6 % en 2012. Ces évolutions se cumulent avec la baisse des prix des spécialités remboursables, les vagues de déremboursement et l'augmentation des prix des médicaments non remboursables. En effet, les prix de ces derniers sont fixés librement par les laboratoires pharmaceutiques, et les officinaux, et ont progressé entre 3,5 % et 4 % par an entre 2000 et 2012. On peut noter que, lorsque des médicaments initialement remboursés deviennent non remboursables, ils subissent à la fois une augmentation mécanique du taux de TVA et de leur prix de vente, les quantités vendues étant appelées à baisser après déremboursement.

CINQUIÈME PARTIE

LE PASSAGE À UNE RÉMUNÉRATION PAR HONORAIRE.

Depuis 1971 (loi du 3 juillet), les caisses nationales de Sécurité sociale entretiennent des rapports conventionnels avec la plupart des professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux). C'est seulement quatre ans plus tard que les syndicats pharmaceutiques sont entrés dans le champ conventionnel grâce à la signature du protocole d'accord national le 30 septembre 1975. Sa finalité était d'organiser la dispense d'avance des frais pharmaceutiques (tiers payant) pour les patients. Cette politique conventionnelle avec les professions libérales de santé est avant tout un moyen de concilier un exercice libéral des professions concernées avec un accès aux soins le plus efficace et le plus égalitaire possible. Elle constitue une spécificité de l'organisation française en matière de santé et de protection sociale.

5.1 – MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE CONVENTIONNELLE NATIONALE.

L'organisation qui régit aujourd'hui la vie conventionnelle entre la Sécurité sociale et les professionnels de santé, a été définie pour l'essentiel par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

Avant 2004, la négociation et la signature des conventions nationales devaient réunir les conseils d'administration des trois principaux régimes d'Assurance maladie : le régime général, le Régime Social des Indépendants (RSI) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Ces missions ont été confiées à un nouvel établissement public créé par la réforme de 2004 : l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) qui réunit donc ces trois principaux régimes. Le président de son conseil d'administration est le même que celui du conseil d'administration de la

CNAMTS. Par conséquent, cette dernière assure la gestion administrative de l'UNCAM car c'est elle qui est au contact des syndicats représentatifs et qui négocie au quotidien.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 a créé deux autres institutions censées intervenir dans les négociations conventionnelles : d'une part, les organismes complémentaires d'Assurance maladie ont été représentés à travers la création de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM) ; d'autre part, l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS) a été créée pour prendre en charge les questions communes aux différentes professions de santé.

Pour pouvoir participer aux négociations conventionnelles un syndicat doit recevoir une habilitation délivrée par la direction de la Sécurité sociale. Il existe trois syndicats qui représentent la pharmacie dans ces relations : la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF). [42]

5.2 – LES MESURES QUI ONT TRANSFORMÉ LA PROFESSION.

Au gré des lois successives de financement de la Sécurité sociale, le gouvernement cherche à faire évoluer le mode de rémunération des pharmaciens. A terme, l'objectif est de « déconnecter » la rémunération du pharmacien du prix du médicament, et de valoriser le conseil et les missions de santé publique. Ces nouvelles prestations ont l'avantage de diversifier les sources de revenus du secteur, de confirmer les pharmaciens dans leur rôle de professionnels de la santé et de pallier le phénomène de désertification médicale (car, contrairement aux médecins, les pharmaciens sont présents sur l'ensemble du territoire). Ces changements ont abouti à la signature des conventions nationales. Celles-ci sont régulièrement renégociées donnant naissance à des avenants qui complètent les dispositions des conventions. Ceci s'explique notamment par la mise en œuvre de multiples axes des politiques conventionnelles, destinés à les enrichir afin d'en faire de véritables conventions « métiers ».

5.2.1 – La rémunération à l'honoraire, une idée qui a fait un long chemin.

5.2.1.1 – Quand la profession y pense la première.

Le document suivant, extrait du journal « Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires » fait état de difficultés financières rencontrées par les pharmaciens d'officine, confrontés à un « nouveau prélèvement exceptionnel dit plan Mayer », alors que la pharmacie « vit sans trésorerie depuis plusieurs années ». Parmi les solutions, la profession se propose de « trouver une augmentation de nos revenus par exemple par la liberté des prix, **par la perception d'un honoraire de responsabilité professionnelle** ». Ce qui est remarquable, en l'espèce, c'est que cet article paraît en 1948. [43]

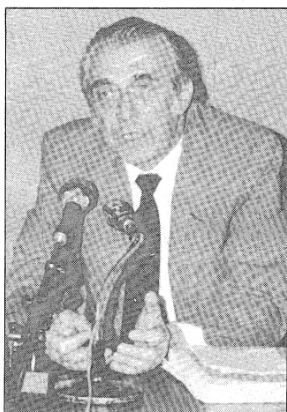


Article 7 : Vers la ruine (Le Moniteur, 1948)

5.2.1.2 – Le rapport Sérusclat 1982.

L'idée « politique » d'instaurer un honoraire de dispensation, est apparue pour la première fois en 1982, dans le rapport publié par monsieur Frank Sérusclat pharmacien et sénateur, qui concluait en faveur d'un tiers payant généralisé assorti de précautions régulatrices. Ces régulations concernaient notamment une nouvelle rémunération à l'honoraire par ordonnance et/ou par produit délivré, ainsi qu'une marge dégressive. L'objectif était de diminuer les prix des médicaments remboursés, et il est toujours d'actualité. En outre, il est associé à la volonté du gouvernement d'orienter l'économie de l'officine vers un système où le pharmacien serait rémunéré à l'acte et non au pourcentage du prix des médicaments. [44]

L'ACTUALITÉ



Ce serait une nouvelle dérogation à la règle selon laquelle une société ne peut détenir plus d'une officine.

Si le nombre d'associés devenait à l'avenir inférieur au nombre de droits d'exercice dont la société est titulaire, ce dernier serait réduit de plein droit à une concurrence, entraînant de ce fait un appel de candidatures. »

Il est à noter que l'adaptation du régime actuel en Alsace-Lorraine se ferait progressivement.

Pour un mode nouveau de rémunération des pharmaciens

« La reconnaissance de l'exercice par le pharmacien d'une profession dont les aspects scientifiques et libéraux sont dominants est incompatible avec une rémunération de type commercial par une marge proportionnelle au prix des produits vendus. »

Pour M. Sérusclat, la valorisation de la profession suppose d'autres modes de rémunération. Il en envisage trois :

● L'honoraire forfaitaire par ordonnance

On peut imaginer un système d'honoraire forfaitaire par ordonnance. Dans ce cas, le pharmacien facturerait une somme forfaitaire d'honoraires plus les médicaments

délivrés à leur prix de revient (y compris la marge du grossiste et la T.V.A.).

« L'acte pharmaceutique affirme ainsi la primauté du service rendu à l'usager grâce aux connaissances du pharmacien et à sa vigilance sur la vente commerciale du médicament. A l'égard du médecin prescripteur, le pharmacien voit rétribuer son savoir et son conseil. On peut envisager sur le modèle québécois, de rétribuer « l'opinion pharmaceutique » au refus justifié par le pharmacien d'honorer une prescription erronée ou dangereuse en fonction du profil thérapeutique du malade. »

● L'honoraire forfaitaire par produit délivré

Ce système serait selon M. Sérusclat « moins pur et significatif sur le plan éthique mais plus proche des habitudes actuelles » (cela se fait en Allemagne Fédérale). Il alourdirait moins le coût des ordonnances de faible montant comportant peu de « lignes » et tiendrait compte du fait qu'une ordonnance avec de nombreux produits nécessite une vigilance accrue.

● L'éventualité d'une marge dégressive

« Si le système des honoraires heurtait par trop les habitudes de la profession, il serait possible d'instaurer un système de marge dégressive selon le prix du produit ou selon le montant de l'ordonnance.

Un tel système prendrait en compte l'existence de « coûts fixes » dans l'acte pharmaceutique, indépendants du montant de médicaments délivrés. Diverses modalités sont possibles, notamment une marge fixe minimale à laquelle s'ajoute une marge professionnelle ou des marges dégressives par tranches (de prix ou de montant de l'ordonnance).

Ce système peut permettre d'éviter les trop fortes hausses de prix des produits peu chers (ou des ordonnances peu chères) entraînés par les honoraires fixes. »

M. Sérusclat conclut :

« Il serait peu réaliste de croire qu'un écrasement des revenus des pharmaciens résoudrait la crise des finances sociales.

Il serait non moins réaliste de croire possible la perpétuation d'un système aussi peu régulé tout

Article 8 : Le rapport Sérusclat (1982)

5.2.1.3 – Le rapport Biot Dangoumau 1989.

En 1989, monsieur Biot, secrétaire général de Pasteur Vaccins, et monsieur Dangoumau, professeur à l'hôpital de Bordeaux se prononcent en faveur d'une rémunération forfaitaire. Les propositions contenues dans le texte suivant reprennent celles déjà proposées par monsieur Sérusclat, plus particulièrement pour ce qui est de la rémunération à l'acte. [45]

RAPPORT BIOT-DANGOUMAU DES SOLUTIONS A LA CARTE

REMISE EN CAUSE DU REMBOURSEMENT,
CHANGEMENT DE LA REMUNERATION DU
PHARMACIEN, DEUX POINTS CLES DU RAPPORT.

Jacques Dangoumau, professeur au centre hospitalier régional de Bordeaux, ancien directeur de la DPHM et Jacques Biot, secrétaire général de Pasteur Vaccins ont établi un diagnostic sur l'avenir de l'industrie pharmaceutique et préconisent un certain nombre de mesures.

Ainsi, les deux protagonistes n'hésitent pas à blâmer « l'inconstance de la politique des pouvoirs publics », « un certain retard accumulé ».

« Pauvre en produits nouveaux, poursuivent-ils, peu implantée à l'étranger, l'industrie française n'est pas en bonne position pour conquérir de nouvelles parts du marché mondial ».



Jacques Dangoumau

Quelles mesures ?

MM. Biot et Dangoumau proposent donc une série de mesures et dont certaines ne manqueront pas de provoquer des réactions...

Voici les plus importantes :

- **Adaptation du Crédit d'impôt recherche.** Conçu pour les PME opérant dans l'Hexagone, le dispositif existant doit être adapté aux caractéristiques des laboratoires. Il devrait en particulier prendre en compte les études réalisées à l'étranger dans le cadre du développement de produits à partir de la France. Cette possibilité serait réservée aux entreprises de droit français titulaires de brevets internationaux.
- **Aménagement de la taxe professionnelle.** Afin de rétablir en faveur des activités de recherche des avantages supprimés en 1976, il est proposé de réduire le pourcentage de la masse salariale pris en compte dans l'assiette de la taxe professionnelle et d'opérer pour la même raison un abattement sur la valeur locative des locaux. La charge de cette mesure se-

rait transférée à l'Etat afin d'éviter toute retombée sur le budget des collectivités locales.

- **Provision pour reconstitution de gamme.** Cette mesure est directement inspirée des dispositions existant dans les industries pétrolière et minière. La provision serait constituée en franchise d'impôt à trois conditions : être utilisée dans les cinq ans pour la recherche de produits nouveaux ; être d'un montant inférieur à 5 % des ventes de médicaments réalisées en France ; ne pas excéder 50 % du bénéfice imposable de l'année.

- **Allongement de la protection des brevets.** En raison des délais nécessaires au développement des produits et à l'obtention des autorisations administratives, la durée de l'exploitation commerciale est souvent ramenée à moins de dix ans, alors que la durée de la protection conférée par le brevet est en théorie de vingt ans. A l'instar de ce que viennent de faire les Etats-Unis et le Japon, le rapport demande une prorogation de cinq ans de la protection au-delà de l'expiration du brevet ou quinze ans d'exclusivité après l'A.M.M.

- **Limitation des dépenses de promotion.** Les deux rapporteurs réclament un plafonnement, comme en Grande-Bretagne. Ils estiment que le seuil et les modalités d'application doivent être définis en concertation avec la profession. Les frais de promotion et de publicité représentent aujourd'hui 17,7 % du chiffre d'affaires du secteur, soit plus que la recherche-développement.

Rémunération à l'acte ?

- **Changement de la rémunération des pharmaciens.** Ceux-ci ne percevraient plus un pourcentage calculé sur le prix des médicaments, mais seraient payés « à l'acte » et donc par une somme forfaitaire sur chaque ordonnance traitée. Un régime de rémunération mixte est prévu pendant une période transitoire.

- **Un tarif de remboursement dissocié du prix de vente.** Cette fois encore, le mécanisme du pourcentage serait abandonné au profit d'un montant fixe. Ce projet soulèvera encore plus de difficultés que le précédent, notamment en raison des reticences exprimées par le mouvement mutualiste. Mais les auteurs du rapport notent que la RFA a déjà adopté un tarif de remboursement fixe par classe thérapeutique. Ils considèrent que la déconnexion apporte une réponse durable au problème posé par l'équilibre financier des régimes sociaux.

