

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Soutenue publiquement le 26 octobre 2016
Par M. PAMART Rémy

La rémunération du pharmacien d'officine

Membres du jury :

Président : Dr Philippe GERVOIS, Maître de Conférence de l'Université,
Professeur de Biochimie - Faculté de Pharmacie de LILLE.

Assesseur : M. Thomas MORGENROTH, Professeur agrégé de Droit,
Professeur de droit et économie pharmaceutique – Faculté de
Pharmacie de LILLE.

Membre extérieur : M. Michel WATRELOS, Expert-comptable.



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice- présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric KERCKHOVE Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Damien CUNY Professeur Benoit DEPREZ Professeur Murielle GARCIN Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Monsieur Antoine HENRY
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie Standaert
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia Melnyk
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe Bochu
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe Chavatte
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas Morgenroth
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie Clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie Clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie Clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie Thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et économie Pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Droit et économie Pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie Organique
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie Thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie (90%)

M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie Cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie Industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie Cellulaire (80%)
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie (80%)
Mme	CHARTON	Julie	Chimie Organique (80%)
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie (80%)
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie Cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mme	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacologie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie Thérapeutique 1
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie Pharmaceutique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle

Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	WILLEMAGNE	Baptiste	Chimie Organique
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques
M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie Pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	CUCCHI	Malgorzata	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et économie Pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Mes remerciements vont en premier lieu à Monsieur le Docteur Philippe Gervois, Maître de conférence de l'université. Merci de m'avoir fait l'insigne honneur de présider au jugement de mon travail.

Plus personnellement, merci pour ces entretiens à bâtons rompus dont je sors, plus que jamais, convaincu que derrière chaque grand pédagogue il y a un homme de terrain.

C'est un honneur pour moi d'avoir suivi votre enseignement et je suis persuadé que notre profession s'enorgueillit de compter parmi ses rangs un aussi éminent confrère.

Merci à Monsieur Thomas Morgenroth, d'avoir accepté de diriger mes travaux. Merci pour vos conseils avisés tant sur le fond que sur la forme, merci aussi pour votre bienveillance et votre franchise tant au sujet du présent ouvrage que tout au long de mon parcours universitaire. Votre grand sens de la pédagogie et votre engagement au service de la faculté de pharmacie honorent l'étudiant que je fus et édifient le pharmacien que je serai.

Merci à Monsieur Michel Watrelos d'avoir accepté de juger ce travail. S'il n'a certes pas la clarté comptable de vos enseignements, j'espère néanmoins qu'il trouvera grâce à vos yeux par la hauteur de vue qu'il tente de porter sur le sujet. C'est un honneur d'avoir été votre étudiant.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude pour ces années de travail et d'accompagnement dans la bonne humeur, ces formations et conférences aux quatre coins de France. Ces années ont été, pour moi, d'une grande richesse intellectuelle et m'ont, plus qu'aucune autre, fait entrer dans le monde culturel de la pharmacie. Plus qu'un partenaire de travail, c'est un ami que je remercie.

Merci à Madame Nathalie Bera, à Madame Mary Deplanque, à Madame Cécile Pamart et à Monsieur le Docteur Olivier Parent pour leur relecture attentive et leurs conseils avisés.

Je dédie ce travail en premier lieu à mon épouse, Cécile, plus qu'une source d'inspiration, vous fûtes, durant la rédaction du présent ouvrage, un soutien sans faille, une consœur avisée et une aide patiente.

A ma fille, Jeanne, à ses possibles futurs frères et sœurs, si vous n'êtes pas les instigateurs de ce travail, vous en êtes assurément le but. C'est pour vous que j'appelle tant de mes vœux une pratique plus humaine du soin, du monde, où le bonheur des hommes comptera plus que sa planification.

A mon père, le Docteur Yves Pamart, le premier de mes maîtres, c'est vous qui m'avez fait entrevoir que la science est vaine si elle ne sert pas l'homme. Que nos métiers ne peuvent s'exercer pleinement sans l'amour profond du genre humain. C'est à votre talent de praticien que je dois mon esprit critique aiguisé, mon intérêt pour le patient dans sa globalité et mon amour de l'exercice libéral de nos arts qui sont, à mon sens, les trois piliers de nos professions.

A ma mère, Caroline, c'est votre exemple qui m'a appris la tempérance, le dévouement et l'abnégation, qualités tellement essentielles à mon exercice professionnel. Vous avez fait de moi un homme droit et, je l'espère, un meilleur pharmacien.

A Sarah, Mary, Grégory et Pierre, mes frères et sœurs, c'est pour vous que j'ai d'abord appris à raconter, à expliquer, à rechercher ; si cette histoire n'est pas écrite à votre seule lecture, elle n'en reste pas moins une genèse de celles, plus grandes, que nous raconterons ensemble.

A Samuel, votre constance et votre droiture m'inspire en tant qu'homme et en tant que praticien.

A Angéline, pour vos conseils, vos connaissances précises, nos discussions personnelles et professionnelles qui m'aident à remettre en question mon action et ma pratique.

A mes neveux et nièces, votre vie débordante m'inspire quotidiennement et me pousse à me dépasser.

A ma famille, à ma belle-famille, c'est parmi vous que je me construis et que je puise l'envie de servir mon prochain.

A la communauté Nazareth, à la famille Bobin, au père Pierre-Marie Verhegge et à tant d'autres frères et sœurs, vous m'édifiez dans la foi en Jésus-Christ qui est plus que tout au monde, l'aune où je mesure ma pratique.

A mes amis, Alex, Charles, Guillaume, Samuel, Stéphan, Fabien, Guy, Moulin et les autres, votre fidélité à toute épreuve et vos remarques sans filtre m'aident quotidiennement.

A mes confrères et amis, Florentin, Antoine, Bérenger, Christophe, ce sont vos conseils et votre entourage qui m'ont fait mûrir en tant que pharmacien.

A mes bureaux associatifs, je vous dois le titulaire d'officine que j'espère être demain.

A mes Maîtres, et en particulier au docteur Hervé Mormentyn et au docteur Olivier Parent, vous m'avez appris et montré, parfois avec patience, toujours avec pédagogie, ce qu'est la réalité de l'exercice de la pharmacie en officine.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
Partie I - HISTOIRE DE LA PHARMACIE ET EVOLUTION DE LA REMUNERATION.....	2
A/ Antiquité, des métiers au service du médicament.....	3
B/ Moyen-Âge et transmission, les pratiques s'affinent et s'échangent.....	5
C/ Les apothicaires en France.....	7
D/ Modernisation de la pharmacie, analyse de son histoire.....	9
Partie II - REMUNERATION DU PHARMACIEN D'OFFICINE : COMPOSITION, EVOLUTION ET REFORME.....	11
A/ État des lieux	12
B/ Facteurs influant sur la rémunération officinale.....	24
Partie III - LA REMUNERATION DU PHARMACIEN UN ENJEU ECONOMIQUE SOURCE DE MODIFICATIONS STRUCTURELLES DE LA PROFESSION.	36
A/ Enjeux macro-économiques de la rémunération du pharmacien d'officine.....	36
B/ Perspectives de développement de la rémunération du pharmacien d'officine.....	41
C/ Perspectives à moyen terme sur la rémunération officinale et ses conséquences sur la pratique du métier de pharmacien d'officine.....	50
CONCLUSION.....	54
Glossaire des sigles et abréviations utilisés.....	56
Annexes.....	58
Table des matières.....	61

INTRODUCTION

La rémunération du pharmacien d'officine est au cœur des discussions actuelles concernant la santé du réseau de dispensation du médicament et la réforme de la profession de Pharmacien en général et de l'officine en particulier. Il nous apparaît en effet crucial de déterminer quel sera l'impact des modifications structurelles du mode de rémunération de l'officine tant sur la santé économique de cette dernière que sur la pratique professionnelle stricto sensu.

L'officinal, qu'il s'agisse du titulaire ou de ses collaborateurs, est un acteur de première ligne de la santé publique dans notre pays. Il fait partie des premiers interlocuteurs du patient et est, par la transversalité de ses compétences, un véritable carrefour du parcours de soin.

Nous limiterons notre étude à la rémunération du pharmacien d'officine non salarié.

Nous nous proposons premièrement, par un rapide rappel historique des grandes évolutions de notre métier, de montrer l'étroite corrélation entre la pratique professionnelle et le mode de rémunération. Nous définirons ensuite de manière plus pratique ce qu'est la rémunération actuelle de l'officine afin de mettre en exergue l'impact qu'ont sur ce système des variables aussi diverses que le bon fonctionnement des entreprises officinales, le maillage territorial, la liberté et l'indépendance d'exercice de la profession et plus généralement sur l'efficacité générale du corps pharmaceutique sur la santé de ses patients. Nous terminerons notre travail en analysant plusieurs modifications proposées ou envisagées du mode de rémunération et tenterons de déterminer l'impact qu'elles peuvent avoir sur la pratique officinale.

Partie I - HISTOIRE DE LA PHARMACIE ET EVOLUTION DE LA REMUNERATION.

Lors de la séance de fondation de la Société d'Histoire de la Pharmacie, M Léon Guignard, son président d'honneur, eut cette définition de la pharmacie et de son histoire : « La pharmacie est à la fois, vous le savez, une collection de sciences, un art et une profession. Son histoire sera donc en même temps l'histoire des sciences physiques et naturelles, et, accessoirement, celle des doctrines médicales ; ce sera encore l'histoire de l'art pharmaceutique proprement dit, comprenant l'étude archéologique des instruments qui lui ont servi ; ce sera enfin l'histoire du pharmacien considéré comme praticien et commerçant, dans ses rapports avec le public, avec les corporations voisines, avec l'économie générale d'une époque et d'un pays¹». Il ne nous semble pas exister de définition plus à propos pour débiter notre travail.

La parenté intellectuelle et pratique de la pharmacie est multiple et s'échelonne dans les âges. Notre art est l'héritier d'une longue histoire dont les réussites comme les errements doivent nous être des guides dans la définition de la pharmacie de demain.

Du *De Materia Medica* de Dioscoride à la 8e édition de la Pharmacopée Européenne, il y a une suite ininterrompue de transmissions et d'évolutions des savoirs qui passent, entre autres, par les écrits de Galien, par le Qanûn d'Avicenne et autres *aqrabadin*, ou encore par les nombreux antidotaires du Moyen-Âge. Si cette filiation, cette généalogie intellectuelle de la pharmacie, est établie et étudiée, celle de son organisation pratique en tant que profession l'est beaucoup moins.

1 Guignard . Procès-verbal de la séance de fondation de la Société d'Histoire de la Pharmacie, 1er février 1913. In: Bulletin de la Société d'histoire de la pharmacie, 1e année, N. 1, 1913. pp. 4-5.

A/ Antiquité, des métiers au service du médicament.

Avant d'entrer plus avant dans l'organisation des systèmes de soins au cours des antiquités égyptienne, grecque et romaine, il convient de contextualiser notre propos. Il n'est, en effet, pas possible de procéder à une découpe rigoureuse de la médecine selon nos conceptions et nos métiers actuels. Nous verrons néanmoins que, comme de nos jours, l'exercice de la médecine se spécialise dans différents métiers, dont certains sont plus préoccupés par le remède, sa collecte, sa préparation et son administration.

Notre travail, n'est pas ici d'établir une histoire précise de ces métiers. Il s'agit d'entrevoir dans ces évolutions successives, la manière dont l'officiant s'organise et tire une rémunération de son activité professionnelle afin de donner plus de latitude et de profondeur au débat.

1/ Naissance de l'art pharmaceutique : des remèdes de plus en plus complexes.

Si l'identification et l'attribution de drogues simples aux maux des hommes sont sans doute aussi anciennes que l'humanité elle-même, c'est dans la confection de remèdes complexes et l'inventoriage systématique de la flore que naît réellement notre profession. Le plus ancien herbier connu actuellement est chinois. Il s'agit de celui de l'Empereur Chin-nong qui serait mort en 2699 avant Jésus Christ. Cette œuvre renferme une nomenclature détaillée de toutes les plantes de l'empire de Chine. Mais c'est en Égypte que l'on identifie plus sûrement la préparation de remèdes et d'onguents complexes, qu'ils servent à soigner ou soulager, avec la préparation de l'opium, ou à conserver et embaumer, avec l'usage des sels d'ammoniaques, de l'alun et des résines raffinées. Ces préparations sont l'apanage de prêtres et de mages qui, selon les descriptions d'Hérodote, tarifient, à l'occasion leurs prestations quand il s'agit de vendre des baumes et autres ingrédients.²

2 Philippe Adrien, Chapitre II Histoire des apothicaires chez les principaux peuples du monde. In Direction de publicité médicale (Paris) 1853 pp 17-19

2/ Période Grecque, essor de la médecine

Nous voyons donc comment l'exercice de la médecine dans l'Antiquité comprenait celui de la pharmacie. Le médecin préparait le remède et l'administrait. Cet état de fait a existé chez les Égyptiens, les Juifs, les Babyloniens, les Perses, les Macédoniens et chez les Grecs. Cet art complet d'une médecine débutante a été exercé par le clergé, par des marchands diagnosticiens, par des princes³.

Les médecins de l'époque se rémunèrent sur un honoraire général, comprenant le prix des drogues ordonnées par lui-même, et qui, chez les Macédoniens et les Grecs sera parfois conditionné au résultat.

C'est à cette époque dans les écoles asclépiadiennes, à Cos, à Smyrne et Alexandrie que ces remèdes de plus en plus fins sont élaborés en se basant sur l'observation que prescrivait Hippocrate, allant jusqu'au excès de la polypharmacie de l'école empirique à Cos, où des remèdes de plus de soixante-dix drogues simples étaient administrés et tarifés.

Cette époque voit naître de nouvelles activités, des cueilleurs, les *rhizotomi* grecs, approvisionnent les praticiens en plantes fraîches et en racines. D'autre part, des marchands, grossistes se spécialisent dans la vente de drogues simples aux médecins-pharmaciens et déjà à l'époque des cas de falsifications sont documentés.⁴

3/ Rome, centralisation des savoirs et spécialisation de la médecine.

Avec l'extension de l'Empire, Rome devient la capitale du monde et les savoirs médicaux envahissent la ville vers l'an 500 de sa fondation, ce qui coïncide avec la soumission des Grecs et des Égyptiens. Plusieurs visions de la médecine cohabiteront dans la cité. D'abord très invasifs, plusieurs praticiens se spécialisent dans l'invention et l'élaboration de purgatifs et d'antidotes⁵ : citons entre autres Ménécrate, Pamphyle ou Xenocrate, pour arriver au deuxième siècle de notre ère avec Galien et sa pharmacopée. Claude Galien installé sur la voie sacrée préparait lui-même les remèdes qu'il prescrivait, là ou d'autres professionnels, simples

3 op.cit Philippe Adrien pp22-23

4 Lafont Olivier. L'évolution de la législation pharmaceutique des origines à la loi de Germinal an XI. In: *Revue d'histoire de la pharmacie*, 91e année, N. 339, 2003. pp. 363.

5 op.cit Philippe Adrien chapitre III pp42-44

marchands, vendaient dans les *seplasia* des drogues simples ou complexes réalisées selon une formule empruntée à un auteur de référence.⁶

B/ Moyen-Âge et transmission, les pratiques s'affinent et s'échangent

Après la chute de l'Empire Romain, on assiste à une redécouverte de la médecine en plusieurs endroits. Le commerce en temps de paix et l'occupation en temps de guerre permettent, en Europe et dans le Moyen-Orient, un échange des savoirs, certes, mais ils permettent également un échange des pratiques comme l'utilisation d'une boutique dédiée, ou même, l'encadrement de la marge.

1/ Les ancêtres du pharmacien en Occident et leur organisation.

L'*apotecarius* des monastères du haut Moyen-Âge est sans doute l'ancêtre le plus évident du pharmacien, ne serait-ce que par l'étymologie même du mot. Moine, à la fois médecin et pharmacien, il est en charge de la santé de ses frères. Dès le VI^e siècle, Cassiodore, dans le premier livre de son *Institutiones diuinarum et humanarum lectionum*, recommande aux moines l'étude de la médecine, l'établissement d'un *herbarium*, la conservation et l'administration des drogues simples pour le traitement des maladies courantes.⁷ Dans cette proto-pharmacie, pas de rémunération ou d'organisation du service, l'on se trouve ici dans un exercice communautaire de l'art de guérir.

Il s'agit d'une illustration typique d'une forme de médecine : le conseil. Celui qui sait, qui étudie, dispense gratuitement son conseil et sa technique. Si cette pratique est sans doute aussi ancienne que l'humanité, elle s'incarne plus évidemment dans les communautés de fait que sont les monastères de l'époque.

Dans le monde laïque, la vente des drogues au public est assurée par des détaillants ambulants ou baillant un *statio*. L'apothicaire de l'époque est un grossiste. Ici, l'ancêtre du pharmacien se rémunère avec la marge qu'il réalise sur ses ventes. Cette marge en Occident, n'a pas d'autre encadrement que celui du marché.

6 op.cit Philippe Adrien pp49-50

7 Guitard Eugène-Humbert. Chapitre II : Les aspects contrastés du haut Moyen-Âge (du IV^e-XI^e siècles après Jésus-Christ). In: *Revue d'histoire de la pharmacie*. Supplément au N. 195, 1968. Table générale du volume. pp. 13-26

2/ Émergence de la « boutique » et début de la réglementation de la profession.

