

La pharmacie selon Attali

Parmi les 316 propositions du rapport de la Commission ATTALI visant à la libération de la croissance française, la décision 212 est titrée : « *Ouvrir les conditions d'exercice des activités de pharmacie* ».

Extraits et commentaires

- « *Supprimer le numerus clausus, en créant un mécanisme incitatif pour que la carte des officines dans les territoires enclavés puisse satisfaire les impératifs de santé publique.* »

Autrement dit : remplacer les quotas de répartition territoriale par un « mécanisme incitatif » qui n'est pas précisé.

La difficulté croissante pour assurer une présence médicale sur tout le territoire aurait dû inciter à la prudence.

- « *Limiter le monopole pharmaceutique aux seuls médicaments prescrits sur ordonnance, sur le modèle italien, sans autoriser la publicité pour les produits non soumis à prescription. Cette mesure permettrait de baisser le prix de ces produits de 5 % à 15 % environ, selon une étude de l'OCDE portant sur le Danemark.* »

C'est un peu court de citer comme seule référence une étude biaisée ne portant que sur les médicaments de marques (voir pages 7-8) dans un pays peu comparable au nôtre. Une étude d'impact sur la viabilité des officines aurait pu être recommandée, comme la commission l'a proposé dans d'autres domaines.

- « *Permettre à des tiers d'investir sans restriction dans le capital des officines aux côtés de pharmaciens, à la seule condition qu'un pharmacien tienne toujours la pharmacie.* »

La commission Attali n'a pas voulu prendre connaissance, ou n'a pas tiré de leçon, de la disparité des législations européennes actuelles en la matière, des conséquences de

récentes « libéralisations » du capital, des contre-réformes qui ont dû être adoptées dans certains pays à la vue des résultats (voir page 6).

Une insuffisance d'écoute

Il est à noter que la commission n'a pas pris en compte dans son rapport les analyses et les orientations pertinentes de la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

Les éléments documentaires nécessaires pour l'éclairer sur la réalité de l'officine et sur les ressources multiples d'avenir lui ont été fournis par l'Ordre et les syndicats (voir le numéro spécial de *La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques* daté du 17 janvier 2008). Ils ont été semblablement ignorés.

Conclusion :

Peut-on croire que c'est en désorganisant de fond en comble la pharmacie et en portant gravement atteinte à sa viabilité qu'on servira la croissance de

Une lettre aux 73 000 pharmaciens

En date du 23 janvier 2008, le président du Conseil national, Jean Parrot, a adressé à chaque confrère une lettre commentant les propositions relatives à la pharmacie de la commission présidée par Jacques Attali.

L'Ordre, assure-t-il, mettra à votre disposition le maximum de moyens pour assurer ensemble le futur de la pharmacie. Mais il a besoin, pour réussir, du concours de tous.

l'économie ? Quant au service rendu aux patients, il n'en est pas question dans ce passage du rapport.

L'Ordre continuera à alimenter la réflexion

Dans quelques jours, en concertation avec les autres organisations de la profession, l'Ordre fera connaître publiquement ses analyses et propositions pour l'officine, sous la forme d'un Livre blanc. Il ne s'agit pas d'une réaction à l'actualité, mais d'une réflexion globale, menée depuis un an, dans laquelle vos élus ordinaires entendent dessiner de réelles voies d'avenir pour notre métier.

Ce n'est que dans une excellence démontrée que nous pourrions faire prévaloir le modèle officinal auquel nous sommes attachés.



CONSEIL NATIONAL DE
L'ORDRE DES PHARMACIENS

Le Président

PARIS, le 25 janvier 2008

Monsieur Nicolas SARKOZY
Président de la République
Palais de l'Élysée
55/57, rue du faubourg Saint-Honoré
75008 PARIS

Monsieur le Président,

Avec l'ensemble de nos confrères officinaux, les élus de l'Ordre national des pharmaciens se sont vivement réjouis de vos propos sur notre profession, au moment où M. ATTALI vous a remis le rapport de la Commission pour la libération de la croissance française.

En effet, vous avez clairement écarté les propositions relatives à la pharmacie d'officine, à la fois dénuées de pertinence au regard de leur objectif économique et porteuses de risques manifestes pour la desserte de la population en médicaments.

