



MASTER POLITIQUES PUBLIQUES

MEMOIRE DE RECHERCHE

MASTER THESIS in Public Policies

**L'impact de la réglementation des professions pharmaceutiques sur la
qualité des services fournis**

***The impact of the regulation of pharmaceutical professions on the quality of
services provided***

Présenté et soutenu par / *Candidate* : **Rami Benabdelkrim**

Directeur de mémoire / *Supervisor* : Camille Chaserant

Année académique 2017-2018

L'Université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Résumé

La réglementation de la profession de pharmacien d'officine l'une des cibles des politiques de concurrence actuelles. De manière générale, les autorités de la concurrence prônent la déréglementation des pharmaciens d'officine, afin de stimuler la concurrence et de baisser les prix des médicaments via les mécanismes du marché. Dans ce mémoire, nous essayons de défendre la réglementation de la profession de pharmacien d'officine. En France, l'ensemble du secteur pharmaceutique est très réglementé, de la création à la consommation finale de médicament. La fixation des marges des différents intervenants, la réglementation des prix des médicaments, mais aussi le monopole de la vente des médicaments par les pharmaciens sont ciblés par les autorités comme anti-concurrentiels mais s'avèrent des éléments importants de l'objectif de santé publique. Pour soutenir ce point de vue, ce mémoire s'appuie sur des éléments juridiques, économiques et médicaux. La fin de cette étude propose des futures études empiriques sur le sujet.

Abstract

Regulation of the dispensing pharmacy profession is one of the targets of current competition policy. Competition authorities generally advocate the deregulation of pharmacists in order to stimulate competition and lower drug prices through market mechanisms. In this brief, we try to defend the regulation of the pharmacy profession. In France, the entire pharmaceutical sector is highly regulated, from the creation to the final consumption of medicines. The setting of the margins of the various stakeholders, the regulation of drug prices, but also the monopoly of the sale of drugs by pharmacists are targeted by the authorities as anti-competitive but are important elements of the public health objective. To support this view, this brief relies on legal, economic and medical elements. The end of this study proposes future empirical studies on the subject.

Mots Clés : Politique de concurrence, Profession réglementée, Pharmacie, Qualité de service, Economie de la santé.

Keywords : Competition Policy, Regulated Profession, Pharmacy, Quality of Service, Health Economics.

Classification JEL :

¹ Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Master Politiques Publiques

² J'exprime toute ma reconnaissance et gratitude à l'administration et à l'ensemble du corps enseignant de l'Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne pour leurs efforts à nous garantir la continuité et l'aboutissement de ce programme du Master 2 Politique Publique. Je tiens à remercier aussi Mme. Chaserant de m'avoir orienté et permis de mener ce travail tout au long de cette année malgré la sensibilité du sujet. Je remercie enfin tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réussite de ce travail et qui n'ont pas pu être cités ici.

SOMMAIRE

Introduction	3
1 – Le médicament	6
1.1 – Le cycle de vie du médicament	7
1.2 – La demande de médicaments	11
1.3 – La réglementation du prix des médicaments en France	12
1.4 – Chiffres clés du secteur pharmaceutique	13
2 – Le niveau de concurrence des pharmacies d’officines d’après la Commission Européenne	17
2.1 – Présentation du rapport IHS	17
2.2 – Analyse de la concurrence par l’IHS	19
2.2.1 – Résultats de l’Indices de Réglementation	19
2.2.2 – Etudes quantitative et démographique des pharmacies d’officine	21
2.2.3 – Recommandation de l’IHS sur la réglementation des pharmacies d’officine	22
2.3 – Limites de l’analyse de la concurrence du rapport IHS	25
3 – Les motivations à l’origine de la réglementation des pharmacies d’officine	28
3.1 – Analyse en terme d’intérêt public de la réglementation	29
3.1.1 – Haut niveau de qualification demandé	30
3.1.2 – Monopole de la vente de médicaments	31
3.1.3 – Réglementation sur les prix	32
3.1.4 – Réglementation de la publicité	33
3.2 – Analyse en terme d’intérêt privé de la réglementation des pharmacies d’officine	33
3.2.1 – Monopole et arrière à l’entrée	33
3.2.2 – Exercice de la profession et publicité	34
3.2.3 – Fixation des prix	34
4 – Les travaux de Danzon & Chao (2000)	35
4.1 – Le contexte de l’étude	35
4.2 – La méthode utilisée pour étudier la concurrence dans l’industrie pharmaceutique	36
4.3 – Les résultats et leurs interprétations	38
5 – Données disponibles et ouverture de la question pour de futures études	41
5.1 – Mesure de la réglementation de la profession de pharmacien d’officine	41
5.1.1 – La réglementation sur le niveau d’étude des pharmaciens d’officine	41
5.1.2 – Le monopole de la vente des pharmaciens d’officine	42
5.1.3 – La réglementation sur la publicité	43
5.2 – La mesure du service pharmaceutique	44
5.2.1 – Assurer la dispensation des médicaments	44
5.2.2 – Assurer la bonne utilisation des médicaments	44
5.2.3 – Assurer un parfait accès à la médication	45
5.2.4 – Le suivi pharmaceutique des patients par les pharmaciens d’officine	45
5.3 – Proposition d’études futures	46
5.3.1 – Une autre approche de l’état de santé	46
5.3.2 – Une application de cette méthode à notre sujet	48
Conclusion	49

INTRODUCTION

Dans un contexte de construction d'un marché unique dans la zone européenne et du rétablissement de la santé des comptes publics, les politiques de concurrence ont un rôle important. La réglementation des professions réglementées - et notamment pharmaceutiques - est l'un des points phares des politiques de concurrence actuelles.

L'établissement d'un marché unique européen oblige une certaine homogénéisation des normes et des réglementations au sein des pays membres, pour une meilleure circulation des produits et une plus grande facilité des échanges. Pour ce, l'état de l'art précommande un certain niveau de concurrence pour une baisse des prix et une meilleure attractivité dans la zone.

De plus, le maintien des comptes nationaux selon les critères de Maastricht – 3% du PIB – amène les Etats membres à réduire leurs niveaux de dépenses. La France se trouve dans cette situation. La part des dépenses de santé sur ses dépenses publiques totales étant élevée (14,3% en 2015³ une réduction de celles-ci est visée. Mais comment ? Alors que la plupart des prix est réglementée, les remboursements des médicaments s'élevaient à 29,8 milliards d'euros en 2015⁴. Pour diminuer ces montants, sans réellement changer le système de santé français, la mise en concurrence des pharmaciens paraît la solution la plus logique au vu des rapports faits sur ce sujet. En effet, plus la concurrence sera grande entre pharmaciens, plus le prix des médicaments sera faible. C'est en tout cas, la vision prédominante aujourd'hui.

Le monde pharmaceutique se divise en trois grands groupes : les producteurs de médicaments, les distributeurs et les pharmacies d'officine. Nous allons nous concentrer sur le troisième étant donné que les politiques actuelles visent ces professions. Les pharmacies d'officine sont les établissements où la vente de médicament en ville est effectuée (une définition plus précise sera développée ultérieurement).

L'Autorité de la Concurrence⁵ se penche actuellement sur ce marché, afin d'identifier la légitimité de la concurrence entre les pharmacies d'officine. Elle ne fait que suivre un bon nombre d'études, notamment celles de la Commission Européenne⁶ ou de l'Inspection Générale des Finances⁷. La lignée principale de ces rapports vise à soutenir une déréglementation et une plus grande libéralisation des professions pharmaceutiques. En effet, selon la Commission européenne, la réglementation mise en place en France est jugée (trop) contraignante, ce qui aurait comme répercussion de restreindre la concurrence, et donc une sous-optimalité de l'efficacité du marché. En se basant sur l'idée qu'une baisse des prix serait favorable aux consommateurs et aux comptes

³ INSEE, Tableau de l'économie française, édition 2017, donnée 2015, p.129, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569418?sommaire=2587886#consulter>

⁴ Boisguérin & al. , Les dépenses de santé en 2015. Résultats des comptes de la santé : édition 2016. DREES, 2016, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf>

⁵ Autorité de la Concurrence, 2017, Décision n°17-SOA-01 du 20 novembre 2017 relative à une saisine d'officine pour avis portant sur les secteurs du médicament et de la biologie médicale, 2017, <http://www.autoritedelaconcurrence.fr/pdf/avis/17soa01.pdf>

⁶ Competition, D. G. Décision de la Commission du 8.12.2010 relative à une procédure d'application de l'article 101 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (Affaire 39510-ONP), 2010, http://ec.europa.eu/competition/antitrust/cases/dec_docs/39510/39510_1203_3.pdf

⁷ Inspection Générale des Finances, Rapport n°2012 M 057 03, Les professions réglementées, Tome I et II, 2013, <https://www.economie.gouv.fr/rapport-igf-sur-les-professions-reglementees>

nationaux, une augmentation de la concurrence entre pharmaciens serait la solution pour réduire les dépenses de santé.

Il faut donc bien définir quels sont les services proposés par les pharmaciens. D'après l'Ordre National des Pharmaciens, le professionnel effectue "*la dispensation au détail des médicaments, produits et objets dont la préparation et la vente sont réservées aux pharmaciens, ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales*"⁸. Les pharmaciens d'officine sont donc considérés à la fois comme des commerçants mais aussi comme des professionnels de santé. D'après l'Ordre National des Pharmaciens, la profession doit répondre à plusieurs critères permettant d'assurer les besoins de santé de la population. Selon le Code de la Santé Publique les pharmaciens doivent :

- Assurer la dispensation et la bonne utilisation des médicaments (Article R4235-48)
- Assurer la bonne compréhension du traitement (Article R4235-48)
- Proposer un suivi pharmaceutique (Article L1111-23)
- Education thérapeutique des patients et prévention (Article R4235-2)
- Préparations officinales (Article R4235-48)
- Disponibilité pour les premiers soins (Article R4235-19)
- Assurer un parfait accès à la médication (Article R4235-55)

C'est justement le fait de vendre ces services qui fait toute la complexité de la formalisation de ce métier d'un point de vue économique.

Il faut donner une définition économique au médicament pour comprendre le fond de cette analyse. D'après le Code de la Santé Publique, "*c'est une substance à propriété curatives ou préventives à l'égard des maladies, ou en vue de corriger ou modifier la fonction physiologique*"⁹.

Chaque médicament est fabriqué pour subvenir à un besoin thérapeutique (d'après le gouvernement, « *c'est une amélioration mesurable de l'état de santé ou du bien-être d'un sujet en rapport avec l'utilisation d'un médicament et, a priori, explicable par une ou plusieurs de ses propriétés pharmacologiques* »¹⁰). C'est son effet thérapeutique qui va déterminer les limites du marché pertinent des médicaments. Plusieurs molécules peuvent avoir un même effet thérapeutique. Par exemple les antalgiques permettent d'atténuer les douleurs (faibles ou modérées). Or, plusieurs molécules peuvent subvenir à ce besoin comme le paracétamol ou l'acide acétylsalicylique (ou plus connu sous le nom d'aspirine). Le paracétamol et l'aspirine font donc partie du même marché pertinent. Le problème est que chaque médicament contient une ou plusieurs molécules pour un ou plusieurs effets thérapeutiques. Ils appartiennent donc à plusieurs marchés simultanément. Ceci explique pourquoi il est important de définir les marchés pertinents et le plus souvent au cas par cas.

Nous allons décrire le processus de fabrication d'un médicament pour avoir une vision plus claire des étapes qui le constitue.

⁸ Pharmacie - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens. Consulté le 15 mars 2018.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie>

⁹ Article L5111-1 du Code de la Santé Publique,

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689867>

¹⁰ Effet thérapeutique. Ministère des Solidarités et de la Santé, 13 juin 2016. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/effet-therapeutique>

L'Autorité de la Concurrence s'est penché sur le sujet, en indiquant que « *la pratique décisionnelle s'appuie sur le système de classification "Anatomical Therapeutic Chemical" (la classification ATC) reconnue et utilisée par l'Organisation mondiale de la santé pour définir les marchés pertinents. Ce système classe les produits pharmaceutiques en fonction de leurs indications thérapeutiques. La classification se décline en "niveaux" »*¹¹. Les premiers niveaux correspondent à un grand nombre d'effets thérapeutiques et plus le niveau augmente moins il y a d'effets thérapeutiques liés à l'utilisation du médicament. Le problème étant que pour réguler la concurrence sur les prix, il faut s'attaquer aux médicaments qui se trouvent en bas de la hiérarchie, et les pharmacies se trouvent en haut de cette hiérarchie. Il faut définir le marché pertinent des pharmacies d'officine. Etant donné qu'elles fournissent toutes les mêmes services, elles devraient toutes être dans le même marché pertinent. Mais l'aspect géographique limite cet argument et devient l'élément définissant le marché pertinent des pharmacies d'officine. Toujours est-il qu'on utilise les effets thérapeutiques comme variables pour définir les marchés pertinents, *a fortiori*.

Le marché pertinent défini, encore faut-il connaître le processus de fabrication d'un médicament. Il est produit en trois étapes :

- Le principe actif : Il contient la molécule (ensemble d'atomes ayant des propriétés physiologiques), en quantité donnée, permettant de subvenir au besoin thérapeutique. C'est le noyau dur du médicament.
- L'ajout des excipients : on ajoute ensuite au médicament des éléments permettant de rendre sa consommation plus agréable, on lui ajoute des substances comme du sucre ou du colorant.
- Le conditionnement : cette dernière étape de la fabrication du médicament permet de donner la forme finale du produit, tel qu'un sirop, gélule, poudre, etc.

On remarque alors que la fabrication d'un médicament peut se diviser en 2 grandes phases d'un point de vue médico-économique. Nous avons, d'une part la phase purement thérapeutique, avec la spécificité de la molécule permettant de soigner le patient. Dans cette phase, l'efficacité du principe actif est la principale variable qui fera vendre le médicament. Un laboratoire est dans l'obligation de trouver la formule la plus qualitative d'un point de vue médical pour permettre sa mise en marché. La concurrence se fait par l'efficacité du médicament pour un même effet thérapeutique attendu. Ce sera le médicament le plus efficace – effet thérapeutique atteint avec le moins d'effets secondaires – qui gagnera la compétition auprès des patients (et notamment auprès des médecins).

Dans la seconde, nous avons la phase "médico-marketing", qui peut s'interpréter comme la conception de la meilleure consommation du médicament. C'est sur ce terrain-là que les médicaments concurrents dans un même marché pertinent vont se différencier par les médicaments efficaces. Ce sera le plus "agréable" à consommer qui aura plus de chance de gagner.

¹¹ Autorité de la Concurrence. (2013). Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de la distribution de médicament en ville? (Décision numéro 13-SOA-01).

http://www.autoritedelaconcurrence.fr/doc/consultation_medicaments_juill13.pdf

On remarque alors que dans ces deux phases, deux conceptions de la consommation du patient sont prises en compte, tout en étant bien séparées. Tout d'abord l'aspect médical : Le consommateur va juger de l'efficacité thérapeutique du médicament en fonction de la rapidité du soin ou des effets secondaires. Puis il y a l'aspect marketing, avec le jugement de la consommation purement préférentiel, autrement dit, le consommateur peut préférer des goûts à d'autres (sucré, amer, etc.) ou des modes de consommations différents (gélule, sirop - qui dépendent fortement des préférences individuelles). Ces deux conceptions de la consommation d'un médicament en font sa particularité dans le secteur industriel.

De la même manière, les pharmaciens d'officine ne sont pas uniquement des commerçants mais jouent un rôle plus qu'important dans le comportement de la population vis à vis de leur santé. Ils sont les derniers maillons de la chaîne du médicament et en contact direct avec les consommateurs. Ils font le lien entre la santé des patients et l'ensemble du système médical présenté ci-dessus, à savoir les industriels du médicament.

Dans ce mémoire, nous allons essayer de comprendre l'impact de la réglementation et la "restriction de la concurrence" annoncée par les autorités sur la qualité des services pharmaceutiques. Autrement dit, nous allons voir si l'idée d'avoir un secteur fortement réglementé est plus efficace sur la qualité des services que si l'on y introduit une concurrence. Le mémoire va s'organiser comme suit. Une première section présente le contexte dans lequel notre étude se base, à savoir le cycle de vie d'un médicament, en décrivant le fonctionnement du monde pharmaceutique. Nous analyserons ensuite les travaux faits par les autorités de concurrence sur le niveau de concurrence existant dans ce secteur en France. Puis nous décrirons la réglementation française concernant les pharmaciens d'officine avec leurs motivations et nous essayerons par la suite de trouver un comportement concurrentiel lié à la réglementation grâce aux travaux de Danzon & Chao (2000) pour enfin proposer des travaux empiriques futurs et conclure.

1 - LE MEDICAMENT

Pour mieux comprendre les enjeux de la mise en concurrence des pharmaciens d'officine, il est important de comprendre l'ensemble des événements constituant le cycle de vie d'un médicament, de sa création à sa consommation finale. Cela nous permettra d'établir le processus et d'avoir un meilleur visuel de ce qui est le monde pharmaceutique.

Deux grands types de médicaments existent ; les médicaments princeps et les médicaments génériques. Le princeps est un médicament innovant, apportant une nouvelle contribution thérapeutique avec une nouvelle molécule, ou ancienne molécule modifiée. Le générique a les mêmes caractéristiques thérapeutiques qu'un princeps, mais il est mis en marché après expiration du brevet de son homologue. Il contient la même quantité de molécule, la même qualité, mais est modifié dans son mode d'utilisation ou dans sa forme. Ce qui le différencie principalement du princeps est son prix et le fait que le médicament générique n'est pas une innovation.

Généralement, il existe un certain scepticismisme envers les médicaments génériques. D'après Sarradon, Blanc et Faure (2007) les origines de cette méfiance sont sociales et non techniques. Au vu de la défiance concernant la qualité des génériques, ces derniers sont plus difficilement vendables que les médicaments princeps. En 2013, moins d'une boîte remboursée sur trois est une boîte générique¹² alors que dès l'entrée du médicament générique sur le marché, son prix est fixé à 40% de son princeps.

Pour simplifier notre analyse du cycle de vie du médicament, nous allons uniquement nous concentrer sur le cas du médicament princeps.

1.1 - Le cycle de la vie du médicament

Tout commence dans les laboratoires pharmaceutiques, où la Recherche & Développement (R&D) est la plus active. En effet, les dépenses en R&D dans l'industrie pharmaceutique s'élèvent à 4,6 milliards d'euros en 2010, représentant 10,2% du chiffre d'affaires de l'industrie (soit la deuxième industrie en termes de budget de R&D en France, juste après l'industrie automobile)¹³. Les distributeurs et les pharmacies d'officine n'investissent pratiquement pas en R&D. Ces investissements permettent de créer de nouvelles molécules, ou de modifier des anciennes pour en extraire un nouveau rôle thérapeutique. Lorsqu'une molécule est découverte, ainsi que son effet thérapeutique (ce qui représente ici deux phases distinctes de la recherche), le laboratoire décide d'en faire un médicament. Le laboratoire pourra ainsi le mettre en vente avec un brevet et donc un prix élevé lui permettant d'amortir ses frais de recherche.

Mais la mise en marché d'un médicament ne peut se faire librement. Le laboratoire est dans l'obligation d'avoir l'abrogation de l'Autorisation de Mise en Marché¹⁴ (AMM), puis doit établir une convention sur la fixation du prix avec le Comité Economique des Produits de Santé¹⁵ (CEPS). Nous présenterons les mécanismes de fixation des prix plus loin. Une fois le prix décidé, le laboratoire vend ses médicaments en gros à des distributeurs, appelés aussi "grossistes". Ceux-ci achètent les médicaments et en deviennent propriétaires. Autrement dit, leur stock leur appartient et il est dans leur devoir de le gérer à bon escient. Il se chargent ensuite de les distribuer aux pharmacies d'officine. La distribution est une étape importante dans la vie d'un médicament car c'est elle qui fait le lien entre la production et la vente au détail. Une certaine exigence est donc imposée aux distributeurs afin d'assurer le bon déroulement du marché (c'est-à-dire éviter l'insuffisance des médicaments en stock dans les pharmacies d'officine pour maximiser

¹² Plan National d'action de promotion des médicaments génériques, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes, (2015),

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_medicaments_generiques_24mars2015.pdf

¹³ Recherche et développement dans le secteur pharmaceutique en France, Infographie, Leem (Les entreprises du médicament) (2013)

¹⁴ L'ANSM nous explique que la mise en marché d'un médicament peut mettre une quinzaine d'année. Toute la partie médicale, à savoir les tests ou développements industriels, est établie par l'ANSM qui constitue un dossier pour l'AMM. Cette autorisation est délivrée par les autorités compétentes telles la Commission Européenne (au niveau continental) ou l'ANSM (au niveau national).

