TRANSMIS SOUS EMBARGO EXCLUSIF PAR

OLICARE
Stratégies d'influence CIRCULAIRE

Le rôle de la communication et de la publicité des officines de pharmacie et de leur groupement

ASTERES – RINZEN CONSEIL

Copyright 2016
Tous droits réservés

rinzen
conseil

ASTERÈS
producteur d'idées

Sommaire

Section 1 — Etat des lieux 6

1 Un secteur sous tension 6

2. Un rôle de conseil et de suivi appelé à évoluer 10

Section 2 — La communication des groupements : expériences étrangères et impact en France 20

1. Communiquer renforce l'observance 21

2. Communiquer améliore la prévention et incite à la consultation 22

3. Communiquer améliore la gestion des traitements 23

Section 3 — Impact de la communication sur le secteur 25

Annexe 1 Etudes utilisées 26

Annexe 2 Méthodologie économétrique 29

Références 30

Synthèse

1. Un secteur sous tension

Le secteur de la pharmacie est aujourd'hui **un secteur sous tension**. Subissant directement les politiques, par ailleurs efficaces, **de maîtrises des dépenses publiques**, les officines font face à une contraction de leur activité qui menace leur excellent maillage territorial. A cela s'ajoute la **concurrence accrue** de la parapharmacie, de la grande distribution et de la vente en ligne et sociétés hors monopole (entraide à domicile, service au domicile, etc.).

Dans le même temps, la **désertification médicale** ainsi que **l'extension de ses activités**, via la loi HPST, tendent à renforcer le rôle des pharmaciens, devenant de fait les premiers interlocuteurs des patients, particulièrement dans les zones rurales.

En conséquence, l'activité des pharmacies est menacée alors même que **leur place au sein du système de soin doit s'étendre** pour améliorer son fonctionnement et rationaliser son organisation.

2. La communication des groupements : vecteur d'économies

Dans ce contexte, il devient nécessaire pour **les groupements de pharmacies de pouvoir communiquer efficacement** sur les services qu'ils sont à même de fournir. Et cela, d'autant plus que près de 80% des pharmacies sont membres d'un groupement.

Afin d'évaluer l'impact d'une autorisation de la communication pour les groupements, il est possible de se référer aux expériences internationales. En effet, la communication est autorisée dans la plupart des pays d'Europe et d'Amérique du Nord, et celle-ci a fait l'objet d'une abondante littérature scientifique. Globalement, cette littérature aboutit à 3 conclusions :

- **Communiquer permet d'améliorer l'observance**
- **Communiquer renforce la prévention en incitant à la consultation**
- **Communiquer favorise un suivi efficace des traitements**

Nous nous fondons sur les résultats de ces études pour estimer l'impact d'une ouverture de la communication des groupements sur le système français. Pour chacun des 3 points précédents, nous estimons **son impact sur les dépenses de santé** à partir des conclusions des études internationales et des données fournies par les institutions nationales.

Améliorer l'observance

Plusieurs études conduites au Canada, au Royaume-Uni ainsi qu'en Europe démontrent qu'une communication des groupements ciblée sur l'importance des traitements et la possibilité d'être conseiller par les pharmaciens tend à rassurer les patients et à convaincre les plus réfractaires – notamment les plus jeunes – de l'importance de l'observance des traitements. Il apparaît qu'une meilleure communication permet d'augmenter le taux d'observance moyen des patients de 6 à 7% – mauvaise observance et non observance –, ce qui se traduit par une baisse des coûts liés à l'inobservance de l'ordre de 1,2 à 1,4%.

Dans le cas français, une telle communication permettrait d'économiser plus de 40 millions d'euros par an sur le gaspillage des médicaments pour un total de **130 millions d'euros d'économies** sur l'ensemble des 9 milliards d'euros relatifs à l'inobservance.[1]

Inciter à la consultation 'préventive'

La communication des groupements s'avère aussi efficace pour renforcer les comportements préventifs des malades. En communiquant sur les actions préventives, l'existence des symptômes et les services proposés par les pharmaciens pour les dépister et les diagnostiquer, les groupements agissent comme **un relai de proximité aux campagnes nationales de prévention**, aussi bien en termes de vaccination que de consultations.

Bien qu'une estimation directe des économies générées ne soit pas possible, il est clair qu'une telle communication améliorerait l'efficacité du système de soins en permettant de diagnostiquer et de traiter des maladies à un stade encore précoce.

Dans le cas français, **cette communication serait particulièrement utile** étant donné la faiblesse des dépenses de prévention.

Assurer un suivi efficace

Accidents iatrogènes

Une communication mettant en valeur les aptitudes des pharmaciens à superviser les traitements des patients s'est avérée très efficace dans l'ensemble des pays observés. En effet, plusieurs études ont révélé que les patients désiraient être supervisés et suivis par leurs pharmaciens, et d'autres études démontrent que ces derniers sont parfaitement capables d'assurer ce suivi. Par ailleurs, la supervision et le suivi des pharmaciens rassurent les patients et améliorent l'image qu'ils ont de leur maladie.

Au-delà de cet aspect qualitatif fondamental, plusieurs études révèlent que ce suivi favorise la détection des risques liés à la polymédication ainsi qu'aux accidents

[1] Détail des calculs en section 2.1.2, p.22.

iatrogènes. Selon les études internationales, **le suivi permet de détecter et de prévenir 80% des accidents iatrogènes** et un tiers de ces accidents peuvent être évités par les pharmaciens eux-mêmes. Rapportés au cas français, ces résultats – rendus possibles par la communication des groupements sur les services fournis par les pharmacies – permettraient d'économiser près de **65 millions d'euros par an**.

Maladies de longues durées

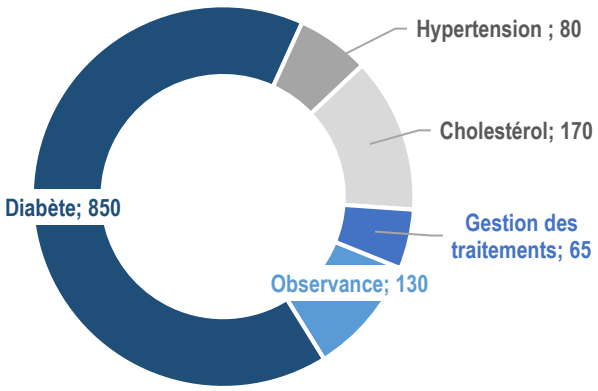
Le suivi et la supervision favorisent aussi une meilleure gestion des traitements médicamenteux. Plusieurs études ont révélé l'efficacité de ce suivi dans le cas de patients souffrant de diabète, d'hypertension ou de cholestérol. Dans chacun de ces trois cas, les compétences du pharmacien ont permis de réaliser des économies substantielles. **Concernant le diabète**, l'économie s'élève à près de 680 euros pour 30% des patients parmi les moins sévèrement touchés. Dans le cas français, cette économie représenterait **850 millions d'euros par an**.

De même, concernant **l'hypertension**, une économie de 32% a pu être réalisée pour plus de 10% des patients. Rapportées au cas français, ces économies s'élèveraient à **80 millions d'euros par an**.[2]

Enfin, les études ont révélé qu'une communication sur le suivi et le conseil relatifs au **traitement du cholestérol** permettaient d'économiser 17% des dépenses en médicaments. Dans le cas français, cette économie représenterait **170 millions d'euros par an.**

Economies générées par l'ouverture de la communication aux groupements *(millions d'euros)*

1,3 milliards d'euros d'économies par an



Ces résultats doivent être considérés *« a minima »* étant donné que d'autres maladies de longues durées pourraient bénéficier de la communication des groupements. Pour

[2] Détail des calculs en section 2.3.2, p.24.

autant, l'absence d'étude spécifique sur ces autres maladies rend impossible toute estimation supplémentaire. Aussi, les économies générées par la communication des groupements seraient **d'au moins 1,3 milliards d'euros par an**, sous réserve que l'efficacité de la communication soit la même qu'à l'étranger.

3. La communication des groupements : créatrice d'emplois

Les études internationales révèlent qu'une ouverture de la communication a deux effets opposés sur l'emploi.

- La communication étend le marché en fournissant de nouveaux services aux patients, ce qui a un effet positif et significatif sur la création d'emplois
- La communication peut renforcer une compétition entre les pharmacies, ce qui aurait un effet négatif sur l'emploi

Afin de définir l'effet net d'une ouverture de la communication des groupements sur l'emploi il est nécessaire de conduire une étude systématique de type économétrique. Nous réalisons cette étude à partir de 14 pays sur une période de 10 ans. Les pays sont répartis en 3 catégories selon qu'ils autorisent totalement, partiellement ou n'autorisent pas la communication des groupements. Deux méthodes sont utilisées pour définir l'impact de la communication sur le nombre de pharmaciens dans les pays.

Les résultats démontrent qu'une ouverture de la communication des groupements a un effet positif sur l'emploi – avec une élasticité de 12%. Rapporté au cas français, cela signifie qu'une ouverture de la communication permettrait de **créer plus de 10 000 emplois**.

Section 1

Etat des lieux

1. Un secteur sous tension

Les mesures d'économie sur le remboursement et la consommation de médicaments exercent une pression sur les officines dont le chiffre d'affaire tend à stagner.

Parallèlement, les pharmacies connaissent une concurrence accrue de la part des parapharmacies de la grande distribution et des ventes sur internet.

En conséquence, le secteur est aujourd'hui menacé comme le montre la croissance des fermetures et du taux de chômage des pharmaciens.

1.1. Les pharmaciens absorbent les économies imposées sur les dépenses de médicaments

- **Le médicament : premier levier d'économies de l'Assurance maladie**

La consommation de médicaments constitue l'une des principales sources de remboursement pour l'Assurance maladie. En 2014, les médicaments dispensés en ville ont représenté une dépense de 33,9 milliards d'euros, soit 17,8% de la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM). Ce coût est couvert aux trois quarts (70,4%) par la solidarité nationale.

Le médicament est le premier segment d'économies de la Sécurité sociale. Sur les cinq dernières années, celui-ci a supporté 50% des efforts d'économies budgétaires de l'Assurance maladie. Plusieurs mesures ont été déployées pour mieux maitriser la croissance des dépenses pharmaceutiques, tant en valeur qu'en volume :

- Chaque année, **les prix de nombreux médicaments sont revus à la baisse**. De 2004 à 2014, les tarifs des médicaments remboursables ont baissé de 29% en moyenne. En réaction, les prix des médicaments non remboursables ont augmenté, mais ceux-ci ne représentent que 12% du marché. Cette année, les réductions tarifaires orchestrées par le ministère de la Santé devraient engendrer une économie de 550 millions d'euros pour les finances publiques.
- Chaque année, **le taux de remboursement de certains médicaments est revu à la baisse** suivant l'évaluation de leur service médical rendu. Parfois, des déremboursements complets sont opérés.
- **La substitution des médicaments de référence par leurs génériques est décidée par les pouvoirs publics**, notamment avec l'instauration des tarifs forfaitaires de responsabilité (TF), qui a aligné le remboursement des médicaments de référence sur le prix des génériques, et le renforcement de la mesure « tiers-payant contre génériques ». La

promotion des génériques devrait se traduire en 2016 par une économie de 395 millions d'euros.

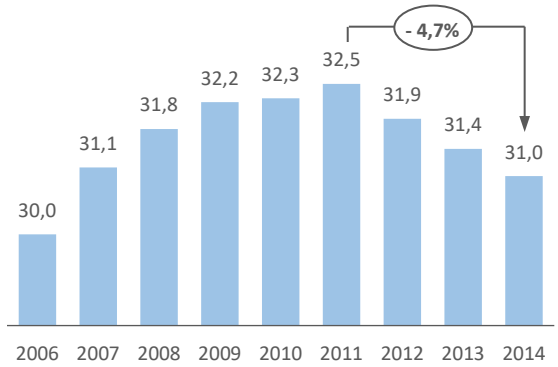
- **Les médecins sont encouragés à rationaliser leurs prescriptions pharmaceutiques** dans le cadre de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), entrée en vigueur en 2012. Dans ce contexte, les dépenses de médicaments sont en diminution depuis 2012 avec une baisse de 1,1% pour l'année 2014 et une baisse du nombre moyen de médicaments prescrits de 25,5% entre 2010 et 2015.[3]
- En 2008, un ticket modérateur de 50 centimes d'euro par boîte de médicament a été introduit pour **responsabiliser les patients dans leur consommation pharmaceutique**.

Des mesures d'économies efficaces

Les dépenses pharmaceutiques ont sensiblement marqué le pas sur les dix dernières années. Entre 2006 et 2014, les dépenses en médicaments (+9%) ont progressé deux fois moins rapidement que la CSBM (+24%). Une contraction historique du marché pharmaceutique a même été observée de 2012 à 2014.

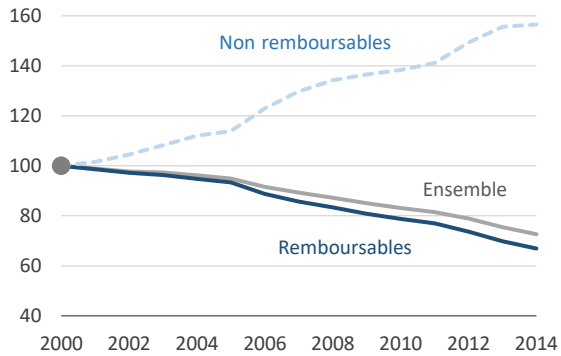
Suivant les comptes de la santé, la consommation de médicaments « de ville » a progressé de 2,7% en 2014, après deux années de baisses historiques (-1,3% en 2012 et -1,7% en 2013). L'évolution de 2014, en apparence positive, repose toutefois sur le dynamisme des rétrocessions hospitalières, soit les médicaments délivrés par les hôpitaux mais comptabilisés en ville. Avec l'arrivée des nouveaux traitements contre le virus de l'hépatite C dispensés en pharmacies hospitalières, et dont le coût s'est élevé en 2014 à 1,1 milliard d'euros, les rétrocessions ont augmenté de 83% pour atteindre 2,9 milliards d'euros avant remise. **Hors rétrocession, la consommation de médicaments « de ville » s'est contractée en 2014 (-1,4%) pour la troisième année consécutive**. Le marché des médicaments dispensés en ville a ainsi perdu 4,7% de sa valeur entre 2011 et 2014.

Consommation de médicaments « de ville »
Hors rétrocessions hospitalières ; en milliards d'euros



Source : Comptes de la santé, calculs Asterès

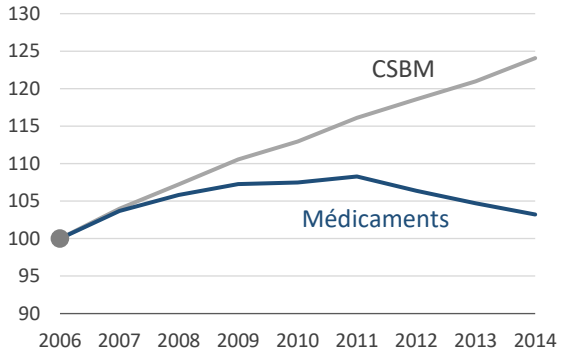
Evolution des prix des médicaments
Indice base 100 = 2000



Source : Comptes de la santé

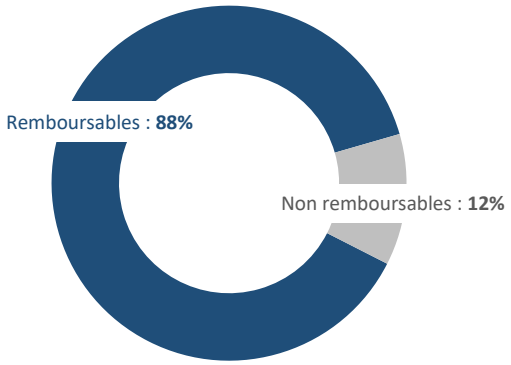
[3] PLFSS 2016, *Programme de Qualité et d'Efficience « Maladie »*.

Evolution de la dépense de soins et de médicaments
Hors rétrocessions hospitalières, base 100 = 2006



Source : Comptes de la santé, calculs Asterès

Structure de la dépense de médicaments
En pourcentage de la dépense totale



Source : Comptes de la santé, calculs Asterès

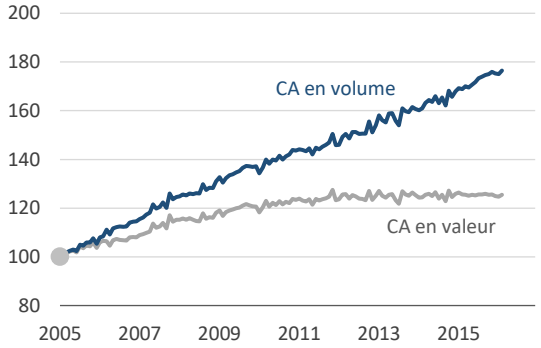
1.2. Le modèle français doit évoluer

Le chiffre d'affaires du secteur stagne en tendance

Le « commerce de détail de produits pharmaceutiques en magasin spécialisé » (NAF 47.73Z[4]) génère **un chiffre d'affaires annuel de 40,8 milliards d'euros** et emploie **plus de 100 000 salariés en équivalent temps plein**.[5]

Suivant l'indice de chiffre d'affaires mesuré par l'INSEE, **les ventes des officines, qui comprennent la distribution de médicaments, d'articles de parapharmacie, de bien-être, de beauté et autres, stagnent en valeur depuis quatre années**. En volume, l'activité officinale a cependant continué de progresser, signe d'une demande de santé et de bien-être toujours très dynamique. Le secteur des officines vend donc chaque année davantage mais n'en tire pas de bénéfice en termes de chiffre d'affaires.

Chiffre d'affaires du commerce de détail de produits pharmaceutiques en magasin spécialisé (NAF 47.73Z)
Indice base 100 = 2005



Source : INSEE

La stabilité du chiffre d'affaires s'explique par **deux tendances de sens contraire** :

- **La baisse des prix des médicaments** ;
- **La croissance des revenus annexes des pharmaciens**.

Depuis 2012, la délivrance des génériques par les pharmaciens donne lieu à une **rémunération sur objectif de santé publique** (ROSP). Ce revenu s'est élevé pour la profession à 154 millions d'euros en 2014.

[4] Ce code NAF comprend les officines de pharmacien ainsi que les commerces d'herboristerie et l'exécution de préparations magistrales. Les officines représentent toutefois 88% des entreprises du secteur, et vraisemblablement davantage encore en termes de chiffre d'affaires.
[5] « Caractéristiques comptables, financières et d'emploi des entreprises », http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=2013

En contrepartie d'une réduction de la marge sur chaque médicament vendu, la loi de financement de la Sécurité sociale de 2012 a introduit **deux honoraires de dispensation**, effectifs depuis le 1er janvier 2015. Il s'agit :

- D'un **honoraire de conditionnement**, de 0,82 euro par boîte ou 2,76 euros pour un traitement trimestriel (une boîte pour trois mois) ;
- D'un **honoraire d'ordonnance complexe**, pour les prescriptions de plus de cinq médicaments, d'une valeur de 0,51 euro par ordonnance.

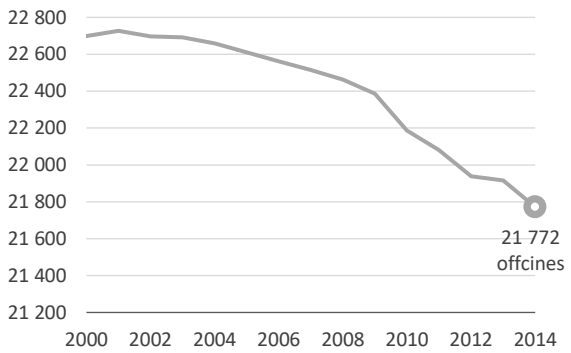
Caractéristiques comptables, financières et d'emploi des unités légales
Source : INSEE-ESANE 2013

	Commerce de détail de produits pharmaceutiques en magasin spé. 47.73Z	Commerce de détail d'articles médicaux et orthopédiques en magasin spé. 47.74Z	Commerces de détail d'optique 47.78A	Commerce de détail de parfumerie et de produits de beauté en magasin spé. 47.75Z
Nombre d'unités légales	**25 786**	**2 868**	**10 352**	**3 318**
Effectifs salariés en equivalent temps plein	**103 497**	**10 972**	**27 307**	**22 990**
Par entreprise	*4,0*	*3,8*	*2,6*	*6,9*
Effectifs salariés au 31 décembre	**127 019**	**12 943**	**31 527**	**27 339**
Par entreprise	*4,9*	*4,5*	*3,0*	*8,2*
Chiffre d'affaires Hors Taxes	**40 783 M€**	**2 253 M€**	**5 505 M€**	**4 511 M€**
Par entreprise	*1 581 579 €*	*785 425 €*	*531 810 €*	*1 359 494 €*
Par salarié ETP	*394 046 €*	*205 304 €*	*201 608 €*	*196 207 €*
Excédent brut d'exploitation	**3 335 M€**	**222 M€**	**494 M€**	**235 M€**
En % du CA	*8,2%*	*9,9%*	*9,0%*	*5,2%*
Résultat net comptable	**3 085 M€**	**100 M€**	**273 M€**	**-13 M€**
En % du CA	*7,6%*	*4,4%*	*5,0%*	*-0,3%*
Investissements corporels bruts	**360 M€**	**102 M€**	**143 M€**	**206 M€**
EN % du CA	*0,9%*	*4,5%*	*2,6%*	*4,6%*

Le secteur se concentre

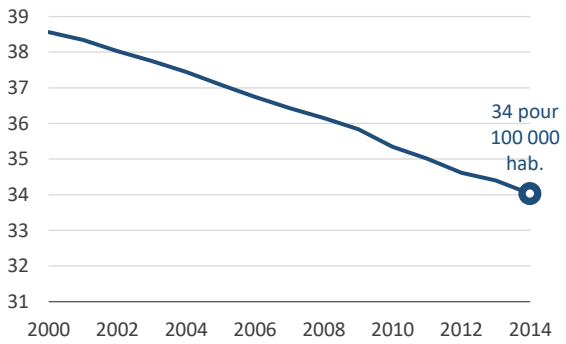
La démographie des officines se contracte depuis plus de dix ans. L'ordre national des pharmaciens a dénombré 21 772 officines en 2014, soit 4% de moins qu'en 2004. La population française ayant continué d'augmenter, la densité est passée de 37 établissements pour 100 000 habitants en 2004 à 34 en 2014, soit un recul de 9%.