Avec l'effondrement de l'Empire Romain, c'est dans le monde arabe et plus précisément dans le califat Abbasside de Bagdad que la pharmacie gagne ses lettres de noblesses. Rhazes et Avicenne réalisent la synthèse des savoirs médicaux notamment grecs, avec la traduction en arabe et en perse d'Hippocrate et de Galien. Avicenne condamnera fermement les excès de la polypharmacie, préfigurant la toxicologie et l'étude de la iatrogénie. Rhazes préconisera de séparer l'exercice de la pharmacie et celui de la médecine. Des boutiques spécialisées dans le médicament s'ouvrent dans le monde arabe : les *Sayadili*⁸, boutiques ouvertes sur la rue. Avec l'individualisation de la pharmacie et l'établissement de professionnels indépendants arrivent l'inspection et le codex. L'inspection d'une *sayadila* en vue de prévenir la falsification des drogues arrive dès le IX^e siècle. C'est le grand grabadin, ouvrage du médecin perse Sapur ibn Sahl, qui fait office de référence quand à l'identification des drogues simples et la préparation des remèdes complexes. Le califat contraint également les pharmaciens perses à la gratuité des soins pour les indigents et établit un manuel d'inspection.⁹

3/ Les constitutions de Melfi, l'édit de Salerne, naissance des apothicaires.

Héritière de ces traditions l'école de Salerne, réputée pour la sévérité de sa discipline, exerce également un contrôle strict de la profession. Sous la plume de l'Empereur Frederic II du Saint Empire Romain Germanique, les constitutions de Melfi, en 1231 encadrent juridiquement l'usage de la médecine dans les deux Sicile. Les ancêtres du pharmacien sont encadrés strictement sur leur qualification, le nombre de leurs années d'étude, la qualité des drogues végétales, mais aussi sur la marge réalisable lors de la vente des médicaments. Ces législations concernent tous les acteurs de cette chaîne d'approvisionnement qu'il s'agisse des *stationarii*, tenant des échoppes de drogues simples non magistrales ou des *confectionarii* qui exécutaient les ordonnances médicales.¹⁰

En 1241, l'édit de Salerne termine la législation en séparant d'autorité les corporations de médecins des corporations d'apothicaires¹¹. Le contrôle est assuré

8 op.cit Lafont Olivier. pp. 364-365.

9 op.cit Philippe Adrien chapitre IV p68

10 Ibid.

11 Edit de Salerne article 66

par le *Collegium Medicorum*, par les médecins, les prescripteurs, tenus aux dénonciations. C'est aussi l'introduction du serment professionnel. La falsification de drogues ou l'infraction étaient punies d'une confiscation des biens meubles. Dans les cas les plus avérés, c'est la mort qui était prononcée.¹² L'édit encadre aussi la liberté d'installation.

En Europe, la nécessité de l'organisation de la profession d'apothicaire se fait sentir alors que la médecine devient une discipline universitaire quand, dans le haut Moyen-Âge, elle était considérée comme une technique.¹³ Le médecin universitaire délègue la préparation et l'administration des remèdes à l'apothicaire de la même manière qu'il délègue la manipulation des corps au chirurgien, deux tâches jugées subalternes.

La rémunération de l'apothicaire tient donc ici uniquement à la marge, qui est elle-même strictement encadrée par once de matière première, indépendamment de la nature de la drogue et proportionnellement à la conservabilité du remède final.¹⁴¹⁵

C/ Les apothicaires en France

Au XII^{ème} et XIII^{ème} siècles, sous l'influence des constitutions de Frederic II, les villes majeures de France, par l'intermédiaire de corporations se dotent de statuts professionnels. Si de larges variations sont observées, on note toutefois de larges constantes. L'apothicairerie reste sous la coupe intellectuelle des écoles de médecine, et bien que la collégialité exerce largement la justice disciplinaire, les inspections des boutiques ont lieu deux fois l'an et sont validées par deux maîtres en médecine et un maître apothicaire.¹⁶

La profession s'organise par jurandes mais n'est officiellement reconnue comme telle qu'en 1484 par une ordonnance de Charles VIII définissant un apprentissage et l'accomplissement d'un chef-d'œuvre jugé par les pairs.

Cette organisation va perdurer jusqu'au milieu du XVIII^e siècle. La rémunération du pharmacien se fait par la marge prise sur les préparations magistrales sur ordonnance, la vente de drogue simple à dose thérapeutique, la vente du tabac en

12 op.cit Lafont Olivier. P368.

13 Julien Pierre. 750 ans de profession pharmaceutique. In: Revue d'histoire de la pharmacie, 79e année, N. 289, 1991. p. 155.

14 op.cit Philippe Adrien chapitre IV p70-71

15 op.cit Lafont Olivier. p369.

16 Lettres patentes du roi Jean – Août 1353

poudre. La puissance des corporations leur permettra aussi l'octroi du monopole du contrôle des marchandises et de celui des poids et mesures.¹⁷

1/ Naissance de la pharmacie, l'ordonnance royale de 1777

C'est le roi Louis XVI qui, en 1777, donne naissance par ordonnance à la profession de pharmacien. La reconnaissant comme un « art précieux à l'humanité »¹⁸, il sépare d'autorité les corporations d'épiciers et d'apothicaires désormais appelés pharmaciens.

En outre, cette ordonnance établit le Collège de Pharmacie, future Académie Nationale de Pharmacie. Pour notre sujet, cette ordonnance instaure le monopole pharmaceutique¹⁹ sur la préparation et la vente de remèdes qui impacte directement la rémunération de la profession et qui est, aujourd'hui, un sujet d'actualité brûlant.

2/ Révolution française et loi du 21 germinal an XI

Lors de la révolution française, la volonté de faire advenir un ordre nouveau et de faire table rase du passé royal amène le baron d'Allarde à faire supprimer les maîtrises et les jurandes qui réglementent toutes les professions reprenant l'idée de Turgot.

Rentré en application le 1er avril 1791, le décret du 2 mars sera cependant abrogé le 17 du même mois suite aux plaintes déjà reçues par le Comité de Salubrité par un nouveau décret : « *L'assemblée nationale, après avoir entendu son Comité de Salubrité, sur un abus qui s'introduit dans l'exercice de la Pharmacie, considérant l'objet et l'utilité de cette profession décrète : Que les Lois, Statuts et Règlements existans au 2 mars dernier, relatifs à l'exercice et à l'enseignement de la Pharmacie, pour la préparation, vente et distribution des drogues et médicamens, continueront d'être exécutés suivant leur forme et teneur* »

17 op.cit Lafont Olivier. p373.

18 Louis XVI, déclaration du roi portant règlement pour les professions de la Pharmacie et de l'Épicerie à Paris 25 avril 1777

19 op.cit Lafont Olivier. p374,

C'est sous le Consulat que la première loi régissant tous les problèmes spécifiques des pharmaciens voit le jour. La loi du 21 germinal an XI, signée par Bonaparte est motivée par le besoin d'une législation s'appliquant à tout le territoire.²⁰

Cette loi réglementera l'accès à la profession, son exercice ainsi que son contrôle par les autorités. Bien qu'elle ne révolutionne pas la profession, elle constitue un cadre nécessaire et marque l'unité du droit pharmaceutique en France.

Si cette loi n'a pas de conséquence économique directe, elle impacte pourtant la rémunération du pharmacien en confirmant le monopole (elle interdit définitivement la vente de drogues simples aux épiciers), en imposant un maillage territorial (faisant, de fait baisser la pression concurrentielle) et en garantissant la qualité minimale des matières premières (ce qui encadre la marge brute).

D/ Modernisation de la pharmacie, analyse de son histoire.

1/ La révolution industrielle : la marge change de nature.

L'essor social et industriel qui prend racine à la fin du XIX^{ème} siècle va changer la nature de la profession de pharmacien. L'organisation de la recherche et du développement ainsi que les rapides progrès de la chimie vont permettre l'émergence de nouveaux médicaments (notamment les antibiotiques) et l'abandon de formes historiques de traitement (la thériaque en est l'exemple le plus probant). L'inspection pharmaceutique voit le jour en 1907.

C'est aussi cette période qui voit des pharmaciens se spécialiser en dehors de l'officine et de l'enseignement. Des pharmaciens se placent à la tête de l'industrie chimique naissante. Des savants comme Fourcroy, Vauquelin, Robiquet, Chaptal, Courtois, Labarraque ou Nativelle²¹ fondent des usines et participent au grand essor économique national. La profession se diversifie.

C'est sans conteste l'industrialisation de la production du médicament qui impactera le plus fortement l'exercice de la pharmacie et son économie²².

L'arrivée de la spécialité pharmaceutique au XIX^{ème} siècle et sa généralisation au XX^{ème} siècle ne changent fondamentalement pas la manière dont le pharmacien se rémunère sur son activité (la marge) mais elle change la nature de la marge, le

20 Eric Fouassier. Le titre de pharmacien et ses prérogatives. In: Revue d'histoire de la pharmacie, 91e année, N. 339, 2003. p. 417.

21 Ibid

22 P. Broussel. Evolution de l'industrie pharmaceutique. In : Le moniteur des pharmacies 1962 p1276

coût des matières premières et de la main d'œuvre devenant *ipso facto* dans le calcul de la marge, un prix d'achat. La philosophie de la profession est, elle aussi, impactée, en effet, l'acte rémunéré n'est plus tant la préparation d'une ordonnance (bien que l'acte existe toujours), que sa dispensation.

2/ La rémunération du pharmacien d'officine : un héritage corrélé à son activité.

Comme nous avons pu le voir au cours de notre exposé, la rémunération du pharmacien (de son ancêtre) tient essentiellement à l'activité qu'il exerce. Elle est basée sur l'honoraire quand il est à la fois médecin ou religieux, elle est bénévole dans un exercice communautaire de l'art, mais elle est le plus souvent basée sur la marge réalisée sur les produits préparés et/ou dispensés. Cela peut sembler logique, voire évident, néanmoins, la législation actuelle, que nous étudierons plus avant dans notre travail, tend à dissocier l'activité de la rémunération. Cela découle d'un changement majeur au cours du XX^{ème} siècle : le traitement social des malades avec la mise en place de la Sécurité Sociale. Le coût croissant des dépenses de santé met le médicament au centre des débats en matière d'études coût/efficacité et coût/bénéfices, sujets totalement absents lors des siècles précédents. Si le médicament reste un enjeu de santé publique majeur, il devient aussi un enjeu économique important.

Partie II - REMUNERATION DU PHARMACIEN D'OFFICINE : COMPOSITION, EVOLUTION ET REFORME.

Comme nous l'avons montré précédemment dans notre travail, la législation encadrant la rémunération du pharmacien a des racines très anciennes. Dès le IX^{ème} siècle, le califat de Bagdad fixait strictement les prix du médicament, rendant, de fait, la rémunération dépendante directement des volumes vendus avec une corrélation linéaire stricte. Au XII^{ème} siècle en Europe, l'Edit de Salerne encadrait le prix au poids des drogues simples et des médicaments composés. Il dictait également, aux pharmaciens de l'époque, l'obligation de soin. Dans le courant du XIX^{ème} siècle, l'humanisme ambiant contraint les pharmaciens à des démonstrations publiques et gratuites. Si donc cet encadrement de la profession n'est pas nouveau, il n'a cependant jamais été aussi étroit.

L'évolution du paradigme médical au cours du siècle précédent a aussi considérablement modifié la donne. L'accès au soin et donc au médicament devient un droit et l'implication de l'État dans la dépense de soin entraîne son désir d'encadrer plus strictement la profession, ne serait-ce que pour en maîtriser le coût.

L'intervention de l'État dans le domaine pharmaceutique, à la fois pour des raisons de santé publique et pour des enjeux financiers de couverture sociale, n'a jamais été aussi importante. La réglementation se complexifie chaque année et risque à terme de déstabiliser l'équilibre entre sécurité, coût et innovation.

On comprend bien ici la dualité qui est, de nos jours, l'essence même de la profession de pharmacien : il est un professionnel de santé libéral, garant d'une mission de soin particulier et acteur de santé publique, mais il est aussi commerçant, recherchant, pour la viabilité de son entreprise, la progression de sa marge commerciale, l'optimisation de ses frais et la visibilité commerciale des services qu'il propose.

Après avoir défini quelques termes techniques, nous allons détailler la composition de cette rémunération ainsi que son évolution récente.

A/ État des lieux

1/ Analyse de la rémunération du pharmacien.

La rémunération du pharmacien d'officine, et plus généralement, la bonne santé économique d'une pharmacie d'officine, s'apprécient et s'analysent par différents indicateurs qu'il nous est nécessaire de préciser.

a/ Chiffre d'Affaire (CA) d'une officine.

Le chiffre d'affaire d'une entreprise, ici une officine, est la somme des biens facturés et des services tarifés au cours d'un exercice comptable. Il ne doit pas être confondu avec la rémunération ou la rentabilité d'une entreprise, il en est d'ailleurs un mauvais indicateur.²³ En effet, le chiffre d'affaire ne tient pas compte du taux de marge ni des charges de l'entreprise.

Il a cependant une importance en officine, il détermine le nombre minimum de pharmaciens devant être employés pour assister le titulaire selon l'arrêté du 15 mai 2011, à raison d'un pharmacien par tranche de 1300K€ CAHT.²⁴

Il reste aussi, malheureusement, un facteur déterminant du prix de vente d'une officine.

b/ Un indicateur de santé de l'officine : l'Excédent Brut d'Exploitation (EBE).

L'excédent brut d'exploitation exprime la capacité d'une entreprise à générer des ressources de trésorerie du seul fait de son exploitation, c'est-à-dire sans tenir compte de sa politique de financement, ni de sa politique d'amortissement, ni des événements exceptionnels. L'EBE permet de porter un jugement sur l'activité d'une entreprise en analysant la performance de ses activités opérationnelles.

Cet excédent se calcule comme suit:

$$\text{EBE} = \text{CA} - \text{Achats consommés} - \text{Consommation en provenance de tiers} - \text{Charges de personnel} - \text{Impôts et taxes (voir figure 2.1)}$$

²³ Michel Watrelos, Cours de comptabilité 5ème année Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Lille année 2012-2013

²⁴ Arrêté du 15 mai 2011 relatif au nombre de pharmaciens dont les pharmaciens titulaires doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaire.

Un autre mode de calcul de l'EBE nous laisse entrevoir plus avant le détail de ce qui le compose, celui basé sur la Valeur Ajoutée :

$$\begin{aligned} \text{Excédent brut d'exploitation (EBE)} &= \text{Valeur ajoutée} \\ &+ \text{Subventions d'exploitation (les primes génériques par exemple)} \\ &- \text{Impôts, taxes et versements assimilés} \\ &- \text{Charges de personnel} \end{aligned}$$

Où la Valeur ajoutée (parfois définie comme la marge brute) est définie comme:

$$\begin{aligned} \text{Valeur ajoutée} &= \text{Marge commerciale} + \text{Production de} \\ &\text{l'exercice} - \text{Achats d'approvisionnements} \pm \text{Variation des stocks} \\ &\text{d'approvisionnement} - \text{Frais accessoires d'achat d'approvisionnement} \\ &+ \text{Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats} \\ &\text{d'approvisionnements} - \text{Consommations en provenance des} \\ &\text{tiers} + \text{Rabais, remises et ristournes obtenus sur} \\ &\text{services extérieurs (les contrats de coopération commerciale} \\ &\text{par exemple)} \end{aligned}$$

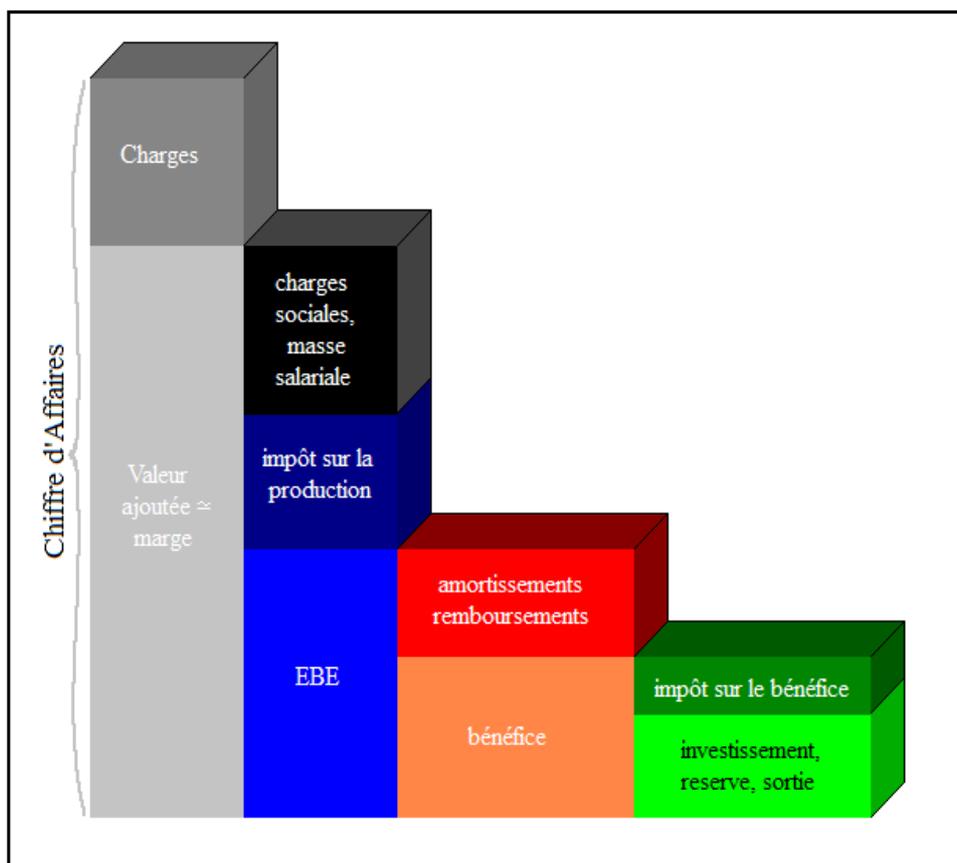


figure 2.1 - relation entre CA, EBE et marge

L'EBE permet de déterminer la rentabilité (en valeur brute) et la rentabilité (par rapport à l'investissement) d'une entreprise.

c/ La marge commerciale.

La marge commerciale ou marge brute correspond pour un commerçant à la différence entre le prix de vente HT et le prix d'achat HT auprès du fournisseur.

La somme des marges commerciales doit permettre de couvrir les frais fixes et les frais de fonctionnement d'un point de vente.

Les marges commerciales sont très variables selon les produits et les types de commerces.