¹⁵ Le CEPS est un organisme gouvernemental dirigé par le ministère de la santé et le ministère de l'économie. Il a pour but de fixer le prix des médicaments remboursables.

la disponibilité) et on y trouve un niveau de réglementation assez fort¹⁶. Dépendant des producteurs et des pharmacies d'officine, ils sont dans l'obligation d'avoir à disposition immédiate la quasi-totalité des médicaments pour subvenir à un manque éventuel des pharmacies. Ils sont aussi dans l'obligation de préciser leurs secteurs de livraison. Les distributeurs vendent leurs médicaments aux pharmacies d'officine avec une marge réglementée à 6,68% du prix (hors taxe) du fabricant. Une fois arrivé à la pharmacie d'officine, c'est la vente du médicament au consommateur final qui entre en jeu. La fixation des marges des pharmaciens est également réglementée. Pour les officines, une marge de 26,1% du prix du médicament est fixée lorsque celui-ci est compris entre 0€ et 22,90€, 10% lorsque le prix est compris entre 22,90€ et 150€, et 6% sinon. Pour les distributeurs, lorsque le prix fabricant hors taxe est inférieur à 450€ une marge de 6,68% est appliquée, sinon c'est une somme forfaitaire de 30,06€ qui est attribuée¹⁷.

On arrive alors à la consommation finale, où le choix du médicament n'est pas complètement libre. En effet, dans la plupart des industries, le consommateur choisit son bien en établissant un arbitrage entre plusieurs critères, afin de maximiser son utilité sous contrainte budgétaire. Avec les médicaments c'est différent. Hormis les médicaments d'automédication et les médicaments sans ordonnance, c'est le médecin qui prescrit le médicament à utiliser et non le patient. Depuis 2015¹⁸, les médecins ont l'obligation de mentionner le nom de la molécule et non le nom du médicament sur l'ordonnance. Cela laisse place aux pharmaciens d'officine pour le choix du médicament.

Sur la figure 1, nous représentons une modification du schémas de Alain Pelc sur la génèse du médicament afin de synthétiser notre description¹⁹.

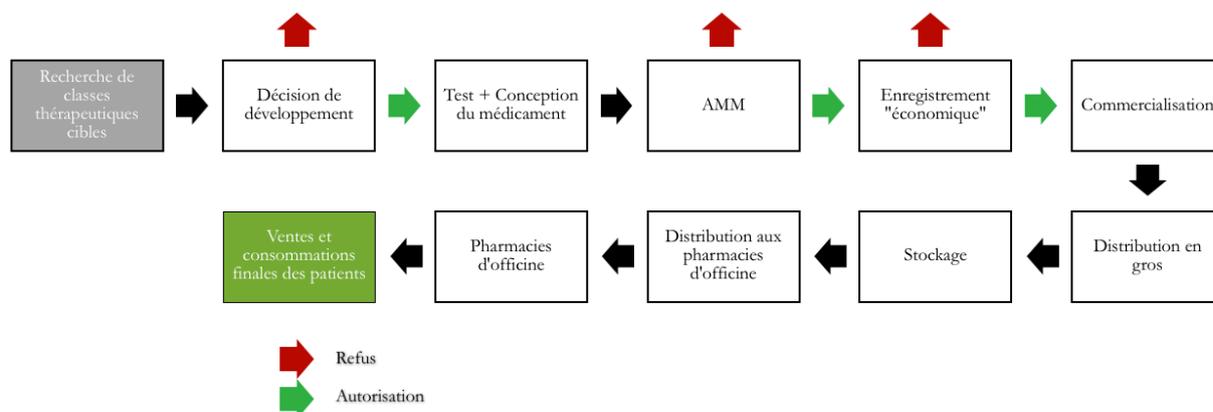


Figure 1 : Schéma du cycle de vie du médicament

¹⁶ Bonne pratiques de distribution en gros des médicaments à usage humain, Bulletin officiel N°2014/9 bis Fascicule spécial, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (2014), http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2014/sts_20140009_0001_p000.pdf

¹⁷ Comment le prix du médicament est-il fixé en France - L'économie du médicament, LEEEM, (2012), http://www.leem.org/sites/default/files/100questions_Leem_Fiche-62.pdf

¹⁸ Article L. 5121-1-2 du Code de la Santé Publique. Loi votée le 29 décembre 2011 mais mise en vigueur le 1er janvier 2015

¹⁹ Alain Pelc, Evaluation économique des stratégies thérapeutiques dans l'industrie pharmaceutique : pour quoi faire ? Journal d'économie médicale n°4/5 (1992)

Les Entreprises du Médicament²⁰ (LEEM), dans son rapport de 2017²¹ nous présente graphiquement les flux financiers engendré par la mise en marché d'un médicament de manière chronologique (Figure 2). On distingue deux phases : la première où le producteur dégage un déficit budgétaire dû à la recherche et développement et à l'attente de l'AMM (le coût s'évaluant à environ un milliard d'euros pour un producteur), et la deuxième où le médicament est mis sur le marché, avec dans un premier temps des gains élevés dus au brevet (et donc en absence de concurrence) amortissant la recherche et développement puis un retour à un prix de marché (artificiel car son évolution est strictement réglementée, il n'est pas le résultat des forces du marché ou d'une concurrence).

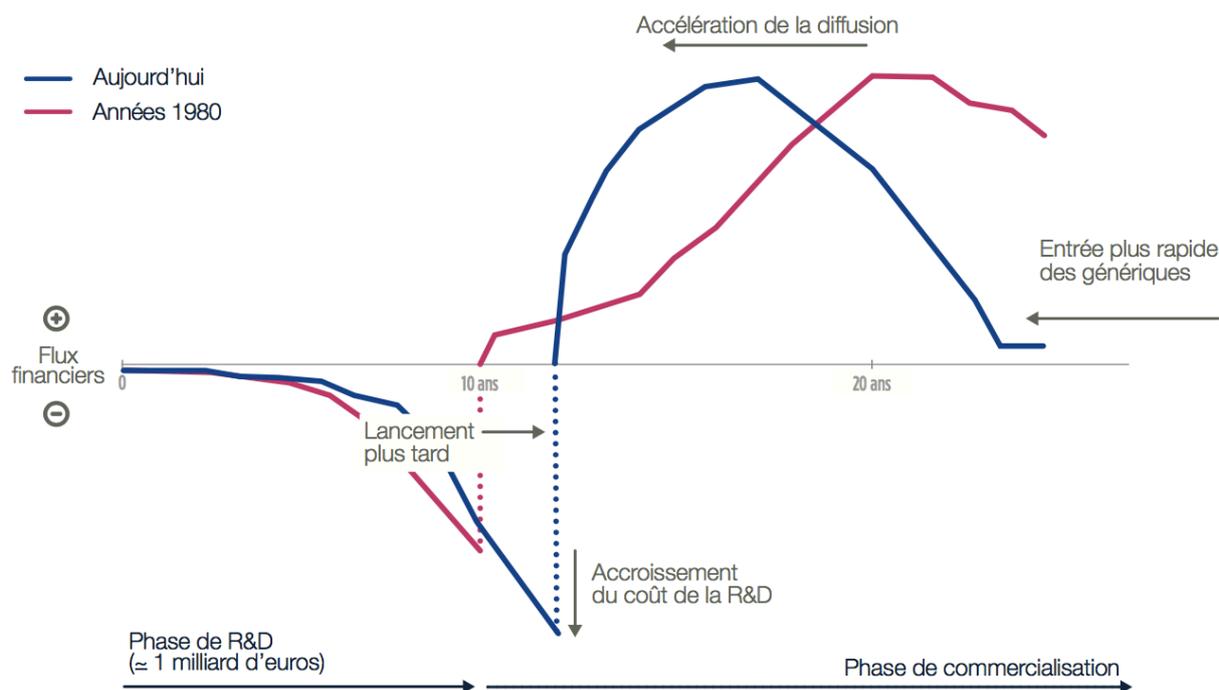


Figure 2 : Cycle de vie d'un médicament d'un point de vue financier

Source : Bilan économique 2017 – LEEM

Le cycle de vie d'un médicament est donc assez long. La phase la plus longue est la partie concernant la création et les multiples étapes permettant la délibération de la mise en marché. Cette phase ne se fait qu'une fois, au début du cycle, ensuite c'est la production simple du médicament et le chemin vers le consommateur final qui s'effectue.

Cette genèse met en lumière deux grandes relations ; la première liant le producteur et le distributeur, la deuxième liant le distributeur et le pharmacien d'officine. On peut dès lors supposer que le distributeur est le principal intermédiaire entre la production du médicament et la vente de celui-ci en détail (officine). Mais cela ne se passe pas tout à fait comme cela. Les relations qu'il peut y avoir dans ce secteur sont plus complexes que cela. Les agents qui

²⁰ La LEEM est une organisation regroupant les entreprises du médicament et de l'industrie pharmaceutique. Ils ont comme mission de faire respect l'honneur de la profession et ses codes déontologiques, d'établir des stratégies et politiques industrielles, et de développer le secteur pharmaceutique

²¹ LEEM - Les entreprises du médicament. Bilan économique 2017. (2017). <http://www.leem.org/sites/default/files/010917-BilanEco2017-HDsans.pdf>

composent cette industrie ne s'arrêtent pas uniquement aux trois acteurs cités précédemment (à savoir les producteurs, les distributeurs et les pharmaciens d'officine). Nous avons la Sécurité Sociale qui joue un rôle fondamental dans le système de santé français en garantissant l'assurance maladie qui contribue au remboursement d'une partie des frais de santé²², les médecins qui jouent un rôle plus qu'important dans ce processus en prescrivant - et donc en choisissant - les médicaments aux consommateurs et enfin le patient avec sa consommation finale. Au milieu de tous ces agents, on trouve l'Etat qui joue le rôle de chef d'orchestre. Il est en lien avec l'ensemble des agents et contribue grandement au fonctionnement du secteur. Il existe divers liens entre les différents agents qui constituent le secteur de l'industrie pharmaceutique. Des alliances, des conflits et différents types de réglementations façonnent ce milieu. Mais il existe surtout différents types de relations que nous allons présenter sous forme de flux. Il y a d'abord les flux physiques, représentant un bien échangé entre deux agents, les flux financiers représentant un échange monétaire et enfin les flux informatifs décrivant un échange d'information entre deux agents. La Figure 3 donne un descriptif des relations qui existent pour mieux comprendre le poids de l'Etat dans le monde pharmaceutique. Pour cela, nous nous inspirons des travaux de Dumas²³.

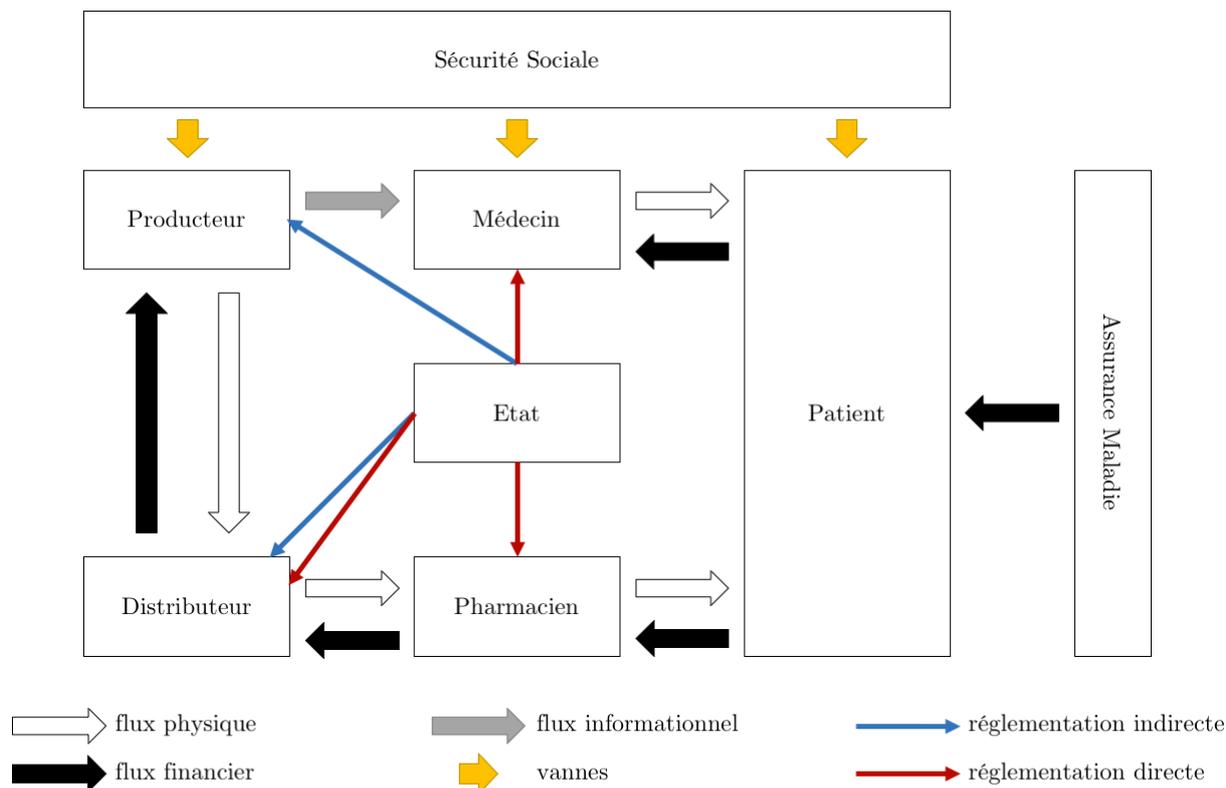


Figure 3 : Schéma des relations inter-agents dans le secteur pharmaceutique

Source : *Analyse structurelle et réflexion stratégique sur les opportunités de libération du prix du médicament en France*, Dumas & al. (1992)

²² Ameli - Sécu, Assurance Maladie... Quelle différence ? Consulté le 18 mars 2018. <https://www.ameli.fr/espace-presse/fiches-et-breves/breves/detail-d-une-breve/2927.php>

²³ Dumas, Serrano et Duru. *Analyse structurelle et réflexion stratégique sur les opportunités de libération du prix du médicament en France*, Journal d'économie médicale n°4/5 (1992)

Toutes ces interactions vont impacter la demande de médicaments. En effet, l'assurance maladie, les médecins, les producteurs, les distributeurs et les pharmaciens modifient avec plus ou moins de force le chemin du médicament jusqu'au consommateur. Le médicament est impacté via toutes les étapes intermédiaires (réglementation, autorisation, distribution, pharmacies d'officine), via la concurrence entre médicament (génériques ou médicaments substitués pour un effet thérapeutique), les prix (remboursement ou non par l'Assurance Maladie, évolution des prix) qui modifient les préférences de consommations d'un médicament à un autre. Essayons maintenant de comprendre les facteurs qui déterminent la demande de médicaments.

1.2 - La demande de médicaments

Pour les médicaments sur ordonnance, la prescription du médecin est obligatoire. Or, les décisions de celui-ci sont imparfaites. Ces choix peuvent refléter des incitations liées à des pressions venues des laboratoires pharmaceutiques, ou comme l'expliquent très bien Patricia M. Danzon et Li-Wei Chao en 2000²⁴ : « *Si les médecins sont des agents imparfaits pour les patients, leurs choix de prescription peuvent refléter leurs propres incitations financières ou non financières directes en raison des stratégies de remboursement et de contrôle des coûts des assureurs, en plus de la santé ou de la richesse des patients. Dans la plupart des pays de notre échantillon, les médecins n'étaient pas financièrement responsables des coûts ou des profits des médicaments qu'ils prescrivaient et n'avaient donc aucune motivation personnelle à connaître les prix des médicaments ou à en tenir compte* ». La structure des systèmes de prescription peut aussi influencer les choix de médicaments pour les patients. Par exemple, au Royaume-Uni, les médecins perçoivent un fond de prescription. Ils peuvent ainsi établir une gestion de fond et les inciter à une substitution aux génériques (ces derniers étant moins chers que les princeps, le remboursement sera plus faible et il y a donc une possibilité d'augmenter sa marge). En France, c'est une rémunération à l'acte, autrement dit le médecin est rémunéré en fonction du nombre de consultations qu'il effectue. Ce mode de rémunération, selon le Trésor Public incite à la productivité, mais peut effectivement désinciter à la qualité du service²⁵. Pour augmenter la productivité du médecin, ce dernier peut augmenter le nombre de patients pris en charge, soit en diminuant les soins par client, soit en augmentant le temps de travail. A priori, aucune incitation à prescrire un nombre optimal de médicament ou le type de produits ne peut influencer la prescription. Les incitations peuvent provenir de facteurs externes comme le lobbying. D'après Danzon & Chao (2000), les incitations des médecins contribuent à la différence d'élasticité-prix de la demande de médicaments. La substitution des génériques est une bonne illustration des incitations pour les pharmaciens sur la demande et la ventes des médicaments. Les travaux de Philipsen et Faure (2002) comparent les systèmes d'honoraire des pharmaciens en Belgique et aux Pays-Bas. Aux Pays-Bas, les pharmaciens d'officine touchent des honoraires absolus, c'est-à-dire qu'ils perçoivent un montant fixe par prescription (5.67€) indépendamment du nombre de boîtes vendues ou du prix des médicaments. En Belgique, par contre, les pharmaciens d'officine

²⁴ If physicians are imperfect agents for patients, their prescribing choices may reflect their own direct financial or nonfinancial incentives due to insurers' reimbursement and cost control strategies, in addition to concern for the patients' health or wealth. Physicians in most countries in our sample were not at financial risk for costs or profit from the drugs that they prescribed and, hence, had no personal incentive to know drug prices or be price sensitive

²⁵ Mode de rémunération des médecins - Lettre n°42. Trésor public. (2008).
<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/File/326885>

touchent des honoraires de 31% par emballage, et ce montant dépend du prix et de la quantité vendue. La différence de systèmes se fait remarquer dans la part des génériques dans la vente de médicaments. Toujours d'après Philipsen et Faure, le pourcentage de médicaments génériques sur l'ensemble des médicaments est de 1% en Belgique contre 30% aux Pays-Bas.

On remarque alors que la demande de médicaments est non seulement déterminée par les médecins et les relations qui existent entre les agents qui constituent l'industrie, mais aussi en fonction du prix.

1.3 - La réglementation des prix des médicaments en France

Le rapport de l'Autorité de la Concurrence rendu le 25 février 2013 sur les pharmacies d'officine établit un bon descriptif de la fixation des prix²⁶. La réglementation est appliquée sur les médicaments remboursables par la Sécurité Sociale, sinon la fixation est libre par les pharmacies "*soumis aux mêmes principes de concurrence que tout autre produit de consommation directe sous réserve des dispositions du code de déontologie des pharmaciens*" comme nous indique le rapport (p. 21).

Les prix des médicaments remboursables sont strictement réglementés et sont le résultat de longues négociations entre les laboratoires et le CEPS. Un prix plafond est fixé ainsi que son évolution. La tendance des prix des médicaments ne peut être à la hausse. En fonction des résultats de ventes, le prix peut soit stagner soit baisser. Le Tableau 1 montre les évolutions de prix des médicaments princeps et génériques pour un même effet thérapeutique (et donc un même marché pertinent).

	$t_0 \rightarrow$ brevet	$t_1 \rightarrow$ 18 mois	t_2
Période	Princeps seul	Arrivée des génériques + 1 ^{ère} décote	2 ^{ème} décote
Princeps	10€	10 - 20% = 8€	8 - 12,5% = 7€
Génériques	-	10 - 60% = 4€	4 - 7% = 3,72€

Tableau 1 : Evolution du prix d'un médicament

Source : *Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de la distribution de médicament en ville ?* Autorité de la Concurrence, 2013.

