

**LE CORRIDOR DE PRIX DES MEDICAMENTS NON SOUMIS À
PRESCRIPTION OBLIGATOIRE NON VIGNETE**

THESE

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Julie ZABOTTO

Née le 09 Février 1989 à Tarbes (65)

Soutenue publiquement à la faculté de pharmacie de Toulouse

Le 09 décembre 2014

MEMBRES DU JURY

Président : Dr Gérard CAMPISTRON, Professeur des Universités

**Directeur : Dr Philippe VERGNES, Docteur en pharmacie et Président du
Syndicat des Pharmaciens Midi-Pyrénées (31)**

**Assesseur : Dr Jean-Marc GASSAN, Docteur en Pharmacie et Membre du
Syndicat des Pharmaciens Midi-Pyrénées (31)**

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} octobre 2014

Professeurs Émérites

ASTIDE R	Pharmacie Clinique
ERNADOU J	Chimie Thérapeutique
AMPISTRON G	Physiologie
HAVANT L	Mycologie
FOURASTÉ I	Pharmacognosie
OULIS C	Pharmacognosie
OUGE P	Biologie Cellulaire

Professeurs des Universités

Hospitolo-Universitaires

HATELUT E	Pharmacologie
AVRE G	Biochimie
QUIN G	Pharmacologie
ARINI A	Physiologie
ASQUIER C (Doyen)	Bactériologie - Virologie
ROQUES C	Bactériologie - Virologie
ROUSSIN A	Pharmacologie
SALLERIN B	Pharmacie Clinique
É P	Hématologie
ALENTIN A	Parasitologie

Universitaires

Mme BARRE A	Biologie
Mme BAZIARD G	Chimie pharmaceutique
Mme BENDERBOUS S	Mathématiques – Biostat
M. BENOIST H	Immunologie
Mme BERNARDES-GÉNISSON V	Chimie thérapeutique
Mme COUDERC B	Biochimie
M. CUSSAC D (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme DOISNEAU-SIXOU S	Biochimie
M. FABRE N	Pharmacognosie
M. GAIRIN J-E	Pharmacologie
Mme MULLER-STAUMONT C	Toxicologie - Sémiologie
Mme NEPVEU F	Chimie analytique
M. SALLES B	Toxicologie
Mme SAUTEREAU A-M	Pharmacie galénique
M. SÉGUI B	Biologie Cellulaire
M. SOUCHARD J-P	Chimie analytique
Mme TABOULET F	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

STAC P	Pharmacie Clinique
SANDIA-MAILLY P (*)	Pharmacologie
JUILLARD-CONDAT B	Droit Pharmaceutique
ISSET F	Pharmacie Clinique
BÉRONIE-VIVIEN S	Biochimie
THOMAS F	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARÉLLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H	Parasitologie
M. BERGÉ M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C	Biophysique
M. BOUJILA J (*)	Chimie analytique
Mme BOUTET E	Toxicologie - Sémiologie
M. BROUILLET F	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C	Physiologie
Mme CAZALBOU S (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S	Bactériologie - Virologie
Mme COSTE A (*)	Parasitologie
M. DELCOURT N	Biochimie
Mme DERAËVE C	Chimie Thérapeutique
Mme ÉCHINARD-DOUIN V	Physiologie
Mme EL GARAH F	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F	Toxicologie
Mme GIROD-FULLANA S (*)	Pharmacie Galénique
Mme HÁLOVA-LAJOIE B	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I	Biochimie
Mme LEFEVRE L	Physiologie
Mme LE LAMER A-C	Pharmacognosie
M. LEMARIE A	Biochimie
M. MARTI G	Pharmacognosie
Mme MIREY G (*)	Toxicologie
Mme MONTFERRAN S	Biochimie
M. OUCHON A	Biochimie
M. PERE D	Pharmacognosie
Mme PHILIBERT C	Toxicologie
Mme PORTHE G	Immunologie
Mme REYSIER-VUATTOUX K (*)	Chimie Analytique
M. SAINTE-MARIE Y	Physiologie
M. STIGLIANI J-L	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D	Hématologie
Mme TOURRETTE A	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEEELANDT M	Pharmacognosie
Mme WHITE-KONING M	Mathématiques

laire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

DOOL C (**)	Physiologie
FONTAN C	Biophysique
CELLER L	Biochimie
RES M. (**)	Immunologie
ROUCH L	Pharmacie Clinique
ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche

Mme PALOQUE L	Parasitologie
Mme GIRARDI C	Pharmacognosie
M IBRAHIM H	Chimie anal. - galénique

mination au 1^{er} novembre 2014

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements à toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont accordé leur aide, ont contribué à la réussite de mes études et à l'élaboration de ce travail.

À mon directeur de thèse, **M. Philippe VERGNES** pour votre suivi et votre motivation à porter le projet tout au long de l'année. Pour vos précieux conseils, votre disponibilité, votre sympathie et votre attitude toujours encourageante. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

À **M. Gérard CAMPISTRON**, Président du jury, pour me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail. Merci pour votre disponibilité.

À **M. Jean-Marc GASSAN**, pour sa participation à mon jury de thèse, l'attention porté à ce travail, vos conseils avisés et votre disponibilité.

À toute l'équipe « Projet Corridor » : **Sabine Ferre, Caroline Fondere, Jean-Baptiste Balen** et **Gregory Daures** sans qui le projet n'aurait pu voir le jour. Je tenais à vous remercier tout particulièrement pour tous ces moments passés avec vous en pharmacie mais aussi cette année à l'Ecole de Commerce. Notre point fort ne l'oublions pas : Nous sommes pharmaciens !

Je tiens à dédier cette thèse :

À ma famille : merci pour votre soutien tout au long de ma scolarité, j'ai toujours été touchée de voir votre fierté dans vos yeux.

Un mot pour chacun :

Merci à ma mère, **Frédérique Zabotto** tu t'es toujours montrée disponible et patiente pour calmer la buse en période de stress.

À mon père, **Bernard Zabotto**, qui a toujours été la pour moi et qui a tout fait pour que je sois la plus heureuse :

Vous êtes tout simplement géniaux... et ça, c'est votre personnalité !

À mes deux beaulacs de frères, **Julien Baudry** et **Nicolas Zabotto**, mais aussi ma belle sœur **Ma chat** car sans eux je n'aurais jamais été tolière de la pharma.

À mes grands-parents : **Georgette Tarride, Jean-Pierre Tarride et Georges Zabotto** qui ont toujours répondu présents pour faire quelques semaines de colocs révisions. Merci d'avoir été là, votre présence a été pour beaucoup sur ma réussite.

À ma grand mère **Anne-Marie Zabotto** qui aurait été fière de moi.

À ma cousine, **Sandrine Daguin** qui à toujours été la pour soutenir le petit dragon et à toujours cru en lui. Merci.

À **Corinne** et **Victoria**, parce que tatie Zinzin a fini l'école, fini le stress, fini les cheveux pourris ! Merci pour votre compagnie et tous ces moments de rigolade avec vous.

Et enfin à **Maxime**, après notre première rencontre de bolosse il y a deux ans le destin a fait que nos routes se sont recroisées le 17 mai 2014.

Merci d'avoir changé ma vie, de me rendre heureuse, merci pour tous ces moments qui me font l'espace d'un instant tout oublier, merci pour ton soutien, ce que tu es et ce que tu m'apportes chaque jour. Je t'aime.

Une pensée toute particulière pour ma belle famille, merci pour votre accueil et tous ces bons moments passés avec vous: **Catherine DUFFAUD, Patrick DUFFAUD, Le ramier et La ramière** : ça y 'est je suis un sacré pharmacien moi j'y sais!

À mes amis de pharmacie :

Nico, Justine, Thibault, Marie-Céline, Benjamin, Sabine, JB, Greg, Vincent, Caro, Justin, Guillaume, Claire, Agathe... pour tous nos délires de cassos, nos soirées, nos intés...c'était le bon temps ! Merci pour tous ces bons moments.

À mon binôme de TP et de coeur **Mathieu Pine Pouge Pouget**, toujours la pour moi 7j/7, 24h/24, toujours à l'écoute et inséparables depuis notre première première année. C'est passé trop vite !! Merci pour tout.

À mes « Groseilles » del amor: **Franco, Flofilfe, Marie, Aurélie, Marina** : pour toutes ces années passées ensemble, de potins, de fou-rires, de délires, de galères (parfois ... l'été) mais surtout de supers moments, vivement les prochains ! Merci les filles je vous LOVE.

À ma **Kaouère**, qui a toujours été la pour moi depuis qu'elles creusent des galeries (tu le sais)...<3

À **Simon, Nicolas** : c'est fini ! je pourrais désormais sortir tous les weeks avec vous, je n'aurais plus de travail, de repèches... en tous cas Merci pour votre réconfort et votre soutien.

À **Amandine**, qui a toujours été la pour moi et a toujours eu les mots justes.
Merci chatonne.

À **Manon** mon amie barroudeuse, merci pour ta folie, nos délires...

À **Astrid** la doyenne de la vie de famille, merci de montrer l'exemple ;)

À **Marina** ma topaze, pour tous nos délires de covois, nos rigolades, nos galères de stage... Merci d'avoir été la !

À mes amis de Castres, **Mathilde** ma swagueuse, **Jordane, Jean-benoît, Rémy**,

À mes copains de l'ESC Toulouse : **Flo Flo, Johan, Célia** ma tétinette, avec qui j'ai passé une super année. Je suis contente de vous avoir rencontré.

Merci à tous pour votre bonne humeur, votre folie et bons moments avec vous tous...

TABLE DES MATIERES:

PARTIE 1 : FIXATION DU PRIX DES MEDICAMENTS DE VILLE EN EUROPE: MISE EN PLACE ET ENJEUX	14
I. L'histoire de la pharmacie :	14
II. La regulation des prix: comparaison de la France avec d'autres pays de l'union européenne:	15
A. DIFFERENTS TYPES DE MEDICAMENTS	15
1° Définition:	15
2° Classification des médicaments:	16
B. DETERMINATION DU PRIX EN FRANCE SYSTEME AMBULATOIRE	18
1° Principe de fixation du prix	18
a. Processus de fixation	19
b. Cas des médicaments remboursables	19
c. Cas particulier pour les médicaments génériques	21
2° Des écarts de prix notables	22
3° Comparaison d'un pays à un autre:	25
III. LES ENJEUX LIES AUX PRIX	28
A. LE PRIX DES MEDICAMENTS UN ENJEU DE TAILLE POUR LES PROFESSIONNELS	28
1° Pour les industriels	28
a. La regulation des prix des médicaments:	29
b. Cas du Royaume Uni	30
c. Pour les médicaments princeps	30
d. Cas des médicaments génériques	30
e. Cas des médicaments OTC	31
f. Le rôle des médicaments sous brevet	32
2° Pour les pharmaciens officinaux	33
a. Cas des médicaments remboursables	33
b. Cas de l'OTC	34
B. PRIX DES MEDICAMENTS UN ENJEU DE TAILLE POUR LA SANTÉ PUBLIC	35
1° Menace sur l'accès au soin	35
2° L'accès au soin et les "big pharmas", deux ambitions	36
IV. LE PRIX DES MEDICAMENTS REMBOURSÉS: QUEL AVENIR?	38
A. VERS UN NOUVEAU SYSTEME DE FIXATION DES PRIX	38
1° La Médecine Basée sur Valeur Ajoutée (« Value-Based Pricing »)	38
2° Le Prix Basé sur la Valeur ("Value-Based Pricing")	38
3° Le médicament Innovant et de Valeur	39
4° Le Médicament Innovant et de Valeur	40
B. DETERMINATION ET MISE EN OEUVRE DES PRIX BASES SUR LA VALEUR	41
1° QUALY	41
2° CER	42

C. DES DISPARITES EN EUROPE	43
1° Analyse coût-efficacité	43
2° Evaluation comparative clinique sans données économiques	44
V. DISCUSSION	45
PARTIE 2: ETUDE SUR LA MISE EN PLACE D'UN CORRIDOR DE PRIX	47
I. PHASE EXPLORATOIRE	48
A. SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE	48
1° Définitions et contexte	48
2° Le marché de l'automédication	49
3° Des différences de prix à prendre en compte	50
4° Analogies avec le corridor du livre	51
B. ENTRETIENS AVEC LES EXPERTS ET TEMOINS PRIVILEGIÉS	52
1° Constitution de l'échantillon	52
2° Analyse des experts et témoins privilégiés	52
3° Autocritique de l'analyse des entretiens	56
II. ETUDE QUALITATIVE	58
A. PRESENTATION DE L'ETUDE	58
B. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	58
1° Constitution de l'échantillon	58
2° Intérêt des entretiens « individuels semi-directifs »	58
3° Le guide d'entretien	59
C. ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNES	59
D. AUTOCRITIQUE ET ANALYSE DES ENTRETIENS	64
E. HYPOTHESES	65
F. PROBLEMATIQUE	66
G. CONCLUSION DE LA PHASE EXPLORATOIRE	67
III. PHASE CONFIRMATOIRE : ETUDE QUANTITATIVE	69
A. PRESENTATION DE L'ETUDE	69
B. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	69
1. Plan de sondage	69
2° Constitution de l'échantillon	69
3° Élaboration du questionnaire & justification	71
4° Test du questionnaire	71
5° Recuperation des données	71
6° Difficultés rencontrées	72
C. ANALYSE ET INTERPRETATIONS DES DONNES	72
1° Caractéristiques de l'échantillon	73
2° Tris à plat et mesure des variables	73
3° Tris croisés et test des hypothèses	76

D. AUTOCRITIQUE	82
1° Les limites d'une étude quantitative en général	82
2° Les limites liées à notre étude	82
E. BILAN DE L'ETUDE ET EMERGENCE DE NOUVELLES HYPOTHESES	84
CONCLUSION	84
ANNEXES	85
BIBLIOGRAPHIE	93

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<u>Figure 1</u> : Circuit administratif d'un médicament ambulatoire	19
<u>Figure 2</u> : Décomposition du prix des médicaments vendus en pharmacie en France	21
<u>Figure 3</u> : Prix des médicaments princeps en Europe.....	26
<u>Figure 4</u> : Prix des médicaments génériques en Europe	26
<u>Figure 5</u> : Dépense moyenne par habitants d'une spécialité d'automédication.....	27
<u>Figure 6</u> : Evolution du nombre de laboratoires au cours des années	28
<u>Figure 7</u> : Positionnement de l'industrie du médicament par rapport à différents facteurs	30
<u>Figure 8</u> : Poids des activités dans le CA moyen et la marge commerciale moyenne d'une pharmacie	34

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<u>Table 1</u> : Classification des médicaments.....	14
<u>Table 2</u> : Marge des grossistes.....	18
<u>Table 3</u> : Marge officinale.....	18
<u>Table 4</u> : Fixation des prix des médicaments OTC, France, Allemagne, Royaume-Uni.....	21
<u>Table 5</u> : Répartition statistique selon les sexes.....	67
<u>Table 6</u> : Résultats obtenus après analyse de l’hypothèse 1.....	73
<u>Table 7</u> : Résultats obtenus après analyse de l’hypothèse 2.....	74
<u>Table 8</u> : Résultats obtenus après analyse de l’hypothèse 3a.....	75
<u>Table 9</u> : Résultats obtenus après analyse de l’hypothèse 3b.....	75
<u>Table 10</u> : Résultats obtenus après analyse de l’hypothèse 4.....	75
<u>Table 11</u> : Résultats obtenus après analyse de l’hypothèse 5.....	76
<u>Table 12</u> : Résultats obtenus après analyse de l’hypothèse 6.....	77
<u>Table 13</u> : Résultats obtenus après analyse de l’hypothèse 7.....	77
<u>Table 14</u> : Résultats obtenus après analyse de l’hypothèse 8.....	78

ACRONYMES

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

ASMR: Amélioration du Service Médical Rendu

CEPS: Comité Economique des Produits de Santé

GMS: Grande et Moyenne Surface

JO: Journal Officiel

LEEM: Les Entreprises du Médicament

MNSPONV: Médicaments Non Soumis à Prescription Obligatoire Non Vigneté

NHS: National Health Service

OTC: Over-The-Counter

PFHT: Prix Fabricant Hors Taxe

PMF: Prescription Médicale Facultative

PMO: Prescription Médicale Obligatoire

PPHT: Prix Public Hors Taxes

PPTTC: Prix Public Toutes Taxes Comprises

PPRS: Pharmaceutical Price Regulation System

SMR: Service Médical Rendu

TVA: Taxe sur la Valeur Ajoutée

TFR: Tarif Forfaitaire de Responsabilité

VBP: Value-Based Pricing

INTRODUCTION

Diminution du nombre de pharmacies, ventes de médicaments sur internet, stress médiatique au vu d'une possible vente en grandes surfaces, surveillance par les agences de consommateurs, restrictions économiques, sont des facteurs qui mettent les pharmacies Françaises sous pression et les préparent à des changements structurels importants. [1]

Un climat confus règne sur le secteur pharmaceutique, du laboratoire à l'officine, la chaîne du circuit du médicament est fortement secouée depuis quelques années.

Le contexte actuel de crise économique associé au vieillissement des populations met en exergue le rôle de l'automédication dans la régulation du système de santé.

La réflexion autour d'un tel constat a fait naître l'envie de travailler sur ce sujet.

Ainsi, qu'elles seraient les mesures permettant de redorer l'image du pharmacien tout en maintenant l'accès aux soins?

Dans une première partie après avoir défini les différents termes utilisés dans le milieu pharmaceutique, nous regarderons de plus près les modèles de fixation de prix et de ventes des médicaments dans trois pays de l'Union Européenne: la France, l'Angleterre et l'Allemagne, pour enfin discuter de l'importance du prix des médicaments non soumis à prescriptions obligatoires non vigneté pour tous les acteurs du circuit du médicament.

Dans une seconde partie nous testerons grâce à une étude qualitative et quantitative, l'impact que pourrait avoir la fixation d'un corridor de prix au niveau des médicaments non soumis à prescription obligatoire non vigneté.

PARTIE 1. FIXATION DU PRIX DES MEDICAMENTS DE VILLE EN EUROPE: MISE EN PLACE ET ENJEUX

I. L'histoire de la pharmacie :

Depuis toujours, l'une des principales préoccupations de l'homme est celle de « survivre » en maintenant l'équilibre entre son corps et son esprit. Il a toujours cherché à maintenir cet équilibre ou à le restaurer. Ainsi est né, il y a des millénaires, l'art de guérir, présent dans des sociétés primitives et indissociable du médicament. Le savoir est d'abord individuel puis se transmet par tradition et avec l'évolution de la société. [2]

Les premières traces écrites de « thérapeutique » traditionnelle avant l'époque gréco-romaine sont limitées aux civilisations de la Mésopotamie, avec des plaquettes d'argiles à l'écriture cunéiforme. D'autres traces existent également du côté de l'Égypte, avec des papyrus écrits en hiéroglyphes. Le plus ancien texte médical retrouvé est la Pharmacopée de Sumer, dans laquelle se mêlaient, sur des tablettes cunéiformes d'argiles, des incantations religieuses mentionnant des symptômes, des prescriptions et des conseils. Un grand nombre d'entre elles ont été regroupées sous le «Traité de diagnostics et pronostics». Ces prescriptions visent pour la plupart les troubles gastro-intestinaux, dermatologiques et pulmonaires. Elles décrivent des formes pharmaceutiques variées: fumigations, inhalations, décoctions, potions et même suppositoires, le plus souvent accompagnées d'incantations. Ces médecines sont majoritairement à base de plantes, avec quelques minéraux comme le sel et l'argile, et des organes animaux, accompagnés de miel et de graisse animale et dilués dans du vin, de la bière ou une huile végétale. La phytothérapie ou l'utilisation de plantes est déjà prédominante. [2]

Plus tard, en Égypte ancienne, certains papyrus comme celui d'Eber stipulaient plus de 800 prescriptions et mentionnait plus de 700 médicaments différents. C'est en Grèce antique, en 60 après JC, que Discoride écrit son traité « De materiamedica » servant de base scientifique aux pharmacopées. Hippocrate crée la médecine hippocratique, basée sur l'observation du malade et de ses humeurs. Il tient compte de son environnement, habitat, nourriture, des saisons... « Les humeurs » sont corrélées aux quatre saisons et aux quatre qualités du corps (chaud, froid, sec ou humide), correspondant au tempérament du malade: le sanguin au corps chaud et humide; le lymphatique au corps froid et humide... [2]

La période du Moyen-Age est nettement moins prolifique. Les Apothicaires, précurseurs des

pharmaciens d'aujourd'hui, préparaient et vendaient des drogues d'origines diverses pour les malades « Apothecarius » en latin, signifie « boutique » correspond essentiellement aux pratiques du XIIIème et XVème siècle, où la boutique était l'élément qui différenciait le commerçant sérieux de l'imposteur de passage. Leur profession était souvent confondue avec celle des épiciers. [3]

C'est seulement en 1777, suite au décret de Louis XVI remplaçant le jardin des apothicaires par le Collège de Pharmacie, que l'apothicaire devient officiellement pharmacien et garant en exclusivité de la préparation des remèdes. La fin du XVIIIe siècle marque une rupture radicale dans l'histoire de la pharmacie: des plantes médicinales, souvent liées à des pratiques médicales plus magiques que rationnelles, on passe progressivement aux médicaments, élaborés grâce aux techniques chimiques. Les travaux des chimistes de l'époque révolutionnaire, lancés alors dans une recherche frénétique des principes actifs des drogues traditionnelles, ouvrent la voie à la synthèse organique de médicaments, qui permettra au milieu du XIXe siècle de s'orienter vers la psychopharmacologie et la chimiothérapie. [3] C'est en effet seulement au XIXe siècle que se situe le tournant de l'histoire du médicament, avec les progrès de l'anatomie, et surtout de la chimie. L'idée de mettre à profit l'ingénierie cellulaire pour développer de nouvelles substances naît avec les antibiotiques, qui modifient profondément les rapports de l'homme et de la maladie. Mais c'est sans doute avec la biologie moléculaire que le pharmacologue propose à la société les défis les plus déroutants. Le champ éthique place alors le médicament en confrontation avec son propre créateur. [3]

II. La regulation des prix: comparaison de la France avec d'autres pays de l'union européenne:

A. Différents types de médicaments:

1° Définition:

Le médicament, par le statut qu'il a acquis au cours de l'histoire, n'est pas considéré comme un bien de consommation ordinaire. Sa définition est stricte et commune en France et dans les états membres de l'Union Européenne. Selon le code de la Santé publique (article L.5111-1) la définition du médicament est la suivante: [4]

« On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que

toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant être administrés, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. » [5]

Elle est essentielle et indispensable puisque c'est à partir de cette définition que la plupart des règles du médicament sont fixées en Europe.

Un médicament pour exister en tant que forme pharmaceutique, doit incorporer deux types de substances:

- Le principe actif, substance naturelle ou chimique qui caractérise le mécanisme propre du médicament.
- Et des excipients, qui facilitent l'emploi du médicament. Ces substances peuvent également être naturelles ou chimiques, mais contrairement au principe actif elles ne présentent aucun effet curatif ni préventif. [5]

Lorsqu'un médicament présente le même principe actif qu'un autre médicament déjà sur le marché, mais aussi la même composition qualitative et quantitative, et la même forme pharmaceutique, on parle alors de médicaments génériques. C'est-à-dire un équivalent par rapport au médicament original (dit princeps).