- **Révision des médicaments admis à remboursement.** La France a le domaine remboursable le plus étendu. Une réflexion d'ensemble est à engager sur cette question. MM. Biot et Dangoumau recommandent la mise en place d'un échancier afin de ne pas déstabiliser l'industrie ni pénaliser les consommateurs. ■

CEE IMPORTATION

La Cour de justice vient de rendre un arrêt relatif à l'importation de médicaments en RFA :

« Est incompatible avec les articles 30 et 36 du traité CEE une disposition nationale qui interdit l'importation, par un particulier, pour ses besoins personnels, de médicaments autorisés dans l'Etat membre d'importation, délivrés dans cet Etat sans prescription médicale et achetés dans une pharmacie d'un autre Etat membre. » ■

J.O. C.E. 8.4.89

Article 9 : Des solutions à la carte (1989)

5.2.1.4 – Quand l'Académie de pharmacie se prononce en 2005.

En 2005, l'académie de pharmacie se place à son tour en faveur d'une rémunération à l'honoraire. Elle met en avant le fait qu'une rémunération à la marge ne tient compte « ni de la responsabilité, ni du temps passé, ni de la difficulté de la dispensation » comme le démontre cet article issu du journal « Le Moniteur » : [46]

Quand l'Académie de pharmacie milite pour la prescription officinale

Que sera la pharmacie dans dix ans ? Deux rapports plutôt décapants de l'Académie nationale de pharmacie, tout juste remis au ministre de la Santé, dessinent les contours d'un avenir différent et plausible. Petit tour dans la machine à accélérer le temps.

Dans la prescription de vaccins, la prise en compte de la douleur, l'adaptation et le suivi de maladies chroniques (asthme, diabète), le pharmacien doit pouvoir jouer officiellement un rôle de prescripteur complémentaire ». Une petite phrase qui fait mouche parmi tant d'autres dans le très revigorant rapport « *Évolution des pratiques professionnelles en pharmacie d'officine* ». Le texte évoque même l'extension de ce rôle à la prescription initiale si elle est convenablement encadrée. Oui au pharmacien prescripteur, mais sous réserve d'une formation continue évaluée en permanence. De même, « *l'opinion pharmaceutique, le conseil thérapeutique, la médication officinale, la participation à un réseau de santé seront réservés à des pharmaciens parfaitement identifiables ayant validé une formation continue spécifique* ».

Des honoraires plutôt qu'une marge. La rémunération fondée sur des honoraires et non plus sur la marge ne tenant compte ni de la responsabilité, ni du temps passé, ni de la difficulté de dispensation revient sur le devant de la scène. Ce ne sont pas les seuls fers de lance du rapport. « *Il est impératif que le pharmacien puisse avoir accès aux informations du dossier médical personnel* » prônent les académiciens. Ravivant au passage la guerre des tranchées : « *Il reste pour le moins surprenant d'observer la résistance du corps médical pour donner aux pharmaciens accès au dossier médical* ». Seconde couche avec la prévention de l'introgénèse parfois mal permise par « *le type de rapports que le pharmacien entretient avec certains prescripteurs très exigeants quant à leur liberté de prescription* ». L'Académie s'intéresse également de très près à la démarche qualité à l'officine.



Le conseil thérapeutique, la médication officinale, l'opinion pharmaceutique seront réservés à des pharmaciens identifiables ayant validé une formation continue spécifique.

Évoquant les ordonnances piégées des associations de consommateurs, elle suggère à la profession « *d'en prendre elle-même l'initiative pour se perfectionner et montrer au public que, pour elle, la qualité est primordiale* ».

Préparations stériles de cytotoxiques, rédaction d'opinions pharmaceutiques, formation à l'assurance qualité pour tous les actes professionnels, autant de grands chantiers de demain insuffisamment enseignés à l'heure actuelle. La faute à qui ? « *Aux enseignants qui définissent les programmes de formation [...] et n'ont pas une connaissance pratique des métiers qui s'exercent au quotidien à l'officine.* »

Enseigner impérativement la santé publique. L'enseignement est également montré du doigt dans le second rapport « *Le pharmacien et la santé publique en France* ». L'Académie souhaite que les cours de santé publique soient développés et renforcés dans le cursus général et la formation continue. Le pharmacien doit « *affirmer son rôle dans le système décisionnel de santé publique du pays* ». En premier lieu apparaît la mission sociale : conseils sur les aides médico-

sociales à destination des sous-groupes de population (PMI, protection des personnes âgées, des handicapés, des personnes en situation de précarité et des migrants...). Les gestes de premier secours nécessitent aussi une connaissance élargie : les pharmaciens doivent savoir utiliser un défibrillateur automatique selon l'Académie. Elle milite aussi pour une plus grande implication de la profession dans l'éducation en matière de santé (réalisation de programme, vitrines...), dans les campagnes de prévention et de dépistage, dans les réseaux de vigilance, dans les enquêtes épidémiologiques. Bref, les officinaux doivent prendre plus conscience de leurs responsabilités en santé publique.

Comme n'importe quel autre métier, la pharmacie devra donc s'adapter aux nouvelles orientations et exigences de la société. « *Le monopole pharmaceutique doit s'affirmer plus sur une compétence, un service rendu et une assurance de qualité que sur des textes réglementaires qui seront amenés à évoluer dans le cadre communautaire européen* ». Et si on se donnait rendez-vous dans dix ans ? □

LAURENT LEFORT

Article 10 : Quand l'académie de pharmacie milite pour la prescription officinale (Lefort, 2005)

5.2.2 – La première convention nationale de 2006.

Cette toute première convention nationale organise les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie. Elle a été signée le 29 mars 2006 par le directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) ainsi que les présidents des trois organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine (UNPF, USPO, FSPF).

Les dispositions générales sont les suivantes :

- L'obligation de conventionnement pour que les prestations dispensées par le pharmacien soient remboursées par l'Assurance maladie ;
- L'engagement de tous les pharmaciens qui exercent dans l'officine à respecter les dispositions conventionnelles ;
- L'information à l'assuré des conditions de prise en charge ;
- Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité ;

- La qualité de la dispensation qui comporte notamment les informations nécessaires à la bonne compréhension du traitement, le suivi de l'utilisation des produits de santé, la concertation avec les prescripteurs, la proximité qui implique un accompagnement pharmaceutique du patient ... ;
- La formation conventionnelle des pharmaciens ;
- La coordination entre les pharmaciens et les autres professionnels de santé ;
- La participation du pharmacien à la continuité des soins ;
- Le pharmacien joue un rôle actif en faveur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, ainsi que dans la dispensation croissante des spécialités génériques ;
- La permanence pharmaceutique et notamment l'information de l'assuré sur les majorations ;
- Le pharmacien s'efforce de fixer les prix de vente des dispositifs médicaux qu'il délivre en les rapprochant au mieux des tarifs de remboursement de ces produits, et il informe avec précision l'assuré du montant qui reste à sa charge ;
- Le pharmacien vérifie, à la facturation des produits de santé, l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit au vu de la carte d'Assurance maladie. Il doit également vérifier la non-inscription de la carte de l'assuré sur la liste d'opposition, et le respect des conditions auxquelles est soumise la prise en charge des prestations délivrées ;
- La réglementation impose au pharmacien de conserver une copie de l'ordonnance. Ce service est facturé à hauteur de 0,15 € TTC (sur la base d'un taux de TVA à 19,6%) par copie ;
- Le passage de la facturation en Feuille de Soins Electronique (FSE) ;
- Le choix de l'équipement qui permet la transmission des FSE est libre du moment que les logiciels intègrent la version 1.40. De plus le pharmacien se dote d'une Carte de Professionnel de Santé (CPS) ;
- Lors de la transmission des ordonnances, le pharmacien met à disposition les duplicatas des ordonnances classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau. Cela en distinguant les assurés selon leur caisse de rattachement et de leur mutuelle ;
- Le règlement des FSE par les caisses se fait dans un délai maximal de quatre jours ouvrés, à compter du jour de l'Accusé de Réception Logique (ARL) ;
- L'aide pérenne à la FSE : Le pharmacien perçoit une contribution à la FSE d'un montant de 0,064 € TTC (sur la base d'un taux de TVA à 19,6%) par FSE élaborée, émise et reçue par les caisses selon les spécifications du système SESAM-Vitale dès lors que les logiciels des pharmaciens intégreront la version 1.40 ;

- Des sanctions pour non-respect des engagements conventionnels peuvent être engagées à l'encontre du pharmacien lorsque des manquements aux dispositions conventionnelles ou réglementaires lui sont reprochés. Ces sanctions peuvent aller d'un simple avertissement jusqu'à une suspension de la procédure d'avance des frais. [47] [27] [42]

Cette convention a marqué le début d'une ère de coopération entre l'Assurance maladie et les pharmaciens. Même si elle n'a pas apporté de grands changements économiques, elle a engagé la profession dans des mutations qui ont valorisé le rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé.

5.2.3 – La loi Hôpital - Patients - Santé – Territoires (HPST) 2009.

La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) soutenue par Madame Roselyne Bachelot donne au pharmacien de nouvelles possibilités d'agir en professionnel de la santé. Elle amorce la transformation d'un métier proche de celui d'un commerçant pour le rendre acteur de la santé des patients. L'objectif est d'abandonner progressivement le système où le pharmacien est entièrement dépendant de la vente des médicaments, pour se tourner vers un système où il devra remplir des missions de santé publique. Ces missions valorisent le pharmacien en tant que professionnel de santé et acteur à part entière du système de santé, et améliorent la prise en charge des patients. Elles sont au nombre de huit et réparties en missions obligatoires ou facultatives (voir tableau de répartition à la suite). Beaucoup de ce que la loi prévoit était déjà accompli par les pharmaciens, le plus souvent en exécution de leur Code de déontologie. Ce qui est remarquable et nouveau dans ce texte, c'est qu'il élève au niveau de la loi des actes qui relevaient jusque-là du domaine réglementaire, leur conférant ainsi une « force juridique » nouvelle, et par voie de conséquence une responsabilité accrue pour leur mise en œuvre.

À titre d'exemple, l'acte de dispensation des médicaments (cœur de métier du pharmacien) reste défini par l'article R 4235-48 du Code de la Santé Publique (donc réglementaire), mais il est intégré dans l'article L 1411-11 du même code (donc légal) qui prévoit la contribution du pharmacien aux soins de premier recours. Pour ceux qui en douteraient encore, l'acte de dispensation concourt à la préservation de la santé publique au même titre que « la prévention, le dépistage, le diagnostic le traitement et le suivi des patients » qui concernent plutôt les praticiens. Pour que ces missions trouvent leur aboutissement, il faut qu'elles soient financées. Or le

système de la marge assise sur le prix de vente au public des médicaments et autres articles dispensés en officine, remboursables ou non, ne répond plus à ces objectifs. Le statut de professionnel de santé vers lequel le pharmacien évolue, réclame (au moins en partie) un autre mode de rémunération de type honoraire comme c'est le cas depuis toujours pour les professions médicales ou paramédicales. Ce mode de financement sera apporté par une convention avec l'Assurance maladie qui prendra effet en 2012. Il s'agit là d'une avancée majeure pour la profession de pharmacien, bien sûr en termes de reconnaissance de sa place dans le système de santé, mais plus encore pour l'avenir. En effet, le maillage du territoire assuré par les officines, permet à la population de recevoir des soins pharmaceutiques de proximité. En d'autres termes, il n'y a pas de « déserts d'officine » et ce lieu reste bien souvent maintenant le seul poste sanitaire de proximité accessible au public. La loi HPST fixe les missions des pharmaciens de manière « générique ». Chacune d'entre elles reçoit une déclinaison qui lui est propre au plan réglementaire, ce qui peut être considéré comme son mode opératoire. Rien n'étant figé dans le temps, il appartient à la profession, non seulement d'occuper dans sa totalité l'espace juridique qui lui est offert, mais aussi de faire toutes les propositions utiles pour rendre l'officine incontournable dans le paysage sanitaire de demain en dépassant la mission historique de dispensation des médicaments. La convention avec l'Assurance maladie avec le financement diversifié qu'elle est en mesure d'apporter semble une opportunité à saisir maintenant et dans la durée. Une telle aubaine, en termes d'évolution du métier, ne semble pas offerte à aucune autre profession de santé conventionnée avec l'Assurance maladie. [48] [27]

Les missions du pharmacien d'officine (titulaire ou adjoint) définies à l'article L. 5125-1-1-A CSP				
O B L I G A T O I R E S	<p>Contribue aux soins de premiers recours Art. L. 1411-11 CSP</p> <p>1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation [...] des médicaments, produits et dispositifs médicaux, le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé</p>	<p>Participe à la coopération entre professionnels de santé</p> <p>Arts L. 4011-1 à L. 4011-3 CSP Arrêtés : 31.12.2009 21.07.2010 28.03.2012 Instruction DGOS/RHSS 2012:190</p>	<p>Participe à la mission de service public de permanence des soins</p> <p>Art. L. 5125-22 CSP Art. R. 4235-49 CSP</p>	<p>Concourt aux actions de veille et de protection sanitaires organisées par les autorités de santé</p>
	F A C U L T A T I V E S	<p>Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients</p> <p>Arts L. 1161-1 à L. 1161-6 CSP Arts R. 1161-3 à R. 1161-26 CSP Arts D. 1161-1 à D. 1161-2 CSP Arrêté 02.08.2010</p>	<p>Peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient.</p> <p>Art. R. 5123-33-5 CSP</p>	<p>Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un EhPAD sans PUI</p> <p>Art. L. 5126-6-1 CSP Arrêté d'application en attente</p>

Tableau 10 : Les huit missions légales du pharmacien définies par l'article L.5125-1-1-A du CSP¹.