Tout au long de son cycle de vie, le médicament connaît une évolution de son prix. Il subit deux décotes à des dates précises, imposées par les autorités de santé et fixes. La première s'effectue à l'expiration du brevet, lorsque le monopole de production du médicament est terminé. La seconde et dernière intervient 18 mois après la première. A cela, il faut ajouter l'introduction des génériques. Ces "copies" des princeps sont également réglementés, mais avec des restrictions plus

²⁶ Autorité de la Concurrence. (2013). Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de la distribution de médicament en ville ? (Décision numéro 13-SOA-01).

http://www.autoritedelaconcurrence.fr/doc/consultation_medicaments_juill13.pdf

importantes au niveau des prix. A son arrivée, le prix générique est fixé à 40% de son homologue puis subit une seconde décote de 7%.

Une fois le prix fixé, on laisse place à sa commercialisation et le médicament peut être consommé par le patient. Mais son utilisation peut être mal effectuée, il est donc primordial de bien encadrer celle-ci. En effet, la complexité technique du domaine médical fait qu'il est très coûteux (en terme de temps et d'effort) d'accumuler toutes les connaissances nécessaires pour une parfaite consommation. De fait, ce coût n'est généralement pas pris en compte, et au vu de l'aversion au risque plus élevé lorsqu'il s'agit de sa santé, le patient aura tendance à confier son orientation thérapeutique aux professionnels du milieu (Rochaix (1997), Eeckhoudt & al. (1985), Kimball (1990)). Pour ce, les pharmacies d'officine sont formées afin de fournir un service de qualité et limiter les risques de mauvaises utilisations. C'est tout l'enjeu de la réglementation concernant ces professions. Nous allons approfondir cette analyse un peu plus loin dans ce mémoire, mais avant cela, une mise en contexte chiffrée est importante pour comprendre les enjeux du sujet.

1.4 - Chiffres clés du secteur pharmaceutique

Un panorama des chiffres concernant les pharmaciens en France peut être intéressant pour comprendre l'envergure du secteur et permet une bonne mise en contexte. Nous nous basons sur le rapport de l'Ordre National des Pharmaciens de 2017²⁷, et sur le rapport de la LEEM concernant leur *Bilan Economique 2017*²⁸.

Pour toutes les sections de pharmaciens confondues (c'est à dire les laboratoires, les distributeurs, les pharmaciens titulaires d'une officine, les pharmaciens adjoints d'officine, pharmaciens biologiques, pharmaciens en Outre-Mer et pharmaciens d'établissement de santé), l'Ordre National des Pharmaciens recense 74 441 membres en 2016. Les titulaires et adjoints d'officines représentent à eux seuls 73% de la profession contre 4,8% pour les producteurs et 0,9% pour les distributeurs. La profession pharmaceutique connaît un vieillissement de sa démographie. En 2006, l'âge moyen d'un professionnel pharmaceutique était de 45,4 ans alors qu'en 2016 il est de 46,7 ans.

Chez les producteurs, 3 666 pharmaciens sont inscrits à l'Ordre National des pharmaciens pour 463 entreprises. La section distribution est représentée par 1 250 professionnels pour 235 entreprises. Enfin, les adjoints et titulaires d'officine sont au nombre de 54 726 pour 21 403 pharmacies d'officine. Le Tableau 2 nous montre le nombre d'officines par taille de commune.

²⁷ Ordre National des Pharmaciens. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2017 - Démographie. (2017)
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/342098/1683035/version/3/file/43583-+LA+DEMOGRAPHIE+2017+%28brochure/%29-2-PAP.pdf>

²⁸ LEEM - Les entreprises du médicaments. Bilan économique 2017. (2017).
<http://www.leem.org/sites/default/files/010917-BilanEco2017-HDsans.pdf>

Taille de la commune	Nombre d'officines au 31/12/2016
< 2 000 habitants	3919
2 000 à 5 000 habitants	3627
5 000 à 30 000 habitants	6728
30 000 à 50 000 habitants	1894
50 000 à 100 000 habitants	1609
100 000 à 200 000 habitants	1332
> 200 000 habitants	2294
Total	21403

Tableau 2 : Nombre d'officines par taille de commune en France au 31 décembre 2016

Source : Ordre National des Pharmaciens. *Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2017 - Démographie*.²⁹ (2017)

Il est intéressant de constater qu'il n'y a pas de relation flagrante entre le nombre d'officines en fonction de la taille de la ville dans ce tableau. Il serait plus judicieux de normaliser ces données en fonction du nombre de communes par taille (c'est-à-dire le nombre de communes avec un nombre d'habitants inférieur à 2 000 en France, le nombre de communes en France comprenant un nombre d'habitants entre 2 000 et 5 000, ainsi de suite...) pour observer le niveau de concentration qui existe dans les petites et les grandes communes. A côté de ça, le rapport nous amène à observer la pharmacie par nombre d'habitants (nous ne parlons pas ici du nombre de patients par pharmacie mais du nombre d'habitants ce qui n'est pas la même chose) depuis 2006, comme on peut le voir dans la Figure 4.

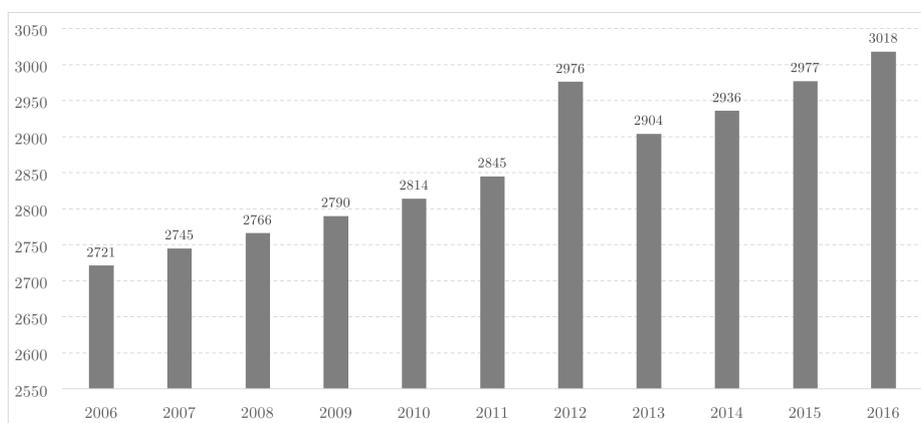


Figure 4 : Nombre d'habitant par pharmacies en France de 2006 à 2016

Source : Ordre National des Pharmaciens. *Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2017 - Démographie*.³⁰ (2017)

On constate une tendance à la hausse du nombre d'habitants par pharmacie d'environ 11% de 2006 à 2016. Ces résultats peuvent être analysés si l'on prend en compte le taux de croissance démographique. Si la population augmente, et que la variable vu ci-dessus augmente aussi, il y a

²⁹ <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/342098/1683035/version/3/file/43583-LA+DEMOGRAPHIE+2017+%28brochure/%29-2-PAP.pdf> p.43

³⁰ <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/342098/1683035/version/3/file/43583-LA+DEMOGRAPHIE+2017+%28brochure/%29-2-PAP.pdf> p.43

alors une stagnation du nombre d'habitants par pharmacie. Au contraire, si la démographie stagne, on peut dire que le nombre de pharmacie diminue.

Une analyse semblable a été faite par Philipsen et Faure (2002). Ils en concluent que la baisse du nombre de pharmacies (ou l'augmentation du nombre de patients par pharmacies) est une captation des politiques publiques de régulations pour augmenter la rente (cf. Encadré 1) des pharmacies d'officine.

Encadré 1

Rente : C'est la différence entre le coût marginal (i.e. le coût de production pour une unité produite supplémentaire, autrement dit l'offre) et le prix de vente. En concurrence pure et parfaite, les deux sont égaux. La rente est alors le résultat d'un pouvoir de marché du producteur, qui peut fixer un prix au-dessus du niveau optimal (qui maximise le surplus des consommateurs).

Malheureusement, malgré une démarche théorique intéressante, les fondements empiriques de ce papier laissent à désirer. En effet, ils analysent une captation des politiques publiques de régulation sans prendre en compte les données concernant le chiffre d'affaires ou la rente des pharmacies d'officine. De plus, ils ne font pas la distinction entre les laboratoires pharmaceutiques, les distributeurs et les officines. Il est donc important de connaître les chiffres clés financiers de ce secteur pour mieux comprendre les enjeux des politiques et des critiques faites sur le niveau de concurrence pour les prochains points de ce mémoire.

D'après la LEEM, avec un excédent budgétaire à 7,5 milliards d'euros le chiffre d'affaires des producteurs avoisinerait les 54 milliards d'euros en 2014, avec une part de chiffre d'affaires de 9,8% consacrée aux investissements en Recherche & Développement. La part de marché de la production pharmaceutique de la France dans le marché mondial est en baisse, avec 3,4% en 2014 contre 5,6% en 2006.

Pour ce qui est de la demande, en moyenne, chaque français consommait 512€ de médicament par an en 2015. En plus de 25 ans, la demande de médicament en volume pour la France a triplé, passant de 9,5 milliards d'euros en 1990 à 28,7 milliards d'euros en 2016. Le secteur de la production de médicament est, selon la LEEM, encore peu concentré au vue de la grande variété de médicaments proposée. Fournier, Lomba et Muller (2014), dans leur *ouvrage Les travailleurs du médicament*³¹ affirment ce propos en parlant de la forte atomie des principes actifs, tant fournie par le *Big Pharma* que par les petites entreprises spécialisées. La Figure 5 présente la répartition cumulée des chiffres d'affaires des entreprises productrices.

³¹ Fournier, Lomba et Muller. Les travailleurs du médicaments, 27. ERES. 2014.
<https://doi.org/10.3917/eres.four.2014.01.0027>

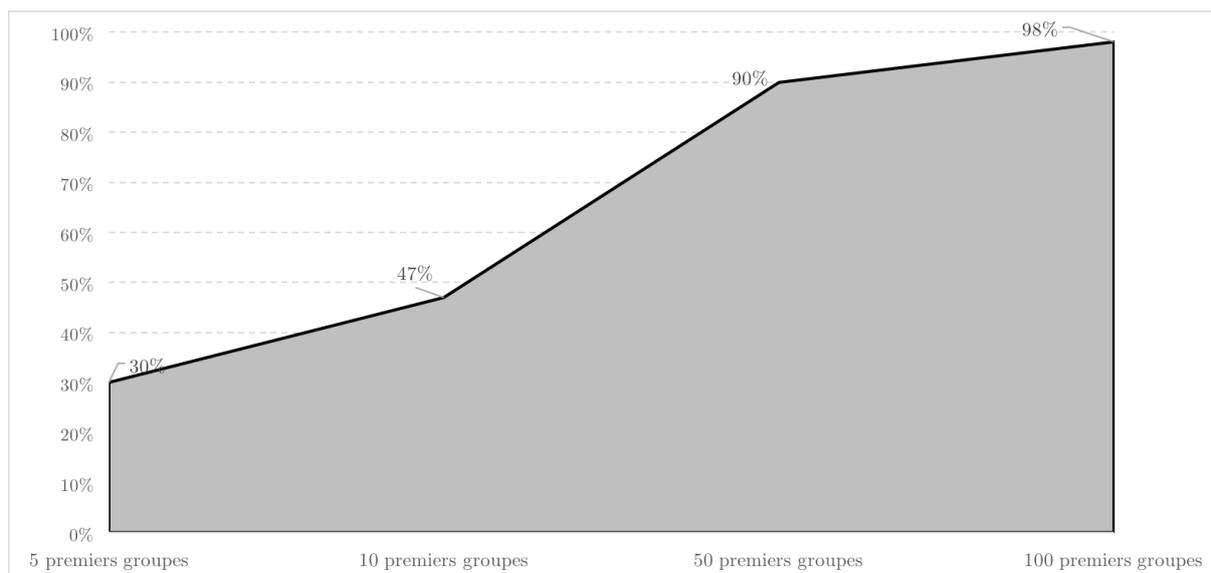


Figure 5 : Concentration du chiffre d'affaires (ville + hôpital) des producteurs en 2016 en France

LEEM - Les entreprises du médicament. Bilan économique 2017³². (2017)

En ce qui concerne les pharmacies d'officines en 2012, d'après l'INSEE, le chiffre d'affaire a été de 38 milliards d'euros soit une croissance de 53% depuis 2000³³. Les médicaments remboursables sont leur principale source de chiffre d'affaires. En 2012, la moitié des pharmacies d'officine ont gagné entre 560 000 et 1,4 millions d'euros, 10% des pharmacies ont gagné en dessous de 560 000 euros, de même que pour celle qui ont gagné plus de 2,4 millions d'euros et les pharmacies emploient généralement 4 personnes par établissement en moyenne. Ces chiffres peuvent (ou non) interpeller. Ce sont de hauts chiffres d'affaires qui peuvent susciter des interrogations de la part des autorités. La concurrence y est-elle efficiente ? Ces chiffres-là sont-ils légitimes ou émanent-ils d'une politique anti-concurrentielle ? Ce sont ces questions qui animent les autorités de la concurrence, et notamment la Commission Européenne. Nous allons justement étudier un de ces rapports dans la partie qui va suivre.

³² <http://www.leem.org/sites/default/files/010917-BilanEco2017-HDsans.pdf> p.26

³³ INSEE. Les pharmacies depuis 2000 - Mutation d'un secteur très réglementé. (2014). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281354>

2 - LE NIVEAU DE CONCURRENCE DES PHARMACIES D'OFFICINE EN FRANCE D'APRES LA COMMISSION EUROPEENNE

L'autorité de la Concurrence française et la Commission se sont beaucoup penchés sur le sujet de la concurrence au sein des pharmacies d'officine. Celle-ci représente un enjeu économique mais aussi sociétal. En effet, il est important de ne pas considérer le secteur pharmaceutique comme n'importe quelle industrie, en raison de son aspect éthique et son impact sur le niveau de santé de la population.

2.1 - Présentation du rapport IHS

La Commission Européenne a commandé une étude en 2003 à l'Institut für Höhere Studien de Vienne (IHS) pour mesurer l'impact économique de la réglementation des professions réglementées dans plusieurs Etats Membres de l'Union Européenne³⁴. Il faut savoir que cette étude ne se focalise pas uniquement sur le secteur pharmaceutique mais sur l'ensemble des professions réglementées (i.e. comptables, professions juridiques, etc.). Nous étudierons ici la partie du rapport concernant les pharmacies d'officine.

Ce rapport effectue d'abord une revue de littérature théorique donnant les arguments en faveur et contre les différentes réglementations. Cette revue aboutit à un niveau de réglementation optimal, afin d'avoir d'une part une bonne qualité de service, et d'autre part une certaine liberté sur le marché afin de ne pas tomber dans les abus de position dominante de la part des professionnels. Le rapport présente ensuite une comparaison des différents mode d'organisation et de réglementation en Europe, des pays estimés les plus réglementés (Suède) aux pays les moins réglementés (Royaume-Uni, Irlande).

Cette comparaison est effectuée en utilisant la démarche de "benchmarking". Pour cela, est construit un indice décrivant le niveau de réglementation par pays en fonction des différentes professions réglementées afin de mesurer le degré de réglementation relatif des pays. Chaque indice est ensuite comparé à la médiane de l'ensemble des pays concernés par l'étude. L'indice global IR se construit comme suit :

$$IR = ER + MCR$$

IR est calculé à partir de la somme des réglementations *ex ante* de l'entrée sur le marché - noté "ER" - (qui peut être interprété comme le niveau des barrières à l'entrée) et des réglementations *ex post* sur le marché - noté "MCR"- (i.e. le niveau de réglementations des comportements sur le marché).

Le premier indicateur (ER) prend en compte le nombre d'années d'études supérieures pour accéder au marché, l'existence de numérus clausus, les moyens alternatifs pour entrer dans la profession, et d'autres facteurs permettant d'étudier le niveau de barrière à l'entrée de la profession.

Le deuxième (MCR), inclut les prix plafonds, la réglementation concernant la publicité, les contraintes géographiques et d'autres variables permettant d'étudier le niveau de réglementation

³⁴ Paterson, Fink, Ogus & al. (2003). Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member state. IHS <https://www.ceps.eu/system/files/book/1455.pdf>

lorsque les agents sont sur le marché. Le Tableau 3 et le Tableau 4 ci-dessous présentent en détail la construction des indices ER et MCR concernant respectivement l'entrée sur le marché et la réglementation sur les comportements.

	Category/Variables	Coding	Scale	Weighting1	Wighting2
ER	Entry regulation (general)	ERLC*0.20+ ERED*0.45+ ERQT*0.35	0 to 6		
ERLC	Licensing	See separate table below	0 to 6		20%
ERED	Requirements in education/does only apply in cases of licensing; if no licensing: "0"	ERED1*0.30+ ERED2*0.40+ ERED3*0.20+ ERED4*0.10	0to6		45%
ERED1	Duration of special education/university or other higher degree	0 to ≥ 6 years	0 to 6	30%	
ERED2	Duration compulsory practising	0 to ≥ 6 years	0 to 6	40%	
ERED3	Number of professional exams	(0 to ≥ 3)*2	0 to 6	20%	
ERED4	Number of entry routes to profession (inv. scale)	(0 = 4 or more routes; 1=3 routes; 2=2 routes; 3=1 route)*2	0 to 6	10%	
ERQT	Quotas/economic needs test	0=no 6=yes	0 or 6		35%

Tableau 3 : Construction de l'indice ER (Réglementation à l'entrée du marché)

	Category/Variables	Coding	Scale	Weight-ing 1	Weight-ing 2
CR	Conduct Regulation (general)	MCPR*0.25+ MCAD*0.15+ MCLOC*0.15+ MCDIV*0.20+ MCIC*0.25	0 to 6		
MCPR	Regulations on prices and fees	0 = no regulations 1 = non binding reference prices on some services 2 = non binding reference prices on all services 3 = maximum prices on some services 4 = maximum prices on all services 5 = minimum prices on some services 6 = minimum prices on all services	0 to 6		25%
MCAD	Regulations on advertising	0 = no spec. regulations 2 = some forms forbidden (like comparative price advertising, direct mailing etc.) 4 = most forms are forbidden (advertising only in very narrow margins allowed) 6 = all forms of advertising are forbidden	0 to 6		15%
MCLOC	Regulations on location	0 = location not restricted 6 = location restricted	0 to 6		15%
MCDIV	Regulations on diversification	0 = no specific regulations 3 = diversification under specific preconditions allowed (branch office head is a professional, maximum number of branch offices etc.) 6 = diversification not allowed in any case	0 to 6		20%
MCIC	Regulations on form of business and interprofessional co-operation (general)	MCIC1*0.5+ MCIC2*0.5	0 to 6		25%
MCIC1	MCIC1 Regulations on form of business	0 = all forms (incl. incorporation allowed in any case) 2 = partnership allowed, incorporation only allowed in specific cases (regulations on ownership etc.) 5 = incorporation forbidden in any case 6 = partnership and incorporation forbidden in any case; only sole practitioners etc. allowed.	0 to 6	50%	
MCIC2	MCIC2 Regulations on interprofessional co-operation	0 = all forms allowed 3 = with all professions but no incorporation; or only with comparable professions in all forms allowed etc. 4.5 = only with comparable professions and no incorporation 6=generally forbidden	0 to 6	50%	

Tableau 4 : Construction de l'indice MCR (Réglementation des comportements sur le marché)

L'indice IR final prend une valeur de 0 à 12, 0 équivalent à un marché non réglementé et 12 un marché extrêmement réglementé. Autrement dit, plus l'indice est élevé, plus le secteur est réglementé (donc moins il y a de concurrence) ce qui entraîne une plus grande concentration (par rapport à l'optimum selon les auteurs).

Il est remarquable de constater que le rapport IHS prend en compte l'hétérogénéité intersectorielle, et l'importance de la prendre en considération pour leur analyse. En effet, la pondération des indices n'est pas la même dans le secteur pharmaceutique que dans les autres professions étudiées. Dans notre cas, le niveau de réglementation d'une licence prend 20% du poids de l'indice (40% ailleurs), le niveau d'éducation 45% (40%) et les quotas de distribution 35% (20%).

Concentrons-nous maintenant sur les résultats obtenus et les analyses développées dans le rapport.

2.2 – Analyse de la concurrence par l'IHS

2.2.1 – Résultats des Indices de Réglementation

Le Tableau 5 montre le résultat de l'indice IR pour l'ensemble des pays étudiés et pour l'ensemble des professions réglementées.