Selon l'article L-5121-1 du Code de la Santé Publique, ce type de médicament est soumis aux mêmes normes de sécurité et d'efficacité que les médicaments princeps, ils seront cependant moins chers que l'original puisque les dépenses de recherches et de développement sont moindres. [6]

2° Classification des médicaments:

La définition réglementaire ne reflète qu'une facette de ce qu'est le médicament. En effet, en France, le médicament peut être qualifié selon:

- La prise en charge ou non par la Sécurité Sociale: certains médicaments sont alors dits « remboursés » et d'autres « non remboursés ».
- Le mode de délivrance: on parle alors de médicaments à « **prescription médicale obligatoire** » qui ne peuvent pas être délivrés sans ordonnance ou « **médicaments**

éthiques ».

A contrario, d'autres sont dits à « **prescription médicale facultative** »; ils peuvent être délivrés sans ordonnance. On distingue parmi ces derniers, deux catégories: « **les médicaments semi-éthiques** » qui peuvent être remboursés s'ils sont prescrits par le médecin et les médicaments « **OTC** » (Over The Counter) ou « selfcare » non remboursables. [7]

	Prescription obligatoire	Prescription non obligatoire
Remboursable	ETHIQUE	SEMI-ETHIQUE
Non Remboursable	ETHIQUE	AUTOMEDICATION STRICTE

Table 1: Classification des médicaments

Au niveau de l'Union Européenne, grâce à la Directive 2001/83/CE qui se base sur les caractéristiques d'un produit et sur la nécessité de prescriptions, on distingue uniquement deux grandes catégories de médicaments:

- Médicaments soumis à prescription médicale
- Médicaments non-soumis à prescription médicale Les médicaments sont classés dans les médicaments soumis à prescription médicale s'ils répondent aux conditions de l'article 71 de la directive 2011/83/CE. S'ils ne rencontrent aucune des conditions de précaution l'incluant dans cette catégorie, les médicaments sont non soumis à prescription médicale: leur accès est libre. [7]

En Europe, il n'existe pas de réelle définition légale associée à ces médicaments en libre accès. La diversité des définitions dans les différents pays mais aussi au sein d'un même Etat entretient la confusion générale sur ces produits. [7]

En effet, en France ces médicaments en libre accès sont dits « non soumis à prescription obligatoire » mais peuvent aussi appartenir à la « médication familiale » ou aux « médicaments d'automédication ».

Au Royaume Uni, pour ces mêmes produits on parle d'« OTC » (Over-The-Counter medicines) ou « Non-Prescription Only Medicines ».

B. Détermination du prix en France système ambulatoire

1° Principe de fixation du prix

En France, il existe différents modèles pour la fixation des prix qui dépendent notamment:

- Du canal de distribution: Hôpital / Ambulatoire
- De la spécialité, c'est-à-dire si le médicament est remboursé ou non

Même si pour la plupart des médicaments les prix sont administrés, il existe pour certaines spécialités, une liberté de fixation des prix. Ces sont les spécialités non remboursables:

- Produits hors listes de spécialités remboursables: les médicaments en libre accès
- Produits sur listes à prescription obligatoire mais non remboursés

Pour les spécialités remboursées, ils sont pris en charge par la Société. Leur prix et leurs conditions de remboursement sont déterminés par l'État. [8]

Contrairement aux règles économiques des produits de consommation, qui fixent le prix en fonction de la nature du produit, de la concurrence, du prix de revient et de la clientèle, le médicament n'a pas son prix fixé en fonction du prix de fabrication. En effet, les coûts de recherche et développement doivent être pris en compte. De ce fait, la détermination du prix nécessite des négociations entre le laboratoire pharmaceutique et le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS). [8]

a) Processus de fixation

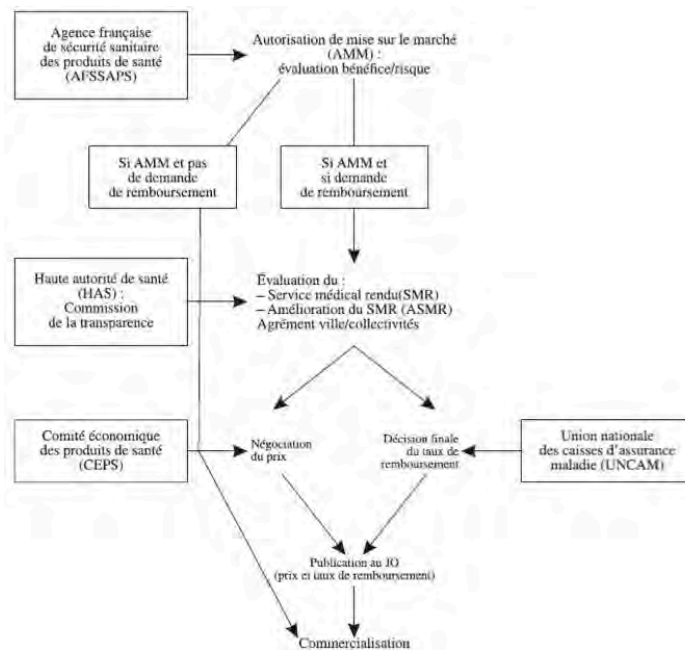


Figure 1: Circuit administratif d'un médicament ambulatoire [8]

b) Cas des médicaments remboursables

La fixation des prix est étroitement liée au remboursement et donc à la prise en charge par l'Assurance Maladie. Ainsi, lorsqu'un médicament est pris en charge par cette dernière, il est inscrit sur une liste dite « positive » (il existe deux types de liste: médicaments agréés aux collectivités et médicaments remboursables aux assurés sociaux) qui stipule les spécialités remboursées. [8]

Un médicament peut très bien être inscrit à une seule ou aux deux listes, en fonction de la demande du laboratoire et ce, pour 5 ans. [8]

Une fois l'AMM obtenue, le médicament est évalué par la Commission de Transparence (CT) sur:

- Le Service Médical Rendu (SMR) qui reflète selon 4 niveaux (Majeur, modéré, faible ou insuffisant) l'efficacité du médicament, mais également les effets indésirables, l'intérêt en termes de santé publique et la gravité de l'affection.
- L'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) qui est la valeur ajoutée du nouveau médicament par rapport à ceux déjà commercialisés dans la même classe thérapeutique. [8] [9]

Ces deux indicateurs permettent:

- L'inscription éventuelle à la liste des spécialités remboursables (en fonction du SMR)
- D'avoir le taux de remboursement (en fonction de l'indicateur SMR)
- D'avoir le prix du médicament (en fonction de l'indicateur ASMR et des autres médicaments, fixé par le Comité Économique des Produits de Santé)

C'est uniquement après toutes ces étapes que l'annonce sera publiée au Journal Officiel (JO) et que le médicament pourra enfin être commercialisé. [8] [9]

Ainsi selon l'article L-162-16-4 du Code de la Sécurité Sociale, la fixation des prix des médicaments remboursés en France tient donc compte de différents paramètres:

- Niveau d'ASMR
- Prix des autres médicaments de la même classe thérapeutique
- Volumes de ventes prévus
- Économies engendrées par la pathologie concernée [10]

Seuls les médicaments avec un bon niveau ASMR ou qui entraînent des économies peuvent être considérés comme remboursés. Donc, pour un médicament avec un niveau ASMR égal à V (cas d'un médicament générique), le prix sera inférieur à celui d'un autre produit de la même classe thérapeutique.

A l'inverse, quand un médicament a un niveau ASMR I à III, il est considéré comme un médicament dit innovant, de ce fait le prix devra être cohérent à celui au niveau Européen, c'est-à-dire que le prix ne devra pas être inférieur à celui pratiqué sur les 4 marchés Européens comparables soit: Allemagne, Espagne, Italie, Royaume Uni. Pour les médicaments ASMR IV, le prix devra être en accord avec l'engagement sur le volume de ventes et la réalisation d'études observationnelles. [10]

A ce prix, appelé Prix du Fabricant Hors Taxe (PFHT), sont ajoutées des marges de distribution afin d'obtenir le Prix Public Hors Taxe (PPHT) auquel on ajoute la TVA pour obtenir le Prix Public Toutes Taxes Comprises (PPTTC). [10]

Pour les PFHT inférieurs à 450 €	6,68 % du PFHT avec un seuil de 0,30 €
Pour les PFHT supérieurs à 450 €	30,06 € (somme forfaitaire)

Table 2: Marge grossistes [10]

Comprise entre 0 et 22,90 €	26,1 %
Comprise entre 22,90 et 150 €	10 %
Supérieure à 150 €	6 %
Forfait hors taxe par boîte	0,53 €

Table 3: Marge officinale [10]

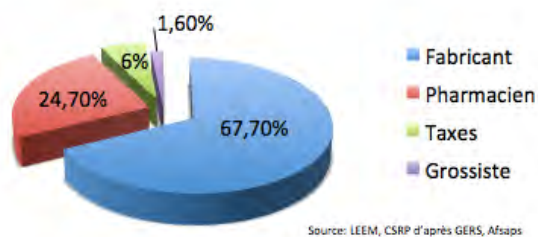


Figure 2: Décomposition du prix des médicaments vendus en pharmacie en France

c) Cas particulier pour les médicaments génériques

Le prix de ces spécialités est moins élevé que celui des spécialités de référence. Ceci s'explique en partie du fait que les dépenses en recherche et en développement sont moins conséquentes. De ce fait, le Prix Fabricant Hors Taxe est fixé à -60% du prix du princeps, il est ensuite diminué de 20% après sa commercialisation.

Bien que certains pays de l'Union Européenne aient choisi d'encadrer les prix de leurs spécialités remboursables, d'autres en revanche, optent pour un modèle laissant place à plus de liberté. Ces différents modèles de fixation des prix des médicaments et de régulation des dépenses de santé, donnent lieu à des différences de prix au sein même de l'UE. [10]

2° Des écarts de prix notables

Les médicaments représentent plus d'un tiers des dépenses de santé, hors hospitalisation. [11] Avec l'augmentation des dépenses publiques de ces 10 dernières années dans le secteur du médicament, la France ainsi que les autres pays de l'Union Européenne, placent le prix de ces derniers au cœur des préoccupations.

Dans le cadre de cette analyse seront comparé la France, l'Allemagne et le Royaume Uni, trois systèmes de fixation du prix des médicaments différents. Ces trois pays font partis de l'Union Européenne, ils sont donc proches géographiquement et culturellement ainsi ils possèdent des habitudes de vie similaires, ce qui rend leur comparaison plus probante.

- Cas des médicaments OTC:

Quel que soit le pays Européen, les prix des médicaments OTC est fixé librement. De ce fait, autant à l'échelle nationale qu'à l'échelle Européenne, on observe des disparités de prix pour un même produit. [11]

Ainsi, en France, les ventes du Guronsan® par exemple, médicament sans ordonnance, enregistrent des écarts de prix considérables d'une officine à une autre. En effet, il est vendu à 9,90€ dans une pharmacie, à 12,90€ dans une autre... Cependant, la tendance générale, du fait d'un marché concurrentiel, tend à une réduction significative de cet écart de prix. [11]

- Cas des médicaments remboursés:

Pour les médicaments remboursés, ce sont les politiques de chaque pays qui mettent en place au niveau national leur propre système de régulation de prix, principale origine de ces écarts.

[12] On distingue 2 principaux systèmes:

- Un système de fixation direct des prix, c'est-à-dire que le prix est fixé administrativement après négociation entre les autorités régulatrices et les industriels comme nous l'avons vu précédemment pour la France. [12]
- Un système de fixation indirect des prix, système retrouvé en Allemagne ou au Royaume Uni, le prix des médicaments est libre, l'action de régulation se fait alors sur d'autres aspects. [13] [14]

L'Allemagne connue pour sa liberté dans la fixation des prix, a fait face à de nombreux bouleversements depuis 2011. Avant 2011, les industriels pouvaient fixer librement le prix de leurs nouveaux médicaments mis sur le marché. Les prix étaient donc souvent très élevés par rapport aux autres pays d'Europe. Après l'entrée en vigueur de la loi « AMNOG » sur la réorganisation du marché pharmaceutique, les négociations se font, comme pour la France, entre les laboratoires et les caisses d'Assurance Maladie. Cependant, ce n'est pas le prix du médicament qui est négocié mais le montant maximal remboursé par les caisses. Le prix de vente s'ajustera sur ce dernier. [12]

Pour les médicaments remboursés, mais déjà existant sur le marché, le « Festbetrage » (montant fixe) est un système qui permet de définir un plafond supérieur de prise en charge des médicaments par les caisses. A ce prix, les marges des grossistes et pharmaciens devront être ajoutées et ne sont pas les mêmes qu'en France. Depuis janvier 2012, les grossistes bénéficient d'une marge proportionnelle à 3,15% du prix de la boîte auquel s'ajoute un montant fixe de 70 centimes/boîte. [12] La marge des pharmaciens s'élève, quant à elle, à 3% du prix d'achat auprès du grossiste. Quel que soit le type de médicaments, remboursé ou non, la TVA en Allemagne est à 19%, elle est donc plus élevée qu'en France où elle est à 2,1% pour les remboursés et 7% pour ceux en vente libre. [13] [14]

L'expérience britannique, quant à elle en dit long en terme de régulation des prix. Le marché pharmaceutique Anglais donne une importance particulière à l'industrie du médicament. En effet, le Royaume Uni en n'imposant aucune contrainte de prix aux industriels, sert de référence sur la fixation de ces derniers au niveau mondial. Lors de la mise sur le marché d'un nouveau médicament remboursable, les industriels fixent alors leur prix en fonction de leurs produits, et s'engagent à ne pas dépasser un profit maximal tout en effectuant des baisses de prix sur l'ensemble des autres médicaments déjà sur le marché. [13]

Depuis sa mise en place en 1957, les prix sont négociés à la baisse tous les 5 ans, par le PPRS (Principal Instrument de Régulation des Dépenses Pharmaceutiques) mais aussi les représentants des laboratoires pharmaceutiques et l'État. Le PPRS permet d'approvisionner le système de santé public du pays: le NHS (National Health Service) à moindre coût tout en préservant le rôle de l'industrie. [13]

Cette méthode de régulation des prix certes très efficace, fait l'objet de nombreuses critiques car si les industriels fixent leur prix comme ils l'entendent, ce prix obéit à une logique

industrielle ce qui ne valorise pas l'innovation et la valeur ajoutée thérapeutique. [13]

Depuis le 1^{er} janvier 2014, le système de fixation des prix pour les médicaments remboursés et innovants a évolué en tenant compte de l'intérêt thérapeutique: « Value- Based Pricing ». [13] [14]

	Prix des médicaments remboursés	Prix des médicaments OTC
France	Fixé par l'Etat	Libre
Allemagne	Libre + prix de référence pour remboursement	Libre
Royaume-Uni	Régulation des profits (PPRS)	Libre

Table 4: Fixation des prix des médicaments OTC, France, Allemagne, Royaume-Uni

De manière moins prononcée par rapport aux variations des systèmes, le lieu de vente du médicament peut également impacter les prix des médicaments.

En effet, en Allemagne, le système de vente est assez similaire à celui observé en France, puisque le monopole pharmaceutique est préservé avec tous les produits ayant obtenus une AMM. Cependant les pharmacies sont libres de s'installer où elles le souhaitent. La concurrence est donc différente en fonction des villes et représente une des causes de variation de prix. Contrairement à la France, où l'ouverture d'une nouvelle pharmacie dépend du nombre d'habitants recensés dans la commune où elle va être située (numerus clausus) et est possible dans les communes qui comptent plus de 2 500 habitants. (Code de la santé publique: articles L5125-1 à L5125-32) [15]

De plus, d'autres circuits peuvent être proposés notamment pour la vente de vitamines et compléments alimentaires. C'est le système britannique qui fut le premier à permettre la vente de ce type de produits hors pharmacies. En favorisant leur vente en grandes surfaces, le Royaume-Uni, premier pays à vendre des produits en libre accès, en dehors des pharmacies, système privilégiant les villes d'une certaine taille et prive ainsi une grande partie de la population de pharmacies de proximité, expliquant les différences de prix par une moindre concurrence. [15] [16]

Certaines différences peuvent également être observées en fonction de la présence (médicaments princeps) ou non (génériques) de brevets.

En effet, lors de la fixation du prix de nouveau médicament on distingue:

- La fixation en tenant compte des coûts de production et des marges des industriels.
- Ou une régulation conjointe prix/volume afin de diminuer les dépenses pharmaceutiques puisque depuis 1994, la France limite les dépenses de santé sans pénaliser l'industriel.

De ce fait, la fixation se fera selon les systèmes propres à chaque pays, avec la volonté de valoriser l'innovation et l'activité de recherche et développement de l'industrie. De même, conformément aux règles de fixation des prix des médicaments en France, le progrès thérapeutiques entraîne une différence de prix entre médicaments de même groupe thérapeutique (puisque leur fixation est fonction du niveau d'ASMR).

Les règles de tarification proportionnelles ou non au dosage, peuvent également entraîner des différences de prix pour un même médicament dans les différents pays. En effet, certains médicaments vendus en France en boîtes de 30 comprimés peuvent exister en boîte de 60 comprimés au Royaume Uni ou en Allemagne, le prix sera donc différent.

3° Comparaison d'un pays à un autre

Même si les règles européennes qui encadrent les pratiques de fixation des prix tendent à une harmonisation, notamment avec la directive européenne de 1989, dite de transparence. Cette directive vise à garantir la transparence des dispositions nationales de tarification et de remboursements des produits médicaux sur ce marché, relativement fragmentées.

Les nombreux points de convergence couplés à l'opacité des systèmes, rendent l'exercice de comparaison des prix des plus complexes, de ce fait il existe peu d'études comparant le prix des médicaments en Europe. [13]

Cependant, aux vues des différentes études menées, certaines règles d'homogénéités sont primordiales notamment:

- Tous les médicaments sélectionnés dans l'étude doivent être ramenés à une dose journalière (DDD: Daily Defined Dose) afin d'éliminer les variations de conditionnement et de différents dosages...
- Dissociation en fonction de ceux sous brevet ou ceux qui ne l'ont plus.
- Choix de la date de comparaison puisque certains médicaments ne sont pas

commercialisés au même moment ou avec le même statut. La définition du prix est également à éclaircir. En effet, il existe différentes définitions du prix d'un médicament. [13] Puisque lorsqu'on parle de prix brut on entend le prix sur le marché du médicament avant que la sécurité sociale rembourse une partie ou la totalité de la somme. Le prix net en revanche, est le prix payé par le consommateur final après remboursement de la sécurité sociale. [17] Selon une étude du NHS britannique qui a comparé les prix fabricants de 250 médicaments vendus en pharmacie, la France figure parmi les prix les plus bas d'Europe sur les médicaments innovants. [16]

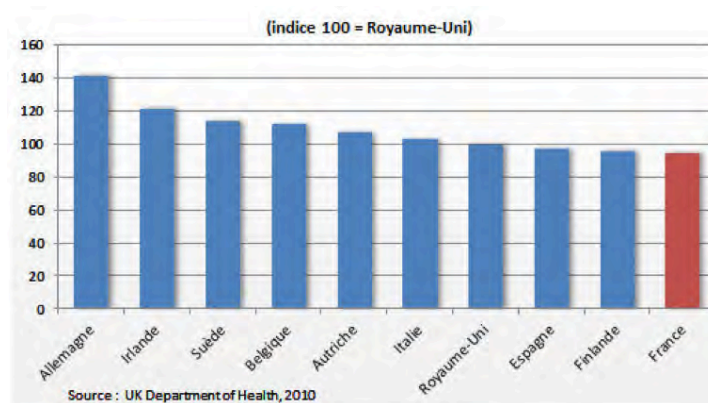


Figure 3: Prix des médicaments Princeps en Europe

Pour les génériques, la tendance s'inverse. En effet, ils sont globalement les plus coûteux en France que dans les autres pays de l'Union Européenne. Ceci s'explique entre autres par la marge des pharmaciens qui s'élève à 17% contre 2,1% sur les princeps. L'objectif majeur étant de favoriser les prescriptions de génériques. [17]

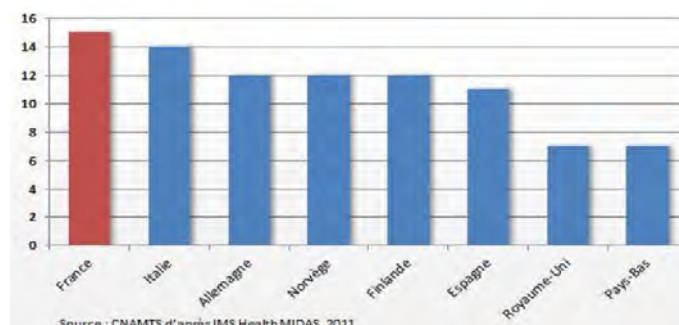


Figure 4: Prix des médicaments génériques en Europe (coût moyen par comprimés ou gélules en centimes)

Pour les médicaments en vente libre, selon une étude réalisée par l'AFIPA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique de l'Automédication), le marché de l'automédication ne cesse d'augmenter en volume et en valeur. Le prix en France de l'automédication est globalement bas comparé à ses voisins Européens. [9]

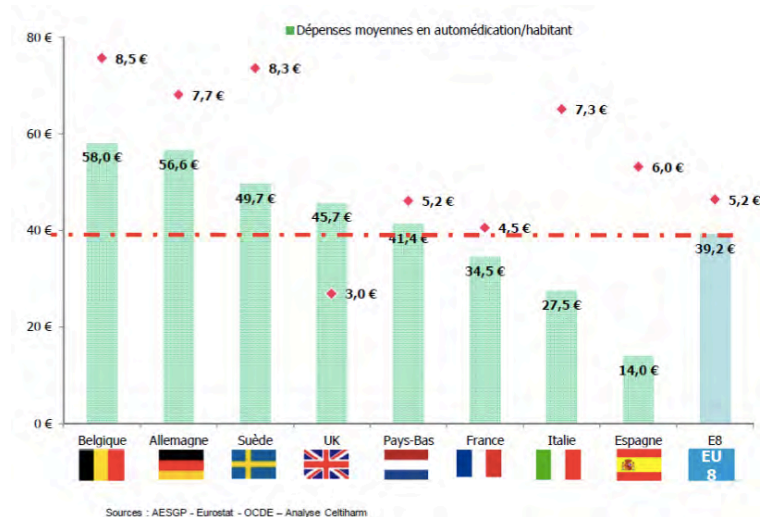


Figure 5: Dépense moyenne par habitants d'une spécialité d'automédication

L'imodium® 2mg, par exemple sera vendu 40 centimes d'euros le comprimé en Allemagne, 38 centimes d'euros au Royaume Uni et 32 centimes d'euros en France. [9]

Malgré les nombreuses divergences entre les pays, certaines pratiques se recourent pour la fixation des prix notamment en se basant sur les trois critères principaux ci dessous:

- **Efficacité:** Les propriétés thérapeutiques des médicaments seront évaluées. La valeur ajoutée thérapeutique est comparée à d'autres médicaments définis par des niveaux d'ASMR afin d'évaluer l'innovation. Des accords de partage de risque entre certains pays permettent une révision du prix en fonction des résultats cliniques fournis par les laboratoires.
- **Benchmarking:** La fixation des prix sera fonction de l'observation du prix des médicaments dans un groupe de pays différents. Par exemple pour la France, les pays étalons seront le Royaume Uni, l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne.
- **Valeur économique estimée « Value Based Pricing » :** Ce critère est apparu depuis peu dans la régulation des prix des médicaments. Il rapporte les coûts du médicament à son efficacité clinique prouvée par rapport à celle d'autres médicaments déjà existants. Une évaluation économique Ad Hoc par la HAS et la NICE est nécessaire.