Démographie des pharmacies
Champ : France métropolitaine



Source : Ordre national des pharmaciens

Densité des pharmacies
Nombre de pharmacies pour 100 000 habitants

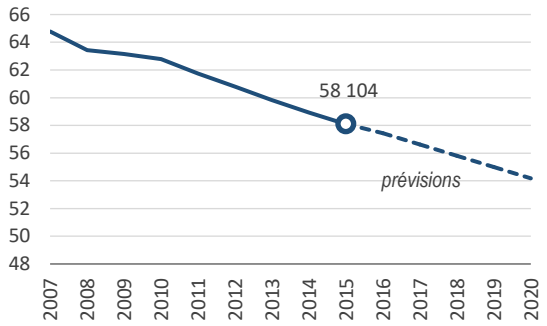


Source : Comptes de la santé

■ **La désertification médicale se poursuit**

La désertification médicale est un problème ancien que les politiques publiques échouent à résoudre depuis 30 ans. Le problème s'aggrave actuellement avec des départs en retraite non compensés par l'arrivée de jeunes praticiens. On compte en France environ 58 000 médecins généralistes libéraux et mixtes en activité, contre plus de 64 000 en 2007. A horizon 2020, leur nombre devrait passer sous la barre des 55 000.

Effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes
Au 1er janvier



Source : Ordre des médecins

Contrairement aux médecins généralistes, il n'y pas de territoire délaissé par les officines. Dans de nombreuses situations, ils constituent la porte d'entrée naturelle dans le parcours de soins.

Les officines proposent un service de proximité et couvrent de manière satisfaisante l'ensemble du territoire français, notamment les zones sous-médicalisées. Elles permettent ainsi de toucher une population pouvant rencontrer des difficultés à consulter rapidement un médecin suite à l'apparition des premiers symptômes.

Les services de santé en officine permettent notamment de toucher des populations qui rechignent à consulter un médecin avant que leurs symptômes ne s'aggravent et n'affectent la poursuite de leur activité professionnelle.

2. Un rôle de conseil et de suivi appelé à évoluer

La baisse de la démographie médicale se traduit par un manque de médecins sur le territoire, notamment dans les espaces ruraux. Dans ce contexte, le secteur de la pharmacie demeure le premier interlocuteur des patients et leur maillage du territoire demeure fondamental. Aussi, ce maillage aujourd'hui menacé doit être conforté par un élargissement des compétences des pharmacies et groupements de pharmacies.

Par ailleurs, le développement de l'automédication implique nécessairement un développement du rôle des pharmaciens afin de conseiller les patients mais aussi d'assurer un suivi des effets des traitements.

Le rôle du pharmacien dépasse la vente de médicaments et doit s'orienter vers la fourniture de service de soins. Suivant cette logique, la loi HPST avait fourni un cadre favorable au

développement de l'activité des officines en leur attribuant de nouvelles missions de service public ainsi que de nouvelles compétences thérapeutiques. Ainsi ces dernières devaient devenir un acteur clé dans la prise en charge des patients, à travers des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'accompagnement mais aussi de dépistage. De plus, les officines étaient aussi autorisées à traiter directement certaines pathologies.

Pourtant, **la loi HPST tarde à porter ses fruits en raison de la lenteur de son application**, de la faible ouverture des maladies éligibles aux entretiens en officines et des réformes visant à réduire leur périmètre d'activité. A cela s'ajoute **le manque d'information des patients pourtant favorables** à un suivi et un élargissement des compétences des officines.

Ainsi, **les groupements de pharmacies restent sous-exploités** alors que l'amélioration du système de soins passe nécessairement par un développement de leur activité et de leurs compétences. Les groupements sont dans leur rôle d'apporter cette amélioration s'ils avaient la possibilité de communiquer.

2.1. Des perspectives ambitieuses dessinées par la loi HPST

Adoptée le 21 juillet 2009, **la loi HPST a pour ambition de réformer en profondeur le système de santé français**. Cette loi redéfinit l'organisation des services sanitaires en donnant la priorité aux soins primaires. Au travers de son article 38, elle a considérablement étendu les missions des pharmaciens d'officine. Au-delà de leurs compétences traditionnelles de contrôle des ordonnances, d'information pharmaceutique et de distribution de médicaments, **les pharmaciens se sont en effet vus attribuer de nouvelles missions de service public et de nouvelles compétences thérapeutiques**. Ils ont ainsi vocation à devenir de véritables acteurs de santé intervenant dans la prise en charge des patients.

Acteurs de **l'organisation des soins**, les pharmaciens devront notamment :

- **Orienter les patients** dans le parcours de soins ;
- Participer à la **permanence des soins** ;
- **Collaborer** avec les autres professionnels de santé par le biais de partenariats ;
- Concourir aux **actions de veille et de protection sanitaire** organisées par les autorités publiques.

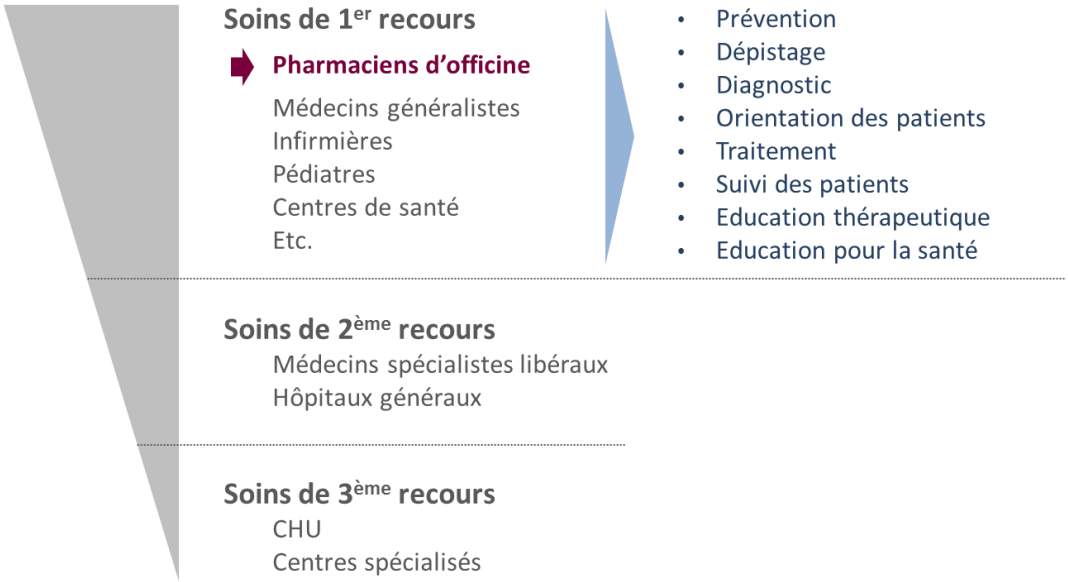
La loi HPST devrait par ailleurs permettre aux pharmaciens de délivrer des **services thérapeutiques** :

- En assurant des **prestations de dépistage** des maladies et de **prévention** des risques sanitaires ;
- En participant à l'**éducation thérapeutique** et aux actions **d'accompagnement des patients** ;
- En proposant des **conseils et des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes** ;

- En assurant la **fonction de pharmacien référent** pour des établissements accueillant des personnes âgées ou pour une assistance à domicile ;
- En endossant à la demande du patient **le rôle de correspondant** dans le cadre d'actions de coopération interprofessionnelle. A ce titre, le pharmacien peut, à la demande du médecin ou avec son accord, **renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster leur posologie et effectuer des bilans de médication.**

Organisation des soins en niveau de recours, selon la loi HPST

Les pharmaciens : des professionnels de soins de premier recours



2.2. En pratique, les compétences des pharmaciens tardent à être étendues

Bien que la loi HPST se soit concrétisée par la signature d'une nouvelle convention nationale pharmaceutique, le 6 mai 2012, modifiée à ce jour par 7 avenants, son application demeure très parcellaire. Notamment, **aucune avancée réglementaire n'a été réalisée en matière de conseils et de prestations en officine destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes**. Or il s'agit là de compétences essentielles pour faire des pharmaciens des acteurs de premier plan dans la délivrance et l'organisation des soins de premier recours.

- **Sept ans après l'entrée en vigueur de la loi HPST, seuls deux types d'entretiens pharmaceutiques peuvent être pratiqués**

Depuis l'adoption de la loi HPST en 2009, seuls deux nouveaux services aux patients ont été introduits en officine :

- **L'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux**[6]
- **L'accompagnement des patients asthmatiques**.[7]

Ces accompagnements prennent la forme **d'entretiens pharmaceutiques individuels**, réalisés dans un espace de confidentialité aménagé en officine. Les patients concernés reçoivent par courrier une invitation de la Sécurité sociale (anticoagulant) à se rendre dans une officine pour un suivi thérapeutique. Ils peuvent également être invités directement par leur pharmacien lors de leurs passages en officine. S'ils acceptent le suivi, les patients sous anticoagulants oraux ou asthmatiques bénéficient de **deux rendez-vous pris en charge par la sécurité sociale et confidentiels au cours de l'année**. Il s'agit pour les pharmaciens :

- D'informer et de conseiller sur le bon usage des médicaments ;
- De contrôler la bonne observance et l'efficacité du traitement ;
- D'effectuer, pour les patients sous anticoagulants oraux, un examen biologique de la vitesse de coagulation sanguine (test INR) ;
- D'informer, en cas de besoin et avec l'accord des patients, les médecins prescripteurs d'éventuelles complications.

En contrepartie de ce nouveau service, **les pharmaciens perçoivent une rémunération forfaitaire annuelle de 40 euros par patient ayant adhéré au suivi**.

Ces entretiens présentent **une réelle amélioration de l'efficience du système de santé** :

- Les anticoagulants oraux constituent la première cause d'iatrogénie médicamenteuse[8] grave en France. Alors que ces médicaments, consommés chaque année par plus d'un million de Français, sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès par an, seule la moitié des patients concernés dispose d'un carnet de suivi. L'amélioration de l'accompagnement et de l'éducation thérapeutique des patients sous anticoagulants oraux devrait permettre d'atténuer sensiblement les risques d'iatrogénie, et donc de réduire le nombre d'hospitalisations et les coûts associés pour l'Assurance maladie.
- Environ 4,5 millions de Français sont asthmatiques. Un patient asthmatique sur quatre est insuffisamment contrôlé, avec pour conséquence des crises plus fréquentes, une altération de la qualité de vie et un recours plus fréquent aux hospitalisations. Chaque année, l'asthme est ainsi responsable de 15 000 hospitalisations et de 1 000 décès. L'amélioration de l'observance et de l'éducation thérapeutique par les entretiens pharmaceutiques devrait s'accompagner d'une baisse du nombre d'hospitalisations et des arrêts de travail liés à l'asthme.

Ce modèle pertinent de suivi thérapeutique devrait être progressivement élargi à d'autres pathologies chroniques. Les prochaines maladies éligibles aux entretiens pharmaceutiques devraient être :

- **le diabète**, soit la maladie chronique la plus répandue, avec plus de 3 millions de Français concernés. Le coût du diabète progresse à raison d'un milliard d'euros par an ; une

[6] Avenant n°1 à la convention nationale pharmaceutique entré en vigueur en juin 2013.
[7] Avenant n°4 à la convention nationale pharmaceutique entré en vigueur en décembre 2014.
[8] Effet secondaire néfaste résultant d'un traitement pharmaceutique.

progression qui, d'après l'IGAS[9], serait directement liée à l'inadéquation du suivi des patients. Le corps d'inspection préconise ainsi une réorganisation du système de soins de premiers recours pour les patients diabétiques, et plus généralement pour les patients souffrant d'une maladie chronique.

- **l'hypertension**, avec plus de 14 millions de Français concernés ;
- **les dyslipidémies**,[10] avec 12 millions de Français concernés.[11]

2.3. Les pharmaciens, garants d'une automédication raisonnée

Le développement de l'automédication raisonnée est essentiel à la pérennité et à l'efficience du système de soins français. Il revient aux pharmaciens d'accentuer la communication auprès du grand public pour soutenir l'automédication.

Définition de l'automédication
Source : Afipa

	Ordonnance facultative	Ordonnance obligatoire
Médicaments remboursables	**Médicaments de PMF remboursables**	**Médicaments de prescription remboursés**
Médicaments non remboursables	**Médicaments de PMF non remboursables**	**Médicaments de prescription non remboursés**

Conseil du pharmacien = automédication raisonnée

Prescription par le médecin

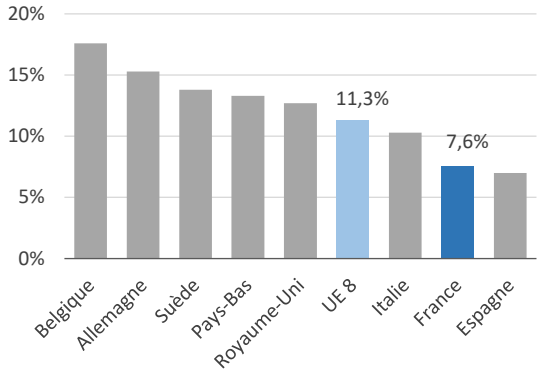
Pour cette raison, l'autonomisation et la responsabilisation des patients, *via* l'éducation à la santé, l'éduction thérapeutique et l'automédication doivent devenir des préoccupations centrales des autorités sanitaires.

Sur conseil d'un pharmacien, de nombreuses pathologies peuvent être traitées à partir de médicaments accessibles sans ordonnance, telles que les rhumes, grippes, toux et maux de gorge. L'automédication est également pertinente pour les médicaments dit de « style de vie », comme ceux utilisés pour le mal des transports, le sevrage tabagique, les régimes alimentaires.

[9] IGAS (2012). Evaluation de la prise en charge du diabète.
[10] Concentration anormalement élevée ou diminuée de lipides dans le sang.
[11] www.vidal.fr/recommandations/1469/dyslipidemies/la_maladie/

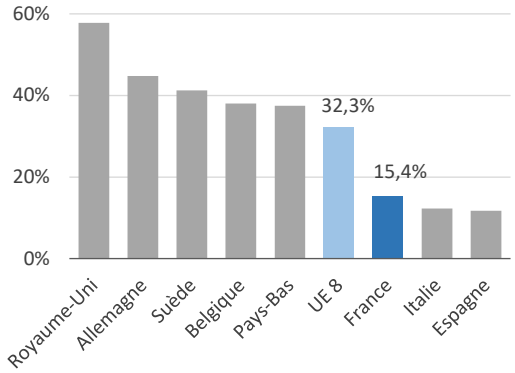
Bien que les Français soient de grands consommateurs de médicaments, l'automédication se révèle très peu développée en France relativement aux autres pays Européens. En 2014, l'automédication a représenté en France 2,1 milliards d'euros, soit 7,6% du marché. En nombre de boîtes, l'automédication représente 15% du marché, contre une moyenne de 32% dans les 8 principaux pays européens.

Part de marché de l'automédication, en valeur
Année 2014



Source : Afipa

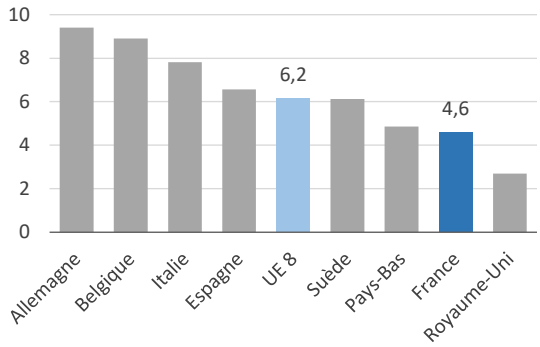
Part de marché de l'automédication, en volume
Année 2014



Source : Afip

Alors que les produits d'automédication sont en France bon marché (4,6 euros en moyenne, contre 6,2 euros dans les 8 principaux pays européens), les Français privilégient très largement la consommation de produits avec une ordonnance, bénéficiant ainsi d'une prise en charge financière par l'Assurance maladie et leur complémentaire santé. En moyenne, ils ne dépensent ainsi que 32 euros en automédication, contre 57 euros[12] pour les médicaments nécessitant une prescription. Les Français sont ainsi les européens qui consomment le plus de médicaments mais qui dépensent directement le moins.

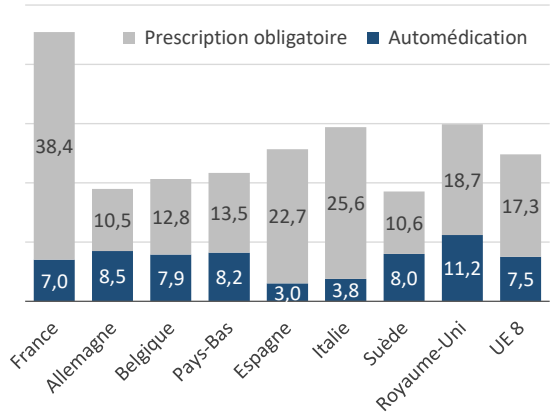
Prix moyen TTC des spécialités en automédication
Année 2014



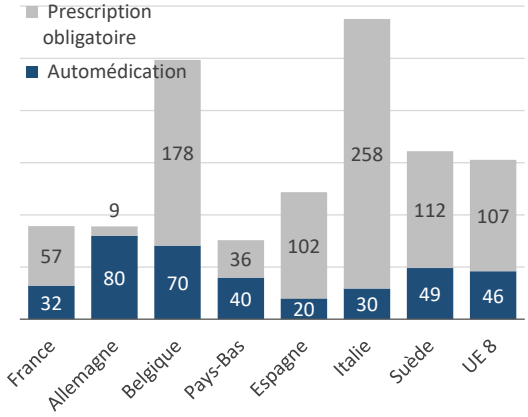
Source : Afipa

[12] Après intervention des assurances.

Consommation médicamenteuse par habitant, en volume
Année 2014



Prise en charge individuelle
Année 2014



Source : Afipa

D'après l'Afipa[13], un espace en libre accès permet de développer le chiffre d'affaires « automédication » des officines de 4%.

Suivant une enquête Ipsos-Afipa, 8 Français sur 10 ont eu recours à de l'automédication en 2015. Pour ceux-ci, les symptômes ont disparu dans 92% des cas sans qu'il y ait eu recours à une consultation médicale. Les médecins interrogés dans l'enquête considèrent d'ailleurs que, en moyenne, 16% de leurs consultations pourraient être traitées en automédication. Selon 59% d'entre-deux, l'automédication peut aider à désengorger les cabinets. Ils sont par ailleurs 63% à penser que l'automédication peut les aider à se recentrer sur les problèmes de santé lourds.[14]

2.4. La communication des groupements, élément clé d'une transition réussie

Dans un contexte d'économies des dépenses publiques auxquelles s'ajoutent la désertification médicale et la faiblesse de l'automédication, la **transition du modèle français doit passer par une meilleure communication** du secteur pharmaceutique à l'attention des patients.

En effet, la baisse du nombre de médecins et l'objectif d'économies des dépenses impliquent de renforcer les activités de conseil et de suivi des pharmacies. Or, si la loi HPST va dans ce sens, les **restrictions pesant sur la communication des pharmacies, et plus particulièrement des groupements expliquent son faible succès**.

En favorisant la délégation d'activités de conseil et de consultation et en renforçant les activités de suivi et de prévention des pharmacies, la loi HPST replace le secteur au cœur du parcours de soins. Pour autant, **une telle réforme du système ne peut être efficace si les groupements de pharmacies ne sont pas en mesure de communiquer** directement auprès des patients l'existence de ces nouvelles activités de services, d'information et de prévention.

[13] Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable.
[14] Ipsos-Afipa (2015). Les Français, les médecins généralistes et l'automédication responsable.

Etant donné les coûts de communication, il est clair que les groupements sont à même de les supporter efficacement car il s'agit d'une activité à rendements d'échelle croissants qui nécessite de toucher un public large afin de compenser l'ampleur des dépenses. La restriction de la communication de la part des groupements réduit donc considérablement la progression des activités nouvelles de l'ensemble du secteur, annulant par la même occasion les résultats attendus en termes de prévention, de rationalisation du parcours de soin et *in fine* d'économies pour l'assurance maladie. Cette restriction est d'autant plus néfaste que près de 80% des pharmacies françaises sont membres d'un groupement. Aussi, une ouverture de la communication bénéficierait immédiatement à l'ensemble du secteur de la pharmacie.

2.4.1. Résultats attendus en termes de santé publique

- **Améliorer la prévention**

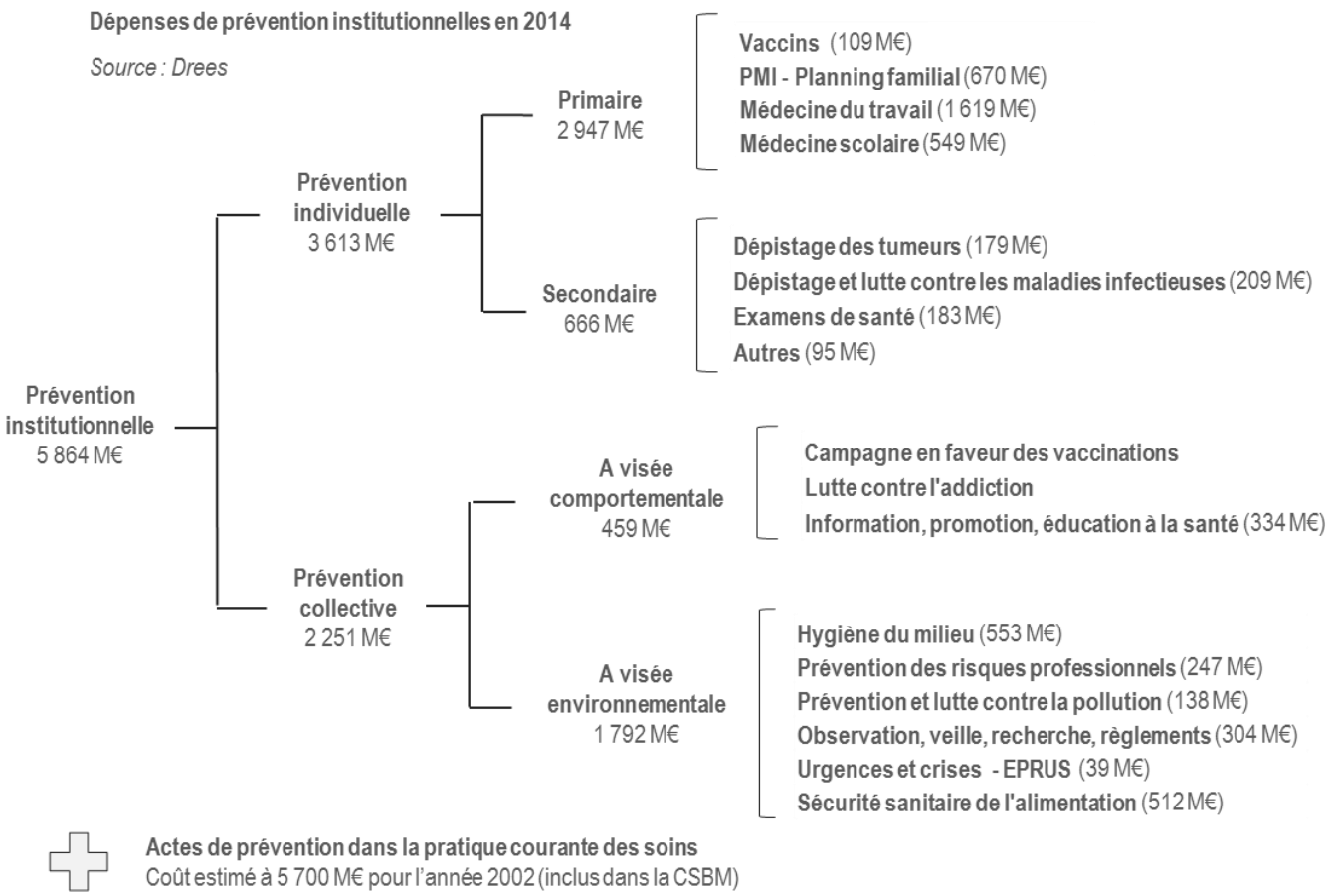
Les efforts de prévention sont en France largement insuffisants. Nous les estimons à 5 milliards d'euros, soit seulement 2% de la dépense totale de santé ; un montant tout juste comparable à la moyenne européenne mais bien inférieur à l'Allemagne (3,1%), aux Pays-Bas (3,7%) et au Royaume-Uni (4,2%).[15] Ce manque de prévention se traduit chaque année par un coût financier et humain considérable. L'extension des missions des pharmaciens d'officine, prévue par la loi HPST, devrait contribuer à développer le versant prévention du système de santé.

La France peut se prévaloir de conditions sanitaires particulièrement favorables, même comparées aux autres pays de l'OCDE si on se base sur l'indicateur phare de l'espérance de vie. Toutefois, on relève en France une forte mortalité prématurée évitable et des inégalités notables d'espérance de vie entre sexes, catégories socioprofessionnelles et territoires. Or l'importance de la mortalité prématurée et l'ampleur des inégalités sanitaires traduisent un déficit de prévention et une insuffisance de son efficacité envers certaines populations fragiles. Des progrès colossaux restent à réaliser en France en matière :

- de lutte contre la consommation de tabac, responsable de 73 000 décès prématurés chaque année ;
- de lutte contre les consommations excessives d'alcool, responsables de 49 000 décès par cancer, cirrhose, psychose chaque année ;
- de promotion d'une alimentation saine. L'obésité accroît sensiblement le risque de nombreuses maladies graves, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, les troubles respiratoires, les déficiences rhumatologiques, les troubles du métabolisme, les troubles veineux et de la peau, ou encore certains cancers. En 2012, 14,2% des Français adultes étaient obèses.[16]
- de dépistage précoce des maladies et en matière de vaccination. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière manque chaque année son objectif, fixé à 75% de la population à risque. Lors de la saison 2014-2015, elle n'a atteint que 46% de la population ciblée, contre 60% en 2009-2010.[17] Or il est estimé que la vaccination antigrippale des personnes

[15] OCDE, indicateurs de dépenses de santé, doi : 10.1787/health_e_f-data-en.
[16] OCDE, statistiques sur la santé 2015.
[17] www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Grippe.

âgées réduit leur risque d'hospitalisation pour cause de grippe de 33% à 50%, et leur risque de mortalité associée à la grippe de plus de 50%.[18]



2.4.2. Résultats attendus en termes de rationalisation des parcours de soins

La France compte de moins en moins de médecins généralistes alors que sa population ne cesse d'augmenter. Il est donc nécessaire de soutenir les mesures de délégations de tâches qui consistent à autoriser certaines professions de santé, comme les pharmaciens et les infirmières et infirmiers, à réaliser certains actes « basiques » aujourd'hui réservés aux médecins. Les délégations de tâches permettent ainsi de libérer du temps médical afin que les médecins puissent se concentrer sur les actes à forte valeur ajoutée médicale.

La baisse de la démographie médicale se traduit par un manque de médecins dans certains territoires. Pour certains patients, il en résulte des délais d'attente préjudiciables à leur état de santé. Le dépistage en officine peut contribuer à désengorger les cabinets de médecine générale

[18] www.oecd.org/fr/france/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2013-Communiqu%C3%A9-de-presse-France.pdf

2.4.3. Résultats attendus en termes d'économies pour l'assurance maladie

La prévention des risques et le dépistage précoce des maladies permettent de limiter leur apparition ou leur aggravation et de réduire les durées de convalescence. Il s'en suit logiquement une réduction des dépenses de soins et, pour les cas impliquant un arrêt de travail, une réduction des indemnités journalières.

Les conseils en pharmacie permettent d'orienter les patients vers une absence de médication, une médication sans ordonnance ou vers une consultation médicale. Par exemple, en cas d'angine ou de grippe, et suivant l'état du patient, le coût d'une consultation peut ainsi être évité pour l'assurance maladie.

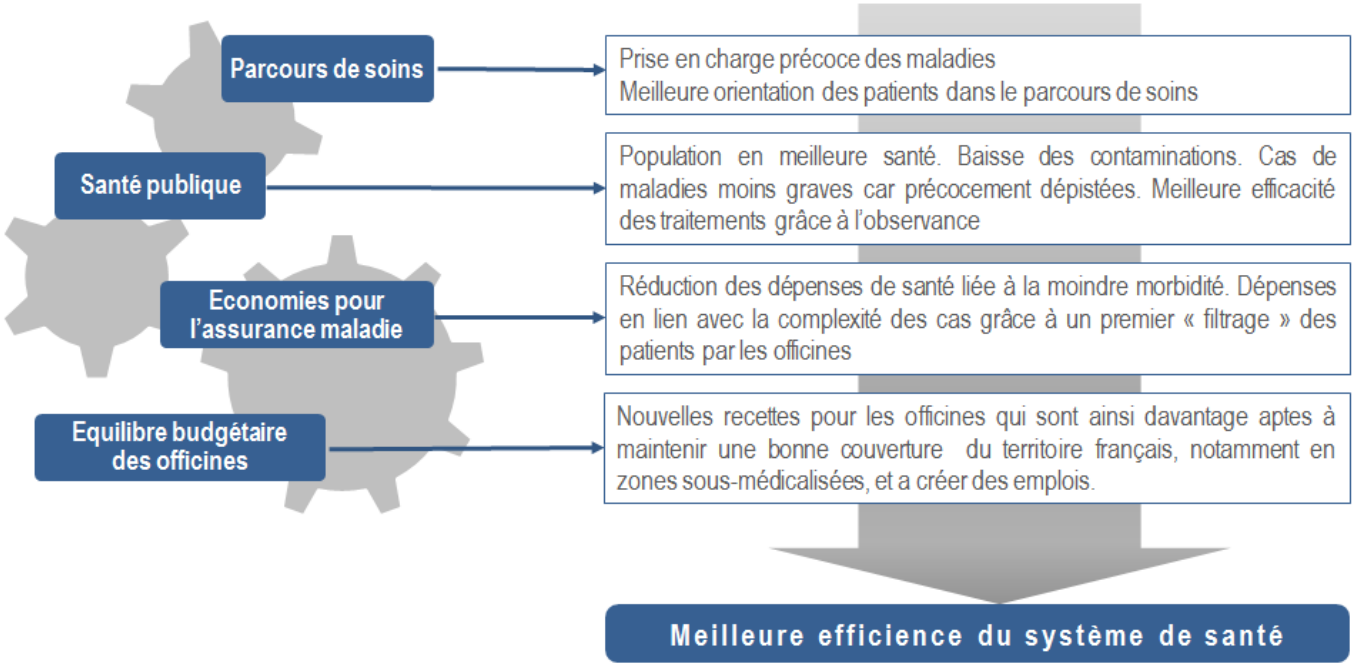
La consommation de produits de parapharmacie permet d'améliorer la santé et le bien-être des individus sans rien coûter à l'assurance maladie.

2.4.4. Résultats attendus en termes d'équilibre budgétaire et d'emplois pour les officines

La réduction des prix des médicaments et les déremboursements constituent le premier levier d'économies budgétaires pour l'assurance maladie. La rentabilité des officines est impactée par ces mesures. Sous la pression financière, le secteur se concentre et cherche à développer de nouvelles sources de recettes (produits de beauté et de bien-être notamment). La possibilité offerte aux officines de pratiquer davantage d'actes de santé (conseil, prévention, suivi…) peut s'analyser comme une contrepartie budgétaire à la baisse du prix des médicaments.

Les recettes supplémentaires induites pour les officines devraient contribuer à préserver leur présence sur tout le territoire français, ainsi qu'à développer l'emploi dans le secteur.

Nous étudierons également la capacité des nouvelles activités à générer des emplois indirects.



Section 2

La communication des groupements : expériences étrangères et impact en France

Un nombre croissant d'études scientifiques met en évidence l'importance de la communication des groupements à l'attention des patients.[19] La communication, à travers les médias généralistes et spécialisés, dans les officines comme au dehors et par l'intermédiaire de brochures, se révèle très efficace pour ***i)*** **favoriser l'observance des traitements**, ***ii)*** **développer la prévention et inciter à la consultation**, ***iii)*** **assurer la gestion des traitements médicamenteux**.

La communication des groupements est **autorisée dans la majorité des pays développés** bien que sa réglementation diffère d'un pays à l'autre.[20]

- **Aux Etats-Unis et en Nouvelle-Zélande**, la communication et la publicité par les groupements sont autorisées quels que soient les produits et les services faisant l'objet de promotion. Ainsi, la communication peut porter sur les médicaments remboursés ou non et sur l'ensemble des services de conseil, de suivi, de dépistage et de vaccination.
- **Au Royaume-Uni et au Canada**, la communication est strictement réglementée concernant les médicaments remboursés mais autorisée lorsqu'il s'agit de médicaments non remboursés et de services fournis par les groupements. Au sein de ces deux pays, la communication porte principalement sur les services fournis par les membres des groupements et sur la disponibilité de certains nouveaux médicaments. Contrairement aux Etats-Unis et à la Nouvelle-Zélande, la publicité comparative n'est pas autorisée.
- Plusieurs pays d'Europe continentale – **Allemagne, Belgique, Espagne, Finlande, Italie, Pays-Bas, Pologne, Slovénie, Suède** – autorisent la communication des groupements, bien que celle-ci soit davantage encadrée qu'au Royaume-Uni et au Canada. Comme dans ces deux pays, la communication sur les médicaments remboursés n'est pas autorisée. De plus, la communication doit reposer sur des bases scientifiques, être exacte et sincère et éviter toute sollicitation directe des clients. De même, la communication n'est pas autorisée dans les cabinets médicaux. Aussi, le degré d'autorisation de la communication est plus restreint et donne davantage de moyens aux pouvoirs publics. Néanmoins, la communication demeure autorisée.

Du point de vue économique, **l'interdiction totale de la communication ne peut servir l'intérêt général** car l'ignorance des patients concernant la disponibilité de nouveaux traitements, l'existence de médicaments ou de services fournis par les pharmacies diminue la prévention, réduit le niveau de connaissance des patients quant à la possibilité de se soigner et représente un coût pour l'assurance sociale en même temps qu'un manque à gagner pour les pharmacies et pour le secteur de la pharmacie en général.[21]

[19] L'Annexe 1 détaille les principales études utilisées dans ce document.
[20] Commission européenne (2005), ICLG (2016).
[21] Philispen (2013).

Au-delà de la simple logique économique, l'impact de la communication des pharmaciens et plus particulièrement des groupements a fait l'objet d'un grand nombre d'études au cours des deux dernières décennies et les résultats ont démontré **l'influence positive de la communication**.

1. Communiquer renforce l'observance

1.1. Expérience internationale

La communication peut renforcer l'observance des traitements en assurant l'éducation des patients. La prise de conscience de l'intérêt d'un traitement, mais aussi des effets attendus ainsi que des effets secondaires favorise le suivi des traitements.[22] En effet, le manque de connaissance sur les effets des traitements ainsi que sur leur importance a un effet négatif sur l'observance des traitements, et particulièrement chez les jeunes adultes.[23]

- Dans ce contexte, la communication des groupements de pharmacies sur les traitements s'est avérée très efficace dans l'ensemble des pays étudiés. Globalement, il apparaît que **la communication via la télévision et la radio agit comme un « rappel »** de l'importance du traitement et ce faisant incite les patients à suivre les prescriptions des médecins. A titre d'exemple, plusieurs études portant sur des patients diabétiques ont démontré que la publicité pour les traitements ainsi que la publicité relative au suivi des patients favorisaient l'observance des traitements, et notamment des traitements lourds. [24] Cet effet positif est dû à **une meilleure acceptation du traitement**, résultant d'un conseil de la part des pharmaciens qui rassure les patients mais aussi au fait que les patients traités avec succès assurent ensuite directement la promotion du traitement auprès d'autres patients diabétiques.[25] En moyenne, la communication sur les traitements et le suivi du diabète a entrainé une hausse de 7% du taux d'observance. L'effet est similaire concernant l'observance des traitements relatifs à l'hypertension,[26] et du cholestérol.[27]

- Par ailleurs, au-delà des traitements de longues durées, la communication permet aussi de rappeler aux patients les compétences du pharmacien concernant la quantité de médicaments nécessaire au traitement ainsi que la pertinence des différentes prescriptions. Ce type de communication s'est avéré très efficace au Royaume-Uni et au Canada, pays dans lesquels **la crédibilité du pharmacien s'est vue renforcée**, au point que 50% des patients affirment suivre totalement les conseils de leur pharmacien concernant la prise de médicaments et la quantité nécessaire[28] et 98% se disent prêts à être supervisés par leur pharmacien durant leur prise de médicaments.[29]

---

[22] Schibley (1997). Voir aussi Sarkadi (1999), Grabenstein (1998).
[23] Center for Disease Control and Prevention (2003), Taitel (2013).
[24] Calfee (2002), Bradford (2006).
[25] A cet égard, Sarkai observe que 50% des patients diabétiques affirment mieux vivre avec leur maladie une fois qu'ils sont suivis par leur pharmacien.
[26] Issets (2003).
[27] Simpson (2001).
[28] Schibley (1997).
[29] Luger (2000). Matheson (1999) observe aussi que 33% des patients sous méthadone préfèrent prendre leur traitement sous la supervision directe du pharmacien au sein de son officine.

1.2. Application au cas français

Les études internationales ont montré qu'une augmentation de 1% de l'observance entraine une baisse de 0,2% des dépenses en médicaments.[30] En ne considérant que les dépenses liées aux maladies de longues durées, la communication des pharmaciens – favorisant l'observance en renforçant la confiance des patients et en leur rappelant l'utilité de leur traitement – permettrait **d'économiser près de 41 millions d'euros**.

Néanmoins, l'inobservance touche l'ensemble des patients et l'ensemble des traitements et pas uniquement les maladies de longues durées. Dans le cas français, plusieurs rapports ont démontré que les effets de l'inobservance pouvaient être atténués par l'intermédiaire d'une communication efficace dans les médias traditionnels et sur internet.[31] En conséquence, il paraît évident qu'une communication efficace – nécessitant une approche multicanale de la part des groupements – aurait un impact positif sur l'ensemble des traitements, réduisant aussi l'inobservance dans le cas de maladies de courte durées. Dans ce contexte, les économies réalisées s'élèveraient à **plus de 130 millions d'euros**.

2. Communiquer améliore la prévention et incite à la consultation

2.1. Expérience internationale

La communication a un impact bénéfique sur **la prévention des maladies** en incitant les personnes non diagnostiquées à consulter un pharmacien ou un médecin. Plusieurs études ont démontré que la publicité des groupements de pharmacies – qu'elle soit relative à un service fourni, à l'existence d'un traitement ou à la mise en garde concernant certaines maladies ou certaines pratiques – peut grandement inciter à la consultation et à la prise en charge d'une maladie dès les premiers symptômes.[32]

Ce faisant, la communication permet d'accroître l'efficacité des campagnes de prévention tout en favorisant l'intervention du pharmacien, ce **dernier agissant comme un réel « gate keeper »** du système de santé. Ainsi, la possibilité de communiquer a permis de profondément transformer le rôle du pharmacien ainsi que la perception qu'en ont les patients.

Répartition des activités

	US[1]	UK
Vente	56	50-54[2]
Conseil	19	11-12[3]
Gestion	16	14[4]
Evaluation des besoins et suivi	9	20-24

Sources: [1]Schommer et al. 2002, [2]Flemming 1999, Quinones & Thompson 2009, Scott, 2009, [3]Rutter et al. 1999, Rutter et al. 1998, [4]Rutter et al. 1999, Davies 2013.

[30] CBO (2012).
[31] Académie Nationale de Pharmacie (2015), p.16.
[32] Bell (2000) observe que 91% des patients considèrent que les pharmaciens doivent communiquer sur la possibilité de fournir un service de consultation. De même, selon Anderson (1998) 40% des patients considèrent que le pharmacien est le premier conseiller médical et 7% des patients désirent que les pharmaciens communiquent sur leur capacité à interpréter les tests médicaux et à les orienter dans leur parcours de soins (Dominguez 2000).

Au-delà du changement de perception du rôle du pharmacien, la communication par les groupements incite les patients à rechercher de l'information sur les symptômes dont ils souffrent. Une étude canadienne a démontré que la publicité effectuée par les pharmacies entraine une amélioration des prises en charge en amont de l'ordre de 14%, et la majorité de ces nouveaux patients n'étaient pas encore diagnostiqués.[33]

2.2. Application au cas français

Bien qu'il n'y ait pas de données permettant d'évaluer directement l'impact d'une hausse des consultations de type « préventives » sur les dépenses publiques et sur la qualité de vie des patients, il est clair qu'une communication des groupements destinée à renforcer la prévention aurait un effet positif dans le cas français.

En effet, comme il a été rappelé dans la section 1 (2.4.1), des progrès restent à faire en France en matière de prévention. Or dans un contexte de maîtrise des budgets, l'action des groupements pourrait compléter les campagnes de prévention publique sans peser sur les finances de l'Etat et *in fine* sur les contribuables. De plus, les expériences internationales ont montré que les patients « à risques » sont particulièrement réceptifs aux campagnes de communication des groupements.

Dans ce contexte, et bien qu'il ne soit pas possible de l'évaluer monétairement, la communication des groupements pourrait entrainer des économies substantielles en renforçant la prévention et en permettant de diagnostiquer des maladies à des stades encore précoces.

3. Communiquer améliore la gestion des traitements

3.1. Expérience internationale

L'autorisation pour les groupements d'informer les patients sur l'existence de services de conseils combinés à l'utilisation de technologies permettant d'assurer le suivi de la consommation de médicaments des patients a plusieurs effets positifs sur les systèmes de santé.

- Tout d'abord, à travers leur communication sur les services de suivi et de gestion des traitements, les groupements fidélisent les patients et favorisent la mise en place de bases de données complètes sur l'historique de consommation de médicaments des patients. Ce faisant, il devient plus aisé pour le pharmacien de diagnostiquer d'éventuels risques.[34] Ainsi, dans les pays autorisant la communication des groupements, plus de 2/3 des pharmacies assurent un suivi des traitements. Ce suivi s'est avéré efficace, **les pharmaciens étant en mesure de diagnostiquer la plupart des maladies**[35] et de **détecter les risques de maladies iatrogènes**. Une étude conduite au Royaume-Uni observe que la

[33] Kennedy-Tucker (2014), Parekh (2011).
[34] Schatz (2003), Svarstad (2004).
[35] Madjeski (1998)

communication a incité les patients à révéler leur historique de consommation de médicaments, permettant une baisse de 80% des coûts relatifs aux maladies iatrogènes.[36]

- Par ailleurs, **le suivi des traitements a des effets particulièrement positifs** lorsqu'il s'agit de patients souffrant de diabète,[37] d'hypertension[38] ou de cholestérol.[39] S'agissant du diabète, cela a permis à 28% de patients supplémentaires de retrouver un état de santé acceptable après un an, se traduisant par une économie de traitement de 820 dollars par patients guéris. De même, la gestion des traitements relatifs à l'hypertension a permis d'économiser 32% des dépenses pour 12% des patients. Enfin, la gestion des traitements relatifs au cholestérol a permis d'économiser 17% des dépenses en médicaments.

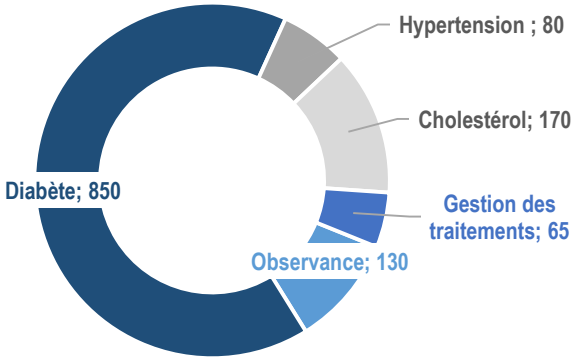
3.2. Application au cas français

Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'impact d'un meilleur suivi sur les accidents iatrogènes, les économies réalisées pourraient s'avérer substantielles. En France 143 000 accidents iatrogènes sont déclarés chaque année. En considérant qu'un tiers des accidents sont liés à une mauvaise consommation de médicaments en pharmacie, pouvant être évités par un suivi systématique du pharmacien, cela pourrait générer **une économie de près de 65 millions** d'euros.[40]

En autorisant les groupements à communiquer sur les compétences des pharmaciens à suivre les traitements de leurs patients, la France pourrait faire des économies importantes. Le suivi des traitements permettrait d'économiser près de 80 millions d'euros pour l'hypertension,[41] 170 millions d'euros pour le cholestérol[42] et 850 millions d'euros pour le diabète au maximum.[43]

Economies générées par l'ouverture de la communication aux groupements *(millions d'euros)*

1,3 milliards d'euros d'économies par an



[36] Ramalho (2010), sur les maladies iatrogènes relatives au traitement du diabète.
[37] Ragucci (2005).
[38] Issets (2003).
[39] Simpson (2001), Tsuyuki (1999).
[40] En retenant une hospitalisation d'une journée, ayant un coût moyen de 1700 euros.
[41] Baisse de 32% des coûts pour 12% des patients sur un coût total de l'hypertension en France de 2,8 milliards d'euros, selon la Fondation de Recherche sur l'Hypertension Artérielle. .
[42] Baisse de 17% des dépenses en médicaments sur un total de 1 milliard d'euros de produits médicamenteux relatifs au traitement du cholestérol selon l'Insee.
[43] En considérant que la baisse concerne les 50% les moins touchés parmi 5,1 millions de patients diabétiques.
Pour ces derniers, le coût annuel du traitement est estimé à 1870 euros, d'après les données fournies la Haute Autorité de Santé (2013). Ainsi, il y a une baisse de 680 euros (820 dollars) pour 28% de ces patients : *(1870-680 euros) x 28% x 50% x 5,1 millions*. En considérant que cette baisse ne concerne que les dépenses en médicaments (hors hospitalisation et consultation), soit 27,2% des dépenses précédentes, l'économie réalisée est de 230 millions d'euros.