	Comptables	Juridiques	Architectes	Ingénieurs	Pharmaciens
Autriche	6.2	7.3	5.1	5	7.3
Belgique	6.3	4.6	3.9	1.2	5.4
Danemark	2.8	3.0	0	0	5.9
Finlande	3.5	0.3	1.4	1.3	7.0
France	5.8	6.6	3.1	0	7.3
Germany	6.1	6.5	4.5	7.4	5.7
Grèce	5.1	9.5	n.a.	n.a.	8.9
Irlande	3.0	4.5	0	0	2.7
Italie	5.1	6.4	6.2	6.4	8.4
Luxembourg	5	6.6	5.3	5.3	7.9
Pays-Bas	4.5	3.9	0	1.5	3.0
Portugal	n.a.	5.7	2.8	n.a.	8
Espagne	3.4	6.5	4.0	3.2	7.5
Suède	3.3	2.4	0	0	12
Royaume-Uni	3.0	4.0	0	0	4.1

Tableau 5 : Indices de réglementation des professions réglementées pour les pays étudiés

Source : *Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member states, IHS 2007*

Le niveau de l'indice IR est associé à un code couleur ; blanc, gris et noir indiquant respectivement un faible niveau de réglementation, un niveau moyen de réglementation et un fort niveau de réglementation. Il est intéressant de remarquer que le secteur pharmaceutique est l'industrie la plus réglementée dans cette étude, tant pour le nombre de pays ayant une forte réglementation que pour le niveau même de celle-ci. Les pays ayant un niveau plus faible sont ceux où l'ensemble des professions sont faiblement réglementées de manière générale.

Après calcul de l'indice sur différents pays européens, nous constatons que la France se trouve au-dessus de la moyenne (IR français à 7,3 pour une moyenne de 6,6) mais est parfaitement égale à la médiane de la zone étudiée (7,3). D'après la Commission Européenne, une profession moyennement réglementée est représentée par un IR strictement inférieur à 5. De fait, la moyenne et la médiane de la zone se trouvent automatiquement dans un niveau fortement réglementé.

Il y a une véritable démarcation des pharmaciens d'officine par rapport aux autres professions. La question est de comprendre pourquoi ce niveau de réglementation se trouve aussi élevé dans autant de pays. Le Tableau 6 nous présente de manière plus détaillée les résultats de ces calculs pour la profession pharmaceutique en reprenant tous les sous-indices présentés précédemment à savoir ceux concernant l'entrée sur le marché et ceux concernant le comportement sur le marché.

Pharmaciens	ER	ERLC	ERED	ERED1	ERED2	ERED3	ERED4	ERQT	MCR	MCPR	MCAD	MCLOC	MCDIV	MCIC	MCIC1	MCIC2	TOTAL
Autriche	3.6	1.5	2.8	4.5	1.0	2.0	6.0	6.0	3.7	3.0	4.0	0.0	6.0	4.8	5.0	4.5	7.3
Belgique	3.6	3.0	2.1	5.0	0.0	0.0	6.0	6.0	1.8	3.0	2.0	0.0	3.0	0.0	0.0	0.0	5.4
Danemark	2.3	1.5	2.1	5.0	0.0	0.0	6.0	3.0	3.6	5.0	2.0	0.0	3.0	6.0	6.0	6.0	5.9
Finlande	4.0	4.5	2.3	5.0	0.5	0.0	6.0	6.0	3.0	3.0	2.0	0.0	3.0	6.0	6.0	6.0	7.0
France	3.8	3.0	2.5	5.0	1.0	0.0	6.0	6.0	3.5	5.0	4.0	0.0	3.0	4.0	2.0	6.0	7.3
Allemagne	1.6	1.5	2.9	4.0	1.0	6.0	1.0	0.0	4.1	5.0	2.0	0.0	6.0	5.5	5.0	6.0	5.7
Grèce	4.4	6.0	2.4	4.0	0.5	2.0	6.0	6.0	4.5	5.0	4.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	8.9
Irlande	1.5	1.5	2.6	4.0	1.0	2.0	6.0	0.0	1.2	3.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7
Italie	4.8	6.0	3.3	5.0	2.0	2.0	6.0	6.0	3.6	3.0	2.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	8.4
Luxembourg	4.0	4.5	2.2	4.5	0.5	0.0	6.0	6.0	3.9	3.0	4.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	7.9
Pays-Bas	1.2	1.5	1.9	6.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.8	3.0	2.0	0.0	3.0	0.0	0.0	0.0	3.0
Portugal	4.2	4.5	2.7	5.5	0.0	2.0	6.0	6.0	3.8	3.0	6.0	0.0	6.0	4.0	2.0	6.0	8.0
Espagne	3.6	3.0	2.1	5.0	0.0	0.0	6.0	6.0	3.9	3.0	4.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	7.5
Suède	4.2	6.0	2.1	5.0	0.0	0.0	6.0	6.0	5.4	6.0	2.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	9.6
Royaume-Uni	2.7	1.5	3.0	4.0	1.0	4.0	6.0	3.0	1.4	2.0	2.0	0.0	0.0	2.5	2.0	3.0	4.1

ER : Réglementation à l'entrée du marché

ERLC : Licence

ERED : Education requise

ERED 1 : Durée de l'éducation (Université ou autres études supérieures)

ERED 2 : Durée de pratique obligatoire

ERED 3 : Nombre d'examens professionnels

ERED 4 : Nombre de voies d'entrée différentes dans la professions

ERQT : Quotas/Besoins économiques

MCR : Réglementation du comportement dans le marché

MCPR : Réglementation sur les prix et honoraires

MCAD : Réglementation sur la publicité

MCLOC : Réglementation sur l'emplacement

MCDIV : Réglementation sur la diversification

MCIC : Réglementation sur le commerce et les coopérations interprofessionnelles

MCIC 1 : Réglementation sur le commerce

MCIC 2 : Réglementation sur les coopérations interprofessionnelles

Tableau 5 : Indices de réglementation des pharmaciens

Source : *Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member states, IHS 2007*

Dans un premier temps, analysons les réglementations de l'entrée sur le marché (ER)³⁵. L'étude nous montre que la durée de pratique obligatoire et le nombre d'examens professionnels ont une faible influence sur l'indice. La licence, elle, a un impact moyen. Par contre, la durée d'étude, le nombre de voies d'entrée différentes pour entrer dans le marché et ses besoins économiques impactent grandement l'indice, indiquant donc que ces réglementations pourraient être considérées comme des barrières trop fortes à l'entrée. Cela nous donne un indice ER de 3,8. Avec seulement cet indice, le niveau de réglementation de la France pour les professions pharmaceutique est moyen, sans même prendre en compte la réglementation sur le marché. Nous allons donc l'étudier.

Les résultats nous montrent qu'il n'y a aucune réglementation concernant la localisation des officines, qui n'aurait donc aucun impact sur le niveau de réglementation.

³⁵

ERLC : Nombre de tâches exclusives dédiées au pharmaciens.

ERED : Niveau d'éducation requis pour être pharmacien.

ERQT : Le niveau de réglementation sur les quotas et les besoins économiques pour ouvrir une officine.

Pour l'ensemble des sous-indicateurs, voir les tableaux 3 et 4

Par contre, hormis la diversification des services et la réglementation sur les affaires commerciales qui ont un impact moyen sur IR, la réglementation concernant les prix et les honoraires, les restrictions à la publicité et la réglementation sur la coopération interprofessionnelle influencent grandement le niveau de réglementation, amenant l'indice MCR à 3,5.

L'indice global de la réglementation des pharmacies d'officine est, comme on l'a dit, égal à 7,3 en France, ce qui est jugé trop élevé par la Commission Européenne.

2.2.2 – Etudes quantitatives et démographiques des pharmacies d'officine

L'étude établit ensuite une analyse quantitative reposant sur la démographie des pharmaciens. Elle montre que la France a une forte densité professionnelle par million d'habitants (aux alentours en 1000 pharmaciens pour un million d'habitants), un volume de clients par personne employée élevé et un volume de ventes par habitant élevé, ce qui nous indique que le secteur pharmaceutique en France est assez faiblement concentré (cf. Encadré 2).

Encadré 2

Concentration : Situation dans laquelle un marché comporte un faible nombre d'entreprises, diminuant l'offre des services fournis et pouvant créer une situation de monopole, toutes choses égales par ailleurs. Pour les autorités de la concurrence, cette variable est très importante car elle permet de détecter les abus positions dominantes dans le marché et le risque de cartellisation.

Les auteurs comparent la situation de la France avec celle des pays ayant une forte concentration avec un fort taux d'emploi. Ces derniers sont des pays généralement peu réglementés. Les auteurs tentent d'expliquer le prisme qui sépare les pays déréglementés avec un fort niveau de concentration et les pays réglementés avec un faible niveau de concentration. L'explication proviendrait de fusions-acquisitions établies dans ces pays (il est plus facile de fusionner dans ces pays, que les pays fortement réglementés). D'après le rapport, ce niveau de concentration ne présente pas de cartel ou de risque d'abus de positions dominante car le volume des services pharmaceutiques par patients est proche de la médiane de la zone étudiée³⁶ : « *L'Italie présente un haut degré de déconcentration (comme la France, la Belgique et l'Irlande). La réglementation italienne (entrée) (indice global le plus élevé après le cas exceptionnel de la Suède) ne semble pas constituer un obstacle à l'entrée (...). Un degré de concentration du marché plus élevé, à savoir un nombre faible ou moyen d'entreprises comparé à la taille du pays (population) combiné à un taux d'emploi élevé par entreprise et un volume par entreprise bien supérieur à la médiane, sont observés au Royaume-Uni, au Danemark et en Finlande, ou des pays moins*

³⁶ Italy exhibits a high degree of de-concentration, with relatively high numbers of firms and also a high density of professionals (as do France, Belgium and Ireland), so the high degree of Italian (entry) regulation (highest overall index after the exceptional case of Sweden), does not seem to act as a barrier to entry (...) A higher degree of market concentration i.e. a low or medium number of firms compared to the country's size (population) combined with high employment per firm and volume per firm well above the median, is found in UK, Denmark and Finland, all three very low or less regulated countries for pharmacy services. Therefore, the existence of relatively higher numbers of larger firms, employing higher numbers of persons, is clearly associated with a low degree of regulation, and seems to be a clear result of firms having the scope to merge. This process is not associated with abuse of market power, as the volume of pharmacy services per capita in these countries is around the median value (even low in the case of UK). Sweden, of course, with 2 firms in the year 2000 (!), satisfies this criterion; in this case it is the result of complete state regulation, not concentration driven by the market.

réglementés pour les services pharmaceutiques. Par conséquent, l'existence d'un nombre relativement plus élevé d'entreprises plus grandes, employant un plus grand nombre de personnes, est clairement associée à un faible degré de réglementation, et semble être le résultat évident du fait que les entreprises ont la possibilité de fusionner. Ce processus n'est pas associé à un abus de pouvoir de marché, car le volume de services pharmaceutiques par habitants dans ces pays est proche de la valeur médiane (même faible dans le cas du Royaume-Uni). La Suède, bien entendu, avec 2 entreprises en l'an 2000, satisfait ce critère ; dans ce cas, il est le résultat d'une réglementation étatique complète et non d'une concentration exercée par le marché.³⁷ »

La défense (assez subjective) de la Commission Européenne concernant les pays déréglementés et leur forte concentration, puis le manque d'arguments permettant de justifier la faible concentration existante avec un haut niveau de réglementation peut laisser perplexe. En effet, ils justifient les pays faiblement réglementés et non les pays fortement réglementés, avec un argument plus que limite. Ce sentiment peut être d'autant plus fort car les auteurs utilisent le cas de la Suède pour les pays fortement réglementés, qui est un cas exceptionnel où il existe un monopole étatique. Il est donc incorrect d'assimiler le cas suédois au cas français. Il n'empêche que le rapport IHS précommande une diminution de la réglementation française.

2.2.3 – Recommandation de l'IHS sur la réglementation des pharmacies d'officine

Pour cette partie, nous avons gardé les principales recommandations des auteurs sur la réglementation des pharmacies d'officine.

1. Le niveau d'étude demandé pour devenir pharmacien (six années universitaires minimum) serait trop élevé constituant une barrière à l'entrée et réduisant le nombre potentiel de pharmaciens en France. Cette réduction aurait donc comme résultat une diminution de l'offre de services proposée et une augmentation des prix via la loi de l'offre et la demande.
2. Le monopole de la vente de médicaments des pharmaciens conduit à l'obtention d'une rente excessive. Ce monopole ne permettrait pas au marché de fixer le prix efficacement. Cela engendre une perte de surplus des consommateurs au profit des pharmaciens. Nous présentons dans la Figure 6, les gains et les pertes causés par la situation de monopole dans un marché. Les patients sont représentés par la courbe de demande, p^* et p^m représentent respectivement le prix optimal (c'est-à-dire en concurrence pure et parfaite) et le prix fixé par les pharmaciens en situation de monopole. q^* et q^m représente respectivement la quantités de services pharmaceutiques fournis optimale et sou monopole.

³⁷ Paterson, Fink, Ogus & al. (2003). Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member state. IHS <https://www.ceps.eu/system/files/book/1455.pdf>, p.99

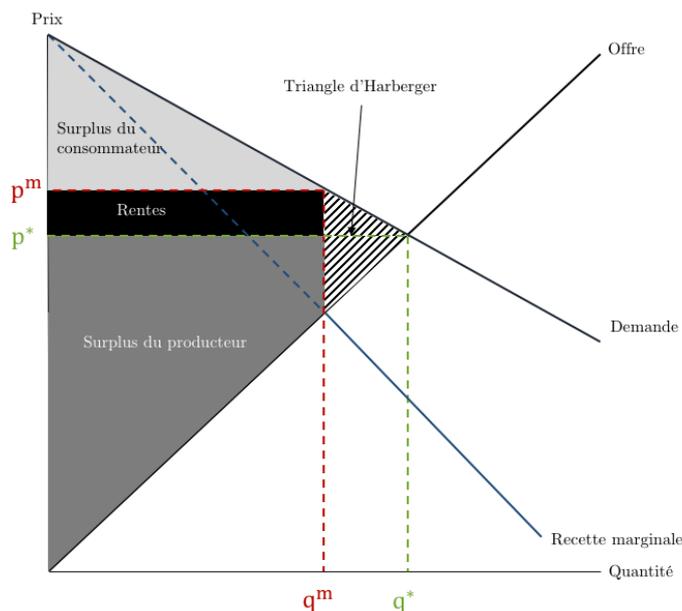


Figure 6 : Situation de monopole avec représentation des surplus

3. La quantité offerte est plus faible en concurrence imparfaite que dans la situation optimale. En situation de concurrence pure et parfaite, le prix est égal au coût marginal. Il n'y a alors pas de rente et le partage des surplus entre pharmaciens et patients dépendra de l'élasticité-prix. Dans cette situation, le surplus du consommateur est maximal ainsi que le surplus social. Ce n'est pas le même constat en situation de monopole. La quantité de vendus diminue et le prix est plus élevé, ici p^m . A ce moment-là, le prix de vente est supérieur au coût marginal, la différence, étant la rente. Mais cette rente se crée au détriment des patients qui perdent au bénéfice des pharmaciens. La situation de monopole baisse le surplus et conduit à un transfert de surplus entre consommateurs et producteurs. Mais ce transfert n'est pas parfait, il y a effectivement l'apparition d'une perte sèche, ou Triangle d'Harberger. Cette aire représente la perte de surplus collectif (c'est-à-dire des pharmaciens et des patients) dû à la présence de monopole. C'est la quantité de services pharmaceutiques perdue au vue de l'augmentation du prix de ces derniers. En d'autres termes, certains patients ne sont pas prêts à consommer les services pharmaceutiques à ce prix. Les patients y perdent, mais les pharmaciens aussi car il y a une diminution de la quantité de clients potentiels.
4. La réglementation sur les prix (minimum et maximum) joue sur l'effcience du marché et peut expliquer les niveaux de rente estimés trop élevés. Pour la Commission Européenne, il serait préférable de laisser le marché fixer les prix, et converger vers leur prix concurrentiel. Il se peut que les prix fixés par la réglementation ne soient pas descriptifs de la réelle valeur des médicaments (c'est-à-dire leur coût de fabrication).
5. L'interdiction de la publicité favorise les comportements opportunistes des pharmaciens en jouant sur l'asymétrie d'information qui les sépare (voir Encadré 3) des patients.

Encadré 3

Asymétrie d'information entre pharmacien et patient : Situation dans laquelle l'ensemble des agents ne disposent pas de la même information. Les pharmaciens sont plus informés que les patients et cela peut engendrer un déséquilibre au niveau des pouvoirs de marché. Le patient n'a pas les qualités nécessaires pour juger la qualité du service que le pharmacien peut lui fournir. Cela peut entraîner des problèmes d'anti-sélection (incapacité à évaluer *ex ante* la qualité d'un service, le patient n'a pas connaissance de la réelle capacité du pharmacien à lui fournir le bon médicament avant l'achat) et d'aléa-moral (incapacité à évaluer *ex post* la qualité d'un service, après achat, le patient n'a pas la capacité à mesurer l'efficacité du service qui lui a été fourni, autrement dit, il ne peut pas savoir s'il a réellement bénéficié d'un service de bonne qualité).

La publicité donne une information sur les services fournis par les pharmaciens. Elle permet notamment aux patients de comparer les pharmacies entre elles. C'est un indicateur de transparence de l'information sur diverses variables ; qualité, quantité, prix, lieux etc. Pour la Commission Européenne, restreindre la publicité revient à restreindre la transparence du marché rendu déjà opaque en présence de fortes asymétries d'information.

6. Le haut niveau de réglementation sur la diversification peut provoquer une restriction sur les offres de services. Ce constat se base sur le principe suivant : la différenciation des produits est le seul moyen pour les firmes en concurrence monopolistique de gagner des parts de marché. En théorie, il y a trois variables par lesquelles les entreprises pensent se différencier. Il y a tout d'abord le prix (mais ici, pour les médicaments prescrits, il est réglementé par les autorités donc inutilisable), il y a la qualité (relation client, bonne prescription etc.) et la diversification. Ici, c'est celle-ci qui est visée. La Commission Européenne défend l'idée qu'avec un plus grand nombre de produits, la concurrence pourrait avoir un effet sur les services fournis. Les entreprises pourront jouer sur la diversité de leurs services pour capter le plus de clientèle via des stratégies de diversification. Mais la diversification est limitée par la réglementation, les choix des consommateurs ne sont pas optimaux.

Le rapport de l'IHS conclut qu'il faut procéder à une politique de libéralisation³⁸ : « *En l'absence de preuve du contraire, on suppose qu'aucun des marchés des services professionnels n'a subi les conséquences désastreuses de l'effondrement du marché prévu par les théories fondées sur la présence de conditions connues sous le nom de "défaillance du marché". En effet, étant donné que les résultats économiques des services professionnels dans les États membres où ils sont soumis à des degrés de réglementation moins élevés sont comparables à ceux des services professionnels dans les États membres plus réglementés, les prédictions de la théorie de l'intérêt public*

³⁸ In the absence of evidence to the contrary, it is assumed that none of the markets for professional services has experienced the dire consequences of market breakdown predicted by theories based on the presence of conditions known as 'market failure'. Indeed, since the economic outcomes of professional services in those member states where they are subject to lower degrees of regulation are comparable with professional services in more highly regulated member states, the predictions of public interest theory seem wide of the mark, and that, on the contrary, regulation could be reduced - at least to the level of their peers in other member states of the EU

semblent très larges et que, au contraire, la réglementation pourrait être réduite - au moins au niveau de leurs pairs dans d'autres États membres de l'UE. »³⁹

L'idée d'une diminution de la réglementation à l'entrée est d'augmenter l'offre pour pouvoir effectuer des économies d'échelle. De plus, cette réduction aura l'avantage de baisser la rente et d'accroître le surplus des consommateurs. Les auteurs notent tout de même à la fin du rapport, qu'il leur est impossible d'avoir une analyse sur la qualité des services fournis avec ce niveau de réglementation⁴⁰: « Il semble juste de souligner que l'étude ne traite pas de la qualité et de l'éventail des services fournis dans les États membres - aucune information n'est disponible -, de sorte qu'elle est suffisamment homogène pour permettre une comparaison équitable des résultats économiques »⁴¹. C'est justement la question centrale à laquelle nous allons essayer de répondre. Mais avant cela, nous mettons en évidence les limites dans l'analyse produite dans le rapport.