[18]

III. Les enjeux liés aux prix

A. Le prix des médicaments un enjeu de taille pour les professionnels

1° Pour les industriels

En 2012, avec 856 Milliards de dollars de chiffre d'affaire dans le monde, l'industrie pharmaceutique représente une des principales puissances économiques dans le monde.

L'Europe représente 25,5% de ce chiffre d'affaire avec en 2ème position Européenne, la France qui génère quant à elle l'équivalent de 4,3% du chiffre d'affaire, soit 52,3 milliards de dollars. [18]

En 2012 on dénombrait 254 entreprises contre 1000 dans les années 1950.

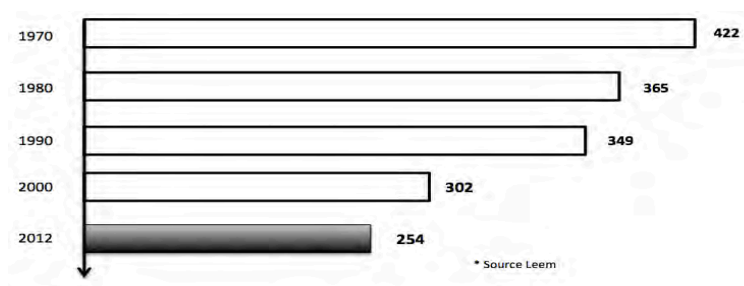


Figure 6: Evolution du nombre de laboratoires au cours des années

Cette forte diminution du nombre d'entreprises sur le marché du médicament est due à l'émergence de différents besoins avec notamment celui d'adaptation de l'industrie vis à vis des besoins financiers croissants nécessaires à la recherche et au développement auxquels s'associent de nouvelles normes réglementaires concernant les essais cliniques, les protocoles de fabrication et le contrôle de la qualité. [18]

On entend par « enjeux » l'avenir de l'industrie pharmaceutique. De ce fait, il existe différents types d'enjeux propres à ces professionnels de santé:

- Sanitaires, avec l'efficacité du médicament à traiter une pathologie.
- Économiques, compte tenu des dépenses de santé de plus en plus importantes dues au vieillissement de la population.
- Politiques, lorsque le médicament est pris en charge par les systèmes de santé.
- Éthiques, quand il s'agit de permettre l'accès pour tous à des molécules innovantes. La

multitude de ces enjeux donne donc une importance particulière à la régulation de ce secteur. Ces régulations ont des objectifs multiples: permettre une production continue, dynamique, efficace, innovante, ciblée, à des prix accessibles à tous et en quantité suffisante. [18]

a) La régulation des prix des médicaments

Le prix de vente des médicaments et sa régulation sont devenus une problématique majeure pour l'industrie pharmaceutique. Du point de vue industriel, le prix de vente est lié indéniablement à des exigences de profits, mais aussi aux emplois et aux investissements nécessaires des industries qui sont soumises à une concurrence internationale oppressante. Ce processus est relativement complexe de par ses différentes dimensions touchant l'innovation, l'approvisionnement des marchés et la rémunération des employés de l'entreprise. [19]

En Europe, les règles de fixation de prix sont définies à l'échelle de chaque l'Etat, par des mécanismes de régulation différents associant les systèmes nationaux et les industries.

En France, la fixation des prix des médicaments remboursés découle d'une négociation entre le CEPS et les industriels. [16] Ces négociations concernent surtout les médicaments princeps innovants et encore sous brevet. Les médicaments remboursables représentent 40 % du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique. [20] Il est nécessaire de noter que les informations nécessaires à la détermination du prix du médicament sont souvent incomplètes, car les informations concernant ces produits demeurent confidentielles lorsque le médicament est sous brevet. Les coûts de productions sont donc difficilement interprétables pour les autorités de santé. Pour cela, dans les pays Européens, des règles encadrant les pratiques dans le domaine industriel sont apparues en 1989 par la Directive Européenne de Transparence, tendant à garantir une certaine transparence dans les systèmes de fixation des prix et de tarification. [20]

Dans les années 2000 en France, il y a eu une diminution du prix hors taxe des médicaments parallèlement à une augmentation des prix pour les consommateurs. Cette diminution de 1,8% par an durant ces dix dernières années des prix des médicaments remboursables (représentant 90% des dépenses de médicaments) est liée à l'arrivée des génériques sur le marché. [20]

b) Cas du Royaume Uni

Un PPRS (Pharmaceutical Price Regulation System) est signé tous les 5 ans afin de fixer un seul de profit maximum en modulant les prix dans une gamme de produits que l'industriel choisit. Les fabricants peuvent à tort fixer un prix trop élevé en voulant anticiper les futures baisses de prix dues à cette réforme, ceci pouvant être un élément limitant la vente de ce produit et donc entraînant une diminution du chiffre d'affaire. Il est donc primordial pour les industries de déterminer un prix étant à la fois bénéfique pour eux et pour les autorités de santé. [21]

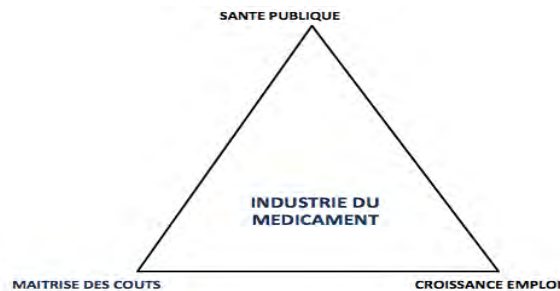


Figure 7: Positionnement de l'industrie du médicament par rapport à différents facteurs

c) Pour les médicaments princeps

Une concurrence agressive est présente sur ce secteur. En effet, les laboratoires commercialisant les médicaments sous brevets qui tendent à expirer ne sont plus à l'abri de la concurrence avec l'arrivée des médicaments génériques, moins chers que les princeps. De nouvelles compagnies se spécialisent dans la fabrication de produits génériques, ce qui crée une menace pour les laboratoires de médicaments princeps. Lors de la commercialisation du générique, le prix du princeps sera diminué de 20 %. Pour lutter face à ces attaques, les fabricants doivent parfois proposer un auto-générique de leur propre produit au prix du concurrent générique.

Il est donc important pour le fabricant de médicament sous brevet d'évaluer avec la plus grande justesse le prix de vente de son médicament, dès la commercialisation pour pouvoir garder une pérennité souvent très fragile suite à l'expiration de leurs brevets. [21]

d) Cas des médicaments génériques

Lors de l'arrivée des génériques sur le marché pharmaceutique, de nombreuses entreprises ont décidé d'évoluer et de se spécialiser dans cette branche. Les enjeux concernant le prix des médicaments, de ces entreprises ne sont pas les mêmes que pour celles commercialisant des

princeps. La mise sur le marché des génériques est dite « facilitée » car les coûts et les délais sont réduits, ainsi le prix de ces médicaments est par définition moins cher que le princeps de - 60 %.

La production de génériques est un moyen d'utiliser les capacités de production excédentaires et de profiter de la notoriété dont bénéficie l'entreprise. Cette stratégie permet de satisfaire aux contraintes de coût des systèmes, de profiter des opportunités offertes par les nouvelles régulations et de la croissance du marché pharmaceutique en perpétuelle évolution. Ces laboratoires ont une politique de vente par gros volumes pour contre balancer le faible prix du médicament. [21]

e) Cas des médicaments OTC

Le prix des médicaments OTC est librement fixé par les industriels, ce qui permet aux laboratoires d'amortir un peu plus leurs coûts en Recherche et Développement. Le marché de l'OTC est en augmentation constante depuis les dix dernières années, expliquant l'attrait de l'exploitation de cette branche par les entreprises. En effet, elle permet d'apporter des bénéfices, mêmes faibles comparés à ceux de la division pharmaceutique du médicament remboursable.

Certaines compagnies vont jusqu'à faire un « switch Rx-to-OTC » qui est une stratégie définie comme le transfert volontaire de statut d'une molécule à prescription médicale obligatoire (Rx) à celui de molécule à prescription facultative (OTC). Il permet de relancer un médicament dont les ventes baissent, ou qui risque de se voir concurrencé par l'arrivée de nouveaux médicaments ou génériques l'expiration de leur brevet. [12]

Ce marché présente de nombreux avantages pour les industriels notamment en termes de prix, car le prix des OTC n'est pas régulé comme les médicaments remboursables et le produit est payé par les patients et non par les organismes sociaux. Beaucoup de laboratoires se sont lancés dans l'OTC et la concurrence fait rage sur ce marché. Les laboratoires préfèrent utiliser le canal de la vente directe auprès des officines de manière à conserver des marges plus élevées. Ils favorisent l'achat en gros volumes, en procédant à des remises pouvant aller parfois jusqu'à 50% de réduction sur le prix des médicaments hors taxe. [23]

Les laboratoires pharmaceutiques, notamment les plus importants en pratiquant des prix de vente, souvent jugés trop excessifs de leurs médicaments et de leurs méthodes de vente, renvoient une image entachée de l'industriel. Trouver un prix à la fois « juste » et montrer une

certaine transparence, donneraient la possibilité aux laboratoires pharmaceutiques de regagner la confiance des patients, les professionnels de santé et des autorités sanitaires. Trouver un prix « raisonnable » habilitant le laboratoire à développer un chiffre d'affaire rentable tout en limitant les dépenses de santé permettrait aux industries de retrouver leur notoriété et de s'étendre sur de nouveaux marchés. [24]

f) Le rôle des médicaments sous brevet

Les entreprises pharmaceutiques investissent environ 10,2% de leur chiffre d'affaire dans de coûteux programmes de recherche et de développement sur de nouvelles molécules ou des aires thérapeutiques non explorées jusqu'à présent. Le processus pour produire une spécialité pharmaceutique est extrêmement long et cher (le coût global de recherche et développement d'un médicament est estimé à plus d'un milliard d'euro). Afin de compenser cette latence, les laboratoires disposent d'une protection par un brevet durant 20 ans: la propriété intellectuelle est l'un des éléments fondamentaux du développement de l'innovation de l'industrie pharmaceutique. En effet cette protection doit inciter à l'innovation en octroyant à son propriétaire un pouvoir sur le marché. [7] Le but étant de pouvoir éviter que le libre jeu de la concurrence remmène les prix du médicament à son coût marginal de production. Le chiffre d'affaire fait grâce à ce monopole est nécessaire pour rentabiliser l'investissement de recherche fait par les laboratoires et pour assurer un flux d'investissement futur dans la recherche pharmaceutique. Ainsi un acheteur de médicament contribue au financement de la recherche, proportionnellement au prix et au volume qu'il consomme.

Le laboratoire en fixant le prix de ses produits et le corrélant à des gros volumes va essayer d'augmenter cette contribution. En jouant sur des marchés segmentés (par exemple les marchés nationaux) il pourra ainsi vendre un même produit à un prix différent et donc ne pas exclure des acheteurs potentiels pouvant contribuer même faiblement au financement de la Recherche. La segmentation de ces marchés peut entraîner un résultat contraire à l'équité, car les acheteurs ayant un fort pouvoir d'achat peuvent se voir dans la capacité de négocier des prix moins élevés que pour une petite puissance d'achat. De plus, les produits à un prix fixé plus faible dans un certain état peuvent être exportés et alimenter un autre pays sans régulation de l'état exportateur. Cela entraîne une diminution du volume de vente de la firme dans le pays importateur où le prix du médicament est plus élevé et donc une perte de bénéfices pour le laboratoire. Afin de lutter contre ce commerce parallèle, de nombreux laboratoires poussent les pays ayant une politique de prix administrés à s'aligner sur les conditions de prix des pays à libre fixation. [20]

2° Pour les pharmaciens officinaux

Au 1er janvier 2013, on compte 21 939 officines en France. La même année, 150 officines ont fermé définitivement, soit une tous les 3 jours. Depuis plusieurs années le secteur officinal Français traverse une crise économique due à une politique de limitation des déficits par la maîtrise des dépenses de santé corrélée à une concurrence importante naissant entre les officines. [25]

Les conséquences de cette crise sont une réduction du nombre d'officine associée à une augmentation de la taille moyenne des officines restantes. Un risque de disparition d'officines dans le milieu rural et des déserts médicaux sont alors à redouter.

Des changements législatifs associés à un environnement concurrentiel en pleine révolution avec notamment l'arrivée de discounteurs, entraîne une véritable guerre de prix entre les officines. Par souci de rentabilité, certains pharmaciens se détournent alors parfois de l'essence même de leur métier: le conseil centré sur le patient. Le pharmacien, ce professionnel de santé, en se désintéressant de ses patients se transforme peu à peu en commerçant, ternissant ainsi l'image de la profession de pharmacien d'officine. [25]

a) Cas des médicaments remboursables

Le prix des médicaments remboursables en France est administré par l'État, qui fixe un prix où le médicament sera vendu. Le pharmacien est rémunéré par une marge officinale correspondant à un pourcentage du prix du médicament hors taxe. Le pharmacien n'a aucun enjeu de prix sur la vente de médicaments princeps. [10]

En 2013, le marché de la prescription évalué à 25 714 M € a diminué de 3,5%. Cette baisse en valeur et en volume de 2,5% entraîne une perte de chiffre d'affaires pour les pharmaciens. Face à une forte concurrence entre officines associée à une perte de volume de vente, les pharmaciens sont désireux de conserver leur chiffre d'affaires. Pour cela certains achètent en gros volume afin d'obtenir des remises sur les ventes de médicaments via les laboratoires. C'est le cas des médicaments génériques et de l'OTC qui sont le plus souvent commandés directement au laboratoire.



Figure 8: Poids des activités dans le CA moyen et la marge commerciale moyenne d'une pharmacie

Nous pouvons constater que même si les génériques et les médicaments OTC représentent un faible chiffre d'affaire officinal, ils offrent une bien meilleure marge commerciale au pharmacien.

Cette marge plus importante du segment des médicaments génériques est aussi due à la volonté d'encourager la substitution. La marge officinale, pour les médicaments génériques hors tarif forfaitaire de responsabilité (le TFR est un tarif de référence fixé par l'assurance maladie en France, il correspond au tarif du médicament générique au prix le plus bas) est calculée sur la base du prix du princeps: en valeur absolue, le pharmacien gagne la même marge, qu'il vende le princeps ou le générique.

b) Cas de l'OTC

Depuis ces 5 dernières années, l'automédication s'est placée au centre d'un écosystème où se croisent les intérêts et les attentes des différents acteurs du marché: autorités de santé, pharmaciens, patients, laboratoires et mutuelles.

L'OTC représente en moyenne 15 % du chiffre d'affaires des officines en France. Elle est en essor depuis quelques années grâce à la vague de déremboursements associée à la volonté des pouvoirs publics de valoriser l'automédication responsable.

Le prix de ces médicaments est librement fixé par le pharmacien, ce qui peut parfois entraîner une disparité de prix allant du simple au triple selon les officines.

Cette disparité de prix amène une méfiance des patients vis à vis du pharmacien, son image en est quelque peu ternie.

Les pharmaciens voient aussi un moyen de palier à la perte économique due à la diminution des volumes de ventes et de la diminution des marges des médicaments remboursables. L'enjeu du pharmacien concernant de prix des médicaments OTC est multiple: le premier est

de palier à la perte de profits de la vente des médicaments remboursables qui ne cesse de ne cesse de s'accélérer depuis ces dernières années afin d'éviter la fermeture de leur officine. Le second enjeu est d'avoir un prix pouvant être compétitif face aux officines discount gagnant de plus en plus de part de marché. Le troisième, et non des moindres, est de permettre de limiter l'arrivée des médicaments OTC en grandes et moyennes surfaces (GMS). Ainsi, en diminuant les prix et en favorisant le conseil, le monopole pharmaceutique serait maintenu : les clients ne se tourneraient pas vers les enseignes de la grande distribution pour acheter leurs médicaments OTC.

B. Prix des médicaments un enjeu de taille pour la santé public

1° Menace sur l'accès au soin

Comme vu précédemment, la fixation du prix du médicament est un processus complexe qui relève de nombreux paramètres. Aujourd'hui, les enjeux sociaux et sociétaux pèsent également sur la fixation et la régulation du prix des produits de santé.

Dans un système de consommation, le prix correspond à l'échange d'une marchandise avec une valeur connue et acceptée par les deux parties dans un marché qui serait défini comme libre. [22]

Cependant, le prix médicament ne répond pas entièrement à cette définition car le « consommateur » (ici le patient) ne supporte pas lui-même la plus grande part du fardeau financier lié à l'achat. En effet ce n'est pas le « consommateur » qui choisit librement et délibérément d'acheter ou non ce produit. De plus, l'information d'action, d'efficacité et de justification de la prise n'est pas réellement transparente entre acheteur et vendeur puisque le traitement relève du jugement du prescripteur. Il est aussi à noter que l'acheteur réel n'est pas le « consommateur » mais un acteur qui va être administratif ou politique, qui négocie un prix avec l'industrie pharmaceutique. [22]

Dans ce marché libre, plusieurs évolutions sont possibles. Elles ont pour objectif de faire participer le patient aux coûts des médicaments au travers de différentes méthodes: franchise, pourcentage du panier à charge de l'assuré, choix de médicaments efficaces non couverts, obstacles bureaucratiques à la prise en charge, etc.

Cependant face à ces éventualités, il est évident que des menaces non négligeables sur le niveau de soin des classes défavorisées pèseraient lourd. En effet, ces méthodes mettraient la

dépense de santé en concurrence avec d'autres dépenses de la vie courante en incitant à ne pas se soigner pour préserver son pouvoir d'achat, ou pire, elles inciteraient à substituer un traitement cher mais efficace par un traitement bon marché, au risque qu'il soit au mieux inefficace, au pire dangereux. [22]

La participation par le client, même si elle se définit comme économiquement significative, demeure risquée en termes de santé publique puisque les coûts-patient renforcent les inégalités d'accès aux traitements et accentuent le gradient socioéconomique en santé, dangereux pour les populations. [22]

L'idée de faire supporter au patient le coût de l'achat de médicaments relève de d'ambitions politiques se basant sur l'hypothèse expliquant que le marché règle tous les problèmes par miracle et que les coûts de la santé sont en bonne partie imputables aux comportements « irresponsables » des individus. [22]

Enfin, il serait également dangereux d'augmenter significativement les coûts-patients, créant une menace pour la sécurité sociale. Les bases éthiques de l'assurance-maladie seraient ébranlées et les réformes toucheraient particulièrement ceux pour qui l'assurance est la plus indispensable: les malades chroniques et les personnes à petits revenus.

2° L'accès au soin et les "big pharma", deux ambitions

D'un point de vue macroéconomique, on comprend aisément qu'en tant que bien industriel, le prix du médicament est un moyen, pour l'industrie pharmaceutique d'augmenter ses profits en gagnant de la marge et en multipliant ses quantités de production.

Face à ces ambitions industrielles, l'Etat, au travers de son ministre doit définir les besoins de sa population puis y répondre avec le meilleur médicament au meilleur prix. Le prix sur le médicament est donc un sujet sensible et intrinsèquement politique.

Cependant le prix de vente d'un médicament « cache » différentes composantes et ne correspond pas simplement à l'addition des coûts de la recherche et ceux des matières premières ou de la fabrication. Cette opacité pointe du doigt l'idée de la difficulté de parler de « justice » dans l'élaboration du prix du médicament.

Cette réalité est d'autant plus éclatante que les coûts de recherche sont désormais anecdotiques puisqu'aucune « Big Pharma » ne se lance dans de grands développements

ambitieux de nos jours. Le plus ironique dans la situation que nous vivons c'est que ce sont les contribuables qui payent indirectement les coûts de recherche que lui répercute l'industrie pharmaceutique. En effet la recherche médicale et biologique est assurée par le public en majorité dans les pays développés.

L'administration du prix du médicament demande un accord entre ces acteurs qui ont des ambitions et des obligations différentes. Le prix politique, fruit de négociation qui en résulte, ne saurait convenir à tous.

Pour contrer ces pratiques, d'aucuns avancent des arguments et des propositions de méthodes. On relèvera notamment l'instauration de politiques de remboursement ou de subventionnement graduées en fonction de l'innovation du médicament, ou la suspension des brevets accordés aux médicaments répondant à des besoins de santé prioritaires dans les pays pauvres. On pourrait également penser à des partenariats public-privé qui existent déjà.

Il est donc certain qu'une action reste possible pour favoriser l'accès au soin malgré les contraintes économiques imposées par les Big Pharmas. L'intégration des priorités d'éthique sociale en termes de santé publique globale demandera un effort concerté de tous les acteurs.

IV. Le prix des médicaments remboursés: quel avenir?

A. Vers Un Nouveau Systeme De Fixation Des Prix Medicaments

1° La Médecine Basée sur Valeur Ajoutée (« Value-Based Pricing »)

Dans un contexte international où la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB) est en constante augmentation, un nouveau concept visant à limiter la croissance des dépenses en médicaments émerge. Ainsi, à la fin du XXème siècle, une nouvelle pratique voit le jour aux Etats-Unis : la médecine basée sur la valeur ajoutée (« Value-Based Medicine »). Cette dernière est complémentaire à la médecine basée sur les preuves scientifiques issue de la recherche clinique (« Evidence-Based Medicine ») lors de la prise en charge médicale. Elle détermine la valeur apportée (autrement dit la perspective ou l'objectif final) d'une opération médicale ou d'un traitement dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Cette nouvelle pratique développée, par K.W.M Fulford, est une médecine personnalisée, applicable à chaque patient et qui apporte un bénéfice réel à un patient, un groupe de patients mais également à tous les acteurs de la santé impliqués dans la prise en charge médicale de ces patients. Cette médecine basée sur la valeur ajoutée combinée avec la médecine basée sur les données scientifiques sert à l'élaboration de recommandations dans la prise en charge individualisée de chaque patient. [26]

La pratique de la médecine basée sur la valeur ajoutée est à l'origine d'un nouveau système de fixation du prix des médicaments: le prix basé sur la valeur (« Value-Based Pricing »).