Les marges commerciales s'apprécient généralement à partir du calcul des taux de marges. Ceux-ci sont de quelques pourcents dans la grande distribution sur les produits alimentaires et peuvent atteindre 60 % dans la distribution textile.²⁵

Il convient de distinguer, quand on parle de l'officine, cette marge commerciale qui est la composante majoritaire de la rémunération du pharmacien d'officine et la marge brute qui, par abus de langage, tend à désigner la rémunération *stricto sensu*.

d/ Ventilation de la marge par taux de T.V.A.

Selon la nature du médicament vendu/dispensé, le taux de TVA est variable ce qui nous permet d'analyser la part de chacun des secteurs dans l'activité de la pharmacie.

La Taxe sur la Valeur Ajoutée applicable aux médicaments remboursables est de 2,1%.

Sont taxés à 5,5% l'appareillage du handicap et l'orthopédie, la plupart des dispositifs médicaux, le matériel d'auto-surveillance. Les médicaments non remboursables sont, eux, taxés à 10%.

La parapharmacie a un taux de TVA de 20%. Il s'agit également du taux applicable aux locations (lits médicalisés, tire-lait, etc.).

On notera que cette ventilation n'est pas la même dans les DOM-TOM où les médicaments remboursables gardent un taux préférentiel à 2,1% mais où toute autre TVA est à 8,5%

²⁵ INSEE, définitions marketing

2/ Rémunération du pharmacien d'officine : la marge brute

La marge (qu'on peut aussi appeler la rémunération officinale) est l'indicateur le plus pertinent de mesure d'activité et de performance.²⁶

La marge est la différence entre les ventes de tous les produits dans la pharmacie et ses achats (marge commerciale). Elle tient également compte des autres éléments de rémunération notamment la coopération commerciale (marge arrière) et les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) définies avec l'assurance maladie.

Elle intègre depuis le 1er janvier 2015, les nouveaux honoraires de dispensation des médicaments remboursables ainsi que les honoraires de dispensation d'ordonnance complexe.

a/ Marge non linéaire en pharmacie : la marge dégressive lissée.

Les prix des spécialités remboursables ne sont pas librement fixés par les industriels. Ils sont soumis à une réglementation prévue par le Code de la Sécurité Sociale et sont le fruit d'une convention entre les industriels et les pouvoirs publics.

Le prix public hors taxe d'une spécialité remboursable est obtenu en ajoutant au prix fabricant hors taxe (PFHT) la marge grossiste et la marge des pharmaciens. En ajoutant au prix public hors taxe la TVA de 2,1 %, on obtient le prix public TTC.

Les prix des spécialités non remboursables sont fixés librement par les laboratoires depuis le 1er juillet 1986. De même pour le marché hospitalier, les prix sont libres. Les spécialités pharmaceutiques non remboursables sont soumises à un taux de TVA de 5,5 %.²⁷

Les marges des pharmaciens sur les médicaments remboursables sont fixées conjointement par les ministres chargés des finances, de la santé et de la sécurité sociale. Jusqu'en 1989, la marge était linéairement corrélée au prix de vente du fabricant. À partir du 1er mars 1990, pour essayer de maîtriser les dépenses de médicaments, et dans le but de déconnecter rémunération et prix du médicament, les pouvoirs publics ont régulé les marges des pharmaciens en instaurant un système de marge dégressive : le taux de marge diminue quand le prix producteur

²⁶ KPMG, Pharmacies, moyennes professionnelles 24e édition p11

²⁷ LEEM, Les entreprises du médicaments - Éléments chiffrés - Édition 2011

augmente. Le système a été modifié au 1er janvier 2000, avec une rémunération du pharmacien composée d'un forfait par boîte de 0,53€ et d'une marge à deux tranches : entre 0 et 22,90€, le pharmacien percevait 26,10 % ; au-delà, il percevait 10 %. La dispensation des médicaments à délivrance particulière entraînait parallèlement un forfait additionnel de 0,30 € par boîte.

Ces fourchettes s'entendent en Prix Fabricant Hors Taxe (PFHT).

L'arrêté du 3 mars 2008 a modifié la première tranche de rémunération et fixé trois tranches suivantes : 0-22,90€ : 26,10 % ; 22,90-150€ : 10 % ; au-delà : 6 %, auxquels s'ajoute toujours un forfait par boîte de 0,53 € (voir figure 2.2).

Enfin, dans le but de compenser l'arrivée de l'honoraire de dispensation, l'arrêté du 28 novembre 2014 prévoit deux autres modifications de la marge dégressive applicable aux spécialités remboursées pour le 1er janvier 2015 et le 1er janvier 2016. Pour 2015 sont établies les cinq tranches suivantes : 0-0,82€ : 0% ; 0,83-22,90€ : 25,5% ; 22,91-150€ : 8,5% ; 150-1500€ : 6% et enfin 0% au dessus de 1500€. Pour 2016 la première tranche à 0% est étendue jusqu'à 1,91€. ²⁸ (voir figure 2.2).

Fourchette de PFHT (en €)	Évolution de la Marge dégressive (en % du PFHT)			
	2000-2008	2008-2014	2015	2016
De 0 à 0,82	26,1	26,1	0	0
De 0,83 à 1,91	26,1	26,1	25,5	0
De 1,92 à 22,90	26,1	26,1	25,5	25,5
De 22,91 à 150,00	10	10	8,5	8,5
De 150,01 à 1500,00	10	6	6	6
plus de 1500,00	10	6	0	0

figure 2.2 - évolution de l'encadrement de la marge sur la vente de spécialités remboursables

b/ Cas particulier de la marge sur les médicaments génériques.

Dans le but affiché d'encourager la dispensation de médicaments génériques, la marge réalisée sur la vente d'un médicament générique admis au remboursement est soumise à une réglementation particulière. En effet, la marge est identique à celle réalisée sur le princeps en valeur absolue.

28 INSEE-Première N1525 p2 décembre 2014

Pour plus de clarté, nous allons présenter l'exemple d'une boîte d'INEXIUM 20 mg 28 comprimés gastrorésistants du laboratoire ASTRA ZENECA. Notre exemple ne tient pas compte du passage en marge avant d'une partie des avantages commerciaux.

Le Prix Fabricant Hors Taxe (nous le rappelons fixé par convention) est de 8,01€. La marge commerciale du pharmacien sera donc en 2016 de :

$$\text{Marge (en valeur)} = ((8,01 - 1,90) \times 25,5\%) = 1,56\text{€}$$

Soit un taux de marge de :

$$\text{Tx de Marge} = \text{marge/PFHT} = (1,56/8,01) \times 100 = 19,45\%$$

Cette spécialité fait partie du répertoire générique. En officine elle pourra être substituée par ESOMEPRAZOLE BIOGARAN 20 mg 28 comprimés gastrorésistants dont le PFHT est, lui, de 5,06€.

La législation particulièrement incitative permet pourtant d'appliquer, en valeur absolue, la même marge que pour le princeps soit 1,56€, d'où un taux de marge :

$$\begin{aligned} \text{Tx de Marge Générique} &= \text{marge princeps/PFHT générique} \\ &= 1,56/5,06 = 30,83\% \end{aligned}$$

C'est principalement ce phénomène qui explique que les taux de marge sur la vente de produits à TVA 2,1 dépassent les 22% théoriques de la marge dégressive lissée.

c/ L'honoraire de dispensation

L'arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants N^{os} 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie met en place pour le 1er janvier 2015 une nouveauté : l'honoraire de dispensation.²⁹

29 JORF n°0278 du 2 décembre 2014 page 20062 texte n° 37

Le but est ici de déconnecter toujours plus la rémunération du pharmacien des volumes et du prix des médicaments délivrés.

Un honoraire de 0,82€ par conditionnement de médicament remboursable est facturé à l'assurance maladie (1,02€ depuis le 1er janvier 2016). Cet honoraire est tarifé par code CIP. Dans le cas particulier de la délivrance de boîte de traitement trimestrielle, l'honoraire est triplé, mais une décote de 10% est appliquée. Dans les cas de délivrance fractionnée, l'honoraire est facturé sur la base du conditionnement utilisé pour le fractionnement.

De plus un honoraire de 0,51€ pour toute dispensation donnant lieu à l'exécution d'une prescription comportant au moins 5 lignes différentes de spécialités pharmaceutiques remboursables est facturé à l'assurance maladie en une seule délivrance. La facturation de cet honoraire est conditionnée à la proposition systématique par le pharmacien au patient d'un plan de posologie permettant à ce dernier de mieux appréhender la prise de son traitement.³⁰

d/ Les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP)

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) vient compléter la rémunération à la marge qui reste la rémunération principale de l'officine

Ce dispositif vise à favoriser la qualité de la pratique officinale en rémunérant l'atteinte d'objectifs pré-établis entre les signataires de la convention.

Tout en préservant son autonomie et son indépendance, la ROSP donne au pharmacien les moyens d'évaluer sa pratique professionnelle globale par le suivi d'indicateurs ciblés (taux de substitution, nombre d'entretiens pharmaceutiques...) et de valoriser ses efforts pour la faire évoluer.

Les thèmes et les libellés des indicateurs sont définis avec les représentants des pharmaciens lors des négociations conventionnelles. Ils tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales.

Chaque indicateur est indépendant. Pour chaque indicateur, un objectif est fixé. Les titulaires perçoivent une rémunération correspondant, soit à la réalisation de cet objectif, soit à la progression observée vers cet objectif. Ainsi, il n'est pas nécessaire d'atteindre 100 % de l'objectif pour percevoir une rémunération.

30 JORF n°0278 du 2 décembre 2014 page 20062 texte n° 37 Annexe II-4

A titre d'exemple, pour l'année 2015 les pharmaciens avaient un objectif de substitution dans le répertoire génériquable de 85%, ils ont perçu en moyenne 6058€ par pharmacie et la dotation nationale pour cet objectif était de 136M€. ³¹

e/ Les contrats de coopération commerciale (marges arrières)

Le pharmacien amené par son activité à négocier un prix d'achat avec un fournisseur se voit accorder, selon l'encadrement que permet la loi, une remise par ligne de produit commandé. Cette remise s'ajoute à sa marge commerciale.

De plus, le pharmacien se voit couramment rémunéré par un fournisseur pour d'autres actions telles que prévues par l'article L.441-7 du code du commerce et qu'évoquées par l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale.

Ces contrats peuvent concerner diverses prestations comme une visibilité en vitrine, une présentation de gamme, la diffusion d'une information, etc.

En pratique, la frontière entre la remise sur un produit et le contrat de coopération commerciale est parfois très mince.

f/ Sur la transparence dans les pratiques commerciales

Comme nous le disions précédemment, la différence entre remise commerciale et marge arrière est parfois tenue dans la pratique.

Un principe de transparence a été instauré dans la loi de financement de la sécurité sociale en 2014 à l'article 40, avec une obligation de déclaration au CEPS (Comité Économique des Produits de Santé) par les fabricants et/ou grossistes.

« L'idée sous-jacente étant de déterminer le véritable prix net, et notamment du médicament générique, pour à terme, pouvoir opérer les ajustements nécessaires, autrement dit des baisses de prix, et ainsi diminuer le coût de prise en charge. À défaut de transparence, les laboratoires s'exposent à une possible pénalité financière ne pouvant être supérieure à 5 % du CAHT »³²

Dans la pratique, encore une fois, cette transparence semble difficilement atteignable et fera l'objet de négociations entre pouvoir publics et industriels du médicament. Outre l'impossibilité de répartir ces « remises cachées » par ligne de

³¹ Christophe Micas, Le quotidien du pharmacien 8 avril 2016

³² T. Morgenroth, Le prix dans les relations contractuelles sur le marché officinal, *Rev. Lamy concurrence*, 2015, n°43, p. 197.

produit, il est de surcroît souvent difficile de ne les imputer qu'à la seule tranche de TVA à 2,1% (le médicament remboursable).

3/ Rémunération de l'officine : quelques chiffres.

Nous venons de voir ce qui compose majoritairement la rémunération. Avant de parler de son évolution et des facteurs internes et externes qui l'impactent il convient de la situer et de la préciser.

Nos chiffres sont issus de la 24e édition de l'étude « moyenne professionnelles - Pharmacies » menée par la société KPMG, société d'audit, de conseil et d'expertise comptable.

La méthodologie et la présentation de l'échantillon de cette étude constitue nos annexes 1 et 2.

a/ Chiffre d'affaire moyen et ventilé par taux de TVA.

Bien que, selon nous, le chiffre d'affaires ne soit plus un indicateur pertinent de la rémunération, il permet toutefois de donner un ordre de grandeur et de calculer les ratios nécessaires.

Le chiffre d'affaire moyen d'une officine en France se situe aux alentours de 1530K€ en 2015³³. On notera qu'il est stable par rapport à 2014, malgré le changement de calcul de la marge et l'arrivée de l'honoraire de dispensation.

Un exercice intéressant est de ventiler le CA par tranche de TVA afin de se rendre compte de la part que prennent les différents secteurs d'activité dans la rémunération. (figure 2.3)

	C.A. moyen 2015 en K€	en %	C.A. moyen 2014 en K€	en %	Évolution du C.A. 2015/2014 en %
C.A. à 2,1 %	1 153,4	75,2	1 160,2	75,8	- 0,6
C.A. à 5,5 %, 7 % et 10 %	218,1	14,2	212,6	13,9	2,6
C.A. à 19,6 % et 20 %	161,8	10,6	158,6	10,4	2,0

figure 2.3 - analyse de la répartition du CA par taux de TVA
source : KPMG - Moyennes Professionnelles - Pharmacie 24e édition

33 KPMG, Pharmacies, moyennes professionnelles 24e édition p9

L'essentiel de l'activité d'une officine de pharmacie reste très majoritairement la dispensation de médicaments dans le répertoire remboursable. Il convient de faire une légère distinction d'avec la délivrance d'ordonnance. En effet, certains médicaments de ce répertoire sont délivrés sans ordonnance, soit qu'ils soient l'objet d'une demande spontanée du patient, ou celui du conseil du pharmacien.

b/ Marge commerciale moyenne et taux de marge des officines.

Avec le changement de législation encadrant la rémunération et tendant à la désolidariser du volume d'activité, la marge commerciale et le taux de marge deviennent les indicateurs les plus pertinents de la rémunération de l'officine.

La marge commerciale moyenne, toujours selon l'étude professionnelle de KPMG, était en 2015 de 490,8K€.

Rapporté au chiffre d'affaires, le taux de marge moyen, tous produits et services confondus était en 2015 de 32%³⁴. A titre de comparatif, le taux de marge commerciale moyen dans la grande distribution est de 29,1%, celui des commerces spécialisés (catégorie ou l'INSEE place la pharmacie) était de 36,8%³⁵³⁶

Il est, encore une fois, pertinent de ventiler cette marge brute (figure 2.4) et ce taux de marge (figure 2.5) par taux de TVA afin d'apprécier l'activité économique de l'officine et de décomposer sa rémunération.

Marge en valeur	Marge 2015	En %
Total activité	490,8	100
Activité à 2,1%	369,2	75,2
Activité à 5,5%, 7% et 10%	72,1	14,7
Activité à 20%	50	10,1

**figure 2.4 - Répartition de la marge par taux de T.V.A.
source KPMG - Moyennes Professionnelles - Pharmacie
24e édition**

34 Op cit KPMG, p11-12

35 INSEE, Enquête annuelle d'entreprise dans le commerce 2002

36 INSEE, Enquête Marges commerciales et Ésane 2012.

On remarque une corrélation importante d'avec la répartition du chiffre d'affaire (figure 2.3) avec cependant un bémol : la proportion de la marge est plus importante pour la dispensation de produits non remboursables, complément alimentaires, dispositifs médicaux et aux autres produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Cette différence significative est imputable au taux de marge plus important dans ces activités (figure 2.5).

Marge en %	2015
Total activité	32
Activité à 2,1%	32
Activité à 5,5%, 7% et 10%	33,1
Activité à 20%	30,9

figure 2.5 - Répartition du taux de marge par taux de T.V.A.
source KPMG - Moyennes Professionnelles - Pharmacie
24e édition

Il convient d'apporter une explication quant au taux de marge encadré, donc celui de l'activité à 2,1% de taux de T.V.A. En effet, si le prix des autres activités en pharmacie est librement fixé (déterminé uniquement par le fabricant, la négociation et la pression concurrentielle), la marge applicable aux médicaments remboursés est encadrée par la loi selon, comme nous l'avons expliqué précédemment, une marge dégressive lissée. Il existe une incohérence flagrante entre les taux constatés et les taux inscrits dans les barèmes.

Le calcul statistique de la marge théorique par l'application de la Marge Dégressive Lissée (MDL) ressort à 22% de taux sur cette activité remboursable. Ce chiffre s'entend hors remises. Plusieurs facteurs s'ajoutent pour trouver les points de marge manquants :

- La remise encadrée et limitée à 2,5% du PFHT.
- L'addition de la marge grossiste en cas d'achat en direct et en gros, remise qui est plafonnée à 6,68% du PFHT avec un plancher de 0,30€ et un plafond de 30€ par boîte.
- La rémunération sur objectifs de santé concernant la substitution (qui entrent dans la rémunération de la tranche 2,1% de TVA)

- Les contrats de coopération commerciaux, bien que les sommes sur cette tranche d'activités restent assez faibles, ou pas imputables.
- Enfin, nous l'avons vu, le cas particulier de la marge sur les médicaments génériques.

c/ Revenu moyen nets d'un titulaire en officine.