5.2.4 – Le rapport Rioli 2009.

En novembre 2009, monsieur Michel Rioli, conseiller en économie stratégie et développement des entreprises, a remis à madame la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot un rapport contenant vingt-huit propositions réfléchissant à la construction d'un projet professionnel et économique pour l'officine. Parmi ces propositions, on retrouve l'idée de modifier la rémunération à la marge des médicaments en la transformant avec une partie à la marge et une autre en honoraire. Ce rapport appuie la loi HPST dans sa volonté de réduire le côté commercial de la profession en changeant la rémunération du pharmacien. On y retrouve donc, à nouveau les prémices d'un nouveau modèle mixte avec une rémunération à l'honoraire et commerciale. [27]

¹ Deysson, M. (2014). *L'exercice de La Profession*. Cours, Université de Limoges, Droit pharmaceutique, Limoges

5.2.5 – La convention pharmaceutique de 2012.

Elle est signée entre l'Assurance maladie et les mêmes syndicats que ceux signataires de la convention de 2006.

5.2.5.1 – Les objectifs généraux : l'article L162-16-1 du Code de la Sécurité sociale.

« La convention détermine notamment :

1. Les obligations respectives des organismes d'Assurance maladie et des pharmaciens titulaires.
2. Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles ils peuvent être appelés à participer à la coordination des soins.
3. (Abrogé).
4. Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais.
5. La participation au développement des médicaments génériques.
6. Les modes de rémunération par l'Assurance maladie de la participation au dispositif de permanence pharmaceutique.
7. La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux.
8. La rémunération, autre que celle des marges, en contrepartie du respect d'engagements individualisés.
9. Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines. »

Comme la précédente, elle conditionne la prise en charge des prestations pharmaceutiques à sa signature par le (ou les) pharmaciens titulaires de l'officine. Même s'ils n'en sont pas signataires, les pharmaciens adjoints, remplaçants ou gérants après décès sont concernés.

5.2.5.2 – La version de base de l'exercice contractuel avec l'Assurance maladie : les quatre axes opérationnels.

- Promouvoir la qualité de l'exercice pharmaceutique y compris les nouveaux modes de prise en charge du patient.
- Valoriser l'exercice pharmaceutique dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge du patient.
- Moderniser et simplifier les échanges avec l'Assurance maladie.
- Vie conventionnelle et suivi de son application. [49]

5.2.5.3 – Diversifier la rémunération de l'officine.

La stratégie de la politique de rémunération, mis en œuvre par l'UNCAM à travers la convention pharmaceutique, vise à proposer des modes de rémunération qui permettent d'introduire des préoccupations de santé publique et d'amélioration des pratiques, plutôt que de valoriser la « vente » de médicaments. Si le prix du médicament reste le socle de la rémunération des pharmaciens, la convention de 2012 marque une évolution vers un mode mixte avec la création de modes de rémunération diversifiés portant notamment sur des engagements individualisés de qualité, d'efficacité et de modernisation. [50]

➤ La qualité de la dispensation :

Elle se concentre sur deux objectifs :

Objectif 1 : L'accompagnement pharmaceutique des patients atteints de certaines pathologies chroniques. (Voir 5.3.2)

Objectif 2 : La stabilité des médicaments génériques délivrés aux patients de plus de 75 ans. (Voir 5.3.1)

➤ L'efficacité de la dispensation :

Elle se traduit par des objectifs individualisés sur :

- La promotion des génériques grâce à une rémunération complémentaire en fonction du taux de génériques délivrés par rapport à des indicateurs. (Voir 5.3.1).

- La généralisation de la délivrance des conditionnements trimestriels pour lesquels la marge commerciale a été revue pour accompagner cet objectif :

$$\text{Marge sur conditionnement 3 mois} = \left(\text{Marge sur conditionnement 1 mois} \times 3 \right) - 10 \%$$

➤ **La modernisation de l'officine et la simplification de la qualité de service de l'officine :**

Cette rémunération repose sur des engagements de dématérialisation de la facturation et des pièces justificatives. Le pharmacien reçoit une contribution proportionnelle au volume d'émission de feuilles de soins électroniques reçues par les caisses, à hauteur de 0,05 € par feuille de soins électronique (FSE), valorisée à 0,064 € en cas d'utilisation de la version 1.40 du logiciel de référence. En outre, la scannerisation des pièces justificatives apporte une rémunération de 418,60 € par an.

➤ **La création d'un honoraire de dispensation :**

Cette rémunération est destinée à valoriser l'acte de dispensation (analyse, préparation et conseil) en déconnectant le prix du médicament. (Voir 5.3.2).

➤ **Garantir l'accès aux soins des patients selon deux modalités :**

Modalité 1 : Une revalorisation de la permanence pharmaceutique afin de conforter l'accès des patients au médicament.

Ce que nous dit le CSP	L'apport conventionnel
<p style="text-align: center;">Art. R. 4235-49</p> <p>Les pharmaciens sont tenus de participer aux services de garde et d'urgence prévus à l'article L. 5125-22[...]</p> <p>Les pharmaciens titulaires veillent à ce que leur officine satisfasse aux obligations imposées par ce service.</p> <p>[...]</p>	<p>Art. 17 : Les parties signataires s'accordent à considérer que la permanence pharmaceutique est l'une des garanties de l'accès aux soins et de leur continuité (...)</p> <p>Art. 18-1 : Le découpage en secteurs de garde.</p> <p>Art. 18-2 : L'information des caisses.</p> <p>Art. 18-3 : L'information des assurés par affichage des majorations prévues.</p> <p>Art. 19-1 : Indemnités d'astreinte : 150 € Honoraires par ordonnance variables selon horaires</p> <p>Art. 19-2 : Modalités de versement.</p> <p>Art. 20 : Suivi et évaluation du dispositif</p>

Tableau 11 : Revalorisation de la permanence pharmaceutique par le biais conventionnel¹.

Modalité 2 : L'optimisation du maillage territorial officinal afin de préserver l'accès aux médicaments dans certaines zones, comme décrit dans la convention :

« Article 16 : Les engagements portant sur l'évolution du réseau

Les parties signataires constatent la nécessité d'adapter le maillage officinal afin de maintenir l'équilibre économique des officines tout en préservant l'accessibilité de la population au médicament.

Elles reconnaissent l'intérêt :

- *De favoriser l'accès au médicament dans les zones rurales ainsi que dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-11 du Code de la Santé Publique (zones franches urbaines, de revitalisation rurale, etc...).*
- *D'optimiser le réseau dans les zones où la densité en officines est élevée ou dans celles où le nombre de pharmacies par habitant est élevé compte tenu, par ailleurs, de l'accessibilité géographique.*

¹ Deysson, M. (2014). *L'exercice de La Profession*. Cours, Université de Limoges, Droit pharmaceutique, Limoges

Les syndicats [...] s'engagent à favoriser le regroupement tout en tenant compte de la nécessité de maintenir une offre de proximité dans les zones sous dotées.

Ils utilisent pour ce faire les outils [...] consistant à encourager, par le biais de mesures financières incitatives, la restructuration du réseau officinal.

Elles s'accordent pour adjoindre à la CPN (Commission Paritaire Nationale de la pharmacie d'officine) un observatoire de l'évolution du réseau officinal. »

Bien que cette disposition ne produise pas d'effets directs sur la rémunération des pharmaciens, ce dispositif doit être pris en compte pour l'avenir. L'intervention de l'Assurance maladie dans la restructuration du réseau des officines a de quoi surprendre, car il s'agissait jusque-là d'une prérogative de l'État. Mais, l'Assurance maladie est un financeur engagé par le contenu de la convention dans laquelle figure cette disposition.

Sans certitude à ce sujet on peut avancer que le rôle de ce partenaire pourrait être de :

- Racheter des licences de pharmacie (en vue de leur destruction) pour permettre à des pharmaciens en fin de carrière et ne trouvant pas preneur de leur fonds, de sortir « dignement au point de vue financier » du métier, et concentrer ainsi le réseau.
- Subventionner des officines non économiquement viables pour un maintien du service public.
- Subventionner des stocks.
- Faciliter les regroupements d'officines par le rachat de licences en vue de leur destruction.
- Etc ...

➤ **Financer la formation continue des pharmaciens :**

Bien qu'il ne s'agisse pas là non plus d'une rémunération directe pour le pharmacien d'officine, le financement par l'Assurance maladie, du dispositif de formation constitué au niveau national, est un avantage non négligeable. En effet, il permet de remplir les obligations imposées par le Code de la Santé Publique en la matière en n'assumant pas les charges financières que cela représente.

« Article 11 : Formation et actualisation des connaissances.

Les parties signataires considèrent que la formation continue est une garantie indispensable de l'optimisation de la qualité de la pratique pharmaceutique. Elle permet l'actualisation et l'amélioration des connaissances acquises ainsi que l'apprentissage des nouvelles pratiques professionnelles contribuant à la réalisation des impératifs de santé publique.

Afin d'assurer une prise en charge optimale du patient, le pharmacien s'engage à acquérir la formation nécessaire à la conduite de l'entretien pharmaceutique et à la maîtrise des principes généraux lui permettant de contribuer de façon optimale à la maîtrise médicalisée des dépenses.

Il s'engage à s'appuyer dans sa pratique quotidienne sur les recommandations de bonnes pratiques émises par les autorités sanitaires et à intégrer dans le processus de sa démarche professionnelle les priorités de santé publique. »

5.2.5.4 – Des avenants annuels ont complété la version initiale de la convention.

L'avenant numéro 1 (arrêté du 10 janvier 2013) fixe les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement par le pharmacien des patients sous traitement chronique par Anti Vitamine K (AVK).

L'avenant numéro 2 (arrêté du 7 novembre 2013) fixe l'objectif du taux de substitution pour la fin de l'année 2013 à 85% du contenu du répertoire des génériques tel qu'il est en juin de cette même année, et le valorise par une Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP).

L'avenant numéro 3 (arrêté du 28 novembre 2014) reprend l'objectif de 85% jusqu'à la fin de l'année 2014, avec le même principe de valorisation.

L'avenant numéro 4 (arrêté du 3 décembre 2014), fixe les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement des patients asthmatiques par le pharmacien. Il prévoit le versement d'une rémunération de 40 € par an et par patient entrant dans le dispositif.

L'avenant numéro 5 (arrêté du 1er janvier 2015) définit la réforme du mode de rémunération des pharmaciens, notamment la mise en place des honoraires de dispensation et les modalités de leur mise en œuvre.

L'avenant numéro 6 (arrêté du 14 novembre 2014) reconduit l'objectif du taux de substitution générique à 85% pour la fin de l'année 2015.

L'avenant numéro 7 (arrêté du 14 décembre 2015) remplace les déclarations papier pour le paiement des services de garde pour basculer vers un paiement dématérialisé par l'Assurance maladie. [51]

5.3 – L'IMPACT DE LA CONVENTION DE 2012 SUR L'ECONOMIE DE L'OFFICINE.

Ces nombreux changements bouleversent considérablement l'économie de l'officine. Les sources de revenus des pharmaciens, principalement assises sur la vente des médicaments, sont peu à peu remplacées par des honoraires basés sur l'acte pharmaceutique.

On peut résumer ce nouveau modèle économique autour de deux axes :

5.3.1 – La rémunération sur objectifs. [52] [42]

La convention nationale de 2012 a instauré le principe de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Les engagements individualisés des pharmaciens comprennent trois critères :

➤ Critère 1: la dispensation de spécialités génériques :

Elle s'articule autour de trois ensembles dont deux sont strictement conventionnels.

- Le premier ensemble consiste à fixer par avenant annuel un taux national de substitution générique à atteindre pour **l'ensemble des pharmaciens**. Certaines molécules sont plus particulièrement ciblées et font l'objet de taux de substitution particuliers en fonction de critères définis conventionnellement. Le non-respect de l'objectif est susceptible de provoquer la mise sous Tarif Forfaitaire de Responsabilité d'un ou plusieurs groupe(s) générique.