2° Le Prix Basé sur la Valeur (“Value-Based Pricing”)

La notion de prix basé sur la valeur (également appelé valeur optimisée prix) est introduite pour la première fois aux Etats-Unis. L'idée de payer pour une valeur des soins de santé est appuyé par l'économiste Michael Porter qui plaide en faveur d'un système de santé centré sur la valeur apportée au patient, défini comme « le résultat en terme de santé par dollars de coûts dépensés». [26] C'est une stratégie de prix qui fixe les prix principalement, mais pas exclusivement, sur la valeur, perçue ou estimée, pour le client plutôt que sur le coût du produit ou du prix historique. Le client est à la fois le patient et l'ensemble des professionnels de santé qui s'articulent autour de la prise en charge médicale des patients. En Europe, ce nouveau système de fixation du prix des médicaments dans lequel le prix est déterminé par la valeur voit le jour en 2009. [26]

La valeur économique est ainsi un nouvel élément d'évaluation du médicament. Elle est estimée à partir de travaux d'évaluations économiques comparant l'efficacité des médicaments (l'efficacité clinique) à celle de médicaments disponibles. L'évaluation pharmaco-économique aide à la prise de décision médicale en établissant des recommandations. En aucun cas elle n'est supposée remplacer le jugement des professionnels de santé. [26]

La mise en œuvre de cette stratégie de prix n'est actuellement pas utilisée systématiquement mais lorsqu'elle est utilisée avec succès, le prix basé sur la valeur permet d'améliorer la rentabilité en raison de la hausse des prix sans impact fortement sur les volumes de ventes.

La valeur du médicament (donc corrélativement le prix) n'est plus une donnée absolue, immuable mais une variable qu'il est possible de reconsidérer à tout moment.

3° Le médicament Innovant et de Valeur

Le prix basé sur la valeur détermine au plus près la valeur d'un médicament donné. Cette valeur est quantifiée en fonction de l'innovation apportée par un médicament: lorsque ce dernier offre une efficacité et/ ou une utilité cliniques supplémentaires par rapport aux traitements actuels (ASMR I à III).

- L'efficacité relative peut être définie comme étant la mesure dans laquelle une intervention fait plus de bien que de mal, dans des conditions idéales, par rapport à une ou plusieurs interventions alternatives.
- L'utilité relative est définie comme étant la mesure dans laquelle une intervention fait plus de bien que de mal par rapport à une ou plusieurs interventions alternatives.

Pour atteindre les résultats souhaités lorsqu'elle est effectuée dans les conditions habituelles de la pratique des soins de santé. [27]

Si, de plus, ces médicaments innovants répondent à un besoin médical non satisfait, ils sont considérés comme des médicaments de valeur. En effet, même si un médicament est plus efficace que les soins actuels, mais que son bénéfice clinique réside dans un domaine dans lequel le besoin médical est très faible, ce médicament n'a pas vraiment de valeur pour la société, voire pour les patients. Il peut s'agir d'un besoin médical, thérapeutique ou sociétal.

Enfin, lorsqu'un médicament innovant et de valeur permet des économies nettes ou induit un coût supplémentaire raisonnable, dans une proportion acceptable en égard au gain qui lui est associé en matière de santé, c'est-à-dire lorsqu'il est « coût-efficace », et lorsque son impact sur le budget des soins de santé est acceptable, il peut être considéré comme présentant de la valeur pour l'argent (« value for money ») et doit dès lors être largement implémenté et rendu accessible à tous ceux qui en ont besoin. [26]

Le prix basé sur la valeur valorise donc l'innovation et l'activité de recherche et développement de l'industrie.

4° Le Médicament Innovant et de Valeur

Le prix basé sur la valeur détermine au plus près la valeur d'un médicament donné. Cette valeur est quantifiée en fonction de l'innovation apportée par un médicament: lorsque ce dernier offre une efficacité et/ ou une utilité cliniques supplémentaires par rapport aux traitements actuels (ASMR I à III).

L'efficacité relative peut être définie comme étant la mesure dans laquelle une intervention fait plus de bien que de mal, dans des conditions idéales, par rapport à une ou plusieurs interventions alternatives.

L'utilité relative est définie comme étant la mesure dans laquelle une intervention fait plus de bien que de mal par rapport à une ou plusieurs interventions alternatives pour atteindre les résultats souhaités lorsqu'elle est effectuée dans les conditions habituelles de la pratique des soins de santé. [27]

Si, de plus, ces médicaments innovants répondent à un besoin médical non satisfait, ils sont considérés comme des médicaments de valeur. En effet, même si un médicament est plus efficace que les soins actuels, mais que son bénéfice clinique réside dans un domaine dans lequel le besoin médical est très faible, ce médicament n'a pas vraiment de valeur pour la société, voire pour les patients. Il peut s'agir d'un besoin médical, thérapeutique ou sociétal.

Enfin, lorsqu'un médicament innovant et de valeur permet des économies nettes ou induit un coût supplémentaire raisonnable, dans une proportion acceptable en égard au gain qui lui est associé en matière de santé, c'est-à-dire lorsqu'il est « coût-efficace », et lorsque son impact sur le budget des soins de santé est acceptable, il peut être considéré comme présentant de la valeur pour l'argent (« value for money ») et doit dès lors être largement implémenté et rendu

accessible à tous ceux qui en ont besoin. [26]

Le prix basé sur la valeur valorise donc l'innovation et l'activité de recherche et développement de l'industrie.

B. DÉTERMINATION ET MISE EN OEUVRE DU PRIX BASÉ SUR LA VALEUR

L'importance de l'analyse du ratio coût-efficacité d'un médicament est cruciale dans une société présentant des dépenses de santé importantes. Ainsi le prix basé sur la valeur permet, en associant à un médicament sa valeur, d'évaluer le prix que les industriels au sens large et les autorités de santé sont prêtes à dépenser au regard du bénéfice apporté sur la société et pour les patients.

Ce critère peut conduire à accepter de payer trop cher des médicaments s'il apporte un bénéfice réel à la société. Le médicament est ainsi valorisé en fonction des populations de patients.

Ainsi, un nouveau médicament plus onéreux qu'un médicament actuel (prix facial : prix public plus élevé) peut cependant générer moins de coûts que si le traitement actuel était poursuivi, en raison par exemple, d'une diminution des effets secondaires, des coûts d'hospitalisation... Le médicament qui apporte de la valeur ajoutée peut donc éviter des coûts supplémentaires d'hospitalisation, diminuer également le risque de complications. En épargnant ces coûts supplémentaires, une partie de l'investissement de la nouvelle molécule est alors récupérée. Toutefois, si ces économies ne suffisent pas à compenser l'investissement initial, il y aura alors toujours un coût net. Ce coût net peut alors être comparé avec les effets nets en matière de santé exprimés par les différents paramètres ci-dessous pour évaluer le bénéfice apporté du traitement au regard du patient et de la société.

1° QUALY

L'approche la plus utilisée est celle des études coût-utilité basées sur les années de vie gagnées ajustées par la qualité de vie ou en anglais QALYs : Quality Adjusted Life Years. Cet indicateur mesure l'état de santé d'une personne ou d'un groupe de personne pour lesquels le bénéfice d'un traitement en terme de durée de vie est ajusté par la qualité de vie. Le résultat est un coefficient compris entre 0, qui correspond à un état de mort et 1 qui est un état de parfaite santé.

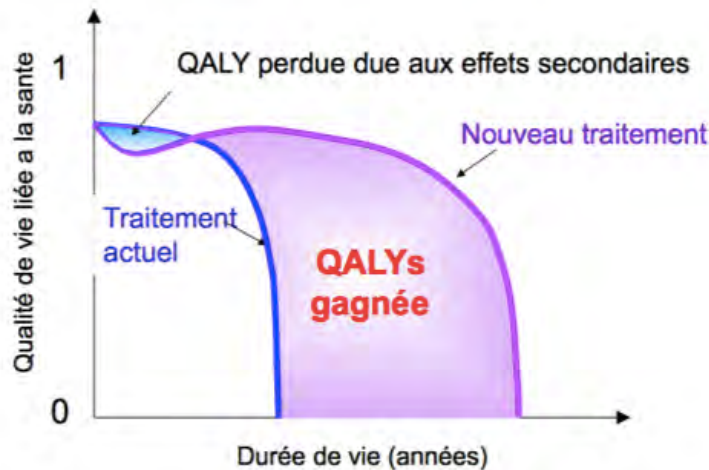


Figure 9: Bénéfice d'un traitement apporté au patient en termes de durée et qualité de vie

Ces études présentent l'avantage d'intégrer la qualité de vie dans le calcul des gains apportés par une stratégie thérapeutique et d'utiliser un indicateur composite agrégeant plusieurs dimensions (comme par exemple la mobilité, l'autonomie de la personne, les activités courantes, les douleurs/gêne, l'anxiété/dépression). La prise en considération non seulement du rapport bénéfices/risques mais aussi de la qualité de vie et de l'impact sur les coûts pour le système de santé explique l'intérêt des pouvoirs publics pour l'évaluation économique comme outil de valorisation de l'innovation. [28]

L'utilisation des ALs, des DALs, de l'indice de la volonté de payer (Willingness to Pay Index) ou du HUI (Health Utility Index, ou mesure de l'appréciation de l'état de santé général) permet d'établir des comparaisons entre les bénéfices thérapeutiques de différents médicaments de façon standardisée et donc de trouver une mesure significative de la valeur d'une innovation pour la société.

2° CER

Introduit aux Etats-Unis, le terme de recherche sur l'utilité comparative (Comparative Effectiveness Research ou CER) désigne une recherche qui évalue et compare les résultats dans le domaine de la santé et de l'efficacité clinique, les risques et les bénéfices de 2 ou plusieurs traitements ou services médicaux.

La CER est donc réputée et être utilisée pour mieux comprendre l'utilité, les risques et bénéfices des interventions médicales et des stratégies pour gérer les maladies. Les investigations de la CER sont appliquées, au départ, pour améliorer les résultats des soins de

santé des personnes, en offrant de l'évidence sur la façon dont les médecins et les patients doivent prendre des décisions en matière de santé.

Le ratio coût-efficacité incrémental (ICER, Incremental Cost Effectiveness Ratio) est ainsi déterminé. Plus le ratio est faible, plus un médicament peut être considéré comme coût- efficace. [28]

C. DES DISPARITES EN EUROPE

Des réformes ont été mises en œuvre dans de nombreux pays afin de mieux prendre en compte, d'un point de vue formel, la valeur économique d'un médicament. Cependant, on constate un clivage fort en Europe.

1° Analyse coût-efficacité

Certains pays fondent leurs décisions d'accès au remboursement sur la base d'une analyse coût-efficacité (coût par QALY). Parmi ces pays on distingue : Royaume-Uni, Suède, Pays-Bas, Belgique et Pologne.

Prenons l'exemple intéressant du Royaume-Uni qui a développé une organisation en charge d'évaluer le coût-efficacité d'un médicament à un prix donné. Ainsi, le National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), établi en 1999 est l'organisation indépendante au Royaume Uni chargée de rendre des avis pour la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies. Pour se faire cette organisation utilise une méthode d'évaluation basée sur des preuves d'efficacité clinique et de coût-efficacité comparée au traitement standard. L'index AL s'expliqué précédemment est utilisé pour l'évaluation économique de la valeur du médicament en prenant en compte la qualité de vie des années de vies gagnées grâce à ce même médicament.

Enfin, NICE émet des recommandations sur l'utilisation optimale des nouveaux traitements ; « nous payerons les compagnies pharmaceutiques en fonction de la valeur des nouveaux médicaments pour soutenir l'innovation, améliorer l'accès des patients à des médicaments efficaces et un bon rapport qualité-prix » Earl Howe, Novembre 2010. [28]

2° Evaluation comparative clinique sans données économiques

En opposition aux quelques pays pionniers qui utilisent une analyse coût-efficacité pour déterminer la base du remboursement d'un médicament, d'autres pays européens fondent leurs décisions d'accès au remboursement sur la base d'une évaluation comparative clinique du bénéfice individuel et de santé publique, sans données économiques majeures.

On trouve les pays suivants: France, Italie, Allemagne et Espagne. [29]

Cependant parmi ces pays, là encore, des disparités sont notables. Ainsi, la France s'engage peu à peu dans cette voie de valeur économique à travers un élargissement progressif des compétences de la HAS dans le domaine de l'évaluation médico-économique. Depuis 2013, le circuit d'évaluation français inclut la prise en compte explicite d'une estimation de la valeur économique des médicaments (« avis d'efficience »).

En France, l'évaluation économique des médicaments se fonde sur des études réalisées par l'industrie dans le respect de normes méthodologiques élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces études comparent l'efficience des médicaments par rapport aux médicaments utilisés dans les mêmes indications. Cliniques et médico-économique, ces études pourraient être complétées par d'autres données telles que des informations financières relatives aux produits évalués, ou des données ayant trait aux aspects sociaux et éthiques de l'usage des médicaments.

Ce régime de régulation des prix soutient l'innovation et l'adoption des médicaments qui sont efficaces cliniquement et en terme de cout. Le régime introduit deux provisions: une plus grande flexibilité dans la fixation des prix et une utilisation plus systématique des « patient access schemes », les Régimes d'accès aux patients – qui doivent accroître l'accès des médicaments aux patients et assurent que les prix des médicaments reflètent leur valeur réelle. [30]

Jamais les prix des médicaments (leur rationalité, leur référence aux prix européens, leur durée garantie) n'ont été si ouvertement remis en cause. L'évaluation de la valeur médico-économique reste un sujet complexe, en particulier au stade de la primo inscription, en l'absence de données tant médicales qu'économiques en vie réelle.

V. DISCUSSION

L'accès au remboursement et la fixation des prix pour les médicaments dans les grands pays Européens est devenu l'enjeu principal des industriels et des états, en matière de progrès des biens de santé.

L'Europe est aujourd'hui dans une position complexe, entre harmonisation et diversité, au niveau de sa politique de prix des médicaments. Des dispositions réglementaires communautaires ont ainsi contribuées à rapprocher le marché du médicament des conditions de fonctionnement d'un marché unique. La création d'un brevet européen, la définition des principes communs visant à garantir la qualité et la sécurité sanitaire des produits ou l'harmonisation de la procédure des autorisations de mise sur le marché (AMM) sont trois manifestations tangibles du processus d'harmonisation réglementaire. En revanche, les médicaments continuent de circuler sur des marchés aux caractéristiques structurelles et aux modes de régulation différents. [31]

Avec l'ambition d'assurer la bonne de Santé de leur population, chacun des pays européens est maître de choisir la manière d'y accéder, nous l'avons vu plus haut. Si on s'intéresse au médicament remboursable, on s'aperçoit que la fixation du prix est importante pour permettre à tous un accès aux soins facilité. Or, et c'est en cela que la comparaison de chacun des systèmes de soin se révèle importante, le prix n'apparaît pas comme parfaitement comparable entre les différents pays.

En effet, en fonction des systèmes de remboursement adoptés en France, en Allemagne ou au Royaume-Uni par exemple, le prix peut ne pas être le même mais donner un accès aux soins identiques à la population de chacun de ses pays. En choisissant des systèmes de remboursement majoritairement publics ou privés, chacun des pays offre les mêmes garanties à l'ensemble de leur population. Le prix fixé devient alors le prix fixé en fonction des contraintes de remboursement de chacun des pays avec la volonté d'offrir à un maximum l'accès aux soins. [21]

La question de Santé Publique semble être davantage remise en question lorsqu'on s'intéresse au marché de l'OTC où les prix ne sont soumis à aucun contrôle. Le pris étant pas le même pour tous, il est difficile d'envisager une équité dans l'accès aux soins. Même s'ils sont des

médicaments dits « de confort », ils participent néanmoins à la qualité de vie et à l'hygiène globale d'une population. L'uniformisation de l'accès aux soins ne saurait qu'être compromise ou vouée à de grandes difficultés sans un consensus réel des autorités et des industriels dans ce marché. Une question demeure cependant, celle de la volonté réelle de d'offrir un accès aux médicaments OTC le plus étendu possible par les autorités européennes.

L'harmonisation des modes de fixation des prix peut être envisagée de deux manières différents : on pourrait envisager un accord européen pour créer un nouveau mode de fixation du prix des médicaments prenant en compte les spécificités et les attentes des différents pays, et de ses acteurs de la chaîne du médicament. [30] Cependant, ceci nécessiterait de comparer la performance de chaque pays, ce qui peut s'avérer très complexe. L'autre solution envisageable, consiste à créer un nouveau système européen, sur le modèle de celui de l'AMM européenne. Cependant, ces deux solutions ne sont pas adaptées à l'environnement institutionnel actuel car cela impliquerait l'élaboration d'un processus de régulation unifié et donc la mise en place de nouvelles institutions communautaires centralisées, chargées de proposer et de faire appliquer les politiques communes. [31]

Maintenant si on s'intéresse au prix fabricant et au prix public des médicaments, qui sont tous deux liés par la rémunération et le circuit de distribution de ces derniers. Uniformiser ces deux prix nécessiterait une homogénéisation des marges et de la TVA au niveau européen. Cependant, les ventes au détail restant nationales: si le pharmacien français détient un monopole de vente des médicaments, ce monopole est partiel pour le pharmacien allemand et il n'existe pas au Royaume-Uni. [31] Tant que l'organisation de la distribution n'est pas uniformisée, sa rémunération ne peut pas l'être. Dans cette perspective, le fonctionnement des institutions et les comportements des acteurs jouent un rôle décisif. Le marché européen du médicament soulève la question des freins institutionnels et de leurs pouvoirs quant à l'harmonisation des prix des médicaments et de leurs modes de fixation.

PARTIE 2: ETUDE SUR LA MISE EN PLACE D'UN CORRIDOR DE PRIX

Diminution du nombre de pharmacies, ventes de médicaments sur internet, stress médiatique aux vues d'une possible vente en GMS, surveillance par les agences de consommateurs, restrictions économiques, sont des facteurs qui mettent les pharmacies Françaises sous pression et les préparent à des changements structurels importants. [32]

De plus, le contexte actuel de crise économique associé au vieillissement des populations met en exergue le rôle de l'automédication dans la régulation du système de santé.

Puisque non soumis à prescription médicale obligatoire, les médicaments de cette étude sont consommés majoritairement dans le cadre d'automédication. Dès lors, serait-il possible de mettre en place un corridor de prix, c'est-à-dire une fixation d'un prix avec un écart faible toléré, qui encadrerait ces médicaments-là ?

Il n'en a pas fallu plus pour que le parallèle d'un tel corridor se fasse avec celui du prix des livres. En effet en 1981 est née une loi imposant un prix fixe pour les livres, indépendamment du lieu d'achat, faisant ainsi naître une concurrence par la qualité des services proposés et non plus par le prix (Loi n° 81-766 du 10 août 1981). Aujourd'hui avec plus de 30 ans de recul sur le corridor du prix des livres, le réseau de distribution de ce dernier a été pérennisé tout en subissant des modifications structurelles.

Cependant est-ce envisageable ? Comment le mettre en place ? Quels seraient les changements potentiels ?

Ce projet d'envergure, a pour but de valider ou d'invalider la mise en place de ce corridor de prix. En effet, en collectant l'avis de plusieurs intermédiaires de la chaîne du circuit du médicament, il sera possible de mieux comprendre l'impact et les conséquences d'une telle mesure.

I. PHASE EXPLORATOIRE:

A. SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE :

1° Définitions et contexte de l'étude

Un climat confus règne sur le secteur pharmaceutique, en effet du laboratoire à l'officine, la chaîne du circuit du médicament est fortement secouée depuis quelques années.

Le contexte actuel de **crise économique** associé au vieillissement des populations met en exergue **rôle de l'automédication dans la régulation du système de santé**.

On entend par automédication: l'ensemble des médicaments conseillés par le pharmacien, qui sont des médicaments de prescription médicale facultative, non prescrits et non remboursés. [33]

En France, le monopole pharmaceutique existe depuis 1941 (*Art L. 4211-1 et L. 5125-1 CSP*).

C'est-à-dire que seul le pharmacien est autorisé à délivrer des médicaments (*Art L. 4211-1 et L. 5125-1 CSP*).

En effet, le médicament n'est pas un bien de consommation ordinaire, il doit être utilisé selon des bonnes pratiques : il est avant tout un **bien de santé**, mais également un bien symbolique, socialisé, industriel et de consommation.

Comme vu dans la partie 1, il existe **différents types** de médicaments, pour rappel :

-Médicaments remboursés

-Médicaments non vignetés

-Médicaments non soumis à prescription obligatoire

Dans le cadre de l'étude seuls les Médicaments non soumis à prescription obligatoire et non vignetés seront concernés.

Ces médicaments non soumis à prescription obligatoire non vignetés (MNSPONV) n'ont **pas de définition juridique propre**, c'est une définition par défaut, représentant tous

les médicaments n'ayant pas les critères d'inscription sur une liste, donc ne nécessitant pas de prescription médicale pour être délivrés.[33]

Le prix de ces médicaments **est libre**, il en revient donc au pharmacien d'en déterminer le prix. « *Sauf dans les cas où la loi en dispose autrement, les prix des biens, produits et services relevant antérieurement au 1er janvier 1987 de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 sont librement déterminés par le jeu de la concurrence* » (art L. 410.2 Code du commerce). [34]

Le Code de la déontologie précise« *Lorsque le pharmacien est, en vertu de la réglementation en vigueur, appelé à fixer librement les prix pratiqués dans son officine, il doit y **procéder avec tact et mesure*** » (art R. 4235-65 CSP).

2° Le marché de l'automédication

C'est en 2008, que Roselyne Bachelot, prend la décision d'autoriser la mise à disposition de plus de 250 médicaments non remboursables devant le comptoir des officines (Décret du 30 juin 2008, art. R 5121-202 csp).

Son objectif premier était de **faire baisser le prix des médicaments non remboursables** en jouant sur la **concurrence** entre les laboratoires et les pharmacies. [35]

Suite à ces mesures, dans la même année, en plus de la **vague de déremboursement** des médicaments, l'automédication a subi une **forte croissance**. [36]

Mais dès 2010, le marché de l'automédication connaît sa **première stagnation** malgré la mise à disposition de ces spécialités, le relais de croissance attendu n'est pas au rendez-vous. [37]

On constate que le marché de l'automédication en France est sous développé. En effet, les chiffres de ces dernières années en témoignent, en effet en 2012 elle représentait 7,6% du marché pharmaceutique en valeur et 17% du marché en volume. [38] En 2013, l'automédication a représenté 465 M d'unités soit 2123 M€. [39] Ces valeurs sont **relativement faibles** comparées à celles de la moyenne Européenne (10,4%). Parallèlement, toujours en 2013, on observe en plus de la baisse de l'automédication une baisse du marché de la prescription de -3,5%. [39]

Cette baisse significative est **confirmée** par le douzième baromètre de l'AFIPA, association représentant les industriels des médicaments d'automédication, qui révèle en plus, une **disparité des prix entre officines** (elle tend à se réduire mais est toujours présente). [40]

3° Des différences de prix à prendre en compte

Ces disparités s'expliquent par:

- **un pouvoir d'achat et de négociation des officines différents** (Plus le volume de vente d'un produit sera grand, plus les remises seront élevées, le prix d'achat est dégressif en fonction du volume)
- **le choix du fournisseur par lequel passe le pharmacien** (laboratoire, grossistes...)