Selon la Direction de la Recherche, des Études, des Évaluations et des Statistiques, le revenu moyen annuel pour un titulaire d'officine est de 110K€³⁷

A titre de comparatif, le diagramme suivant nous situe la rémunération du pharmacien d'officine titulaire parmi d'autres professionnels de santé. (figure 2.6)

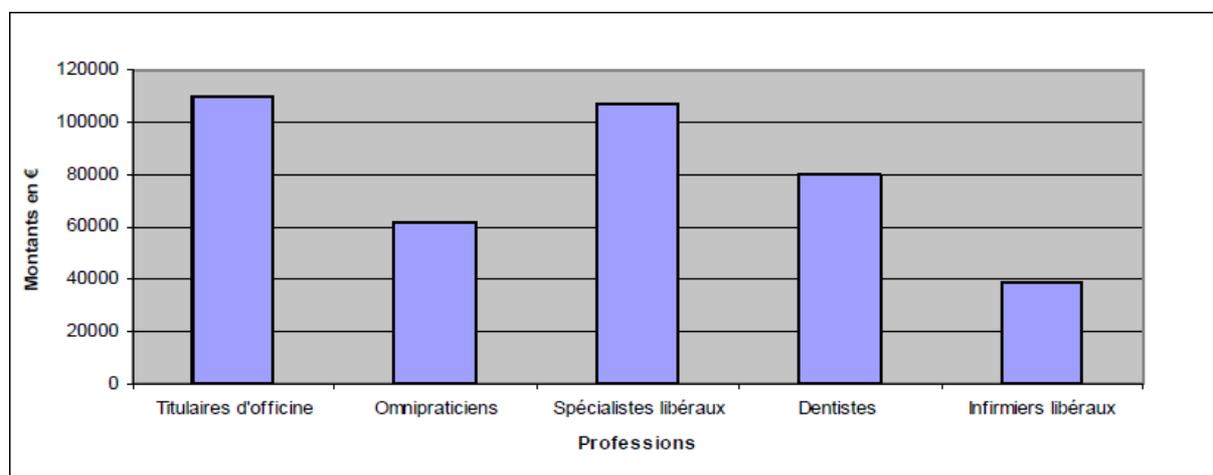


figure 2.6 - revenu annuel net moyen d'une sélection de professionnels de santé en 2008
source : Etude DREES 2009

A ces chiffres bruts il convient de donner une précision : l'immobilisation du capital de départ est beaucoup plus importante pour le titulaire d'officine que pour ces autres professionnels de santé. L'IGAS estime cette immobilisation supplémentaire moyenne à 1M€ et estime la rémunération du capital immobilisé à 30K€ (rémunération d'un placement sûr à 3%)³⁸

37 DREES – L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires.

38 IGAS – Rapport RM2011-090P, Pharmacies d'officines rémunération, missions, réseau.

B/ Facteurs influant sur la rémunération officinale.

1/ Facteurs internes principaux influant sur la rémunération.

Après ces quelques généralités permettant de contextualiser notre propos, et avant d'étudier l'évolution de la rémunération, il est nécessaire de faire état des disparités dans la rémunération du pharmacien d'officine.

Si certaines officines sont aujourd'hui de florissantes entreprises, la situation est, au dire de la profession, préoccupante. Selon le rapport démographique annuel du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens de 2016, il y a, aujourd'hui en France, une fermeture définitive d'officine tout les jours. La principale raison est la difficulté économique.³⁹ Notons que le CNOP a relativisé ces chiffres : neuf pourcents de ces fermetures sont de réelles faillites.

a/ La taille et la typologie de l'officine, principaux déterminants internes de la rémunération.

L'étude de la marge brute commerciale répartie selon le chiffre d'affaire et la typologie des pharmacies nous laisse entrevoir le premier facteur (en importance) de variabilité de la rémunération. (figure 2.7)

	Taux de marge 2015 en %	Taux de marge 2014 en %
C.A. < 1100 K€	32,3	31,9
C.A. de 1100 à 2200 K€	32,0	31,9
C.A. > 2200 K€	32,0	31,9
Zone rurale	32,8	32,7
Zone urbaine	31,6	31,4
Centre commercial	31,8	31,9

figure 2.7 - Taux de marge commerciale selon les strates de CA et la typologie
Source : KPMG - Moyennes Professionnelles - Pharmacie 24e édition

39 Ordre National des Pharmacie – rapport démographique annuel 2016

Le facteur le plus déterminant est en fait la pression concurrentielle. Le taux de marge est inversement proportionnel à la concentration en officines dans une zone donnée (figure 2.8 et 2.9). Une exception notable à ce qui semble être une règle⁴⁰ : les zones de villégiatures saisonnières.

L'un des facteurs de viabilité économique de l'officine semble être le maillage territorial imposé.

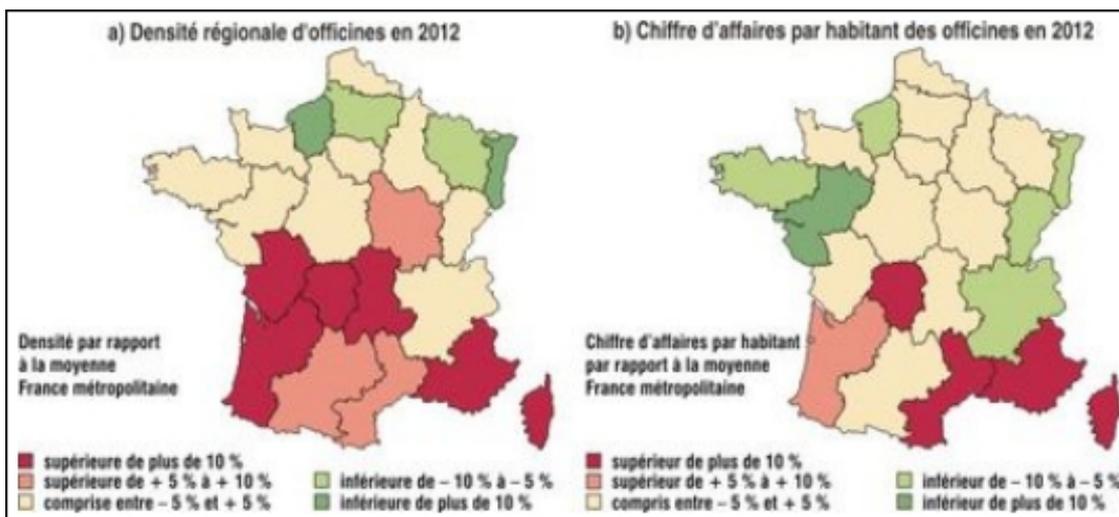


figure 2.8 - Densité régionale d'officines et CA régional/hab en 2012
Source : INSEE - ESANE 2012

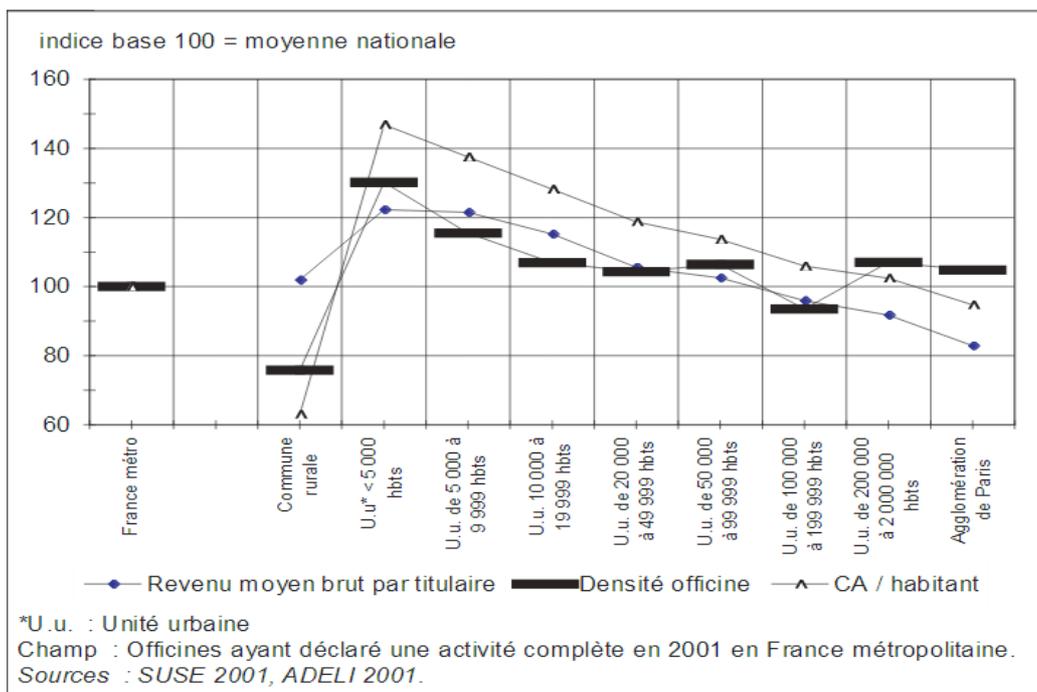


figure 2.9 - Revenu moyen brut par titulaire en fonction de la densité urbaine.

40 INSEE, Esane 2012, recensement de la population 2011.

Ces taux de marge sont à rapporter au chiffre d'affaires (figure 2.10) et leur évolution.

C.A. < 1 100 K€	- 1,4
C.A. de 1 100 à 2 200 K€	0,2
C.A. > 2 200 K€	1,4
Zone rurale	- 0,3
Zone urbaine	- 0,3
Centre commercial	3,1

figure 2.10 - Evolution du CA 2014/2015 selon les strates de CA et la typologie
Source : KPMG - Moyennes Professionnelles - Pharmacie 24e edition

Ces quelques chiffres nous donnent une appréciation de la disparité existante entre les officines. Nous le verrons plus en détail dans l'étude de l'évolution de la rémunération mais les petites officines tendent à diminuer leur activité (et leur rémunération) alors que les grandes officines s'accroissent. Cela tient à un second facteur interne majeur de l'officine : sa capacité à la négociation.

b/ Charges externes et masse salariale.

Deux autres données clés dans le calcul de la rentabilité de l'officine sont évidemment les charges externes et la masse salariale.

Les charges externes correspondent aux dépenses d'achats payées par l'officine à un tiers. On y comptabilise les dépenses énergétiques, les fournitures de bureautique, les assurances, les charges d'entretien et des réparations, les honoraires de collaborateurs (expert-comptable par exemple), les locations immobilières et leurs charges, les frais de publicité, de déplacements ou de télécommunication, la publicité. La typologie des officines montre encore quelques inégalités (l'exemple le plus flagrant est celui des loyers en centre commerciaux). (figure 2.11)

Ces charges sont le plus souvent maîtrisées et stables dans le temps.

Un autre poste de dépense majeure est la rémunération de l'équipe officinale et les charges sociales s'y appliquant.

	Charges ext. / C.A. 2015 en %
C.A. < 1100 K€	6,6
C.A. de 1100 à 2200 K€	5,0
C.A. > 2200 K€	4,5
Zone rurale	4,9
Zone urbaine	5,3
Centre commercial	6,4

figure 2.11 - charges externes exprimées en pourcentage du CA
source : KPMG - moyennes professionnelles - pharmacie 24e édition

Toujours selon l'étude KPMG, la masse salariale moyenne sur l'échantillon était de 168,7K€, soit 11% du CA.

2/ Les contributeurs à la rémunération du pharmacien

La part de l'activité remboursée par les organismes d'assurance maladie est très variable. Cela est essentiellement dû à la variabilité des exercices, les typologies diverses d'officine. On peut néanmoins avoir un ordre d'idée sur la part des différents contributeurs à la rémunération de l'officine.

En moyenne, l'activité remboursée d'une officine se situe autour de 82% du CA.⁴¹ La part de contribution directe du patient au CA d'une officine se situe donc autour de 18% du CA. On notera que l'on ne peut déduire ce ratio des répartitions par taux de marge. En effet, comme nous l'avons expliqué précédemment, certains produits remboursables n'entrent pas dans le taux de T.V.A. 2,1%. L'exemple le plus significatif est le CA réalisé sur les compresses et bandes. Avec l'application d'une

41 Cour des comptes Les catégories de dépenses de la CSBM en 2006 : parts et contributions des financeurs

T.V.A. à 20% et sans encadrement de la remise, la quasi totalité de la vente de ces produits se fait néanmoins au sein de l'activité remboursée de l'officine.

Dans l'activité remboursée, l'application stricte des taux de remboursements nous donne un rapport approximatif Assurance Maladie Obligatoire sur total remboursé de 0,6. Néanmoins les différentes exonérations (Affections Longue Durée, Accident de Travail, Article 115, Invalidité, Grossesse, Prévention, etc.) amènent ce taux à 0,74⁴² (figure 2.12)

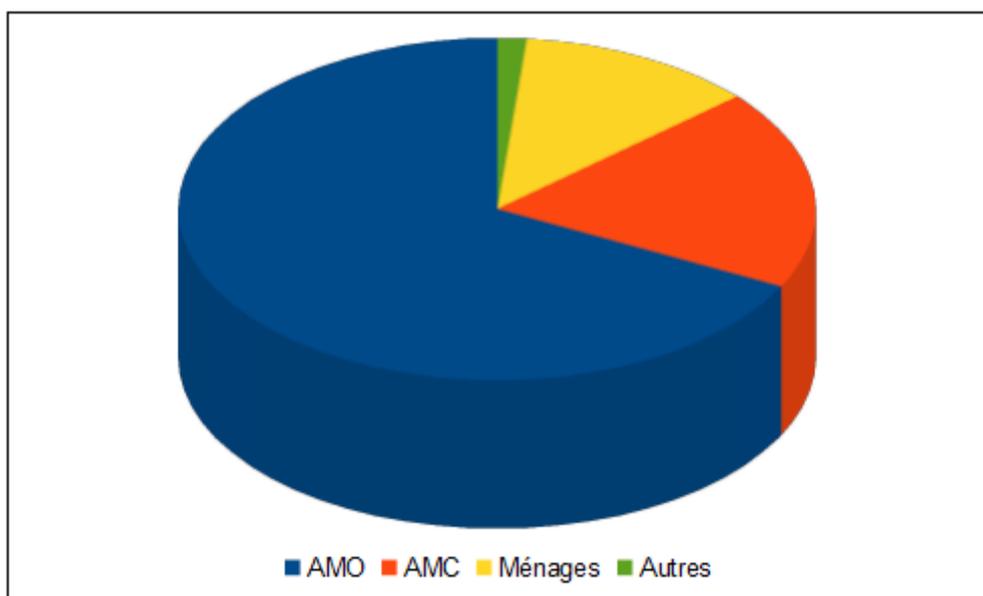


figure 2.12 - part relative des différents financeurs au CA des officines

3/ Évolution récente de la rémunération, entre conjoncture et réformes

Après avoir détaillé ce qu'est la rémunération du pharmacien d'officine et l'avoir chiffré, nous avons abordé sa variabilité et en avons analysé succinctement la destination et la provenance. Avant d'étudier la réforme en cours, celles qui sont encore à l'étude et de discuter la position des différentes institutions concernées par le sujet, il nous reste à étudier son évolution.

La pharmacie, si elle est un lieu du soin de proximité, est un commerce de détail. Installée au plus proche de la population, elle subit les aléas de la conjoncture économique générale du pays. Toutefois, si le pharmacien d'officine n'échappe pas à cette règle comme tout commerce de proximité, il a également dû s'adapter à un nombre important de changements législatifs dont certains furent purement et

42 Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé 2006

simplement des révolutions dans le mode d'exercice et de rémunération du pharmacien.⁴³

a/ Les Officines, commerces de proximité au cœur de la conjoncture.

La pharmacie d'officine est, commercialement parlant, un commerce spécialisé de proximité. En étudiant l'évolution du chiffre d'affaire comparé au CA des commerces spécialisés et des commerces de proximité⁴⁴ on remarque que la tendance des courbes est tout à fait similaire (figure 2.13).

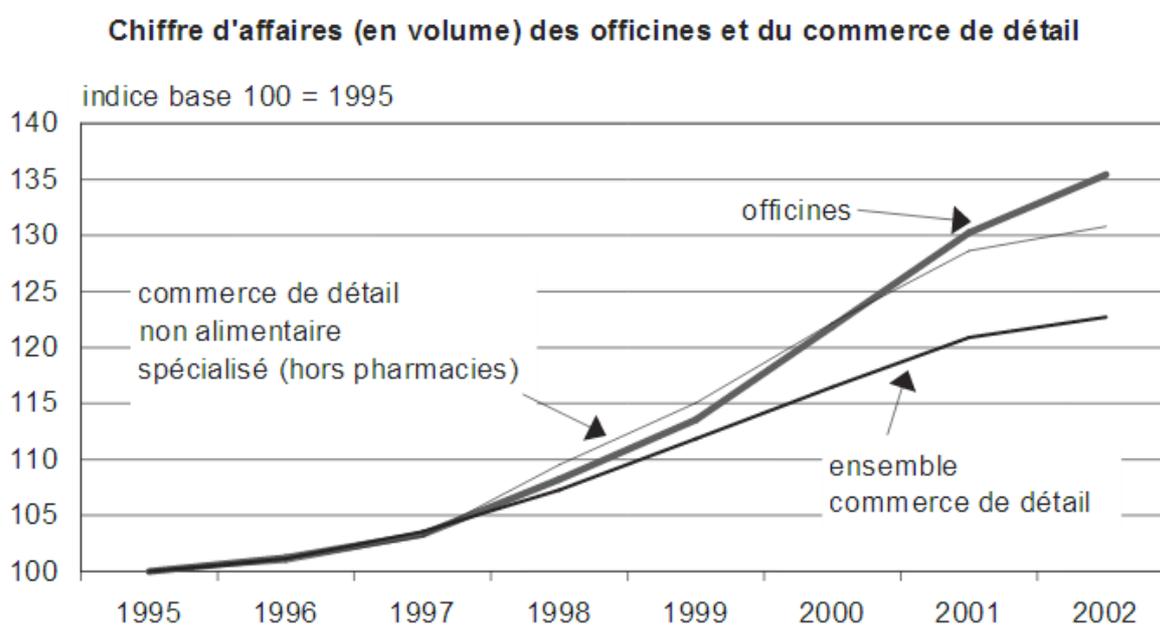


figure 2.13 - CA comparés des officines et du commerce de détail.