2.3 - Limites de l'analyse de la concurrence du rapport IHS

Premièrement, concentrons-nous sur la construction de l'indice. Nous notons bien la prise en compte de la spécificité du secteur pharmaceutique par un changement de pondération par rapport aux autres professions réglementées. Mais le choix de pondération peut laisser perplexe.

Nous pouvons constater que le niveau de formation des pharmaciens d'officine prend la plus grande part dans l'évaluation du niveau de réglementation à l'entrée (45% contre 20% pour la licence et 35% pour les quotas). Dans le rapport IHS, il est présenté une revue de littérature présentant l'importance du niveau de formation dans certaines professions (notamment pharmaceutiques). Si un niveau de qualité élevé est souhaité, un haut niveau de formation est primordial. Effectivement, l'éducation est la plus forte barrière à l'entrée. Mais celle-ci est l'une des variables les plus importantes concernant les professions réglementées. C'est parce que les professions ont besoins d'un certain niveau d'éducation qu'elles sont réglementées (il suffit de se référer à la revue de littérature pour comprendre cet argument). Il n'est donc pas logique de présenter le niveau d'éducation comme variable la plus "contraignante" d'un point de vue réglementation. Une pondération plus faible aurait été préférable afin d'atténuer l'effet du niveau d'éducation (demandé pour la bonne qualité du service) sur l'indice.

Cette pondération va logiquement jouer sur l'évaluation et son interprétation interprétations des résultats.

Cela nous amène donc à traiter de l'analyse de cet indice faite par l'IHS. Nous avons présenté un peu plus haut le processus suivi par les auteurs pour évaluer le niveau de réglementation, via une analyse *benchmarking*. Les indices sont comparés entre pays, en fonction de la médiane selon la zone d'étude, à savoir les pays membres choisis. Cela démontre une certaine subjectivité de

³⁹ Paterson, Fink, Ogus & al. (2003). Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member state. IHS, <https://www.ceps.eu/system/files/book/1455.pdf>, p.127

⁴⁰ It seems fair to point out that the study does not deal with the quality and range of services provided in member states – no information is available – so this is assumed homogeneous enough for a fair comparison of economic outcomes to be made.

⁴¹ Paterson, Fink, Ogus & al. (2003). Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member state. IHS <https://www.ceps.eu/system/files/book/1455.pdf>, p.127

l'analyse, étant donné que rien ne nous indique que cette moyenne est le niveau optimal de réglementation. En effet, ce n'est pas parce qu'un pays à un niveau de réglementation moyen relatif à cette zone que le niveau de cette réglementation est optimal. Nous pouvons illustrer cette limite avec le cas du niveau d'éducation obligatoire. En plus d'avoir une pondération discutable, ce niveau est comparé entre pays. On constate que l'écart-type est faible. Pour ERED1, la valeur minimale de l'indice est 4,5 pour une valeur maximale de 6,0. Sachant que l'indice est noté de 0 à 6, on peut en conclure que la plupart des pays ont un niveau de réglementation assez semblable et élevé en ce qui concerne le niveau d'éducation.

Comment peut-on tirer des conclusions de cette comparaison en recommandant de réduire le niveau d'éducation et les barrières à l'entrée. Il y a plusieurs étapes à prendre en compte avant de tirer ces conclusions et il est erroné de se baser uniquement sur une comparaison internationale. Mais la Commission Européenne préconise tout de même une réévaluation de la durée d'éducation.

Ensuite une analyse plus quantitative sur les pharmacies d'officine est établie comme le montre les Tableaux 6a et 6b.

Pharmacies	France	Suède	Royaume-Uni	Irlande
Variables clés				
Part des pharmaciens en %	27,6	20,0	17,3	33,0
Chiffre d'affaires en million d'euros	24048	3300	11531	946
Nombre d'entreprises	23527	2	5744	1173
Chiffre d'affaires partagé en million d'euros	6637	660	1995	312
Emplois	124842	11150	67878	7136
Nombre de professionnels	57650	5000	31000	2966
Population en million	59,23	8,85	59,62	3,73
PIB en milliard d'euros	1405	247	1548	89

Tableau 6a : Analyse quantitative et démographique d'exercices des pharmacies d'officine

Source : *Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member state, IHS, p.109*

Pharmacies	France	Suède	Royaume-Uni	Irlande
Indicateurs clés				
Chiffres d'affaires partagé par firme en millier d'euros	282	330030	347	266
Emploi pour 1000 firmes	5306	5575000	11817	6084
Chiffre d'affaires partagé par emploi en millier d'euros	53	59	29	44
Emploi par million d'habitants	2108	1258	1138	1911
Nombre d'entreprises par million d'habitants	397	0,23	96	314
Professionnels par millier d'entreprises	2450	2500000	5397	2529
Chiffre d'affaires partagé par professionnels en millier d'euros	115	132	64	105
Emploi par millier de professionnels	2166	2230	2190	2406
Densité professionnelle par million de population	973	564	520	794
Chiffre d'affaires partagé par habitant en euro	112	74	33	84
Chiffre d'affaires partagé en % du PIB	0,47	0,27	0,13	0,35
Volume de POI ajusté en million d'euros	6436	535	1718	279
Volume par habitant en euro	109	60	29	75
Volume par firmes en millier d'euros	274	267449	299	238
Volume par emplois en millier d'euros	52	48	25	39
Volume par professionnels en millier d'euros	112	107	55	94
Indice ER	3,8	6,0	2,7	1,5
Indice MCR	3,5	6,0	1,4	1,2
INDICE IR	7,3	12,0	4,1	2,7

Tableau 6b : Analyse quantitative et démographique d'exercices des pharmacies d'officine

Source : *Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member state, IHS, p.109*

On remarque que les indicateurs clé se concentre beaucoup sur les rentes possibles des pharmaciens et de leur monopole.

Le chiffre d'affaires des pharmaciens est effectivement élevé (24 milliards d'euros en 2000 pour la France, avec un chiffre d'affaires médian de 3 milliards d'euros dans la zone étudiée et une moyenne de 6 milliards d'euros). En même temps l'indicateur de réglementation est élevé, mais la subtilité, que la Commission n'a pas prise en compte, est que s'il y a un chiffre d'affaire élevé, il n'y a pas obligatoirement de causalité avec le fait qu'il y ait une rente mais une simple corrélation. Cela voudrait dire que si on veut baisser la réglementation, alors on baisse le chiffre d'affaire. Et cela est d'autant plus vrai que le système fiscal n'est pas le même dans les pays étudiés dans le rapport. Les bénéfices après ou avant impôt ne peuvent donc pas être comparés. Les auteurs n'ont pas précisé leur base fiscale pour leur calcul de chiffre d'affaires, ni d'harmonisation. De plus, il existe différentes organisations du système de santé dans les pays étudiés. La France est un pays ayant un système assez paternaliste au vu de la mainmise de l'Etat sur le secteur pharmaceutique, comme nous l'avons présenté précédemment, comparé à ses voisins anglais ou irlandais (où l'on trouve une forte déréglementation).

Médicament	Taux de remboursement
Médicament irremplaçable	100%
Médicament à SMR important	65%
Médicament à SMR moyen	30%
Médicament à SMR faible	15%

Tableau 7 : taux de remboursement des médicaments par la Sécurité Sociale (voir SMR⁴²)

Les remboursements des médicaments ont un impact sur leur consommation (médicaments quasi-gratuit) et la perte de surplus des consommateurs (décrite par le rapport via la rente excessive) ne se fait pas sentir. En effet, Claude Le Pen (1988) montre à partir de calcul des élasticités-prix et des élasticités-promotions⁴³, il en conclut que l'élasticité-prix est très faible (0,20) et que la concurrence entre les pharmaciens se fait en fonction des dépenses promotionnelles. Avec l'effet du remboursement des médicaments (voir Tableau 7), cela remet en cause les arguments avancés sur la fixation des prix et de la perte de surplus des consommateurs car le patient ne supporte plus les coûts du médicament (avec l'inélasticité-prix observée). Mais nous y reviendrons plus loin dans le mémoire en présentant nos arguments.

Enfin, ces analyses sont faites sans distinguer les types de médicaments vendus, ni sur les effets qu'a la réglementation sur la santé publique. C'est pourquoi nous allons essayer de les y intégrer.

⁴² Service Médical Rendu : mesure l'efficacité d'un médicament en France. Cette évaluation est établie par la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette mesure prend la gravité de la maladie, l'efficacité du médicament, l'intérêt de la société pour ce produit et ses effets indésirables.

⁴³ Elasticité-promotion : c'est un indicateur permettant de constater la variation de la demande par rapport à la variation des efforts fournis en matière de promotion.

3 - LES MOTIVATIONS A L'ORIGINE DE LA REGLEMENTATION DES PHARMACIES D'OFFICINE

La réglementation des pharmacies d'officine s'appuie sur le Code de la Santé Publique et sur des bases déontologiques avec l'Ordre des Pharmaciens (OdP) (voir encadré 5).

Encadré 4

Code de la Santé Publique : Le Code de la Santé Publique est le document officiel de la législation française concernant la santé publique. Il pose les règles de la déontologie médicale française. Il présente l'ensemble des lois encadrant les devoirs, les droits et les interdictions régissant du domaine de la santé en France.

Code déontologique : Le code de déontologie guide le pharmacien dans son activité professionnelle et règle ses rapports avec les autres. L'objectif premier de la règle déontologique est de protéger l'intérêt du public et de garantir que l'intérêt du patient prime toujours sur celui du pharmacien. Le code de déontologie s'inscrit dans le prolongement du serment de Galien, prononcé par tous les pharmaciens à réception de leur thèse.⁴⁴

La spécialité de la pharmacie d'officine se trouve dans son mode de régulation. Ces derniers ont le droit défendre les codes de la profession : « *Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est le défenseur de la légalité et de la moralité professionnelle. Il coordonne l'action des conseils centraux des sections de l'ordre et joue un rôle d'arbitrage entre les différentes branches de la profession(...). Il délibère sur les affaires soumises à son examen par le ministre chargé de la santé et par les conseils centraux. Il accueille toutes les communications et suggestions des conseils centraux et leur donne les suites qui concilient au mieux les intérêts normaux de la profession et les intérêts supérieurs de la santé publique. Il est qualifié pour représenter, dans son domaine d'activité, la pharmacie auprès des autorités publiques et auprès des organismes d'assistance. Il peut s'occuper sur le plan national de toutes les questions d'entraide et de solidarité professionnelle et notamment des sinistres et des retraites. Il organise la mise en œuvre du dossier pharmaceutique mentionné à l'article L.161-36-4-2 du code de la sécurité sociale* »⁴⁵.

La place dont bénéficie l'OdP peut s'interpréter comme autorégulateur de la profession car ce sont les professionnels qui établissent leur propre réglementation.

En effet, c'est l'OdP qui établit les lois qui réglementent les professions pharmaceutiques. Etant donné que cette institution est composée de professionnels pharmaceutiques, ce sont les pharmaciens qui réglementent les pharmaciens (autorégulation). Ces réglementations peuvent se baser sur plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'ensemble des codes déontologiques dicté dans le Code de la Santé Publique trouvent sa source dans le Code Déontologique de l'OdP. C'est avec des publications annuelles que ce dernier propose de nouvelles mesures à insérer dans le Code de la Santé Publique (un exemple de proposition sur la réglementation de la publicité est mentionné

⁴⁴ Code de déontologie - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens. Consulté le 24 mars 2018.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/index.php/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Code-de-deontologie>

⁴⁵ Article L4231-2 du Code de la Santé publique modifié par Ordonnance n°2017-644 du 27 avril 2017 - art. 4

en bas de page⁴⁶). Le « moyen de pression » de l'OdP se fonde sur le fait que seuls les inscrits peuvent pratiquer les tâches de pharmaciens. Une fois qu'une règle est fixée par l'Ordre, alors les pharmaciens sont obligés de la pratiquer. Il est donc plus simple pour eux d'introduire leurs réglementations au Code de la Santé Publique.

Mais il n'y a pas uniquement l'OdP comme autorégulateur. Il y a aussi les institutions comme l'ANSM et la HAS qui sont les grandes autorités de la santé (et qui ont un certain poids dans l'établissement des règles en matière de fixation des prix et de mise en marché des médicaments) et qui sont dirigés par des professionnels de la santé. De fait, pour qu'un médicament soit mis sur le marché, les autorisations et le prix sont fixés par ces institutions, elles-mêmes dirigées par des professionnels de la santé.

Plusieurs critiques peuvent être faites concernant cette autorégulation. En effet, la Commission Européenne juge que la réglementation pourrait être captée par la profession. Si l'on se tient à cet argument, l'Ordre des Pharmaciens serait un cartel de pharmacies dont son rôle d'autorégulateur formerait une très haute capture de la réglementation. Cette situation servirait à établir des barrières à l'entrée, des monopoles, des ententes sur les prix ou même des atteintes à la transparence de l'information - autrement dit, à l'ensemble des hypothèses formant le modèle de concurrence pure et parfaite. Cette stratégie aurait comme objectif une réduction de l'offre pour atteindre un niveau de rente élevé.

Ces arguments semblent logiques, mais en analysant de plus près les raisons de cette réglementation, surtout dans le secteur étudié, les analyses en terme d'intérêt public peuvent paraître plus pertinents.

3.1 – Analyse en terme d'intérêt public et privé de la réglementation

De manière théorique, et sans se concentrer sur le monde pharmaceutique, l'autorégulation aurait comme avantages de :

- Bénéficiaire de l'expertise de la profession. Le service étant sensible à la politique menée, il serait préférable que la réglementation soit établie par des professionnels pour maximiser l'efficacité de celle-ci.
- Les coûts de la mise en œuvre de ces réglementations seront plus faibles et internalisés par les professionnels eux-mêmes.
- Il peut y avoir une flexibilité supérieure concernant la réglementation par les professionnels. Etant donné que les règles sont établies par les professionnels, ces derniers auront une meilleure adaptabilité, ce qui améliorera l'efficacité de la mise en place de la réglementation.

De plus, Chaserant et Harnay (2015) ont travaillé sur le lien existant entre l'autorégulation et la réputation collective. La réputation collective est⁴⁷ « *l'opinion des consommateurs sur la qualité moyenne*

⁴⁶ Articles relatifs à la publicité / communication / information des officines – proposition de modifications, Ordre des Pharmaciens,

http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/292710/1507833/version/1/file/2016.09.06+publicit%C3%A9+communication+information_revu+BP_consolid%C3%A9.pdf

⁴⁷ « The collective reputation encapsulates consumers' beliefs about the average quality of the services which have been delivered by the profession in the past. »

des services fournis par la profession dans le passé⁴⁸». Cette considération va jouer sur la demande de services, donc pour maintenir leur réputation collective, les professionnels sont incités à garantir un haut niveau de qualité pour inciter les consommateurs à accepter de payer leurs services. Pour atteindre de haut niveau de qualité, il est important de limiter les comportements opportunistes. Les caractères opportunistes se définissent comme étant le fait de profiter d'une situation particulière (asymétrie d'information, position sur le marché) pour tirer de celle-ci des avantages concernant ses propres intérêts.

Dans notre cas, le caractère opportuniste peut se baser sur l'asymétrie d'information qui existe entre les consommateurs et les pharmaciens, mais aussi sur le monopole de la vente dont ces derniers bénéficient. Pour avoir une bonne réputation collective, il est nécessaire de limiter les comportements opportunistes et fournir les services de la meilleure qualité possible. L'autorégulation pousse alors les professionnels à maximiser l'efficacité de leur régulation. Les auteurs définissent un modèle théorique qui se base sur les professions juridiques, mais il est possible de l'adapter au professions pharmaceutiques. Si l'ensemble de ces derniers ne place à l'opportunisme, cela jouerait sur la qualité des services et les patients pourraient se tourner vers d'autres substituts thérapeutiques tels que la médecine biologique ou d'autres remèdes. Il est dans leur intérêt d'instaurer une certaine confiance avec les consommateurs, qui passe obligatoirement par des services de qualité et une réglementation adéquate.

De manière générale et étant donné le lien qu'ont les pharmaciens d'officine avec la santé publique, il est primordial que ces réglementations soient efficaces.

Afin d'éclairer le développement qui va suivre, nous énumérerons les réglementations citées précédemment et visées par la Commission Européenne pour les analyser en termes d'intérêt public et en comprendre les motivations.

3.1.1 – Haut niveau de qualification demandé

La santé publique est en jeu. Les patients n'ayant pas de connaissances médicales pointues (de manière générale), la présence d'asymétries d'informations renvoie le pharmacien comme principale vitrine des consommateurs (avec le médecin) pour diriger la consommation. Avec un haut niveau d'étude, la connaissance dans le domaine est élevée, jusqu'à devenir suffisante pour avoir la responsabilité de conseiller les patients sur leur santé et l'utilisation des médicaments. Les connaissances pharmaceutiques sont très complexes et nécessitent un réel investissement dans sa formation. Au vu des divers examens à passer pendant les années d'études, les professionnels obtiennent et certifient toute la connaissance nécessaire pour appliquer un service de qualité. Pour appuyer cet argument, Akerlof (1970) introduit l'idée de sélection adverse (cf. Encadré 5).

⁴⁸ Chaserant C. et Harnay S. (2015a). Lawyers' Reputation and the Quality of Legal Services: An Economic Analysis of Self-Regulation, *European Journal of Law and Economics*, 39 (2). p. 4

Encadré 5

Sélection adverse : Processus de destruction de bon produit. Ce mécanisme est introduit par Akerlof en 1970. C'est le résultat d'une asymétrie d'information, où le signal fait par un offreur entraîne un résultat inverse sur le marché. Les bon et les mauvais offreurs vendent un même service. Les mauvais peuvent se permettre de baisser le prix contrairement au bon qui vend son produit à sa valeur réelle. Au vu du prix, c'est le mauvais producteur qui sera choisi et le bon producteur quitte le marché.

Cette théorie va à l'encontre de la théorie de la main invisible d'Adam Smith qui prédit que seul les mécanismes de marché sont efficaces pour les échanges.

Les patients, qui ne disposent pas de la même information que les pharmaciens, vont se confronter aux problèmes de sélection adverses, empêchant l'efficacité de la transaction avec les pharmaciens. Les consommateurs ne sauront pas distinguer les bons pharmaciens des mauvais. Si une réglementation des connaissances pharmaceutiques n'est pas établie, alors les pharmaciens « non diplômés » établiront des prix plus faibles à leurs services car ils n'auront pas l'investissement de l'éducation à amortir. Les services seront moins bons car la connaissance sera moindre. Mais au vu des prix, ils seront choisis et les bons pharmaciens ayant bénéficiés d'une formation longue quitteront le marché. Sans réglementation, il y a un processus de destruction des bons produits car les patients se concentreront sur le prix (seule variable qui donne l'information sur le service) et non sur la qualité - plus difficile à percevoir. La seule manière pour le vendeur de se protéger de la sélection adverse est de prouver la qualité de son service. Le diplôme en est une qui permet d'envoyer un signal (cf. Encadré 6).

Encadré 6

Théorie du signal : C'est une solution aux problèmes d'asymétrie d'information et de sélection adverses. Le but est d'envoyer un signal au consommateur pour prouver la qualité de son bien. Akerlof en 1970 donne comme exemple (pour le marché des voitures d'occasion) une garantie panne. Si l'offreur est prêt à payer les réparations de pannes, c'est qu'il est sûr de sa qualité et que la probabilité que la voiture tombe en panne est faible. Le diplôme est un signal aussi. Seul les meilleurs parviennent à obtenir un diplôme supérieur. La réussite aux examens indique la productivité de l'individu.

3.1.2 – Monopole de la vente de médicaments des pharmaciens

Seuls les pharmaciens ont la formation pour juger la bonne disposition à l'utilisation des médicaments. Les médecins l'ont aussi mais leurs caractères imparfaits décrits précédemment (cf. 1.2 – *La demande de médicament*, p.32) risque de biaiser le choix de consommation. En effet, dans l'analyse que nous avons faite sur la demande de médicaments, nous avons présenté les différentes forces pouvant influencer les décisions de prescriptions des médecins. De fait, la consommation des médicaments peut être influencée par d'autres facteurs que la santé du patient ou l'efficacité du soin en lui-même. Et c'est sur ce point que les pharmaciens jouent un rôle important. Les médecins sont formés à la détection de problèmes physiologiques et non à la

conception et l'élaboration des produits pharmaceutiques comme peuvent l'être les pharmaciens. Ceux-là pourront donc prescrire les médicaments qu'ils désireront, mais ne pourront pas les vendre. Ce sont les pharmaciens qui ont ce monopole et cela entraîne un second choix de consommation, avec une nouvelle vision (ou conseil) à prendre en compte. Cela permet aux patients de filtrer les effets externes de la prescription liés aux pressions subies par les médecins. A cette idée, la réponse immédiate serait d'évoquer le côté purement commerçant des pharmaciens et d'avancer l'argument faisant référence à la délivrance du médicament uniquement choisi par le médecin lors de sa prescription. Or, depuis 2015, comme nous l'avons évoqué précédemment, ceux-là ne peuvent prescrire uniquement le nom du principe actif et non le nom ou la marque d'un médicament. Cela supprime directement les effets de lobbying imposés sur les médecins par les industriels car pour la plupart des principes actifs, il y a une multitude de producteurs qui les fabriquent, en plus des génériques, laissant le choix du médicament aux pharmaciens. Cette division de l'entretien du patient est efficace car elle permet d'avoir une bonne expertise de diagnostic (par le médecin) et une bonne expertise de vente des médicaments (par le pharmacien), tout en limitant les divers facteurs permettant de biaiser le choix du médicament pour le patient.

3.1.3 – Réglementation sur les prix

Une des grandes motivations concernant la fixation du prix est qu'elle peut stimuler la concurrence. En effet, les marges et les prix étant fixés, la seule variable permettant de vendre et se différencier est la qualité du service pharmaceutique et l'efficacité des conseils qui vont être fournis (voire la différenciation mais dans le monde pharmaceutique, l'offre de médicaments est fixée par les producteurs et non les pharmacies d'officine). De plus, Marie-Anne Frison-Roche⁴⁹ nous explique que « *la demande des patients est soluble et peu sensible au prix (i.e. inélastique) avec l'assurance maladie* ». Nous pouvons donc considérer que la fixation des prix des médicaments est une protection pour le consommateur face au risque aux rentes excessives. En effet, avec une demande inélastique, on peut avoir des comportements opportunistes des pharmaciens d'officine avec une augmentation des prix, étant donné que la demande n'est pas sensible à cette variation. L'objectif est des pouvoirs publics est de satisfaire le bien-être du consommateur final et son accès au soin, il faut donc éviter ces hausses de prix.

Si nous reprenons l'étude de Claude Le Pen, nous pouvons lire qu'en s'appuyant sur les travaux de Steele⁵⁰ et dans un marché monopolistique, les firmes fixent un prix élevé et se font concurrence entre-elles par la promotion. Nous ne prendrons pas cette approche. L'inélasticité-prix constatée peut provenir du système de santé français et des remboursements de médicaments. Le patient ne ressentant pas le coût du médicament, la préférence du prix se substitue à la préférence pour la qualité du service pharmaceutique.

De plus, la réglementation des prix impose une évolution à la baisse de ceux-ci et nous verrons plus loin dans ce mémoire que la réglementation peut même avoir un comportement concurrentiel grâce aux travaux de Danzon & Chao (2000).

⁴⁹ Frison-Roche, Marie-Anne (dir.), Concurrence, santé publique, innovation et médicament, LGDJ, Paris, 2010

⁵⁰ Steele, H. (1962), Monopoly and competition in the ethical drugs market. *The Journal of Law and Economics*. 5, p. 131-163

3.1.4 – Réglementation de la publicité

Le service pharmaceutique est un bien d'expérience (i.e. un service dont la consommation est nécessaire pour définir sa qualité), la publicité peut donc duper les consommateurs car elle peut tromper le consommateur *ex ante* son achat tout en sachant qu'il ne percevra la qualité que *ex post*. Mais l'argument de la réglementation de la publicité revient à l'idée de réputation précédemment énoncé. La popularité des pharmaciens est en jeu après la consommation et ils sont donc incités à ne pas profiter de l'asymétrie d'information qu'il peut y avoir avec le patient. Si le pharmacien dupe les consommateurs, ils s'en rendront compte *ex post*, faute de quoi il perdra sa clientèle.

Outre la réputation, la santé de l'officine est importante. Une pharmacie financièrement stable est plus propice à fournir des services de qualité que l'inverse en raison des comportements immoraux pouvant être fait pour sauver l'officine d'une crise financière.

L'ouverture d'une officine se fait en fonction du nombre potentiel de clients, et de la distance qu'elle a avec les officines voisines. C'est un calcul permettant le bon déroulement des activités des pharmacies et du bon accès au soin des patients. Mais ceci peut être brisé par une compétition trop élevée. Il est donc interdit aux pharmaciens d'établir des campagnes de promotions pour récupérer des parts de marché aux pharmacies voisines. C'est pour cela que la publicité est très surveillée et ne doit ni duper les consommateurs, ni atteindre à la santé des pharmacies voisines.

Afin d'apporter un maximum d'objectivité à notre étude, nous allons développer une analyse en terme d'intérêt privé afin de comprendre les comportements qui peuvent se cacher derrière la réglementation. Nous nous plaçons donc dans l'idée que les pharmaciens formeraient un groupe d'influence exerçant une pression sur les politiques afin de capter la réglementation pour subvenir à leurs intérêts. Nous aborderons trois grandes phases, à savoir la situation de monopole, la restriction de la publicité et la fixation des prix.

3.2 - Analyse en terme d'intérêt privé de la réglementation

3.2.1 - Monopole et barrière à l'entrée

La situation de monopole est caractérisée par un petit nombre de vendeurs qui se comportent de façon stratégique et coopérative entre eux. C'est une position dominante des producteurs dans le marché qui leur permettent de surmonter les effets du marché. La théorie de l'entrée stratégique donne les mécanismes des groupes dominants leur permettant d'obtenir ce monopole. Elle présente l'idée que les firmes installées pratiquent une politique de découragement à l'entrée du marché afin d'éviter la perte de leur position et de leurs profits, il faut donc qu'elles se coordonnent et soient coopératives entre elles. Si l'on suit cette analyse, le haut niveau d'étude, l'apport financier nécessaire pour l'ouverture d'une officine et le monopole de vente résultent d'une capture de de la réglementation par les pharmaciens.

3.2.2 - Exercice de la profession et publicité

Nous avons abordé ce sujet un peu plus haut dans le mémoire. La publicité est un moyen de révéler la qualité d'un produit. Un pharmacien produisant un service de qualité est incité à investir dans la publicité pour envoyer un signal aux consommateurs. C'est aussi un indicateur du degré de transparence du marché. Dans le secteur des pharmacies d'officine, la publicité est quasi-interdite. Cette restriction peut influencer sur les incitations à établir des services de qualité, et donc fausser la concurrence entre les pharmaciens. On peut interpréter cela comme une situation de cartel, où les officines se mettent d'accord sur un type de service à rendre, pour qu'aucune n'ait à supporter le coût de l'investissement à "prouver" sa qualité (donc réduction des coûts) et cela limiterait la transparence du marché, laissant une marge de manœuvre plus grande aux pharmaciens pour augmenter leurs prix.

3.2.3 - Fixation des prix

La régulation des prix est la réglementation la plus critiquée. En effet, en concurrence pure et parfaite ce sont les mécanismes de marché qui fixent le prix et cette fixation est optimale, car elle résulte de l'équilibre entre l'offre et la demande. Ce n'est pas le cas pour le marché pharmaceutique. Nous avons vu précédemment comment les prix étaient fixés, et nous allons voir maintenant les possibles motivations qui se cachent derrière cette réglementation. Deux arguments sont présentés pour définir les motivations privées derrière cette réglementation.

Premièrement, la fixation des prix permettrait d'obtenir une rente et les consommateurs en seraient les premiers perdants. Ainsi, avec un monopole et des prix fixés, les pharmaciens s'assurent d'une rente.

Deuxièmement, deux variables jouent sur le degré de concurrence : la différenciation des prix et de la qualité. Ici, la première est impossible car elle est strictement réglementée. La seconde paraît plus plausible. Mais avec la restriction de la publicité, il est compliqué de faire ressortir la différence de qualité entre officines. Les pharmaciens se trouvent donc désincités à fournir des services de qualité car ils n'en tireront pas les bénéfices escomptés.

Ce dernier point est très important car il est à la base de tous les travaux (dont le rapport IHS présenté précédemment) et est la cible des principales attaques concernant la réglementation dans le secteur pharmaceutique. Mais nous verrons que ces attaques sont probablement disproportionnées lorsque l'on étudie empiriquement la fixation et l'évolution des prix comme le font Danzon et Chao (2000).

4 – LES TRAVAUX DE DANZON & CHAO (2000)

Etant donné que le prix est l'une des mesures que les autorités de la concurrence ciblent en priorité, il faut donc, après avoir étudié sa fixation et sa construction, comprendre l'effet qu'a sa réglementation sur le niveau de concurrence. C'est justement le lien qu'établissent Danzon et Chao (2000).

4.1 - Le contexte de l'étude

Dans le papier que nous allons étudier, la question de la réglementation est posée différemment, ce qui a le mérite de modifier le point de vue que l'on peut avoir de la réglementation. Danzon et Chao se demandent en effet non pas comment la réglementation réduit la concurrence sur le marché mais si, au contraire, elle diffuse de la concurrence sur le marché.

Cette question a rarement été posée dans la littérature. C'est, ici, une grosse contribution aux travaux déjà réalisés sur la concurrence pharmaceutique. Avant cela, Reekie (1996) avait analysé l'effet des nouveaux médicaments entrant sur le marché pour des effets thérapeutiques précis la concurrence. Grabowski et Vernon (1992) s'étaient, eux, penchés sur la concurrence post-brevet et Alexander, Flynn et Lynkins (1994) avaient essayé d'étudier l'élasticité de la demande de médicaments, mais cette étude avait montré ses limites notamment en ce qui concerne les données utilisées. De manière générale, l'art de la littérature concernant le lien direct entre la fixation des prix des médicaments et la concurrence est faible, alors qu'elle est une des questions les plus critiquées.

L'étude de Danzon et Chao est intéressante car on y utilise des méthodes quantitatives pour observer l'influence de la réglementation des prix sur le niveau de concurrence.

Les auteurs débutent leur étude en présentant l'hétérogénéité de la réglementation entre les pays. Les systèmes de réglementation ont deux caractéristiques qui peuvent affecter le degré de concurrence. La première tient du fait que la réglementation fait baisser le prix réel des médicaments tout au long du cycle de vie du médicament même en présence d'inflation (on note ici un refus d'ajustement à l'inflation). Cette baisse implique une réduction des profits potentiels des producteurs et donc le marché devient de moins en moins attractif pour de nouveaux entrants. La deuxième concerne les nouveaux médicaments. La fixation de leur prix se fait en fonction des prix des médicaments déjà existants sur le marché. Les prix des nouveaux produits peuvent être élevés si une meilleure efficacité ou une nouvelle utilité est apportée par rapport aux médicaments existants sur le marché.

Mais un effet potentiellement contradictoire doit être pris en compte concernant la fixation des prix sur la R&D.

Dans les pays fortement réglementés, et avec l'anticipation des baisses du prix durant la vie du médicament, les laboratoires peuvent être incités à innover de manière forte pour obtenir des brevets et fixer un prix élevé. Les innovations peuvent être moindres afin de réduire les coûts en R&D et nous pouvons avoir des "nouveaux" produits n'étant que des molécules déjà existantes modifiées. Cet effet dépend de la puissance du brevet, c'est-à-dire la capacité qu'il donne à avoir une position de monopole sur le marché. Si le brevet ne procure pas une réelle capacité à obtenir un pouvoir de marché (comme une durée de vie faible du brevet) alors les producteurs seront faiblement incités à développer cette stratégie. Ces effets peuvent ne pas être observés dans les

pays faiblement réglementés car pour ceux-là, la fixation du prix est libre, on peut alors développer d'autre stratégie sur le marché que celle énoncée un peu plus haut consistant à passer par la R&D. Les auteurs en concluent l'importance d'une comparaison entre plusieurs de pays ayant des niveaux de réglementation différents pour mieux comprendre l'impact de la réglementation des prix. Le Tableau 8 présente les pays utilisés avec leur type de réglementation.

Réglementation stricte	Réglementation moyenne	Pas de réglementation
France	Royaume-Uni	Etats-Unis
Italie	Allemagne	
Japon	Canada	

Tableau 8 : Pays utilisés dans l'étude de Danzon et Chao (2000) avec leur type de réglementation

De plus, Danzon et Chao tiennent compte dans leur étude du cycle de vie du médicament. Or, nous avons vu précédemment que durant sa vie, le prix d'un médicament n'est pas réglementé de la même manière. Et cela peut avoir des conséquences significatives sur son impact concurrentiel. C'est donc par les prix que les auteurs vont essayer de comprendre l'impact de la réglementation sur la concurrence. La question est maintenant de savoir comment analyser le problème.

4.2 - La méthode utilisée pour étudier la concurrence dans l'industrie pharmaceutique

Les auteurs utilisent un modèle complet qui prend en compte la concurrence entre médicaments princeps et médicaments génériques. La substitution entre ces deux types de médicaments peut jouer sur les niveaux d'élasticité de la demande, si et seulement si l'effet thérapeutique demandé est le même expliquer pourquoi. Or, nous avons vu précédemment l'importance des marchés pertinents dans l'analyse de la concurrence. Ils sont pris en compte avec ces élasticités.

Le prix d'un médicament est supposé construit comme suit :

$$P_{ijk} = P[Q_{ijk}; Z_{ijk}, P_{xj}(N_j), P_{xk}(M_k, N_k,)]$$

Avec P_{ijk} le prix par unité de produit i , Q_{ijk} le nombre d'unités, Z_{ijk} un vecteur d'attributs de qualité (que nous allons développer un peu plus loin), P_{xj} le prix moyen des concurrents génériques, P_{xk} le prix moyen des concurrents thérapeutiques, N_j le nombre de génériques concurrents dans la molécule j , M_k le nombre de molécules dans la catégories thérapeutique k .

Ce modèle est très complet car il prend en compte l'élasticité-prix de substitution entre les molécules et les effets thérapeutiques la variation du prix P_{ijk} est calculée en fonction des différentes variables qui constituent le marché pharmaceutique ($P[Q_{ijk}; Z_{ijk}, P_{xj}(N_j), P_{xk}(M_k, N_k,)]$). En d'autres termes, ce modèle nous donne les comportements des agents sur le marché face aux prix. Vu que plusieurs types de réglementations sont pris en compte dans la zone étudiée, cela nous permettra d'observer le comportement des agents face aux différents types de réglementations des prix des médicaments.

Les auteurs supposent que les entreprises suivent une stratégie à la Bertrand, c'est-à-dire qu'elles fixent le prix de leurs produits en ayant connaissance des prix des concurrents. L'ensemble des données utilisées sont issues de l'IMS⁵¹.

Pour traiter la question, les auteurs régressent les prix en fonction des différentes variables énoncées un peu plus haut. Ils utilisent les données portant sur les prix, la qualité et la concurrence. Si la première variable ne pose pas de difficulté de modélisation, ce n'est pas le cas des deux dernières. Modéliser la qualité et la concurrence est en effet complexe. Nous présentons donc les différentes mesures que les auteurs ont choisies pour ces deux variables.

Pour la qualité des médicaments, trois mesures sont utilisées :

- L'âge de la molécule : C'est un indicateur inverse de l'efficacité thérapeutique si l'on suppose que les composants récents sont généralement plus efficaces que les anciens. Cette mesure est intéressante car elle permet d'observer l'évolution de la tarification du médicament pendant sa durée de vie et donc les effets de réglementations dans le temps.
- La force du médicament : C'est la moyenne en gramme des ingrédients actifs dans le médicament. Elle donne une mesure de l'intensité chimique d'un produit. Cela peut avoir des effets dominants entre médicaments sur les molécules entre elles. Ces effets peuvent jouer sur la substituabilité des médicaments.
- Le nombre de formulations différentes : C'est le panel de type de consommation de médicament (sirop, gélule, etc.). C'est important car cela permet d'observer les stratégies de mise en forme en fonction de l'évolution du prix du médicament.

Pour la mesure de la concurrence, les auteurs utilisent le nombre de produits ayant un même effet thérapeutique (méthode similaire que celle qui est utilisée par l'Autorité de la Concurrence avec les classe ATC). Cela prend en compte la compétition qu'il peut y avoir entre les médicaments princeps et les génériques. Enfin, les classes ATC sont utilisées ainsi que la taille du paquet (cette variable est importante car elle permet d'observer les rabais destinés aux pharmaciens d'officines sur les volumes pour les génériques).

Danzon et Chao régressent le prix du médicament à un moment t en fonction de toutes ces mesures dans des pays différemment réglementés pour observer l'impact de la réglementation des prix sur la concurrence. Nous allons maintenant observer et interpréter les résultats obtenus.

4.3 - Résultats et interprétations

Pour effectuer leurs analyses, les auteurs procèdent d'abord par un regroupement des pays afin d'avoir un modèle interactif et des variables dummy sont utilisées pour indiquer le pays i . Les Etats-Unis sont utilisés comme le pays de base car c'est le pays de l'échantillon qui est le moins réglementé (autant pour les producteurs que pour les officines). Le fait que le modèle soit

⁵¹ IMS est une société de conseil américaine spécialisée dans le conseil pharmaceutique et principal fournisseur de données pour les travaux en économie pharmaceutique.

interactif est intéressant car les résidus sont basés sur tous les pays et non un pays spécifique. Après calcul, les auteurs trouvent le modèle trop général et se contente d'un modèle contraint qui supprime l'interaction et qui impose une égalité de paramètre entre les Etats-Unis et les autres pays. Les auteurs trouvent alors de meilleures estimation. Le Tableau 9 présente les résultats obtenus.

PRODUCT-LEVEL PHARMACEUTICAL PRICES: GLOBAL MOLECULES, PHARMACY—1992: LOG PRICE PER UNIT, CONSTRAINED MODEL

Variable	U.S.	Canada	Germany	France	Italy	Japan	U.K.
Intercept	4.989 (15.442)	.371 (.644)	-1.245 (-2.473)	.076 (.118)	-.895 (-1.535)	1.697 (2.912)	-1.363 (-1.893)
Quality:							
Strength (ln)	.103 (10.150)	-.076 (-2.945)	.071 (3.658)	...	.029 (1.107)	...	.091 (3.170)
Molecule Age (ln)	-.027 (-.481)	-.465 (-4.919)	-.264 (-3.139)	-.757 (-7.160)	-.664 (-7.709)	-.783 (-8.103)	-.440 (-3.796)
Forms (ln)	-.005 (-.163)	...	.181 (3.232)	.130 (1.483)	.201 (2.322)	.361 (4.914)	.177 (1.910)
Competition:							
Pack Size (ln)	-.946 (-39.497)	.110 (2.517)	.392 (9.385)	.323 (5.369)	.395 (7.146)	.375 (10.046)	.427 (8.378)
Generic Competitors (ln)	-.503 (-16.103)	.249 (3.648)	.083 (1.740)	.346 (4.263)	.557 (8.188)	.444 (7.116)	.144 (1.647)
Generic Entry Lag (ln)	-.104 (-6.786)	.088 (3.508)	.072 (3.429)	.180 (6.466)	.187 (6.814)	.182 (7.339)	.189 (6.333)
Therapeutic Substitute Molecules (ln)	.130 (4.549)	.258 (3.146)	...	...	-.155 (-2.048)	-.200 (-3.697)	-.110 (-1.289)
Products per Therapeutic Substitute Molecule (ln)	-.220 (-5.699)	...	.079 (1.197)	-.207 (-1.324)	.547 (4.173)	-.236 (-2.402)	.155 (1.210)
Therapeutic Substitute Molecule Entry Lag (ln)	-.027 (-2.517)	.029 (1.198)	.032 (1.762)	-.035 (-1.270)	...	.039 (1.731)	.079 (2.738)
Therapeutic categories:							
A	-1.526 (-15.587)	.532 (3.181)	1.181 (8.425)	1.394 (7.171)	1.755 (10.603)	1.603 (10.892)	.918 (4.194)
B	-1.098 (-9.573)	...	.886 (4.061)	1.148 (3.997)	1.335 (4.843)	.591 (2.587)	.507 (2.070)
D	-.885 (-8.885)	-.392 (-1.873)	.440 (2.650)	.180 (.782)	.465 (2.242)	.245 (1.395)	.535 (2.365)
G	-.170 (-1.560)	.539 (2.017)	...	.492 (1.633)	.442 (1.887)	...	.614 (1.928)
H	.193 (1.447)	-.449 (-1.623)	.369 (1.796)	.992 (3.363)	.389 (1.240)	.526 (2.285)	.650 (2.565)
J	.629 (8.361)	-.142 (-.918)	-.300 (-2.359)	-.499 (-2.749)	-.430 (-2.420)	-.712 (-5.086)	-.520 (-2.710)
L	.289 (1.650)	...	1.066 (3.846)	...	.522 (1.247)	.841 (2.316)	...
M	.261 (3.245)	...	-.861 (-6.524)	-.660 (-2.794)	-.430 (-2.437)	-.482 (-3.165)	-.403 (-1.902)
N	-.266 (-4.579)	-1.047 (-8.230)	-.829 (-7.592)	-.517 (-3.319)	...	-.294 (-2.255)	-.540 (-3.233)
P	-.313 (-.895)	...	...	...	1.512 (1.545)	-1.564 (-1.593)	-2.142 (-2.173)
R	.596 (7.013)	-.771 (-3.880)	-.207 (-1.546)	-.625 (-3.099)	-.584 (-2.933)	-.122 (-.672)	...
S	-3.100 (-15.628)	-.616 (-1.191)	.557 (1.460)	...	1.411 (2.760)	...	...