- Le deuxième ensemble vise **l'engagement individuel** des pharmaciens d'officine et est générateur de rémunération individuelle. Chaque officinal doit donc atteindre l'objectif national de substitution. Par ailleurs un certain nombre de molécules (précisées dans l'avenant annuel) fait l'objet de taux de substitution particuliers et constituent autant d'indicateurs de suivi. Elles sont au nombre de vingt-neuf, le reste du répertoire constituant le trentième indicateur.

- Le troisième ensemble non conventionnel vise les assurés au travers du dispositif tiers payant contre générique, pour lequel, tout assuré refusant (en dehors des exceptions prévues) la

dispensation d'un générique se voit refuser le bénéfice du tiers payant, devant ainsi payer le médicament au pharmacien pour se le faire rembourser par la suite par sa caisse primaire d'affiliation.

→ Le mécanisme de rémunération du pharmacien :

1) A partir de la liste des trente indicateurs choisis par avenant annuel à la convention, on définit pour chacun d'eux un seuil bas et un seuil intermédiaire de substitution. Ces seuils sont fixés par rapport à son taux national de substitution du second semestre de l'année de référence retenue par la convention :

- Seuil bas = Taux national – 20 %
- Seuil intermédiaire = Taux national + 20 %

VOIR ANNEXE 6 : Les trente indicateurs retenus pour le suivi de délivrance.

2) Apprécier la performance de l'officine indicateur par indicateur.

Une formule mathématique permet de déterminer la rémunération du pharmacien en fonction de ce qui précède :

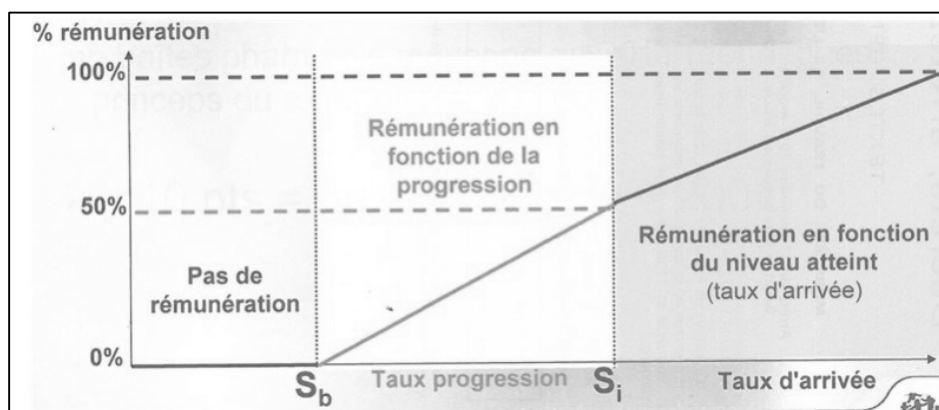


Figure 13 : Représentation schématique de la rémunération du pharmacien en fonction du taux de substitution¹.

- Si le taux de substitution atteint est inférieur au seuil bas, le pharmacien ne perçoit aucune rémunération ;

¹ Deysson, M. (2014). *L'exercice de La Profession*. Cours, Université de Limoges, Droit pharmaceutique, Limoges

- Si le taux de substitution atteint est supérieur au seuil bas fixé par indicateur mais inférieur au seuil intermédiaire, le pharmacien perçoit une rémunération en fonction de sa progression entre les deux périodes de référence ;
- Si le taux de substitution atteint est supérieur au seuil intermédiaire, le pharmacien perçoit une rémunération en fonction du niveau atteint sur la période de référence « d'arrivée ».

➤ **Critère 2 : La promotion de la qualité de la dispensation :**

Ce critère est constitué de deux points :

1. La stabilité de la délivrance des mêmes médicaments génériques (même marque) chez les patients de plus de 75 ans pour certaines molécules déterminées par l'avenant annuel à la convention. L'objectif est d'atteindre les 90 % de stabilité. En cas d'échec, la rémunération du pharmacien possible sur son taux de substitution générique (Voir 5.3.1) est réduite de 20 % pour les molécules sur lesquelles le taux de stabilité n'est pas assuré (sauf exceptions prévues).
2. La prévention des risques iatrogéniques. Le principe est de proposer un entretien pharmaceutique aux patients entrant dans le champ des programme d'action.

« Article 10.2

Les parties signataires considèrent que l'entretien constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient.

L'entretien doit notamment permettre :

- De renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention ;*
- De valoriser l'expertise sur le médicament ;*
- D'évaluer la connaissance par le patient de son traitement ;*
- De rechercher l'adhésion thérapeutique et l'aider à s'approprier son traitement ;*
- D'évaluer, à terme, l'appropriation à son traitement. »*

Elle porte d'une part sur l'accompagnement des patients sous traitement chronique par des Anti Vitamine K, mis en œuvre par l'avenant n°1 de la convention nationale et conclu en janvier 2013, et d'autre part sur celui des patients asthmatiques mis en place par l'avenant n° 4 de mai 2014. La convention prévoit le versement au pharmacien d'une rémunération annuelle de 40 € par patient, à la condition d'avoir réalisé au moins deux entretiens annuels.

5.3.2 – La rémunération à l'honoraire. [52] [42]

L'honoraire de dispensation sur les médicaments remboursables, s'est concrétisé par l'avenant n° 5 de mai 2014. Il a été signé le 9 janvier 2014 entre l'UNCAM et la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF). Le 1^{er} janvier 2015 est créé un honoraire de dispensation de 0,82 € TTC par boîte, porté à 1,02 € en 2016 (augmenté à 2,21 € pour les grands conditionnements). S'y ajoute un honoraire complémentaire pour les ordonnances complexes de plus de cinq lignes de 0,51 € TTC par dispensation.

Ce dispositif aboutit à un transfert de l'ordre de **45 %** de la marge sur les médicaments remboursés dans le champ conventionnel, et permet de déconnecter la rémunération du volume de vente de médicaments. Or on remarque que malgré cet honoraire de dispensation, la rémunération du pharmacien reste très corrélée à la vente des boîtes en l'état actuel de l'évolution du projet.

Cet honoraire se justifie pour le travail du pharmacien sur :

- ✓ **La vérification** : de la validité de l'ordonnance, de l'admissibilité des renouvellements, de l'adéquation de la posologie prescrite, du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance des médicaments à statut ou délivrance particulière.
- ✓ **Le contrôle** : des interactions au sein de l'ordonnance, des facteurs de risque et des contre-indications dans les limites des connaissances de l'état de santé du patient, des prescriptions abusives.
- ✓ **Le pharmacien doit** : S'assurer de la bonne compréhension, du bon usage, et des précautions d'emploi. Il doit ainsi :
 - Vérifier les besoins du patient et fournir les explications nécessaires,
 - Préciser, le cas échéant, les modalités particulières de conservation du produit.

- S'assurer que le patient connaît la posologie, la durée du traitement et le moment recommandé pour la prise des médicaments.
- Reporter les indications utiles sur le conditionnement.
- Rappeler la durée du traitement en soulignant l'importance de se conformer à la posologie.
- Informer des effets indésirables ou potentiels.
- Choisir le conditionnement le plus économique en fonction des posologies compatible avec l'état de santé du patient.

5.4 – CONCLUSION SUR LA CINQUIEME PARTIE : LE CHANGEMENT DE MODELE ECONOMIQUE.

En prévoyant d'élargir le champ et la nature des rémunérations pour l'accomplissement des missions de santé publique confiées aux pharmaciens d'officine, le Gouvernement souhaite faire basculer l'officine dans un système dans lequel les pharmaciens percevront des honoraires pour chaque acte qu'ils réaliseront. Aujourd'hui certaines missions sont déjà rémunérées pour des patients atteints d'affection longue. À terme l'objectif est de rendre l'économie de l'officine dépendante de l'implication du pharmacien dans ses nouvelles missions. En outre, cette évolution du métier est aussi l'expression de la volonté des pharmaciens (à travers les syndicats), car ces changements vont les impliquer davantage dans le parcours de soins des patients, ce qui va forcément valoriser leur profession.

Le modèle économique en sera bouleversé car il ne permettra plus de mesurer la performance économique d'une officine par son seul chiffre d'affaires. La répartition de l'activité par type d'actes médicaux réalisés, le taux de substitution générique, les produits chers (marge imputée par la MDL), les honoraires de dispensation, sont autant de facteurs qui influent sur le chiffre d'affaires mais encore plus sur la marge. Par exemple, les honoraires de dispensation induisent une baisse de la marge commerciale à cause de la baisse sur le prix du médicament qu'ils entraînent. Or, dans un compte de résultat comptable, il faut ajouter à cette marge commerciale les prestations de services (dont honoraires) pour constituer la marge brute. Cette dernière

augmente donc le résultat net de l'officine. La question d'aujourd'hui, est de savoir si les honoraires vont compenser la perte de marge commerciale proprement dite et améliorer ou diminuer le revenu net de l'officine. [53]

Le problème d'un tel changement pour les pharmaciens titulaires actuels, est le risque d'avoir un chiffre d'affaires diminué pour une quantité de travail équivalente à celle d'avant. Or, les pharmaciens achètent leur officine en moyenne 83 % de son chiffre d'affaires (pour une officine moyenne, aux alentours de 1,5 million d'euros) ce qui signifie que beaucoup se trouvent aujourd'hui endettés sur une base qui ne sera bientôt plus valide, avec des paramètres et des perspectives de comptes d'exploitation qui changent. [54]

L'USPO a réalisé une enquête pour connaître l'impact des honoraires à la boîte sur l'économie de l'officine. Cette étude porte sur la marge brute du pharmacien pour chaque boîte de médicament. Cette marge inclue donc la marge commerciale à laquelle s'additionne l'honoraire de dispensation. Les figures suivantes récapitulent les variations de cette marge brute en fonction du prix fabricant hors taxe.

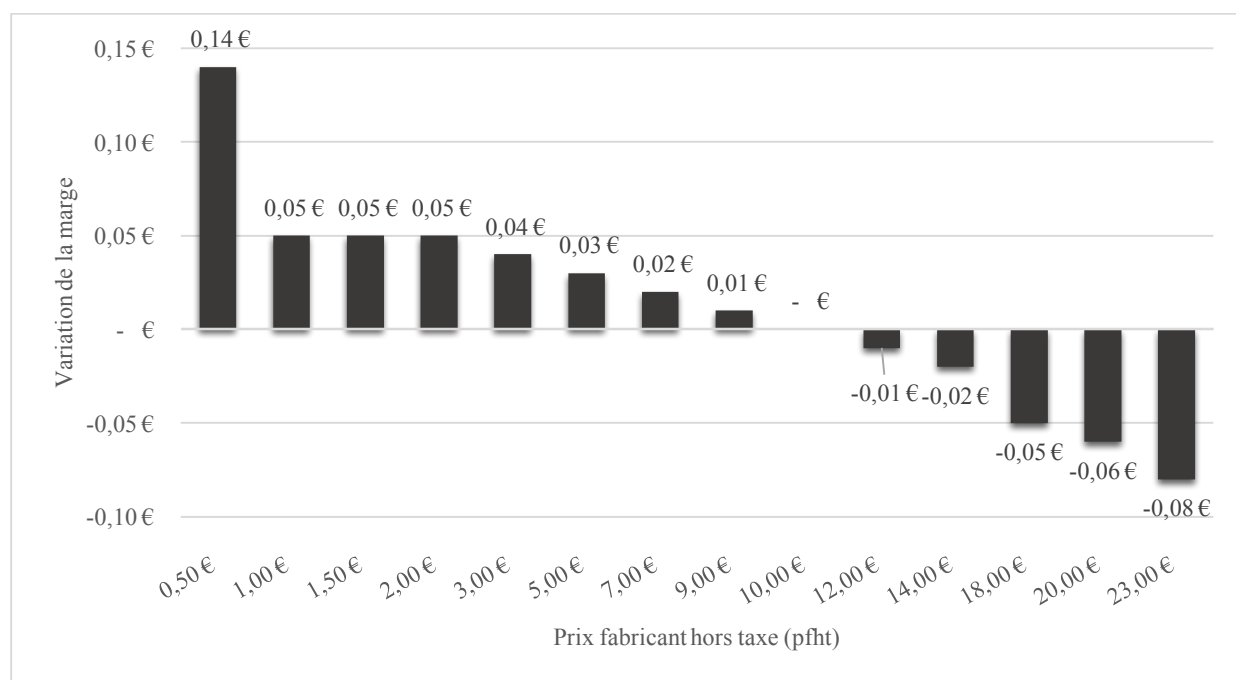


Figure 14 : L'impact de l'honoraire de 0,80 € par boîte de 2015

La figure ci-dessus démontre la variation de la marge brute en fonction du prix fabricant hors taxe des médicaments allant de 0 à 23 €. Les résultats montrent que les honoraires de 80 centimes (HT) à la boîte du 1^{er} janvier 2015 ont eu pour conséquence une baisse de la marge brute de tous les médicaments au prix fabricant hors taxe (PFHT) supérieur à 10 €. A contrario tous les médicaments dont le prix fabricant hors taxe est inférieur à 10 € ont vu leur marge augmenter.