Source : INSEE, comptes du commerce

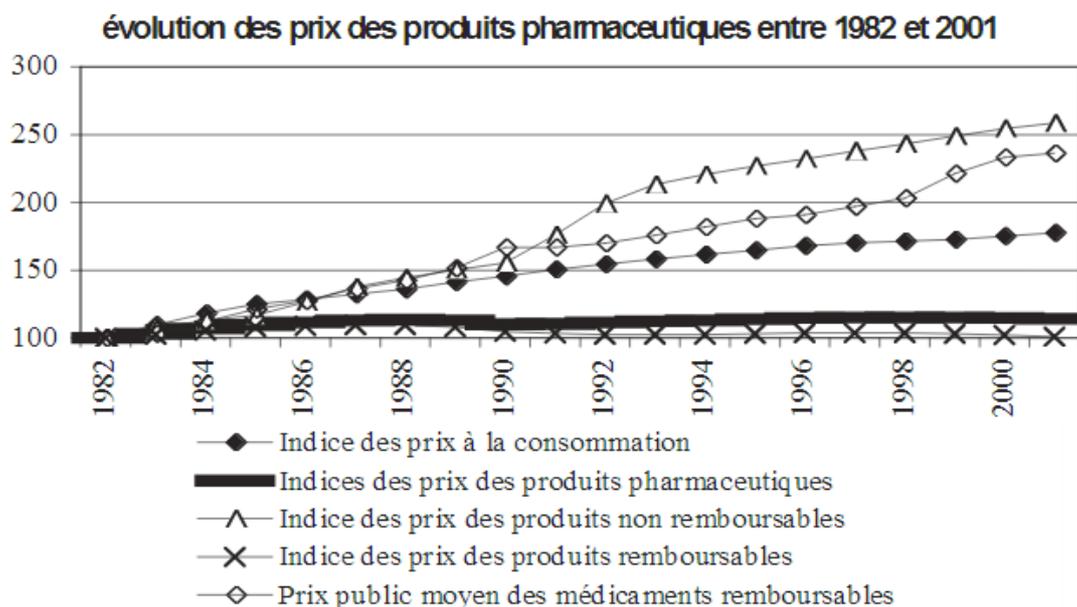
Il existe néanmoins une inflexion à la hausse significativement plus forte en ce qui concerne le volume de chiffre d'affaires réalisé en moyenne par les pharmacies d'officine.

Cela est à mettre en balance avec la hausse du prix du médicament. En effet, les innovations chimiques et galéniques ont sensiblement pesé à la hausse sur le prix des produits pharmaceutiques. (figure 2.14).

43 Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) historique de la politique du médicament en France pp 8-58

44 INSEE, comptes du commerce.

Hormis cet écart explicable, on peut raisonnablement dire que les entreprises spécialisées dans la vente au détail de médicaments (les officines) ne se sont pas comportées différemment des autres et ont globalement collé à la conjoncture économique générale du pays.



Données Insee pour les indices de prix, données Leem pour le « prix public moyen des données remboursables ».

Sources : *Eco-Santé France 2003, Credes.*

figure 2.14 - évolution des prix des produits pharmaceutiques entre 1982 et 2001

b/ La rémunération en officine, une révolution permanente.

L'implication de l'État dans la gestion économique de l'officine est de plus en plus marquée. La maîtrise de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) passe par la régulation de la dépense de médicament et donc, par l'officine.

Entre 1975 et 2000, vingt-cinq plans gouvernementaux impactent directement l'économie de l'officine⁴⁵ (26 si on comptabilise l'annulation du plan Seguin comme un changement). On dénombre donc soixante-six⁴⁶ modifications de la rémunération du pharmacien titulaire d'officine en 25 ans (sans compter les modifications qui impactent le commerce en général comme les changements de taux de T.V.A.). Ces modifications vont du déremboursement de certains médicaments et prestations au changement direct du calcul de la marge dans les entreprises officinales. L'objet de

45 IRDES – Historique de la politique du médicament en France, mars 2014 pp11-21

46 Ibid.

notre travail n'est pas ici de détailler l'histoire de cette régulation mais bien de montrer l'instabilité régnante autour de la rémunération de notre profession. Depuis 1997, une loi annuelle de financement de la sécurité sociale (LFSS) est débattue et promulguée.

Autant dire que le pharmacien a dû faire montre, plus que de raison, de sa grande adaptabilité. La figure 2.15 nous montre l'évolution du CA, de L'EBE et de la marge moyenne des officines en nous contextualisant certaines inflexions de ces indicateurs. (figure 2.15)

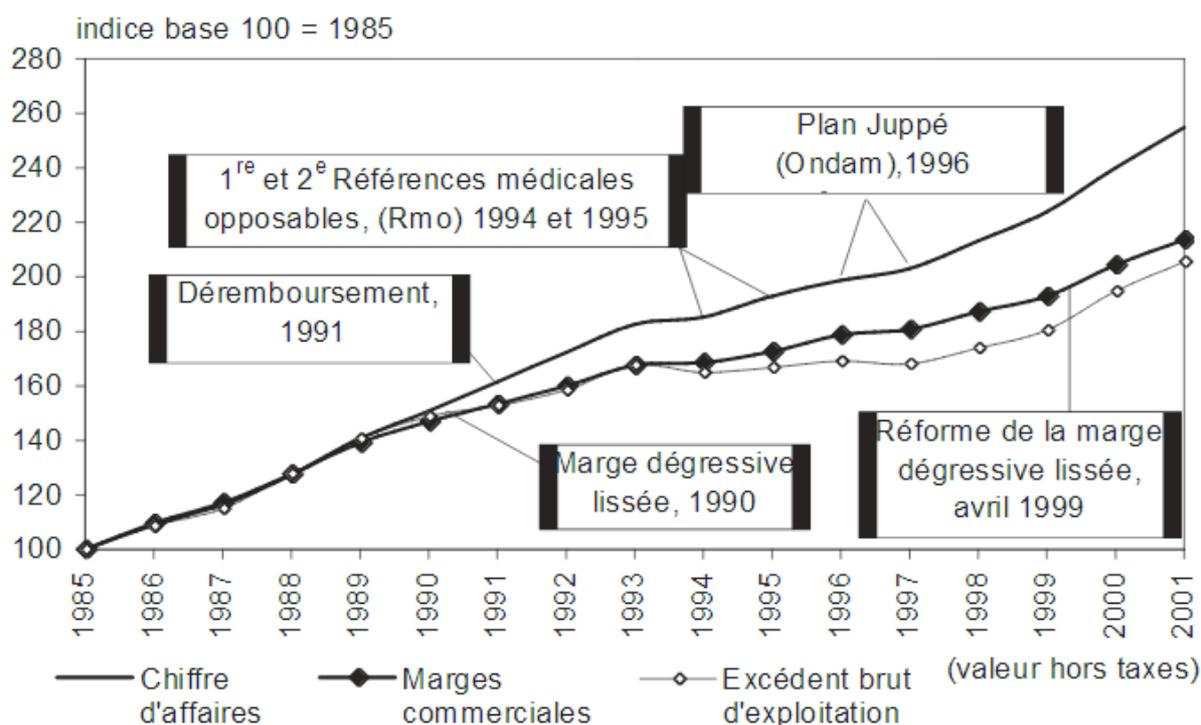


figure 2.15 - Evolution du CA, de l'EBE et de la marge commerciales depuis 1985
source : INSEE - comptes du commerce

c/ Stagnation du chiffre d'affaires, augmentation de la marge : la rémunération change.

Depuis 2009 on assiste à une stagnation du chiffre d'affaire moyen dans le secteur de la pharmacie d'officine. En 2013 et 2014 on a d'ailleurs, pour la première fois, enregistré une régression du CA moyen des officines. (figure 2.16)

Déjà, comme nous l'avons montré, la pharmacie reste un commerce inscrit dans une conjoncture plutôt maussade. La croissance au ralenti de notre pays ne permet pas un essor du commerce en général et de l'officine en particulier. Cette tendance s'observe d'ailleurs dans tous les commerces de détail.⁴⁷

Cette stagnation a, néanmoins, une autre explication : il s'agit de la raison exactement inverse à notre inflexion de croissance des années 90 constatée précédemment. La part croissante du générique dans le volume d'affaire de l'officine fait baisser mathématiquement le chiffre d'affaire. (figure 2.16)

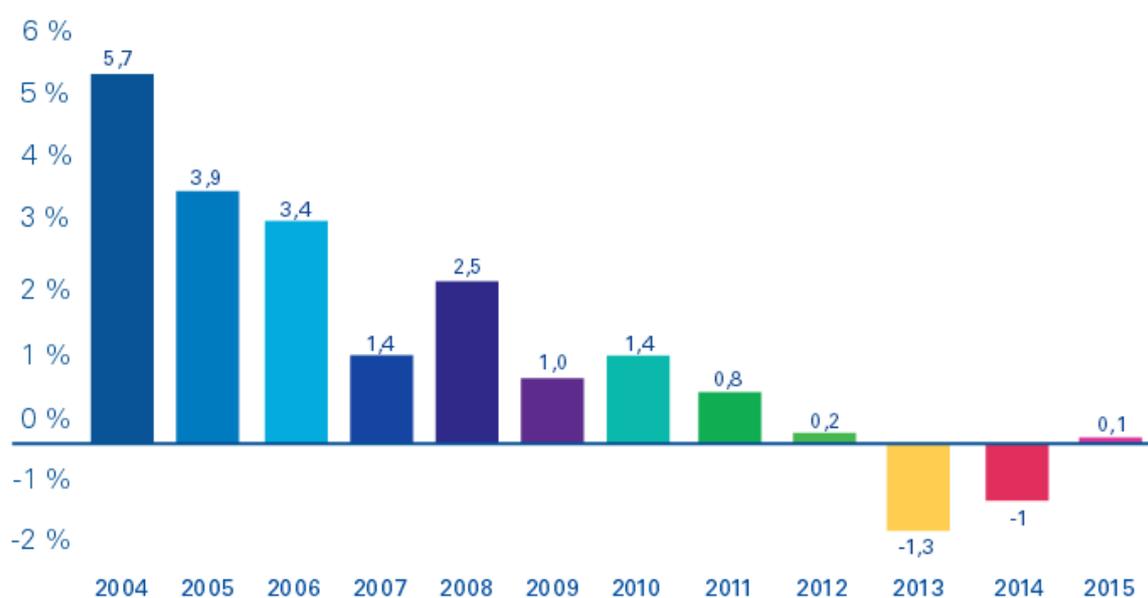


figure 2.16 - Evolution du CAHT
source : KPMG - moyennes professionnelles - pharmacie 24e édition

C'est en partie pour cela que l'indicateur marge lui est préféré. On constate une évolution constante de la marge. (figure 2.17)

47 INSEE-Comptes et bases du commerce, Taux de croissance annuels des chiffres d'affaires du secteur de la pharmacie et du commerce de détail depuis 2000

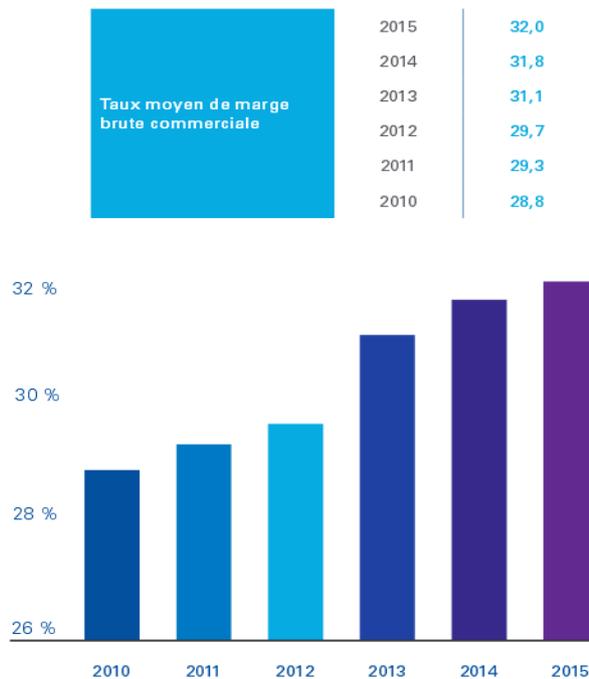


figure 2.17 - taux moyen de marge brute
source : KPMG - moyennes professionnelles - pharmacie 24e edition

Comme nous l'avons déjà expliqué précédemment, cela a plusieurs origines mais la législation incitative sur le générique y prend une part importante.

4/ Honoraires de dispensation : une réforme réussie

L'honoraire de dispensation a été mis en place sur la base d'un rapport commun de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF) à propos de l'ONDAM⁴⁸. Ce projet de réforme soutenu par la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) a eu pour but de faire passer 50% de la MDL (33% en 2015) en marge forfaitaire (honoraires) dans deux buts affichés : réduire l'impact du prix du médicament sur la santé financière des officines et sécuriser la rémunération du pharmacien d'officine.

a/ Une réussite technique incontestable

S'il est encore tôt pour déterminer l'impact qu'a eu cette réforme sur chaque typologie d'officine, il est à constater plusieurs faits :

- La tendance générale est à la baisse du prix des médicaments (favorable donc à cette désolidarisation entre prix et rémunération officinale).⁴⁹

48 IGF-IGAS – Rapport – Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, juin 2012 pp43-44

49 Source : FSPF PharmaStat

- Le CA moyen a légèrement baissé. (pour rappel -2,1% en 2015)
- Si le taux de marge a augmenté, la marge brute a légèrement baissé. (+0,2% et -0,3%).

Dans le cadre de cette baisse du CA, on peut dire que la réforme a eu un effet tampon sur la rémunération de l'officine⁵⁰

b/ Des conséquences discutables.

Si cette réforme a été brillamment calculée et ordonnée, elle n'en soulève pas moins plusieurs questionnements. L'honoraire de dispensation reste mal défini et mal compris, il s'applique en effet à tout médicament remboursable, même les médicaments à prescription médicale facultative, contrairement aux reproches de la DGCCRF.

Cet honoraire reste difficile à comprendre pour les patients et n'est pas facilement explicable par les collaborateurs de l'officine (qui, pour la plupart n'en connaissent pas le détail). L'union de consommateur Que Choisir, bien connue de la profession, jette un voile trouble sur cet honoraire et entretient parfois la défiance⁵¹

Cet honoraire a été l'objet de communication contradictoire. Certains groupements de pharmaciens d'officine ont communiqué sur sa non application dans leur réseau, jouant sur un manque de définition d'un fait nouveau. En effet l'arrêté du 28 novembre 2014 reste assez flou sur la tarification faite aux patients (médicaments remboursables mais non remboursés)

Cet honoraire est peu représentatif du travail effectué et ne peut s'apparenter à une tarification à l'acte.

Cet honoraire risque de devenir un moyen de pression supplémentaire dans les négociations conventionnelles.

Enfin, fait sur lequel ne communiquent pas les signataires de la convention, cette réforme a été amenée suite à une recommandation de l'IGF et de l'IGAS dans la maîtrise de l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (ONDAM) et s'accompagne d'une contrepartie non négligeable : « La mission propose de baisser la marge unitaire des pharmaciens par boîte de médicament en leur garantissant une marge minimale grâce à l'honoraire de dispensation prévu par la nouvelle convention

⁵⁰ Le Pharmacien de France N1277 – février 2016 pp18-19

⁵¹ UFC Que Choisir, Pharmacie, Étranges honoraires de dispensation, 25 octobre 2015

pharmaceutique. Sous réserve d'une baisse de 10% du nombre d'officine d'ici 2017, une économie de 150M€ est envisageable. »⁵²

c/ Le glissement de la rémunération du pharmacien traduit son incorporation dans le système de politique sociale.

Le changement de la rémunération du pharmacien s'accélère. Sous l'impulsion des pouvoirs publics et le bon accueil de certains représentants de la profession, la rémunération à l'honoraire vient appuyer la déconnexion entre prix du médicament et résultats de l'officine commencée par la marge dégressive lissée.

Ce glissement fait de la pharmacie une exception de plus en plus singulière dans le monde du commerce.

D'autre part, les mesures incitatives et coercitives de l'assurance maladie à l'endroit des officines tendent à réduire de plus en plus sa marge de manœuvre en tant que professionnel libéral de santé. Cela tient à la part importante et modulable qu'il prend dans l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (ONDAM).

Cette proximité d'avec les objectifs économiques et la multiplicité des mesures correctrices s'y appliquant rend l'exercice officinal de plus en plus dépendant de directives administratives et fait de ce dernier une exception de plus en plus singulière dans la pratique d'une médecine libérale.

52 IGAS, IGF, Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, juin 2012, p44

Partie III - LA REMUNERATION DU PHARMACIEN UN ENJEU ECONOMIQUE SOURCE DE MODIFICATIONS STRUCTURELLES DE LA PROFESSION.

Nous avons montré, précédemment dans notre travail, le changement historique de la rémunération du pharmacien d'officine. Ce tournant a lieu au moment de la généralisation de l'assurance maladie. Le Conseil National de la Résistance avait pour programme de créer un unique organisme de sécurité sociale. Si ce projet n'a pas vu le jour, les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 généralisent et uniformisent les prestations. La santé devient, par ce fait, une mission d'État.

En ce qui concerne l'assurance maladie, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) définit la politique de dépense de santé et pilote depuis 1967 les différents organismes l'appliquant.

Les dépenses de l'assurance maladie s'élevaient en 2015 à 159,2 milliards d'euros, ce qui représente 11% du PIB. Plus préoccupant, l'assurance maladie est gravement déficitaire. Ce déficit s'est nettement et régulièrement aggravé depuis 2001 avec un solde en 2015 à -5,8 milliards d'euros⁵³.

La nécessité de respecter l'ONDAM se fait de plus en plus sentir et, en tant que membre du réseau de soin, la pharmacie doit supporter une partie de ces économies.

A/ Enjeux macro-économiques de la rémunération du pharmacien d'officine.