NOTE.— Adjusted $R^2 = .6215$; t -statistics are in parentheses.

Tableau 9 : Résultats de la régression du modèle contraint

Source : *Does regulation drive out competition in pharmaceutical markets ? Danzon & Chao (2000)*

Les résultats de l'analyse indiquent une variation à la baisse plus forte des prix des médicaments dans les pays fortement réglementés.

L'entrée des médicaments génériques a un effet négatif sur les prix pour les pays moins réglementés, et nul ou positif pour les pays strictement réglementés. Comme les auteurs l'ont

supposé au préalable, les médicaments génériques dans ces pays sont souvent de "nouvelles vieilles versions" des molécules. L'entrée des génériques entraîne une hausse de l'offre de médicament pour un même effet thérapeutique. S'entraîne alors une concurrence pour capter la demande et donc une baisse des prix des médicaments. Cet effet est dû au fait que dans les pays moins réglementés, la fixation du prix est libre. Dans les pays fortement réglementés et où les prix sont fixes, c'est autre chose. L'entrée des génériques peut impacter la demande mais pas les prix. Il est donc normal de constater ces effets sur les prix des médicaments dans les deux cas présentés.

L'idée forte qui ressort de cette étude est que la réglementation des prix pendant la vie du médicament aboutit à peu près au même résultat que la concurrence des génériques sur les marchés moins réglementés. La réglementation a alors un effet positif sur la concurrence – artificiel car non établi par les mécanismes de marché – introduisant une pression à la baisse des prix.

Danzon et Chao précisent tout de même que la conclusion selon laquelle l'effet de cette baisse sur le bien-être dans les deux systèmes serait le même est fausse.

Effectivement, cette analyse porte sur les producteurs, et sur non les vendeurs donc sur les prix au détail. C'est une précision importante à prendre en compte car elle peut avoir un impact sur l'accès au soin.

Nous avons dit que dans les pays réglementés et non réglementés, on constatait une tendance à la baisse des prix. Avec d'un côté une concurrence *artificielle* (avec réglementation forte), et l'autre une concurrence *naturelle* (avec réglementation faible). Mais ceci est le cas pour les prix des producteurs, et non les prix de vente au détail.

C'est ici qu'il est intéressant de développer notre analyse, en essayant d'aller plus loin que ce qu'on constate les auteurs. Nous pouvons anticiper théoriquement les effets de la réglementation ou non des marges des pharmacies d'officine sur le bien être des consommateurs (ici, nous émettons l'hypothèse que le bien-être du consommateur est satisfait par l'accès au soin). La Figure 7 présente schématiquement notre analyse.

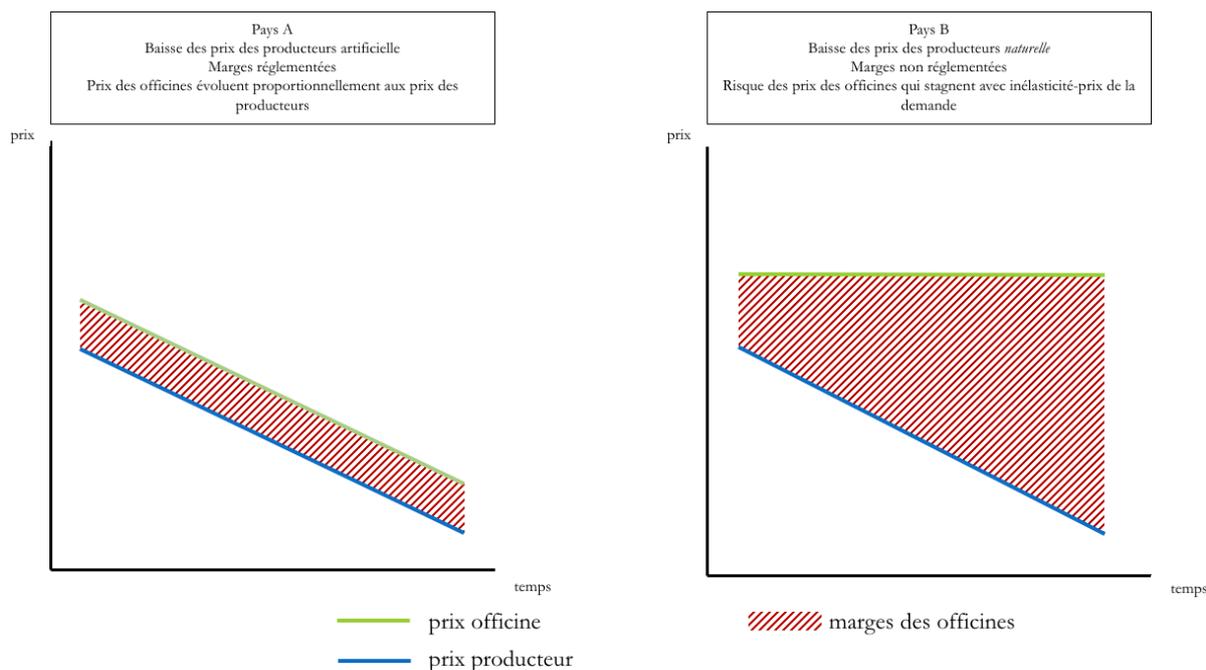


Figure 7 : Comportements des officines face à la fixation ou non des marges en présence d'inélasticité-prix de la demande

Nous avons, au départ, deux situations de tendance des prix similaires, à savoir à la baisse, dans les deux types de pays, A et B, respectivement fortement réglementé et faiblement réglementé. Dans les pays A, les prix sont fixés et les marges également, contrairement au pays B qui prône une libéralisation des prix. Si on prend le pays A comme le cas de la France, où la marge fixée est un pourcentage du prix du producteur, on est dans une situation où l'évolution des prix des pharmacies d'officine est proportionnelle à l'évolution des prix des producteurs et ce phénomène est quasi-automatique. Dans le pays B, la fixation de la marge est libre, et elle peut ne pas suivre la tendance des prix des producteurs, de sorte à ce que le prix de vente en officine reste le même en présence de baisse du prix du producteur, pour effectuer une rente plus élevée. Cela est d'autant plus fort que la demande est inélastique. Etant donné que la demande est faiblement sensible au prix, les officines du pays B sont fortement incitées à établir ce genre de stratégie pour maximiser leurs rentes. Ce phénomène a évidemment un impact sur le bien-être du consommateur, car en prenant en compte la baisse du prix des producteurs dans les deux pays (A et B), le système du pays A est plus propice à l'accès au soin que le système du pays B.

Cette analyse marque l'importance de prendre en compte l'ensemble des acteurs du secteur pharmaceutique, c'est-à-dire pas uniquement les producteurs ou les officines. Elle marque aussi l'importance de mesurer l'impact des agents sur le bien-être du consommateur. Ce n'est pas parce que les évolutions de prix sont les mêmes que les résultats sur l'intérêt général le seront également.

On note ainsi que la réglementation n'est pas forcément un à la concurrence, mais peut conduire aux mêmes résultats que le processus concurrentiel. De plus, elle vise d'autres objectifs plus globaux comme la santé publique, aspect qui n'est pas pris en compte dans les pays faiblement réglementés. Une limite de l'étude, soulignée par les auteurs eux-mêmes, est l'absence de prise en compte des prix pratiqués par les pharmacies d'officines et de l'impact sur le bien-être des

consommateurs. Mais leur étude ouvre la voie à de futurs projets, notamment sur l'impact de la réglementation des professions pharmaceutiques sur le bien-être des consommateurs. La section suivante propose des futurs projets à traiter pour continuer dans cette ligne de recherche.

5 – DONNEES DISPONIBLES ET OUVERTURE DE LA QUESTION POUR DE FUTURES ETUDES

Il serait intéressant de comprendre l'impact de la réglementation des professions de pharmaciens d'officine pharmaceutiques sur l'état de santé de la population de manière empirique dans de travaux ultérieurs. Dans cette partie, nous allons nous concentrer sur les données utilisables pour de tels travaux, et essayer de poser des mesures afin de modéliser les idées et arguments avancés dans ce mémoire.

Dans un premier temps nous allons voir de quelle manière nous pouvons mesurer quantitativement la réglementation des professions de pharmaciens d'officine, pour ensuite ouvrir la question de la modélisation de la qualité d'un service. Nous concluons enfin en ouvrant futures questions de recherche qui peuvent être abordées.

5.1 - Mesure de la réglementation

Au lieu d'établir une mesure générale de la réglementation comme la proposer l'IHS, nous allons essayer de donner une mesure de la réglementation spécifiques des pharmaciens d'officine. Des travaux ont été fait concernant l'inflation législative, mais il est difficile de quantifier le poids de la réglementation. Pour contourner ce problème, nous allons utiliser une approche qui consiste à prendre des indicateurs quantitatifs qui seraient propices à illustrer du mieux que possible l'effet d'une réglementation précise. Toutes les réglementation peuvent impacter, de manière plus ou moins forte, le fonctionnement du marché. C'est en utilisant des indicateurs du marché que nous allons essayer de donner des pistes pour modéliser la réglementations des professions de pharmaciens d'officine.

Précédemment dans le mémoire, nous avons décrit, sous plusieurs points de vue, le rôle qu'avait la régulation sur le marché pharmaceutique. Nous allons donc traiter divers aspects qui structurent le marché en leur associant des mesures quantitatives, à partir des données et bases de données accessibles et pouvant être utilisées pour des travaux empiriques futurs.

5.1.1 - La réglementation sur le niveau d'étude des pharmacies d'officine

Le niveau d'étude des pharmaciens d'officine est l'une des variables les plus faciles à mesurer quantitativement (qui figure notamment dans le rapport IHS). Ce sont des réglementations facilement observables lorsque l'on se penche sur les données de l'éducation. On peut distinguer deux types de réglementations concernant l'éducation.

Il y a tout d'abord le numérus clausus. Ce dernier peut être analysé d'un point de vue pessimiste, en le présentant comme une barrière à l'entrée qui limite le nombre d'étudiants et donc de futurs pharmaciens, soit positivement en supposant qu'il permet une sélection des meilleurs individus. Nous pouvons donc d'abord utiliser le nombre de diplômés d'un programme d'éducation

pharmaceutique. Ces données sont rendues disponibles par l'OCDE⁵². Si l'on divise cette donnée par le nombre de personnes inscrites à un programme d'éducation pharmaceutique (toujours disponible avec l'OCDE⁵³) on peut obtenir un indicateur du niveau de difficulté d'obtention du diplôme. L'avantage de ce calcul, c'est qu'il est plus simple de trouver les données pour plusieurs pays, plutôt que le *numerus clausus* en lui-même (celui-ci n'existe pas dans tous les pays, est plus difficile à trouver dans certains et les systèmes éducatifs ne sont pas les mêmes entre pays).

Il y a ensuite le nombre d'années d'études. Cette variable est aussi observable mais elle est faiblement variable dans le temps, ce qui peut poser des problèmes économétriquement. En effet, ce qui peut être intéressant est d'analyser dans le temps la réglementation pour observer si des variations de celle-ci peuvent être significatives. Etant donné que le nombre d'années d'études est très peu volatile, il est compliqué en ressortir un effet économétriquement sur une période dynamique. Elle reste aussi difficile à trouver mais elle peut être construite si on se réfère à la réglementation de l'éducation dans le domaine pharmaceutique dans les pays pour l'obtention des diplômes et le nombre d'années d'étude requis. La plupart des pays réglemente l'éducation dans le domaine pharmaceutique.

5.1.2 - Monopole de la vente

Précédemment, nous avons montré l'impact de la réglementation sur la délivrance des médicaments et le monopole qu'ont les pharmaciens sur celle-ci. De manière effective, il n'existe pas de données ou de mesure indiquant réellement le degré de monopole des pharmaciens, mais nous pouvons trouver une manière d'illustrer celui-ci avec d'autres mesures. Nous avons dit que le monopole de la vente touchait la vente de médicaments. Autrement dit, le volume de ventes par offreur est différent lorsque seuls les pharmaciens peuvent vendre des médicaments ou lorsque la vente est libre.

Nous pouvons prendre en compte le nombre de pharmacies et leur chiffre d'affaires globaux (que nous pouvons normaliser en chiffre d'affaires moyen en le divisant par le nombre de pharmacies). De plus, il peut être intéressant de voir la densité de pharmaciens pour un nombre d'habitants donné. Il permettra de mieux comprendre les enjeux du monopole en fonction du volume de ventes. Les données concernant le chiffre d'affaires des pharmacies d'officine sont disponibles grâce à l'INSEE⁵⁴. L'IRDES⁵⁵ nous fournit les données concernant la densité de pharmacies pour 100 000 habitants⁵⁶.

⁵² OCDE (2018), Base de données de l'éducation : Diplômés par domaine d'études, Statistiques de l'OCDE sur l'éducation (base de données), <http://dx.doi.org/10.1787/40b370bd-fr> (données extraites le 23 avril 2018).

⁵³ OCDE (2018), Base de données de l'éducation : Scolarisation par domaine d'études, <http://dx.doi.org/10.1787/fbb7252e-fr> (données extraites le 23 avril 2018).

⁵⁴ Indice de chiffre d'affaires en volume - Base 100 en 2005 - Commerce de détail de produits pharmaceutiques en magasin spécialisé, Insee. Consulté le 23 avril 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001565769#Tableau>

⁵⁵ L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé. C'est un organisme produisant des analyses sur le système de santé en France, notamment économiques et statistiques.

⁵⁶ Eco-Santé - IRDES, Officine, Ensemble, Densité pour 100 000 habitants, <http://www.ecosante.fr/affmulti.php?base=DEPA&valeur=&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=&TabType=0&valeur=>

La réglementation des prix peut être mesurée par les niveaux de, mais pas uniquement. Dans l'article Danzon et Chao (2000), nous avons vu que la réglementation des prix peut produire une tendance à la baisse de ceux-ci. Analyser l'évolution des prix réglementés peut être une bonne solution pour comprendre l'impact de la régulation sur le marché. L'IRDES fournit les indices de prix nominaux des médicaments⁵⁷. On notera que la tendance est à la baisse depuis 1995.

Une autre variable peut être intéressante pour l'analyse. Précédemment, nous avons vu que le prix pourrait être réglementé dans le but d'une captation de rente. En effet, sans réglementation, les prix seraient fixés par le marché, et donc le niveau de concurrence entre les pharmacies. Il est donc intéressant de prendre en compte, parallèlement aux indices de prix, les parts des marges des pharmaciens d'officine. Elles sont rendues disponibles par l'IRDES⁵⁸.

5.1.3 - Réglementation sur la publicité

La mesure des restrictions sur la publicité est compliquée à établir. En effet, l'impact des stratégies de communication est difficilement observable. Cela est d'autant plus vrai que, lorsqu'on est confronté à une forte réglementation de la publicité, son effet est encore moins observable. Mais nous pouvons trouver une proxy afin de montrer l'effet d'un faible niveau de communication sur le marché.

Pour cela, on peut prendre comme modèle la mesure de l'efficacité de la Recherche et Développement. Pour mesurer cet effet, la littérature et les rapports utilisent généralement le ratio des dépenses en R&D sur le chiffre d'affaires. C'est de cette manière qu'on mesure l'efficacité de l'innovation selon l'Union Européenne⁵⁹. Nous pouvons procéder ici de la même manière, en établissant le ratio des dépenses en marketing sur le chiffre d'affaires pour évaluer la contribution de la publicité au chiffre d'affaire. Théoriquement, une réglementation sur la publicité impliquerait un faible ratio et l'effet de la publicité sur le marché devrait l'être aussi car étant donné qu'elle est strictement réglementée en France, le niveau de publicité est bas, son impact devrait être moindre. La relation entre la dépense en publicité et le chiffre d'affaires peut donc être non significative et peu concluante.

De plus, la réglementation reste tout de même compliqué à mesurer. Il y a beaucoup d'ambiguïté quant à son approche (non interdite mais extrêmement stricte). La relation producteur-officine doit être prise en compte, car les dépenses en publicité des producteurs vont aussi bénéficier aux officines car elles sont les seules plateformes de ventes. Il faut donc pouvoir distinguer les dépenses en publicité des producteurs et celles des officines.

⁵⁷ Eco-Santé - IRDES, Prix publics, Ensemble des spécialités, Indice de prix nominal des médicaments - Base 100 en 2005, <http://www.ecosante.fr/affmulti.php?base=DEPA&valeur=&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=&TabType=0&valeur=>

⁵⁸ Eco-Santé - IRDES, Part des pharmaciens, en pourcentage du prix moyen, <http://www.ecosante.fr/affmulti.php?base=DEPA&valeur=&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=&TabType=0&valeur=>

⁵⁹ « Chiffre d'affaires lié à l'innovation - ecodp.common.ckan.site_title ». Consulté le 11 mai 2018. <https://data.europa.eu/euodp/fr/data/dataset/DII8GLTNp93A0P8nU2i7yQ>.

Maintenant que nous avons donné une mesure quantitative à la réglementation des professions pharmaceutiques et trouvé les données correspondantes, une étude empirique sur les services pharmaceutiques serait intéressante pour mieux comprendre l'enjeu de la réglementation sur ces services.

5.2 – Mesure du service pharmaceutique

D'après l'Ordre des Pharmaciens, un « bon » service pharmaceutique est constitué des principales tâches suivantes :

- Assurer la dispensation de médicaments
- Assurer la bonne utilisation des médicaments
- Assurer un parfait accès à la médication
- Proposer un suivi pharmaceutique

A l'aide de cette description, nous allons essayer de donner à chaque tâche une mesure quantitative nous permettant d'analyser empiriquement les la qualité des services pharmaceutiques.

5.2.1 - Assurer la dispensation

Assurer la dispensation des médicaments est la première tâche des pharmaciens en tant que commerçant. Ils doivent être en mesure de fournir les médicaments aux patients et être en possession quasi constante du stock nécessaire. Ce travail se fait en association avec le distributeur en gros, mais doit être gérée également par le pharmacien même. La dispensation dépend donc de la demande de médicaments. C'est en fonction de la demande que les pharmaciens vont mesurer la capacité à fournir les médicaments nécessaires. Etant donné l'impact du distributeur dans cette fonction, l'estimation risque d'être biaisée. Il est, de plus, impossible de calculer le taux de "non-disponibilité" d'un médicament car il faudrait qu'à chaque demande non satisfaite, le médicament soit répertorié dans une base de données qu'il faudrait ensuite normaliser à l'échelle nationale. La seule proxy que l'on peut avoir sur la dispensation des médicaments serait la vente en elle-même c'est à dire le chiffre d'affaires des officines, ou la consommation finale effective des ménages en médicaments. Cette dernière variable est disponible grâce à l'INSEE⁶⁰ mais ne nous donne pas d'indication sur le fait que la dispensation soit « bonne » ou « mauvaise ». Ce fait peut être mesurer avec l'indicateur qui va suivre.