Section

3

Impact de la communication sur le secteur

L'expérience internationale démontre que **la communication, coûteuse, doit être élargie aux groupements de pharmacies car elle nécessite une mutualisation des dépenses** afin de toucher une grande population à un coût abordable permettant une meilleure politique de prévention et de services comme dans les autres pays européens. A cet égard, il est essentiel de rappeler que près de 80% des pharmaciens appartiennent à un groupement. L'ouverture de la communication aux groupements aurait donc un effet positif direct et immédiat sur la vaste majorité des pharmaciens.

Du point de vue de l'emploi, en autorisant la communication, deux effets contradictoires surviennent sur le secteur :

- La communication – sur les services et produits non remboursés – va accroître la concurrence entre les officines, qu'elles appartiennent à des groupements ou non. Or, un accroissement de la concurrence peut potentiellement avoir des effets néfastes sur l'emploi,
- Pour autant, la communication peut aussi avoir un effet positif sur l'emploi du secteur. En effet, en communiquant sur des services pour le moment peu connus des patients, les groupements vont renforcer l'activité de l'ensemble du secteur.

Face à ce double effet de la communication, il est difficile de prévoir l'impact final sur l'emploi. Aussi, une étude systématique de l'impact de la communication et de la publicité sur l'emploi dans les pharmacies est nécessaire.

Pour ce faire, nous conduisons une étude économétrique de 14 pays sur les 10 dernières années.[44] Pour chaque pays, nous définissons une variable caractérisant le degré de liberté des groupements à communiquer[45] et nous analysons son influence sur l'évolution du nombre de pharmaciens.[46] L'ouverture de la communication et de la publicité aux groupements a un impact positif et significatif sur le nombre de pharmaciens et il apparaît que **la déréglementation de la communication des groupements en France pourrait créer près de 10 400 emplois**.

Impact d'une ouverture de la communication des groupements sur l'emploi

	Variation
Ouverture de la communication et de la publicité	*+12%*
Impact net sur l'emploi	*+ 10 400*
Densité de pharmaciens (pour 1000 habitants)	*+ 14 pts*

[44] Allemagne, Belgique, Canada, Espagne, Irlande, Etats-Unis, Finlande, France, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Suède
[45] Ayant une valeur 1 pour les pays interdisant la communication, 2 pour les pays imposant des restrictions et 3 pour les pays autorisant la communication.
[46] Détail des régressions en Annexe 2.

Annexe 1

Auteur (année)	Recherche	Population	Focus	Design	Résultats
Suivi et conseil					
Issets (2003)	Effets associés au suivi des traitements médicamenteux	Bénéficiaires du programme Bluecross Blueshield Health	Hypertension	Analyse des coûts sur une période de 6 mois	+12% patients retrouvant un niveau acceptable de cholestérol ROI : 12.15$ pour 1$ d'investissement
Ragucci (2005)	Efficacité du suivi du diabète par des pharmaciens	Patients de 3 CHU	Diabète	Baisse des coûts sur un 1 an	Economie de 820$ par patients
Ramalho (2010)	Suivi des traitements médicamenteux	Patients de 20 ans et plus traités pour le diabète	Diabète	Baisse des coûts sur 10 ans	ROI : 1.29$ pour 1$ d'investissement
Sellors (2003)	Impact des conseils des pharmaciens sur le nombre de médicaments pris	Patients âgés de 65 ans et plus prenant au moins 5 traitements différents	Non spécifié	Coûts des traitements et du suivi sur 5 mois	Baisse de 2% des coûts totaux
Simpson (2001)	Impact de l'intervention des pharmaciens dans le suivi du cholestérol	54 pharmacies	Cholestérol	Changement dans les risques cardiovasculaires à 10 ans sur une période de 4 mois	Baisse de 5.2% des risques
Shibley (1997)	Implantation d'un service de conseil en pharmacie pour les patients souffrant d'hyperlipidémie	25 patients	Hyperlipidémie	Mesure des lipides à 6 et 12 mois Satisfaction des patients	50% des patients observent le traitement Meilleure perception du rôle du pharmacien
Madejski (1996)	Dépistage du cholestérol par des pharmaciens	539 patients, dont 78% ont un niveau de cholestérol trop élevé	Dépistage du cholestérol	Efficacité du dépistage	85% des cas sont dépistés 81% ont changé leurs habitudes 23% ont accepté un suivi
Prévention des cancers de la peau					
Mayer (1998)	Information sur les risques de cancer	54 pharmacies	Vidéos, plaquettes d'information et posters en pharmacie	Patients ayant reçu un conseil adéquat	+21.8% de patients ayant reçu un conseil adéquat 87% des conseils sont oraux

Lindholm (1998)	Utilisation du multimédia pour prévenir les mélanomes	1 pharmacie	Ecran tactile d'information	Changement de comportements	29% des patients affirment avoir changé leur exposition au soleil
Mauvaise utilisation des médicaments					
Luger (2000)	Supervision de la consommation de méthadone par le pharmacien	17 pharmacies	Administration de méthadone	Acceptation de la part des clients sur 7 mois	95.2% des clients acceptent la supervision 68% des clients valorisent le service
Scott (1998)	Conseil sur l'utilisation de médicaments et l'usage de seringues	70 demandes dans 1 pharmacie	Compétences nécessaires pour un conseil efficace	Analyse qualitative	Connaissance des effets secondaires Capacité à se faire comprendre Diagnostic des problèmes de santé
Matheson (1999)	Pratique des pharmaciens concernant les prises de traitements	1142 pharmacies	Supervision de la prise de méthadone	Comportement des pharmaciens sur un période de 1 an	33% des patients prennent leur traitement sous la supervision du pharmacien 19% des pharmaciens ont un service de supervision
Diabète					
Sarkadi (1999)	Observance des traitements	39 patients	Conseil et soutien aux patients	Contrôle du taux de HBA1sur 12 mois	Amélioration de l'observance 50% ont une meilleure opinion de leur maladie et de leur traitement 50% recommande le suivi et le soutien
Dixon (2000)	Impact du suivi du pharmacien sur le diabète	130 patients	Mise en place d'un contrôle qualité par les pharmaciens	Information et validation des traitements	Taux de glucose diminue chez les patients suivis
Vaccination					
Ernst (2001)	Acceptation de vaccination par des pharmaciens	Questionnaire envoyé à 420 patients	Choix du praticien en charge de la vaccination	Questionnaire	Les patients sont favorables à la vaccination par le pharmacien
Grabenstein (1998)	Recommandation de vaccination par les pharmaciens	1000 pharmaciens interrogés	Revue de littérature	Part des patients suivant les recommandations des pharmaciens	50 à 94% des patients suivent les recommandations

Madhavan (2001)	Information sur la possibilité d'être vacciné par un pharmacien	5342 pharmaciens interrogés	Sondage	Part des patients connaissant la loi	Seuls 25% des patients savent que les pharmaciens sont habilités à vacciner Besoin de communication de la part des pharmaciens
Davidse (1995)	Capacité des pharmaciens à détecter les patients à risque et à leur recommander la vaccination	27 pharmacies 133 000 patients	Détection des patients à risque	Variation du taux de vaccination	Augmentation de 56% du taux de vaccination
Perception des patients					
Ghalamkari (1997)	Impact du conseil des pharmaciens	145 patients	Opinion des patients	Comportement des patients 4 mois après avoir reçu un conseil	90% considèrent que la communication était claire et pertinente 70% ont suivi les conseils du pharmacien
Hamilton (1998)	Connaissance du rôle des pharmaciens en zone rurale	112 patients 4 pharmacies	Connaissance des activités du pharmacien	Sondage sur 4 mois	12% des patients ne savent pas que le pharmacien propose des consultations 18% considèrent le pharmacien comme la première source d'information
Bell (2000)	Perception du rôle du pharmacien	1000 personnes	Examen de la perception du pharmacien par la société	Sondage	91% considèrent que les pharmaciens doivent proposer des consultations et communiquer sur ce point 40% veulent prendre des rendez-vous régulier avec leur pharmacien
Anderson (1998)	Fourniture de soins par le pharmacien	592 patients de 6 pharmaciens	Perception de la communication et du conseil	Questionnaire	40% considère que le pharmacien est le premier conseiller 92% apprécient les messages et brochures des pharmacies
Dominguez (2000)	Demande d'information	1024 patients	Type d'information recherchée	Entretiens	21% attendent une communication sur la compétence des pharmaciens à décrire les médicaments 7% attendent une interprétation de leurs tests

Annexe 2

L'analyse économétrique porte sur 14 pays et 10 années. Deux régressions sont conduites, l'une de type MCO et l'autre en données de panel. Pour chaque régression, la densité de pharmaciens est régressée par le degré d'ouverture de la publicité pour les groupements. Cette variable catégorielle est définie à partir des informations fournies par l'ICLG dans son rapport « *International Comparative Legal Guide to Pharmaceutical Advertising 2016 ».*

La valeur 1 est attribuée aux pays n'autorisant pas la publicité pour les groupements, la valeur 2 aux pays appliquant des restrictions et la valeur 3 aux pays autorisant totalement la publicité. Deux études distinctes ont été conduites afin de tester la robustesse des résultats. Dans la première, seuls les Etats-Unis et la Nouvelle-Zélande sont considérés comme totalement ouvert à la publicité des groupements alors que dans la seconde, le Canada et le Royaume-Uni sont intégrés dans cette catégorie. Les résultats des régressions ne sont pas significativement différents.

Plusieurs variables de contrôle sont intégrées. Afin de prendre en considération l'impact de la richesse globale du pays, le PIB est utilisé. De même, les dépenses médicales totales et privées sont utilisées pour refléter les éventuelles influences des comportements des patients dans chaque pays ainsi que l'impact du régime de remboursement. Les dépenses relatives aux soins de longues durées sont aussi utilisées ainsi que les dépenses relatives aux diabètes et à l'hypertension.

L'ensemble des données provient de la base OCDE. En cas d'absence de données pour un pays ou une année, les données sont considérées comme manquantes et non traitées.

Dans l'analyse en données de panel, des effets fixes « pays » ont été intégrés afin de contrôler les variables non observables spécifiques aux caractéristiques particulières de chaque pays.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

	MCO	Panel
Ouverture de la publicité	0.156*** (0.052)	0.085** (0.035)
Contrôles	Oui	Oui
Effets fixes	-	Oui
R^2	0.44	0.42
Ramsey	0.59 (0.62)	-
Wald χ^2		4851.51 (0.000)
Observations	93	93

*Significatif à *** p<0.001, **p<0.05.Erreurs standards entre parenthèses.*

Références

Académie Nationale de Pharmacie. *Observance des traitements médicamenteux en France*, Rapport ANP, 2015.

Anderson C. "Health promotion by community pharmacists: consumers' views," *International Journal of Pharmicists Practice*, 6: 2–12, 1998.

Bell HM, McElnay JC, Hughes CM. "Societal perspectives on the role of the community pharmacist and community based pharmaceutical services," *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 17: 119–28, 2000.

Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilization, costs and patient outcomes (review). Cochrane Database of System Rev 2000, Art. No. CD000336. DOI 10.1002/14651858.CD000336.

Bradford WD, Kleit AN, Nietert PJ et al. "How direct-to-consumer television advertising for osteoarthritis drugs affect physicians' prescribing behavior," *Health Affairs*, 25(5):1371-1377, 2006a.

Bradford WD, Kleit AN, Nietert PJ et al. "Effects of Direct-to-Consumer Advertising of Hydroxymethylglutaryl Coenzyme A Reductase Inhibitors on Attainment of LDL-C Goals," *Clinical Therapeutics*, 28(12):2105-2118, 2006b.

Calfee JE, Winston C, Stempski R. "Direct-to-Consumer advertising and the demand for cholesterol reducing drugs," *Journal of Law and* Economics, 45:673-90, 2002.

Centers for Disease Control and Prevention. Health care in America: Trends in utilization. 2003, http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/healthcare.pdf.

Congressional Budget Office. Offsetting effects of prescription drug use on Medicare's spending for medical services. November 2012, http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/43741-MedicalOffsets-11-29-12.pdf.

Dave D, Saffer H. "Impact of direct-to-consumer advertising on pharmaceutical prices and demand," *Southern Economic Journal*, 79(1): 97-126, 2012.

Davidse W, Perenboom RJ. "Increase of degree of vaccination against influenza in at-risk patients by directed primary care invitation," *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 139: 2149–52, 1995.

Davies JE. *Community Pharmacy Business and Community Pharmacists*, UCL School of Pharmacy Dissertation, 2013.

Dixon N, Hall J, Knowles D, Sanders E. "Can a community pharmacy influence the control of disease in people with diabetes through the use of a local quality control scheme?" *Pharmaceutical Journal,* 265: R21, 2000.

Dominguez A, Reigidor E, Gallardo C. "Health information requests in pharmacy," *Atencion Farmaceutica*, 2: 138–43, 2000.

Ernst ME, Bergus GR, Sorofman BA. "Patients' acceptance of traditional and non-traditional immunisation providers," *Journal of American Pharmacists Association,* 41: 53–9, 2001.

European Commission. *Commission Staff Working Document: Progress by Member States in Reviewing and Eliminating Restrictions to Competition in the Area of Professional Services*, COM(2005), 405 final / SEC(2005) 1064, Brussels: Competition DG, 2005.

Fleming H. "No rest for the weary," *Drug Topics*, 143: 50-56, 1999.

Ghalamkari HH, Rees JE, Saltrese-Taylor A, Ramsden M. Evaluation of a pilot health promotion project in pharmacies. Quantifying the pharmacist's health promotion role," *Pharmaceutical Journal*, 258: 138–43, 1997a.

Ghalamkari H, Rees JE, Saltrese-Taylor A. "Evaluation of a pilot health promotion project in pharmacies. Clients' further opinions and actions taken after receiving health promotion advice," *Pharmaceutical Journal,* 258: 909–12, 1997b.

Grabenstein JD. “Pharmacists as vaccine advocates: roles in community pharmacies, nursing homes and hospitals,” *Vaccine* 16:1705–10, 1998.

Hamilton A. “An evaluation of the extended role of the community pharmacist in rural areas of the West of Ireland,” *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 15: 42–49, 1998.

Haute Autorité de Santé. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique de type 2, HAS-ANSM, 2013.

ICLG. *International Comparative Legal Guide to Pharmaceutical Advertising 2016*, Global Legal Group, 2016.

Iizuka, T and Jin GZ “The Effect of Prescription Drug Advertising on Doctor Visits,” *Journal of Economics and Management Strategy*, 14 (3):701-727, 2005.

Isetts BJ et al., “Clinical and Economic Outcomes of Medication Therapy Management Services: the Minnesota Experience,” *Journal of the American Pharmacists Association*, 48(2): 203-211, 2003.

Kennedy-Tucker PA. Direct to Consumer Advertising of Drugs and Patients’ Health Care Seeking Behaviors, Walden Dissertation and Doctoral Studies, 2014.

Lindholm LH, Isacsson A, Slaug B and Moller TR. “Acceptance by Swedish users of a multimedia program for primary and secondary prevention of malignant melanoma,” *Journal of Cancer Education*, 13: 207–12, 1998.

Liu Q and Gupta S. “The impact of direct-to-consumer advertising of prescription drugs on physician visits and drug requests: empirical findings and public policy implications,” *International Journal of Research in Marketing*, 28:205-217, 2011.

Luger L, Bathia N, Alcorn R, Power R. “Involvement of community pharmacists in the care of drug misusers: pharmacy-based supervision of methadone consumption,” *International Journal of Drug Policy*, 11: 227–34, 200.

Madejski RM, Madejski TJ. “Cholesterol screening in a community pharmacy,” *Journal of American Pharmacists Association*, 36: 243–8, 1996.

Madhavan SS, Rosenbluth SA, Amonkar M, Borker RD, Richards T. “Pharmacists and immunisations: a national survey,” *Journal of American Pharmacists Association*, 41: 32–45, 2001.

Matheson C, Bond CM, Hickey F.. “Prescribing and dispensing for drug misusers in primary care: current practice in Scotland,” *Family Practice*, 16: 375–9, 1999.

Mayer JA, Slymen DJ, Eckhardt L, Rosenberg C, Palmer RC, Elder JP, Graf G and Anderson ST. “Skin cancer prevention counselling by pharmacists: specific outcomes of an intervention trial,” *Cancer Detection and Prevention*, 22(4):367–75, 1998.

Parekh A, Marcus R, Roberts M, Raisch DW. “Risks and Benefits of DTA on Patient-Provider Relationships,” *IPSOR*, 2011, www.ipsor.org.

Philipsen NJ. “Regulation of Pharmacists: A Comparative Law and Economics Analysis,” *European Journal of Comparative Economics*, 10(2): 225-241, 2013.

Quinones AC and Thompson J. “Characteristics of Illinois night shift work pharmacists,” *Research In Social & Administrative Pharmacy*, 5: 71, 2009.

Ragucci KR et al., “Effectiveness of Pharmacist-Administered Diabetes Mellitus Education and Management Services,” *Pharmacotherapy*, 25(12):1809-1816, 2012.

Ramalho OD, Brummel AR, Miller DB, “Medication Therapy Management: 10 Years of Experience in a Large Integrated Health Care System,” *Journal of Managed Care Pharmacy*, 16(3):185-195, 2010.

Rosenthal MB, Berndt ER, Donohue JM, Epstein AM and Frank RG. “Demand effects of recent changes in prescription drug promotion,” in *Frontiers in health policy research, volume 6*, edited by David M. Cutler and Alan M. Garber. Cambridge, MA: MIT Press, pp. 1-26, 2003.

Roughead L, Semple S, Vitry AI. “Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990–2003, examining effectiveness to improve patient outcomes,” *International Journal of Pharmacy Practice*, 13:53-70, 2005.

Rutter P, Hunt A, Darracott R et al. “Subjective evaluation of how community pharmacists in Great Britain spend their time,” *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 15: 252-261, 1998.

Rutter PM, Hunt AJ, Darracott R, et al. “Validation of a subjective evaluation study using work sampling,” *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 16: 174- 185, 1999.

Sarkadi A, Rosenqvist U. “Study circles at the pharmacy – a new model for diabetes education in groups,” *Patient Education and Counseling,* 37:89–96, 1999.

Schatz R, Belloto RJ Jr, White DB, Bachmann K. “Provision of drug information to patients by pharmacists: the impact of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990 a decade later,” *American Journal of Therapeutics*, 10:93-103, 2003.

Schommer JC, Pedersen CA, Doucette WR, Gaither CA, Mott DA. “Community pharmacists’ work activities in the US during 2000,” *Journal of American Pharmacists Association*, 42:399- 406, 2002.

Scott DM. “2006 North Dakota pharmacists' wage and workload assessment,” *Journal of Pharmacy Technology*, 25: 14-23, 2009.

Scott J, Kennedy EJ, Winfield A, Bond CM. “Investigation into the training needs of an information pharmacist at a drug counselling and needle exchange agency,” *Pharmaceutical Jounal*, 261: R24, 1998.

Sellors J, et al. “A Randomized Controlled Trial of a Pharmacist Consultation Program for Family Physicians and Their Elderly Patients,” *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 169(1): 17-22, 2003.

Shibley CH, Pugh CB. “Implementation of pharmaceutical care services for patients with hyperlipidaemias by independent community pharmacy practitioners,” *Annals of Pharmacotherapy*, 31: 713–19, 1997.

Simpson SH, Johnson JA, Tsuyuki RT. “Economic impact of community pharmacist intervention in cholesterol risk management: an evaluation of the study of cardiovascular risk intervention by pharmacists,” *Pharmacotherapy* 21(5): 627–35, 2001.

Svarstad BL, Bultman DC, Mount JK. “Patient counseling provided in community pharmacies: effects of state regulation, pharmacist age, and busyness,” *Journal of American Pharmacists Association*, 44:22-9, 2004.

Taitel MS, Fensterheim LE, Cannon AE, Cohen ES. “Improving pneumococcal and herpes zoster vaccination uptake: expanding pharmacist privileges,” *American Journal of Management Care,* 19(9):309-313, 2013.

Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK et al. “Study of cardiovascular risk intervention by pharmacists (SCRIP): a randomized trial design of the effect of a community pharmacist intervention on serum cholesterol risk,” Annals of Pharmacotherapy, 33:910-919, 1999

Les auteurs

Pierre Bentata
Economiste
Directeur Rinzen Conseil

Christophe Marques
Economiste Asterès

Nous contacter

www.rinzen-conseil.com
pbentata@rinzen-conseil.com

25 avenue Léon Gambetta
92120 Montrouge

Tél. : +33 6 20 04 77 30

www.asteres.fr
contact@asteres.fr

81 rue Réaumur
75002 Paris

Tél. : + 33 1 44 76 89 16

Rinzen Conseil est la **filiale d'économie quantitative** du cabinet Asterès.

Nous proposons aux entreprises et au secteur public des outils de réflexion pour orienter l'action. Notre mission est de mettre l'expertise économique au service du développement de nos clients. Ainsi, nous donnons à l'analyse économique son rôle opérationnel.

Nous proposons à nos clients :

- des analyses macroéconomiques et sectorielles ;
- des prévisions ;
- des enquêtes de conjoncture.

Nous menons également des missions de conseil en développement & attractivité économique.

En tant qu'entreprises citoyennes, nous respectons un certain nombre de principes :

- Réalisation d'activités non marchandes, notamment dans le domaine de la pédagogie économique et du conseil aux gouvernements (afin d'éviter tout risque de conflit d'intérêts) ;
- Promotion de la liberté individuelle et de la démocratie, notamment dans le cadre des missions réalisées dans les pays émergents.

Activités de lobbying :

Nous sommes régulièrement sollicités par des entreprises et des fédérations professionnelles pour intervenir en amont de leurs activités de lobbying, particulièrement lors des débats d'orientation budgétaire. Nous pouvons donc être amenés à réaliser des travaux financés par des donneurs d'ordres et démontrant l'impact économiquement nocif d'une mesure qui pourrait leur être appliquée.

Dans ce cas, notre démarche répond à une charte éthique stricte. Notre client s'engage à accepter que nos travaux répondent aux principes intangibles suivants :

- Nous ne pouvons nous engager sur les résultats d'une étude avant de l'avoir réalisée. Nous ne délivrons nos conclusions qu'au terme de nos analyses.
- Nos travaux suivent une méthodologie standard (top down), qui s'appuie sur l'utilisation de données statistiques publiques, ou conçues ou certifiées par nous-mêmes.
- Si un client souhaite modifier des conclusions de travaux réalisés par Asterès et/ou Rinzen sans une totale approbation de nos consultants, il devient le seul signataire de l'étude, et n'a plus le droit d'utiliser les marques Asterès et Rinzen.
- Les consultants d'Asterès et de Rinzen ne défendent dans le débat public que des travaux qu'ils ont réalisés eux-mêmes. En aucun cas ils n'acceptent de se faire le relais de travaux réalisés par d'autres.

Asterès et Rinzen interviennent en tant que prestataires externes et ne sauraient être tenus pour responsables des interprétations qui pourraient être données de leurs travaux ou de leurs conséquences. Asterès et Rinzen sont en outre tributaires de la qualité des statistiques utilisées, dont ils ne sont pas responsables.