Les figures suivantes concernent le changement des honoraires du 1^{er} janvier 2016.

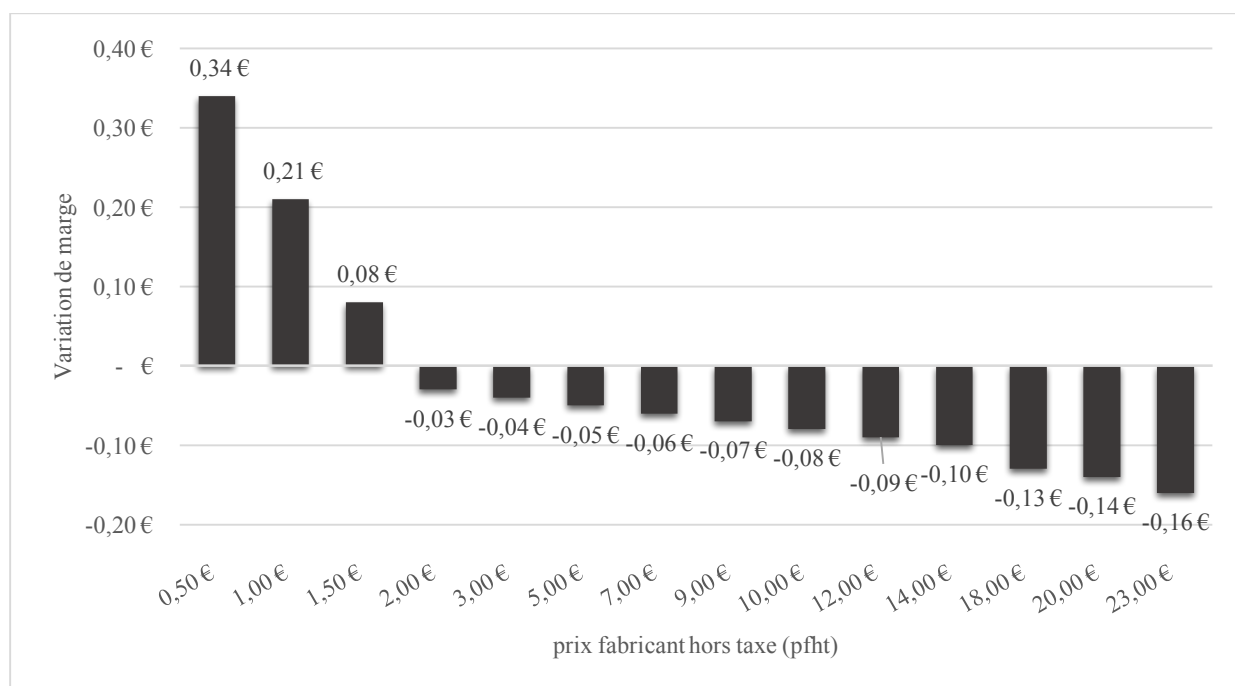


Figure 15 : L'impact de l'honoraire de 1 € par boîte de 2016 pour les médicaments dont le PFHT est compris entre 0 et 23€

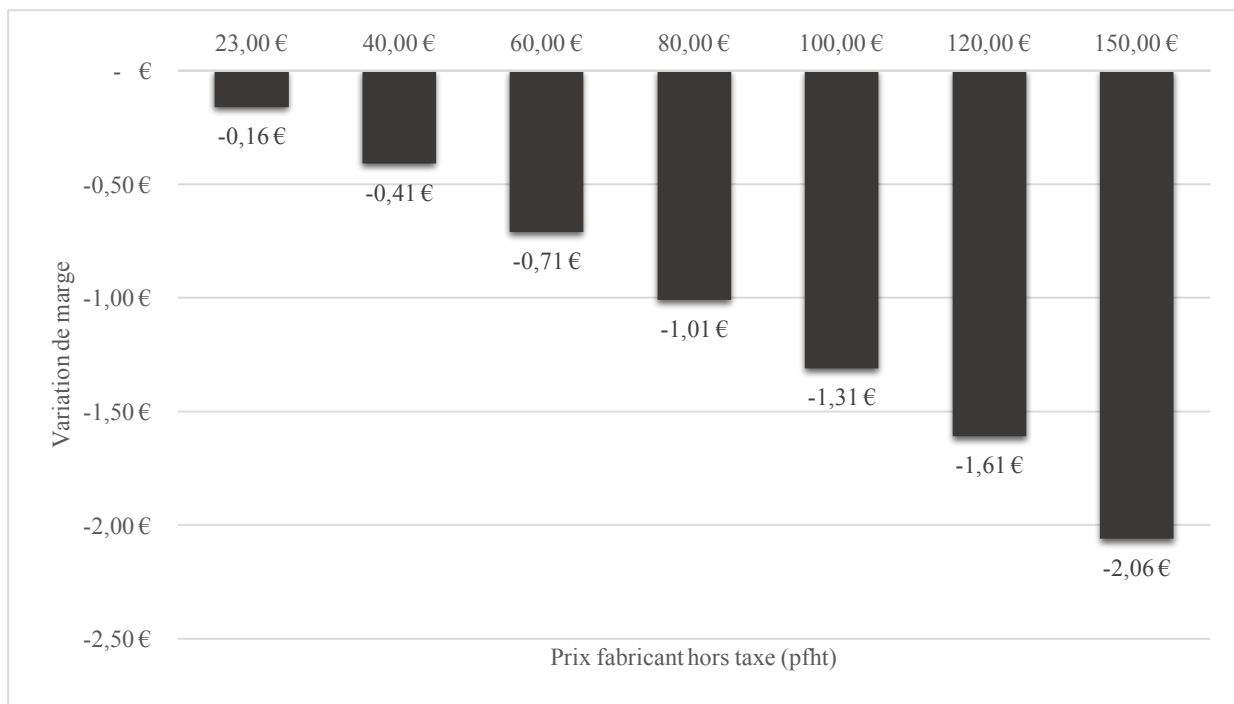


Figure 16 : L'impact de l'honoraire de 1 € par boîte de 2016 pour les médicaments dont le PFHT est compris entre 23 et 150 €

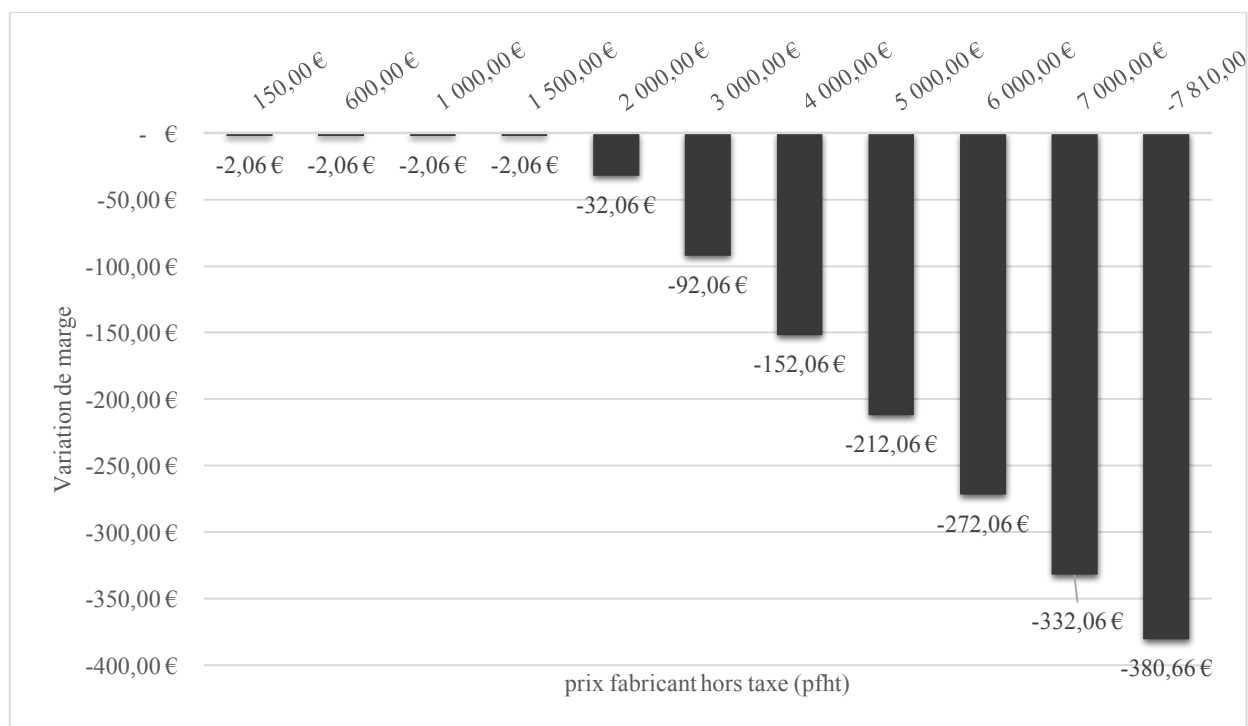


Figure 17 : L'impact de l'honoraire de 1 € par boîte de 2016 pour les médicaments dont le PFHT est compris entre 150 et 7810 €

Pour illustrer les conséquences de la mise en place de ces honoraires, nous avons calculé la marge des pharmaciens pour un médicament dont le PFHT est de 15 € en 2014, en 2015, et en 2016 :

2014	2015	2016
$(0,261 \times 15) + 0,53$ $= 4,45 \text{ HT}$	$(15 - 0,82) \times 0,255 + 0,80$ $= 4,42 \text{ HT}$	$(15 - 1,91) \times 0,255 + 1$ $= 4,34 \text{ HT}$

Tableau 12 : Calcul des marges brutes du pharmacien entre 2014 et 2016

Le passage à l'honoraire à 1,02 € TTC en 2016 constitue une baisse de marge pour tous les médicaments dont le PFHT est supérieur à 1,81 €, soit 89 % des spécialité (selon l'USPO). L'augmentation de la marge brute ne se fait donc que sur les médicaments à faible coût comme l'homéopathie ou le paracétamol. Aujourd'hui, rien ne nous permet de savoir si ce changement est néfaste pour l'économie de l'officine car le volume de délivrance de ces médicaments « peu chers » est assez important dans chaque officine. De plus il faut ajouter dans les bénéfices les rémunérations sur objectifs définies par la convention de 2012 (Voir 5.3.1). [55]

CONCLUSION

Le XXème siècle a vu le métier de pharmacien d'officine se métamorphoser en profondeur grâce à deux avancées majeures : l'émergence des spécialités pharmaceutiques et la création de la Sécurité sociale. La première a progressivement transformé le préparateur de médicaments en un dispensateur de très nombreuses spécialités pharmaceutiques fabriquées à l'avance par un laboratoire. La deuxième a placé le pharmacien au cœur d'un système de maîtrise des soins. L'économie de l'officine a donc dû s'adapter sous l'influence de ces deux facteurs.

Historiquement, l'économie de la pharmacie d'officine était strictement commerciale. C'est à dire qu'elle était dépendante des produits qu'elle vendait. La fixation du prix des médicaments influençait donc son économie. Or le maintien de la Sécurité sociale dans un système purement libéral, est inconcevable en raison de la surconsommation qu'elle entraîne et de l'absence de tout contrôle des dépenses de soins. L'Etat a donc dû trouver les moyens pour réguler ce secteur, en intervenant sur les prix des médicaments (modifications des marges de tous les acteurs : laboratoires, grossistes et pharmaciens), et sur les modalités d'accès aux soins pour les patients (déremboursements, ordonnances bi-zones etc...).

L'enjeu aujourd'hui est de changer la dominante commerciale de la rémunération du pharmacien en allant progressivement vers une rémunération à l'acte, en introduisant un honoraire. L'objectif est de déconnecter le bénéfice du pharmacien du prix des médicaments afin de le placer comme un véritable professionnel de santé. La mise en place d'un tel changement est rendu possible grâce aux conventions entre l'officine et l'Assurance maladie. Cette opération se doit d'être financièrement neutre pour la Sécurité sociale : les frais supplémentaires engendrés par les honoraires doivent être compensés par la baisse des prix.

En revanche, il faut veiller à respecter l'équilibre économique des officines, particulièrement menacé, comme en témoigne la diminution de leur nombre depuis près de quatre ans. L'exercice de la pharmacie en société se présente comme une solution pour renforcer l'économie des officines, et améliorer les conditions de l'exercice en permettant aux officinaux de remplir l'intégralité des missions que la loi leur a confiées, difficilement possible pour un pharmacien seul dans une officine.

Le regroupement semble devoir être un remède efficace à la baisse de rentabilité des pharmacies, et aussi, au moins en théorie, une véritable opportunité pour des pharmaciens qui ne parviennent pas à vendre leur officine. Il ne doit cependant pas porter atteinte au maillage territorial, élément clé du service rendu à la population.

Une autre solution pourrait être l'exercice partagé avec d'autres professions de santé, au sein de maisons médicales, de Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) ou de réseaux de santé par exemple. L'enjeu est à la fois d'optimiser la prise en charge des patients, et d'expérimenter des nouvelles méthodes de rémunération du service rendu par le pharmacien dans le parcours de soins.