En outre, vous avez explicité votre position en insistant sur la mission de service public confiée aux pharmaciens d'officine. C'est à notre connaissance la première fois que cette réalité, à nos yeux essentielle, est soulignée au plus haut niveau de l'État.

Nous vous prions de recevoir l'expression de notre gratitude pour des paroles aussi fortes, à l'ouverture d'un débat national d'une si grande portée. Permettez-nous d'associer à nos remerciements votre Cabinet ainsi que Mme Roselyne BACHELOT, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Les informations que nous leur avons apportées ont trouvé auprès d'eux une écoute ouverte et attentive, dès lors que nous partagions d'emblée les mêmes objectifs d'intérêt général et la volonté de les servir.

Ainsi, comme le confirme la lettre que je viens d'adresser à chacun de nos confrères, notre réflexion sur les moyens de moderniser notre exercice et de le faire contribuer à la croissance est largement engagée. Elle devrait déboucher rapidement, nous l'espérons, sur des avancées importantes pour les patients et les consommateurs.

Nous avons en effet une conviction : avec les atouts qui leur sont propres, les pharmaciens ont vocation à approfondir encore les services qu'ils assurent au quotidien, dans des collaborations mieux organisées avec les autres professionnels de santé. Ils pourraient aussi les élargir à des actions multiples favorisant le maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes. Sur ces deux points, nous nous inscrivons tout à fait dans des orientations générales retenues par la Commission ATTALI.

Nous sommes donc entièrement disponibles pour travailler avec le Gouvernement et vos collaborateurs, afin que l'officine prenne toute sa place dans la recherche de la meilleure cohérence et de la meilleure efficacité de notre système de santé.

Nous vous prions de bien vouloir agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre très haute et respectueuse considération.



Jean PARROT

La propriété du capital des officines en Europe : état des lieux, exemples de libéralisation et retours en arrière

À l'heure actuelle, 13 États⁽¹⁾ membres de l'Union européenne imposent des restrictions à la propriété du capital des officines, 10 d'entre eux⁽²⁾ réservant exclusivement cette propriété aux pharmaciens. Dans les trois autres, la législation impose que la majorité du capital de l'officine soit détenue par un pharmacien : en Autriche et à Chypre, 51 % au minimum du capital doit appartenir à un pharmacien. En Espagne, une loi de mars 2007 a créé un nouveau type de sociétés dans lesquelles des non pharmaciens peuvent détenir au maximum 25 % du capital. Au total, pour 67,5 % des pharmacies en Europe, la propriété du capital est majoritairement réservée aux pharmaciens. La France n'est donc nullement dans une situation minoritaire à cet égard.

La concentration du secteur en Norvège ⁽³⁾

En mars 2001, le gouvernement norvégien a fortement dérégulé le système pharmaceutique, supprimant notamment les règles de répartition territoriale des officines et la réserve de la propriété du capital aux pharmaciens. La nouvelle législation en vigueur prévoit que seuls les prescripteurs (médecins), l'industrie pharmaceutique et les hôpitaux ne peuvent pas posséder une pharmacie.

Une intégration verticale massive

Il n'y a plus, aujourd'hui, en Norvège, un grossiste qui ne possède pas une chaîne de pharmacies. Le marché est dominé par trois acteurs qui possèdent à la fois des structures de distribution en gros et des pharmacies. 97 % des officines sont passées sous leur contrôle, dont 77 % sont possédées par eux à 100 %.

En théorie, les pharmaciens sont libres de s'approvisionner auprès de n'importe quel grossiste. Dans les faits, ils s'approvisionnent pour presque tous leurs produits auprès du grossiste qui les possède. Avec si peu d'acteurs, le marché norvégien est devenu un oligopole. Les propriétaires des chaînes de

grossistes-pharmacies norvégiens sont tous des entreprises multinationales.

Impact sur le maillage

Ce changement a abouti à une augmentation du nombre de pharmacies, mais pas à une meilleure couverture du territoire. En effet, la plupart des pharmacies ouvertes entre 2001 et 2005 se sont installées dans des villes où un service pharmaceutique était déjà disponible, alors que 199 villes sur 434 sont encore dépourvues de pharmacie en Norvège. En application d'un accord entre le ministère de la santé et les chaînes de pharmacie, les pharmacies existantes subsistent actuellement.