5.2.2 - Assurer la bonne utilisation des médicaments

En dehors de l'aspect commercial, et comme nous l'avons précisé plusieurs fois durant ce mémoire, les pharmaciens ont une responsabilité médicale. Selon l'Ordre National des Pharmaciens, ils doivent assurer la bonne utilisation des médicaments par les patients. L'idée derrière cette tâche est de minimiser au maximum les effets néfastes des produits

⁶⁰ Consommation finale effective - Ménages hors entrepreneurs individuels - Médicaments et autres produits pharmaceutiques - Prix courant, Insee. Consulté le 23 avril 2018.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001690705>

pharmaceutiques sur la santé des consommateurs. Mais comment peut-on mesurer cette responsabilité ? L'ANSM recense l'ensemble des signalements faits par les consommateurs qui concernent les erreurs médicamenteuses de la part de tous les acteurs de la santé publique (à savoir médecins, pharmacies, hôpitaux ou autres organismes). Etant donné que les médicaments ne sont délivrés qu'en pharmacie, les pharmaciens sont jugés premier responsable des effets indésirables ou les mauvaises utilisations car ils ont la responsabilité de la vente du médicament et donc de s'assurer que les produits seront consommés de la meilleure manière et que s'assurer que les consommateurs soient aptes à les consommer. La qualité de leur conseil doit donc jouer sur le nombre d'effets indésirables recensés. L'AFSSAPS⁶¹ fournit les données, avec notamment un rapport analysant les divers facteurs contribuant à ces signalements. Les données établissent l'origine des signalements, c'est-à-dire les établissements où les plaintes ont été déposées, les types de risques des médicaments et les différents niveaux de réalisation d'erreurs⁶²

5.2.3 - Assurer un parfait accès à la médication

Pour assurer la santé publique, l'accès à la médication doit être optimal. Pour ce, une législation est établie concernant l'établissement des officines, en fonction de la distance entre les pharmacies et de la population potentiellement cliente. Il est possible de mesurer cela. Pour ce qui est de la distance, nous pouvons utiliser la densité de pharmacies ou le nombre de pharmaciens pour un nombre d'habitants donné. Ces données sont disponibles grâce à l'IRDES. Mais il peut être aussi intéressant d'observer la disponibilité des pharmaciens. Les horaires d'ouvertures des pharmacies sont réglementées. Elles ont donc forcément un impact sur le nombre de pharmaciens actifs et le nombre d'heures travaillées. L'INSEE recense justement le nombre d'heures travaillées chez les pharmaciens⁶³ que l'on peut pondérer en fonction du nombre de pharmaciens.

5.2.4 - Proposer un suivi pharmaceutique

Récemment, les politiques publiques se penchent sur l'augmentation de la responsabilité des pharmaciens dans la santé publique en leur attribuant la tâche d'un suivi pharmaceutique auprès des patients. Pour cela, les pharmaciens établissent un dossier pharmaceutique recensant l'ensemble des consommations par client. L'Ordre National des Pharmaciens fournit l'ensemble des dossiers pharmaceutiques par région, mais aussi le taux de la population refusant ce dossier et le nombre de nouveaux dossiers créés. Le point important ici est que la création du dossier pharmaceutique n'est pas obligatoire. L'établissement d'un dossier est donc une volonté des pharmaciens mais aussi des clients qui peut permettre de montrer la confiance qu'ont les consommateurs envers une pharmacie.

⁶¹ Remplacée aujourd'hui par l'ANSM

⁶² Arnoux, Angélique, et Dorothée Durand. LE GUICHET ERREURS MEDICAMENTEUSES, s.d., 28

⁶³ Total des secteurs résidents - Industrie pharmaceutique - Volume d'heures travaillées, Insee. Consulté le 23 avril 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001693428>

5.3 – Proposition d'études futures

Mon projet est de comprendre l'impact de la réglementation des professions de pharmaciens d'officine sur l'état de santé de la population. Nous avons montré précédemment que la régulation de ce secteur avait comme objectif affiché d'assurer la santé publique. Cette problématique peut être développée en deux étapes. La première consiste à comprendre l'influence de la réglementation sur la qualité des services pharmaceutiques. Les sections 5.1 et 5.2 se réfèrent à ces potentiels travaux. La seconde consiste à mesurer l'impact des services pharmaceutiques sur le niveau de la santé publique. Pour cela, il est important de bien contextualiser la mesure de l'état de santé. C'est un problème récurrent dans la littérature en économie de la santé. Nous nous baserons sur les travaux de Martine Audibert (1981) pour apporter une contribution à notre sujet.

5.3.1 - Une autre approche de l'état de santé

De manière conventionnelle, l'état de santé de la population est mesuré par trois principaux indicateurs ; l'espérance de vie, le taux de mortalité et le taux de morbidité. Martine Audibert (1981) montre que ces principaux indicateurs permettant de mesurer l'état de santé de la population sont biaisés.

L'espérance de vie est définie comme l'âge moyen de décès dans un pays ou une zone donnée. Elle donne ainsi la durée de vie moyenne d'une population. Mais Martine Audibert souligne une limite à cette variable. Malgré la prise en compte des conditions sanitaires, cette variable calcule le nombre d'année moyen de vie d'une personne pour un pays donné, en fonction des conditions de vie actuelles sans prendre en compte l'évolution future de l'environnement du pays. C'est une approche statique et non dynamique qui peut biaiser les prises de décisions des politiques publiques.

Le taux de mortalité est mesuré en divisant le nombre de décès sur la population totale pour une année et un pays donné. Là encore, cet indicateur n'est pas assez précis car il englobe la totalité des causes de décès, comme les accidents de la route, les meurtres et autres facteurs non médicaux.

Enfin, le taux de morbidité est le rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une pathologie précise sur la population totale. Ce taux ne donne aucune information sur la structure de la pathologie. On ne peut donc comparer plusieurs pays avec cet indicateur car les pathologies et les environnements sont différents.

Au final, ces indicateurs ne permettent pas de mesurer l'efficacité des politiques publiques en matière de santé sur la population.

L'auteur propose alors une nouvelle approche pour essayer d'estimer au mieux l'état de santé d'une population. Elle se base sur le Cameroun pour effectuer son analyse de manière empirique.

Martine Audibert part de l'hypothèse que le taux de fréquentation hospitalière traduit les efforts et les services de soins destinés à la population mais aussi le besoin de la population en terme de soins. Cet indicateur englobe plus de facteurs jouant sur la santé globale de la population que le niveau de morbidité. Les avantages proviennent de la correction des limites du taux de morbidité, car on a le taux de patients malades pour plusieurs toutes les maladies (recensées dans les hôpitaux) mais elle prend en compte les structures pathologiques du pays en questions (les hôpitaux fournissent les soins en fonctions de l'environnement qui l'entoure).

Mais l'influence quantitative et qualitative de l'offre des services de santé sur la population et l'aspect comportemental de celle-ci peuvent biaiser leurs interprétations. En effet, plus l'offre de services de soins est grande, plus il est facile d'y bénéficier et inversement.

Le taux de fréquentation dépend énormément de la capacité du système de santé à accueillir les malades (si l'offre de médecin est faible, le taux de consultations sera faible mais cela ne voudra pas dire que l'état de santé de la population est bonne). Pour corriger ces effets, l'auteur propose de régresser le taux de fréquentation en fonction des caractéristiques décrivant l'offre des services, des variables quantitatives et comportementales. Les variables explicatives sont les suivantes :

- Nombre de lits par habitant (offre de services)
- Nombre d'infirmiers par habitant (offre de services)
- Nombre de formations sanitaires au kilomètre carré (offre de services)
- Nombre de médecins par habitant (quantitatif)
- Nombre de vaccinations par habitant (quantitatif)
- Nombre d'analphabètes par habitant (comportemental)
- Revenu par habitant (comportemental)

Ici, le terme « quantitatif » pour le nombre de médecin et de vaccination par habitant ne doit pas être pris comme le types de données techniquement parlant. Toutes les variables sont quantitatives et aucune variable n'a le caractère qualitatif. Martine Audibert nomme ces deux variables quantitatives simplement en références à la quantité de professionnels utilisée dans le modèle.

Une fois la régression faite, et les facteurs influençant le taux de fréquentation et de consultation identifiés, l'idée est de récupérer les résidus du modèle (c'est à dire les niveaux de fréquentation non expliqués par les variables énumérées un peu plus haut). Ces résidus indiqueront donc les réels taux de fréquentation et de consultation, c'est-à-dire les taux de morbidité améliorés et corrigés des offres de services et des comportements.

Le résidu du modèle correspond à la partie du taux de fréquentation qui n'est pas expliquée par les variables explicatives énumérées un peu plus haut. En le récupérant, on obtient le taux de fréquentation supprimé de toute les variables pouvant l'influencer ce qui nous permettra d'avoir une meilleure mesure de l'état de santé. Nous précisons ici que l'ensemble des données requises pour ces travaux sont disponibles sur les sites de la Banque Mondiale ou de l'OCDE.

5.3.2 - Une application de cette méthode au sujet

Nous pouvons utiliser une méthode pour aller plus loin dans notre sujet. Nous avons indiqué plus haut vouloir mesurer l'impact de la réglementation des professions de pharmaciens d'officine sur l'état de santé publique.

Après avoir expliqué l'impact de la réglementation sur la qualité du service pharmaceutique, nous pouvons donc utiliser une méthode identique pour obtenir le nouvel indicateur d'état de santé décrit dans la section 5.3.1. Autrement dit, nous régresserons les taux de fréquentation afin de les corriger des offres de services et des comportements de la population. Nous récupérerons ensuite les résidus pour avoir un bon indicateur de santé.

Une fois l'indicateur prêt, nous pouvons construire un modèle économétrique en utilisant l'état de santé comme variable expliquée, que nous régresserons en fonction des variables explicatives définissant la qualité du service pharmaceutique. Nous pourrions alors observer un effet de transitivité indirect, qui énoncerait que si la réglementation influence la qualité d'un service pharmaceutique et que celle-ci a un effet sur l'état de santé d'une population, alors la réglementation des professions de pharmaciens d'officine impacterait indirectement l'état de santé de la population.

Ces travaux futurs ont pour objectif de confirmer les théories avancées dans ce mémoire concernant le bien-fondé de la réglementation des professions pharmaceutiques sur la qualité des services.

CONCLUSION

La profession de pharmacien d'officine connaît une assez forte réglementation. Celle-ci touche les prix de médicaments tout au long de leur vie, l'entrée et les comportements des pharmaciens d'officine sur le marché. Ces restrictions peuvent avoir un impact sur l'efficacité du marché.

Le niveau de concurrence sur le marché des pharmacies d'officine conduit donc les autorités de la concurrence à se poser la question du bien-fondé de la réglementation qui s'y impose. D'après le rapport IHS et la mesure de la concurrence avec la construction de leur Indice de Réglementation, le niveau de réglementation est jugé trop élevé par la Commission Européenne. Mais il existe un certain nombre de limites derrière cette étude comme la mauvaise pondération des indicateurs de réglementation à l'entrée du marché, l'interprétation très subjective faite sur l'étude quantitative et l'analyse *benchmarking* réalisée sur l'ensemble des pays de la zone étudiée.

L'étude des motivations de la réglementation apporte un nouveau facteur à prendre en compte, qui ne figure pas dans l'étude IHS, celui de la santé publique. Derrière chaque réglementation, une protection de la santé publique est recherchée. Elle a pour but d'assurer du mieux que possible l'accès aux médicaments à l'ensemble des consommateurs avec la mise en place de réglementation sur l'établissement de nouvelles pharmacies, d'éviter le caractère opportuniste que peuvent avoir les pharmaciens au vu de l'inélasticité-prix de la demande de médicaments en réglementant la fixation des prix et des marges et cela durant toute la vie du médicament et surtout d'optimiser la qualité des services pharmaceutiques avec le haut niveau d'étude exigé et le monopole de la vente de médicaments.

La confrontation des analyses en terme d'intérêt public et privé montre une prédominance de la première. Ce fait est notamment affirmé avec les travaux de Danzon et Chao (2000) qui construisent un modèle économétrique complet afin de mesurer l'impact de la réglementation des prix des médicaments sur le niveau de concurrence dans plusieurs pays ayant des degrés de réglementations différents. Cette étude indique qu'avec ou sans réglementation, on observe une tendance des prix à la baisse pendant le cycle de vie du médicament.

Dans les pays faiblement réglementés, cette baisse est dû à la concurrence que se font les producteurs sur le marché. Cette baisse des prix peut être qualifiée de naturelle car ce sont les effets concurrentiel du marché qui amène ce résultat. Dans les pays faiblement réglementés, cette baisse tendancielle peut être qualifiée d'artificielle car c'est une baisse imposée par la réglementation. Pour les producteurs, le résultat est le même, mais il peut être différent lorsque l'on se concentre sur la vente au détail faite par les pharmaciens d'officine et le bien-être du consommateur. Dans les pays fortement réglementés, le prix de ventes des officines suit le prix de vente des producteurs car les marges sont fixées.

Si l'on suit les travaux de Danzon et Chao, on se retrouve alors dans une situation où les prix des médicaments dans les pharmacies d'officine baisse durant le cycle de vie du médicament et l'accès au soin est meilleur. Cet effet peut ne pas être observé dans les pays faiblement réglementés. En effet, avec une inélasticité-prix de la demande de médicaments et une liberté de fixation des marges, les pharmaciens d'officine peuvent être incités à maintenir les prix de vente en officines

égalent tout en voyant les prix des producteurs baisser avec les effets décrits par Danzon et Chao. On aurait alors un accroissement des marges et l'accès au soin ne bénéficie donc pas de la concurrence des producteurs. Des études ultérieures peuvent donc être menée afin de mesurer empiriquement ces effets et les résultats pourront être une meilleure base pour l'établissement des politiques publiques en matière de réglementation des professions de pharmaciens d'officine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AKERLOF, G. « The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism ». *The Quarterly Journal of Economics* 84, n°3 (1970) : p. 488-500.
- ALEXANDER, D. et al. « Linkins, Estimates of the Demand for Ethical Pharmaceutical Drugs across Countries and Time », 26 *Applied Econ* (1994). 821
- ARNOUX, A., DURAND, D. et STIRNWEISS, J. (2009) « Le guichet erreurs médicamenteuses ». AFSSAPS. s.d., 28
- AUDIBERT, M. « Un indicateur de santé ». *Revue Tiers Monde* 22, n° 87 (1981) : 629-54.
- AUTORITE DE LA CONCURRENCE. (2013). « Comment dynamiser la concurrence dans le secteur de la distribution de médicament en ville ? » (Décision numéro 13-SOA-01).
- AUTORITE DE LA CONCURRENCE. (2017) « Décision n°17-SOA-01 du 20 novembre 2017 relative à une saisine d'officine pour avis portant sur les secteurs du médicament et de la biologie médicale ».
- BOISGUERIN, et al. (2016). « Les dépenses de santé en 2015. Résultats des comptes de la santé : édition 2016 ». DREES.
- CHASERANT, C. et HARNAY, S. « Lawyers' Reputation and the Quality of Legal Services : An Economic Analysis of Self-Regulation, European » *Journal of Law and Economics*, 39 (2). (2015a) p. 431-449
- CHERMONAS, R. et HUDSON, I. « The Profit Doctrine : Economists of the Neoliberal Era ». Pluto Press, 2016.
- Competition, D. G. « Pharmaceutical Sector Inquiry ». *Preliminary Report* 28 (2008).
- DANZON, P. et CHAO, L.W. « Does Regulation Drive Out Competition in Pharmaceutical Markets? ». *The Journal of Law & Economics*. (2000) p.315.
- DGC. (2010). « Décision de la Commission du 8.12.2010 relative à une procédure d'application de l'article 101 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne » (Affaire 39510-ONP). Direction Générale de la Concurrence.
- DGTPE. (2008). « Mode de rémunération des médecins ». Lettre n°42. Trésor public.
- DREES. (2014). « Bonne pratiques de distribution en gros des médicaments à usage humain ». Bulletin officiel N°2014/9 bis Fascicule spécial, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- DREES. (2015). « Plan National d'action de promotion des médicaments génériques », Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes.
- DUMAS, SERRANO et DURU. « Analyse structurelle et réflexion stratégique sur les opportunités de libération du prix du médicament en France », *Journal d'économie médicale* n°4/5 (1992)

- EECKHOUDT, L., LEBRUN, T. et SAILLY, J. « Risk-Aversion and Physicians' medical Decision-Making ». *Journal of Health Economics* 4, n°3 (1985): 273-81.
- FOURNIER, LOMBA et MÜLLER. (2014). *Les travailleurs du médicaments*, 27. ERES.
- FRISON-ROCHE, M.A. (2010). *Concurrence, santé publique, innovation et médicament*. LGDJ, Paris, 2010
- IGF (2013). « Les professions réglementées » Rapport n°2012 M 057 03, Paris, Inspection générale des finances.
- INSEE (2014). « Les pharmacies depuis 2000 - Mutation d'un secteur très réglementé ».
- INSEE (2017). « Tableau de l'économie française ». Donnée 2015, p.129
- KIMBALL, M. « Precautionary Saving in the Small and in the Large ». *Econometrica* 58, n°1 (1990) : 53-73.
- LEEM. (2012). « Comment le prix du médicament est-il fixé en France - L'économie du médicament », LEEM (Les entreprises du médicament).
- LEEM. (2018). « Bilan économique 2017 ». LEEM (Les entreprises du médicament).
- LEEM. (2013). « Recherche et développement dans le secteur pharmaceutique en France ». Infographie. LEEM (Les entreprises du médicament)
- LE PEN, C. « Réglementation des prix et formes de la concurrence dans l'industrie pharmaceutique ». *Revue économique* 39, n°6 (1988) : 1159-91.
- GOECKI, P.K. « Do you believe in magic? Improving the quality of pharmacy services through restricting entry and aspirational contracts, the Irish experience ». *The European Journal of Health Economics* 12, n° 6 (2011): 521-31.
- GRABOWSKI, H.G. et VERNON J.M. Henry G. « Brand Loyalty, Entry, and Price Competition in Pharmaceuticals after the 1984 Drug Act », 35 *J. (1992). Law & Econ.* 331
- ONDP. (2017). « Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2017 – Démographie ». *Ordre National des Pharmaciens*.
- PATERSON, et al. (2003). « Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member state ». IHS
- PELC, A. « Evaluation économique des stratégies thérapeutiques dans l'industrie pharmaceutique : pour quoi faire ? » *Journal d'économie médicale* n°4/5 (1992)
- PHILIPSEN, N.J. et FAURE, M.G. Philipsen. « The Regulation of Pharmacists in Belgium and the Netherlands: In the Public or Private Interest? » *Journal of Consumer Policy* 25, n°2 (2002) : 155-201.
- PILORGE, C. « Monopole officinal et concurrence en prix pour la délivrance des médicaments non remboursables : l'exemple français ». *Revue économique* 67, n° 5 (2016) : 1057-84.

- REEKIE, W.D, « Medicine Prices and Innovations : An international survey » London : IEA Health and Welfare Unit, (1996).
- RESNIK, et al. « The Conflict between Ethics and Business in Community Pharmacy: What about Patient Counseling? » *Journal of Business Ethics* 28, n° 2 (2000) : 179-86.
- ROCHAIX, L. « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats ». *Economie & Prévision* n°3 (1997) : 11-24.
- SARRADON, A., BLANC M.A. et FAURE, M. « Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique ». *Epidemiology and Public Health* (2007)
- STEELE, H. « Monopoly and competition in the ethical drugs market ». *The journal of Law and Economics*. (1962), p. 131-163
- WILKE, T. et al. « How to use pharmacy claims data to measure patient nonadherence? The example of oral diabetics in therapy of type 2 diabetes mellitus ». *The European Journal of Health Economics* 14, n° 3 (2013) : 551-68.