Le pharmacien d'officine doit affirmer sa place dans ce nouveau contexte. Il doit à la fois s'intégrer à la pratique pluridisciplinaire en coopérant avec les autres professionnels, mais aussi répondre aux contraintes appliquées par la Sécurité sociale, le tout en veillant toujours à placer l'intérêt du patient au centre de sa pratique.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Compte de pharmacien adressé à son patient (notaire).....	138
ANNEXE 2 : Le protocole d'accord du 19 février 1952 (pages 1 et 2).....	142
ANNEXE 3 : La première convention de tiers payant du 14 avril 1977 (pages 1 et 2).....	144
ANNEXE 4 : Convention du 12 mars 1985 : La délégation de paiement étendue (pages 1 et 2).....	146
ANNEXE 5 : Convention du 10 Octobre 1994 (pages 1 et 2).....	148
ANNEXE 6 : Les trente indicateurs retenus pour le suivi de délivrance.....	150

ANNEXES

ANNEXE 1

Compte de pharmacien adressé à son patient (notaire).

PHARMACIE MOTHEAU		E. Guignard		1 ^{er} Lauréat de l'Ecole de Pharmacie		Avenue Gambetta, 64, ST MAIXENT (Deux-Sèvres)		
Monsieur Bardou Notaire							Doi ^T	
St. Maixent, le 17 ^{es} Janvier 1898.							Dessiné & Affiné par J.J.	
1907	Janvier	11	compos. en albuminose	1	Extrait de Valer (1 ^{er} Jeune)	2 70		
		"		1 fl. Sirop de Labarraque	3-1/2	3 50		
		12		Fenille de noyer		2 20		
		17		1 Valer (1 ^{er} Jeune)		2 70		
		19		200g Fleur de Sureau		1 00		
		21		1 pag. 125g: Cotone cardé		2 60		
		"		Argent 2-1/2 5.19		2 25		
		"		125g: Potassiate de Soude saturée		2 30		
		"		1 Ex. de Valer (1 ^{er} Jeune)		2 70		
		26		Vaseline Lavignin		2 00		
Fevrier		28		125g: Cotone cardé		2 60		
		26	service	250g Farine de lin		2 20		
		"	service	1/2 litre Sirop de 1/2 1/2		2 60		
		"	"	250g Laudanum 4 1/2 0/2 av.		2 10		
		"	"	Cachet 4-1/2 0/2 4		2 25		
		"	"	Extrait de Calthara 4-1/2 0/2 av.		2 40		
		28	"	1/2 litre Solution d'acide benzoïque av.		2 70		
		"	"	200g Etha Sulfureux pour av.		2 40		
Mars		1	"	1 ponce de lav. 1/2 p. enfant		2 50		
		"	"	1 fl. Laudanum de Sydenham av.		2 00		
à reporter							20 30	

		Reparto	20	30
Mars	4	Reunade n.º 123 sp:	1	30
"	"	1 litro M. de f. de marne ^{de} _{2.º 1.º 4.º vino 0.º 1.º}	2	70
"	"	1 seringue vien (H. arella)	"	71
"	8	1 Compta - finettes	"	50
"	"	Reunades n.º fe 666 sp:	"	60
"	12	Reunade de sp:	"	50
"	"	6 p. de Viehy (p.º grille)	4	50
"	16	1 fl. 4/4 - Glycine pura ar:	"	60
"	"	100 g. Eblorate de potasse crist	"	21
"	18	Reun n.º fe 057	"	30
"	29	1 18 th Ombre contre le coryza	"	50
"	30	Reunade n.º fe 411 sp:	"	80
Avril	6	Huile n.º 49741 ar:	"	50
Mai	23	100 g. Soudain de hypochlorite n.º:	1	50
Juin	4	12 g. Vaniline leucoguin sp:	"	90
"	"	1 Eau d'Evian	"	71
"	18	1 Eau d'Evian	"	71
"	22	12 g. Cotone cardé	"	60
"	"	30 g. Sirop de marplem ar:	"	40
"	"	Alcool n.º Carme 100 (0.40) (fl. émera)	"	61
"	"	100 g. Alcool neutre n.º 90 (fl. émera)	1	50
"	"	10 Carbone d'actif pur de 90 g. sub:	1	10
"	"	Solutoire (Qualité pur de 90 g. (fl. émera)	1	"
"	"	100 g. Eau d'Evian (fl. émera)	"	61
"	"	100 g. Eau d'Evian	"	20
"	"	100 g. Alcool camphre (fl. émera)	"	61
"	"	100 g. Sirop de Eola ar:	"	50
"	"	100 g. Collodion (fl. émera)	"	71
"	"	100 g. Eau purpurique (fl. émera)	1	21
"	"	Solutoire (Peranganate de potasse) (fl. émera)	"	50
"	"	100 g. Sirop d'Ipéca ar:	"	40
à reporter			17	80

			Repart	47/50
juin	22	3oz. Bicarbonate de soude purissim ^{us} ab.		20
"	"	1 lb ⁵ (mistel) Grosse de liq		50
"	"	1 lb ⁵ (mistel) Farsse de liq (2oz)		60
"	"	3oz Calomel de mithrid (fl. emen)		50
"	"	2oz poquet. (sublim ^{us} tartarum) ab.		60
"	"	1 lb ⁵ (mistel) Farsse d. Mustards (2oz)		80
"	"	1 lb ⁵ Sarsaparilla Ripollat	1/50	2/
"	"	1 Ouataplaume Campbell		2/
"	"	1 lb ⁵ Camphre Strabius		2/50
"	"	3oz Sarsaparilla de Linn ^{us} 2 ^e av.		20
Juillet	17	Coq Herb. campbell ^{us} av.		50
"	"	Sucrement 2i. 12/26 av.		10
"	30	Sucrement — 2 ^e — 20:		10
"	31	1 L. d'Evian		7/
août	8	6 L. d'Vichy (G ^{de} G ^{de})		4/50
"	9	12oz. Vanille barisquin sp.		80
"	10	1 fl. Thial (p. thierstraten)		7/
"	"	1 L. d'Evian		7/
"	21	1 — 2 ^e —		7/
"	29	1 — 2 ^e —		7/
sept.	7	1 fl. Granule Ac ^{te} d'Hayden 8 ^o		2/50
"	"	1 L. d'Evian		7/
"	10	1/2 litre Voz de Cava av.		3/2/
"	"	1 pot Voz: Vanille barisquin sp.		80
"	13	1 L. d'Evian		7/
"	17	12/oz. Costus cardii		60
"	20	1 L. d'Evian		7/
"	27	1 L. d'Evian		7/
oct.	11	12oz. Vanille barisquin sp.		80
"	16	3oz. Elixir parapsoriasis av.		4
"	"	Vanille pure		10
			à reporter	81/9/

			57 9/1
John	12	6 S. de Vichy (Belatina)	4 50
	21	12 f. g. Catus Cardi	" 60
	"	12 f. g. Vaniline - Bourgeois sp.	" 80
	29	1 Compt. - fenettes	" 50
B. John	30	1 S. de Lorient	" 71
G. John	4	1 Val. (1 ^{er} Jean)	" 71
	8	10,5 Camille de Ceflon extra	" 81
	13	Tourter n. f. 3408 ab.	" 60
	17	12 f. g. Vaniline Bourgeois	" 80
	18	Coq. Vix (Cramentopis) ar.	" 40
	21	Tourter n. f. 3408	" 50
	27	Potrus n. f. 3 f. 9 ar.	1 30
	"	Coq. Vix (Cramentopis) ar.	" 30
	26	12 f. g. Catus Cardi	" 60
	30	1 Val. (1 ^{er} Jean)	" 71
	"	Tourter n. f. 3 f. 78	" 30
X. John	2	Collyre n. f. 3 f. 84 (f. c. m.)	1 21
	"	Tourter n. f. 3 f. 83	1 21
	"	Herb. de fort. de marine ar.	" 40
	"	1 Willere crochul	" 60
	3	12 f. g. Farine de lin	" 10
	"	1 miel blanc de f. t. m. c. m. sp.	" 20
	"	Feruloly de r. m.	" 11
	4	1/2 P. t. Ombelles chlorate de t. m. sp.	" 50
	"	1 Cachet d. centip. de r. m.	" 11
	"	Soluton n. f. 3 f. 608 ar.	1 00
	"	Collyre n. f. 3 f. 609 (f. c. m.)	1 21
	7	1 Compt. - fenettes (f. la zera)	" 60
	17	1 S. de Vals (1 ^{er} Jean)	" 71
	24	Collyre n. f. 3 f. 609 ar.	1 00
		Total	104 9/1

ANNEXE 2

Le protocole d'accord du 19 février 1952 (pages 1 et 2).

PROTOCOLE D'ACCORD

entre LE SYNDICAT GENERAL DES PHARMACIENS DE BORDEAUX ET DE LA GIRONDE
et la CAISSE PRIMAIRE DE SECURITE SOCIALE DE LA GIRONDE

ENTRE : M. LAMBERT, Président du SYNDICAT GENERAL DES PHARMACIENS DE BORDEAUX
ET DE LA GIRONDE,

dûment mandaté, d'une part,

ET : M. Pierre CARLES, Président du Conseil d'Administration de la CAISSE
PRIMAIRE DE SECURITE SOCIALE DE LA GIRONDE,

dûment mandaté, d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit ;

Article 1er

La CAISSE PRIMAIRE DE SECURITE SOCIALE de la GIRONDE et le SYNDICAT GENERAL DES PHARMACIENS DE BORDEAUX ET DE LA GIRONDE sont d'accord pour constater que, dans certains cas particuliers, des assurés sociaux n'ont pas les disponibilités suffisantes pour régler le montant d'une ou plusieurs ordonnances prescrites le même jour pour eux-mêmes ou pour un ou plusieurs membres de leur famille.

Afin d'aider ces assurés sociaux, il a été convenu ce qui suit, à titre d'essai, pour ceux qui en feront la demande et à la condition que le montant de l'ordonnance ou des ordonnances prescrites, comme précisé ci-dessus, atteigne un montant minimum de 2.000 F. (sauf cas exceptionnels) .

Article 2

L'intéressé présentera au pharmacien de son choix, la feuille de maladie, la ou les ordonnances, en indiquant qu'il ne peut en régler le montant et qu'il a l'intention de demander une prise en charge à la Caisse.

Article 3

Le pharmacien remettra à l'assuré social, la feuille de maladie, la ou les ordonnances, revêtues d'un tampon : "demande de prise en charge" et accompagnées d'une copie en double exemplaire, tarifée, conforme au modèle ci-joint (colonne n°1)

Cette copie ne comportera que la liste énumérative et quantitative des médicaments prescrits et les prix "pharmacien" correspondants.

Article 4

L'assuré se présentera aux guichets de la Caisse (Centre ou Section de Paiement) muni de sa feuille de maladie, de la ou des ordonnances, de la copie en double exemplaire, tarifée, et des pièces habituelles qu'il doit présenter pour justifier son droit aux prestations.

.../...

Article 5

Après vérification des droits, l'agent décompteur établira le décompte des prestations pharmaceutiques afférentes aux ordonnances présentées (colonne n°2 de l'imprimé de prise en charge) et remettra à l'intéressé sa feuille de maladie, la ou les ordonnances originales et la prise en charge de la Caisse pour les médicaments prescrits sur ces ordonnances et pour un montant conforme au Tarif de Responsabilité en vigueur.

Article 6

L'assuré, muni de la prise en charge remettra cet imprimé au pharmacien qui délivrera les médicaments, timbrera la feuille de maladie ainsi que le volet de prise en charge sur lequel il indiquera la date de l'exécution de l'ordonnance et le mode de règlement qu'il sollicite.

L'assuré ne règlera donc au pharmacien que la différence entre le montant total des médicaments prescrits (tarif "pharmacien") et le montant de la prise en charge de la Caisse (différence entre colonne 1 et 2 de la prise en charge).

Article 7

Le pharmacien adressera, dans le mois de la délivrance des produits, les ordonnances originales, accompagnées de l'engagement de prise en charge de la Caisse et d'un bordereau récapitulatif. La Caisse assurera le paiement de ces ordonnances dans le mois de leur réception (comme en matière d'Accident du Travail).

Les dépenses des imprimés (copies d'ordonnances et prises en charge) seront supportées par moitié par le Syndicat Général des Pharmaciens de Bordeaux et de la Gironde et par la Caisse Primaire de Sécurité Sociale de la Gironde.

Article 8

Toutes les difficultés qui pourraient résulter de l'application du présent accord seront étudiées et résolues par une Commission Paritaire composée de 2 représentants du SYNDICAT GENERAL DES PHARMACIENS DE BORDEAUX ET DE LA GIRONDE et 2 représentants de la CAISSE PRIMAIRE DE SECURITE SOCIALE DE LA GIRONDE. Cette Commission sera également compétente pour mettre au point toute extension du présent accord aux cas spéciaux qui pourront se révéler, au cours des premières périodes d'application

Article 9

Le présent accord est conclu pour une période d'essai de TROIS MOIS à compter du 10 mars 1952.