Un niveau de substitution générique très faible

La substitution des médicaments de marques par des génériques faisait partie des mesures introduites en 2001 pour réduire les prix et contenir les dépenses de santé. Une étude, commandée par le ministère de la santé norvégien et réalisée par le cabinet Econ Analysis, a montré que la concurrence a certes augmenté avec la nouvelle législation mise en oeuvre en 2001, mais que l'objectif de substitution n'avait pas été atteint, avec un pourcentage qui reste très faible (12,6 %).

Des pays qui reviennent sur la libéralisation du capital

■ La Bulgarie ⁽⁴⁾

La loi bulgare réserve la propriété du capital des officines aux pharmaciens, mais aujourd'hui une pharmacie sur

trois en Bulgarie est passée sous le contrôle d'une chaîne, sous couvert de la nomination de pharmaciens à certains postes. La structure du secteur pharmaceutique est devenue en fait l'une des plus verticales en Europe. Les industriels et les grossistes – tels que Sopharma, Sanita et Commercial League – possèdent déjà des chaînes ayant jusqu'à 150 pharmacies par le biais de sociétés holdings.

C'est pourquoi des modifications à la législation encadrant les activités pharmaceutiques ont été adoptées. En février 2007, les trois partis de la coalition gouvernementale ont rejeté un amendement à la loi sur les pharmacies qui aurait permis officiellement à des sociétés de capitaux et à des non pharmaciens d'entrer dans le capital des pharmacies. La loi finalement adoptée consolide l'existence de critères de propriété (une pharmacie par pharmacien), et prescrit aux chaînes de se dissoudre dans un délai d'un an.

■ La Lettonie

La Lettonie est revenue elle aussi sur ses pas, en adoptant en avril 2003 une loi ⁽⁵⁾ qui prévoit que toutes les pharmacies appartenant à des chaînes devront, d'ici fin 2010, être revendues à des pharmaciens individuels. Le gouvernement letton a confirmé cette position en mai 2007 en exprimant un soutien officiel à l'Italie devant la Cour de Justice des Communautés européennes dans le cadre de la procédure d'infraction qui remet en cause, entre autres, la réserve de la propriété du capital aux pharmaciens.

1- Allemagne, Autriche, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Italie, Lettonie, Luxembourg, Slovaquie

2- Allemagne, Bulgarie, Danemark, Finlande, France, Grèce, Italie, Lettonie, Luxembourg, Slovaquie.

3- Source : Obig study (Osterreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen Austrian Health Institute), « Community pharmacy in Europe: lessons from deregulation-case studies », February 2006, p. 127

4- Source : Extrait de Expopharm Newsletter 2/2007 (février 2007) <http://www.expopharm.de/newsletterR-1E.html>

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

La sortie de l'officine des médicaments à PMF: impact sur les prix en Europe

L'une des propositions formulée dans le rapport de la Commission Attali (Décision 212, p. 172) est de « limiter le monopole pharmaceutique aux seuls médicaments prescrits sur ordonnance, sur le modèle italien [...] ». Cette mesure permettrait de baisser les prix de ces produits de 5 % à 15 % environ, selon une étude de l'OCDE portant sur le Danemark ».

Cette affirmation n'est nullement prouvée, au contraire.

La référence au Danemark est biaisée

Le rapport de la Commission se réfère à une étude de l'OCDE qui date de 2005 ⁽¹⁾. Les chiffres présentés par l'Agence du médicament du Danemark, auxquels cette étude se réfère, ne font état que de l'évolution des prix de médicaments de marque (princeps), qui sont vendus à la fois en officine et en grande surface, les grandes surfaces ne souhaitant pas vendre de génériques. Si les prix des médicaments de marque ont effectivement baissé de 5 % à 15 %, un patient pourra toujours se procurer un médicament générique moins cher à l'officine. Ainsi, la comparaison est faussée et le chiffre de 5 % à 15 % de baisse est trompeur.

La référence à l'Italie est prématurée

La réforme italienne est trop récente (juin 2006) pour qu'on puisse encore en mesurer l'impact: il n'existe pas d'études ou de chiffres significatifs en la matière pour le moment.