1/ Part de la pharmacie d'officine dans l'ONDAM

La Dépense Courante de Santé (DCS), qui compte les prestations et autres dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale, était en 2014 de 256,9 milliards d'euros. Avant de discuter la part d'économie recherchée sur l'activité de

53 Direction de la sécurité sociale – Les chiffres clés de la sécurité sociale édition 2016

l'officine dans le but d'exécuter l'ONDAM, il convient de déterminer quelle est la participation de la pharmacie d'officine à cette dépense.

a/ Part de la dépense de médicament dans la dépense d'assurance maladie

La participation de la dépense de médicament dans la DCS en 2014 était de 33,9 milliards d'euros, ce qui représente 13,2% de la dépense totale de l'assurance maladie. A titre de comparatif et pour clarifier notre propos, le tableau synthétique des différents agrégats des comptes nationaux de la santé nous montre les parts relatives des principaux postes de dépense et leur évolution depuis 2006. (figure 3.1)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1-Soins hospitaliers	70 534	72 881	75 299	78 258	80 212	82 370	84 496	86 622	88 573
Hôpitaux du secteur public	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 821	68 267
Hôpitaux du secteur privé	16 150	16 640	17 360	18 047	18 511	19 075	19 544	19 801	20 306
2-Soins ambulatoires	83 120	86 891	89 463	91 643	93 358	96 003	97 683	99 288	102 063
• Soins de ville	39 474	41 270	42 429	43 583	44 345	45 948	47 350	48 683	49 963
• Transports de malades	3 118	3 252	3 407	3 612	3 793	3 851	4 072	4 287	4 396
• Médicaments en ambulatoire	31 147	32 249	32 972	33 505	33 661	34 013	33 586	33 021	33 903
• Autres biens médicaux en ambulatoire*	9 381	10 120	10 656	10 942	11 560	12 191	12 674	13 296	13 800
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	153 655	159 772	164 762	169 901	173 570	178 373	182 178	185 909	190 636
3-Soins de longue durée	12 938	13 852	15 154	16 561	17 205	17 843	18 491	19 181	19 658
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563
Soins aux personnes âgées en établissement	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595	8 804
Soins aux personnes handicapées en établissement	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755	9 049	9 291
4-Indemnités journalières	10 748	11 001	11 594	12 144	12 619	12 827	12 764	12 816	13 342
5-Autres dépenses en faveur des malades	307	381	413	433	469	538	588	628	639
6-Prévention	5 227	5 406	5 643	6 397	5 700	5 704	5 700	5 789	5 757
Prévention individuelle	3 006	3 148	3 244	3 381	3 331	3 357	3 364	3 512	3 506
Prévention collective	2 220	2 258	2 399	3 017	2 369	2 347	2 336	2 277	2 251
7-Dépenses en faveur du système de soins	10 447	10 500	11 201	11 241	11 418	11 651	11 812	12 205	11 904
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 092	1 715	1 929	2 006	2 152	2 238	2 386	2 573	2 394
Subventions au système de soins	2 277	2 074	2 189	2 226	2 397	2 562	2 716	3 001	3 500
Remises conventionnelles	-185	-359	-260	-220	-245	-324	-330	-428	-1 106
Recherche médicale et pharmaceutique	7 035	7 243	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 644	7 497
Formation	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 888	1 932	1 988	2 012
8-Coût de gestion de la santé	11 873	12 198	12 797	13 225	13 578	14 086	14 276	14 794	14 947
Dépense courante de santé (1+...+8)	205 194	213 109	221 563	229 902	234 559	241 022	245 810	251 323	256 882

figure 3.1 - Comptes nationaux de la santé (en millions d'euros)

Source : DREES, Comptes nationaux de la santé 2014

Afin d'affiner notre analyse nous proposons une étude de l'évolution du rapport dépense de médicament sur dépense totale d'après les chiffres de la DREES (figure 3.2).

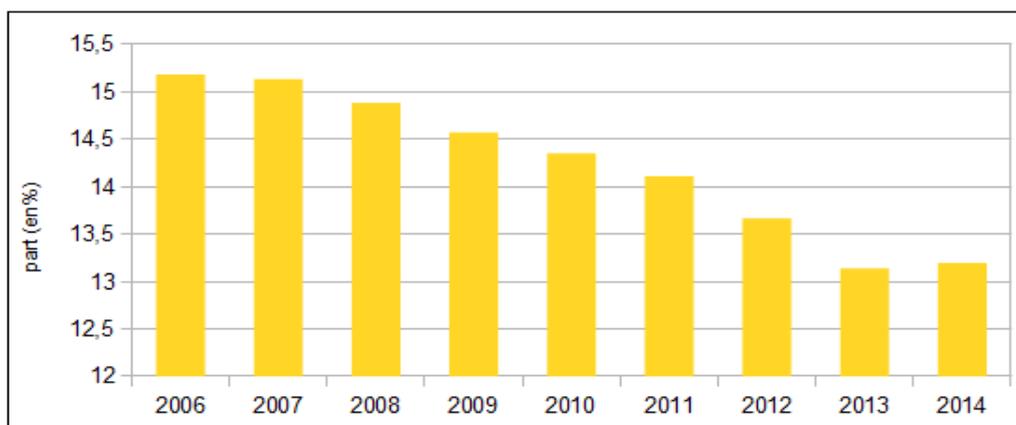


figure 3.2 - part du médicament dans la DCS

On remarque que la DCS croît significativement plus rapidement que la dépense de médicaments.

b/ Objectifs portés par l'officine.

Les économies réalisées en 2012 sur les dépenses de médicament s'élevaient à 1244 M€⁵⁴, l'objectif était fixé par le PLFSS 2012 à 1294 M€.

Les économies réalisées sont stables dans le temps et représentent en moyenne 3,3% de la dépense totale de médicament (y compris la rétrocession hospitalière pourtant non concernée ici par les économies). Le médicament en ville est, proportionnellement, le secteur le plus concerné par les économies.

A titre d'exemple, la répartition de ces économies en 2012 est présentée ci-après (figure 3.3 et 3.4).

54 Source : CNAM

		Prévu en LFSS (M€)	Réalisé (M€)
Mesures médicament ONDAM "soins de ville"	Effet report 35 à 30%	30	29
	Baisses de prix	595	600
	Mesures sur le répertoire	335	324
	Déremboursements SMRI	60	50
	Marge des grossistes-répartiteurs	20	20
	Maîtrise médicalisée	254(*)	221
TOTAL ONDAM médicament		1 294	1 244

figure 3.3 - Bilan des économies sur le médicament de ville en 2012 (M€)

	Prévu (M€)	Réalisé (M€)	Taux d'atteinte
Antiagrégants plaquettaires	35	62	177%
Statines	41	38	93%
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	20	18	90%
Antidépresseurs	28	25	89%
Anti-hypertenseurs (IEC-Sartans)	50	43	86%
Erythropoïétine (EPO)	12	8	67%
Antibiotiques	38	24	63%
Anxiolytiques et hypnotiques	7	3	43%
Anti-TNF α (anti-rhumatismaux)	13	0	0%
Autres prescriptions	10	0	0%
Total médicaments	254	221	87%

figure 3.4 - Répartition des économies de la maîtrise médicalisée

sources : CEPS, CNAM, DSS

2/ Discussion de la rémunération du pharmacien d'officine.

Nous l'avons compris, la rémunération du pharmacien est un enjeu majeur dans l'économie de la santé en France. Cette place importante est la source d'une communication institutionnelle importante dans le but d'encadrer cette dépense d'état et donc de piloter la rémunération de l'officine.

a/ Analyse de l'enquête de l'Inspection Générale des Finances.

Le rapport de l'inspection générale des finances (IGF) de 2014 et, surtout, son analyse sectorielle de la profession de pharmacien titulaire d'officine dans l'annexe 9 est, en date, le dernier rapport ministériel concernant l'officine.⁵⁵

L'IGF est un service d'inspection interministériel dont les missions sont variées. Elle agit dans ce rapport dans le double cadre de l'évaluation d'organismes et de dispositifs publics et le conseil aux autorités publiques.

Cette annexe sectorielle dresse un bilan macro-économique de la profession et analyse son activité. Elle déduit ensuite de ses constats quatre préconisations majeures :

- La distribution des médicaments à prescription médicale facultative pourrait être autorisée à tous les types de distributeurs.
- Une liberté d'installation totale pourrait être instaurée pour les pharmaciens.
- Le *numerus clausus* des études de pharmacie pourrait être supprimé
- Le capital des pharmacies d'officine pourrait être ouvert aux investisseurs.

b/ Réaction institutionnelle de l'Ordre National des Pharmaciens.

La réaction la plus observée fut celle de l'Ordre National des Pharmaciens (ONP). L'Ordre a pour mission, dans ce cas précis, de défendre l'honneur et l'indépendance de la profession et de contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins⁵⁶. Celui-ci a donc publié un dossier-réponse, en août 2014, destiné à apporter la contradiction à l'IGF⁵⁷. Les critiques de ce rapport portent sur plusieurs points importants.

Premièrement, la conclusion centrale du rapport de l'IGF est fautive : le prix du médicament non remboursable, comparativement à l'inflation, baisse. L'Ordre remet en cause le sérieux de l'étude de prix, reprise d'une enquête de la DGCCRF de 2005, portée sur quarante-quatre pharmacies et dix médicaments. Elle y oppose une enquête de Celtipharm de 2012, basée sur un panel de mille pharmacies, avec un comparatif entre les différents pays de l'OCDE, qui montre une baisse des prix en

⁵⁵ IGF – Annexe sectorielle sur la profession de pharmacien titulaire d'officine - 2014

⁵⁶ Code de la santé publique

⁵⁷ ONP – Réaction de l'ordre National des Pharmaciens à l'étude de l'inspection générale des finances sur la profession de pharmaciens titulaires d'officine – août 2014

euro constant depuis six ans et une dispersion des prix qui se réduit entre les officines.

Deuxièmement, le rapport comporte des erreurs nombreuses et significatives, notamment sur les taux de T.V.A., sur le nombre d'officines présentes en France, sur les activités réservées à l'officine, sur les conditions d'accès à la profession, sur les conséquences de la directive européenne 2011/62/UE du 8 juin 2011 (qui permet la vente en ligne de médicaments), sur la nature du partage du monopole, sur la nature des produits de santé, sur le mode de rémunération. En outre, l'Ordre s'interroge sur certaines approximations de dates, sur la méthodologie statistique concernant certaines données et même sur la validité mathématique de certains calculs.

Enfin, l'Ordre dénonce un rapport idéologique au sérieux scientifique contestable. Il met en garde quant aux conséquences des préconisations non mesurées sur la santé des patients. L'Ordre reprend les préconisations du rapport et, tout en dénonçant une logique financière, prend des contre-exemples d'application de celles-ci au sein d'autres pays de l'UE.

Si ce dossier de l'ONP semble, en théorie, susceptible de corporatisme, on ne peut que constater son sérieux et l'opposer à l'amateurisme évident de l'IGF sur cette enquête.

B/ Perspectives de développement de la rémunération du pharmacien d'officine.

1/ Positionnement des acteurs de la profession.

a/ Représentation syndicale en officine et représentativité.

Il existe trois syndicats représentant les pharmaciens titulaires d'officines : la Fédération des Syndicats des Pharmaciens de France (FSPF), l'Union Syndicale des Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmaciens de France (UNPF). La représentation de la profession est calculée lors d'élections professionnelles se déroulant au sein des Agences Régionales de Santé (ARS) dans

les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS). La représentativité nationale de ces trois syndicats majoritaires est calculée par une enquête de représentativité menée auprès des élus régionaux.

Un syndicat doit, pour être représentatif au niveau national, totaliser au moins 10% des suffrages.⁵⁸⁵⁹

Le taux de participation aux élections professionnelles de 2015 était de 59.4%. La FSPF arrive en tête avec 48.81% des suffrages exprimés, l'USPO suit de peu et totalise 42.59% des scrutins, l'UNPF totalise un résultat inférieur à 10% et perd son caractère représentatif au niveau national pour 2016. La participation aux élections professionnelles ne représente pas la part de pharmaciens titulaires syndiqués, mais des parts d'audience de ces mouvements.

On est en droit de se poser la question de la légitimité de la représentation quand la FSPF va pouvoir, encore une fois, être seul signataire de la convention, alors qu'elle ne totalise que 28.99% des parts d'audience de la profession.

b/ Position de la profession sur les grands sujets ayant trait à la rémunération.

La FSPF est le seul syndicat signataire de la convention sur l'honoraire. Elle est également le seul mouvement de pharmaciens à avoir ratifié l'avenant concernant la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). La position actuelle de la FSPF est que la rémunération à l'honoraire joue le rôle de tampon quant à la baisse du prix du médicament.⁶⁰ Elle est par ailleurs favorable à la diversification de la rémunération.

L'USPO est toujours défavorable à la rémunération par l'honoraire telle qu'appliquée actuellement et est favorable au développement de nouvelles missions du pharmacien à la condition qu'elles soient correctement rémunérées : rémunérer et cadrer le statut de pharmacien correspondant, pérenniser le pharmacien référent en EHPAD, augmenter le nombre et les thématiques des entretiens pharmaceutiques, les rémunérer à leur juste valeur, développer les actions de prévention et dépistage à l'officine. En outre, comme le recommande le rapport de l'Inspection Générale des

58 Article L. 162-33 du Code de la Sécurité Sociale

59 Décision du Conseil Constitutionnel n° 2010-42 QPC du 7 octobre 2010

60 FSPF – Communiqué de presse du 3 décembre 2014

Affaires Sociales (IGAS), l'USPO est favorable à la rémunération des interventions pharmaceutiques (refus de dispensation et modification et/ou adaptation du traitement). L'USPO est généralement présentée comme plus attachée à la liberté d'exercice (notamment vis-à-vis de l'assurance maladie) et réclame une simplification du Tiers-Payant et un renforcement des garanties de paiement.⁶¹

L'UNPF est, elle aussi, défavorable à la rémunération telle qu'appliquée actuellement⁶² et réclame un changement d'interlocuteur pour la régulation de la profession en conseillant de signer avec le CEPS et plus avec l'assurance maladie qu'elle soupçonne d'un conflit d'intérêt majeur.⁶³

c/ Prise de position de l'Ordre National des Pharmaciens.

L'ONP ne prend pas, de par sa nature et ses missions, position au sujet de la rémunération du pharmacien et de l'organisation particulière de la profession. L'Ordre ne se positionne, conformément à ses missions, que lorsque la liberté d'exercice est menacée ou encore quand des modifications structurelles de la profession semblent menacer la santé publique.

d/ Point de vue des institutions d'État.

Comme nous l'avons montré précédemment dans le détail de deux rapports ministériels, ou encore sur la répartition de l'ONDAM, c'est sur le médicament que l'état fait porter ses principales économies en matière de dépense de santé.⁶⁴ En effet, sur la période 2005-2013, 56% des économies de l'ONDAM concernaient le médicament.⁶⁵

Le médicament semble le poste de la dépense de soins le plus susceptible d'économie. Il est en tout cas le poste le plus supporté par des entreprises privées.

61 USPO – Programme 2015

62 UNPF – Communiqué de presse du 18 décembre 2014

63 UNPF – Communiqué de presse du 7 mars 2016

64 DREES – Comptes Nationaux de la Santé 2014

65 LEEM – Part des économies générée par le médicament dans les dépenses de l'assurance maladie comparativement aux autres dépenses de santé, moyenne 2005-2013

2/ Dualité de l'exercice officinal, entre altruisme et commerce.

Le pharmacien d'officine est, depuis plusieurs années déjà, au carrefour de différentes activités qui semblent parfois tout à fait contradictoires. Cette dualité, si elle rend l'exercice officinal riche et passionnant, n'en demeure pas moins d'une difficulté quasi schizophrénique dans la pratique quotidienne.⁶⁶

a/ Le pharmacien d'officine, redoutable négociateur et praticien désintéressé.

Comme nous l'avons vu dans notre travail, le pharmacien d'officine agit dans le cadre de son activité remboursée avec tact et mesure. Sa rémunération est très encadrée, sa marge de négociation limitée, son prix de vente fixé.

Dans le cadre de son activité non remboursée, le pharmacien est un commerçant comme les autres du point de vue de sa rémunération, c'est-à-dire que c'est sa force de négociation qui, seule, conditionne ses revenus. L'augmentation de la pression concurrentielle (arrivée des discounteurs en pharmacie) a rendu cette négociation plus importante que jamais.⁶⁷

On comprend bien ici la dualité constitutive existante entre une négociation parfois âpre et difficile d'un côté, et une pratique qui est souhaitée presque désintéressée d'un autre.⁶⁸

b/ Le pharmacien d'officine, professionnel libéral et agent administratif.

Le pharmacien est, par définition, un professionnel de santé libéral. Il doit, dans son exercice, exercer ses capacités techniques et scientifiques mais aussi mettre son savoir en toute déontologie, au service de ses patients.

La pression croissante de la législation sur le pharmacien d'officine est un fait qui paraît incompatible avec l'exercice libéral de son art. Le conventionnement avec l'assurance maladie semble de plus en plus s'apparenter à une gestion comptable de la dépense de soins et de moins en moins à une planification de la bonne santé de nos concitoyens.

66 T. Morgenroth, D. Vion - La pharmacie d'officine saisie par le droit de la concurrence in Mélanges en l'honneur du Professeur G. Mémeteau - pp1-2

67 T.Morgenroth - Le prix dans les relations contractuelles sur le marché officinal », *Rev. Lamy concurrence*, 2015, n°43, pp. 200-202.

68 Op.cit. T.Morgenroth, D.Vion pp13-15

Il existe d'autre part une réelle pression financière exercée sur les professionnels de la pharmacie par l'assurance maladie. En effet, outre les ROSP qui restent marginales dans la part qu'elles prennent à l'économie de l'officine, des retards de paiement, des refus de paiement sont constatés en officine et semblent n'être imputables qu'au refus d'inféoder l'exercice de l'officine à la politique générale de dépenses de santé.

Dans ces circonstances, est-il possible de parler de liberté dans l'exercice, alors même que l'officinal ne peut appliquer certaines recommandations internationales ni mettre en œuvre certains des savoirs qui lui ont été transmis au sein de la faculté ?

c/ Le pharmacien d'officine, exercice d'une médecine de proximité et contrôleur de la dépense de santé.