Il se renouvellera par tacite reconduction, sauf préavis donné par l'une des deux parties, un mois avant son expiration.

Fait à BORDEAUX, le 19 FEVRIER 1952

Pour le SYNDICAT GENERAL DES
PHARMACIENS DE BORDEAUX ET DE LA GIRONDE

Le Président

Pour la CAISSE PRIMAIRE DE SECURITE
SOCIALE DE LA GIRONDE,

Le Président

ANNEXE 3

La première convention de tiers payant du 14 avril 1977 (pages 1 et 2).

C O N V E N T I O N

RELATIVE A LA DISPENSE DE L'AVANCE DES FRAIS
EN MATIERE DE PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES

ENTRE :

- LA CHAMBRE SYNDICALE DES PHARMACIENS DE LA GIRONDE
185, cours de l'Yser, à BORDEAUX
représentée par son Président, dûment mandaté,
- L'UNION NATIONALE DES PHARMACIENS DE FRANCE,
Délégation d'Aquitaine, Pl. des Capucins, BORDEAUX
représentée par son Président, dûment mandaté,

d'une part,

ET :

- LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA GIRONDE
Place de l'Europe, à BORDEAUX
représentée par son Président, dûment mandaté,

d'autre part,

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT .:

Article 1er : OBJET DE LA CONVENTION

Les parties signataires, se référant aux dispositions de l'article 1250 du Code Civil définissant les conditions d'application de la subrogation conventionnelle, permettent aux catégories d'assurés sociaux déterminées par la présente Convention d'être dispensées de faire l'avance des frais correspondant à la délivrance des produits et des fournitures pharmaceutiques remboursables qui leur ont été prescrits.

Article 2 : CATEGORIES DE PERSONNES BENEFICIAIRES

La présente Convention s'applique :

- 1°/ - aux bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur, notamment :
- à ceux visés à l'article L 286-1, 3° et 4°, du Code de la Sécurité Sociale qui ont été reconnus atteints d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse,
 - aux titulaires d'une rente A.T. correspondant à un taux au moins égal à 66 2/3 % et à leurs ayants-droit,

- aux titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ;

2°/ Aux assurés sociaux ou à leurs ayants-droit titulaires d'un avantage de vieillesse affiliés à ce titre à la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE de la GIRONDE.

Article 3 - CONDITIONS D'APPLICATION

§ 1 - La subrogation conventionnelle ne peut être établie qu'au titre des dépenses relevant du risque maladie, tel qu'il est défini à l'article L.283 du Code de la Sécurité Sociale et à l'article 1038 du Code rural.

§ 2 - Tout assuré visé à l'article 2, porteur d'une feuille de soins dûment remplie, comportant prescription d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme et attestation de prestation de l'acte médical, et accompagnée d'un ou plusieurs ordonnances, peut demander au pharmacien de son choix à bénéficier, pour le règlement des produits et des fournitures pharmaceutiques remboursables, de la dispense de l'avance des frais instituée par la présente Convention. La liste de ces produits et fournitures figure à l'Annexe ci-jointe N° 1.

Dans les cas de renouvellement, l'assuré peut bénéficier à nouveau de la dispense sur simple présentation de l'ordonnance à renouveler.

§ 3 - Tout assuré affilié à une CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE autre que celle signataire de la présente Convention, peut demander à bénéficier de la dispense d'avance des frais, sous réserve de l'accord du pharmacien et qu'il remplisse les conditions prévues par la présente Convention.

§ 4 - L'assuré bénéficiaire de cette dispense demeure responsable à l'égard des Organismes de Sécurité Sociale de l'accomplissement des formalités qui lui incombent pour obtenir le remboursement des prestations.

Article 4 - MODALITES D'APPLICATION

§ 1 - L'assuré visé à l'article 2 doit justifier auprès du pharmacien de l'ouverture de son droit aux prestations et de son appartenance à l'une des catégories bénéficiaires de la présente Convention. La liste des pièces justificatives à présenter au pharmacien est déterminée dans l'annexe ci-jointe N°2.

§ 2 - Au vu de ces pièces justificatives, le pharmacien :

- 1) délivre les produits prescrits ;
- 2) établit conformément au modèle adopté dans le protocole signé sur le plan national entre les Caisses Nationales et les Organisations Syndicales nationales de pharmaciens, une facture subrogatoire (réf. IP 170) en trois exemplaires sur laquelle il tarifie les produits remboursables, l'assuré réglant, s'il y a lieu, directement au pharmacien le montant des produits non remboursables et le cas échéant, pour les pensionnés Vieillesse, le montant du ticket modérateur ;

.../...

ANNEXE 4

Convention du 12 mars 1985 : La délégation de paiement étendue (pages 1 et 2).

C O N V E N T I O N

RELATIVE A LA DISPENSE DE L'AVANCE DES FRAIS
EN MATIERE DE PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES

ENTRE :

- La CHAMBRE SYNDICALE des PHARMACIENS de la GIRONDE
185, Cours de l'Yser à BORDEAUX

représentée par son Président, dûment mandaté,

- L'UNION des PHARMACIES de FRANCE - Délégation d'AQUITAINE

représentée par son Président, dûment mandaté,

d'une part

ET :

- LA CAISSE PRIMAIRE d'ASSURANCE MALADIE de la GIRONDE,
Place de l'Europe à BORDEAUX

représentée par son Président, dûment mandaté.

d'autre part.

.../...



JLF

JHL

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1er : OBJET de la CONVENTION

Les parties signataires, se référant aux dispositions de l'article 1250 du Code Civil définissant les conditions d'application de la subrogation conventionnelle, permettent à tous les assurés sociaux qui en feront la demande d'être dispensés de faire l'avance de la part remboursable par la Sécurité Sociale pour les produits et fournitures pharmaceutiques qui leur ont été prescrits.

Article 2 : CATEGORIES DE PERSONNES BENEFICIAIRES

La présente Convention s'applique à tous les assurés sociaux remplissant les conditions précisées ci-après art. 3 et art. 4

Article 3 : CONDITIONS D'APPLICATION


§ 1 - La subrogation conventionnelle ne peut être établie qu'au titre des dépenses relevant du risque maladie, tel qu'il est défini à l'art. L. 283 du Code de la Sécurité Sociale et à l'art. 1038 du Code Rural.

§ 2 - Tout assuré visé à l'art. 2, porteur d'une feuille de soins dûment remplie, d'une ou plusieurs ordonnances comportant prescription d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme et attestation de prestation de l'acte médical, peut demander au pharmacien de son choix à bénéficier, pour le règlement des produits et des fournitures pharmaceutiques remboursables, de la dispense de l'avance des frais pris en charge par la Sécurité Sociale. La liste de ces produits et fournitures figure à l'annexe ci-jointe n° 1.

Dans les cas de renouvellement, l'assuré peut bénéficier à nouveau de la dispense sur simple présentation de l'ordonnance à renouveler.

§ 3 - Tout assuré affilié à une CAISSE PRIMAIRE d'ASSURANCE MALADIE autre que celle signataire de la présente Convention, peut demander à bénéficier de la dispense d'avance des frais, sous réserve de l'accord du pharmacien et qu'il remplisse les conditions prévues par la présente Convention.

§ 4 - L'assuré bénéficiaire de cette dispense demeure responsable à l'égard des Organismes de Sécurité Sociale de l'accomplissement des formalités qui lui incombent pour obtenir le remboursement des prestations.



JCF

JML

.../...

ANNEXE 5

Convention du 10 Octobre 1994 (pages 1 et 2).

CONVENTION

**RELATIVE A LA DISPENSE DE L'AVANCE DES FRAIS EN MATIERE DE
PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES**

ENTRE :

- La CHAMBRE SYNDICALE des PHARMACIENS de la GIRONDE
15, rue Jean-Jacques Rousseau - 33000 BORDEAUX

représentée par son Président dûment mandaté,

- L'UNION NATIONALE des PHARMACIES de FRANCE - Délégation
d'AQUITAINE

représentée par son Président dûment mandaté,

d'une part,

ET :

- LA CAISSE PRIMAIRE d'ASSURANCE MALADIE de la GIRONDE,
Place de l'Europe à BORDEAUX

représentée par son Président dûment mandaté

d'autre part,

[Signature]



ARTICLE 1er : OBJET de la CONVENTION

Les parties signataires se référant aux dispositions de l'Article 1250 du Code Civil définissant les conditions d'application de la subrogation conventionnelle et au protocole National du 30 septembre 1975 et à ses avenants, permettent à tous les assurés sociaux qui en feront la demande d'être dispensés de faire l'avance de la part remboursable par la Sécurité Sociale pour les produits et fournitures pharmaceutiques qui leur ont été prescrits.

ARTICLE 2 : CATEGORIES DE PERSONNES BENEFICIAIRES

La présente convention s'applique à tous les assurés sociaux remplissant les conditions précisées ci-après aux articles 3 et 4.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'APPLICATION

- **§ 1 :** La subrogation conventionnelle ne peut être établie qu'au titre des dépenses relevant du risque, tel qu'il est défini à l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale.
- **§ 2 :** Tout assuré visé à l'Article 2 porteur d'une feuille de soins dûment remplie, d'une ou plusieurs ordonnances comportant prescriptions d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme, peut demander au pharmacien de son choix à bénéficier pour le règlement des produits et des fournitures pharmaceutiques remboursables, de la dispense de l'avance des frais pris en charge par la Sécurité Sociale. La liste de ces produits et fournitures figurent à l'annexe 1 ci-jointe.
Dans le cas de renouvellement, l'assuré peut bénéficier à nouveau de la dispense sur simple présentation de l'ordonnance à renouveler.
- **§ 3 :** Tout assuré affilié à une Caisse Primaire d'Assurance Maladie autre que celle signataire de la présente convention, peut demander à bénéficier de la dispense d'avance des frais, sous réserve de l'accord du pharmacien et qu'il remplisse les conditions prévues par la présente convention.
- **§ 4 :** L'assuré bénéficiaire de cette dispense demeure responsable à l'égard des organismes de Sécurité Sociale de l'accomplissement des formalités qui lui incombent pour obtenir le remboursement des prestations.

ARTICLE 4 : MODALITES D'APPLICATION

- **§ 1 :** Les assurés sociaux doivent justifier auprès du pharmacien de l'ouverture de leurs droits aux prestations. La liste des pièces justificatives à présenter au pharmacien est précisée à l'annexe 2.
La Caisse donne à tout pharmacien qui en fait la demande la possibilité d'accès au fichier assurés.



ANNEXE 6

Les trente indicateurs retenus pour le suivi de délivrance.

Indicateur	Seuil bas	Moyenne (2nd semestre 2011)	Seuil intermédiaire	Économie potentielle par boîte*
ESOMEPRAZOLE	38%	58%	63%	2,51 €
CLOPIDOGREL	41%	61%	66%	4,21 €
MYCOPHENOLATE MOFETIL	10%	10%	30%	41,43 €
NEBIVOLOL	30%	50%	55%	1,84 €
LOSARTAN + HCTZ	23%	43%	48%	4,32 €
RISPERIDONE	48%	68%	73%	5,13 €
RISEDRONATE	17%	37%	42%	4,85 €
LERCANIDIPINE	49%	69%	74%	1,08 €
REPAGLINIDE	22%	42%	47%	3,10 €
PANTOPRAZOLE	60%	80%	85%	0,85 €
LOSARTAN	36%	56%	61%	3,30 €
RAMIPRIL	67%	87%	92%	0,74 €
VALACICLOVIR	57%	77%	82%	2,05 €
TRAMADOL	41%	61%	66%	1,02 €
PRAVASTATINE	70%	90%	95%	0,54 €
AMLODIPINE	66%	86%	91%	0,61 €
VENLAFAXINE	60%	80%	85%	0,70 €
LANSOPRAZOLE	64%	84%	89%	0,67 €
PAROXETINE	68%	88%	93%	0,29 €
TERBINAFINE	50%	70%	75%	1,80 €
CEFPODOXIME	69%	89%	94%	0,21 €
SERTRALINE	62%	82%	87%	0,58 €
GLIMEPIRIDE	60%	80%	85%	0,55 €
ZOLPIDEM	62%	82%	87%	0,09 €
ALFUZOSINE	64%	84%	89%	0,70 €
CITALOPRAM	68%	88%	93%	0,60 €
ATORVASTATINE	60%	-	80%	1,52 €
OLANZAPINE	53%	24%	73%	13,69 €
VALSARTAN + HCTZ	52%	10%	72%	2,99 €
LETROZOLE	51%	13%	71%	22,99 €
VALSARTAN	52%	12%	72%	2,70 €

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Molière. (2007). *Le malade imaginaire*. Larousse.
- [2] « Un médecin peut-il vendre des médicaments ? » In *Service-Public*. Consulté le 26 janvier 2016. <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/002652>.
- [3] Saint-jours, Y. (1982) « De l'introduction des assurances sociales à la généralisation de la Sécurité sociale. » In *Un siècle de Sécurité sociale 1881-1981*, pp. 170-94. CRHES, Nantes.
- [4] « Calculateur d'inflation de 1901 à 2016 » In *France-Inflation*. Consulté le 2 Février 2016. http://france-inflation.com/calculateur_inflation.php.
- [5] « Prix et Indices de Prix. » In *Insee*. Consulté le 2 février 2016. <http://www.bdm.insee.fr/bdm2/choixTheme?code=20>.
- [6] Romains, J. (1972). *Knock ou le triomphe de la médecine*. Folio.
- [7] « Débit » In *Wiktionnaire*. Consulté le 25 Janvier 2016. <https://fr.wiktionary.org/wiki/d%C3%A9bit>.
- [8] Chemin, L-M. (2014) « L'évolution du rôle du pharmacien d'officine français en tant qu'acteur de santé ». Thèse d'exercice : Pharmacie. Université de Bordeaux.
- [9] Hecquet, A. 2012. « Le nécessaire recentrage de l'officinal sur sa mission sanitaire ». Thèse d'exercice : Pharmacie. Université de Lille 2.
- [10] « Code de Déontologie - Nos Missions » In *Ordre National des Pharmaciens*. Consulté le 4 février 2016. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Code-de-deontologie>.
- [11] « Les Monarques et La Philanthropie » In *Musée National de l'Assurance Maladie*. Consulté le 20 Novembre 2015. <http://www.musee-assurance-maladie.fr/histoire/du-moyen-age-lancien-regime/les-monarques-et-la-philanthropie>.