Les contre-exemples: la Norvège et le Portugal

En Norvège, la sortie de l'officine des médicaments à prescription facultative (PMF) a conduit à une hausse des prix. Selon l'étude ECON ⁽²⁾ réalisée en octobre 2004 pour le compte du ministère de la santé norvégien, les prix de ces médicaments ont augmenté de manière substantielle entre 1999 et 2004.

Les prix des neuf médicaments étudiés ont en effet augmenté de 10 % à 45 %. L'institut conclut que la sortie des PMF de l'officine intervenue en 2001 n'a pas permis de faire baisser les prix. Les chaînes ont, certes, négocié des prix préférentiels auprès de l'industrie mais n'en ont aucunement fait bénéficier les patients ni l'assurance maladie.

Au Portugal, où les médicaments à prescription facultative sont sortis de l'officine en octobre 2005, deux études intéressantes ont été réalisées: l'une par l'Agence du médicament portugaise (Infarmed) ⁽³⁾, et l'autre par une association de consommateurs (DECO) ⁽⁴⁾. Il n'a pas été observé de baisse significative et générale des prix de vente de ces médicaments. On constate plutôt de forts écarts de prix sur le territoire, avec un maintien du niveau moyen.

Des données ont été présentées en novembre 2007 par l'Agence portugaise du médicament, qui réalise tous les mois une évaluation de l'impact de la sortie des médicaments non soumis à prescription de l'officine.

Elles mettent en évidence que, en octobre 2007, l'indice des prix était de 99,2 (à comparer à la base 100 d'août 2005, soit juste avant l'entrée en vigueur de la loi de libéralisation).

La baisse des prix a donc été très relative, d'autant qu'on peut relever une forte hétérogénéité des prix sur le territoire. Exemples d'indices sur la période janvier-octobre 2007: 104,2 à Évora – 102,5 à Coimbra – 97,6 à Setubal – 99,7 à Lisbonne et 95,7 à Portalegre.



L'autre étude, réalisée par l'association portugaise de défense des consommateurs DECO (juillet 2007), a observé l'évolution des prix des 20 médicaments à prescription facultative les plus vendus. Alors que le gouvernement promettait une baisse de ces prix, **ils ont augmenté de 3,5 % en moyenne depuis la réforme de 2005.**

Les prix de certains produits ont augmenté de plus de 20 %. L'Antigripine® a accusé la plus forte hausse (43 % en moyenne), passant de 2,57 € en 2005 à une moyenne de 3,67 € en mai 2007. Si les prix de certains médicaments ont tout de même baissé (l'Ilvico® par exemple, qui est passé de 3,74 € à 3,43 € en moyenne, soit une diminution de 8,3 %), cette baisse n'est pas généralisée: l'Ilvico® peut être acheté à 2,68 € comme à 4,10 €.

Par ailleurs, la sortie des PMF de l'officine n'a pas permis à cette partie du marché de se développer. Il se maintient au niveau de 6,4 % du marché total du médicament (source INFARMED).

SUITE PAGE SUIVANTE

1 – OECD, « Enhancing beneficial competition in the health professions », 16.12.2005, DAF/COMP(2005)45

2 – ECON analyse. Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet. Rapport 2004-10. Oslo; 2004

3 – INFARMED, Vendas de Medicamentos Nao Sujeitos a receita Medica fora das farmacias, Novembro de 2007

4 – DECO, Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, 24.07.2007

5 – Etude OBIG, « Community pharmacy in Europe – Lessons from deregulation case studies ». Février 2006

Des dépenses et des prix plus élevés dans les pays « libéralisés » que dans les pays « réglementés » en Europe

Dans une perspective plus globale, on observe une hausse continue des dépenses pharmaceutiques dans les pays libéralisés en Europe. C'est la conclusion tirée par l'Institut OBIG⁽⁵⁾ qui a effectué une analyse comparative de l'évolution des dépenses pharmaceutiques dans trois de ces derniers pays (Irlande, Norvège et Pays-Bas) et dans trois autres pays davantage réglementés (Espagne, Autriche et Finlande).

