Numérique et inégalités territoriales de santé : la vente en ligne de médicaments, nouvel outil face à une pénurie éventuelle de pharmacies ?

G. Rousset

▶ **To cite this version:**

G. Rousset. Numérique et inégalités territoriales de santé : la vente en ligne de médicaments, nouvel outil face à une pénurie éventuelle de pharmacies ?. Ethics, Medicine and Public Health, 2020, 15, pp.100594 -. 10.1016/j.jemep.2020.100594 . hal-03491181

HAL Id: hal-03491181
https://hal.science/hal-03491181

Submitted on 17 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352552520301328
Manuscript_b9094fba921cb7d66e6a7ed3bcb9183a

Numérique et inégalités territoriales de santé : la vente en ligne de médicaments, nouvel outil face à une pénurie éventuelle de pharmacies ?

Digital and territorial health inequalities: the online sale of drugs, a new tool in the face of a possible pharmacy shortage?

Guillaume ROUSSET

Maître de conférences en droit, HDR, Université Jean Moulin Lyon 3 (IFROSS),

18 rue Chevreul 69007 Lyon

guillaume.rousset@univ-lyon3.fr

Reçu le 15 juillet 2020
Accepté le 17 août 2020

Conflits d'intérêts : Aucun

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Résumé en français : Lorsqu'il s'agit de réfléchir sur les liens que peuvent entretenir la question numérique, les inégalités territoriales et les droits des patients, une question s'impose assez naturellement au-delà de la seule télémédecine : la vente en ligne des médicaments et son impact sur une offre officinale éventuellement insuffisante. Cette contribution se propose donc d'étudier la réalité de cette corrélation supposée en faveur du droit d'accès aux soins. Il en ressort deux idées-clefs : non seulement, malgré les apparences, cette vente en ligne ne peut produire que peu d'effets pour compenser une défaillance de l'offre, mais, qui plus est, ce mode de vente provoque des conséquences indirectes tout à fait négatives pour les patients et la santé publique.

Mots-clefs en français : Inégalités territoriales de santé ; Médicaments ; Pharmacien d'officine ; Santé publique ; Vente en ligne

Abstract : When it comes to thinking about the links that the digital question territorial inequalities and patient rights can have, a question arises quite naturally beyond just telemedicine: the online sale of drugs and its impact on a potentially insufficient pharmacy supply. This contribution therefore proposes to study the reality of this effect in favor of the right of access to healthcare. Two key ideas emerge: not only, despite appearances, this online sale can produce little effect to compensate for a lack of supply, but, what is more, this mode of sale causes indirect effects. quite negative for patients and public health.

Keywords: Territorial inequalities in health; Drugs; Pharmacist; Public health; Online sales

En France, les liens entre numérique et santé bénéficient d'une attention croissante depuis plusieurs années. De manière très récente, ce qui a été appelé le « Ségur de la santé » (grande concertation publique entre le Premier ministre, le ministère en charge de la santé et les représentants d'une partie des professions de santé, faisant suite à la crise du coronavirus [1 ; p. 58]), a fait ressortir le numérique comme « *un enjeu majeur pour la santé en France* » [1 ; p. 21]. Cela se traduit dans une grande diversité de dimensions (téléconsultations, identifiant national santé, dossier médical partagé…), lesquelles ont, de manière directe ou non, un fil-rouge : comment le numérique peut-il aider à favoriser le droit d'accès aux soins ? Plus spécifiquement, si l'on tente de réfléchir à l'impact du numérique sur les inégalités territoriales de santé, un focus naturel s'impose au-delà de la téléconsultation[1] et pousse à se demander comment la vente en ligne des médicaments peut-elle contribuer à lutter contre ces inégalités dans le cas spécifique des pharmacies officinales.

Pour comprendre ce focus, plusieurs précisions doivent être réalisées au préalable sur les deux notions clefs de ce thème : les inégalités territoriales de santé et la vente en ligne des médicaments.