On notera que les MNAPONV à 80 %, sont achetés en grande quantité **directement auprès des laboratoires** afin d'avoir un prix le plus bas assorti de remises, évitant de subir la marge supplémentaire du grossiste. Les laboratoires offrent des remises allant parfois jusqu'à 50% et peuvent refuser de vendre aux grossistes afin de maintenir leur monopôle sur l'automédication. [41]

- **la stratégie commerciale du pharmacien** (politique de prix agressive).

Ces variations de prix d'une officine à l'autre entraînent des **inégalités** au niveau de **l'accès aux soins** pour les patients.

Ces disparités de prix poussent alors les patients à s'interroger sur l'honnêteté du pharmacien et sur la politique de prix pratiquée.

En effet, les petites officines n'ont pas toujours la capacité d'acheter en grande quantité, elles n'ont donc pas accès à de grosses remises et se voient obligées de vendre plus cher pour espérer atteindre une marge suffisante pour se rémunérer et pérenniser leur entreprise.

Parallèlement malgré l'augmentation de la TVA de 10% en 2014, entraînant une augmentation globale sur toutes les officines des prix de ces médicaments [42], le phénomène des pharmacies « discount » se développe.

Dans ces dernières, les achats se font en quantités très importantes, leur **marge est faible**, elles peuvent ainsi se permettre de casser totalement les prix «pouvant aller jusqu'à 40% moins cher que le prix de vente moyen » ce qui **tend à changer l'image** de la pharmacie officinale. [43]

4° Analogies avec le corridor du livre

En 1981 est née une loi imposant un **prix fixe** pour les livres, indépendamment du lieu d'achat, faisant ainsi naître une **concurrence par la qualité des services proposés** et non plus par le prix. (Loi n° 81-766 du 10 août 1981)

Dans le texte, cette loi aurait permis :

- *« l'égalité des citoyens devant le livre, qui sera vendu au même prix sur tout le territoire national ;*

- *le maintien d'un réseau décentralisé très dense de distribution, notamment dans les zones défavorisées ;*

- *le soutien au pluralisme dans la création et l'édition en particulier pour les ouvrages difficiles ».* [44]

De cette loi est née l'éventualité de la transposer ce corridor de prix au circuit du médicament.

En effet la **question soulevée au Sénat** concernant l'encadrement du prix des MNSPONV, a fait l'objet d'une publication au JO. [45]

Aujourd'hui avec plus de 30 ans de recul sur le corridor du prix des livres, le réseau de distribution de ce dernier a été **pérennisé** tout en subissant des modifications structurelles.

Favorables à cette transposition au circuit du médicament, un certain nombre de professionnels de santé pensent qu'il pourrait conserver un **maillage serré** et une distribution dense pour les MNSPONV. Ils avancent des arguments en faveur **d'équité entre les patients**, de la Santé Publique et d'assurance d'un large choix de médicaments dans n'importe quelle pharmacie. [45] [46]

En réponse à ces arguments favorables, d'autres montrent leur opposition, justifiant l'impossibilité de contourner les **barrières juridiques** notamment sur la libre concurrence. Pour eux cette régulation serait illégitime malgré une disparité du prix de ces médicaments variant du « simple au triple » selon les officines. Ils préféreraient plutôt informer, sensibiliser le consommateur et construire l'automédication comme une **stratégie indispensable au service de la santé publique**. [47] [48] [49]

B. ENTRETIENS AVEC LES EXPERTS ET TEMOINS PRIVILEGIÉS :

1° Constitution de l'échantillon

Pour les entretiens non directifs de la première phase exploratoire, le choix était volontaire d'hétérogénéiser la population d'**experts** et de **témoins privilégiés** afin d'avoir un panel diversifié, provenant de différents métiers, ayant un lien avec le circuit du médicament (directement ou par analogie). Seule la consigne inaugurale a été donnée.

Ont participé à l'étude :

- Une économiste spécialiste de la santé qui a publié sur l'éventuelle fixation de prix des médicaments non remboursables en Suisse, il sera appelé :expert n°1.*
- Une Association Française très connue spécialisée dans l'Automédication : expert n°2.*

* sans l'autorisation des deux experts leurs noms ne peuvent être communiqués

- Divers **témoins privilégiés**, choisis pour leurs connaissances sur ce thème.

Ainsi, ont été interrogé : deux industriels, deux décideurs dans deux grandes entreprises, un juriste dans l'industrie, un représentant chez un grossiste, un membre d'un groupement pharmaceutique, deux délégués pharmaceutiques, un patron de grande surface, un libraire et une association de consommateurs.

2° Analyse des experts et témoins privilégiés

Le marché des MNSPONV est un **marché complexe**. En effet, ce dernier divise tout autant qu'il rassemble sur divers aspects, les experts et témoins privilégiés interrogés liés à des degrés différents au circuit du médicament. En réponse à la **question de recherche** du projet : « quel serait l'impact de la fixation d'un corridor de prix pour les MNSPONV sur le circuit du médicament en France ? » différents points de vue ont ainsi émergé.

Tout commence par une **analyse de la situation actuelle** qui, selon la source interrogée, diffère. Ainsi selon l'expert n°2 : le marché des MNSPONV se porte bien. C'est un secteur au sein duquel la concurrence joue bien son rôle et permet une réduction progressive de l'écart de prix entre officines pour un même médicament. Ce constat est cependant réfuté par une experte, économiste de la santé et par différents témoins privilégiés. En effet selon ces derniers, nous sommes face à un défaut de concurrence responsable d'une grande disparité de prix entre officines.

Le prix industriel d'un médicament OTC est fixé par les laboratoires en fonction de plusieurs éléments : le coût de Recherche et Développement, le coût de production lié à la matière première utilisée, la mise sur le marché du médicament et la marge du laboratoire. Le prix public d'un MNSPONV est ensuite fixé par le pharmacien, en fonction du prix de vente du laboratoire et suivant une marge dépendante du pouvoir d'achat des clients. Ceci rend compte du pouvoir de marché des pharmaciens (c'est-à-dire que les pharmaciens font payer aux clients ce qu'ils sont prêts à payer) et explique une grande élasticité des prix pratiqués.

De plus, l'écart du prix d'achat entre officines dépend également du **réseau de distribution** et des **remises pratiquées** en fonction de la quantité achetée. Cette **liberté de fixation des prix de l'OTC**, loi en vigueur depuis 1984, permet aux industriels et pharmaciens de gagner une **marge variable** et représente donc une véritable opportunité pour ces acteurs du circuit du médicament.

Un constat intéressant est remonté de cette 1^{ère} phase qualitative : selon les deux experts, le patient **ne semble pas connaître le prix des MNSPONV** et semble ainsi accorder peu d'importance à ce paramètre. Ils l'argumentent par un manque de transparence des prix pratiqués en officine. En revanche, certains médicaments dits « d'appel » attireraient le client par un prix cassé et un affichage du prix mis en évidence, point relevé par un laboratoire pharmaceutique.

Différents **impacts positifs** de la mise en place d'un corridor de prix des MNSPONV semblent remonter lors de nos divers interrogatoires :

Tout d'abord ce corridor permettrait **une transparence** sur tout le circuit du médicament de l'OTC. Ceci aurait pour conséquence de rétablir une **crédibilité** du médicament et des différentes professions qui commercialisent ces médicaments, à savoir les laboratoires, les pharmaciens d'officine et possiblement les distributeurs et grossistes. En

évitant ainsi les marges excessives par des variations raisonnables du prix et une absence d'amplitude, la relation du patient avec son pharmacien serait alors vraisemblablement qualifiée de relation de confiance, d'honnêteté et de sécurité pour le patient.

De plus, les prix pratiqués étant tous les mêmes au sein des officines (aussi bien rurales qu'urbaines), nous aurions affaire à une concurrence plus loyale.

Ainsi, ont émergé dans les réponses aux questionnaires, des notions de Santé Publique : accès au marché, équité, démocratie sanitaire... En effet, les patients habitant en milieu rural ne seraient plus pénalisés en achetant des médicaments à des prix supérieurs à ceux pratiqués en milieu urbain. Cela lutterait ainsi contre une **médecine à deux vitesses** : la médecine des « pauvres et celle des riches ».

Grâce à des prix identiques, la concurrence entre officines s'axerait davantage sur le **conseil au patient** (conseil que beaucoup de témoins privilégiés jugent inexistant ou insuffisant à ce jour). De ce fait, une fois supprimée la notion de prix du médicament, la différence entre officines se ferait sur le pharmacien et son rôle. Les pharmaciens qualifiés de « consciencieux », continueraient à conseiller leurs clients et ceux, « moins professionnels », devant une éventuelle perte de clientèle seraient probablement plus à même de donner des conseils.

Il peut être également cité la « protection des petites officines », ainsi que le **ralentissement de leur fermeture** face à la concurrence. En effet, ces petites officines, n'ayant pas le volume nécessaire pour acheter en grosse quantité, pratiquent des prix de vente plus élevés que d'autres pour compenser un prix d'achat élevé au laboratoire et ainsi garder une marge nécessaire à leur survie. Ces officines voient leur clientèle diminuer au profit de pharmacies environnantes. L'installation d'un corridor de prix pourrait permettre d'éviter ce phénomène et par conséquent ralentir ou empêcher leur fermeture, **garantissant ainsi le maillage officinal français** surtout au niveau rural.

Le dernier point important à évoquer est que ce corridor permettrait potentiellement de **conserver le monopole français officinal** des MNSPONV, à ce jour terriblement menacé. Ainsi, Leclerc par exemple, pourrait refuser de s'intéresser à ce marché car sa politique de prix, très agressive, ne pourrait être exercée, cela lui enlèverait de la marge de manœuvre et une perte de compétitivité. Il serait contraint d'afficher des prix identiques à ceux des officines. Cette hypothèse est cependant réfutée par l'expert n°2 qui soutient que cela

n'empêcherait pas la GMS (grande et moyenne surface) de s'approprier ce marché, car cela créerait du flux, des nouveaux clients et donc de l'argent.

Il semblerait également que la mise en place d'un corridor de prix des MNSPONV ait divers impacts négatifs.

Le premier à citer, n'est pas des moindres : une remise en cause de la **liberté de fixation des prix** et donc de la liberté des individus aussi bien des patients, pharmaciens qu'industriels serait constatée. Ceci ne serait pas acceptable selon l'expert n°2. De plus, ce serait une pratique anti concurrentielle et selon l'experte, la compétition est toujours le cas le plus favorable à un marché. En effet la compétition conduit naturellement au prix de marché le plus bas car le consommateur, en faisant jouer la concurrence, choisirait les officines qui offrent les prix les plus bas. « Les autres officines, à terme seraient obligées de s'aligner à ces prix », devenus prix moyens du marché. Ainsi l'expert n°2 et l'experte pensent qu'il serait peut-être plus efficace de laisser faire la concurrence plutôt que de changer la loi.

De plus, en termes de santé publique sur son versant économique, ce corridor en permettant une **uniformisation** des prix sur un prix moyen du marché ou un prix élevé, ne serait pas idéal. En effet, une conséquence de la mise en place de ce corridor, pourrait être une augmentation globale du prix de l'OTC.

Par ailleurs, certains pharmaciens et industriels semblent réfractaires à ce corridor car cela ne leur permettrait plus de s'octroyer des marges importantes. D'autres pharmacies perdraient leur clientèle intéressée par les prix attractifs proposés. Ces pharmacies devront compenser ces prix imposés par une augmentation de quantité de médicaments vendus pour obtenir des remises intéressantes et ainsi garder leur marge initiale. Seulement certaines d'entre elles n'auront pas la capacité volumique de stockage.

Les industriels seront également impactés : si leur coût de production augmente (ce sont des choses qu'ils ne maîtrisent pas toujours) mais que leur prix de vente est fixe, cela engendrera un problème vis-à-vis de la marge et le risque serait que certains industriels retirent volontairement leurs produits du marché car ils ne vendront pas à perte. Les médecins et patients ayant un réel besoin de certaines molécules dé-remboursées, cela pourrait engendrer un problème de Santé Publique.

Concernant la faisabilité de cette mesure, les différents témoins privilégiés et experts s'interrogent.

Tout d'abord qui fixerait les prix ? Serait-ce comme pour notre modèle : le corridor du livre, l'industriel, c'est-à-dire le laboratoire ou serait-ce une négociation initiale avec les différents acteurs du circuit du médicament ? Faut-il envisager une sorte de Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) pour cette fixation ?

Ensuite, comment ce prix serait-il fixé ? Au cas par cas ou par classes homogènes et thérapeutiques ? Ce prix serait-il un prix moyen du marché Français ? Européen ? Ou bien serait-il un prix supérieur au marché ? Inférieur ? Faut-il négocier un coefficient par rapport à un prix d'achat ?

Enfin, la question du temps est remontée : s'il s'agit de faire changer la loi par un décret, un arrêté, ce sont des choses qui prendraient énormément de temps et si beaucoup d'acteurs semblent y être opposés, cela passerait peut-être pour une mesure autoritaire.

Ces points respectifs relevés lors d'interrogatoires d'experts et de témoins privilégiés à partir d'une question de recherche, seront à approfondir lors de l'interrogatoire des acteurs que sont les pharmaciens d'officine.

Les points à analyser, à comprendre et à disséquer, seront les notions d'intérêt général ou particulier, de transparence, de santé publique, de financement de la Santé en France, d'image du pharmacien mais également de faisabilité de la mesure.

3° Autocritique de l'analyse des entretiens

Grâce à cette phase d'étude exploratoire, les enjeux et les thèmes principaux liés aux MNSPONV ont été mis en évidence.

Cependant au fil des entretiens réalisés, des remarques négatives et des réticences réelles quant à l'impact de l'instauration d'une telle mesure ont fait surface.

Certains des témoins ont eu du mal à se positionner en juge face à l'impact d'une mesure qui leur paraissait *apriori* très difficile voire impossible à mettre en place. Ce manque de projection dans une situation future de la part des témoins peut engager un biais dans l'analyse car ces derniers peuvent ne pas avoir complètement réfléchi à l'impact de la mesure en arrêtant leur pensée sur les modalités techniques de sa mise en place.

Il sera bon de noter également qu'un libraire avait été inclus à l'étude, cependant son propos peu utile car documenté seulement sur l'univers du livre a permis de réaliser que la

mise en place d'un corridor sur le MNSPONV n'est en aucun cas une transposition simple des mesures prises sur le Livre.

Une association de consommateurs avait également été contactée mais elle n'avait pas souhaité répondre personnellement aux questions.

Enfin en réfléchissant avec du recul sur les témoins rencontrés du circuit du médicament, il aurait peut-être été intéressant d'avoir aussi eu l'avis d'une mutuelle complémentaire ou du Service Public pour connaître leurs avis et leurs prédictions sur les évolutions du marché des MNSPONV.

II. ETUDE QUALITATIVE :

A. PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE :

Comme vu précédemment, le contexte économique actuel des officines, pousse le marché des MNSPONV à évoluer.

L'analyse des avis d'experts et de témoins privilégiés a permis de confirmer en plus de l'analyse des documents bibliographiques que des changements seraient à prévoir sur ce marché et impacteraient directement ou indirectement chacun des acteurs du circuit du médicament en France.

Dans cette partie, le choix des acteurs interrogés se fera sur une population homogène, en effet tous sont pharmaciens. Ceci permettra de confronter les avis, les désirs et les réticences de chacun pour fournir une synthèse sur l'impact d'une telle mesure.

B. METHODOLOGIE UTILISEE:

1° Constitution de l'échantillon

Après lecture de ces premiers entretiens, se sont dégagées des idées nécessaires et utilisables pour le choix des acteurs et la réalisation des entretiens semi-directifs, ainsi il a été choisi de fixer la population d'étude sur des pharmaciens officinaux.

En effet étant les premiers concernés par ce projet par leur position finale dans le circuit du médicament mais aussi pas leur double casquette commerciale : acheteurs et vendeurs.

Désireux de choisir un **échantillon le plus représentatif possible** de la cible différents profils ont été interrogés. Le ratio Homme/Femme en France est d'environ 1 pour les pharmaciens. L'âge moyen des pharmaciens est de 48 ans. 56% des officines sont en zone urbaine et 74 % des officines ont des chiffres d'affaires supérieur à 1,1 M€. [49]

La taille de l'échantillon est de 12 acteurs. (*Annexe 1*)

2° Intérêt des entretiens « individuels semi-directifs »

L'entretien individuel permet de récolter des **données** beaucoup plus **détaillées** sur le point de vue global d'un corridor mais aussi l'impact sur la profession de pharmaciens

d'officine, et l'accès du médicament aux patients. Ce type d'entretien encourage **l'ouverture et la libre expression** de la pensée. Comparé aux entretiens de groupe, il évite les biais dus à l'émergence de différentes personnalités fortes durant les entretiens. Les personnes interrogées peuvent vouloir se placer en tant que suiveur d'une pensée évoquée par le leader par peur d'avoir un avis différent et d'être jugés.

3° Le guide d'entretien

Il a permis d'organiser d'une manière logique et chronique les thèmes sur lesquels les différents entretiens allaient être mener et sur lesquels il était intéressant d'enquêter.

Il est composé de la consigne inaugurale, des thèmes choisis et des questions intermédiaires.

Ces question intermédiaires ont été élaborées suite aux entretiens des témoins privilégiés afin de pouvoir orienter les thèmes des informations données par l'interrogé mais aussi de le relancer lorsqu'il y a tarissement de ses réponses sur un thème donné. (*Annexe 2*)

Les 12 entretiens ont été enregistrés, retranscrits *verbatim* (verbatim non fournis pour des raisons de confidentialité) lus et analysés.

C. ANALYSE ET INTERPRETATIONS DES DONNEES :

De manière générale, après avoir administré la question de recherche, à savoir l'impact du corridor des prix des MNSPONV sur le circuit du médicament en France, parmi les 12 acteurs, 8 sont **favorables** (67%) et 4 seraient contre (33%) la mise en place de ce corridor.

• CONCURRENCE et COMMUNICATION

Quand on s'intéresse de plus près aux 8 acteurs favorables à ce projet, 6 d'entre eux (75%) pensent que ce corridor de prix aurait une image positive en terme de concurrence sur les officines, qu'il pourrait donc permettre un milieu plus sain et propice à une concurrence plus loyale. 2 acteurs (25%), quant à eux ne pensent pas que le corridor engendrerait une concurrence ou un milieu compétitif plus favorable et sain. Cependant pour 1 acteur (12,5%), le corridor aurait un souffle positif en termes de communication sur le métier de pharmacien officinal et sur la communication de l'officine en terme de Santé Publique. Pour 1 dernier acteur (12,5%), la mise en place d'un corridor des prix, permettrait une commande facilitée

avec les laboratoires et donc une remise de prix plus simple lors de la commande des médicaments.

Ainsi, les facteurs en faveur d'un corridor de prix seraient une meilleure concurrence, l'instauration d'un milieu sain et propice au conseil pour le patient avec un **bénéfice en termes de Santé Publique** ainsi qu'une **négociation facilitée** avec les laboratoires qui permettrait un bénéfice en termes de prix de vente.

- **CHANGEMENTS SUR L'OFFICINE**

Quand on interroge les acteurs sur le changement qu'engendrerait le corridor des prix, parmi les 10 ayant répondu, 7 acteurs (70%) pensent que le corridor n'aurait aucune action en terme de changement de fonctionnement de l'officine au niveau des prix des MNSPONV. Pour 5 acteurs (50%) un corridor des prix existe déjà de manière officieuse au niveau tarifaire et pensent se trouver d'ores et déjà dans ce corridor. Pour 3 acteurs (30%) les tarifs étant déjà normalisés il ne serait d'aucune aide sur un possible encadrement des prix. Pour 2 acteurs (20%) il opérerait un changement catastrophique dans le marché, en annihilant la compétitivité des prix entre officines et de fait mènerait à perte le marché des MSNPO.

Ainsi, un corridor officieux semble déjà exister. En effet, un grand nombre de pharmacies pratiquerait aujourd'hui des prix encadrés et une loi ne changerait pas foncièrement le travail du pharmacien. Au contraire, elle **pourrait contrer la compétitivité du marché du médicament**.

- **IMAGE DU PHARMACIEN**

Concernant l'image sur la pharmacie et le métier de pharmacien, 10 acteurs (83%) pensent que le corridor améliorerait l'image du pharmacien, que celui-ci ne serait plus considéré « comme un épicier » mais au contraire comme un professionnel de santé, même si 4 acteurs (33%) pensent que la population française a une bonne image du pharmacien officinal. Pour 1 acteur (8%), il n'y aurait aucun changement sur l'image du pharmacien car l'image de l'officine et du métier de pharmacien n'est pas dépendante du prix des MNSPONV. Enfin pour un dernier acteur (8%) les retombées en terme d'image seraient négatives pour la pharmacie et le pharmacien « ils se goinfraient sur le dos des gens ».

Pour conclure sur l'image du pharmacien : il semblerait que cet élément soit la **clé de motivation** de la mise en place du corridor des prix. En effet la profession se sent en danger, quant à l'image véhiculée du pharmacien. L'instauration d'une fourchette de prix serait un recours pour veiller à la notoriété du pharmacien en France.

- **MAILLAGE OFFICINAL**

Concernant les conséquences sur les fermetures des officines, 7 acteurs (58%) pensent que ce corridor diminuerait les fermetures des officines qui ces dernières années sont de plus en plus fréquentes. 3 acteurs (25%) spécifient que ce sont surtout des officines rurales qui ne fermeraient pas. De plus, pour 8 (67%) des acteurs se serait surtout les petites officines qui bénéficieraient du souffle positif du corridor en les empêchant de fermer et en enlevant de fait une pression de commande et de prix. Enfin, 2 acteurs (17%) pensent qu'il faciliterait l'accès des patients aux soins en garantissant un même prix partout, qu'importe l'endroit où l'on se trouve. Cependant, 6 (50%) acteurs, pensent qu'il n'empêchera pas les officines de fermer : pour 2 acteurs (17%) le prix est un faux problème dans les officines et pour 1 acteur (8%) les fermetures sont causées par la GMS. Enfin, 4 acteurs (33%), pensent qu'il bloquerait le discount dans son exercice de « course au prix », et donc permettrait aux autres officines de ne pas fermer.

Ce corridor des prix des MNSPONV pourrait ainsi **sauver certaines officines de la fermeture**. Cependant, les petites officines ainsi que certaines pharmacies se trouvant dans des déserts médicaux, disparaîtraient si le corridor des prix était en place, à la faveur de groupements plus importants d'officines.

- **ATTAQUES DE LA GMS ET MONOPOLE**

Au niveau de la GMS et de la possible vente des médicaments en grande surface : 8 acteurs (67%) sont contre la vente en GMS. 3 acteurs (25%) pensent que c'est « néfaste » et que le manque de conseils serait un manque délétère pour les patients. 2 acteurs (17%) pensent que l'intérêt est uniquement économique pour la GMS et que la Santé Publique n'est pas leur préoccupation. Pour 1 acteur (8%) les prix seraient moins cher en GMS, enfin 1 dernier acteur (8%) pense que la GMS éloignerait l'accès aux soins. 8 acteurs (67%) précisent que le **corridor protégerait le monopole pharmaceutique**, donc il n'y aurait aucun intérêt pour la GMS d'acquérir les médicaments si le corridor est mis en place. 2 acteurs (17%)

stipulent qu'inéluctablement le médicament finira en GMS, qu'importe si le corridor des prix est en place ou pas.