L'exercice de la profession de pharmacien officinal, qu'il soit un conseil spontané, ou la dispensation d'une prescription médicale, demeure un exercice particulier de la médecine à proximité des patients. Comme nous l'avons montré dans notre rapide historique de la profession, les exercices de la médecine et de la pharmacie, même s'ils se sont individualisés, n'en demeurent pas moins l'exercice d'un même art au service du patient, de sa santé. La pratique de la pharmacie d'officine se situe à la fin du parcours de soin. Qu'il ait ou non participé à la démarche diagnostique, le pharmacien est un acteur de proximité, et la confiance de son patient en ses compétences et en sa liberté est cruciale.

D'autre part, certains dispositifs mis en place conjointement par la profession et l'assurance maladie mettent clairement le pharmacien en place de tenir auprès de son patient un rôle de contrôle administratif. Nous insistons sur ce point précis car l'activité de contrôle sur la santé du patient, son traitement et son observance, font partie des missions du pharmacien. Prenons l'exemple de l'application de la directive « Générique contre Tiers-Payant » qui met le pharmacien en porte à faux vis-à-vis de son patient. Le pharmacien est en effet contraint par une menace de non-paiement, de faire respecter par le patient les règles de l'assurance maladie, même dans le cas où cela est humainement et scientifiquement infondé.

La délégation de tâches administratives très chronophages au personnel de l'officine (numérisation et saisie des dossiers, codification administrative, préparation du Tiers-Payant, traitement des litiges, etc.) incorpore de fait l'équipe officinale comme un personnel détaché des organismes d'assurance maladie. De plus, il convient de préciser que cela impacte fortement la rémunération du pharmacien.⁶⁹

Il nous apparaît très important de préciser ces faits alors que nous discutons de l'évolution de la rémunération du pharmacien et donc de l'évolution de la pratique. En effet, comment le pharmacien peut-il garder la confiance de son patient s'il ne devient qu'un agent de contrôle, ou si, à tout le moins, il est chargé de faire appliquer certaines économies qui peuvent même lui sembler contestable sur le plan médical ? Cela ne nous semble pas compatible et il conviendra de faire un choix : le pharmacien reste-t-il un acteur du soin de proximité au service du patient ou est-il un agent de contrôle administratif au service de la maîtrise de la dépense de santé ? Ces deux propositions semblent, à notre avis, s'exclure l'une l'autre tout à fait.

3/ Désengagement financier de l'assurance maladie, des conséquences prévisibles ?

Notre travail a montré l'interconnexion profonde entre la CNAMTS et le réseau officinal. En effet, étant le principal pourvoyeur de la rémunération du pharmacien et étant quasiment exclusivement à la source de la réglementation de la profession, l'avenir de la profession de pharmacien semble inextricablement lié au devenir de l'assurance maladie.

Sauf à changer radicalement le paradigme médical dans son ensemble et la participation du pharmacien au parcours de soin en particulier, la gestion préoccupante de la dépense de soin et la dette accumulée auront des conséquences de plus en plus marquées sur la rémunération officinale et même sur la survie du réseau officinal tel que nous le connaissons aujourd'hui.

69 USPO – Enquête coût du tiers-payant – 17 avril 2008

a/ La participation de l'assurance maladie à la dépense de médicaments diminue.

Comme nous l'avons vu précédemment, la contribution de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à la rémunération des officines se situe autour de 74%⁷⁰. Cela reste très majoritaire et très important. Néanmoins, la tendance actuelle est à la baisse de cette participation au profit des mutuelles (figure 3.5). Il existe plusieurs mécanismes expliquant ce désengagement.

	AMO			AMC			Ménages		
	2005	2010	Variation	2005	2010	Variation	2005	2010	Variation
Médicaments	68,0%	66,2%	-1,8%	17,6%	16,3%	-1,3%	13,0%	16,3%	+3,3%
Total CSBM*	76,8%	75,8%	-1,0%	13,0%	13,5%	+0,5%	9,0%	9,4%	+0,4%

figure 3.5 : Variation des taux de prise en charge du médicament et de la consommation en soins et biens médicaux entre 2005 et 2010
source : DREES - Comptes nationaux de la santé

Premièrement, et de manière visible, la baisse des taux de remboursements des médicaments explique ce désengagement. Cette baisse s'est accompagnée d'une restriction du répertoire remboursable, notamment l'arrêt du remboursement des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant.

Deuxièmement, le durcissement d'accès au statut d'Affection Longue Durée (ALD) (sortie en 2011 de l'HTA sévère, par exemple) affecte aussi de manière importante le rapport participation de l'AMO/Chiffre d'Affaire. En effet, le traitement des patients en ALD est pris en charge par l'Assurance Maladie à 100%. Si l'ALD n'est pas le seul cas d'exonération du Ticket Modérateur, il est, en proportion, le plus lourd pesant sur la dépense de santé. (figure 3.6)

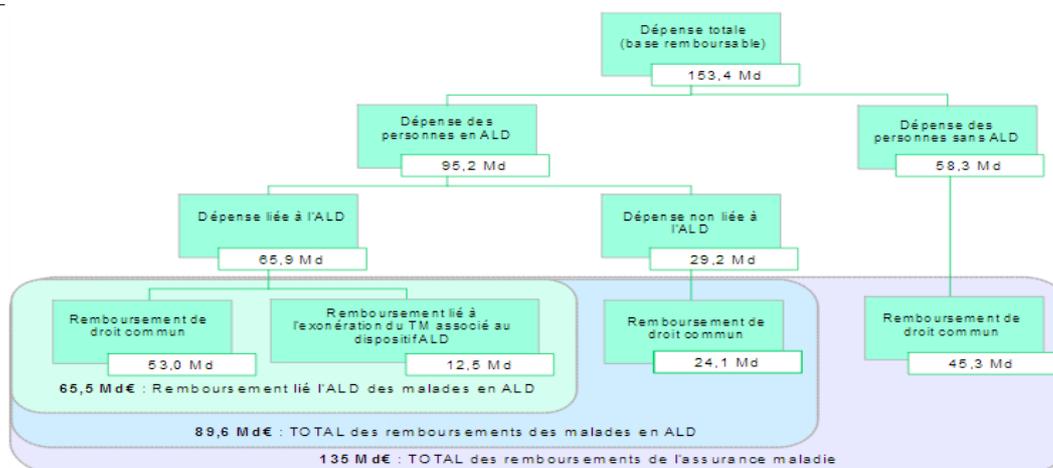


Figure 3.6 - Répartition des dépenses totales prise en charge par l'assurance maladie en fonction de l'ALD
Source : CNAMTS, retraitements par la Direction Générale du Trésor

70 Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé 2006

La baisse du prix des médicaments impacte peu ce rapport car il concerne aussi bien l'AMO que l'AMC.

En réalité, ce désengagement est plus marqué encore dans l'officine. En effet, la DREES comme la Cour des Comptes ne font pas de distinction entre médicament en ville et rétrocession hospitalière. En 2014, L'AM a remboursé 2900 M€ au titre des médicaments rétrocédés (pour rappel, la dépense de médicament est, pour la même période, de 33903 M€). Cette dépense rentre presque exclusivement dans le cadre d'Affection Longue Durée. D'autre part, la proportion des rétrocessions hospitalières explose en 2015 avec l'arrivée des nouveaux traitements de l'hépatite C.

Il est facile de comprendre que le désengagement de la Sécurité Sociale du remboursement des traitements des patients en ville laisse un plus large champ aux assurances complémentaires : les mutuelles.

b/ L'assurance maladie obligatoire reste le principal interlocuteur de la convention.

Si l'assurance maladie tend à se désengager du financement direct des officines par la diminution du taux moyen de prise en charge du traitement des patients dispensé en pharmacie, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) n'en reste pas moins l'unique interlocuteur de la profession dans la négociation de la convention.

On est en droit de se poser la question du rapport de force existant lors de la négociation de cette convention quand l'un des signataires participe à la rémunération du second à hauteur des trois quarts de son activité. Ainsi, l'arrêté relatif à l'instauration de l'honoraire de dispensation n'a que deux signataires (en dehors de la signature des ministères de tutelle) : le président de l'UNCAM d'une part et le président de la FSPF d'autre part.

On ne peut décemment penser que la convention régissant l'exercice de l'officine et ici sa rémunération soit le fruit d'un quelconque consensus.

c/ Rôle des assurances complémentaires.

L'hypothèse la plus probable quant à l'avenir de la participation financière de l'assurance maladie dans l'officine est une accélération du désengagement. Cela a plusieurs causes, la principale étant l'accumulation d'une dette colossale.

Le durcissement de l'ONDAM et la progression de ses taux d'exécution ne permet pas d'entrevoir une amélioration nette à court ou moyen terme. L'expérience tend à prouver que c'est le secteur privé, par le biais des mutuelles, qui va pallier financièrement ce désengagement.

Cela pose plusieurs problèmes au réseau officinal :

- Le changement du rapport de force dans les négociations professionnelles. En effet, on peut raisonnablement penser que les objectifs d'une entreprise à but lucratif divergent sensiblement de ceux d'un organisme social d'État. (figure 3.7 et 3.8)

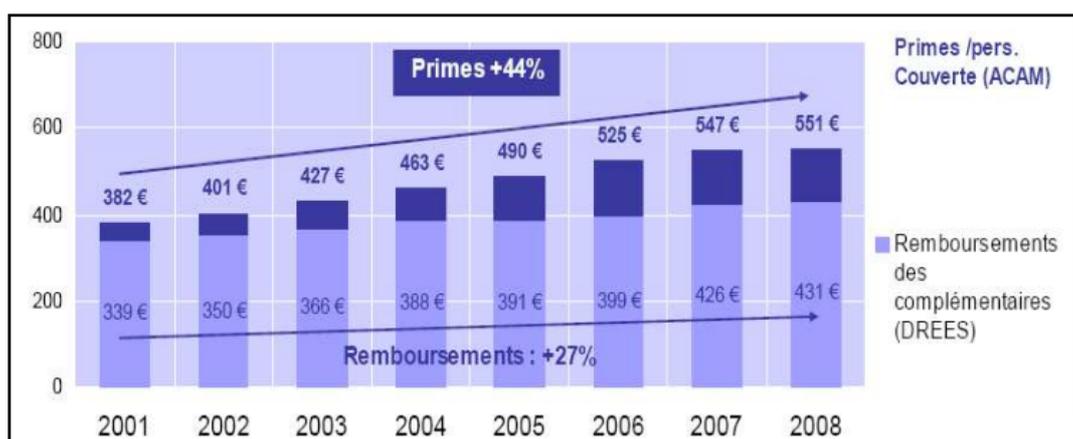


Figure 3.7 : Evolutions des primes et remboursements des complémentaires santé.
Source : UFC QUE CHOISIR, Le coût de la couverture santé des ménages - 2010

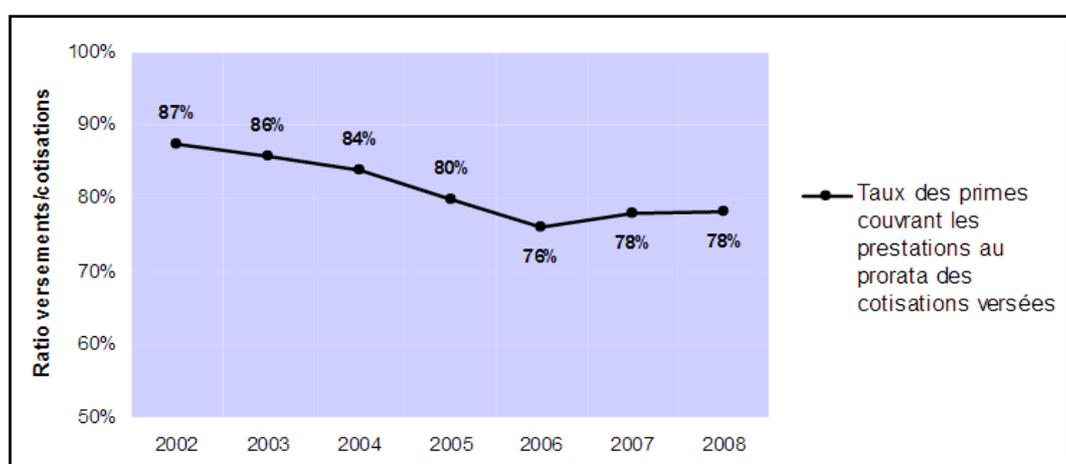


Figure 3.8 : Evolution du ratio remboursement sur cotisations
Sources : UFC QUE CHOISIR selon DRESS, ACAM

- La multiplication des interlocuteurs risque de rendre le travail administratif plus pesant sur la masse salariale et donc la rémunération de l'officine. Cet écueil trouverait assez vite une solution naturelle si les mutuelles, assurances, prévoyances et régime local d'Alsace-Moselle missionnaient l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) pour coordonner les interactions.
- Le conventionnement unilatéral que l'on a vu apparaître chez les opticiens et les chirurgiens-dentistes au moment du désengagement financier de l'assurance maladie pose de graves questions quant à la liberté du patient de choisir son pharmacien.
- L'application du système de surprimes va très fortement impacter la justice sociale en termes de soins et même, ici, pour les soins de première nécessité (figure 3.7 et 3.9).

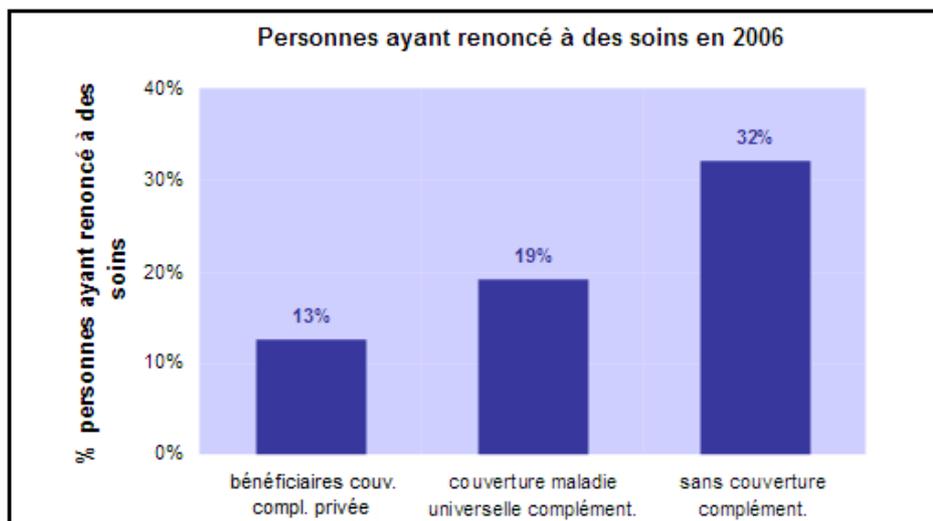


Figure 3.9 - Taux de renoncement aux soins selon le type de couverture complémentaire
Source : UFC-QUE CHOISIR d'après IRDES

C/ Perspectives à moyen terme sur la rémunération officinale et ses conséquences sur la pratique du métier de pharmacien d'officine.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 met en lumière les nouvelles missions du pharmacien. Ces nouvelles missions qui, dans la pratique encadrent des activités et des tâches déjà effectuées au sein des officines, entraînent un changement de la pratique professionnelle et de la rémunération de ces activités.

1/ Tarifications nouvelles qui impactent l'exercice et la philosophie de l'officine.

La ROSP générique, nous l'avons vu précédemment dans notre travail, est évaluée à 6K€ par officine. Elle est calculée à partir de 76% de taux de substitution et est versée à 100% si l'objectif de 86% est atteint pour 2016 (en 2015 l'objectif était de 85%). Remarquons que le taux de substitution global en France stagne à 83% depuis plusieurs années. Cette rémunération pose aux pharmaciens d'officine plusieurs problèmes :

- Les médicaments prescrits en « non substituable » ne sont pas décomptés de ces taux de substitution. Cela met le pharmacien dans l'embarras. Il peut en effet faire le choix de renoncer à une partie de cette rémunération ou enfreindre clairement une prescription, solution qui semble, à mots couverts, encouragée. Ce faisant, le pharmacien est en porte-à-faux vis-à-vis du prescripteur.
- Les études de bioéquivalences ne sont toujours pas généralisées et la défiance envers le médicament générique croît tant chez le patient que chez le prescripteur. Le pharmacien est en porte-à-faux vis-à-vis du patient.
- Les objectifs et leur analyse ne tiennent absolument pas compte de l'avancement des connaissances et des recommandations des sociétés savantes. Le pharmacien est en porte-à-faux vis à vis de ses connaissances.

Le ROSP RPPS qui rémunère les pharmaciens renseignant les prescripteurs hospitaliers sur les Feuilles de Soins Électronique (FSE). Il s'agit ici ni plus ni moins que d'externaliser en officine, une analyse des pratiques hospitalières de prescriptions...

Les deux ROSP «entretien pharmaceutique» : anticoagulants (AVK et AOD) et asthme. Les entretiens sont fortement codifiés et sont rémunérés à hauteur de 40€ la première année (pour deux entretiens) et 30€ par an ensuite (pour un entretien et deux questionnaires d'observance).

Outre qu'il s'agisse encore ici d'externaliser la collecte de données statistiques, cette rémunération a, à notre avis, un effet pervers sur la pratique officinale.

En codifiant à l'excès un acte de suivi du patient (acte qui était déjà réalisé en officine) elle dépersonnalise la relation de soin existant entre le pharmacien et son patient.

En rémunérant un acte de conseil et de suivi qui était auparavant (et historiquement) gratuit, cette rémunération introduit une tarification du conseil. Cette orientation de la pharmacie nous semble tout à fait détestable et pourrait, à terme, remettre en cause la spontanéité de la consultation officinale (le patient rentre en effet inopinément dans une pharmacie à la recherche d'un conseil, d'un savoir) ainsi que la nature de l'échange entre le patient et son pharmacien.