D'abord, que faut-il entendre par inégalité territoriale de santé ? Cette notion renvoie à ce qui est habituellement appelé « déserts médicaux », expression qui, de notre point de vue, est inadaptée car réductrice à un double titre. En premier lieu, elle est réductrice quant aux professions concernées puisque le terme « médical » laisse penser que la seule profession de médecin est concernée par une offre insuffisante de soins sur un territoire. Or, bien entendu cette profession est touchée, mais elle n'est pas la seule puisqu'en réalité, toutes les professions

[1] V. en ce sens la contribution d'Eric Martinent dans ces mêmes actes.

de santé sont visées, comme peuvent le montrer les différents dispositifs existants[2]. En second lieu, cette expression est réductrice quant aux réalités appréhendées puisque le mot « désert » laisse penser à une idée d'aridité, ce qui peut être mal compris : la seule aridité existante est celle qui porte sur la densité de professionnels de santé, sans qu'il n'y ait pour autant d'aridité sociale ou économique. En fait, l'expression de désert médical renvoie à l'image d'Epinal du territoire rural dans lequel il n'y a plus rien : après la fermeture de l'école, de la poste, de la boulangerie, c'est le cabinet du médecin qui ferme également. Bien sûr, c'est une partie de la réalité, mais il ne faut pas réduire les inégalités territoriales de santé à cela. Elles sont plus vastes puisqu'elles touchent également des zones denses économiquement ou socialement, riches en population. C'est le cas, par exemple, des zones péri-urbaines dans lesquelles il y a une densité de population mais un tissu économique éventuellement appauvri et, pour ce qui nous concerne, une présence de professionnels de santé insuffisante. Au-delà, l'on peut aussi avoir des zones très denses socialement et économiquement mais pauvres en professionnels de santé. Dans les zones urbaines de manière générale, voire même dans les centres villes, il est en effet parfois difficile de trouver un médecin de certaines spécialités, par exemple un ophtalmologiste, ou alors un médecin en secteur 1 alors que la zone n'est pas aride socialement

[2] V. les outils incitatifs ou non mis en place pour les professions médicales ou paramédicales et notamment les médecins (arrêté du 1er août 2018 *portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016*, *JORF* n°0183 du 10 août 2018, texte n° 16) ; les sages-femmes (arrêté du 12 mars 2012 *portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales*, *JORF* n°0063 du 14 mars 2012, p. 4 651 ; Instruction n° DSS/SD1B/DGOS/R2/CNAM/DPROF/2019/236 du 12 novembre 2019 *relative à la mise en œuvre des contrats incitatifs sages-femmes définis dans l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes signé le 29 mai 2018 et visant à améliorer la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire*) ; les chirurgiens-dentistes (arrêté du 20 août 2018 *portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie*, *JORF* n°0195 du 25 août 2018, texte n° 5) ; les infirmiers (arrêté du 17 oct. 2008 *portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux*, *JORF* n° 244 du 18 oct. 2008, p. 15 981, puis arrêté du 25 nov. 2011 *portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux*, *JORF* n°0274 du 26 nov. 2011, p. 19 997) ; ou les masseurs-kinésithérapeutes (arrêté du 10 janv. 2012 *portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux*, *JORF* n°0012 du 14 janv. 2012, p. 722 ; Avis *relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée*, *JORF* n°0032 du 8 février 2018, texte n° 93).

et économiquement. Pour toutes ces raisons, il semble plus adapté d'utiliser l'expression plus précise (quoique moins accrocheuse) d'inégalité territoriale de santé.

Quelle que soit l'expression, le débat sur ce sujet est récurrent et ces inégalités font l'objet de projets et propositions de lois réguliers[3], de rapports publics [2,3], d'études spécialisées [4] et même de propositions ou de déclarations chocs[4] parfois. Si l'on doit expliquer cette notion en quelques mots, il faut dire que les inégalités territoriales de santé ne se fondent pas sur un problème de nombre, c'est-à-dire de quantité de professionnels de santé, mais de densité, c'est-à-dire de répartition sur le territoire. Comme cela a commencé à être dit, cette question est plus complexe qu'il n'y parait puisqu'il faut se méfier de la schématisation abusive par laquelle ce problème se rencontre plus à la campagne qu'en ville et davantage dans le nord du pays que dans le sud (le mythe de l'héliotropisme !). Face à ce problème, les pistes de solution imaginées par les pouvoirs publics ont longtemps été fondées sur l'incitation et consistent à faire venir les professionnels libéraux de santé dans un territoire déficitaire en offre de soins par des dispositifs financiers et matériels (aide à l'installation, exonérations fiscales ou sociales, mise à disposition de locaux professionnels ou d'habitation...). Ces mécanismes ne semblant pas fonctionner, en tout cas pas à la hauteur des moyens consacrés, d'autres pistes se sont développées. C'est le cas de la coercition dont l'idée est de contraindre les professionnels libéraux à s'installer sur un territoire déficitaire (ex. du conventionnement sélectif applicable aux infirmiers et sages-femmes libérales ou de l'autorisation d'installation des pharmaciens d'officines depuis 1941).

[3] Par ex., la proposition de loi *visant à lutter contre la désertification médicale*, n° 477, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 décembre 2017.

[4] Une élue locale a proposé de faire appel aux vétérinaires pour faire face à la pénurie des médecins, certes sous réserve d'une « passerelle de formation » et d'un encadrement de leur mission, ces vétérinaires n'intervenant pas « à la place du médecin mais en l'attendant » (Anonyme, « Une élue propose de recourir aux vétérinaires dans les déserts médicaux », *Le Quotidien du médecin*, 13 déc. 2011 ; Bayle-Iniguez A., « Remplacer les médecins ruraux par des vétérinaires : l'idée provoque un tollé », *Le Quotidien du médecin*, 16 déc. 2011) ; V. également la parution de différents arrêtés municipaux interdisant aux administrés de tomber malade ou de mourir le week-end ou les jours fériés afin de sensibiliser face au manque de médecins pouvant signer les certificats de décès (Anonyme, « Déserts médicaux : interdiction d'être malade dans la Sarthe », *Le Point*, 18 févr. 2020).

C'est le cas aussi des outils numériques comme la télémédecine[5] ou la vente en ligne des médicaments.

Qu'en est-il en matière pharmaceutique ? Les inégalités territoriales de santé existent-elles aussi spécifiquement dans ce champ ? Selon les derniers chiffres disponibles, il y a 20 736 officines pharmaceutiques en 2019, en France métropolitaine [5 ; p. 33], correspondant à 32 officines pour 100 000 habitants. Comment interpréter ces chiffres ? Révèlent-ils une offre insuffisante ? Sur ce point, l'Ordre national des pharmaciens est très clair. Il estime en effet que « *les pharmaciens d'officine* [constituent] *une des professions de santé les mieux réparties sur le territoire* » [5 ; p. 38], avec une *« accessibilité* […] *plus homogène sur le territoire métropolitain en comparaison à d'autres services de santé* ». Plus encore, l'offre officinale est bien répartie puisque *« 1/3 des officines françaises constitue le cœur même de l'offre de proximité car elles sont installées au sein des communes de moins de 5 000 habitants. 31 % des officines sont situées dans des communes ayant entre 5 000 et 30 000 habitants* » permettant d'affirmer que « *ce réseau important est la base primordiale et essentielle qui garantit un maillage territorial efficace et permet la desserte homogène du médicament sur le territoire français* ». Il faut d'ailleurs noter que « *75 % des communes (en dehors de celles ayant une pharmacie dans leur enceinte) sont situées à moins de 6 kilomètres à vol d'oiseau d'une pharmacie en 2018* », ce qui est tout à fait positif. Si la réalité est ainsi aujourd'hui, qu'en sera-t-il demain ? Il faut effectivement savoir que le nombre d'officines est en baisse tant dans son nombre total (-7,3% en 10 ans, soit 1 625 officines fermées) que dans son nombre par habitant (36/100 000 il y a 10 ans, 32/100 000 en 2019). L'ordre indique également que plus d'un titulaire d'officine sur deux à plus de 50 ans et que 23% ont plus de 60 ans (en augmentation de 11 points en 9 ans). La chose n'est pas source d'affolement aujourd'hui mais si la tendance se confirme ou s'accroit, il est nécessaire

[5] Comme dit précédemment, V. la contribution d'Eric Martinent dans ces mêmes actes.

d'anticiper afin que les inégalités territoriales de santé en matière pharmaceutique soient contrées au mieux.

Comme évoqué, l'une des pistes possibles se fonde sur la vente en ligne sur laquelle il faut, ensuite, apporter des éléments de contexte. La vente en ligne est, en effet, une vraie révolution dans la manière de dispenser des médicaments, et semble constituer un moyen technique permettant de faciliter l'accès aux médicaments. Cette vente trouve son origine dans le fameux arrêt DocMorris rendu le 11 décembre 2003[6] par ce qui était alors la Cour de justice des communautés européennes (CJCE, aujourd'hui CJUE) puis dans une directive du 8 juin 2011[7] transposée en France par l'ordonnance du 19 décembre 2012[8], complétée par un dispositif règlementaire détaillé[9]. Les idées clefs du régime juridique applicable sont que la vente en ligne se fonde sur un site web qui doit être sous la responsabilité d'un pharmacien et ne peut être que l'émanation d'une officine pharmaceutique réelle. Ce site doit être autorisé de manière préalable par l'Agence régionale de santé et peut vendre, désormais, tout type de médicaments sans prescription (et non plus seulement ceux disponibles en accès direct[10]). *A contrario*, en aucun cas, les médicaments sur prescription ne peuvent être vendus par internet.

[6] Cour de justice des communautés européennes (CJCE), 11 déc. 2003, C-322/01, *DocMorris*.
[7] Directive 2011/62/UE *du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l'introduction dans la chaine d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés.*
[8] Ordonnance n° 2012-1427 du 19 déc. 2012 *relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments*, *JORF* n°0297 du 21 décembre 2012, p. 20 182.
[9] Décret n° 2012-1562 du 31 déc. 2012 *relatif au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet*, *JORF* n°0001 du 1er janv. 2013, p. 74 ; Arrêté du 20 juin 2013 *relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique*, *JORF* n°0144 du 23 juin 2013, p. 10 446 ; Arrêté du 28 novembre 2016 *relatif aux règles techniques applicables aux sites internet de commerce électronique de médicaments prévues à l'article L. 5125-39 du Code de la santé publique*, *JORF* n° 279, 1er déc. 2016, texte n° 26.
[10] CE, ord. réf., 14 févr. 2013, n° 365459, *Dalloz* 2013, Actu., 512 ; CE, 17 juill. 2013, n° 365317, *Dalloz* 2013, 1905.

Face à ce nouveau mode de dispensation, la question est simple : la vente en ligne des médicaments peut-elle permettre de lutter contre les inégalités territoriales de santé qui pourraient se développer en matière officinale ? La réponse est tout aussi simple : non seulement, ce mode de vente n'est pas à même de régler ce problème d'offre potentiellement insuffisante (***I***), mais, en plus il peut être la source de difficultés plus importantes encore pour la santé publique (***II***).

I – L'utilité limitée de la vente en ligne des médicaments

En apparence, la vente en ligne est une bonne idée pour lutter contre le développement des inégalités territoriales de santé en matière pharmaceutique. En effet, puisque certains territoires n'ont ou n'auront pas de pharmacie officinale, la possibilité d'acheter sur internet peut permettre de compenser cette défaillance. Pourtant, cette utilité n'est pas si certaine (***A***) et, au-delà, ce mode de vente souffre de plusieurs limites importantes (***B***).

A) Un accès relatif aux médicaments

Affirmer que vendre des médicaments sur internet favoriserait un recours plus rapide de la population aux soins est-il totalement pertinent ? De manière théorique, c'est tout fait possible, mais en pratique, il ressort que ce mode d'achat peut complexifier la chaine de traitement de la demande de médicament. Au lieu d'avoir une réponse immédiate du pharmacien à la demande formulée par le client dans son officine, s'ajoutent dans le cas de la vente en ligne le traitement de la commande et plus encore son acheminement postal. Il est probable que les pharmaciens veillent à réduire au maximum les délais d'envoi, dans l'intérêt de chacun, mais ces professionnels ne peuvent maitriser totalement le délai d'acheminement. Or, s'il ne s'agit pas de remettre en cause l'efficacité des services postaux, il est classique de constater des temps de

livraison de lettre ou de colis correspondant à plusieurs jours, de deux à cinq, le tout connaissant un certain aléa[11]. Les médicaments disponibles en ligne étant à prescription médicale facultative, ils concernent donc des petites pathologies ou des maux du quotidien comme des migraines ou des rhumes, est-il alors pertinent d'attendre ne serait-ce que deux jours, au mieux, pour recevoir le traitement ? Cela n'est pas certain, même si l'on peut aussi penser, si la formule nous est permise, que « c'est mieux que rien ».

Au-delà, un autre argument avancé en faveur de l'accès aux soins porte sur les personnes qui peinent à se déplacer, lesquelles ne bénéficient pas ou peu du réseau officinal quelle qu'en soit l'étendue. La population fréquemment visée est constituée des personnes âgées, spécialement dépendantes. Ainsi, développer la vente en ligne permettrait de favoriser l'accès aux médicaments de ce public, idée assurément louable[12]. Mais l'effet de cette réforme paraît peu crédible d'un simple point de vue matériel. Au-delà d'éventuelles statistiques sur le taux d'équipement informatique des séniors, peut-on penser qu'une personne âgée dépendante va être volontaire et en capacité de se connecter à internet, d'identifier un site autorisé de vente en ligne, de réaliser une commande, de payer en ligne en entrant ses références bancaires [6] ? Bien entendu, privons-nous de toute généralité réductrice, mais avouons que cette hypothèse n'est pas la plus probable. Justifier la vente en ligne par une volonté d'amélioration de l'accès aux médicaments ne parait donc pas le plus pertinent.

B) Un accès restreint à certains médicaments

Indépendamment de ces aspects pratiques, il faut noter l'existence d'obstacles juridiques à l'accès aux médicaments que favoriserait la vente en ligne.

[11] Les sites de vente en ligne annoncent des délais d'envoi de 48h à 72h généralement.
[12] Bien que les problèmes que connaissent ces personnes en matière de médicament ne soit probablement pas celui de leur accès, mais davantage celui de leur excès d'utilisation, comme en témoigne les fréquentes difficultés liées à leur polymédication, source de risques importants.

Le principal obstacle se fonde sur le périmètre des médicaments vendus. En effet, le régime juridique retenu par les pouvoirs publics français lors de transposition de la directive du 8 juin 2008 permet la vente en ligne des médicaments à prescription médicale facultative uniquement. En aucun cas, la vente des médicaments à prescription médicale obligatoire n'est autorisée même si la directive en laissait la possibilité aux États membres. Cela signifie que l'opportunité que pourrait constituer la vente en ligne ne concerne qu'une partie seulement des médicaments, partie tout à fait minoritaire qui plus est, puisque la part des médicaments sans prescription dans le chiffre d'affaires des pharmacies officinales est de 25% en moyenne seulement [7 ; p. 11].

D'ailleurs, ce périmètre de vente aurait pu être plus restreint encore puisqu'initialement l'ordonnance du 19 décembre 2012 limitait cette vente non pas à tous les médicaments sans prescription mais uniquement à ceux disponibles en accès direct[13], c'est-à-dire par-delà le comptoir. Ce n'est que par l'intervention du Conseil d'Etat que le champ de vente en ligne n'a pas été plus limité encore, intervention qui s'est réalisée en deux temps. D'abord, par une suspension de cette restriction le 14 février 2013 dans le cadre d'une procédure en référé[14], puis par une annulation de cette même disposition, toujours par le Conseil d'Etat, dans un arrêt en date du 17 juillet 2013 [8].

Cette annulation correspondait à des enjeux majeurs puisque le nombre de médicaments en accès direct est bien plus faible que celui de la catégorie générale des médicaments sans prescription médicale obligatoire. Pour autant, cette annulation n'a pas constitué à l'époque une réelle surprise puisque, quoi qu'on puisse en penser sur le fond, plusieurs éléments laissait la présager. C'est le cas spécialement de la position de l'Autorité de la concurrence, saisie dans le

[13] Restriction prévue par la version initiale de l'art. L. 5125-34 CSP. Sur les médicaments en accès direct, Rousset G., « Brèves remarques sur la médication officinale », *Gaz. Pal.* 2008, n° 283, p. 44.
[14] CE, ord. réf., 14 févr. 2013, *op. cit.*

cadre de l'article L. 462-2 du code de commerce, qui s'est montrée très critique sur cette réforme, spécialement sur son domaine c'est-à-dire sur le type de médicaments pouvant être vendus dans ce cadre[15]. Il a même fallu modifier le projet de loi de ratification de l'ordonnance du 19 décembre 2012 pour que cette annulation soit prise en compte, le gouvernement voulant initialement maintenir cette restriction du domaine de vente[16].

Il n'est donc pas certain qu'il soit pleinement intéressant d'acheter des médicaments en ligne, même lorsque l'on n'a pas d'officines à côté de chez soi, si ce n'est pour une catégorie limitée de produits. L'on pourrait alors affirmer que c'est une forme de « pis-aller », de « faute de mieux » en cas d'absence d'offre pharmaceutique, mais ce pis-aller subit d'autres problèmes, créés eux-mêmes par la vente en ligne…

II – Les risques importants de la vente en ligne des médicaments

Le développement de la vente en ligne des médicaments peut générer des risques majeurs liés tant à la difficulté pour le pharmacien d'officine d'exécuter ses obligations (***A***) qu'à certains comportements problématiques que les patients pourraient développer (***B***).

A) Le difficile respect des obligations du pharmacien

Les obligations du pharmacien d'officine sont nombreuses mais l'une des principales est probablement constituée par le devoir de conseil [9]. Il se fonde sur l'art. L. 1411-11 du code de

[15] Aut. conc., n° 12-A-23, 13 déc. 2012.
[16] Le projet de loi initial (n° 811, déposé le 13 mars 2013) prévoyait en effet cette même restriction avant qu'elle ne soit otée dans ce qui sera finalement la loi de ratification : art. 4 3° de la loi n° 2014-201 du 24 février 2014 *portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé*, *JORF* n°0047 du 25 février 2014, p. 3250.

la santé publique de manière générale et sur l'art. R. 4235-48 du même code de manière spécifique pour son lien avec la dispensation. Pourtant, force est de constater que le respect de ce devoir est mis à mal dans le cadre de la vente en ligne des médicaments sur la base d'une interrogation et d'un constat.

L'interrogation consiste à se demander comment le pharmacien officinal peut-il accomplir son devoir de conseil dans ces conditions ? Est-ce grâce au questionnaire de santé mis en place[17] ? Ce questionnaire a pour but de permettre au pharmacien de vérifier lors la préparation de la commande qu'aucun élément n'est en défaveur de la dispensation. Il doit être rempli lors de la première commande et porte sur l'âge du patient, son poids, son sexe, ses traitements en cours, ses antécédents allergiques et, le cas échéant, son état de grossesse ou d'allaitement, le patient devant attester de la véracité de ces informations. Pour autant, aussi utiles que soient ces informations pour traiter et valider ou non la commande, elles ne contribuent pas au devoir de conseil puisqu'il n'y a pas ensuite d'échanges avec le patient pour l'informer des modalités de prise du médicament ou des précautions à prendre en termes d'interactions médicamenteuses par exemple.

Dans ce cas, si ce n'est pas avec le questionnaire que le pharmacien peut remplir son devoir de conseil, est-ce alors par l'échange interactif obligatoire qui doit avoir lieu entre le patient et le pharmacien (boîte de dialogue en ligne…) qu'il le fera ? En apparence, l'on se rapproche ici davantage du devoir de conseil tel qu'on peut le connaître en officine physique. Malgré tout, cette possibilité donnée au client de consulter le pharmacien par téléphone ou par mail ne paraît pas plus adaptée. Au contraire, cela révèle en fait une erreur quant aux exigences relatives au devoir de conseil : le pharmacien doit prendre l'initiative de délivrer les informations et non

[17] Prévu par le point 3.1 de l'annexe de l'arrêté du 20 juin *2013 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique*, *op. cit*.

pas le faire uniquement en réponse à la demande du client, traduisant une mauvaise appréciation de l'origine de l'impulsion en la matière. Le pharmacien n'est pas seulement à la disposition du patient, il doit initier l'échange.

Faut-il dans ce cas avoir plus d'espoir avec la mise à disposition de notices, même de manière automatique ? Pas du tout, en réalité, puisque, dans le cas d'une dispensation traditionnelle, le fait que le client dispose de la notice en achetant le médicament ne libère pas le pharmacien de la délivrance de conseils. Il y a ici une confusion entre l'information prévue par le producteur et le conseil que doit donner le vendeur du produit.

Le constat mettant à mal le devoir de conseil se fonde sur l'existence d'un système d'achat associé que l'on retrouve sur certains sites de vente de médicaments. Pratiqué sur des sites commerciaux classiques (musique, livres…), il consiste à proposer à celui qui a acheté un produit d'autres biens dont on pense qu'ils sont susceptibles de lui plaire, les ressemblances entre eux étant suffisamment nombreuses. Si ce système est très probablement adapté pour des biens de consommation classique, il nous paraît tout à fait problématique en matière de médicaments. Il faut effectivement réaliser que, dans cette hypothèse, ce n'est pas un professionnel de santé qui va conseiller un patient sur la combinaison opportune de plusieurs médicaments dans un but thérapeutique, mais un algorithme qui va permettre à un ordinateur de proposer d'acheter d'autres médicaments. Bien entendu, l'on peut répondre que cet algorithme peut très bien avoir été construit avec l'aide de pharmaciens qui auront pensé scientifiquement la pertinence de la combinaison de plusieurs médicaments, mais il n'empêche que ce type de pratique ne favorise pas du tout l'exécution du devoir de conseil par le pharmacien puisqu'il n'intervient pas dans la proposition de nouveaux médicaments lors du processus de commande. Certes, l'étude pratique que nous avons pu réaliser par le passé ne

montre pas un très grand nombre de sites utilisant ce système pour des médicaments mais le risque n'est pas théorique pour autant [10].

La conclusion est donc assez sévère : l'exécution du devoir de conseil parait tout à fait compromise dans le cas de la vente en ligne de médicaments. Pourtant, comme nous avons pu l'écrire par ailleurs [11], le devoir de conseil est essentiel car il constitue l'un des éléments qui différencie la dispensation d'un médicament de la vente classique d'un bien de consommation courante, même si d'autres professions, hors de la santé, sont soumises à cette obligation. Sans conseil, la dispensation se réduit à une simple vente, comme la jurisprudence a pu le rappeler de façon très nette dans un arrêt de la Cour d'appel de Caen du 15 juillet 1993 [12] retenant la responsabilité du pharmacien pour s'être « *contenté de délivrer les remèdes en reproduisant sur les emballages la posologie figurant sur l'ordonnance, ce qui est à la portée de tout épicier sachant lire et écrire, mais tout à fait insuffisant de la part d'un spécialiste de la santé qui a lui aussi tout aussi gravement* [que le prescripteur] *manqué à son devoir de conseil et à l'obligation de moyen à laquelle auraient dû l'avoir préparé six années d'études spécialisées et quelques de pratique professionnelle* ».

B) Le développement problématique de comportements inadaptés

Sans que cela ne soit exhaustif, sur la base de l'étude pratique que nous avons pu réaliser des différents sites web proposant des médicaments [10], il faut ici relever deux types de comportements possibles qui laissent penser que la vente en ligne peut créer des problèmes supplémentaires au lieu de régler la question des inégalités territoriales de santé en matière pharmaceutique.

Le premier type de comportement problématique porte sur la dispense de frais de port. Une pratique a en effet pu être observée : elle consiste à dispenser le patient des frais de port lorsque sa commande dépasse un certain montant de commande. L'arrêté du 20 juin 2013[18] ne la vise pas expressément mais elle s'y réfère indirectement en rappelant l'interdiction d'incitation à la consommation abusive de médicaments[19] ou la prohibition d'une sollicitation de clientèle par des procédés et moyens contraires à la dignité de la profession[20]. Or, ce système de dispense va à l'encontre de ces principes, de notre point de vue en tout cas, puisqu'il peut pousser le visiteur à augmenter sa commande de médicaments pour atteindre le seuil qui lui permettra d'économiser les frais d'expédition. Dans cette hypothèse, c'est un motif économique et non plus un besoin de santé qui est à l'origine de l'achat de médicament, ce qui semble tout à fait inopportun, particulièrement lorsque l'on se souvient de l'étendue de la surconsommation actuelle de médicaments[21]. Au vu de ces enjeux, il est regrettable de constater qu'une part importante permettait par le passé cette dispense (37,62% des sites visités), le montant de la commande la déclenchant allant de 35 à 100 euros, le plus fréquemment 50 euros.

Le second type de comportement qui pose problème porte sur les limites de commande, élément important pour éviter la surconsommation de médicaments. L'arrêté du 20 juin 2013[22] prévoit que cette quantité maximale doit être conforme à la durée du traitement indiquée dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP), qu'elle ne peut excéder un mois de traitement à posologie usuelle ou la quantité maximale nécessaire pour les traitements d'épisode aigu. Pour éviter tout

[18] Arrêté du 20 juin *2013 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique*, *op. cit.*
[19] Art. R. 4235-64 C. santé publ.
[20] Art. R. 4235-22 C. santé publ.
[21] « La France reste le premier consommateur européen de médicaments sur l'ensemble des classes thérapeutiques (Etude DREES 2010). En effet, la consommation française en unités standardisées (US) par habitant est de 40 % supérieure à la moyenne observée dans 7 pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse) » : Ministère de la Santé, *Campagne nationale d'information et de sensibilisation sur le bon usage du médicament*, Dossier de presse, 29 févr. 2012.
[22] Arrêté du 20 juin *2013 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique*, *op. cit*

excès, il est expressément prévu qu'un dispositif permette le blocage de quantités supérieures. Au-delà, aucune quantité minimale d'achat ne peut être exigée ou suggérée et le patient doit avoir la possibilité de ne commander qu'une seule boîte d'un médicament. L'étude réalisée révèle qu'une grande majorité de sites prévoit bien une telle limitation (81,48%). Le plus souvent, la limite est à 5 boites (53,4% des sites pratiquant cette restriction) ou à 3 (14,77% des sites pratiquant cette restriction). Dans les autres cas, cette restriction va d'une boite à 16, ce dernier chiffre rendant la contrainte d'une efficacité très théorique si l'on ose une formule euphémique. La limitation est aussi faite dans d'autres cas mais sur la base de motifs inadaptés. Au final, les sites ne pratiquant aucune limitation représentent tout de même 15,74% du total. Bien entendu, il est toujours possible de relativiser ce constat en imaginant que si ces commandes avaient été payées, elles n'auraient probablement pas été validées par un pharmacien responsable, du moins faut-il l'espérer. Mais dans ce cas, il est bien plus sage de limiter en amont la quantité de médicaments pour gagner du temps. Sans cette limite automatique, cela signifie que le pharmacien qui réalise un contrôle pertinent de la commande devra contacter le client pour lui préciser qu'il ne peut pas en recevoir autant, attendre d'avoir un retour, se mettre d'accord avec lui sur le nombre finalement commandé puis valider la nouvelle demande. La multiplication de ces échanges créera alors un risque de perte de clientèle. Au vu de tout cela, l'intérêt du patient (la diminution du risque iatrogénique) comme celui du pharmacien (une gestion optimum de son officine) impliquent la mise en place d'une restriction automatique, indépendamment du simple respect des bonnes pratiques prévues par l'arrêté.

Références

[1] Ministère des solidarités et de la santé, *Ségur de la santé – Les conclusions*, Dossier de presse, juillet 2020.

[2] Maurey H, De Nicolaÿ J. *Rapport d'information n° 565 (2016-2017) fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par le groupe de travail sur l'aménagement du territoire*, Sénat, 2017, 126 p.

[3] Cardoux J-N, Daudigny Y. *Rapport d'information n° 686 (2016-2017) fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*, Sénat, 2017, 129 p.

[4] Chevillard G, Lucas-Gabrielli V. Mousques J. "Déserts médicaux" en France : état des lieux et perspectives de recherches. *L'Espace géographique* 2018/4 (Tome 47), p. 362 ; DREES, *Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ?*, Les dossiers de la DREES, n° 17, mai 2017, 63 p.

[5] Ordre national des pharmaciens, *Démographie des pharmaciens – Panorama au 1er janvier 2020*, 2020, 140 p.

[6] Alava S, Moktar N. « Les seniors dans le cyberespace », *Recherches & éducations*, 6|2012, p. 179.

[7] Inspection générale des finances/Inspection générale des affaires sociales, *La régulation du réseau des pharmacies d'officine*, 2016, 356 p.

[8] Rousset G. « Vente de médicaments en ligne : annulation partielle de l'ordonnance de 2012 – Note ss Conseil d'Etat 1re et 6e s.-sect. réun. 17 juillet 2013 », *Dalloz* 2013, 1905.

[9] Siranyan V, Locher F. « Le devoir d'information et de conseil du pharmacien d'officine : de l'exigence déontologique à l'obligation légale », *Méd. & Dr.* 2007 ; 85 : 130.

[10] Rousset G. « Le respect des bonnes pratiques de vente en ligne des médicaments : les pharmaciens au milieu du gué », *RGDM* n° 21, 2015, p. 187-201.

[11] Rousset G., « Le devoir de conseil du pharmacien d'officine, un enjeu essentiel à l'effectivité incertaine », *RGDM* n° 22, 2016, p. 75-86.

[12] *JCP G* 1993, IV, n° 2477 ; *Bull. ordr. pharma*., avril 1994, p. 236.