Ainsi, le corridor des prix garantirait la **pérennité du monopole pharmaceutique**, en ralentissant le passage des MNSPONV en grande surface, même si ce passage paraît inévitable pour certains acteurs.

- **CIRCUIT DU MÉDICAMENT**

Du point de vue du circuit du médicament, 7 acteurs (58%) ne se prononcent pas et 1 (8%) ne sait pas s'il y aurait un impact concurrentiel sur ce circuit. Ces données témoignent d'un **manque de visibilité** sur la chaîne de distribution du médicament.

Concernant les intermédiaires, 2 acteurs (17%) n'ont pas d'avis, 4(33%) pensent qu'il y aurait un impact sur les grossistes. En effet pour 1 acteur (8%) il y aurait une réduction de marges, pour 1 autre (8%), un système de « contre-marges » se mettrait en place. Enfin, une régulation laboratoire-grossiste serait envisageable pour 2 acteurs (17%).

Par rapport au lien entre la pharmacie et les laboratoires, 7 (58%) pensent qu'il faudrait fixer les prix au niveau du laboratoire, mais 2 (17%) pensent que les laboratoires refuseraient.

On notera donc, qu'il est très important à l'esprit des pharmaciens de maintenir une forme de concurrence entre les officines, mais pour eux elle doit être encadrée pour être plus loyale. Sur le circuit du médicament, les pharmaciens manquent d'informations sur la chaîne de distribution pour vraiment être capable de voir si les grossistes et les industriels pourraient être touchés par l'instauration d'un corridor. Cependant, les **notions de marge** et de **continuité de marge** sont **décisives** dans la mise en place du corridor. Son instauration doit être une mesure transparente en accord avec les laboratoires.

- **SANTE PUBLIQUE**

En terme d'impact sur la Santé Publique : 6 (50%) pensent que le corridor maintiendrait l'accès au soin, en affirmant le besoin de proximité de l'officine. Mais 7 (58%) ne pensent pas qu'il maintiendrait l'accès au soin, car il risquerait de **changer la politique du prix** : soit des prix trop bas qui amènerait un danger, soit une augmentation du prix qui

engendrerait un problème d'équité dans l'achat du médicament. Sur le flux de patients, pour 1 acteur (8%): aucune perte de patient avec le corridor, et pour 2 acteurs (17%), étant donné que les officines sont déjà au prix il n'y aurait aucune influence sur la patientèle.

Sur le flux de patients, 7 acteurs (58%) pensent que si le corridor est en place, les médicaments seront plus accessibles, plus attractifs et donc un meilleur flux de patients sera envisageable. Pour 1 acteur (8%), le corridor serait une perte de patients.

Le corridor des prix des MSNPO aurait une influence en terme de flux de patients, en **garantissant un flux constant** voire augmenté pour beaucoup d'acteurs, car le choix de l'officine en fonction du prix ne serait plus un critère de différenciation dans l'esprit des consommateurs. L'impact sur la Santé Publique serait bénéfique, en **maintenant l'accès au soin**, selon la plupart des acteurs. Cependant, pour une majorité de pharmaciens, l'équité dans l'achat des MNSPONV et la politique de prix si elle n'est pas transparente représenteraient un danger.

- **PRISE EN CHARGE DES PATIENTS**

Concernant l'impact sur la prise en charge des patients et la valorisation de la profession : pour 3 acteurs (25%) il y aurait une valorisation des études, pour 6 acteurs (50%) le conseil serait une valeur ajoutée. Pour 1 acteur (8%), le corridor précipiterait le regroupement des officines entre elles. Pour 2 acteurs (17%), la notion de gestion est primordiale et n'est pas assez valorisée. Enfin, pour 1 acteur (8%), l'accès aux soins serait inscrit dans la durabilité.

Pour beaucoup d'acteurs, ce qui distingue le pharmacien d'un commerçant c'est la **valorisation des études** et la **valeur ajoutée du conseil**, véritable expertise pharmaceutique. Mais il remonte que certaines notions manquent dans le cursus des études pharmaceutiques comme la gestion d'un commerce, ce qui peut précipiter le pharmacien à sa perte. Le besoin d'inscrire l'accès au soin dans la **durabilité** passerait donc par l'instauration du corridor des prix des médicaments pour une majorité d'acteurs.

- **OUVERTURE AU CHANGEMENT**

A savoir si les pharmaciens sont des professionnels ouverts au changement : 9 acteurs (75%) pensent que oui : les pharmaciens sont des personnes **ouvertes au changement**. Pour 1

acteur (8%), le changement sera imposé et la question de l'ouverture n'aura pas lieu d'être évoquée. 1 acteur (8%) pense qu'avec le temps les officinaux changeront, même si pour 1 autre acteur (8%) cette ouverture d'esprit au changement est surtout **fonction de l'âge de la personne**. Enfin, 1 acteur (8%) ne pense pas que les pharmaciens soient ouverts au changement. La mise en place d'un corridor des prix serait une mesure qui imposerait une de l'exercice officinal et du métier de pharmacien, mais la majorité des acteurs considèrent que les pharmaciens sont ouverts à ce changement, de surcroît s'il est imposé.

• **ELABORATION DU CORRIDOR**

Au niveau de la mise en place du corridor : il devrait se faire avec le point de vue de plusieurs acteurs officiels (pharmaciens, syndicat, ordre...) et la fourchette de prix devrait être **relativement faible** afin d'éviter les variations de prix trop importantes. 4 acteurs (33%) ne se prononcent pas car pour eux le corridor reste une notion idéaliste et infaisable. 4 autres acteurs (33%) font apparaître la notion de distinction de pourcentage de variation par classes thérapeutiques. Cependant 1 acteur (8%) souhaiterait qu'un pourcentage global de base soit mis en place et 1 dernier acteur (8%) voudrait uniquement une fixation de la borne supérieure du prix de vente. Le corridor des prix des MNSPONV doit être une **décision collégiale** entre les acteurs du circuit de distribution du médicament, même si cette mesure reste un idéal irréalisable pour certains.

D. AUTOCRITIQUE DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS:

Le nombre de réponses par variables est différent en fonction des entretiens réalisés. Une analyse pertinente est donc difficile à faire et il est difficile de conclure. L'explication peut venir du manque d'expérience dans la réalisation de ce type d'enquêtes de la part des enquêteurs, mais aussi du manque de connaissances ou de recul de l'interrogé sur le sujet choisi.

De plus, certaines questions semblant évidentes en tant qu'enquêteurs, n'ont pas forcément été bien assimilées par l'interrogé engendrant une multitude de réponses.

A l'inverse, quelques points n'ont pas été abordés, ou pas correctement développés dans certains entretiens. Ceci peut s'expliquer par la division équitable des entretiens à mener par chaque membre du groupe. En effet, cette répartition ne permet pas d'harmoniser le déroulement de l'entretien, la forme, la technique, qui est donc propre à chacun.

Pour finir, le choix de l'échantillon d'acteurs pour la plupart installés depuis plusieurs années ou avec beaucoup d'expérience, ne permet pas forcément d'avoir un regard innovant sur la profession et les éventuels changements chez les principaux concernés.

Les conclusions établies sont donc provisoires. Elles nécessiteront d'être complétées par une étude quantitative.

E . HYPOTHÈSES:

H1 : *Plus le pharmacien prodigue de conseils, plus il pense que l'image qu'il renvoie à ses clients est bonne.*

H2 : *Plus le pharmacien prodigue de conseils, moins il aura un sentiment de menace de perte de sa marge.*

H3 : *Plus le pharmacien pense que l'image qu'il renvoie à ses clients est bonne, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor de prix.*

- H3b : à image perçue égale, plus le pharmacien fera part de l'affichage des marges, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor des prix.

H4 : *Plus le pharmacien à un sentiment de menace sur la perte de sa marge, moins forte sera l'adhésion au corridor de prix.*

- H4a : à sentiment de menace de perte de marge égale, plus le pharmacien fera part de l'affichage des marges, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor des prix.

H5 : *Plus le pharmacien est favorable à l'autoprotectionnisme professionnel, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor de prix.*

- H5a : à attachement au protectionnisme égal, plus le degré de maillage officinal est grand, plus le pharmacien sera susceptible d'adhérer au corridor.

H6 : *Plus le pharmacien est favorable au protectionnisme professionnel, plus il est attaché au monopôle pharmaceutique.*

H7 : Plus les pharmaciens se définissent comme adaptables, dans leurs vise professionnelle et privée, plus ils vont adhérer au corridor de prix.

- H7a : à adaptabilité égale, plus le pharmacien sera âgé, moins il sera susceptible d'adhérer au corridor.
- H7b : à adaptabilité égale, plus l'officine sera petite, plus le pharmacien sera susceptible d'adhérer au corridor.

H8 : Plus le pharmacien est attaché à la préservation du monopole officinal, plus il va adhérer au corridor de prix.

- H8a : à attachement au monopole égal, plus le pharmacien se sentira menacé par la GMS et/ou le discount, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor.
- H8b : à attachement au monopole égal, plus l'officine est petite plus le pharmacien sera susceptible d'adhérer au corridor.

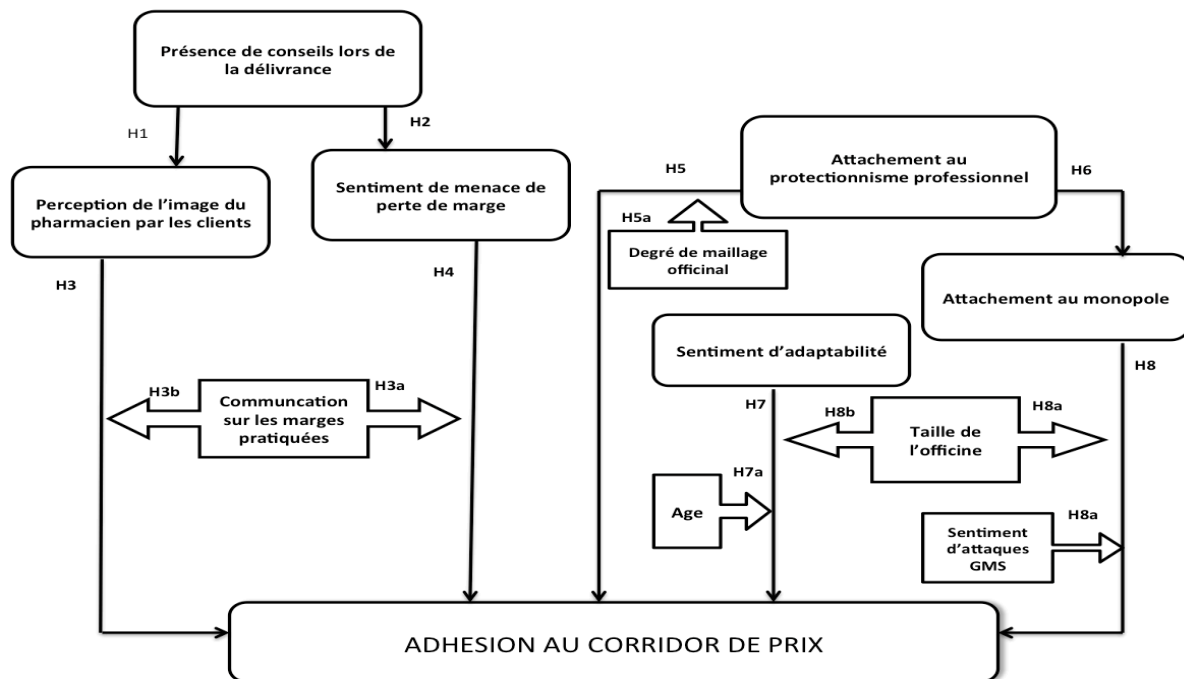


Figure 10: Schéma des hypothèses

F. PROBLEMATIQUE:

Après analyse de cette phase exploratrice d'entretiens d'experts, de témoins privilégiés et d'acteurs (les pharmaciens d'officine), l'adhésion des pharmaciens d'officine au corridor

des prix des MNSPONV semble être corrélée à différentes variables, d'où découlent des hypothèses.

L'adhésion semble être d'autant plus forte que la perception de l'image du pharmacien par ses clients est bonne et que le sentiment de menace de sa marge est faible. Ces deux hypothèses sont apparues liées à la présence de conseil : plus le pharmacien prodigue des conseils, plus son image perçue par ses clients est bonne et moins il a le sentiment de menace de perte de sa marge. De plus, la perception de l'image du pharmacien auprès de ses clients sur l'adhésion au corridor semble façonnée positivement par la présence de communication sur les avantages pour les clients et par l'affichage des marges.

Ensuite, l'adhésion au corridor des prix paraît être plus importante pour les pharmacies favorables au protectionnisme professionnel et plus le degré de maillage officinal est grand, plus l'adhésion semble forte. De plus, les pharmacies favorables au protectionnisme professionnel semblent être plus attachées au monopôle pharmaceutique. Plus ce dernier est important, plus l'adhésion au corridor des prix paraît forte. Cet attachement au monopôle a été constaté d'autant plus fort que les pharmacies ont un sentiment d'attaque par la GMS ou le discount et que les pharmacies sont de petite taille.

Enfin, l'adhésion à ce corridor se montrerait plus forte chez les pharmaciens qui se définissent comme adaptables. Ce sentiment semble être lié à l'âge : plus le pharmacien est âgé et moins il se sent adaptable et à la taille de l'officine : plus l'officine est petite et moins il semble être adaptable.

G. CONCLUSION DE LA PHASE EXPLORATOIRE:

Le corridor des prix des MNSPONV, reste une mesure importante et intéressante pour beaucoup d'acteurs avec des impacts positifs sur les patients et la Santé Publique. Cependant, des objections s'entendent, surtout concernant la faisabilité de la mise en place d'une telle mesure.

Les enjeux du marché actuel comprennent un danger émanant de politiques de prix extrêmes à savoir des prix élevés ou au contraire trop bas. Mais les acteurs gardent à l'esprit que cette mesure serait un moyen possible de lutter contre l'arrivée des MNSPONV en grandes et moyennes surfaces. Une notion reste très importante à l'esprit des acteurs : le pourcentage de marge, car les pharmaciens sont prêts à mettre en place le corridor des prix

mais à la condition qu'une marge soit conservée. Cette marge pourrait être différente par classe thérapeutique mais devra garantir un minimum de rentabilité pour la pharmacie.

Afin de dégager les éléments pertinents pour confirmer ou infirmer les hypothèses cette phase exploratoire sera complétée par une étude quantitative, sur un échantillon représentatif de pharmaciens officinaux.

II. PHASE CONFIRMATOIRE :

A. PRESENTATION DE L'ETUDE :

Pour dégager des éléments de réponses et confirmer ou infirmer les hypothèses dégagées de cette phase exploratoire qualitative, une étude confirmatoire quantitative a été réalisée sur un échantillon représentatif de pharmaciens officinaux. Les éléments recueillis, présentés dans le corps de ce rapport, ont pour objectif de répondre à la question de recherche: la régulation du prix des médicaments non soumis à prescription obligatoire non vignetés (MNSPONV) peut-elle avoir un impact sur le circuit du médicament en France.

B. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE:

L'objectif de cette étude était de tester les hypothèses dégagées et illustrer des théories par la mise en évidence de corrélations entre des variables.

Pour se faire, le choix d'une méthode quantitative s'est révélé pertinent puisqu'elle vise à mesurer de façon représentative des indicateurs de croyances, d'attitude, d'intention d'achat ou de comportement, sur des échantillons qui pour être représentatifs et extrapolés à l'ensemble de la population doivent être suffisamment grands. L'enquête quantitative permet également de mesurer des opinions ou des comportements et de décrire les caractéristiques d'une population ayant une opinion ou un comportement particulier.

C. PLAN DE SONDAGE:

1° Définition de la population étudiée

Pour mener à bien notre étude qualitative, il est nécessaire de cibler la population qui sera la plus concernée par notre projet. Étant donné leur rôle prépondérant dans la mise en place et l'acceptation d'un corridor de prix pour les MNSPONV, la cible sera les pharmaciens d'officine. Au dernier recensement de l'Ordre National des pharmaciens en janvier 2014, il y a 54 950 pharmaciens d'officine.

2° Constitution de l'échantillon

Après discussion, il a été décidé d'un nombre minimum de 200 réponses requises pour obtenir des résultats exploitables et significatifs. Actuellement en France il y a plus de 21 915

officines, dont 2 000 en Midi- Pyrénées. La collecte de l'échantillon a été étendue à la France afin d'obtenir assez de réponses.

3° Taille de l'échantillon

L'échantillon est composé de 370 pharmaciens de France.

Afin de valider l'échantillon obtenu, il est nécessaire de vérifier s'il est représentatif de la population cible. Pour cela le test du Khi 2 doit être mis en place, c'est un test de représentativité statistique. Ce test permet de vérifier l'ajustement entre les effectifs observés et les effectifs théoriques en fonction de la population mère, pour la variable sur laquelle nous avons prévu des quotas. Dans cette étude, le quota est le sexe du pharmacien.

Les données générales de l'ordre National des pharmaciens, au 1^{er} janvier 2014, donnent un pourcentage de pharmaciens titulaires hommes de 56,7 % et de pharmaciens titulaires femmes 43,3 %. Afin de cadrer au mieux à la population à observer il est nécessaire de faire un test d'ajustement entre les effectifs observés et effectifs théoriques.

Partons de l'hypothèse que le sondage est représentatif de la population de pharmaciens en France.

Test du Khi 2 avec un degré de tolérance de 2 et 5 % : il a fallu chercher le Khi 2 limite dans le tableau des valeurs du khi 2 et le comparer au khi2 obtenu. Si le Khi2 total observé est inférieur au Khi2 limite, il n'y a pas d'écart entre théorie et pratique, l'échantillon peut être considéré comme correct sur la variable concernée.

ddl	1	ddl	1
α	0,05	α	0,02
Khi 2	3,8415	Khi 2	5,4119

Sexe	Effectifs observés	Effectifs théoriques	khi2	Pourcentage
Homme	223	206,955	1,2439517	56,70%
Femme	142	158,045	1,62891597	43,30%
Total	365		2,87286768	100%

Table 5 : Répartition statistiques selon les sexes

Le Khi2 total est inférieur au Khi2 limite, il n'y a pas d'écart entre théorie et pratique,

l'échantillon est correct sur la variable concernée (sexe).

Les statistiques concernant la moyenne d'âge des pharmaciens en France, ne peuvent être applicables à l'échantillon car la moyenne d'âge selon le rapport 2014 de l'Ordre des pharmaciens, ne prend en compte les différentes catégories de pharmaciens, les titulaires ne peuvent être extraits de ces données, le rapport prenant en compte la globalité des pharmaciens (grossistes, biologistes, pharmaciens hospitaliers, officinaux). On ne peut pas considérer que la répartition de l'âge est homogène selon les classes, donc il est impossible de comparer ces valeurs théoriques à l'échantillon pratique.

4° Élaboration du questionnaire et justification

Le questionnaire d'étude quantitative est un instrument permettant de sonder un échantillon représentatif de la population cible, afin de pouvoir traiter à grande échelle les informations recueillies et de tirer des conclusions sur un panel suffisamment large.

Le questionnaire a été élaboré à la manière d'un entonnoir, en partant des questions les plus larges et souvent les plus simples permettant de mettre en confiance l'interrogé, puis passer sur des questions plus précises impliquant de plus en plus une vraie réflexion de l'interrogé. Il est conçu pour évaluer chaque variable et chaque hypothèse.

Afin de collecter des faits précis et directement quantifiables les questions qui en découlent sont fermées facilitant les réponses et leurs analyses.

5° Test du questionnaire

Avant de lancer le questionnaire, il est indispensable de réaliser un test afin de déceler les éventuelles erreurs qui auraient pu se glisser, le lancement du questionnaire à ensuite pu avoir lieu.

6° Récupération des données

La récupération des données s'est faite grâce à « Sphinx online ».

Un choix doublement stratégique:

- Une utilisation simple: En effet le logiciel « Sphinx » permet de réaliser facilement notre questionnaire, le diffuser via e-mailing, de suivre en temps réel le taux de réponses et exporter

les données facilement. Le questionnaire est ainsi disponible auprès d'un nombre important de sondés simultanément partout sur le territoire national et le coût d'une telle enquête est très attractif.

- L'optionalité emailing: La cible étant les pharmaciens de France, il était bien difficile d'imaginer se déplacer dans des officines dans toutes les régions afin d'administrer les questionnaires en face à face. La population étant plutôt occupée, il est plus simple pour le pharmacien de répondre à un questionnaire par internet quand il a peu de temps, que de renvoyer les réponses par courrier. Le Syndicat National des Pharmaciens donc a mis à notre disposition les adresses mail de tous les pharmaciens de France métropolitaine. Afin d'avoir une plus grande crédibilité et légitimité, les présidents des syndicats de chaque régions Française ont envoyé un mail à tous les pharmaciens de France expliquant notre démarche et incluant un lien internet vers notre questionnaire « Sphynx Online ».

7° Difficultés rencontrées

La première difficulté rencontrée a été d'obtenir la validation du questionnaire par l'Ordre National des pharmaciens afin de pouvoir utiliser leur mailing list. Cette étape à la base prévue pour mai 2014 a été retardée de deux mois, les procédures d'approbation et administratives étant fastidieuses, l'enquête a débuté le 26 juin 2014.

La seconde difficulté fut d'obtenir la réponse d'un assez grand nombre de pharmaciens durant la période estivale, qui est le moment où les pharmaciens n'ont pas la plus grande disponibilité.

La troisième difficulté a émané des faits d'actualités apparus le 28 juillet 2014 qui à forcer l'étude à se cloture afin de ne pas inclure un biais dans les réponses des pharmaciens. La collecte des données s'est donc faite sur un peu plus d'un mois.

C. ANALYSE ET INTERPRETATIONS DES DONNES:

376 personnes ont été interrogées pour cette enquête confirmatoire quantitative. Le taux de réponse des 37 questions est dans l'ensemble nettement satisfaisant avec un taux maximum de 98,7% (4 personnes n'ont pas répondu soit 1,3% de l'échantillon total) et un taux minimum de réponse de 96% (15 personnes n'ont pas répondu soit 4% de l'échantillon total). Le pourcentage moyen de réponses est de 97,7% (8 personnes n'ont pas répondu soit 2,1% de l'échantillon total).

Pour l'analyse suivante, les résultats ont été exploités avec les non réponses exclues (

1° Caractéristiques de l'échantillon

Les questions filtre ont permis de recueillir un certain nombre de caractéristiques de l'échantillon. Ces différents éléments sont regroupés ci- après et les données brutes sont fournies en annexe. Une très large majorité, pour ne pas dire la totalité (98,4%) d'entre eux sont pharmaciens et c'était une notion bloquante, titulaires (94,7%) et une importante majorité d'entre eux (90,7%) fait partie d'un syndicat de pharmaciens et adhère (à 85,6%) à un groupement. Parmi l'échantillon interrogé, 61,1% sont des hommes et un important pourcentage de l'échantillon (30,6%) a de l'ancienneté dans leur officine d'exercice puisqu'ils travaillent dans la même officine depuis plus de 20 ans contre 16,0% de pharmaciens qui y travaillent depuis moins de 5 ans.

Concernant la zone d'exercice de l'officine: elle se situe majoritairement (à 38,0%) en zone péri-urbaine alors que les zones à forte densité et rurale sont représentées dans de proportions équivalentes minoritaires (autour de 20%). Tous les départements d'exercice sont représentés en France métropolitaine.

2° Tris à plat et mesure des variables

L'échantillon de pharmaciens associe majoritairement (45,5%) toujours un conseil à la délivrance de MNSPONV et ils ne sont que 1,6% à ne jamais le faire. Les résultats révèlent que les pharmaciens associent fréquemment (plus d'une fois sur deux à 25,5% contre 13,6% une fois sur deux) un conseil à cette vente lorsqu'ils ne l'associent pas systématiquement.

L'image perçue du pharmacien interrogé par ses clients est bonne puisqu'ils ont répondu à 93,4% "tout à fait d'accord" ou "d'accord" en revanche ils ne sont plus que 86,9% à penser que d'une manière générale, l'image perçue par ses clients du pharmacien d'officine est bonne. Ainsi il est intéressant de remarquer qu'un certain nombre de pharmaciens pensent avoir une relation privilégiée avec leur client qui ont une bonne d'image d'eux contrairement à l'image de la profession de pharmacien en générale.

Concernant le sentiment de menace de la perte des marges pratiquées par les pharmaciens sur la vente de MNSPONV: 81,2% des pharmaciens estiment que ces marges ont diminuées au cours des deux dernières années (39,1% sont tout à fait d'accord et 42,1% sont d'accord) alors que 85,1% estiment qu'elles sont menacées. Ceci traduit l'inquiétude des pharmaciens

concernant l'évolution des pratiques puisque 3,9% d'entre eux qui ont conservé leur marge ces deux dernières années, craignent qu'elle soit menacée dans un avenir plus ou moins proche.

Les pharmaciens pensent en large majorité (62,5%) que leurs clients ne connaissent pas les marges pratiquées de leur pharmacien. Ils sont 26,1% à ne pas avoir d'opinions concernant cette question.

Selon les pharmaciens interrogés, la répartition géographique a un impact sur le chiffre d'affaire des pharmacies en général (seulement 2,6% ne sont "pas d'accord" ou "pas du tout d'accord") et également sur leur propre chiffre d'affaire même si on constate une hausse de pharmaciens qui se disent "pas d'accord" ou "pas du tout d'accord" (7,7% de l'échantillon total). Les pharmaciens évaluent donc un plus grand impact du degré de maillage officinal sur leur propre chiffre d'affaire que sur le chiffre d'affaire des pharmaciens en général.

Le protectionnisme professionnel a été évalué à l'aide de plusieurs questions. Les pharmaciens sont partagés sur le fait d'accepter qu'il y ait moins d'officine en France (49,2% se prononcent favorablement contre 46,5% défavorablement). Parmi ceux qui acceptent un changement, ils sont 48,7% à vouloir une diminution du nombre d'officines contre 44,7% qui ne souhaitent aucun changement. Les pharmaciens se considèrent majoritairement comme faisant partie d'une confraternité de pharmaciens puisque seulement 10,6% ne sont pas d'accord, 2,9% pas du tout d'accord et 21,8% sont neutres. Autre fait intéressant : 84,5% de l'échantillon se disent prêts à communiquer de manière institutionnelle sur leur métier. Ainsi, les pharmaciens, véritable confraternité, revendiquent leur métier et leur légitimité mais ils sont partagés sur le maillage officinal que certains estiment dense et veulent réduire.

Seulement 4,5% ne suivent pas et ne participent pas aux séances de formation continue et la majorité (à 37,0%) n'attendrait pas pour effectuer des changements dans leur officine après un changement législatif. Ces pharmaciens estiment cependant avoir souffert des changements législatifs imposés puisqu'ils ne sont que 1,8% à ne pas être d'accord et 0,5% pas du tout d'accord. Ces questions ont été formulées dans le but d'évaluer le sentiment d'adaptabilité des pharmaciens. Ce qu'il en ressort est qu'ils sont relativement adaptables dans leur profession, cependant ils s'estiment lésés par tous ces changements imposés dernièrement.

Parmi l'échantillon interrogé, la moyenne d'âge est assez élevée puisqu'en majorité (38,6%), elle est comprise entre 50 et 59 ans alors que la deuxième catégorie la plus représentée

(23,7%) comprend les pharmaciens d'âge inclus entre 40 et 49 ans. De par cette moyenne d'âge élevée, nous comprenons aisément qu'un important pourcentage de l'échantillon (30,6%) travaille dans la même officine depuis plus de 20 ans. En revanche moins de pharmaciens (16,0%) y travaillent depuis moins de 5 ans.

Parmi l'échantillon de pharmaciens, la quasi-totalité (97,6%) regretterait le monopole pharmaceutique s'il était amené à disparaître et 0,6% des pharmaciens seraient prêt à concéder une partie des médicaments aux grandes surfaces. Ceci reflète un très fort attachement des pharmaciens de France métropolitaine au monopole pharmaceutique.

La taille moyenne de l'officine de l'échantillon, mesurée par le nombre d'employé et le chiffre d'affaire, comprend 4 ou 5 employés (34,3%) et un CA situé majoritairement entre 700 000 et 3 millions d'euros (84,8%), ce sont donc des officines de taille moyenne en majorité.

87,2% des pharmaciens estiment que les pharmacies discount leur causent du tort et ils ne sont plus que 73,4% à estimer que les parapharmacies des grandes et moyennes surfaces leur causent également du tort. En revanche, 93,1% sont gênés par les publicités de Leclerc sur les médicaments. Le sentiment d'attaque des pharmaciens d'officine se révèle donc être plus important vis-à-vis de leurs confrères de pharmacies discount que vis-à-vis de la GMS. En revanche la publicité générée par Leclerc sur les médicaments en libre accès dérange unanimement.

La majorité de l'échantillon (58,2%) ont entendu parler du corridor de prix avant cette enquête et 80,9% sont favorables à l'adhésion de ce corridor de prix (6,9% ne se prononce pas). Ils sont cependant moins nombreux (74,7%) à être pour la mise en place la plus rapide possible d'une telle mesure (10,6% sont neutres). Concernant l'impact sur les prix de ce corridor les avis sont plus nuancés : concernant les prix de l'ensemble des pharmacies, cela ne changera rien (à 38,3%) ou entraînera une diminution des prix (35,6%). Il est intéressant de remarquer que lorsqu'il s'agit de l'impact sur leur officine, ce corridor ne provoquerait une diminution des prix qu'à 23,4% alors qu'il ne changerait rien à 52,4% sur les prix pratiqués. Les pharmaciens estiment donc pour la plupart pratiquer des prix corrects.

Cette première analyse, basée sur les tris à plat, renseigne sur différents éléments. Ainsi, il est intéressant de remarquer que les pharmaciens n'ont pas le même recul ni les même ambitions pour leur propre officine face à celles de leurs confrères en général. Même s'ils s'estiment

majoritairement faisant partie d'une confraternité et luttent activement pour le protectionnisme professionnel, ils se sentent davantage concernés par le sort de leur propre officine. Certains pensent être mieux perçus auprès de leurs clients que leurs voisins.

De plus, les résultats traduisent l'inquiétude de la profession concernant leur marge pratiquée et la perte du monopole pharmaceutique au profit de la GMS ils se disent adaptables mais pâtissent des changements imposés.

Pour conclure, les pharmaciens adhèrent à 80,9% à un corridor de prix des médicaments. On semble percevoir une certaine confiance dans le système puisqu'ils pensent majoritairement que cela ne changerait rien à leur prix (52,4%) et préserverait donc leur marge en étant un bouclier de plus.

3° Tris croisés et test des hypothèses

Les tris croisés ou "tableaux de contingence" permettent de tester, l'existence d'une relation statistique entre deux variables. Pour vérifier s'il y a relation entre ces variables, nous comparons le tri croisé obtenu au tri croisé théorique que l'on obtiendrait s'il n'y avait aucune relation entre les deux variables, c'est à dire les mêmes proportions pour chaque modalité que pour la totalité. Plus le Khi 2 sera grand, plus la relation entre les deux variables sera forte.

La probabilité d'échec du test (p), nous informe aussi de la relation entre les deux variables. Si celui-ci est inférieur à 5%, la relation est validée. Plus celle-ci est proche de 0, plus la relation est forte ($p < 1\%$: relation forte - $1\% < p < 5\%$: relation forte - $5\% < p < 15\%$: relation faible).

H1: Plus le pharmacien prodigue de conseils, plus il pense que l'image qu'il renvoie à ses clients est bonne.

H1 : croisement entre conseils et image perçue												
	Toujours		Jamais		Plus d'une fois sur 2		Une fois sur 2		Moins d'une fois sur 2		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Pas d'accord	3	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,8%
D'accord	95	55,9%	3	50,0%	66	68,8%	33	64,7%	30	66,7%	227	61,7%
Tout à fait d'accord	69	40,6%	3	50,0%	23	24,0%	15	29,4%	14	31,1%	124	33,7%
Neutre	3	1,8%	0	0,0%	7	7,3%	3	5,9%	1	2,2%	14	3,8%
Total	170	100,0%	6	100,0%	96	100,0%	51	100,0%	45	100,0%	368	

p = 13,0% ; chi2 = 17,56 ; ddl = 12 (PS)

La relation est peu significative.

Table 6: Résultats obtenus après analyse de l'hypothèse 1

Le tri croisé de ces deux variables donne un Khi2 de 17,56. La relation entre ces deux variables est peu significative. Nous pouvons dire que le fait que le pharmacien prodigue des conseils a peu de relations sur l'image qu'il pense renvoyer à ses clients.

- **H2:** Plus le pharmacien prodigue de conseils, moins il aura un sentiment de menace de perte de sa marge.

376 observations
Echantillon total

H2 : croisement entre conseils et menace marge
Lors de la délivrance à un client de MNS
Il vous semble que votre marge sur la ve

	Toujours		Jamais		Plus d'une fois sur 2		Une fois sur 2		Moins d'une fois sur 2		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	2	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,5%
D'accord	69	40,4%	1	16,7%	40	42,6%	23	45,1%	22	47,8%	155	42,1%
Pas d'accord	10	5,8%	0	0,0%	8	8,5%	0	0,0%	2	4,3%	20	5,4%
Tout à fait d'accord	71	41,5%	3	50,0%	31	33,0%	21	41,2%	18	39,1%	144	39,1%
Neutre	19	11,1%	2	33,3%	15	16,0%	7	13,7%	4	8,7%	47	12,8%
Total	171	100,0%	6	100,0%	94	100,0%	51	100,0%	46	100,0%	368	

p = 61,1% ; chi2 = 13,84 ; ddl = 16 (NS)
La relation n'est pas significative.

Table 7: Résultats obtenus après analyse de l'hypothèse 2

Le test statistique regroupant la présence de conseils et le sentiment de menace de la perte de marge donne un $p = 61,1\%$. La relation entre ces deux variables n'est donc pas significative.

Le fait de prodiguer des conseils ne semble donc pas être lié au sentiment de menace sur sa marge.

- **H3:** Plus le pharmacien pense que l'image qu'il renvoie à ses clients est bonne, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor de prix.

- H3a: à image perçue égale, plus la communication sur les avantages pour les clients sera présente, plus le pharmacien sera susceptible d'adhérer au corridor des prix.

H3 : croisement entre image et adhésion au corridor

	Pas d'accord		D'accord		Tout à fait d'accord		Neutre		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	0	0,0%	6	2,7%	7	5,8%	0	0,0%	13	3,6%
D'accord	1	33,3%	71	32,0%	24	20,0%	4	30,8%	100	27,9%
Pas d'accord	0	0,0%	19	8,6%	7	5,8%	0	0,0%	26	7,3%
Tout à fait d'accord	2	66,7%	95	42,8%	74	61,7%	8	61,5%	179	50,0%
Neutre	0	0,0%	31	14,0%	8	6,7%	1	7,7%	40	11,2%
Total	3	100,0%	222	100,0%	120	100,0%	13	100,0%	358	

p = 8,6% ; chi2 = 19,09 ; ddl = 12 (PS)
La relation est peu significative.

Table 8: Résultats obtenus après analyse de l'hypothèse 3a

Le tableau de contingence du croisement énoncé ci-dessus, donne un Khi 2 de 15,06 et un P nettement supérieur à 15 %. Il n'y a donc pas de relation significative entre les deux. A image perçue égale, le pharmacien ne semblera pas plus adhérer plus au corridor des prix, plus il fera de la communication sur les avantages pour les clients

- H3b: à image perçue égale, plus le pharmacien fera part de l'affichage des marges, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor des prix.

376 observations
Echantillon total

H3 : croisement entre image et adhésion au corridor

	Pas d'accord		D'accord		Tout à fait d'accord		Neutre		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	0	0,0%	6	2,7%	5	4,0%	0	0,0%	11	3,0%
D'accord	1	33,3%	82	36,8%	26	21,0%	5	38,5%	114	31,4%
Pas d'accord	0	0,0%	17	7,6%	7	5,6%	0	0,0%	24	6,6%
Tout à fait d'accord	2	66,7%	101	45,3%	77	62,1%	8	61,5%	188	51,8%
Neutre	0	0,0%	17	7,6%	9	7,3%	0	0,0%	26	7,2%
Total	3	100,0%	223	100,0%	124	100,0%	13	100,0%	363	

p = 23,8% ; chi2 = 15,06 ; ddl = 12 (NS)
La relation n'est pas significative.

Table 9: Résultats obtenus après analyse de l'hypothèse 3b

Le croisement des deux variables donne un p= 8,6 %. Il y a donc un lien entre la mise en avant des marges et l'adhésion au corridor de prix. Cette relation est peu significative (Khi 2 = 8,6%). Il est donc possible que le pharmacien sera plus enclin à adhérer au corridor des prix s'il est d'accord d'afficher les marges sur les produits qu'il vend.

- H4: Plus le pharmacien à un sentiment de menace sur la perte de sa marge, moins forte sera l'adhésion au corridor de prix.

- H4a : à sentiment de menace de perte de marge égale, plus le pharmacien fera part de l'affichage des marges, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor des prix.

H4

	Pas du tout d'accord		D'accord		Pas d'accord		Tout à fait d'accord		Neutre		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Il vous semble que votre marge sur la ve	2	7,7%	155	41,6%	20	28,6%	144	28,2%	47	41,6%	368	33,7%
Vous adhérez à la mise en place de cette	11	42,3%	116	31,1%	24	34,3%	188	36,8%	26	23,0%	365	33,4%
Vous êtes pour la mise en place la plus	13	50,0%	102	27,3%	26	37,1%	179	35,0%	40	35,4%	360	32,9%
Total	26	100,0%	373	100,0%	70	100,0%	511	100,0%	113	100,0%	1093	

p = <0,1% ; chi2 = 33,06 ; ddl = 8 (TS)

Table 10: Résultats obtenus après analyse de l'hypothèse 4

Lorsque l'on fait le tableau de contingence croisant la variable "affichage de marge" à "l'adhésion à la mise en place du corridor", nous obtenons un Khi 2 de 33,06 ce qui démontre un lien entre les deux. La relation est très significative ($p < 0,1\%$).

Par conséquent on voit bien que la composante commerciale et financière de cette réforme s'impose comme un argument fort en faveur de tout changement. Les pharmaciens semblent enclins à soutenir cette mesure, ce changement de cadre si et seulement si elle permet de sauvegarder la marge et préserver la pérennité comptable de l'entreprise.

- **H5**: Plus le pharmacien est favorable au protectionnisme professionnel, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor de prix.

- H5a: à attachement au protectionnisme égal, plus le degré de maillage officinal est grand, plus le pharmacien sera susceptible d'adhérer au corridor.

376 observations Echantillon total						
H5						
	Oui		Non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	7	53,8%	6	46,2%	13	100,0%
D'accord	52	52,0%	48	48,0%	100	100,0%
Pas d'accord	18	69,2%	8	30,8%	26	100,0%
Tout à fait d'accord	87	50,3%	86	49,7%	173	100,0%
Neutre	19	50,0%	19	50,0%	38	100,0%
Total	183	52,3%	167	47,7%	350	

$p = 49,9\%$; $\chi^2 = 3,36$; $ddl = 4$ (NS)
La relation n'est pas significative.

Table 11: Résultats obtenus après analyse de l'hypothèse 5

Le rapport entre le degré de maillage officinal et l'adhésion au corridor des prix n'est pas statistiquement significatif ($p=49,9\%$). Le fait que le pharmacien, pense que la repartition géographique des officines en France influence son chiffre d'affaires, ne semble pas un facteur décisionnel à l'adhésion au corridor des prix. Il ne semble pas que la diminution de son chiffre d'affaire à cause d'un maillage officinal irrégulier aille de paire avec l'adhésion au corridor des prix.

H6: Plus le pharmacien est favorable au protectionnisme professionnel, plus il est attaché au monopole pharmaceutique.

	Oui	Non	Total
Pas du tout d'accord	0	1	1
D'accord	24	13	37
Tout à fait d'accord	160	161	321
Neutre	1	0	1
Total	185	175	360

p = 17,2% ; chi2 = 5,00 ; ddl = 3 (NS)
La relation n'est pas significative.

Table 12: Résultats obtenus après analyse de l'hypothèse 6

Le tri croisé donne un $p=17,2\%$, il n'y a donc pas de relations entre les deux variables énoncées ci-dessus. Contrairement à ce que l'on supposait, le pharmacien qui est attaché au protectionnisme professionnel n'est pas attaché au monopole pharmaceutique. Cela peut se traduire par une acceptation d'une diminution du nombre d'officines tout en désirant garder un monopole sur les médicaments.

- **H7:** Plus le sentiment d'adaptabilité du pharmacien est grand, plus il va adhérer au corridor de prix.

- H7a: à adaptabilité égale, plus le pharmacien sera âgé, moins il sera susceptible d'adhérer au corridor des prix.

	Dès que possible	Après plusieurs rappels	Jamais, je préfère démissionner	Après un premier rappel	Total
Pas du tout d'accord	6	2	0	3	11
D'accord	41	33	6	30	110
Pas d'accord	4	9	0	11	24
Tout à fait d'accord	75	55	7	49	186
Neutre	11	8	1	6	26
Total	137	107	14	99	357

p = 59,7% ; chi2 = 10,22 ; ddl = 12 (NS)
La relation n'est pas significative.

Table 13: Résultats obtenus après analyse de l'hypothèse 7

Le tri croisé de ces deux variables donne un résultat non significatif ($P= 59,7 \%$). Il n'y a donc pas de relation statistiquement significative entre ces deux variables. Le sentiment d'adaptabilité du pharmacien ne semble pas être lié avec l'adhésion au corridor des prix. Le pharmacien peut se sentir adaptable sans pour autant adhérer au corridor de prix.

- **H8**: Plus le pharmacien est attaché à la préservation du monopole officinal, plus il va adhérer au corridor de prix.

Le tri croisé recoupant l'attache au monopole officinal et l'adhésion au corridor des prix donne un $p = 59,7 \%$. Ceci montrant qu'il n'y a pas de relation entre ces deux variables. Nous ne pouvons donc pas dire que plus le pharmacien sera attaché à la préservation du monopole officinal, plus il sera d'accord avec la mise en place d'un corridor des prix.

- H8a: à attachement au monopole égal, plus le pharmacien se sentira menacé par la GMS et/ou le discount, plus il sera susceptible d'adhérer au corridor.

Pas du tout d'accord	6	2	0	3	11
D'accord	41	33	6	30	110
Pas d'accord	4	9	0	11	24
Tout à fait d'accord	75	55	7	49	186
Neutre	11	8	1	6	26
Total	137	107	14	99	357

$p = 59,7\%$; $\chi^2 = 10,22$; $ddl = 12$ (NS)

La relation n'est pas significative.

Table 14: Résultats obtenus après analyse de l'hypothèse 8

Le tableau de contingence, donne une relation très significative entre les deux variables ($p=4,6\%$). L'adhésion au corridor des prix sera plus grande si le pharmacien se sent menacé par la GMS. Il est probable que le pharmacien, se sentant menacé par les attaques de la GMS, considère que l'idée d'un corridor pourrait anéantir cette menace.

D - AUTOCRITIQUE

1° Les limites d'une étude quantitative en général

- Qualité des réponses données par l'échantillon:

Lorsque l'interrogé remplit le questionnaire, il peut subir l'effet de rationalisation, de lassitude, être dans l'incapacité de se souvenir, répondre au hasard et surtout vouloir répondre en se conformant aux normes sociales et non à son propre point de vue.

Les réponses recueillies par questionnaire ne sont pas spontanées mais suscitées. De ce fait, elles ne peuvent être tenues pour des indicateurs fiables des comportements qui se produisent effectivement en situation. Il existe, en effet, un écart entre ce que les individus disent et ce qu'ils font, entre le discours et le comportement. Une personne interrogée peut ne pas avoir de point de vue personnel sur la question posée. Le fait de lui suggérer des réponses le force à se positionner.

- Qualité du plan de sondage:

Toutes les variables exogènes ne peuvent être parfaitement contrôlées. L'influence du mode de collecte des données et la finesse des instruments de mesure posent des limites à ne pas négliger.

- Manque d'importance donné au point de vue de l'enquêté :

L'enquête quantitative implique de créer des variables dont on cherchera à établir des relations statistiques entre elles . Or les processus sociaux ne se prêtent pas forcément à cette mise en forme préalable. L'enquête par questionnaire peine à analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins. Elle retranscrit assez mal les systèmes de valeur et les repères normatifs à partir desquels les individus s'orientent et se déterminent.

2° Les limites liées à notre étude

- Représentativité de l'échantillon:

Nous avons dû utiliser de longues procédures afin d'avoir un échantillon dit représentatif de la population. Il nous était très difficile de calquer l'échantillon sur les caractéristiques INSEE

que nous connaissions.

L'échantillon que nous avons recueilli n'étant pas représentatif, nous avons dû lisser nos résultats et perdre en nombre de réponses.

- Échantillonnage:

Parce que nous avons diffusé ce questionnaire par le biais de la mailing-list de notre commanditaire, nous devons nous interroger sur le profil de nos répondants. En effet, sous l'égide du Syndicat National des Pharmaciens, notre action peut avoir été perçue comme allant dans le sens des convictions profondes du syndicat. Un pharmacien ayant des idées différentes que celles que soutient le syndicat peut avoir étiqueté notre questionnaire comme relevant des mêmes idées. Il nous aurait peut-être fallu utiliser une mailing-list plus neutre lors de l'envoi pour ne pas introduire de biais d'appartenance.

De plus il est évident vu le fort pourcentage de syndiqués parmi les répondants à l'enquête que ce sont majoritairement des présidents départementaux ou des pharmaciens investis dans les idées du syndicat qui ont répondu à notre questionnaire.

- Actualité:

Nous avons décidé l'arrêt de l'enquête à cause d'un contexte politique mettant en péril la qualité des réponses. En effet le 27 juillet, l'Inspection Générale des Finances (IGF) recommande d'ouvrir à la concurrence la vente de médicaments dont la prescription est facultative et la vente de médicaments non remboursables.

Arguant que ces deux types de médicaments représentent environ 9% du chiffre d'affaires des pharmacies en moyenne, elle pointe du doigt les pharmaciens en prouvant que les prix des médicaments ont bien plus augmenté en dix ans que l'inflation générale.

Il est évident qu'un tel pavé dans la mare médiatique au milieu de l'été aurait pu mettre à mal l'étude. Ainsi l'étude a été stoppée pour ne conserver que les avis des pharmciens avant cette crise.

- Taux de remontée:

Sur les 22000 pharmacies françaises, seulement 370 pharmaciens ont répondu à notre enquête. Nous n'avons donc pu récolter l'avis que de 1,67% des officines françaises.

E. BILAN DE L'ÉTUDE ET ÉMERGENCE DE NOUVELLES HYPOTHÈSES

La France reste un des rares pays où la vente des médicaments est soumise aux contraintes de l'organisation du système de santé et de la protection des consommateurs. Malgré la volonté des pharmaciens de conserver l'organisation actuelle, la valorisation récente du conseil officinal et l'instauration de nouvelles attributions pour leur profession, le monopole pharmaceutique est mis à mal.

En tirant le bilan de notre enquête différents points retiennent l'attention:

Tout d'abord il est à noter la faible significativité de nos résultats nous empêchant de tirer des conclusions fortes ou trouver des tendances lourdes. Cet échantillon malgré sa taille honorable de 376 interrogés, soit 1,7% des officines françaises, souffre d'un manque d'hétérogénéité. Nous le devons notamment à la sur-représentation des pharmaciens âgés de plus de 50 ans et aux adhérents du syndicat qui est le commanditaire du projet. Les récents faits d'actualité ont bouleversé le déroulement de notre étude en empêchant la saisie de davantage de pharmaciens. Il nous faudrait donc réinterroger ces pharmaciens en prenant garde à ne pas faire une diffusion sous l'égide du Syndicat pour toucher une meilleure diversité.

Ensuite, un élément majeur retient notre attention: de fortes contradictions émergent dans les avis de la population testée. En effet, en fonction des questions, les pharmaciens prennent des positions tantôt logiques, tantôt contraires. Nous le voyons notamment dans le taux d'acceptation : même si 80,9% d'entre eux adhèreraient à la mise en place de ce corridor des prix, pour 52,4% cette mesure ne changerait pas les prix dans leur propre officine. Par extrapolation, les pharmaciens se considèrent donc majoritairement à un prix juste et sont attentifs à la modification du cadre législatif dans lequel ils évoluent. Cette attente ne se justifie apparemment pas par l'espérance d'une augmentation de leur marge mais semble apparaître comme un garde-fou de leur santé économique. L'attente de mesures préservant leurs avantages se dégage et leur adaptabilité prouvée se mettra à leur service lors d'une instauration potentielle.

Toujours en termes de contradiction, la confraternité supposée de la profession se confirme

puisque le sentiment d'appartenance à une confraternité se retrouve chez près des 2/3 des répondants. Face à cet argument qui aurait pu augurer d'une envie forte de s'unir et de se protéger, on retrouve que près de 48,7% des pharmaciens seraient prêts à accepter la fermeture de plus de 500 pharmacies sur le territoire.

L'affichage des marges et la communication autour de la rémunération de la profession sont significativement liés à la bonne mise en place de ce corridor selon notre enquête. Ce travail de transparence se révèle donc être un levier majeur dans l'instauration de la mesure dans les meilleures conditions.

Les arguments qui découlent de ces tendances et qui pourront être réutilisés à des fins politiques sont les suivants:

Si le prix des MNSPONDV est le même partout, son instauration se révèle être un rempart majeur dans la préservation du monopole. La menace d'un transfert des médicaments vers la GMS ne serait plus de mise. En effet la grande distribution, avide de marge, place toute sa communication et son argumentaire autour de la notion de baisse des prix et de liberté concurrentielle. Avec un prix identique partout, le marché des MNSPONDV deviendrait beaucoup moins intéressant pour ce secteur. Si les tendances économiques et législatives se poursuivent et que le monopole pharmaceutique est perdu. Les avantages de l'instauration d'une telle mesure seront forts puisque les pharmaciens pourront combattre les achats en GMS avec leur expertise, leur conseil et la transparence.

La transparence sur les prix qui s'est révélée être un levier important dans l'instauration de la mesure est à prendre en compte et à soutenir. Le plan de communication devra se baser sur la rémunération avec une transparence décomplexée sur les marges que dégagent les officinaux. Le travail sur l'image du pharmacien se ferait alors en toute logique puisque les français font majoritairement confiance à leur pharmacien.

CONCLUSION

L'Europe est aujourd'hui dans une position complexe, entre harmonisation et diversité, au niveau de sa politique de prix des médicaments. Avec l'ambition d'assurer la bonne de Santé de leur population, chacun des pays européens est maître de choisir la manière d'y accéder.

Si les prix des médicaments remboursables semblent relativement comparable, la question de Santé Publique semble être d'avantage remise en question lorsqu'on s'intéresse au marché de l'OTC où les prix ne sont soumis à aucun contrôle. Le prix n'étant pas le même pour tous, il est difficile d'envisager une équité dans l'accès aux soins. Même s'ils sont des médicaments dits « de confort », ils participent néanmoins à la qualité de vie et à l'hygiène globale d'une population. L'uniformisation de l'accès aux soins ne saurait qu'être compromise ou vouée à de grandes difficultés sans un consensus réel des autorités et des industriels dans ce marché.

Face aux dernières actualités, les Autorités sont unanimes: il faut réduire les dépenses de santé, en baissant les prix et en réduisant les écarts de prix d'une pharmacie à une autre.

Prêt à tout pour éviter le passage des médicaments en grandes surfaces, les pharmaciens sont solidaires et unis. En effet, le médicament n'est pas un bien de consommation ordinaire, le monopole du pharmacien doit être conservé et préservé.

Ainsi, la mise en place d'un corridor de prix, pourrait permettre de limiter les abus sur les prix les plus élevés. Cependant, même si cette mesure selon l'étude menée peut se targuer d'afficher un taux d'acceptation de plus de 80%, plus de la moitié pense qu'au mieux, cette mesure ne changera rien dans le quotidien de la profession et dans la pérennité économique de chaque officine. Il est alors difficile de conclure sur ce pessimisme résiduel. En effet il pourrait s'agir d'un simple pessimisme face à cette mesure ou plus globalement du marqueur d'une profession désillusionnée qui ne sait plus par quel outil contrer la dynamique de perte de marge et de délitement du monopole annoncé.

ANNEXES

ANNEXE 1: Echantillons d'acteurs interrogés

Age	Sexe	Milieu démographique	Chiffred'affaire
62ans	Masculin	Urbain	1,3M€
38ans	Feminin	Urbain	>1M€
44ans	Masculin	Semi-urbain	>2,5M€
59ans	Masculin	Rural	>2,5M€
40ans	Féminin	Rural	1,5M€
52ans	Féminin	Urbain	>1M€
49ans	Féminin	Urbain	<1,3 M€
46ans	Féminin	Rural	>1,5M€
62ans	Féminin	Urbain	>1,5M€
55ans	Masculin	Semi-urbain	4 M€
30ans	Féminin	Semi-Urbain	>1,5M€
53ans	Féminin	Rural	3,2M€

ANNEXE 2: Guide d'entretiens

Informations recherchées	Question de relance
OPINION	Quel avis avez-vous à priori ?
	L'Etat a fixé un prix pour le livre, avec un delta accepté, qui fait que dans n'importe quel lieu en France, lorsque vous achetez un même livre, le prix est sensiblement le même. Donc nous aimerions savoir quel serait pour vous l'impact de la fixation d'un prix unique pour les MNSPO sur le circuit du médicament en France, au travers de votre regard d'officiel ?
IMPACT	o <u>ECONOMIQUE</u>
	Quels seraient les impacts économiques pour votre officine d'une telle mesure ?
	En quoi cela pourrait-il ralentir la fermeture des officines ? Ou l'accélérer ?
	Qu'en est-il de la vente des MNSPONV en GMS ?
	Cela engendrerait-il une concurrence plus loyale entre officines ?
	Est-ce que ça pourrait avoir un impact sur les intermédiaires ? Grossistes et groupements ?
	o <u>MORAL</u>
	Que deviendrait alors l'image du pharmacien ?
Quelles en sont les conséquences sur la Santé Publique ? Équité ?	
	Pourquoi cette transparence est-elle importante ?
FAISABILITE	Comment envisagez-vous ce corridor des prix ? Fourchette de prix identique quel que soit le médicament ou différente en fonction de la classe thérapeutique ?
	Pensez-vous que les pharmaciens soient ouverts à ce changement ? Au changement ?

ANNEXE 3: Questionnaire étude quantitative - Pharmaciens d'officine

Chers futurs Confrères, nous avons besoin de vous!

Actuellement sur notre dernière année de Pharmacie, dans le cadre d'un projet de groupe nous réalisons 'une étude sur les Médicaments Non Soumis à Prescription Obligatoire Non Vignétés (MNSPO), votre point de vue nous intéresse.

Quelques minutes suffisent! Nous vous remercions par avance. Caroline, Julie, Sabine, Grégory et Jean-Baptiste.

1) Êtes-vous pharmacien?

Oui

Non

2) Vous êtes?

Titulaire

Adjoint

Assistant

Etudiant en 6^{ème} année de pharmacie

3) Vous êtes un(e)?

Homme

Femme

4) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

Moins de 30

30-39 ans

40-49 ans

50-59 ans

60 ans et plus

5) Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette officine?

Moins de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Entre 10 et 15 ans

Entre 15 et 20 ans

Plus de 20 ans

6) Faites vous partie d'un syndicat de pharmaciens? Oui Non

7) Adhérez vous à un groupement? Oui Non

8) Votre pharmacie est située dans une zone:

Urbaine à forte densité de population (Plus de 100 000 habitants)

Urbaine à moyenne densité de population (Entre 50 000 et habitants)

Péri-urbaine (15 000 et 50 000 habitants)

Rurale (Moins de 15 000 habitants)

9) Quel est le numéro de département d'exercice?

10) Combien y a-t-il d'employés dans votre officine, vous compris? (hors techniciens de surface)

Moins de 3

4 ou 5

Entre 6 et 8

9 ou plus.

11) Dans quelle fourchette se situe le chiffre d'affaire de votre pharmacie ?

< 700 000 €

700 000- 1,5M€

1,5-3 M€

>3 M€

12) Votre image, de pharmacien d'officine, perçue par les clients, est bonne.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

13) De manière générale, l'image du pharmacien d'officine perçue par ses clients est :

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

14) Lors de la délivrance à un client de MNSPONV, vous associez un conseil :

Jamais

Moins d'une fois sur 2

Une fois sur 2

Plus d'une fois sur 2

Toujours

15) Vous pensez que la répartition géographique des officines en France a un impact sur le chiffre d'affaire de votre officine.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

16) Votre chiffre d'affaires souffre de la présence d'autres pharmacies dans votre environnement commercial proche.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

17) Au cours des dernières années vous avez souffert dans votre exercice des changements législatifs imposés.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

18) Vous regretteriez le monopole pharmaceutique s'il était amené à disparaître.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

19) Vous suivez et participez régulièrement aux séances de formation continue.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

20) Si demain, après un changement législatif, vous devez, quelque soit le coût, effectuer des changements dans votre officine. Vous profitez des contraintes légales:

Dès que possible

Après un 1er rappel

Après plusieurs rappels

En dernier recours

Jamais

Je préférerais démissionner

21) Vous seriez prêt(e) à concéder une partie des médicaments aux grandes surfaces.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

22) Les pharmacies pratiquant une politique de prix agressive ou du discount vous causent du tort.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

23) Les parapharmacies des grandes surfaces vous causent du tort.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

24) Les publicités de Leclerc sur le médicament vous dérangent. Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

25) Il vous semble que votre marge sur la vente de MNSPONV a diminué au cours des deux dernières années.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

26) Il vous semble que votre marge sur la vente des MNSPONV est menacée.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

27) Accepteriez vous qu'il y ait moins d'officines en France? Oui Non

28) Sachant qu'il y a actuellement près de 22 000 officines en France, vous accepteriez:

Une diminution de plus de 1000 officines

Une diminution de 500 à 1000 officines

Aucun changement

Une augmentation de 500 à 1000 officines

Une augmentation de plus de 1000 officines

29) Vous vous considérez comme faisant partie d'une confraternité de pharmaciens.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

30) Vous êtes prêt(e) à communiquer de manière institutionnelle (PLV, spots TV) sur le métier de pharmacien.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

31) Vos clients connaissent les marges que votre officine pratique sur la vente des MNSPONV.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

32) Vos clients connaissent les marges pratiquées par les officines sur la vente des MNSPONV.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

33) Avez- vous déjà entendu parler d'une mise en place d'un corridor des prix pour les MNSPONV?

Oui

Non

En 1982, l'Etat a décidé d'instaurer une loi imposant un corridor de prix des livres. En effet, face aux attaques de prix réduits des grandes surfaces, cette mesure permettrait de préserver la création littéraire en protégeant les petites librairies. Le prix public pour chaque livre est donc fixé par l'éditeur, est inscrit sur la couverture et est sensiblement le même quelque soit le lieu d'achat.

En s'inspirant de ce principe, nous aimerions savoir comment serait accueillie l'instauration d'un corridor de prix sur les MNSPONV? C'est-à-dire une fourchette de prix avec une borne supérieure et une borne inférieure, de manière à avoir des prix sur les MNSPONV sensiblement identiques quelque soit la

pharmacie.

34) Vous adhérez à la mise en place de cette mesure.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

Sans opinion

35) Vous êtes pour la mise en place la plus rapide possible d'une telle mesure.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

Sans opinion

36) Selon vous le corridor va provoquer:

Une baisse générale des prix

Une hausse générale des prix

Ne changera rien

Sans opinion

37) Pour votre officine, le corridor va provoquer:

Une baisse générale de vos prix

Une hausse générale de vos prix

Ne changera rien

Sans opinion

BIBLIOGRAPHIE

- [1] *Bilan de l'Ordre des pharmaciens. "Pharmacien: plus nombreux mais plus vieux"* 22 juin 2014.
- [2] **DOUSSET J.C.** *"Histoire des médicaments des origines à nos jours"*, Les Editions Ovadia, mai 2010. (consulté en août 2014)
- [3] **BZOURA E.** *Revue d'histoire de la pharmacie, Volume 75, Numéro 273, pp. 175-176, 1987.* (consulté en août 2014)
- [4] **MINISTERE DES AFFAIRE SOCIALES ET DE LA SANTE** « *Définition du médicament* », septembre 2013. (consulté en février 2014)
- [5] **LEMM** « *Le médicament : un produit pas comme les autres* », mai 2011.
- [6] *Historique de la politique du médicament en France, mars 2014.*
- [7] **CORNELY M.H.** Conférence - débat intervention sur « *Automédication? Mettre les médicaments à leur place* », janvier 2009.
- [8] **LEEM**, « *Comment le prix du médicament est-il fixé en France ?* » Economie du médicament - p62-100 Questions que l'on nous pose, juin 2012.
- [9] **AFIPA**, « *1er observatoire européen sur l'automédication* », juin 2013.
- [10] **LEPEN C.** « *Les prix des médicaments en Europe: Ancien et nouveaux modèles* », mars 2014.
- [11] **GIMBERT V.** *Commissariat général à la stratégie et à la prospective- n°10: « Comment les prix sont-ils déterminés? » volet 2, mars 2014*
- [12] **TIGNEL E., CENTRE EUROPEEN DE LA CONSOMMATION**, *Etude comparative du prix des médicaments en France et en Allemagne, octobre 2012.*
- [13] Commission des comptes de la sécurité sociale, « *La régulation des prix des médicaments: l'expérience britannique* », p134-137, octobre 2012.
- [14] **INSEE Economie générale**, « *les prix des médicaments de 2000 à 2010* »
- [15] **GIMBERT V.**, « *Les médicaments et leurs usages: comment favoriser une consommation adaptée* » volet 1, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, mars 2014.
- [16] **NGUYEN-KIM L., ZEYNEP O. , PARIS V. ,** « *Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France* », Questions d'économie de la santé », n°99, Octobre 2005.

[17] DELUZACHE C. « Comment est fixé le prix des médicaments » Journal Du Net, novembre 2013.

[18] LEEM “Marché mondial. Les entreprises du médicament”.

[19] BRAS P.L., « Régulation des prix des médicaments et contribution française au financement de l'innovation » Les Tribunes de la santé 1/ 2004 (no 2), p. 59-71

[20] Pr. MAURON A., Université de Genève, *Le prix des médicaments: un enjeu de justice*, Juin 2010.

[21] MARTINEZ M., « les enjeux de l'industrie du médicament pour l'économie française », Avril 2005.

[22] CAPGEMINI CONSULTING, “Industrie pharmaceutique Vers un modèle CPG “, Supplychain magazine n°25 Juin 2008

[23] PARIS V., “Les prix des médicaments sur un marché global : politiques et enjeux”, OCDE, Septembre

[24] DEVI V., “L'automédication: Peut-on parler de succès?”, Université de Marne la Vallée - Master AIGEME 2008.

[25] CNOP, « Pharmaciens, panorama au 1 er janvier 2013 », Ordre National des Pharmaciens, Juin 2013.

[26] Appel en faveur de l'accessibilité dans l'Union européenne des médicaments innovants de valeur. Présidence belge de l'UE 2010. Recommandations pour une action coordonnée visant à stimuler, à mesurer et à valoriser l'innovation pharmaceutique

[27] ESKA, *Médicaments: accès au marché, arbitrage des valeurs, fixation des prix*. 7e séminaire Descartes-Berkeley d'économie de la santé - Paris 24 mai 2012

[28] A national evaluation of health technology – NICE methods and processes. Dr Gillian Leng: Deputy Chief Executive, NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)

[29] Pr. RAFTERY J., *Value based pricing: can it work ?* BMJ, 11 October 2013.

[30] ADIS, 2002, *Politiques publiques européennes, coordonné par Faugère J.-P. et al.*, Paris, Economica.

[31] GODET-CAYRE V., « Marché européen du médicament: quelles voies pour une réduction des écarts de prix? », *Revue française des affaires sociales* 3/ 2003 (n° 3), p. 191-215

[32] L'EXPRESS- 14.06.2012 – « La France va-t-elle bientôt manqué de pharmaciens? ».

[33] BAUMELOU A. , COULOMB A. , 2006, « Situation de l'automédication en France perspectives d'évolution «

[34] Code du commerce, 2008, Article L. 410-2 Modifié par Ordonnance n°2008-1161 du 13 novembre 2008 - art. 4.

[35] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2008, « Décret du 30 juin 2008, art. R 5121-202 csp »,

[36] SPICHETTI S., SERMET C., 2011«Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2011: éléments d'évaluation», Questions d'économie de la santé, n°167

[37] CRISTOFARI J.J. « Marché pharma: l'OTC en berne, le générique se cherche un nouvel élan », PharmAnalyse— ON Mars-13-2011,

[38] AFIPA, 2013, « 3eme Forum de l'automédication », http://www.afipa.org/fichiers/20130919105800_3eme_Forum_de_l_automedication.pdf

[39] AFIPA 2013, « Douzième baromètre AFIPA 2013, des produits du selfcare », http://www.afipa.org/fichiers/20140123180825_Barometre_Afipa_2013_produits_du_marche_du_selfcare_2013.pdf

[40] AFIPA, 2012, « Mesure d'un possible développement de l'automédication en France et économies pour la collectivité » (consulté en mars 2014)

[41] AUTORITE DE LA CONCURRENCE, 2013, « Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de secteur du médicament de ville ».

[42] AFIPA, 2013, « Hausse de la TVA au 1er janvier 2014 sur les médicaments non remboursés »,

[43] BFMTV, 2012, « Une pharmacie discount devient la plus grande pharmacie de France» (consulté en juin 2014)

[44] SYNDICAT NATIONAL DE L'EDITION, 2012, « Le prix unique du livre », <http://www.sne.fr/dossiers-et-enjeux/prix-unique-du-livre.html>

[45] BONNEFOY N. , 2012, « Question écrite n° 00146 », publiée dans le JO Sénat du 05/07/2012

[46] LE PHARMACIEN DE FRANCE, 2010, « OTC la guerre des nerfs », *Le pharmacien de France* n°1217

<http://www.lepharmacien.fr/fevrier-2010/en-couverture-otc-la-guerre-des-nerfs.html>

[47] AFIPA, 2013, « Réponse de l'AFIPA, au document de consultation publique sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament en ville »

[48] LAMIRAUD K., 2013, « Vers un prix conditionnel du médicament »

<http://www.em-consulte.com/article/840326/alertePM>

[49] *Observatoire des métiers dans les professions libérales*, 2013, « Pharmacies d'officines »

LE CORRIDOR DE PRIX DES MEDICAMENTS NON SOUMIS À PRESCRIPTION OBLIGATOIRE NON VIGNETE

Thèse présentée pour obtenir le titre de Docteur en pharmacie
Soutenue à la faculté de pharmacie de Toulouse le 09 décembre 2014

RESUME

La France reste un des rares pays où la vente des médicaments est soumise aux contraintes de l'organisation du système de santé et de la protection des consommateurs. Malgré la volonté des pharmaciens de conserver l'organisation actuelle, la valorisation récente du conseil officinal et l'instauration de nouvelles attributions pour leur profession, le monopole pharmaceutique est mis à mal: diminution du nombre de pharmacies, ventes de médicaments sur internet, stress médiatique, surveillance par les agences de consommateurs, restrictions économiques, sont des facteurs qui mettent les pharmacies Françaises sous pression et les préparent à des changements structurels importants.

Puisque non soumis à prescription médicale obligatoire, les médicaments de l'étude sont consommés majoritairement dans le cadre d'automédication. Dès lors, serait-il possible de mettre en place un corridor de prix, c'est-à-dire une fixation d'un prix avec un écart faible toléré, qui encadrerait ces médicaments-là ? Est-ce envisageable ? Comment le mettre en place ? Quels seraient les changements potentiels ?

MOTS CLES

Monopole pharmaceutique, corridor de prix, image du pharmacien, encadrement des prix, fixation des prix, systèmes de santé, automédication,

DISCIPLINE administrative

Pharmacie

INTITULE OU ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE

Faculté des sciences pharmaceutiques UPS

35, chemin des Maraîchers

31062 TOULOUSE CEDEX 9

DIRECTEUR DE THESE: M. VERGNES Philippe