Il en va de même pour l'instauration de l'honoraire de dispensation. Si, dans la pratique, pour l'activité remboursée, l'honoraire est invisible pour le patient, il n'en est pas de même dans le détail et dans les cas de dispensation de médicaments non remboursés mais remboursables. C'était d'ailleurs le principal grief de l'USPO : faire entrer cet honoraire dans le prix public.

Nous assistons, sans doute sans en mesurer encore toute les conséquences, à un changement majeur dans la philosophie de l'exercice officinal. Si cette réforme est économiquement indolore, il n'en demeure pas moins qu'elle change la nature du fait rémunéré.

Notre rapide étude de l'histoire de notre profession a permis de mettre en exergue la rémunération du pharmacien à la marge réalisée sur le commerce des produits dispensés, mais aussi la tarification de son savoir-faire technique, par exemple les préparations magistrales. Mais l'immersion dans les us de notre art a également fait ressortir la gratuité du conseil officinal. Le pharmacien, détenteur de la gnose curative, met à la disposition du public son savoir, ses conseils et son expertise. Quelles peuvent être les conséquences de l'arrivée du processus marchand dans cette expertise ? Le pharmacien est-il condamné à suivre l'évolution sociétale qui tend à tarifer le conseil ?

2/ Entre régulation et exercice libéral : la croisée des chemins.

Notre travail a montré que la rémunération du pharmacien était sur la voie de la complexification. En effet, la régulation de notre profession est de plus en plus diverse. Nous avons montré les causes de cette législation croissante : la part de la

pharmacie dans la dépense de santé et sa contribution majeure à la santé publique des français. Nous avons également montré, d'autre part, les conséquences de cette surenchère normative : la rémunération se désolidarise de la nature de l'activité.

L'encadrement de plus en plus étroit de l'exercice officinal le rend proche du système d'assurance sociale. L'externalisation de certaines tâches des CPAM vers les officines est tout à la fois un marqueur de cette proximité et une conséquence d'icelle.

La dépense de santé ne risque pas de chuter brusquement dans les années à venir. Le vieillissement de la population et le coût des innovations pharmaceutiques pèsent lourd sur les finances publiques et, à moins d'une crise majeure, cela va continuer à creuser le déficit de l'assurance maladie. Si donc la maîtrise de l'ONDAM a pour conséquence une interpénétration croissante de la pharmacie de ville et des organismes d'assurance maladie, ne risque-t-on pas d'assister dans les années à venir à une incorporation pure et simple des officines de pharmacie au système public de santé ?

Sans même aller jusqu'aux extrêmes de cette politique fiction, la liberté d'exercice existe-t-elle toujours quand un réseau d'entreprises privées dépend de manière hégémonique d'un financement particulier ?

CONCLUSION

Arrivés au terme de notre travail sur la rémunération du pharmacien d'officine, nous avons pu nous rendre compte de l'ambiguïté de cette profession complexe. Le pharmacien d'officine est, et a été, à la fois un commerçant et un professionnel libéral de la médecine. Les changements récents qui entourent notre profession tendent très clairement à remettre en cause cet état de fait.

Cette mutation de la profession est-elle un inéluctable glissement accompagnant des mutations sociétales et politiques majeures ? Ou bien n'est-elle qu'une parenthèse notable dans la longue histoire de l'art pharmaceutique comme il a pu en exister d'autres ?

A cette question nous ne pouvons apporter de réponse, c'est l'histoire avec un grand H qui, seule, tranchera. Néanmoins l'histoire étant écrite et faite par les hommes, il nous appartient en tant que pharmacien, certes, mais aussi en tant que citoyen, de déterminer ce que nous voulons faire de la pharmacie d'officine.

Les perspectives de développement de la rémunération du pharmacien sont multiples. La survie économique de l'officine semble parfois fragile. Il est néanmoins nécessaire de se poser une question cruciale : la pharmacie doit-elle survivre coûte que coûte ? Est-il raisonnable de pallier brique après brique la déconstruction de notre profession si sa nature profonde, le service qu'elle rend au peuple ou encore son interaction avec le reste du système de soins se trouvent détruits ou défigurés ?

Si nous sommes tant attachés au modèle libéral de l'exercice de la pharmacie, c'est parce qu'il nous semble que cela reste la seule solution pérenne pour assurer la pluralité de l'exercice pharmaceutique et donc le choix laissé au patient quant à son thérapeute.

La régulation outrancière de la rémunération du pharmacien ne saurait être viable sur le long terme. En effet, elle ne reflète pas le travail effectué par le pharmacien et contredit la nature de la profession. D'autre part, les règles immuables du commerce rattraperont cette construction artificielle et bureaucratique.

Nous terminerons notre travail sur une note de grande espérance. Si la situation semble compliquée et si son évolution peut paraître plus difficile encore, la profession de pharmacien a su au cours de l'histoire entreprendre et surmonter de plus grands défis encore. Nous sommes personnellement tout à fait convaincu que la plus grande force du pharmacien d'officine est sa capacité d'adaptation. Nous prendrons à témoin l'impact moteur que les pharmaciens ont eu récemment dans les progrès techniques et galéniques de la médecine ou plus récemment encore dans l'accession du monde médical à l'ère numérique. Notre société change plus rapidement qu'elle ne l'a jamais fait. Gageons que le pharmacien d'officine accompagnera ces changements pour la pérennité des entreprises qui forment son réseau et pour le plus grand bien de ses patients.

Glossaire des sigles et abréviations utilisés

ALD : Affection Longue Durée
AM : Assurance Maladie
AMC : Assurance Maladie Complémentaire
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
AOD : Anticoagulant Oral par voie Directe
AVK : anticoagulant oral Anti-Vitamine K
CA : Chiffre d'Affaire
CAHT : Chiffre d'Affaire Hors Taxe
CEPS : Comité Économique des Produits de Santé
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DCS : Dépense Courante de Santé
DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
DOM-TOM : Départements d'Outre-Mer, Territoires d'Outre-Mer.
DREES : Direction de la Recherche, de l'Étude, de l'Évaluation et des Statistiques
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
EBE : Excédent Brut d'Exploitation
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante.
FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutique de France
FSE : Feuille de Soins Électronique
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
HT : Hors Taxe
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
LEEM : Les Entreprises du Médicaments
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables
MDL : Marge Dégressive Lissée

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONP : Ordre National des Pharmaciens
PFHT : Prix Fabricant Hors Taxe
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SMR : Service Médical Rendu
UE : Union Européenne
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNOCAM : Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire
UNPF : Union Nationale des Pharmaciens de France
USPO : Union Syndicale des Pharmaciens d'Officine
TTC : Toutes Taxes Comprises
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

Méthodologie

La méthodologie utilisée pour cette 24^e édition est identique à celle des années précédentes.

Cette étude est réalisée à partir d'un échantillon d'officines clientes de notre cabinet.

Il se compose de pharmacies ayant clos des exercices comptables de 12 mois sur les années 2015 et 2014.

Les pharmacies ayant connu des événements impactant l'analyse comparative de leurs comptes annuels d'un exercice sur l'autre sont exclues de l'étude (changement de régime fiscal ; transformation juridique : par exemple passage en structure SEL ; changement de date de clôture des comptes ; changement du nombre de titulaires...).

Afin d'accélérer la sortie de cette étude, les pharmacies retenues dans l'analyse ont clôturé majoritairement leurs comptes annuels courant 2015 (30 septembre 2015 par exemple), mais figurent aussi dans l'échantillon quelques exercices clos au 31 décembre 2015.

6 - Population étudiée

Population étudiée

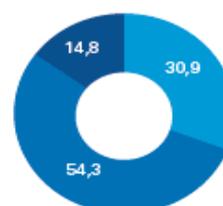
Total échantillon : 501 officines

La taille de l'échantillon analysé est à peu près stable par rapport aux échantillons des dernières années.

Répartition des officines selon le chiffre d'affaires

Tranche de C.A. HT	Nombre	%
< 1 100 K€	155	30,9
de 1 100 à 2 200 K€	272	54,3
> 2 200 K€	74	14,8
Total	501	100

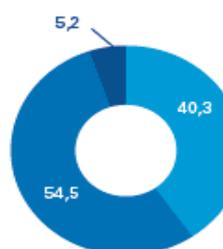
Toutes les catégories de chiffre d'affaires d'officines sont représentées, plus de la moitié étant logiquement dans la tranche intermédiaire entre 1 100 et 2 200 K€.



Répartition des officines selon la typologie

Zone	Nombre	%
Rurale	202	40,3
Urbaine	273	54,5
Centre commercial	26	5,2
Total	501	100

Les différentes typologies en fonction des 3 principales zones d'activités sont représentées, la classification urbaine étant majoritaire.



Cette répartition est aussi très proche des dernières données de l'Ordre national des pharmaciens.

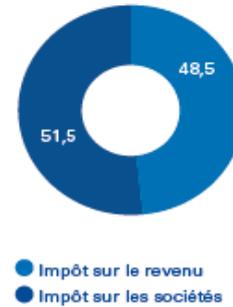
arrondissement et zone qui recourent d'autant.

Répartition des officines selon le régime d'imposition

Régime	Nombre	%
Impôt sur le revenu	243	48,5
Impôt sur les sociétés	258	51,5
Total	501	100

Pour la première fois dans notre étude, les structures d'imposition à l'IS sont majoritaires alors qu'elles représentaient moins de 25 % il y a 6 ans encore.

C'est la conséquence des choix quasi-systématiques de l'imposition à l'IS ces dernières années.



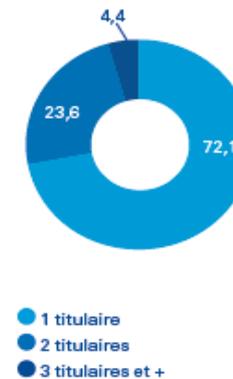
Répartition des officines selon le nombre de titulaires

Titulaires	Nombre	%
1	361	72,1
2	118	23,6
3 et +	22	4,4
Total	501	100

Près de 3/4 des pharmacies analysées ont un seul titulaire.

Le nombre de titulaires moyen par officine dans notre échantillon est de 1,3. Ce chiffre est en cohérence avec les données de l'Ordre national des pharmaciens

(panorama au 1^{er} janvier 2015), avec un rapport de 27 380 pharmaciens titulaires inscrits en section A sur un total de 21 772 officines en métropole.



Répartition des officines selon la forme juridique

Forme	Nombre	%
Individuelle	128	25,5
SNC	70	14
SARL & EURL	108	21,6
SEL	195	38,9
Total	501	100

La SEL est la forme juridique utilisée dans les pharmacies de notre échantillon à près de 40 %.

Cette répartition est aussi très proche des dernières données de l'Ordre national des pharmaciens.

Cette montée en puissance des SEL se maintient à très fort rythme au détriment des exploitations en entreprise individuelle et SNC qui reculent d'autant.

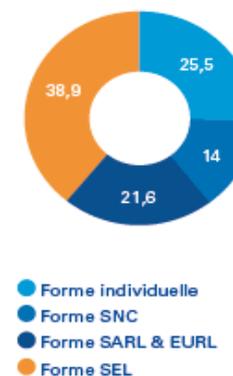


Table des matières

INTRODUCTION.....	1
Partie I - HISTOIRE DE LA PHARMACIE ET EVOLUTION DE LA REMUNERATION.....	2
A/ Antiquité, des métiers au service du médicament.....	3
1/ Naissance de l'art pharmaceutique : des remèdes de plus en plus complexes.....	3
2/ Période Grecque, essor de la médecine.....	4
3/ Rome, centralisation des savoirs et spécialisation de la médecine.....	4
B/ Moyen-Âge et transmission, les pratiques s'affinent et s'échangent.....	5
1/ Les ancêtres du pharmacien en Occident et leur organisation.....	5
2/ Émergence de la « boutique » et début de la réglementation de la profession.....	6
3/ Les constitutions de Melfi, l'édit de Salerne, naissance des apothicaires.....	6
C/ Les apothicaires en France.....	7
1/ Naissance de la pharmacie, l'ordonnance royale de 1777.....	8
2/ Révolution française et loi du 21 germinal an XI.....	8
D/ Modernisation de la pharmacie, analyse de son histoire.....	9
1/ La révolution industrielle : la marge change de nature.....	9
2/ La rémunération du pharmacien d'officine : un héritage corrélé à son activité.....	10
Partie II - REMUNERATION DU PHARMACIEN D'OFFICINE : COMPOSITION, EVOLUTION ET REFORME.....	11
A/ État des lieux	12
1/ Analyse de la rémunération du pharmacien.....	12
a/ Chiffre d'Affaire (CA) d'une officine.....	12
b/ Un indicateur de santé de l'officine : l'Excédent Brut d'Exploitation (EBE).....	12
c/ La marge commerciale.....	14
d/ Ventilation de la marge par taux de T.V.A.....	14
2/ Rémunération du pharmacien d'officine : la marge brute.....	15
a/ Marge non linéaire en pharmacie : la marge dégressive lissée.....	15
b/ Cas particulier de la marge sur les médicaments génériques.....	16
c/ L'honoraire de dispensation.....	17
d/ Les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP).....	18
e/ Les contrats de coopération commerciale (marges arrières).....	19
f/ Sur la transparence dans les pratiques commerciales.....	19
3/ Rémunération de l'officine : quelques chiffres.....	20
a/ Chiffre d'affaire moyen et ventilé par taux de TVA.....	20
b/ Marge commerciale moyenne et taux de marge des officines.....	21
c/ Revenu moyen nets d'un titulaire en officine.....	23
B/ Facteurs influant sur la rémunération officinale.....	24
1/ Facteurs internes principaux influant sur la rémunération.....	24
a/ La taille et la typologie de l'officine, principaux déterminants internes de la rémunération.....	24
b/ Charges externes et masse salariale.....	26
2/ Les contributeurs à la rémunération du pharmacien.....	27
3/ Évolution récente de la rémunération, entre conjoncture et réformes.....	28
a/ Les Officines, commerces de proximité au cœur de la conjoncture.....	29
b/ La rémunération en officine, une révolution permanente.....	30
c/ Stagnation du chiffre d'affaires, augmentation de la marge.....	31

4/ Honoraires de dispensation : une réforme réussie.....	33
a/ Une réussite technique incontestable.....	33
b/ Des conséquences discutables.....	34
c/ Le glissement de la rémunération du pharmacien traduit son incorporation dans le système de politique sociale.....	35
 Partie III - LA REMUNERATION DU PHARMACIEN UN ENJEU ECONOMIQUE SOURCE DE MODIFICATIONS STRUCTURELLES DE LA PROFESSION.	36
 A/ Enjeux macro-économiques de la rémunération du pharmacien d'officine.....	36
1/ Part de la pharmacie d'officine dans l'ONDAM.....	36
a/ Part de la dépense de médicament dans la dépense d'assurance maladie.....	37
b/ Objectifs portés par l'officine.....	38
2/ Discussion de la rémunération du pharmacien d'officine.....	39
a/ Analyse de l'enquête de l'Inspection Générale des Finances.....	40
b/ Réaction institutionnelle de l'Ordre National des Pharmaciens.....	40
 B/ Perspectives de développement de la rémunération du pharmacien d'officine.....	41
1/ Positionnement des acteurs de la profession.....	41
a/ Représentation syndicale en officine et représentativité.....	41
b/ Position de la profession sur les grands sujets ayant trait à la rémunération.....	42
c/ Prise de position de l'Ordre National des Pharmaciens.....	43
d/ Point de vue des institutions d'État.....	43
2/ Dualité de l'exercice officinal, entre altruisme et commerce.....	43
a/ Le pharmacien d'officine, redoutable négociateur et praticien désintéressé.....	44
b/ Le pharmacien d'officine, professionnel libéral et agent administratif.....	44
c/ Le pharmacien d'officine, exercice d'une médecine de proximité et contrôleur de la dépense de santé.....	45
3/ Désengagement financier de l'assurance maladie, des conséquences prévisibles ?	46
a/ La participation de l'assurance maladie à la dépense de médicaments diminue... ..	47
b/ L'assurance maladie obligatoire reste le principal interlocuteur de la convention... ..	48
c/ Rôle des assurances complémentaires.....	49
 C/ Perspectives à moyen terme sur la rémunération officinale et ses conséquences sur la pratique du métier de pharmacien d'officine.....	50
1/ Tarifications nouvelles qui impactent l'exercice et la philosophie de l'officine.....	51
2/ Entre régulation et exercice libéral : la croisée des chemins.....	52
 CONCLUSION.....	54
 Glossaire des sigles et abréviations utilisés.....	56
 Annexe 1 : Méthodologie de l'étude de KPMG : Moyennes professionnelles – Pharmacies 24e édition.....	58
 Annexe 2 : Présentation de l'échantillon de l'étude de KPMG : Moyennes professionnelles – Pharmacies 24e édition.....	59
 Table des matières.....	61

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2015/2016

Nom : Pamart
Prénom : Rémy

Titre de la thèse : La rémunération du pharmacien d'officine.

Mots-clés : rémunération ; officine ; histoire de la pharmacie ; évolution de l'officine ; droit et économie ; honoraire de dispensation ; rémunération sur objectifs de santé publique ; tarification du médicament.

Résumé : Le présent travail s'appuie sur une étude de la rémunération du pharmacien titulaire d'officine. Il s'intéresse aux aspects historiques du fonctionnement financier des officines et établit un lien entre l'exercice et la rémunération.

Il propose dans un deuxième temps un état des lieux de la rémunération et une analyse des facteurs l'influençant.

Enfin, celui-ci, contextualise la rémunération dans ses aspects macroscopiques, c'est-à-dire les enjeux de santé publique et d'économie de la santé mais aussi l'étude et la prospection quand aux changements de pratique, de philosophie ou de déontologie qu'entraînent ces modifications majeures du mode de rémunération des officines.

Membres du jury :

Président : Dr Philippe GERVOIS, Maître de Conférence des Universités,
Professeur de Biochimie, Université Lille 2

Assesseur(s) : M. Thomas MORGENROTH, Professeur agrégé de Droit, Professeur
de Droit et Économie de la Santé, Université Lille 2

Membre(s) extérieur(s) : M. Michel WATRELOS, Expert-comptable