[12] Bizard, F. « Histoire de La Protection Sociale En France. » Consulté le 10 Février 2016.

<http://www.fredericbizard.com/histoire-de-la-protection-sociale-en-france/>.

[13] « Pierre Laroque. » In *Wikipédia*. Consulté le 16 Novembre 2015.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pierre_Laroque&oldid=116879873.

[14] « Les évolutions de La Sécurité sociale de 1950 à Nos Jours - Partie 3 » In *Musée National de l'Assurance Maladie*. Consulté le 20 octobre 2015. [http://www.musee-assurance-](http://www.musee-assurance-maladie.fr/histoire/la-securite-sociale-de-1945-nos-jours/les-evolutions-de-la-securite-sociale-de-1950-nos-jours-partie-3)

[maladie.fr/histoire/la-securite-sociale-de-1945-nos-jours/les-evolutions-de-la-securite-sociale-de-1950-nos-jours-partie-3](http://www.musee-assurance-maladie.fr/histoire/la-securite-sociale-de-1945-nos-jours/les-evolutions-de-la-securite-sociale-de-1950-nos-jours-partie-3).

[15] « Histoire de la spécialité pharmaceutique » In *Société d'Histoire de La Pharmacie*.

Consulté le 21 mars 2016. <http://www.shp-asso.org/index.php?PAGE=specialite>.

[16] « La Société d'Histoire de la Pharmacie et ses bienfaiteurs » (1929). In *Bulletin de la Société d'histoire de la pharmacie*, 17^e année, N° 66, pp. 440-440.

[17] Chauveau, Sophie. (2002). « Médicament et société en France au 20^e siècle ». In *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*. N° 73, 1, pp. 169–85.

[18] Bonnemain Bruno. (2002). « L'industrie pharmaceutique pendant la Deuxième Guerre mondiale en France. Enjeux et évolution ». In: *Revue d'histoire de la pharmacie*, 90^e année, N°336., pp. 629-646.

[19] Dreyfus, M., Voldman, D., Ruffat, M., et Viet, V., (2006). *Se protéger, être protégé : Une histoire des assurances sociales en France*. Presses universitaires de Rennes.

[20] « Historique des marges de distribution sur les médicaments remboursables » In *USPO*.

Consulté le 23 janvier 2016.

http://www.syph72.fr/actualites/news_pdf/Dossier_1_Historique_des_marges_de_distribution_sur_les_medicaments_remboursables.pdf.

[21] Métadier, P. (1964). *Le Pharmacien Face à l'Évolution Économique et Sociale*. Vigot Frères, Paris.

[22] Berrouane, M. (1995). « Etendue de la pratique du tiers payant dans l'organisme. » In *La pratique du tiers payant en Assurance maladie à la CPAM de La Gironde*. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine.

[23] « Chronologie, La politique du médicament. » In *Vie Publique*. Consulté le 25 Janvier 2016. <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-medicament/chronologie/>.

[24] « Histoire de l'Assurance maladie. » In *Ameli*. Consulté le 20 Octobre 2015. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/histoire-de-l-8217-assurance-maladie.php>.

[25] « Eco-Santé 2016 » In *Eco-Santé*. Consulté le 6 février 2016. <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>.

[26] « Données de Cadrage : La Pharmacie Dans Les Comptes Nationaux de La Santé » In *IRDES*. Consulté le 5 Février 2016. <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/SecteurPharma/PharmaComptesNationauxSante.htm>.

[27] « Historique de la politique du médicament en France » In *IRDES*. Consulté le 23 Octobre 2015. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-de-la-politique-du-medicament-en-france.pdf>.

[28] « Plans de réforme de l'Assurance maladie en France » In *IRDES*. Consulté le 3 novembre 2016. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/plans-de-reforme-de-l-assurance-maladie-en-france.pdf>.

[29] Lachenaud, M. (1983). Grève et manifestation des 21 et 22. *Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires*. Supplément au N° 1579, pp. 1.

[30] Busseau, J. (1988). Les pharmaciens dans la rue. *Le Journal des Pharmacies et des Laboratoires*, N° 789, pp. 1.

[31] Pouzaud, F. (1990). De quoi s'inquiéter ! *Praxi pharm*, N° 1201, pp. 1 - 2.

[32] « Environnement économique et Comptes Sociaux » In *LEEM - Les Entreprises Du Médicament*. » Consulté le 7 Février, 2016. <http://www.leem.org/article/environnement-economique-comptes-sociaux-0>.

[33] Pouzaud, F. (2000). La profession retrouve le moral. *Le Moniteur des Pharmacies*, N° 2371, pp. 30 - 39.

[34] Missègue N., Pereira C., (2005) « Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé », *Dossiers Solidarité Et Santé*, N° 1, pp. 61-83.

[35] Pouzaud, F. (2004). L'Etat veut sa part. *Le Moniteur*, N° 2521, pp. 16-17.

[36] Philbet , T., Prigent, K. (2009). La fin d'une époque. *Le Moniteur des Pharmacies*, N° 2786/2787, pp. 19 - 22.

[37] « Rémunération : Les Nouvelles Marges Applicables Au 1er Janvier. » In *Le Moniteur Des Pharmacie*. Consulté le 21 Janvier 2016. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/141202-remuneration-les-nouvelles-marges-applicables-au-1er-janvier.html>.

[38] « L'activité Des Pharmacies de 2000 à 2006 » In *Insee*. Consulté le 19 février 2016. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1267.

[39] Pouzaud, F. (2004). Stop ou encore ? *Le Moniteur des Pharmacies*, N° 2559, pp. 24.

[40] « L'EBE et la Marge Brute : 2 Indicateurs Clés lors de l'achat d'une Pharmacie. » In *Pharexcel*. Consulté le 30 Janvier 2016. <http://www.phar-excel.fr/eclairage-le-b-e-et-la-marge-brute-2-indicateurs-cles-lors-de-lachat-dune-pharmacie/>

[41] « Les Pharmacies Depuis 2000 » In *Insee*. Consulté le 19 février, 2016.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1525.

[42] « Les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé. » In *Cour des comptes*. <https://www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Les-relations-conventionnelles-entre-l-assurance-maladie-et-les-professions-liberales-de-sante>

[43] Vers la ruine (1948). *Le Moniteur*.

[44] Rapport Sérusclat. (1982). *Le Moniteur*.

[45] Des solutions à la carte. (1989). *Le Moniteur*.

[46] Lefort, L. (2005). Quand l'académie de pharmacie milite pour la prescription officinale. *Le Moniteur*. N° 2603, pp. 10.

[47] « La convention 2006 En Pratique. » In *Qualitrans-Telepharma*. Consulté le 27 Janvier 2016. <http://www.telepharma.fr/conventions/ConventionPH2006EnPratique.pdf>.

[48] Figuès, E. (2011) « Pharmaciens d'officines, organismes professionnels : ensemble vers une nouvelle approche du métier. ». Thèse d'exercice : Pharmacie. Université Victor Segalen Bordeaux 2.

[49] « Une Nouvelle convention pharmaceutique signée Le 4 avril 2012 » In *USPO*. Consulté le 1er Février 2016. http://www.syph-72.fr/actualites/news_pdf/2012_64Une_nouvelle_Convention_Pharmaceutique_signee_le_4_avril_2012

[50] « Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine. » In *Ameli*. Consulté le 1er Février 2016. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/convention-nationale.php>.

[51] « Avenant n°1 à La convention nationale. » In *Ameli*. Consulté le 12 Février 2016. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php>.

[52] « Substitution Générique à L'officine : Objectifs Fixés à 85 % Pour 2015. » In *Vidal*.

Consulté le 26 avril 2016.

https://www.vidal.fr/actualites/15712/substitution_generique_a_l_officine_objectifs_fixes_a_85_pour_2015_3_nouvelles_molecules_prises_en_compte/.

[53] « Rémunération Des Pharmaciens : Un Modèle économique En Mutation. » In *Pharexcel*,

Consulté le 15 mars 2016. <http://www.phar-excel.fr/remuneration-pharmaciens-modele-economique-en-mutation/>.

[54] « Philippe Becht : 'Pour Les Pharmaciens, C'est La Transformation Du Business Model Ou La Fermeture. » In *Le Nouvel Economiste*. Consulté le 26 Mars 2016.

<http://www.lenouveleconomiste.fr/philippe-becht-les-pharmaciens-cest-transformation-du-business-model-fermeture-24287/>.

[55] « Les Conséquences Des Honoraires à La Boîte. » In *USPO*, Consulté le 5 mai 2015.

<http://www.uspo.fr/les-consequences-des-honoraires-a-la-boite/>.

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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

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

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

L'IMPACT DES POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE SUR L'EVOLUTION ECONOMIQUE DE L'OFFICINE.

Avant 1945, les patients devaient trouver des moyens d'assurer leur santé (sociétés de secours mutuels, philanthropie, etc.). Depuis 1945, date de la création de la Sécurité sociale en France, ce sont des organismes nationaux qui sont les garants financiers de la santé publique. L'économie de l'officine s'est alors étroitement liée aux politiques régulatrices du régime général. Le fonctionnement de ce système fut très performant jusqu'en 1975. Or depuis cette date, le contexte économique n'étant plus aussi favorable pour le pays, les finances du régime général se sont dégradées. Les différents gouvernements, ont donc dû adapter les modalités de prise en charge pour stabiliser un déficit toujours grandissant (augmentation des cotisations et baisse des prestations). L'officine s'est retrouvée au centre de ces réformes, et son économie, à l'origine strictement commerciale, a peu à peu muté. Quelles ont été les principales décisions politiques qui ont influencé les finances de l'officine ? Comment ont réagi les pharmaciens face à ces changements, fragilisant la pérennité de leur entreprise ? Quelles sont alors les nouvelles perspectives de développement du métier ? Dans ce document, nous avons souhaité répondre à ces problématiques en nous appuyant sur des sources historiques (ordonnancier, revues, comptes rendus de syndicats etc...), de manière à retracer la métamorphose économique de l'officine.

Mots-clés : pharmacie, économie, Sécurité sociale, France, politique.

THE IMPACT OF SOCIAL SECURITY POLICIES ON THE ECONOMIC EVOLUTION OF PHARMACY.

Before 1945, patients had to find ways to ensure their access to health care provision (mutual aid societies, philanthropy, etc.). Since 1945, date of creation of the French Social security, national organizations have been the financial guarantors of public health in the country. The economy of the pharmacy has become closely linked to national policies for the regulation of the statutory health insurance scheme. Until 1975, the operation of this system was very effective. Since then, however, the economic environment has become less and less propitious in the country, and the finances of the scheme have deteriorated. The various governments have had to adapt the management procedures regarding the access to national health care services, in the hope of stabilizing an ever growing deficit (higher contributions and lower benefits). Pharmacies have found themselves at the heart of these reforms, and their economy, while it was originally exclusively concerned with commercial purposes, has progressively mutated. Which political decisions have been central in influencing and affecting pharmacies' finances? How have pharmacists reacted to these changes, the latter undermining the very sustainability of their business? What prospects are there for future pharmacists? In this paper, we intend to respond to these questions by relying on historical sources (pharmacists' prescriptions registries, journals, trade unions' reports, etc.) in order to outline the economic transformation of the pharmacy in France.

Keywords : pharmacy, economy, social Security, France, politic.