L'OBIG considère dans ses conclusions (p. 110) que la libéralisation du secteur pharmaceutique et l'accroissement de la concurrence ne conduisent pas nécessairement à une maîtrise des dépenses pharmaceutiques, bien au contraire. En Irlande par exemple, les dépenses pharmaceutiques par habitant ont triplé en huit ans, alors que cet accroissement s'est avéré beaucoup plus mesuré dans le second groupe de pays étudiés.

De même, alors qu'entre 2000 et 2005 le prix du paracétamol le moins onéreux a baissé sur l'ensemble des pays à législation plus réglementée, le prix a en revanche augmenté de 15,7 % en

Irlande. Si l'on observe l'évolution sur la même période des médicaments à base d'ibuprofène les plus onéreux, ce prix a baissé ou est resté stable dans les pays réglementés, alors qu'il a augmenté de 13,4 % en Irlande.

Ainsi, rien dans les études actuellement disponibles en Europe ne permet d'affirmer que la remise en cause du monopole pharmaceutique apporterait aux patients/consommateurs français un réel avantage pour leur pouvoir d'achat.

PMF devant le comptoir au premier semestre 2008

La ministre de la Santé veut aller très vite pour mettre à disposition devant le comptoir des officines certains médicaments à prescription médicale facultative (PMF). Lors d'une réunion qui s'est déroulée le 15 janvier au ministère avec l'Ordre, les syndicats d'officinaux, l'APR, le Collectif des groupements, l'ANEPF, le LEEM, l'Afipa ainsi que de l'Afssaps, la DGS, la DHOS, la DGCCRF* et de représentants d'organismes complémentaires, les bases d'un accord ont été fixées.

Le rapport Baumelou-Coulomb avait été remis en 2006 à Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé. Pendant un an, les travaux se sont poursuivis, sans aboutir à des expérimentations comme le préconisaient les auteurs du rapport.

Nommée ministre en charge de la Santé en juin 2007, Roselyne Bachelot a repris le dossier et annoncé à plusieurs reprises son intention de faire passer devant le comptoir un certain nombre de médicaments à prescription médicale facultative. En décembre 2007, quatre groupes de travail ont été créés par le ministère pour préparer le cadre de cette évolution, qui reste contestée.

La réunion organisée le 15 janvier 2008 au ministère de la Santé a fixé les principes du libre accès de certains médicaments dans les officines, avec pour objectif un démarrage effectif au premier semestre 2008.

A cette occasion, l'Ordre a réaffirmé les principes qu'il avait adoptés dans sa motion de décembre 2007 (voir LNP

n° 352, p. 15) et la possibilité de libre choix, pour le pharmacien, d'organiser ou non dans son officine l'accès direct à des médicaments PMF.

Sur le champ des produits concernés

L'Afssaps devra établir la liste positive de spécialités qui respecteront certains critères (une première liste d'environ 200 spécialités sera progressivement élargie).

Le conditionnement devra être adapté à la posologie et à la durée de traitement et, à terme, muni d'un dispositif en vue de s'assurer qu'il n'a pas été ouvert (l'affaire du Tylenol® aux Etats-Unis en 1982 où avait été introduit du cyanure est encore présente dans les esprits). Le contenu de la notice devra être adapté à l'information du patient. Les spécialités ne devront pas avoir fait l'objet d'une restriction de publicité dans leur AMM.

Sur l'agencement d'un espace réservé

Les spécialités en accès direct devront être présentées dans un espace réservé

et clairement identifié. Objectif : éviter toute confusion ou mélange avec des produits n'ayant pas d'AMM.

Sur le prix des spécialités

Les prix devront être clairement affichés et l'ensemble des acteurs devrait s'engager dans une modération des prix. Un "observatoire des prix" de ces médicaments suivra leur évolution.

Sur les modifications législatives et réglementaires nécessaires

Dans sa rédaction actuelle, le Code de la santé publique interdit le libre accès à des médicaments, qu'ils soient à prescription obligatoire ou facultative, remboursables ou non.

Un décret en Conseil d'Etat devrait donc être pris au printemps 2008 pour permettre de démarrer le libre accès à certains médicaments PMF dans les officines avant l'été.

* APR : Association de pharmacie rurale, Anepf : Association nationale des étudiants en pharmacie de France - Leem : Les Entreprises du médicament - Afipa : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable - Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé - DHOS : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins - DGS : direction générale de la Santé - DGCCRF : direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes.