



**HAL**  
open science

# Discipliner le prescripteur médical (Allemagne, fin du XIXe-fin du XXe siècle)

Nils Kessel

► **To cite this version:**

Nils Kessel. Discipliner le prescripteur médical (Allemagne, fin du XIXe-fin du XXe siècle). Genèses. Sciences sociales et histoire, 2022, Prescription médicale, 127, pp.55-82. 10.3917/gen.127.0055 . hal-04065537

**HAL Id: hal-04065537**

**<https://hal.science/hal-04065537v1>**

Submitted on 28 Apr 2023

**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

# Discipliner le prescripteur médical (Allemagne, fin du XIX<sup>e</sup>-fin du XX<sup>e</sup> siècle)

Nils Kessel

Sous sa forme matérielle, le « colloque singulier » qu'est la consultation se manifeste généralement par une ordonnance qui, le plus souvent, enregistre en même temps qu'elle atteste sur papier la prescription d'un médicament, plus rarement d'autres thérapies<sup>1</sup>. Comme il s'agit là du résultat d'un choix thérapeutique caractérisé par une décision en situation d'incertitude (Legrand 2020), la responsabilité du médecin auteur de la prescription peut être engagée. Sur le plan matériel, cela signifie qu'il signe un acte juridique : l'ordonnance.

Mais la prescription a aussi une dimension économique, ou plus précisément financière, car elle permet au patient d'obtenir un médicament, remboursé au moins en partie, à la pharmacie. En France et en Allemagne les systèmes de mise en paiement de la prescription sont différents mais ils partagent un dispositif commun aux pays dotés d'un système de tiers payant d'assurance maladie collective : la socialisation partielle ou complète du coût du médicament, qui soulève des questions relatives au pilotage des dépenses de l'assurance maladie. Les prescriptions ont ainsi une influence directe sur le fonctionnement du système de santé et ce tant sur le plan qualitatif que quantitatif car leur qualité influe, avec d'autres facteurs, sur son efficacité, et leur volume sur son efficacité financière. Il n'est donc pas surprenant que des acteurs, situés en dehors de la relation médecin-patient, aient tenté de faire de la prescription un champ d'intervention.

Plutôt que de focaliser l'étude sur la consultation comme « colloque singulier », cet article retrace les tentatives de contrôle des prescriptions médicales par des « étrangers au chevet du malade » (Rothman 1991). Cet article se propose d'étudier le rôle des associations des caisses d'assurance maladie, des associations de médecins et des services de santé compétents en Allemagne de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à nos jours. L'intérêt porté par ces acteurs à l'ordonnance médicale a fait d'elle un objet de connaissance, dont la forme et l'usage ont été adaptés pendant plusieurs décennies à de nouvelles pratiques de décodage non médicales. Leur objectif était d'orienter les prescriptions dans le sens de leurs visions – souvent divergentes – d'une gestion « rationnelle », c'est-à-dire efficiente sur le plan budgétaire, et socialement acceptable sur le plan de la qualité des soins.

En s'intéressant aux formulaires utilisés en Allemagne, cet article étudie l'ordonnance comme une manifestation matérielle de la prescription<sup>2</sup>. L'ordonnance est l'un des rares documents qui sortent du huis clos de la consultation. En Allemagne, elle passe de main en main et se retrouve par millions dans les archives des caisses d'assurance maladie pendant une grande partie du XX<sup>e</sup> siècle, avant d'être détruite au bout d'un certain temps. Au cours des cent dernières années, ce document a changé de forme et de contenu, a fait l'objet de réglementations légales et est devenu un sujet de conflit entre les caisses d'assurance maladie et les médecins. D'un point de vue matériel, l'ordonnance rédigée par un médecin allemand en 1920 n'a que peu de points communs avec celle rédigée par son confrère un siècle plus tard. Alors que la première ressemble encore largement à une lettre – comme le sont d'ailleurs les ordonnances françaises actuelles – la seconde prend la forme d'un formulaire tabulaire, lisible électroniquement et destiné à être analysé par ordinateur (Figure 1). Certes, le format lettre est également autorisé en Allemagne, mais en réalité, on n'en trouve plus guère en raison des services automatisés de facturation des pharmaciens, des médecins et des caisses. La comparaison internationale nous permet de souligner la contingence historique des choix allemands. Cette observation laisse supposer que l'histoire de l'ordonnance au XX<sup>e</sup> et au début du XXI<sup>e</sup> siècle n'a pas seulement reflété des processus

de changement techniques, politiques, économiques et juridiques spécifiques, mais qu'elle y a concrètement contribué.

Figure 1. Formulaire d'ordonnance officiel (modèle 2008)

Source : Wikimedia Commons, « Ausgefülltes Rezept zur Abrechnung bei deutschen gesetzlichen Krankenkassen ». URL : [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Kassenrezept\\_Muster\\_2008.svg?uselang=de](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Kassenrezept_Muster_2008.svg?uselang=de) (consulté le 3 janvier 2022)

Note : Tous les noms sont des formes anonymes.

En France, la création de la Caisse nationale d'assurance maladie en 1945 a plutôt été l'occasion d'opter pour une autre forme de rationalisation de la prescription, axée avant tout sur les médicaments eux-mêmes, par l'inscription des molécules éligibles au remboursement sur des listes ainsi que la réglementation des prix par des comités d'experts. Cela a, de fait, contribué à contourner le médecin prescripteur et à cadrer d'emblée le coût des médicaments par une restriction de l'offre et un contrôle des prix. Même si la France, elle aussi, a été confrontée à une augmentation des dépenses de médicaments dès l'après-guerre, elle disposait des instruments du remboursement et de commissions de fixation des prix afin d'encadrer l'augmentation de la dépense plus directement que son voisin outre-Rhin. En Allemagne, c'est la lente diffusion, à partir des années 1960, de blocs-notes standardisés puis de formulaires officiels ayant successivement remplacé les ordonnances du type lettre qui a permis de produire la base matérielle d'une surveillance des comportements de prescription et par cela, d'un contrôle des dépenses par les comités de concertation des collectivités publiques de médecins et de caisses d'assurance maladie.

L'ordonnance n'est pas simplement une incarnation matérielle de la prescription. Elle peut aussi être considérée comme « technologie de papier », notion proposée par l'historienne des sciences et des technologies Anke Te Heesen pour étudier l'influence de la prise de notes et de la rédaction de formulaires sur les pratiques que ces écritures sont censées documenter (Te Heesen 2005 : 582-589). Par sa forme, l'ordonnance permet aux utilisateurs, ici surtout les médecins et les pharmaciens, d'y inscrire des choses différentes, mais son caractère standardisé soumet ces mêmes utilisateurs à des normes d'écriture bien précises et contraint leur manière de la remplir. Ainsi, l'inscription de salutations d'usage dans une lettre n'aurait aucun sens sur une ordonnance, alors que la signature du médecin prescripteur est indispensable. Comme on le verra, ce format standardisé facilite également l'exploitation des informations contenues.

En considérant l'ordonnance comme une « technologie de papier », cet article poursuit deux objectifs : il retrace les évolutions qui ont permis l'ascension tout à fait résistible des formulaires d'ordonnance en Allemagne et d'identifier les acteurs qui ont participé à leur généralisation<sup>3</sup>. Puis il cerne les nouveaux possibles, notamment les objectifs de contrôle des médecins prescripteurs qu'ont permis ces ordonnances et dont ont bénéficié, à travers elles, les acteurs du pilotage du système de santé – autrement dit les caisses d'assurance, les comités de concertation et l'État allemand. Il s'agira alors de répondre à la question suivante : l'observation d'un changement de pratiques d'écriture de la prescription correspond-elle ou non à un changement des rapports de pouvoir entre les acteurs du système de santé au cours du siècle dernier outre-Rhin ?

L'Allemagne comme terrain

L'Allemagne présente un certain nombre d'avantages pour l'analyse historique des prescriptions – sachant que pour la période de 1945 et 1990, notre examen portera uniquement la République fédérale d'Allemagne, la République démocratique d'Allemagne ayant connu un système sensiblement différent. D'une part, ce pays

disposait depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à la fois d'un système d'assurance maladie et d'une industrie pharmaceutique puissante. Par conséquent, les débats sur les prescriptions en tant que problème politique et économique, sont apparus très tôt et se sont poursuivis depuis. En outre, le système allemand se caractérise par une grande stabilité, de sorte que des structures de base telles que les comités de concertation (*Reichsausschuss* puis *Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*) existent dès la République de Weimar. Composés de représentants des caisses d'assurance maladie d'un côté et d'associations de médecins de l'autre, ils étaient chargés de négocier les accords-cadres de leur collaboration.

Différents types de sources ont été utilisées pour cette contribution. Deux organes professionnels médicaux ont été systématiquement exploités. Il s'agit d'une part du *Deutsches Ärzteblatt* (« Journal des médecins allemands »), entre-temps également paru sous le nom de *Ärztliche Mitteilungen* (« Informations médicales »), et d'autre part du *Bayerisches Ärzteblatt* (« Journal des médecins bavarois »), anciennement *Bayerisches Ärztliches Korrespondenzblatt*, limité à une région. Les *Ärztliche Mitteilungen – Vereinsblatt der Ärzte Deutschlands* (ÄM), hebdomadaires, couvrent l'ensemble de la période, tandis que le *Bayerisches Ärzteblatt* (BÄB), mensuel, n'est accessible en ligne<sup>4</sup> que depuis 1926. Pour cet article, une recherche systématique par mots-clés dans les tables des matières annuelles a été associée à une recherche d'articles, de publicités et d'annonces dans des volumes sélectionnés de façon plus aléatoire. Par ailleurs, les différentes éditions de manuels de prescription médicale de base ont été examinées ainsi que diverses études sur la prescription médicale à l'initiative des caisses d'assurance maladie. Ponctuellement ont été consultés l'organe des caisses locales d'assurance maladie *Die Ortskrankenkasse* (« La caisse locale d'assurance maladie ») ainsi que le magazine pour patients *Du und die Welt* (« Toi et le monde ») publié par l'Ordre des médecins (*Bundesärztekammer*)<sup>5</sup>. Une recherche ciblée a aussi été effectuée dans la bibliographie disponible pour repérer les anciens formulaires d'ordonnance, et sur Internet pour les plus récents. Enfin, l'ensemble de la législation au niveau du Reich ou de l'État fédéral, c'est-à-dire les lois et les arrêtés (*Verordnungen*), a pu être exploité.

En outre, les arrêtés du land de Bavière ont été intégrés au moyen d'une recherche systématique de 1945 à 1980. Le land de Bavière a été choisi comme contrepoint pour des raisons pragmatiques. Dotée d'une forte autonomie héritée de la fondation de l'Empire en 1871, la Bavière constitue un bon exemple pour à la fois étudier le rôle des länder par rapport au pouvoir central et retracer les débats des médecins à l'échelle régionale, là où la police des stupéfiants, la régulation et le contrôle des médicaments ont été mis en œuvre voire décidés, notamment entre 1945 et 1961. Au total, 32 règlements du land de Bavière entre 1949 et 1979 ont ainsi pu être identifiés, principalement l'assujettissement de préparations individuelles à l'ordonnance sur les stupéfiants. L'écrasante majorité de ces règlements date des années 1949 à 1965.

## **De l'encadrement des prescripteurs à leur « liberté thérapeutique » (1880-1955)**

### **Genèse tardive de l'enjeu de la prescription**

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'ordonnance rédigée par le médecin et destinée au pharmacien pour la préparation du médicament ressemblait parfaitement à une lettre que le premier adressait au second, et dont le patient était à la fois le transporteur et le bénéficiaire. À partir de 1883, la mise en place d'un système d'assurance maladie a introduit un nouvel acteur, les nombreuses caisses locales d'assurance maladie (*Ortskrankenkassen*), à côté de caisses d'entreprises (*Betriebskrankenkassen*), d'artisans (*Innungskrankenkassen*) et de mineurs

(*Knappschaften*). Jusque dans les années 1920, plusieurs milliers de caisses ont ainsi vu le jour (Huerkamp 1985). Comme l'a montré Claudia Huerkamp dans son analyse de la profession de médecin au XIX<sup>e</sup> siècle, l'émergence du système de santé moderne a modifié à plusieurs niveaux la pratique médicale. Tout d'abord, la clientèle de patients a changé : l'extension rapide de l'assurance maladie allemande par des réformes successives a intégré dès avant 1914 environ 50 % de la population, directement en tant qu'assurés ou indirectement par le biais de membres de la famille assurés (*id.*). Même si la visite d'un médecin restait un événement rare pour beaucoup de personnes à cette époque, le nombre d'actes médicaux réalisés couverts par les caisses d'assurance a augmenté considérablement (Huerkamp 1985 ; Hoffmann 2010).

En conséquence, le statut de médecin conventionné par une caisse est devenu attractif en raison de la stabilité des revenus qu'il assurait. Conscientes de l'attractivité du marché qu'elles proposaient aux médecins, les caisses tentèrent dès les années 1880 d'imposer des règles de fonctionnement contraignantes aux médecins conventionnés. Les conventions conclues entre les deux acteurs variaient souvent d'une commune à l'autre, en raison de la forte décentralisation du système : dans certaines localités, les médecins étaient payés sur une base forfaitaire, tandis que dans d'autres, ils étaient rémunérés sur la base de prestations individuelles, ce qui induisait des différences considérables dans le niveau de rémunération. Surtout, les caisses tentèrent de limiter leurs dépenses pour le soin de leurs assurés en obligeant ces derniers à se tourner uniquement vers un médecin conventionné local. La prescription de médicament restait cependant d'une importance encore secondaire par rapport au problème des honoraires puisque de nombreux médecins pouvaient alors délivrer eux-mêmes les médicaments, souvent sous la forme d'injections. Le coût du médicament restait donc attaché à la visite médicale, qui s'effectuait souvent à domicile et pour laquelle le médecin demandait non seulement l'honoraire mais aussi un défraiement pour son déplacement et, le cas échéant, pour la médication.

En réaction aux tentatives des caisses de contrôler les médecins une association professionnelle de médecins conventionnés se créa en 1900 à Leipzig. Le *Schutzverband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer Standesinteressen* (« Association de défense des médecins allemands pour la préservation de leurs intérêts professionnels »), bientôt connu sous le nom de Confédération de Leipzig (*Leipziger Verband*), prend en 1924 le nom de *Hartmannbund* (« Confédération de Hartmann ») en honneur de son fondateur. Cette association visait à défendre les intérêts financiers et l'autonomie d'une profession qui affirmait son caractère résolument libéral. Entre 1900 et 1913, les rapports entre médecins et caisses se détériorèrent au point de déclencher la grande « grève des médecins » (*Ärztestreik*) de 1913, à laquelle se joignirent de nombreux médecins conventionnés. Suite à celle-ci, le gouvernement impérial instaura un premier modèle de concertation par la création de comités de concertation entre médecins conventionnés et caisses (Deppe 2000 : 15). Le système des contrats individuels entre une caisse et un médecin prit ainsi fin au profit de contrats valides pour l'ensemble des caisses. Les assurés purent désormais choisir leur médecin plutôt que d'être obligés de se tourner vers le médecin conventionné par leur caisse. Ce libre choix du médecin s'est maintenu durant tout le XX<sup>e</sup> siècle, avant de se voir restreint par l'introduction, à la fin du siècle, par la déclaration obligatoire du médecin traitant.

C'est donc avant la Première Guerre mondiale qu'un certain nombre d'éléments structurant le système de santé allemand ont été mis en place, dans le cadre d'un rapport de forces entre caisses d'assurance et médecins. D'abord caractérisé par la domination des caisses, le rapport évolue dans le sens de l'établissement d'un rééquilibrage au profit des médecins par la mise en place par le gouvernement de commissions paritaires entre ceux-ci et les caisses. Ce dispositif marque le début d'une politique de concertation, malgré une continuité des

conflits parfois virulents. Cela renforce en conséquence un fonctionnement corporatiste et donc le rôle des corps intermédiaires (associations de médecins, associations de caisses), déjà amplement décrit dans l'historiographie, à la fois au sein des professions et des caisses mais aussi face à l'État et aux usagers (Tennstedt 1977 ; Alber 1992). La prescription n'est cependant pas encore l'enjeu premier de ce rapport de forces, notamment parce que la médication reste largement traditionnelle.

Tout au long de l'entre-deux-guerres, le *statu quo* établi dans les relations entre les médecins et les caisses tend à se dégrader, la presse spécialisée médicale étant la plus virulente. Au début des années 1920, les *Ärztliche Mitteilungen* possédaient une rubrique *Ärzte und Krankenkassen* (« Médecins et caisses d'assurance maladie »), rédigée par un membre de la revue non identifié qui signait des initiales H. D., et qui actualisait le débat dans les premières pages de chaque numéro hebdomadaire (voir par exemple D. 1922 : 19-20, 32 ; D. [s. d.] : 1-6). L'auteur y exacerbait le plus souvent le débat de manière polémique. L'image globalement donnée des médecins était celle d'une corporation opprimée :

« Les caisses d'assurance maladie, qui dominant de plus en plus l'ensemble de notre marché du travail, qui ont de plus en plus la main sur la possibilité d'exercer la médecine, deviennent de plus en plus dures et rudes en tant qu'employeurs sûrs d'eux<sup>6</sup> » (D. 1922 : 1).

C'est dans ce contexte qu'éclatent en 1923 à nouveau des conflits entre médecins et caisses, aboutissant à la mise en place du Comité impérial des médecins et des caisses (*Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen*)<sup>7</sup>. Par ces voies de réglementation corporatiste, l'État allemand vise à réduire les tensions tout en standardisant, par le placement à l'échelle nationale, un système jusque-là largement décentralisé, en passant par des accords-cadres (*Mantelverträge*) que peuvent négocier en détail les partenaires au niveau territorial dans les districts de caisses (*Kassenbezirke*).

## **L'avènement de l'industrie pharmaceutique et son influence sur les prescriptions**

Dans ce contexte de standardisation des rapports, notamment financiers (honoraires, défraitements), la transformation profonde du monde du médicament par l'arrivée de l'industrie pharmaceutique commence à se faire ressentir et propulse la prescription médicale au premier plan (Köbrich 1922 : 20). D'un point de vue purement matériel, on produit, prescrit et consomme plus de médicaments qu'auparavant (Wimmer 1994 ; Hoffmann 2014 ; Kessel 2015a), de sorte que l'on peut parler sans exagération de « multiplication », ce qui constitue un critère caractéristique de la modernité industrielle (Tanner 2008). Les marchés pharmaceutiques croissants forment ainsi la toile de fond des débats sur la rationalisation de la prescription de médicaments. Mais l'arrivée de grandes entreprises s'adressant directement au médecin prescripteur avec des promesses d'efficacité défiant la connaissance scientifique (Heubner 1931) change le rapport aux marchés du médicament. Depuis le début du siècle, les pages d'annonces de la revue *Ärztliche Mitteilungen* accueillent de plus en plus de publicités d'une demi-page voire d'une page plutôt que les petites annonces traditionnelles. La publicité des producteurs vantant les mérites de leurs produits sans hésiter à proclamer leur totale innocuité éveille le soupçon, non seulement des caisses chargées de la prise en charge, mais aussi des spécialistes en pharmacologie. Comme nombre de ses collègues universitaires, le professeur de pharmacologie Paul Trendelenburg (1884-1931)<sup>8</sup> craint ainsi que l'influence de la publicité sur les praticiens en médecine ambulatoire et le pouvoir croissant des industriels sur les revues médicales dépendantes des annonces ne détériorent la qualité des prescriptions. Cette influence industrielle est bien réelle car sous la pression des entreprises, la Commission des médicaments de la Société allemande de médecine interne voit ses communications régulières bannies des *ÄM*, l'organe général des

médecins allemands (Müller-Oerlinghausen 2010 : 190). Cette commission de spécialistes universitaires, transformée plus tard en Commission des médicaments des médecins allemands (*Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*, AKdÄ), s'était autorisée à évaluer de façon critique les médicaments mis sur le marché (Müller-Oerlinghausen 2010).

Face à ce type d'expériences, Trendelenburg introduit une critique des marchés du médicament dans la préface son ouvrage de référence *Grundlagen der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnung* (« Bases de la prescription médicale générale et spécifique ») :

« Depuis que la présentation des médicaments est presque entièrement soumise au capitalisme, la somme énorme de spécialités toujours nouvelles et la forme souvent assez subjective de leur recommandation rendent difficile la formation d'un jugement sûr [...]. » (Trendelenburg 1926 : III)

Derrière ses mots prudemment choisis se cache l'inquiétude que la tendance des entreprises à mélanger différents principes actifs pour produire des médicaments prétendument « nouveaux » soit non seulement injustifiée sur le plan thérapeutique mais aussi plus coûteuse pour les assurances. D'autres encore n'y voyaient guère qu'un nouveau charlatanisme (Bachem 1924 : 15-17 ; Kessel 2015a). Or cette méfiance de la part notamment des spécialistes universitaires du médicament n'est pas anodine car elle ouvre la voie à une première série d'alliances ponctuelles entre les caisses d'assurance maladie et ces mêmes spécialistes.

Les démarches de rationalisation, avant tout très techniques, sont rassemblées dans le *Deutsches Arzneiverordnungsbuch* (« Guide allemand de prescription médicamenteuse ») édité par la Commission allemande des médicaments et paru en quatre éditions jusqu'en 1930<sup>9</sup>. Ce guide est reconnu comme ouvrage de référence par les caisses et le Hartmannbund en 1930 (« Allgemeine Einführung... » 1930 : 87-88). Il est utilisé lors des négociations sur les médicaments pris en charge par les caisses.

Prenant appui sur les guides déjà publiés par des pharmacologues comme Paul Trendelenburg, les recommandations de prescription combinent les deux rationalités thérapeutique et économique portées par les caisses et les universitaires sans que l'on puisse les dissocier complètement. L'apparente technicité des recommandations cache une situation très datée concernant le médicament : jusqu'aux années 1940 en effet, les médicaments se distinguent par leur type de préparation, à savoir officinale ou magistrale en pharmacie, ou industrielle. Même si l'ascension de l'industrie pharmaceutique est rapide, la médecine des années 1920 peut encore largement choisir entre préparations de pharmacie et produits industriels, ces derniers s'avérant souvent bien plus chers que les premiers. La rationalité économique se trouve ainsi intriquée à une rationalité thérapeutique d'équivalence, c'est-à-dire que les substances vendues en pharmacie peuvent servir de préparation pour des médicaments équivalents aux industriels. On se trouve donc dans un problème analogue à celui, actuel, de la bioéquivalence des médicaments génériques (Greene 2014) : pourquoi prescrire le somnifère bien connu de Bayer, le Véronal, si son principe actif, l'acide diéthylbarbiturique, est disponible en pharmacie comme formule officinale prête à l'emploi mais bien moins chère (Trendelenburg 1926 : 8) ? Ainsi, la rationalisation proposée par cette alliance de scientifiques et de caisses s'appuie sur le souhait d'une meilleure connaissance de la pharmacologie par les médecins conventionnés, assurant une meilleure maîtrise, par les prescripteurs, des pratiques d'écriture de l'ordonnance.

Les *Grundlagen der Arzneiverordnung* (« Bases de la prescription de médicaments ») de Paul Trendelenburg proposaient ainsi de véritables leçons d'écriture de l'ordonnance, cette dernière incarnant l'entrée vers une rationalisation tant thérapeutique qu'économique. Paul Trendelenburg insistait en effet sur la possibilité de réduire le coût global des dépenses par une identification fine du type de préparation officinale qui soit moins

cher mais équivalent sur le plan thérapeutique. Il suggérait notamment aux médecins conventionnés de demander des mélanges de liquides pharmaceutiques facturés à 25 pfennigs plutôt que de faire préparer une solution à base d'une poudre au prix de 55 pfennigs (Trendelenburg et Kraye 1931 : 19). De la même façon et toujours selon lui, écrire « pour vingt-cinq pfennigs d'huile de foie de morue » permettrait au pharmacien de proposer l'huile en tant que préparation plutôt qu'en produit industriel bien plus cher (Trendelenburg 1926 : 2). Enfin, il suggère de laisser le patient lui-même préparer son médicament dans la mesure où il en est capable, par exemple dans le cas d'infusions thérapeutiques préparées en pharmacie (Trendelenburg 1926 : 7 ; Bachem 1924 : 10). Suivant cette logique, la rédaction informée de l'ordonnance aurait donc elle-même contribué à un encadrement des dépenses de façon durable.

### **La « liberté de prescription », 1932-1955**

La stratégie de Trendelenburg complète et légitime les pratiques des caisses déjà en place pour contrôler les médecins conventionnés. Deux mesures, qui furent sans doute les plus forts instruments des caisses d'assurance maladie, méritent l'attention : les listes « négatives » (*Negativlisten*) et l'action récursoire (*Regress*). Les *Negativlisten* permettent aux caisses d'interdire aux médecins conventionnés la prescription de certains médicaments jugés inutiles ou trop chers et, de ce fait, de dicter des choix thérapeutiques (« Ein einheitliches... » 1931 : 460). Le deuxième instrument dont disposent les caisses est le *Regress*. Outil fortement contesté par le *Hartmannbund*, il leur permet de se retourner contre un médecin dont les prescriptions par trimestre dépasseraient nettement celles de la moyenne des autres médecins de la même spécialité et du même district de caisse que celui où il exerce, et de le contraindre à rembourser à la caisse l'excédent de ce qu'elle a payé aux pharmacies et en honoraires.

Basé uniquement sur le calcul des dépenses, le *Regress* permet de faire constamment pression sur les médecins d'un point de vue économique. Toutefois, dans le cadre du virage autoritaire et réactionnaire de la République de Weimar à partir de 1930, les caisses se voient peu à peu privées de leurs moyens d'action face aux médecins. Ce sont en effet les Unions de médecins conventionnés (*Kassenärztliche Vereinigungen, KV*), créées par décret présidentiel d'état d'urgence dans le contexte de crise républicaine, à qui incombe dès 1931 l'organisation des procédures de sanction de leurs membres (Reichstag 1931 : 718, alinéa 1, § 1, phrase 2). Avec l'arrivée au pouvoir des nazis en 1933, les KV sont intégrées dans la nouvelle Association des médecins conventionnés d'Allemagne (*Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, KVD*). Collectivité publique et sous autorité du ministère du Travail national-socialiste, la KVD contrôle désormais la profession médicale sur le plan financier en redistribuant l'ensemble de l'argent négocié et reçu par les caisses à ses membres en fonction de leurs actes, mais en tenant compte des éventuels comportements déviants parmi les médecins : l'accord du 18 mars 1938 entre les représentants de la KVD et les caisses d'assurance maladie fixe ainsi un montant réglementaire des dépenses de médicaments par assuré et par trimestre<sup>10</sup>.

Cette contrainte théorique pesant sur le volume des prescriptions devient d'autant plus acceptable que les dépassements font rarement l'objet de poursuites et que disparaissent d'autres mesures vivement critiquées par les médecins, notamment les *Negativlisten* (Trendelenburg et Lendle 1945 : 27). L'organisation corporatiste de la KVD renforce ainsi l'autonomie du médecin prescripteur qui se voit désormais libre dans son choix de médicament. La définition d'un plafond (essentiellement théorique) de dépenses doit donc être vue moins comme une victoire des caisses que comme le résultat d'une planification du fonctionnement social, à laquelle participe activement une bonne part du corps médical. Fortement plébiscité par les médecins, dont le taux

d'adhésion au parti nazi est, avec 44,8 %, le plus élevé des professions académiques (Kater 1989 : 59 ; Rütger 1997 : 166), le régime national-socialiste affaiblit ainsi durablement les caisses d'assurance maladie, soupçonnées d'être des bastions de la social-démocratie et du mouvement ouvrier, et dont l'organisation nationale doit désormais directement négocier avec la KVD, puis après 1955 avec son successeur, la *Kassenärztliche Bundesvereinigung* (KBV).

### **La mise à l'écart des « stupéfiants »**

On remarquera aisément que l'ordonnance en tant que telle n'a jusqu'à présent joué qu'un rôle secondaire face à l'enjeu représenté par les volumes et la liberté de prescription des médecins : même lorsque Trendelenburg explique comment prescrire, il se préoccupe de son contenu mais ne s'attarde pas sur sa forme matérielle. Tout indique en effet que c'est par un autre biais que l'ordonnance a acquis en Allemagne la dimension standardisée qui fait d'elle une « technologie de papier » spécifique. En l'occurrence, c'est la création de la catégorie réglementaire de « stupéfiants » qui a grandement favorisé les tentatives de surveiller les prescriptions et contribué à faire de l'ordonnance son instrument de contrôle.

Après la Première Guerre mondiale et avec la création de la République allemande en 1919, le traité de Versailles oblige l'Allemagne à ratifier la Convention internationale sur l'opium de 1912 (Holzer 2007 : 42). Dans ce domaine, la politique allemande ne se plie qu'à contrecœur à un contrôle plus strict dans les années 1920, car les opiacés continuent d'être considérés comme des médicaments indispensables en cas de douleurs sévères<sup>11</sup>. Ainsi, contrairement aux États-Unis, la législation allemande sur les médicaments ne vise pendant longtemps pas à interdire certaines substances. Jusqu'à la veille de l'adoption de la loi ouest-allemande sur les stupéfiants de 1972, l'héroïne et la cocaïne restent par exemple légales (*id.* : 43)<sup>12</sup>.

Cependant, les accords internationaux obligent les pays signataires à surveiller la production et le commerce international. Lors de l'entrée en vigueur de la loi sur l'opium, en 1929, le Bureau impérial de l'opium (*Reichsopiumstelle*) nouvellement créé est chargé de surveiller les producteurs et les grossistes à travers un système de bons visant à permettre le traçage des livraisons. Au niveau national, toutefois, les pharmaciens sont seulement astreints à tenir des registres de distribution, qui ne constituent qu'un faible instrument de contrôle. Les seules contraintes affectant le travail des médecins prescripteurs – dont les généralistes, les psychiatres et les ophtalmologues – concernent les renouvellements de prescription et le respect des doses maximales journalières (Trendelenburg 1926 : 4 ; Holzer 2007 : 46). En revanche, le patient usager de stupéfiant est clairement la cible principale de la surveillance : dès 1931, les pharmacies conservaient les ordonnances de stupéfiants et ne les rendaient plus aux patients qui les demandaient (Trendelenburg et Krayner 1931 : 9).

Dans les faits, le contrôle de la prescription d'opiacés se limite à la police médicale et à la lutte contre la « toxicomanie », mais en Allemagne, ces restrictions de la prescription d'opiacés ne semblent pas avoir suscité de grands débats dans la communauté médicale, comme le montrent les analyses de l'historienne Annika Hoffmann (2012). Cela s'explique d'abord par une relative incertitude quant à la vraie dimension du phénomène : contrairement à ce qui a été présenté dans les médias et dans le débat public de l'époque, tous les travaux récents s'accordent à dire que la proportion des « toxicomanes », c'est-à-dire des usagers d'opiacés et de cocaïne était plutôt faible (Holzer 2007 ; Hoffmann 2012 ; Lewy 2017 ; Walter 2017). Et si des psychiatres s'acharnent contre les « toxicomanes », les associations de médecins sont peu engagées dans ce projet malgré un soutien fort affiché en public. Qui plus est, parmi ces consommateurs, il y avait une grande proportion de médecins – un phénomène qui perdure au-delà des années 1960 (BKA 1956 : 64 ; Herzberg 2012).

Cette ambiguïté du prescripteur-consommateur, observable également dans d'autres contextes d'utilisation de médicaments, peut expliquer pourquoi le Hartmannbund et d'autres associations tentent de régler le problème de façon interne, en recourant à des pratiques préservant l'autonomie professionnelle. C'est ainsi que la presse spécialisée hebdomadaire informe sur l'existence d'escrocs itinérants qui tentent d'obtenir des ordonnances par des moyens frauduleux : par exemple, en 1930, la *Bayerische Ärztezeitung* met en garde contre un « morphiniste » en publiant son nom et en décrivant son mode opératoire (« Warnung vor einem Morphinisten » 1930 : 469). On trouve de telles informations dans la presse médicale spécialisée jusqu'à la fin des années 1950 (« Warnung ! » 1957 : 170). Par ailleurs, les organisations professionnelles de médecins soutiennent l'identification et la dénonciation des médecins dépendants exigées par les autorités sanitaires et plaident également en faveur des peines progressivement renforcées jusque dans les années 1960 (Holzer 2007 : 342 ; Koertling 1957 : 14-19). Cela dit, le nombre de cas poursuivis est très faible et participe à faire de l'utilisation des stupéfiants un non-problème jusqu'au milieu des années 1960. Ceci peut expliquer le succès de la stratégie du Hartmannbund de dénoncer le risque de « bureaucratie » supplémentaire que causerait l'introduction de formulaires spécialisés pour la prescription des stupéfiants. De la surveillance des opiacés est en effet née, dès les années 1920, l'idée de formulaires spécifiques, plus difficiles à falsifier que les ordonnances lettres. Néanmoins, un tel formulaire officiel ne deviendra obligatoire qu'en 1974, presque cinquante ans après.

Pendant cette première période d'environ soixante-dix ans, de la fin du XX<sup>e</sup> siècle jusqu'au début de la République fédérale, les caisses d'assurance maladie ont ainsi développé des instruments, dont les *Negativlisten* ou le *Regress*, pour contrôler la prescription médicale sur le plan tant thérapeutique qu'économique. Ciblées par le régime nazi qui les soumet à son contrôle, elles perdent *in fine* la lutte autour du contrôle des prescriptions contre les organisations de médecins, représentant majoritairement les praticiens, et ce malgré leurs alliances ponctuelles avec les pharmacologues universitaires. Opportunistes, voire idéologiquement très proche du régime nazi, les organisations médicales acquièrent la liberté de prescription et entrent dans des rapports très étroits avec les entreprises pharmaceutiques qui gagnent en légitimité en se présentant comme industrie « scientifique ». Ces liens étroits marqueront toute l'histoire de la prescription et plus largement de la médecine au XX<sup>e</sup> siècle (Gaudillière et Thoms 2015). Ces alliances contribuent, de façon indirecte, à affaiblir toujours plus le rôle des pharmaciens préparateurs et vendeurs de médicaments et sont légitimées par de nouvelles frontières érigées en faveur d'une lutte, peu motivée, contre la toxicomanie.

### **De la résistible ascension du formulaire d'ordonnance à son exploitation limitée pour la gestion du coût de la santé, 1955-2020**

La « liberté thérapeutique » se traduisant par la possibilité du médecin de prescrire ce qu'il juge utile d'un point de vue thérapeutique et, pour ainsi dire, sans considération du prix, est préservée après la Seconde Guerre mondiale et devient un enjeu majeur de la défense professionnelle chez les médecins. Cette autonomie acquise donne toute sa légitimité à la KBV, qui la défend âprement par des gestes symboliques, comme l'opposition à toute mesure multipliant le travail administratif des médecins. Un médecin faisant le compte des formulaires qu'il utilise arrive à 8 à 9 pour la seule gestion des demandes de patients, dont l'ordonnance « classique », le certificat d'incapacité de travail (*Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*, AUF), les certificats d'invalidité ou encore les constats de décès (Wedepohl et Petersilie 1962 : 834-836). C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre la résistance de la KBV mais aussi de l'équivalent de l'Ordre des médecins, la *Bundesärztekammer* (BÄK, « Chambre fédérale des médecins ») à l'introduction d'une ordonnance sécurisée pour les opiacés.

## La percée des formulaires, 1963-1975

Une occasion unique s'était pourtant présentée lorsque la Sarre est repassée sous administration allemande en 1955. En effet, l'administration française jusqu'alors compétente avait introduit dans la région des formulaires officiels pour la prescription de stupéfiants. Ces formulaires étaient numérotés individuellement et munis d'autocollants au carbone qui permettaient d'identifier rapidement le médecin prescripteur ainsi que les autres personnes impliquées (Koertling 1957 : 17). Si les offices de santé régionaux, soutenus par le ministère de l'Intérieur, se montrent favorables à la généralisation de ce formulaire, l'initiative se heurte à plusieurs reprises (la dernière fois en 1969) au refus des länder de financer la gestion et la surveillance de ces ordonnances. La *Bundesärztekammer* bloque également l'initiative au nom de la « charge administrative » supplémentaire que cela représenterait pour le médecin (Holzer 2007 : 464-466). L'échec de cette initiative sarroise peut être vu comme le signe qu'il n'existait pas de déterminisme poussant à l'évolution inéluctable de l'ordonnance et ainsi, de la prescription, vers une standardisation. Rien n'interdit cependant de penser ce cas sarrois également comme un de ces exemples d'évolution technologique ayant connu d'abord un échec mais qui ont néanmoins fini par s'imposer et par avoir des effets tangibles.

Bref, l'échec sarrois montre que les rapports de forces entre les associations des médecins conventionnés, les caisses, la BÄK, ou encore divers acteurs ministériels, sanitaires ou policiers de surveillance des stupéfiants, étaient encore favorables aux médecins au milieu des années 1950. C'est dans les années 1960 que ces rapports de forces se sont sensiblement modifiés, pour aboutir à l'imposition de procédures de standardisation des formulaires de prescription. Plusieurs facteurs ont joué en ce sens, à commencer par l'existence même d'une possibilité de standardisation de l'écriture de la prescription, présentable et présentée non pas comme un moyen de contrôle, mais comme la promesse d'une activité d'écriture moins chronophage pour les médecins prescripteurs. C'est sans doute ce dernier atout qui explique la forte acceptation des ordonnanciers et d'autres « technologies de papier ». Dès le début des années 1920 en effet, des annonces dans des revues spécialisées proposaient aux médecins des formulaires imprimés témoignant du début de la standardisation des ordonnances (Figure 2). À ce moment-là, cependant, il s'agissait de répondre à la standardisation imposée par les bureaucraties des caisses : les entreprises de papeterie et d'impression développent ainsi, sans obligation légale, un marché spécifique d'ordonnanciers pour les médecins, visant à réduire le travail répétitif de mise en forme des ordonnances en leur évitant d'oublier l'un des éléments indispensables et en réduisant ainsi leur risque de produire un acte juridique insuffisamment informé. On peut donc parler d'une période d'imprimés ou de proto-formulaires qui anticipent une organisation standardisée et tabulaire mais dont le cadre reste peu contraignant et, surtout, qui n'ont pas de statut officiel. Entre 1920 et 1960 environ, deux types de médecins appuient particulièrement la mise en formulaire des ordonnances. D'un côté, les médecins installés et qui cherchent à rendre plus efficiente l'écriture de l'ordonnance (Wedepohl et Petersilie 1962) ; de l'autre, les médecins de santé publique ou au service des autorités, notamment dans les offices de la santé (*Gesundheitsämter*), qui cherchent à mieux surveiller les ordonnances d'opiacés par des systèmes de traçage (Holzer 2007 ; Hoffmann 2012).

Figure 2. Encart publicitaire dans une revue médicale en 1922 pour l'adoption, à l'occasion du changement de trimestre, de formulaires médicaux produits par le Weimarer Formularverlag Kühn Frères  
Source : *Ärztliche Mitteilungen*, vol. 23, n° 1, 1922, p. 9.

Indépendamment du recours ou non à des formulaires, la prescription continue d'être encadrée administrativement, avec la définition d'éléments qui doivent impérativement figurer sur l'ordonnance et dont la mention permet de retracer le résultat du choix thérapeutique. Une ordonnance de caisse de la *Reichsversicherungsordnung* (RVO)<sup>13</sup> doit par exemple comporter l'indication abrégée de la caisse et le cachet du médecin sur la première ligne, puis les informations sur la personne assurée, l'affiliation, le lieu de résidence, l'employeur ou le service, le conjoint et l'enfant (Wedepohl et Petersilie 1962 : 834-836).

Le premier formulaire officiel d'ordonnance a été introduit en 1963 (Figure 3). Ce formulaire était contraignant à beaucoup d'égards car il était obligatoire pour tout acte de prescription rédigé par un médecin conventionné et pris en charge par un des quatre principaux types de caisses existant alors, les caisses locales (AOK), celle des travailleurs agricoles et forestiers (*Landkrankenkasse*, LKK), des entreprises (*Betriebskrankenkassen*, BKK) et des corporations d'artisans (*Innungskrankenkassen*, IKK). Mais comme le souligne l'article du 25 juillet 1963 dans l'hebdomadaire des pharmaciens *Pharmazeutische Zeitung*, la concertation autour de l'introduction d'un nouveau formulaire d'ordonnance qui engagera l'immense majorité des prescriptions de l'assurance maladie publique s'est faite en l'absence d'un des principaux acteurs : les pharmaciens. En effet, seule la KBV pour les médecins conventionnés et les quatre associations fédérales des caisses susdites ont participé à l'élaboration du modèle qui a été introduit depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1963 (« Neue Arzneiverordnungsblätter ... » 1963 : 982) . Cet épisode, loin d'être anecdotique, montre d'une part la perte d'influence des pharmaciens sur les pratiques administratives autour du médicament, liée au fait que les acteurs principaux de l'offre médicamenteuse sont devenus les médecins relayant la production industrielle. Mais d'autre part, il souligne que les caisses d'assurance maladie font de nouveau jeu égal avec les médecins prescripteurs, ce qui doit être expliqué puisque jusqu'alors ceux-ci étaient parvenus à maintenir une large autonomie de prescription.

Figure 3. Formulaire d'ordonnance de 1963

Source : « Neue Arzneiverordnungsblätter in der Krankenversicherung », *Pharmazeutische Zeitung*, vol. 108, n° 30 : 982-983, p. 982 (numérisation : [https://publikationsserver.tu-braunschweig.de/receive/dbbs\\_mods\\_00038417](https://publikationsserver.tu-braunschweig.de/receive/dbbs_mods_00038417), consulté le 14 avril 2022).

Note : En haut du document figurent les cases à cocher identifiant le type de caisse de l'assuré. Au-dessous du nom du patient se trouve une ligne destinée à préciser les conditions de l'assurance, à savoir l'employeur pour les salariés, le numéro d'assuré pour tout autre membre, l'indication « volontaire » pour les assurés dispensés de l'obligation d'assurance, ou encore le statut de retraité. La colonne étroite à gauche présente deux cases, la première à cocher en cas de dispense de participation aux frais, la seconde pour noter le numéro de la facture ; la colonne *Taxe* en dessous permettait au pharmacien d'indiquer le prix en pharmacie du médicament lors de sa délivrance, avec à gauche l'avis concernant la majoration pour cause de délivrance après 20 heures. Dans la partie droite, au-dessous de la ligne réservée au lieu et à la date, le médecin note manuellement ses prescriptions : cette partie qui commence par le traditionnel *Rp.* (pour *Recipe*, « prends » en latin) des ordonnances, ne comporte ni ligne ni case pour laisser la place aux prescriptions variables du médecin. Enfin, la signature et le tampon du médecin étaient attendus au recto, tandis que le pharmacien devait tamponner le document au verso.

Le formulaire d'ordonnance introduit en 1963 portait encore toutes les traces du bloc-notes des médecins dont il était inspiré. D'un point de vue technologique il s'agit donc d'un document intermédiaire entre une production manuscrite inexploitable de façon informatisée (par exemple par un lecteur de cartes perforées ou un lecteur optique) et une technologie qui le permettrait. Certes, un processus de traduction du formulaire en tableau sur carte perforée, reposant sur un travail (principalement féminin) de saisie était techniquement déjà possible. Mais cette dimension manuelle du travail de conversion et son coût considérable empêchaient l'exploitation routinière des ordonnances à ce stade (Kessel 2021). Ce n'est donc pas une raison technologique (comme une

facilité de travail pour tout le monde) qui conduit à l'adoption de ce formulaire contraignant pour les médecins conventionnés, à rebours de l'autonomie qu'ils revendiquaient et défendaient. Les explications sont ailleurs.

### **Le défi de l'augmentation des consommations médicamenteuses, 1955-1975**

Les anciens débats sur l'évolution des dépenses de santé refont surface peu après la Seconde Guerre mondiale : comme dans l'entre-deux-guerres, la controverse porte sur l'augmentation générale des dépenses d'assurance maladie et la capacité des mutuelles à financer le système de santé à l'avenir. Dans les années 1950 et 1960, ce sont encore les honoraires des médecins et les frais liés des médicaments qui sont cités comme principaux facteurs de coûts : les dépenses en médicaments sont toujours considérées comme trop élevées (Kessel 2015a). D'un point de vue technique, l'augmentation des dépenses des caisses pour les médicaments peut avoir plusieurs raisons, notamment la demande croissante de médicaments de la part des patients. Les organisations de médecins, montrées du doigt, rejettent la responsabilité de cette situation et incriminent plutôt le vieillissement de la population ainsi que les attentes parfois exagérées des patients, puis reprochent aux pharmaciens d'encourager une consommation excessive et dangereuse de médicaments en vendant de nombreux médicaments sans ordonnance (ABDA 1955 : 17 ; Fromm 1955). À l'inverse, les représentants des caisses d'assurance maladie, mais aussi de plus en plus de journalistes, critiquent plutôt les formes de surprescription de médicaments imputées aux pressions de l'industrie pharmaceutique sur les médecins (Hammermüller 1955 : 121-124). Plutôt que de remettre en question les pratiques de prescription, les associations professionnelles de médecins des années 1950 et 1960 préfèrent proposer l'éducation des patients (Kessel 2015a), soutenues dans leur démarche par les gouvernements fédéraux démocrates-chrétiens de Konrad Adenauer, qui ne montrent guère d'intérêt pour un contrôle accru des prescriptions<sup>14</sup>.

La donne change profondément en 1961, avec le plus grand scandale pharmaceutique de l'histoire, particulièrement important en Allemagne, la catastrophe de la thalidomide : plusieurs milliers de femmes enceintes donnent naissance à des enfants atteints de malformations graves après avoir pris le somnifère Contergan (Lenhard-Schramm et Großbölting 2017). Alors qu'au début, la presse médicale et la plupart des médias minimisent le scandale de la thalidomide en la présentant comme une tragédie inévitable, un changement d'attitude se dessine en raison du caractère international du scandale, qui rend à terme intenable la tactique du silence. Des pharmacologues de Norvège, du Danemark, de Grande-Bretagne et des Pays-Bas, relayés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), démontrent que la thalidomide n'est pas seulement un problème d'incertitude scientifique (Kessel 2015b) et que, si le médicament a été retiré si tard du marché, c'est parce qu'on ne disposait pas suffisamment de données sur la consommation et la prescription de thalidomide. De telles informations auraient en effet permis de surveiller de plus près l'augmentation des ventes. Les experts de l'OMS tirent une série de conclusions de la catastrophe, en vue de « rationaliser » la consommation et la prescription de médicaments (Hobæk et Lie 2019 ; Kessel 2015b). Mais cette deuxième phase de « rationalisation », qui débute dans les années 1960, se distingue nettement de la précédente, au début du XX<sup>e</sup> siècle, dans la mesure où la production de données avec et grâce aux standards de l'OMS est préconisée comme une condition indispensable au pilotage des prescriptions (Kessel 2015b), et où ce pilotage est moins destiné à la maîtrise des coûts (bien que le développement des hôpitaux dans les années 1960 conduise aussi au déplacement d'une partie de la critique vers les dépenses d'indemnisation des malades et d'hospitalisation) qu'à des fins de santé publique.

Après la catastrophe de la thalidomide, de nouvelles alliances commencent à se former, accélérant les tentatives de contrôle des caisses d'assurance maladie sur les prescriptions médicales. Parmi ces experts,

organisés au niveau de l’OMS dans le Drug Use Research Group, se trouvent des interlocuteurs directs du médecin berlinois Herbert Herxheimer (1894-1985), qui s’est imposé comme un critique de premier plan de la publicité pharmaceutique<sup>15</sup>. Herxheimer publiait depuis 1967 l’*Arzneimittelbrief* (« Bulletin pharmacologique »), dans lequel il évaluait, indépendamment de l’industrie, les médicaments en termes d’avantages thérapeutiques et d’effets secondaires. D’autres acteurs lui emboîtent bientôt le pas mais au niveau national, ces médecins et scientifiques restent toutefois assez isolés et sans le soutien de l’AKdÄ, où aux côtés d’experts critiques siégeaient des experts fortement liés à l’industrie. Par rapport à son prédécesseur des années 1920, la Commission des médicaments de la Société de médecine interne, qui s’était vue censurée par l’influence industrielle, elle adopte une position plus ambiguë. C’est pourquoi, dès le début des années 1960, Herxheimer s’efforce d’attirer l’attention des caisses d’assurance maladie sur les problèmes liés au manque d’indépendance des médecins vis-à-vis de l’industrie pharmaceutique (Herxheimer 1962 : 182-184). Ces premières approches sont restées largement sans suite : ni Herxheimer ni d’autres experts critiques n’ont été nommés au comité consultatif national sur la sécurité des médicaments (*Beirat Arzneimittelsicherheit*), mis en place par le gouvernement fédéral en 1968 dans le cadre d’un autre scandale médicamenteux impliquant l’inhibiteur d’appétit Menocil (Kessel 2009), mais dans lequel siégeaient également des experts comme Franz Gross, ancien chef du département d’évaluation clinique des médicaments dans l’entreprise pharmaceutique Ciba à Bâle puis professeur de pharmacologie à Heidelberg depuis 1968, et qui y défendait plutôt des positions pro-industrielles.

Quelques années plus tard enfin, en 1971-1972, la République fédérale s’est trouvée confrontée à un autre défi de santé publique mettant en jeu la question de la prescription, à savoir le « problème des drogues » (*Drogenproblem*), caractérisé par l’augmentation massive des décès dans une population jeune dus à la drogue et la multiplication des vols de pharmacie commis pour se procurer des stupéfiants et des substances stimulantes comme les amphétamines. Le Bundestag a alors adopté une nouvelle loi sur les stupéfiants remplaçant l’ancienne loi sur l’opium, suivie en 1974 d’un arrêté sur la prescription de stupéfiants, dont le § 9 prescrivait l’introduction d’un formulaire officiel en trois parties (parties I, II et III) ne pouvant être utilisé qu’à cette fin (Bundestag 1974 : § 9). L’introduction d’un formulaire autonome pour la prescription marque le début d’une nouvelle évolution technologique de l’ordonnance papier, à l’origine banale<sup>16</sup>. En effet, il est désormais possible de se prémunir de la falsification grâce à ces formulaires spéciaux, même si des falsifications habiles ne restent pas exclues et si l’ordonnance peut toujours faire l’objet de vol. En fin de compte, alors que la prescription des opiacés avait ouvert la voie à des formulaires de contrôle rigoureux, c’est l’ordonnance « normale » qui a été standardisée en premier lieu.

### **Analyser et évaluer la prescription, 1975-1990**

Les caisses d’assurance maladie sont cependant restées relativement en retrait dans le bouleversement des pratiques de contrôle de la prescription. En effet, si l’OMS a créé des instruments permettant *in fine* la comparaison de statistiques nationales dès le début des années 1970, les caisses en Allemagne ne disposaient pas de l’expertise nécessaire pour mener à bien une telle production de données, dont le coût atteint plusieurs dizaines de milliers de Deutsche Mark (DM) par étude (Kessel 2021).

Il faut alors attendre le milieu de la décennie jusqu’à ce qu’une nouvelle alliance entre les caisses et des universitaires se crée. Après avoir acquis une visibilité médiatique au cours du scandale du Menocil, l’épidémiologiste à l’université de Hanovre et militant social-démocrate Eberhard Greiser s’engage, dans le cadre d’une réforme de la loi sur les médicaments, à améliorer les procédures d’évaluation des médicaments

(Kessel 2009)<sup>18</sup>. Greiser avait compris l'importance de collecter des données épidémiologiques sur l'utilisation des médicaments afin de pouvoir contrer les arguments de l'industrie et des experts médicaux qui s'opposaient à une surveillance publique des prescriptions des médecins. Or, les deux catastrophes précédentes, celle de la thalidomide en 1961 et celle du Menocil, contenant l'aminorex, en 1968, avaient déjà fait de nombreuses victimes (Kessel 2015a ; Lenhard-Schramm et Großbölting 2017). Sa tentative pour réinterpréter la consommation de médicaments comme un problème de prescription (*reframing*) réussit si bien qu'au milieu des années 1970, son collègue Eric Westermann et lui sont chargés d'un projet de recherche financé par le ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, alors dirigé par le social-démocrate Herbert Ehrenberg. L'intérêt des analystes s'est concentré sur les variables relatives à la commercialisation des médicaments et aux pratiques de prescription, c'est-à-dire sur les pratiques industrielles et médicales accessibles à une politique de contrôle menée par les caisses de santé.

Leur étude comprend une analyse des prescriptions en médecine ambulatoire pour l'ensemble du land de Basse-Saxe entre 1974 et 1976 (Greiser et Westermann 1979). En combinant considérations économiques et évaluation thérapeutique, elle se distingue des analyses d'économie de la santé, souvent assez macroscopiques et peu informées des enjeux thérapeutiques (Kessel 2015a). Malgré la portée régionale limitée de leur étude, Greiser et Westermann – ce dernier étant décédé avant la fin du projet – ont pu démontrer l'intérêt d'une évaluation des prescriptions en se concentrant notamment sur les médicaments destinés au traitement de l'insuffisance cardiaque, une maladie à la fois liée au vieillissement de la population et favorisée par le mode de vie moderne. Pour les entreprises pharmaceutiques, le traitement des maladies chroniques était évidemment très rentable (en raison d'une demande forte) et le nombre de produits mis sur le marché augmentait depuis les années 1950. Greiser et Westermann ont montré qu'en privilégiant les préparations contenant une seule substance active par rapport aux préparations combinées, il aurait été possible d'économiser six millions de DM en 1976, ce qui correspondait à environ un tiers des dépenses de l'époque pour ce type de traitement. Et le remplacement des produits de marque par des génériques disponibles aurait également permis d'économiser près de la moitié des dépenses (Greiser et Westermann 1979 : 67).

L'étude et d'autres qui lui ont succédé dans les années 1980 ont mis en évidence une série de pratiques identifiées comme étant à l'origine de l'augmentation des dépenses des caisses : premièrement, des augmentations des prix des médicaments sous ordonnance en Allemagne qui, contrairement à la France, ne font pas l'objet d'une fixation par l'État<sup>19</sup> ; deuxièmement, une fréquence de prescription plus élevée pour un éventail inchangé de médicaments prescrits ; et troisièmement, des changements dans les médicaments prescrits, notamment le passage à de nouveaux médicaments plus chers, à des produits combinés et à des emballages plus grands (Greiser et Westermann 1979 : 70). Cette approche de la prescription par les caisses d'assurance maladie marque certes en partie un changement par rapport aux années 1920 et 1950, lorsque les caisses se concentraient sur le contrôle des honoraires et du volume global des prescriptions par les praticiens. On peut cependant constater la continuité de l'argumentation. Celle-ci était déjà défendue par les pharmacologues des années 1920 qui favorisaient le produit à un seul principe actif par rapport aux produits dits « combinaisons ».

L'étude de Greiser et Westermann marque ainsi le début d'une production plus systématique de connaissances sur les volumes de prescription et les domaines d'indication, organisée par les caisses publiques d'assurance maladie (*Gesetzliche Krankenversicherung, GKV*). Au milieu des années 1970, un projet imaginé déjà dans les années 1920 voit enfin le jour : l'« Institut scientifique des caisses d'assurance maladie locales »

(*Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, WIdO*) (Müller-Oerlinghausen 2010 : 190). L'une de ses missions consiste à évaluer leurs prestations sur le plan clinique et économique. Le WIdO étend ensuite l'évaluation comparative des médicaments à l'ensemble de la République fédérale. Le premier grand volume issu de ses travaux, publié en 1983, se concentre sur les thérapies cardiovasculaires, qui sont particulièrement coûteuses et dont l'efficacité est, pour certaines, alors controversée. Un deuxième volume, paru en 1984, porte sur les médicaments utilisés en psychiatrie et, plus généralement, sur les psychotropes. Dans les deux cas, les conclusions concernant la valeur thérapeutique des produits sont largement critiques. Malgré leur solidité méthodologique, la pertinence des analyses est remise en question non seulement par les entreprises pharmaceutiques mais aussi par les associations professionnelles de médecins et de pharmaciens. Néanmoins, cela n'entrave pas le mouvement d'encadrement de la prescription, vers lequel convergent les enjeux d'une part de la maîtrise des coûts de santé (qui augmentent avec le vieillissement de la population ; le développement des maladies chroniques, cardio-vasculaires, cancéreuses, liées au mode de vie ; le coût des équipements hospitaliers ; mais aussi le coût de développement de nouvelles molécules), qui concerne avant tout les caisses d'assurance maladie, et d'autre part de la préservation des citoyens contre des catastrophes médicamenteuses, qui concerne avant tout les institutions étatiques.

### **Recommandations médicales et différenciation des ordonnances, 1980-2020**

La production systématique de données sur les prescriptions a été facilitée, d'un côté, par la création d'institutions fédérales comme le WIdO et, de l'autre côté, par le début des fusions de caisses locales souvent très petites au profit de structures plus grandes et plus à même d'assurer la collecte informatisée des données de prescription. En parallèle, la multiplication des recommandations (*Leitlinien*) de bonne thérapie puis de directives (*Richtlinien*) provenant des sociétés savantes privées, et acceptées par les tribunaux en tant que reflet de l'« état de la science » en cas de litige, a favorisé le suivi des prescriptions<sup>20</sup>. En routine clinique, les médecins continuent de disposer d'une grande marge de manœuvre par rapport aux recommandations officielles qui légitiment la prise en charge des médicaments par les caisses d'assurance maladie. En effet, la standardisation des soins par les recommandations des sociétés savantes laisse volontairement une grande latitude au diagnostic, en lui offrant la possibilité d'intégrer des formes de polyopathie, ce qui ouvre la voie à une interprétation assez souple des standards thérapeutiques. Dans le cas des maladies chroniques en particulier, la relation entre directives, recommandations et choix thérapeutiques des praticiens est réorganisée et compliquée par le fait que nombre d'entre eux ne se limitent pas à l'exécution de protocoles préétablis dans les recommandations des sociétés savantes (Bachimont, Cogneau et Letourmy 2006). Cela dit, comme le souligne la sociologue Maud Gelly, les recommandations sont des règles basées sur des connaissances standardisées et stabilisées qui constituent un repère précieux pour les médecins lorsqu'ils ont affaire à un patient individuel. Elles doivent non seulement être adaptées au patient individuel une fois qu'un diagnostic a été posé, mais elles sont également pondérées par rapport aux autres formes de connaissances et de savoirs mobilisés par le médecin (Gelly 2017 : 72).

Avec la multiplication des maladies chroniques à prendre en charge par l'assurance maladie, la prescription, et avec elle l'ordonnance, change de statut. Cette dernière prend la forme d'un document administratif qui sert à « gérer la maladie » (Baszanger 1986) et devient plus régulière et plus sérielle, et donc moins singulière qu'on ne l'imaginait au début du XX<sup>e</sup> siècle.

\*

À travers l'analyse historique des ordonnances et de leur mise en formulaire, le présent article visait à étudier les manières dont la prescription médicale était étudiée, observée et contrôlée par des acteurs en dehors du « colloque singulier » entre le médecin et le patient en Allemagne. Son objectif était d'étudier comment ces « technologies de papier » constituent des enjeux et des ressources pour les acteurs et notamment les prescripteurs médicaux. La prescription médicale a connu des évolutions considérables quant à son statut, son poids symbolique, mais aussi quant à l'intérêt que ses informations peuvent présenter pour des acteurs tiers au cours du siècle dernier. La prescription apparaît ainsi comme un objet de pouvoir au sens où elle engendre un coût social, transféré sur des systèmes solidaires d'assurance maladie depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, à l'origine de flux financiers directs ou indirects qui deviennent des enjeux de lutte de captation (de la part des médecins, des pharmaciens, des industriels, des caisses d'assurance maladie, plus récemment des hôpitaux). Cependant, l'évolution en Allemagne de la prescription et de sa concrétisation, l'ordonnance, n'est pas généralisable en soi, parce qu'elle n'est pas la conséquence de macro-processus abstraits et quelque peu anhistoriques. Ces formulaires anodins ne correspondent en effet pas à un récit technophile, dans lequel des technologies s'imposeraient d'elles-mêmes parce que tel serait le sens du progrès. Leur histoire résiste également au récit modernisateur d'un État stratège porteur en soi de projets d'émancipation et de progrès social.

S'articulent en revanche ici des intérêts collectifs pris en charge par des formes institutionnelles profondément historiques, par lesquelles certains groupes, voire certains acteurs, transforment leurs intérêts particuliers en intérêts collectifs : médecins de ville, universitaires, dirigeants de firmes pharmaceutiques, pharmaciens, gestionnaires de caisses d'assurance, etc. La prescription et sa matérialisation sous forme d'ordonnance renvoient ainsi à des enjeux sociaux bien plus complexes que ce que pourrait laisser penser l'image lénifiante du « colloque singulier ». On peut ainsi repérer des situations d'intervention ou de renoncement à l'intervention des caisses, par exemple par l'introduction (ou non) de formulaires encadrant la prescription, les choix politiques visant tantôt à préserver l'autonomie médicale tantôt à augmenter le contrôle sur les prescripteurs, sans pour autant jamais les contraindre totalement depuis la fin de la République de Weimar.

L'étude détaillée de tous ces groupes et de leur articulation reste à faire – elle ne pouvait constituer l'objet de cet article dès lors que celui-ci s'inscrivait dans une scansion temporelle large. Il s'agissait ici d'identifier les périodes pendant lesquelles différents acteurs ont formé des alliances, parfois de courte durée pour faire avancer le projet d'un contrôle des prescriptions. À l'origine du système de technologies de papier actuel se trouve l'utopie d'une prescription « rationnelle », guidée par des principes de la médecine scientifique et incarnée par des pharmacologues universitaires qui doutaient des compétences et de l'indépendance de leurs confrères libéraux. Or, cette utopie échoue face à l'alliance entre le corps médical et les forces réactionnaires de la fin de la République de Weimar puis le régime nazi, qui donne aux prescripteurs une grande autonomie face aux caisses d'assurance maladie, elles-mêmes mises sous le boisseau. C'est cette liberté thérapeutique des médecins qui empêchera longtemps un contrôle plus strict des prescriptions, y compris concernant les stupéfiants, dont la prescription reste pendant longtemps mollement encadrée. À l'arrière-plan de cette liberté thérapeutique s'opère également le triomphe de l'industrie pharmaceutique sur les pharmaciens et leurs préparations officinales.

Les années 1960 constituent sans doute un moment charnière, pendant lesquelles la mise en formulaire se concrétise, en raison de dysfonctionnements liés à la liberté thérapeutique : catastrophes médicamenteuses (thalidomide, plus tard aminorex et stupéfiants mortels), méconnaissance des pratiques par rapport à ce qui se

fait à l'étranger, augmentation des coûts médicaux. À partir de ce moment, les conditions politiques et techniques pour un contrôle quasi systématique des ordonnances et, à travers elles, des prescriptions sont établies même s'il faut attendre les années 1970 pendant lesquelles les caisses appuyées par les gouvernements sociaux-démocrates développent avec succès un premier modèle d'évaluation des prescriptions grâce à une nouvelle alliance avec des pharmacologues et épidémiologistes.

La standardisation des formulaires dans les années 1960 a conduit à l'adoption, imprévue, de formulaires parfaitement traçables et destinés à l'analyse ultérieure de leur contenu. Toutefois, la lisibilité électronique de formulaires développés par les caisses n'a pas pour autant effacé la liberté thérapeutique des médecins, qui ont continué d'en bénéficier pendant les années 1980 et 1990, même lorsque des réformes du système de santé ont visé à baisser les dépenses. Ce n'est qu'au XXI<sup>e</sup> siècle, sous les gouvernements de grande coalition chrétienne démocrate et social-démocrate, qu'une majorité politique a également limité l'offre et le prix du médicament par des mesures d'évaluation économique des médicaments et la promotion systématique des génériques (AOK Baden-Württemberg 2009).

Les médecins prescripteurs n'ont cependant jamais été seulement des cibles de mesures de contrôle, que celles-ci vinssent des caisses d'assurance maladie ou de l'État (nazi ou démocratique) : ils ont été également les protagonistes d'autres formes de contrôle ayant favorisé l'introduction de standards qui ont été au moins implicitement admis sinon légitimés, destinés tout simplement à les faire exister comme profession libérale (ce qui n'allait pas de soi initialement). Il n'est donc pas du tout dit que l'introduction par le gouvernement allemand d'une nouvelle ordonnance électronique, l'*e-Rezept*, initialement prévue pour janvier 2022 et qui remplacera l'ordonnance papier traditionnelle, aboutisse à un contrôle plus fort des prescriptions.

## Ouvrages cités

- ABDA (ARBEITSGRUPPE DER BERUFSVERTRETUNGEN DEUTSCHER APOTHEKER) (dir.). 1955. *Der Arzneiverbrauch in der gesetzlichen Krankenversicherung von 1883-1953*. Francfort-sur-le-Main, Govi-Verlag.
- ALBER, Jens. 1992. *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*. Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag.
- « Allgemeine Einführung des Arzneiverordnungsbuches der Deutschen Arzneimittelkommission ». 1930. *Bayerische Ärztezeitung*, n° 9 : 87-88.
- AOK BADEN-WÜRTTEMBERG (dir.). 2009. *Arzt Handbuch. Wirtschaftliche und evidenzbasierte Arzneiverordnung für die Praxis. Rationale Pharmakotherapie, in Kooperation mit der AOK*. Munich, Urban & Vogel.
- ARZNEIMITTELKOMMISSION. 1932. *Arzneiverordnungsbuch der Deutschen Arzneimittelkommission mit einer Auswahl bewährter Arzneimittel. V. Ausgabe mit den Richtlinien für die wirtschaftliche Arzneiverordnung vom 16.12.1932*. Leipzig, Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands.
- BACHEM, [C.]. 1924. « Sparsame Arzneiverordnung », *Berliner Klinik*, n° 335-353.
- BACHIMONT, Janine, Joël COGNEAU et Alain LETOURMY. 2006. « Pourquoi les médecins généralistes ne respectent-ils pas les recommandations de bonne pratique clinique ? L'exemple du diabète de type 2 », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n° 2 : 75-103.
- BASZANGER, Isabelle. 1986. « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1 : 3-27.

- BJA (BUNDESKRIMINALAMT WIESBADEN) (dir.). 1956. *Rauschgift. Arbeitstagung im Bundeskriminalamt Wiesbaden vom 21. November bis 26. November 1955 über Bekämpfung von Rauschgiftdelikten*. Bonn, Bundesdruckerei.
- BUNDESDRUCKEREI. 2013. « Neues BTM-Rezept 2013. Sicherheitsmerkmale » (en ligne). Berlin, Bundesdruckerei. URL : <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/btm-rezept/Sicherheitsmerkmale.pdf> (consulté le 8 janvier 2022).
- BUNDESTAG. 1974. « Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung – BtMVV), vom 24. Januar 1974 », *Bundesgesetzblatt. Teil I*, n° 8 : 110-118.
- D., H. 1922. « Ärzte und Krankenkassen », *Ärztliche Mitteilungen*, vol. 23, n° 2 : 19-20.
- D., H. 1922. « Ärzte und Krankenkassen », *Ärztliche Mitteilungen*, vol. 23, n° 1 : 1-6.
- DEPPE, Hans-Ulrich. 2002. *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*, 3<sup>e</sup> édition. Francfort-sur-le-Main, Verlag für Akademische Schriften.
- « Ein einheitliches Kassen-Arzneiverordnungsbuch für das Reich ». 1931. *Bayerische Ärztezeitung*, n° 46 : 460.
- FRIEDRICH, Volker, Adam HEHN et Rolf ROSENBROCK. 1977. *Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik*. Reinbek, Rowohlt.
- FROMM, Ernst. 1955. « Arzneimittelmißbrauch », *Ärztliche Mitteilungen*, n° 16 : 383-389.
- GAUDILLIERE, Jean-Paul et Ulrike THOMS (dir.). 2015. *The Development of Scientific Marketing in the Twentieth Century*. Londres, Pickering & Chatto.
- GELLY, Maud. 2017. « Socialisation profane et logique de la prescription médicale : commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 3 : 71-79.
- GREENE, Jeremy A. 2014. *Generic: The Unbranding of Modern Medicine*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- GREISER, Eberhard et Erik WESTERMANN. 1979. *Verordnungen niedergelassener Ärzte in Niedersachsen 1974 und 1976. Untersuchungen zu Verordnungen niedergelassener Kassenärzte für Patienten von RVO-Kassen im ersten Halbjahr 1974 und 1976*. Bonn, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- HAMMERMÜLLER, [H]. 1955. « Heilmittelwerbung gegen Arzt und Krankenkasse ? », *Die Ortskrankenkasse*, vol. 37, n° 6, 121-124.
- HARDY, Anne-Chantal. 2013. « Du colloque singulier à l'éthique médicale », in *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*. Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique : 23-45.
- HERXHEIMER, Herbert. 1962. « Gefahren für die Praxis der Medizin », *Die Ortskrankenkasse*, n° 44 : 182-184.
- HERZBERG, David. 2012. « Busted for Blockbusters: "Scrip Mills" and Prescribing Power in the 1970s », in Jeremy Greene et Elizabeth Siegel Watkins (dir.), *Prescribed: Writing, Filling, Using, and Abusing the Prescription in Modern America*. Baltimore, Johns Hopkins University Press : 207-231.
- HESS, Arnold. 1962. « Aus der Rechtspraxis : Arzneiverordnungsregresse », *Ärztliche Mitteilungen*, n° 17 : 965.
- HEUBNER, Wolfgang. 1931. *Arznei als Wert. Antrittsvorlesung gehalten zu Heidelberg am 29. November 1930*. Berlin, Julius Springer.
- HOBÆK, Bård et Anne Kveim LIE. 2019. « Less is More: Norwegian Drug Regulation, Antibiotic Policy, and the "Need Clause" », *The Milbank Quarterly*, vol. 97, n° 3 : 762-795.

- HOFFMANN, Annika. 2012. *Drogenkonsum und -kontrolle im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Zur Etablierung eines sozialen Problems*. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- HOFFMANN, Annika. 2014. *Arzneimittelkonsum und Geschlecht. Eine historische Analyse zum 19. und 20. Jahrhundert*. Stuttgart, Franz Steiner Verlag.
- HOFFMANN, Susanne. 2010. *Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert ? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern*. Stuttgart, Franz Steiner Verlag.
- HOLZER, Tilmann. 2007. *Die Geburt der Drogenpolitik aus dem Geist der Rassenhygiene. Deutsche Drogenpolitik von 1933 bis 1972*. Norderstedt, Books on Demand GmbH.
- HUERKAMP, Claudia. 1985. *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten : Das Beispiel Preußens*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- KATER, Michael H. 1989. *Doctors under Hitler*. Chapel Hill et Londres, University of North Carolina Press.
- KESSEL, Nils. 2009. « Umstrittene Expertise. Der Beirat "Arzneimittelsicherheit" in der bundesdeutschen Arzneimittelregulierung 1968-1976 », *Medizinhistorisches Journal*, vol. 44, n° 1 : 61-93.
- KESSEL, Nils. 2015a. « Nebenwirkungen der Konsumgesellschaft ? Geschichte des Arzneimittelgebrauchs in Westdeutschland, 1950-1980 », thèse de doctorat en histoire, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau et université de Strasbourg.
- KESSEL, Nils. 2015b. « Les risques médicamenteux entre effets secondaires et consommation pharmaceutiques. Modèles transnationaux et appropriations nationales, 1961-1985 », in Soraya Boudia et Emmanuel Henry (dir.), *La mondialisation des risques. Une histoire politique et transnationale des risques sanitaires et environnementaux*, Rennes, Presses universitaires de Rennes : 123-136.
- KESSEL, Nils. 2021. « Étudier les marchés du médicament : les entreprises pharmaceutiques et la transformation du marketing en Allemagne de l'Ouest (1960-1980) », in Bruno Valat (dir.), *Les marchés de la santé*. Toulouse, Presses universitaires du Midi : 173-198.
- KÖBRICH, [sans prénom]. 1922. « Ein Beitrag zum Kapitel "Bezahlung der Ärzte durch Krankenkassen" », *Ärztliche Mitteilungen*, vol. 23, n° 2 : 20.
- KOERTLING, Walter. 1957. « Berufsvertretung und Bekämpfung der Rauschgiftsucht », *Bayerisches Ärzteblatt*, vol. 12, n° 1 : 14-19.
- LEGRAND, Julia. 2020. « L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique », thèse de doctorat en sociologie, université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis.
- LEMBECK, Fred. 1974. *Das 1x1 des Rezeptierens*, 5<sup>e</sup> éd. revue. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
- LENHARD-SCHRAMM, Niklas et Thomas GROBBÖLTING (dir.). 2017. *Contergan. Hintergründe und Folgen eines Arzneimittel-Skandals*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- LEWY, Jonathan. 2017. *Drugs in Germany and the United States, 1819-1945: The Birth of Two Addictions*. Baden-Baden, Nomos.
- MÜLLER-OERLINGHAUSEN, Bruno. 2010. « Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Im Spannungsfeld der Interessen von Ärzteschaft und pharmazeutischer Industrie. Eine Geschichte von Erfolgen und Niederlagen 1911-2010 », in Volker Koesling et Florian Schülke (dir.), *Pillen und Pipetten. Facetten einer Schlüsselindustrie*. Leipzig, Koehler & Amelang.
- « Neue Arzneiverordnungsblätter in der Krankenversicherung », *Pharmazeutische Zeitung*, vol. 108, n° 30 : 982-983.

- RASMUSSEN, Anne. 2005. « La résistant ascension du comprimé. Pharmaciens, médecins et publics face aux nouvelles formes pharmaceutiques », in Patrice Bourdelais et Olivier Faure (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*. Paris, Belin : 103-120.
- REICHSTAG. 1931. « Vierte Notverordnung des Reichspäsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens. Vom 8. Dezember 1931. Fünfter Teil : Sozialversicherung und Fürsorge », *Reichsgesetzblatt. Teil I*, n° 79 : 718-725.
- Röder, Werner et Herbert A. Strauss (dir.). 1983. « Herxheimer, Herbert Gotthold Joachim », *Biographisches Handbuch der deutschsprachigen Emigration nach 1933*, vol. 2, 1<sup>re</sup> partie : A-K. Munich, K.G. Saur.
- ROTHMAN, David. 1991. *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. New York, Basic Books.
- RÜTHER, Martin. 1997. « Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933-1945 », in Robert Jütte et Thomas Gerst (dir.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*. Cologne, Deutscher Ärzteverlag : 143-194.
- SCHÖNHÖFER, Peter S. et WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (dir.). 1985. *Arzneitherapie in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung : eine bewertende Analyse der Arzneiverordnungen 1981 durch pharmakologische und medizinische Sachverständige*. Bonn, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.
- TANNER, Jakob. 2008. « Multiplikationsprozesse in der Moderne. Plädoyer für ein Analysekonzept », *Historische Anthropologie*, vol. 16, n° 1 : 2-9.
- TE HEESSEN, Anke. 2005. « The Notebook: A Paper-Technology », in Bruno Latour et Peter Weibel (dir.), *Making Things Public: Atmospheres of Democracy*. Cambridge et Londres, MIT Press : 582-589.
- TENNSTEDT, Florian. 1977. *Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung*. Bonn, Verlag der Ortskrankenkassen.
- TOBBELL, Dominique A. 2012. « Eroding the Physician's Control of Therapy: The Postwar Politics of Prescription », in Jeremy A. Greene et Elizabeth Siegel Watkins (dir.), *Prescribed: Writing, Filling, Using and Abusing the Prescription in Modern America*. Baltimore, Johns Hopkins University Press : 66-90.
- TRENDELENBURG, Paul. 1926. *Grundlagen der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnung*. Leipzig, F.C.W. Vogel.
- TRENDELENBURG, Paul et Otto KRAYER. 1931. *Grundlagen der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnung*. Leipzig, F.C.W. Vogel.
- TRENDELENBURG, Paul et Otto KRAYER. 1938. *Grundlagen der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnung*. Leipzig, F. C. W. Vogel.
- TRENDELENBURG, Paul et Ludwig LENDLE. 1945. *Grundlagen der allgemeinen und speziellen Arzneimittelverordnung*. Berlin, Springer.
- WALTER, Hannes. 2017. « "Volksseuche" oder Randerscheinung? Die "Kokainwelle" in der Weimarer Republik aus medizinhistorischer Sicht », *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, n° 25 : 311-348.
- « Warnung ! ». 1957. *Bayerische Ärztezeitung*, n° 8 : 170.
- « Warnung vor einem Morphinisten ». 1930. *Bayerische Ärztezeitung*, n° 44 : 469.

« Was darf der Arzt verordnen ? Der sogenannte Regelbetrag in der Krankenversicherung ». 1950. *Du und die Welt : das deutsche Gesundheitsmagazin* : 4-5.

WEDEPOHL, Wolfgang et Paul PETERSILIE. 1962. « Formulare... Formulare... Einige Gedanken zum täglichen "Handwerkszeug" des Kassenarztes », *Ärztliche Mitteilungen*, n° 15 : 834-836.

WIMMER, Wolfgang. 1994. *Wir haben fast immer was Neues. Gesundheitswesen und Innovation der Pharmaindustrie in Deutschland 1880-1935*. Berlin, Duncker & Humblot.

---

<sup>1</sup> L'auteur tient à remercier très chaleureusement Joséphine Eberhart, Julia Legrand, Joseph Morsel ainsi que les évaluateurs anonymes pour la lecture des versions antérieures du texte. La notion de « colloque singulier » est attribuée au médecin français Georges Duhamel (Hardy 2013).

<sup>2</sup> Nous écartons cependant une deuxième matérialité de la prescription qui est celle du médicament délivré sur ordonnance et qui soulève d'autres interrogations, notamment relatives à la consommation, discutées ailleurs (Kessel 2015a).

<sup>3</sup> J'emprunte la formulation de « résistible ascension » à Anne Rasmussen (2005), initialement reprise de la pièce de théâtre de 1941 *La résistible ascension d'Arturo Ui* de Bertolt Brecht.

<sup>4</sup> URL : <https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/archiv.html> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2021).

<sup>5</sup> Manuels de prescription : Trendelenburg 1926 ; Trendelenburg et Krayer 1931 ; Arzneimittelkommission 1932 ; Trendelenburg et Krayer 1938 ; Trendelenburg et Lendle 1945 ; Lembeck 1974. Études sur la prescription : Greiser et Westermann 1979 ; Schönhöfer et Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen 1985. Revues : *Die Ortskrankenkasse*, 1955, 1962, 1970 ; *Du und die Welt*, 1950, 1955, 1962, 1965, 1970, 1975.

<sup>6</sup> « Die Krankenkassen, die mehr und mehr unseren gesamten Arbeitsmarkt beherrschen, mehr und mehr die Möglichkeit zu ärztlicher Tätigkeit in die Hand bekommen, werden als selbstbewusste Arbeitgeber immer härter und schroffer. »

<sup>7</sup> Le terme *Deutsches Reich* (littéralement « Empire allemand ») désignera l'Allemagne jusqu'en 1945, même pendant la période républicaine de la République de Weimar (1919-1933).

<sup>8</sup> Né en 1884, Paul Trendelenburg est le fils du chirurgien Friedrich Trendelenburg, professeur de médecine à l'université de Rostock. Après son *Abitur* à Leipzig en 1902, il étudie la médecine aux universités de Grenoble, de Leipzig et de Fribourg. Il réalise son *Praktisches Jahr* (année d'internat) à l'hôpital allemand de Londres et à l'Institut de pathologie puis à la clinique de chirurgie de l'université de Leipzig. Entre 1909 et 1918, Paul Trendelenburg est d'abord assistant à la clinique de chirurgie de l'université de Fribourg puis professeur associé (*außerordentlicher Professor*) avant de devenir professeur de pharmacologie à l'université de Rostock en 1919. Il quitte Rostock en 1923 pour occuper la chaire de pharmacologie de Fribourg puis, en 1927, celle de l'université de Berlin. Membre du bureau de la société allemande de pharmacologie et de l'AKdÄ (*Tagebücher Wolfgang Heubner* [« Journaux intimes de Wolfgang Heubner »], cités désormais TbH, vol. 1930-1932, à la date du 22/11/1930 ; les TbH sont conservés dans le fonds Wolfgang Heubner, au sein de l'Archiv der Deutschen Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie [DGPT], à Mayence), Paul Trendelenburg y défend des positions critiques face à l'influence de l'industrie qu'il partage avec son collègue et ami Wolfgang Heubner (1877-1957), professeur de pharmacologie à Heidelberg. Celui-ci évoque les échanges entre Trendelenburg et lui traitant le problème des liens d'intérêts qu'ont d'autres membres de la société et de la commission (TbH 05, Vom 6. September 1926 bis 27. Juli 1928, à la date du 17/11/1927 ; TbH 07, Vom 31. August 1928 bis 30. Juni 1929, à la date du 26/01/1929). Paul Trendelenburg meurt en 1931.

---

<sup>9</sup> 4<sup>e</sup> édition, 1930, Leipzig, Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Trendelenburg 1931 : 11). C'est ce guide qui a donné naissance à la pharmacopée de la Commission, dont la 41<sup>e</sup> édition a été publiée sous forme de revue jusqu'en 2014 et qui est désormais disponible sous forme de base de données en ligne. URL : <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/index.html> (consulté le 20 mars 2022).

<sup>10</sup> Pour les médecins généralistes, il s'élève initialement à 4,50 Reichsmark. Les dépassements peuvent ensuite être sanctionnés par des *Regresse*, mais ils ne font guère l'objet de poursuites jusqu'au milieu des années 1950 (Trendelenburg et Lendle 1945 : 25 ; « Was darf der Arzt... » 1950 : 4 ; Hess 1962 : 965). Au début des années 1950, le montant réglementaire est maintenu à la même valeur mais désormais en Deutsche Mark.

<sup>11</sup> Officiellement destinés aux malades en phase terminale de cancer ou de tuberculose, les opiacés voient leur prescription échapper en partie à la surveillance en raison même du classement rétroactif des nouveaux produits comme « stupéfiants ». Si les molécules anciennes comme l'héroïne perdent en importance notamment en raison de leur classement comme stupéfiants, les opiacés plus récents restent encore largement utilisés.

<sup>12</sup> L'héroïne n'est devenue illégale qu'en 1968 (Holzer 2007 : 207).

<sup>13</sup> La RVO est restée en vigueur – sans changement de nom – jusqu'en 1985 avant d'être remplacée par le *Sozialgesetzbuch V* (vol. 5 du Code de sécurité sociale).

<sup>14</sup> Aux États-Unis également, des tentatives ont été faites pour restreindre la liberté de prescription des médecins. De l'autre côté de l'Atlantique, les débats se sont toutefois fortement concentrés, et bien plus tôt, dès les années 1950, sur la possibilité de substituer des médicaments prescrits par les pharmaciens (Tobbell 2012).

<sup>15</sup> Allergologue et spécialiste de médecine interne. Professeur associé (*außerordentlicher Professor*) juif à l'université de Berlin, il fut renvoyé en 1935 et a émigré à Londres avant de retourner à l'Université libre de Berlin en 1956. Pour une biographie synthétique, voir Röder et Strauss (1983 : 498).

<sup>16</sup> Dans la longue durée, ces formulaires très complets et sécurisés des prescriptions de stupéfiants apparaissent comme moteurs invisibles d'une standardisation et d'une sécurisation de l'ordonnance en général. De nouveaux formulaires de prescription de stupéfiants sont alors déployés, notamment en 1998 et 2013. Depuis le début du millénaire, le formulaire lisible par ordinateur n'a pas changé en apparence, mais il incorpore désormais une technologie matérielle extrêmement complexe. Produit à l'Imprimerie nationale qui fabrique également les billets d'euro, chaque formulaire est traçable par un numéro de série fluorescent sous la lumière UV-A, et par des motifs spéciaux difficilement reproductibles sous les champs d'inscription (Bundesdruckerei 2013 : 2). La nouvelle version introduite en 2013 possède un design de lignes fines qui ne peut pas être reproduit avec les imprimantes courantes ; un dégradé de couleurs brillant à la fois à la lumière du jour et à la lumière UV-A a été introduit de même que des micro-écritures, insérées le long des lignes du tableau. En outre, des produits chimiques ont été incorporés dans le papier de manière à rendre impossible toute tentative de falsification.

<sup>18</sup> Médecin, formé en biostatistique à l'université de Hanovre, Eberhard Greiser devient un lanceur d'alerte dans l'affaire du médicament anorexigène Menocil en Allemagne en 1968 (Kessel 2009). Militant social-démocrate et membre des médecins sociaux-démocrates, il se mobilise tout au long des années 1970 en faveur de l'amélioration de la sécurité des médicaments. Entre autres, il continue son combat contre les coupe-faim, participe à la rédaction d'un des ouvrages critiques les plus influents dans les débats sur les médicaments de l'époque (Friedrich, Hehn et Rosenbrock 1977), puis continue ses travaux d'épidémiologie sociale en tant que professeur à l'université de Brême, réputée pour être progressiste et politiquement marquée à gauche.

---

<sup>19</sup> Les prix de vente en pharmacie n'ont été harmonisés que pour les médicaments soumis à prescription médicale. Le prix de vente des spécialités non soumises à prescription peut varier d'une pharmacie à l'autre.

<sup>20</sup> L'interprétation de l'« état actuel des connaissances » est généralement faite par des auditions d'experts nommés en tant que représentants de leurs sociétés savantes, comme par exemple la Société allemande de pharmacologie expérimentale et clinique et de toxicologie (Deutsche Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie, DGPT) ou la Société allemande de médecine interne (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin).