



HAL
open science

L'évolution du rôle du pharmacien d'officine français en tant qu'acteur de santé

Laure-Marine Chemin

► **To cite this version:**

Laure-Marine Chemin. L'évolution du rôle du pharmacien d'officine français en tant qu'acteur de santé. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01104324

HAL Id: dumas-01104324

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01104324>

Submitted on 16 Jan 2015

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.

**UNIVERSITE DE BORDEAUX
UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

Année 2014

Thèse n° 77

THESE
Pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie
Présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 juillet 2014

par

Laure-Marine CHEMIN
Née le 25 Avril 1986 à Saint-Priest

**L'EVOLUTION DU RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE FRANÇAIS
EN TANT QU'ACTEUR DE SANTE**

Directeur de thèse
Mme MAURAIN Catherine

Jury

Mme C. MAURAIN, Professeur émérite Président
Mme C. DUMARTIN, Maître de Conférences Assesseur
Melle R. FREDERIC, Pharmacien d'Officine Assesseur

Remerciements

A mon époux,

Pour m'avoir tant aidée et soutenue dans les épreuves, et m'avoir donné le courage et la motivation pour avancer dans les derniers mois de la réalisation de ma thèse. Reçois à travers mon œuvre le gage de mon amour éternel.

A mes parents,

Pour m'avoir accompagnée et supportée, et surtout bien conseillée et éduquée pendant ces longues années d'études. Recevez ici toute mon affection et ma reconnaissance infinie.

A mes grands-parents,

Pour m'avoir soutenue et aimée pendant ces longues années.

A ma meilleure amie,

Pour sa grande générosité, son don d'écoute et d'empathie à mon égard depuis très longtemps.

A ma famille et mes amies les plus fidèles,

Pour leur présence et leur aide au cours de ce cheminement, plus particulièrement à ceux qui m'ont guidée dans mes choix d'orientation professionnelle et aidée à me réaliser.

Aux professionnels pharmaciens et universitaires,

Qui m'ont aidée dans l'orientation de mon cursus et la réalisation de mes projets universitaires et professionnels.

Remerciements à mes Juges,

A Madame le docteur Catherine Dumartin,

Maître de Conférences en Droit et Economie pharmaceutiques
Université de Bordeaux
Praticien hospitalier, CHU de Bordeaux
Docteur en Pharmacie, docteur de l'Université

Pour avoir eu l'amabilité de me faire l'honneur et de m'accorder de son précieux temps pour assister à ma soutenance de thèse d'exercice et juger de mon travail. Je vous exprime toute ma reconnaissance.

A Mademoiselle le docteur Rebecca Frederic,

Pharmacien d'officine
Docteur en Pharmacie

Pour avoir eu la gentillesse de se libérer pendant son séjour à Bordeaux pour assister à ma soutenance de thèse d'exercice et de juger de mon travail. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

Remerciements à ma directrice et présidente de thèse,

A Madame le professeur Catherine Maurain,

Professeur émérite à l'Université de Bordeaux
Membre de l'Académie nationale de pharmacie

Pour avoir accepté de diriger mes travaux et le choix de mon sujet de thèse, ainsi que de m'avoir accordé de son temps. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Table des matières

Remerciements.....	2
Introduction.....	12
IERE PARTIE : DU PIGMENTARIUS AU PHARMACIEN D'OFFICINE	14
<u>Chapitre 1 : Evolution historique avant le XIX^{ème} Siècle</u>	14
Section 1 : Les origines de la pharmacie et du pharmacien	
A) <u>Les principaux fondateurs de la pharmacie avant le Moyen-Age</u>	14
1) Les origines de l'art de guérir.....	14
a) <u>La Préhistoire</u>	14
b) <u>Les pays orientaux : les précurseurs</u>	14
<u>α) L'Assyrie et Babylonie</u>	14
<u>β) Israël</u>	15
<u>γ) La Chine</u>	16
<u>δ) L'inde</u>	18
<u>ε) La Perse</u>	19
2) Les apports fondamentaux des pays méditerranéens.....	21
a) <u>L'Egypte Ancienne : le berceau de la pharmacie actuelle</u>	
b) <u>Les apports de la Grèce Antique</u>	24
<u>α) La médecine et la pharmacie dans la mythologie grecque</u>	24
<u>β) Hippocrate le « père de la médecine »</u>	25
<u>γ) La pharmacie selon les autres sages de l'époque</u>	27
c) <u>Les apports de l'Empire romain</u>	30
<u>α) L'Empire romain avant Dioscoride</u>	30
<u>β) Dioscoride</u>	32
<u>γ) Galien</u>	33

δ) <u>L'influence du christianisme sur la science médicale gréco-latine</u>	34
d) <u>Les débuts de l'art pharmaceutique en Gaule</u>	34
B) <u>L'apparition du « pigmentarius » en Occident</u>	36
1) L'arrivée du pigmentarius avec le progrès des sciences pharmaceutiques en Europe.....	36
2) L'arrivée du pigmentarius en France.....	39
Section 2 : L'affirmation du rôle médical des apothicaires français au Moyen-Age	40
A) <u>Le XIII^{ème} siècle : apparition de la distinction entre la profession de médecin et la profession de pharmacien</u>	40
1) Les grandes écoles européennes et les principaux antidotaires du Moyen-Age : un grand pas vers la profession d'apothicaire et son indépendance.....	40
2) La naissance du statut d'apothicaire au XIII ^{ème} siècle.....	41
B) <u>Les premières réglementations de l'apothicairerie</u>	41
1) Les premières réglementations dans le Languedoc.....	41
2) La réglementation dans le reste de la France.....	43
<u>Chapitre 2 : Du début du XVI^{ème} à la fin du XVIII^{ème} siècle : l'évolution du statut d'apothicaire vers le statut de pharmacien</u>	44
Section1 : Le développement des associations corporatives et confréries : début de la période des Communautés (édit de Charles VIII en 1484)	44
A) <u>Les raisons de la création des corporations et de leur développement</u>	44
B) <u>L'organisation et la représentation des communautés de corporations</u>	45
C) <u>Les principales actions des corporations à partir du XIV^{ème} siècle</u>	46

Section 2 : Le contrôle de la commercialisation des spécialités pharmaceutiques par les pouvoirs publics au XVIII^{ème} siècle.....48

A) Le développement des remèdes secrets pendant l'époque moderne.....48

B) L'assainissement des remèdes secrets par le secret par le pouvoir royal au XVIII^{ème} siècle.....49

Section 3 : Le développement de l'inspection des boutiques.....53

Section 4 : La séparation des apothicaires des épiciers : apparition du statut de pharmacien selon la déclaration royale du 25 avril 1777.....53

A) La réforme de la corporation des apothicaires de Paris.....53

B) La suppression du monopole du 1^{er} au 17 avril 1791.....54

C) Création et fonction de la société libre des pharmaciens de Paris...55

IIEME PARTIE : L'IMPLICATION PROGRESSIVE DU PHARMACIEN D'OFFICINE EN TANT QU'ACTEUR DE SANTE.....56

Chapitre 1 : Les apports du XIX^{ème} siècle.....56

Section 1 : La structuration de la profession de pharmacien (loi du 21 Germinal an XI, 11 avril 1803).....56

A) La suppression du régime corporatif au profit de l'individualisme.....56

B) Le remplacement de la société libre des pharmaciens par la société de Pharmacie (ancêtre de l'Académie de Pharmacie) : le début de la grande avancée scientifique de la pharmacie.....57

1) L'organisation et fonction de la société de Pharmacie.....57

2) Les œuvres de la société de pharmacie à travers l'avancée des sciences pharmaceutiques.....58

C) <u>L'encadrement et la surveillance de la profession pharmaceutique par l'Etat</u>	59
1) La réforme de l'enseignement en pharmacie.....	59
2) Les conditions d'exercice de la profession.....	60
3) L'inspection des pharmaciens.....	60
D) <u>La réglementation de l'exercice professionnel</u>	61
E) <u>Le rôle des pharmaciens de Napoléon Ier dans l'évolution de la profession</u>	62

Section 2 : L'émergence de la notion de santé publique.....65

A) <u>Définition et origines de la santé publique</u>	65
1) <u>Définition de la santé publique</u>	65
2) <u>Les missions actuelles de la santé publique</u>	66
3) <u>L'histoire de la santé publique jusqu'au XIXème siècle</u>	67
B) <u>Le développement de l'hygiène des collectivités et le recensement des causes des décès, reflets des premières mesures politiques de santé publique</u>	69
C) <u>Le rôle prépondérant des médecins par rapport aux pharmaciens</u>	70

Chapitre 2 : L'affirmation de l'implication du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé : le XX^{ème} siècle.....71

Section 1 : L'évolution de l'inspection de la pharmacie dans le cadre de la répression des fraudes depuis la loi de 1908.....71

A) <u>Son organisation</u>	71
B) <u>Son rôle et ses missions</u>	73
C) <u>L'évolution du statut d'inspecteur vers celui de pharmacien inspecteur de santé publique</u>	74

Section 2 : La nouvelle organisation de la profession par la loi du 11 septembre 1941 et son évolution74

- A) La limitation du nombre des officines sur le territoire.....74
- B) La suppression des chambres syndicales.....75
- C) Le maintien et le renfort du monopole pharmaceutique.....75
- D) L'exercice personnel de la profession.....76

Section 3 : La création de l'Ordre des Pharmaciens et le rétablissement des Chambres syndicales (ordonnance du 5 mai 1945).....76

- A) L'ordre des Pharmaciens.....76
 - 1) Sa création et son organisation.....76
 - 2) Ses attributions et ses œuvres depuis cette date.....78
 - 3) La déontologie du pharmacien, une éthique fondée sur l'intérêt de la santé publique.....80
- B) Le rétablissement et le fonctionnement des chambres syndicales des pharmaciens.....80
 - 1) Rétablissement et rôle des syndicats des pharmaciens.....80
 - 2) Leur organisation.....80

Section 4 : L'industrialisation et la commercialisation des médicaments et le développement de la sécurité sanitaire81

- A) Le cadre juridique de la spécialité pharmaceutique suite à son développement industriel.....81
 - 1) L'émergence de la spécialité pharmaceutique.....81
 - 2) Les difficultés rencontrées dans la mise en circulation des spécialités pharmaceutiques.....82
 - 3) Les réformes du cadre juridique des spécialités pharmaceutiques avec la promulgation du code de santé publique.....84

B) <u>Le développement du rôle du pharmacien en pharmacovigilance</u>	86
Section 5 : Les réformes des études et diplômes en pharmacie	87
A) <u>La suppression des pharmaciens de seconde classe (loi du 19 avril 1898)</u>	87
B) <u>La nouvelle organisation des études de pharmacie</u>	88
C) <u>L'apparition de différentes filières dans les études de pharmacie</u>	90
D) <u>La réforme de juin 1980 : la sélection des étudiants</u>	90
E) <u>La réforme de juillet 2009</u>	91
<u>Chapitre 3 : Les apports de la loi du 21 juillet 2009 (dite « HPST »)</u>	92
Section 1 : Le contexte de la promulgation de la loi HPST	92
A) <u>Des raisons économiques : organisation et fonctionnement de l'assurance maladie</u>	92
1) L'organisation et les fonctions de l'assurance maladie.....	92
2) L'évolution de ses difficultés et ses répercussions sur la profession.....	93
B) <u>Des raisons de santé publique : le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques</u>	94
Section 2 : La loi HPST et les changements réalisés au sein de la profession officinale	96
A) <u>Les nouvelles missions et nouveaux rôles du pharmacien en santé publique</u>	96
B) <u>Les applications actuelles de la loi et les difficultés rencontrées</u>	97

Section 3 : Les mutations attendues dans le cadre de la loi HPST.....	97
A) <u>La rémunération à l'acte pharmaceutique.....</u>	97
1) Définition de l'acte pharmaceutique de dispensation.....	97
2) Les étapes de l'acte pharmaceutique de dispensation:.....	98
a) <u>L'analyse pharmaceutique.....</u>	98
b) <u>La préparation des doses à administrer.....</u>	100
c) <u>Information et conseils de bon usage du médicament.....</u>	100
d) <u>La participation au soutien apporté au patient.....</u>	101
3) L'évolution des négociations pour la mise en place des honoraires de dispensation.....	101
4) La dispensation à l'unité.....	104
B) <u>Le développement des réseaux de santé pour l'accompagnement et le suivi du patient.....</u>	105
C) <u>Le développement des entretiens pharmaceutiques.....</u>	106
Section 4 : Les mutations envisagées dans le cadre de l'Union Européenne.....	108
A) <u>La remise en question du monopole pharmaceutique.....</u>	108
B) <u>Le commerce des médicaments sur internet.....</u>	109
C) <u>Les sociétés de participation financières.....</u>	111
Conclusion.....	112
Glossaire.....	115
Bibliographie.....	121
Serment de Galien.....	126

Introduction

La pharmacie du grec « pharmakôn » signifiant drogue, venin, poison, est une science relative à la conception, au mode d'action, à la préparation et à la dispensation des médicaments. En s'intéressant aux interactions pharmacochimiques et à la vérification des doses médicamenteuses, cette science fait partie à la fois de la biologie, de la médecine et de la chimie¹. Le pharmacien serait ainsi par définition le gardien des drogues et des poisons. Seul acteur de santé spécialiste du médicament à part entière, il joue un rôle bien établi et important au sein de la société en terme de santé en général.

Mais comment est réellement perçu le pharmacien dans la société ? Sonia Ripoll, dans sa thèse soutenue en 1990, révèle le portrait littéraire fort peu flatteur du pharmacien persistant à travers les siècles tel un être ignorant (par négligence et manquement aux règles), délinquant (par l'exercice d'activités illégales parallèles), cupide (d'où l'expression indémodable de « comptes d'apothicaires »), triste, renfermé, peu chaleureux, et jaloux du rôle sanitaire du médecin dominant le sien².

Dans la littérature il n'a jamais tenu la place du héros car toujours considéré comme un simple intermédiaire entre le médecin et le patient, jouant ainsi un rôle très secondaire. Le courage lui sera toujours accordé comme qualité principale de par le dur labeur que demandent ses études pour accéder au diplôme. Le docteur Octave Beliard disait : « Il n'est pas inutile que, pour préparer et vendre ce qui est dans son officine, le pharmacien soit premièrement un humaniste et un philosophe, et secondairement gagne la noblesse universitaire². » Cette pensée relative aux pharmaciens de la première moitié du XXème siècle est quelque peu dépassée par l'évolution de l'industrie en matière de santé le dispensant de plus en plus de la préparation des médicaments à l'officine modifiant ainsi ses responsabilités auprès des patients.

Son ancêtre l'apothicaire non moins savant ni érudit, mais pourtant beaucoup moins scientifique par la maigre avancée des sciences pharmaceutiques de son époque, a peut-être bénéficié d'une meilleure image. On peut citer à l'appui les différentes représentations du Christ apothicaire entre le XVIIème et le XIXème siècle par des peintres germains catholiques ou protestants. Le débat sur ce sujet a été rapporté dans la revue d'histoire de la pharmacie en 1966, où il est établi que la figuration du Christ apothicaire est d'origine française³. Ainsi, ces nombreuses représentations au cours des siècles non-censurées montrent que l'apothicaire était perçu à ce moment-là comme un sauveur et un être divin de par l'esprit religieux prédominant dans la population à cette époque-là.⁴

Pourquoi l'apothicaire aurait-il une âme plus noble que celle du pharmacien ? Selon le sondage récent divulgué par Giphar, 97% des Français trouvent le pharmacien compétent et professionnel, 95% aimable avec le sens du contact. L'image du pharmacien n'est donc pas si négative auprès du public.⁵ Cette image dépend donc du rôle de pédagogue, de traducteur et de conseiller qu'il conserve auprès des patients.

Son implication en tant qu'acteur de santé semble s'affirmer de plus en plus par la volonté depuis quelques années par les pouvoirs publics de confier au pharmacien de nouvelles missions dans l'intérêt du patient, notamment en raison du nombre croissant de malades chroniques, mais à contrario le monopole des produits de santé et les avantages

économiques dont il bénéficie pour son niveau de compétences scientifiques restent controversés et convoités depuis de nombreuses années. Ajouté à cela, le contexte économique de la pharmacie d'officine fragilise la profession qui a du mal à anticiper l'avenir. La transmission des officines devenue très difficile, les chiffres d'affaires qui ne progressent plus, et les dépôts de bilan en attestent⁶.

Quel rôle a vraiment le pharmacien au sein de la société ? Est-il plus un acteur de santé qu'un distributeur de médicaments ? Ou l'inverse ? Comment va-t-il évoluer ? Quel est l'intérêt de la persistance de la profession et comment peut-elle perdurer ? Est-elle vouée à disparaître ? Le but de cette thèse est de comprendre l'intérêt de la profession de pharmacien d'officine pour la population française, pourquoi elle bénéficiait jusqu'à présent de certains avantages convoités à l'heure actuelle comme le monopole des produits de santé, et comment celle-ci est destinée à évoluer.

Selon Nicolas Machiavel, penseur italien de la Renaissance, philosophe et théoricien politique : « Pour prévoir l'avenir, il faut connaître le passé car les événements de ce monde ont en tout temps des liens aux temps qui les ont précédés. Créés par les hommes animés des mêmes passions, ces événements doivent nécessairement avoir les mêmes résultats. »⁷

C'est pour cela, qu'il nous a paru nécessaire de remonter aux origines de la profession pour, à travers sa longue histoire, mieux connaître ses faiblesses et ses atouts pour perdurer et évoluer.

L'histoire de la pharmacie a déjà été traitée auparavant par plusieurs auteurs tels que notamment, Maurice Bouvet, Georges Dillemann, Patrice Boussel, ou encore le professeur André Boucherie. La société d'histoire de la pharmacie créée le 13 février 1913 à Paris contribua le plus à retracer l'histoire de la profession et inspira les travaux de chacun par la suite.

Dans une première partie, nous exposerons comment est apparu le pharmacien d'officine successeur de l'apothicaire, et dans une deuxième partie nous traiterons l'implication progressive du pharmacien dans le parcours de soin du patient.

IERE PARTIE : DU PIGMENTARIUS AU PHARMACIEN D'OFFICINE

Chapitre 1 : Evolution historique avant le XIX^{ème} siècle

Section 1 : Les origines de la pharmacie et du pharmacien

A) Les principaux fondateurs de la pharmacie avant le Moyen-Age

1) Les origines de l'art de guérir

a) La Préhistoire

L'art des soins naquit jadis, de l'observation de procédés de soulagement naturels utilisés par les animaux, tel le chien qui mange des herbes laxatives, ou l'ibis qui s'administre un lavement cloacal semblable au principe du clystère. La pratique de la pharmacie à son commencement était « instinctive ».⁸

Les remèdes ou les éventuelles pharmacopées utilisés pendant la Préhistoire n'ont pas laissé de trace écrite d'où l'impossibilité de prouver leur existence. En revanche, la pratique de la chirurgie crânienne existait déjà à l'époque, notamment celle de la trépanation utilisée dès le Néolithique. Les sorciers et guérisseurs des civilisations dites « primitives » de nos jours utilisent des méthodes de savoir-faire de guérison remontant à la nuit des temps que l'on suppose semblables à celles employées dans la Préhistoire. Le néolithique marqua le début d'une ère nouvelle pour l'histoire de l'humanité, et fut une période de grand progrès dans l'évolution du mode de vie des hommes grâce au remplacement de la cueillette et de la chasse par la production des vivres via l'élevage et l'agriculture. On suppose que ces évolutions en grande partie dues au changement du climat à l'époque amenèrent naturellement les progrès réalisés par la suite de la pharmacie et la médecine.⁸

b) Les pays orientaux : les précurseurs

Les Orientaux furent les premiers peuples à avoir maîtrisé l'art de guérir. Les documents les plus anciens, relatant l'art de soigner et de guérir, remontent à plusieurs milliers d'années avant notre ère. Les traités les plus anciens d'Orient (Inde, Perse, Egypte) à cet égard sont consignés dans les vedas, livres sacrés de l'Inde⁹. La plus ancienne pharmacopée inscrite sur une tablette sumérienne découverte à Nippur au début du XX^{ème} siècle, aurait été gravée à la fin du troisième millénaire avant notre ère⁹.

α) L'Assyrie et Babylonie

Entre la fin du Néolithique et le début de l'Histoire, soit pendant la protohistoire, les civilisations paysannes du Vème millénaire avant Jésus-Christ en Mésopotamie, région d'Asie occidentale entre le Tigre et l'Euphrate ou « ancien Irak », apportèrent d'importantes connaissances en thérapeutique révélées par des tablettes datant de moins de trois mille ans d'existence. Le clergé babylonien détenait le pouvoir de « guérir » les malades en chassant les démons qui les habitaient responsables de leurs symptômes. En effet, les prêtres célébraient la veille des grandes fêtes, un service expiatoire pour racheter les manquements aux rituels du lendemain. Il y a trop peu de renseignements à l'heure actuelle permettant de savoir s'il

existait des médecins non religieux, l'existence des pharmaciens étant encore plus difficile à prouver. Leur méthode thérapeutique était basée sur le fait de rendre le lieu d'habitation du démon inconfortable pour lui, afin qu'il quitte le corps du patient pouvant ainsi guérir. Pour cela, le patient devait ingérer ou s'enduire de substances répugnantes⁸.

On peut tout de même affirmer que les Assyro-babyloniens, en dépit de leurs croyances religieuses qui leur faisait assimiler la maladie au péché, avaient un sens de l'observation très développé et un système de santé très détaillé, avec une pharmacopée recensant environ cent cinquante plantes distinguant les herbacées des ligneuses, des aromatiques et des résines, un minéral tel que le soufre, des produits d'origine animale tels que le miel, la cire, la graisse de lion, le castoréum, et aussi les excréments humains et l'urine du bétail. Ils avaient le secret pour préparer des décoctions, liniments, suppositoires et cataplasmes avec ces ingrédients. La bière et le vin de palmier servaient de véhicule aux principes actifs. L'usage des anesthésiques était également pratiqué : en cas de difficulté à uriner pour un homme, ce qui évoque à l'adénome prostatique, il était conseillé de répandre de la poudre de goudron sur un brasier d'épines pour que la fumée pénètre dans ses orifices pour le faire tousser, ensuite de le lotionner avec de l'eau de Vitex, de le badigeonner de beurre clarifié, et enfin de lui faire un cataplasme avec de la graine de lin broyée dans du lait pendant trois jours avant qu'il ne goûte du miel et de l'huile fine⁸.

Proches de nos habitudes actuelles, qui consistent à se renseigner pour compléter les informations données par le médecin auprès des personnes de notre entourage, par de la documentation ou encore sur internet, ils avaient coutume de rechercher ce type de conseils en soins et médication dans la rue en prenant contact avec des inconnus⁸.

β) Israël

Le peuple sémitique, longtemps nomade avant de s'installer difficilement en Palestine, joua un rôle très important dans l'histoire spirituelle de l'humanité car initiateur du judaïsme et du christianisme.⁸

La particularité de ce peuple était d'associer les pratiques religieuses à la vie collective comme par exemple le « shabbat » qui était un jour de repos et de vie familiale consacré à la prière et au recueillement. Ils se distinguèrent des autres à cette époque également en refusant les autres divinités pour n'adorer et croire qu'en un seul dieu nommé « Iahvé ». Ainsi, leur médecine fut très dépendante de leurs croyances religieuses. La maladie était assimilée à la punition et la puissance de Iahvé, qui peut guérir s'il le désire en chassant le mal. Le prêtre, le nâbi, ou celui qui était en contact avec Iahvé, possédait les pouvoirs les plus étendus notamment en médecine. Il avait le pouvoir de transmettre les volontés et les ordres de Iahvé. Quand Il déchaînait sa colère contre les hommes-pêcheurs, manifestée par des épidémies ou des pénuries, les prêtres leur assignaient des pratiques purifiantes pour leur corps et leur âme pour rétablir l'équilibre des choses avec l'apaisement de la colère de Iahvé. Il existait aussi des guérisseurs qui usaient de formules magiques et de recettes secrètes.⁸

On a longtemps pensé que la médecine sémitique dans les temps bibliques, se réduisait à des prescriptions relatives à un mode de vie nomade, mais ce n'est pas tout-à-fait le cas. Le porc est et a toujours été un animal considéré comme impur dans beaucoup de religions orientales, car porteur de parasitoses dans les pays chauds. Or, Moïse a bien interdit l'utilisation de cette viande au peuple juif, et si on trouve dans la Bible des citations de

blennorragie, de lèpre, tuberculose ou peste bubonique, on ne trouve pas d'épidémies d'étiologie alimentaire. Mais cette hypothèse de justification des habitudes alimentaires bibliques par des raisons sanitaires, est contredite par la non-interdiction de la viande de mouton alors considérée comme viande « pure », aussi bien porteuse de parasitoses que le porc.⁸

Les Lévites furent les premiers à savoir guérir la lèpre, en isolant le malade sept jours, purifiant son corps avec des huiles et en faisant des sacrifices expiatoires d'oiseaux, agneaux avec du bois de cèdre, du cramoisi et de l'hysope. Cette médecine était empreinte de traditions, empirisme, symbolisme et de superstitions.⁸

Néanmoins, les hébreux au temps de Moïse vont utiliser une thérapeutique fondée sur la phytothérapie avec de nombreuses plantes et produits d'origine animale ou minérale. On peut relever dans la Bible, l'utilisation de la myrrhe, l'encens, l'aloès, la coloquinte, le pavot (utilisé comme poison avec du vinaigre pour les condamnés à mort), des grenades, de la sandaraque (l'avar prescrit sous forme d'emplâtres), du cumin, du ricin, de l'ail, de l'oignon, du lin, du laurier (contre les morsures de serpents), la lavande, la menthe, le genièvre, de l'absinthe, de l'hysope etc... Ils utilisaient également des infusions, décoctions, électuaires à base de fruits pulvérisés et tamisés, puis additionnés de miel et d'huile, de poudres macérées dans du vin et du vinaigre, ainsi que des collyres à base de cuivre, des pommades, onguents, cosmétiques. Ils pratiquaient aussi les cataplasmes, on peut le constater dans le récit où le prophète Isaïe guérit Ezéchias atteint d'un ulcère avec un cataplasme de figue. La salive et la boue étaient considérées comme ayant des propriétés thérapeutiques, le Christ les utilisant dans la Bible pour rendre la vie à un aveugle en les lui appliquant sur les yeux.⁸

La magie était aussi pratiquée essentiellement avec des remèdes végétaux, avec des baies et des racines de mandragore que l'on disait douées d'une vertu fertilisante. Le foie des animaux était aussi reconnu pour avoir des propriétés surnaturelles et un rôle dans la pratique de la divination. Le foie de poisson fut utilisé dans la Bible pour guérir la cataracte de Tobie sur les conseils de l'archange Raphaël.⁸

Les compétences pharmaceutiques des prêtres, prophètes et rois étaient très rudimentaires et certaines préparations auraient été confiées à des esclaves femmes qui seraient les ancêtres des pharmaciennes. A ce propos, le grand prêtre Samuel disait aux anciens d'Israël réclamant un roi : « Il (ce roi) prendra vos filles pour en faire des parfumeuses, des cuisinières, des boulangères ».⁸

Chez les israélites, seul le seigneur était maître de la santé et de la maladie de l'homme qui doit toujours accepter et respecter sa volonté.⁸

γ) La Chine

La Chine a également développé depuis plus de deux mille ans des sciences médicales très savantes et très élaborées transmises par des textes datés et catalogués. Elle détenait une abondance de remèdes divers et variés, et on a longtemps estimé que la plus ancienne Pharmacopée du monde était d'origine chinoise nommée Pen Tsrao écrite par l'empereur Chenn Nong, à qui la tradition chinoise attribue la paternité de la médecine de la pharmacie dont la phytothérapie, et de l'agriculture, en 3600 avant Jésus-Christ.

Il s'est avéré par la suite que cette Pharmacopée n'avait pas une origine aussi ancienne.⁹ Le pharmacologue Li Che-Tchen (1518-1593), dans son traité nommé « Pen Ts'ao kang mou », recense 1074 substances végétales, 443 animales, et 354 minérales. Le docteur Pierre Huard remarquera par la suite que parmi toutes ces substances, trois cent soixante-quatorze sont nouvelles. Les pierres précieuses avaient un rôle de guérison très important, notamment les perles et le jade mentionnés dans cette très ancienne pharmacopée. La doctrine des « signatures » tenait une place importante dans la pharmacopée chinoise : les parties supérieures des plantes soignaient les parties supérieures du corps, tandis que leurs parties inférieures soignaient les parties inférieures du corps ; les vers luisants entrent dans la composition des collyres, les haricots guérissent les reins et le safran jaune guérit de l'ictère. De même, les produits d'origine humaine tels que, notamment, le sang, le placenta, l'urine, les matières fécales, étaient connus pour avoir des vertus médicinales⁸.

La pharmacie était étroitement liée à la magie, la religion et la philosophie. Les prêtres étaient à la fois magiciens et médecins. Les connaissances médicales étaient transmises oralement de façon ésotérique jusqu'au Vème siècle avant Jésus Christ où apparurent les médecins Yin organisés en corporation indépendante des prêtres et des magiciens. Le premier personnage important de cette corporation est Bian Que qui est peut-être un nom générique regroupant plusieurs personnes. Les marchands de médicaments, ancêtres des pharmaciens ont toujours joué un rôle important. A l'heure actuelle, on ne peut que supposer par l'avancée des sciences pharmaceutiques chinoises que l'équivalent du pigmentarius grec du VIème siècle après Jésus-Christ existait déjà en Asie dans l'Antiquité⁸.

Un autre empereur marqua la médecine antique chinoise : Huang Di, l'empereur jaune auteur du Nei Jing entre le IIIème et Vème siècle avant Jésus-Christ, où tous les aspects de la médecine sont abordés avec leur traitement et plus particulièrement celui par l'acupuncture. L'usage de poinçons de pierre à des fins médicales appelé « bian jiu » y était mentionné, ce qui aurait précédé les aiguilles d'acupuncture.¹⁰ On peut lire à ce propos une remarque célèbre de l'empereur parlant de son peuple : « Mon désir est qu'on ne leur donne plus de médicaments-poisons, et qu'on ne se serve plus des antiques poinçons de pierre », « Je désire qu'on utilise seulement les mystérieuses aiguilles de métal avec lesquelles on dirige l'énergie ».⁸

Zou Yan vers 305-240 avant Jésus-Christ établit la théorie des cinq éléments qui va s'intégrer dans tous les systèmes de connaissances dont la médecine, associant par exemple un organe à un point cardinal, une saison ou un goût... A la même période, la médecine chinoise se tourne vers la diététique, l'étude des poisons, la recherche des remèdes d'immortalité, la pratique des techniques respiratoires, la culture physique et la sexologie. Les remèdes d'immortalité étaient basés essentiellement sur les « cinq substances canoniques » nommées « substances froides » : le réalgar, le soufre, l'ovre, la turquoise et l'améthyste. Leur toxicité demandait un entraînement d'immunisation.¹¹

Chunyu Yi entre 216 et 167 avant Jésus-Christ, fut à la fois médecin et fonctionnaire (chef des greniers) et laissa derrière lui une liste de maladies qu'il était capable de soigner avec les remèdes prescrits et les diagnostics correspondants. On reconnaît notamment dans ces notes la cirrhose, l'hernie étranglée, le lumbago, l'abcès péritonéal, l'angine infantile, la pyélonéphrite, la congestion pulmonaire, la goutte, la paralysie progressive, ou encore l'hémoptysie.¹¹

Zhang Zhongjing entre 158 et 167 avant Jésus-Christ est l'inventeur de la symptomatologie et de la thérapeutique chinoise. Il est considéré comme l'Hippocrate chinois, car il est le premier à avoir différencié les symptômes Yin des symptômes Yang. Il rédigea le traité de la fièvre typhoïde et des maladies subites.¹¹

Hua Tuo entre 110 et 207 après Jésus Christ est le grand chirurgien de l'époque, célèbre pour ses laparotomies, greffes d'organes, ou encore lithotomie, faites sous anesthésie du chanvre indien. On lui doit la découverte de la narcose, et l'ouvrage « L'art des ouvertures abdominales ». Il était aussi connu pour ses prouesses obstétriques : il diagnostiqua la mort intra-utérine d'un jumeau par les hémorragies successives après la naissance du premier enfant et soulagea la mère par l'acupuncture avant de retirer l'enfant mort-né. Il fut également l'inventeur de la suture, d'onguents contre l'inflammation, des traitements contre les ascaris. Il aurait été le premier à choisir la phalange comme unité de mesure. Il préconisait la balnéothérapie, l'hydrothérapie et la culture physique.¹¹

Pendant la période qui s'étendait des Han aux Sui entre 283 et 343 après Jésus-Christ, le médecin taoïste le plus connu était Ge Hong qui rédigea un traité d'alchimie, de diététique et de magie : le Baopuzi Neipian vers 326 après Jésus-Christ ; et deux traités de médecine : les médications du coffre d'or et les prescriptions d'urgence qui donnaient des conseils de prévention des maladies et de prolongation d'espérance de vie. On lui doit la découverte de la variole, la peste bubonique, ainsi que la phthisie, le béribéri. Il mit à portée de main de remèdes bon marché, faciles à trouver tels que l'armoise, le gardénia et la rhubarbe pour traiter l'ictère épidémique, le traitement de l'asthme par l'éphédra, la cannelle, la réglisse et l'amande d'abricot, ou encore l'ascite par le draba, l'euphorbe et le daphné. En tant qu'alchimiste, il donna aussi une formule de gélule donnant l'immortalité à base d'or, de mercure, de jade, de soufre, d'orpiment, de cinadre mélangé dans des préparations végétales. Il utilisait la jusquiame noire pour traiter les démences, et faisait des badigeons au soufre et à l'ail pour prévenir les morsures de tiques ou encore préconisait des bouillottes d'eau chaude sur le ventre pour calmer les douleurs spasmodiques des gastro-entérites.⁸

Il y avait à cette époque beaucoup d'échanges entre la Chine, l'Inde et la Perse.

δ) L'inde

La science indienne dans l'histoire de la pharmacie connut la même notoriété que la science grecque. La première conquit d'abord le Tibet, pour gagner l'Asie centrale, l'Indochine, l'Indonésie, certaines contrées chinoises et japonaises. La seconde fut adoptée et suivie par des pays chrétiens et musulmans.

Elles se partagèrent le monde à l'exception de la Chine qui gardait sa science indépendante de leur influence, jusqu'à l'essor scientifique moderne du XIX^{ème} siècle qui rendit universel l'héritage des sciences pharmaceutiques grecques.⁸

Il est admis de nos jours que les deux sciences se sont développées en parallèle, et rien ne prouve que l'une ait été influencée par l'autre.

Les traités les plus anciens de médecine classique indienne sont les Samhitâ ou Corpus de Bhela, Caraka et Suçruta relatant tous les trois la même tradition de l'Ayurveda ou « science de la longévité ». Selon Ctésias, médecin grec au IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ,

les indiens étaient sujets à peu de maladies et pouvaient vivre jusqu'à deux cent ans. Est-ce toujours d'actualité ? Était-ce dû principalement à leur mode de vie, leur traditions alimentaires à base d'épices diverses et de végétaux ? On sait seulement de cette époque que Suçruta ordonnait dans son traité les bains, aspersion, frictions, l'ingestion de lait, de raisins, de plantes apéritives, digestives et laxatives, de substances fébrifuges, un régime carné très varié, le vin de vigne, les séjours dans les étables et les régions élevées. On retrouve ces conseils d'hygiène de vie de nos jours, l'air de la montagne étant recommandé pour les affections bronchiques, une alimentation saine et variée telle que les fruits et légumes pour un bon transit et un bon drainage et détoxification de l'organisme. A partir de la parution de ces traités, les médecins furent des savants-praticiens et non plus des sorciers comme cela était le cas dans beaucoup de pays à ce moment-là. Il est affirmé dans le traité que le médecin, le patient, le remède et l'infirmier sont les quatre piliers fondamentaux qui ont un rôle important à tenir pour arriver rapidement à la guérison. On peut noter ici l'absence du pharmacien de cette énumération, le médecin faisant office de pharmacien.⁸

Dans la légende indienne, le médecin qui marqua le début de cette époque de grand savoir en pharmacie est Jivaka, connu pour ses vastes connaissances en phytothérapie. Il était réputé pour avoir utilisé toutes les herbes de l'univers et avoir guéri toutes les maladies.

Parmi les plantes médicinales utilisées, on trouve l'ail, les myrobolanes, le poivre, le gingembre, l'acore, le béla contre la dysentérie, le ricin pour traiter la constipation et désinfectant cutané dans la lèpre, le lycium sorte de caoutchouc pour traiter les affections oculaires, ou encore le tamarin comme laxatif. Des matières animales étaient aussi utilisées comme le bézoard, la vipère, l'urine de vache, ainsi que des minéraux comme le sulfate de fer, le borax et l'alun. Ils pratiquaient l'infusion et la décoction, préparaient les poudres, gélules, onguents, collyres, lavements ou liniments.⁸

Le niveau expérimental des médecins indiens il y a plus de 2000 ans, était comparable à celui des médecins du début XX^{ème} siècle par l'exemple de la phtisie dans le domaine de la pneumologie.⁸

Les hindous écrivirent une pharmacopée renommée mondialement en 1600 avant Jésus-Christ¹².

ε) La Perse

Située entre le Tigre et l'Indus, baignée au Nord par la mer Caspienne, la Perse était l'ancienne Iran dans le monde antique. Les hommes y vivaient déjà huit à dix mille ans avant notre ère. Des guerres se produisirent trois mille ans avant notre ère, entre cette région et Babylone et la civilisation élamite y apparut quelques siècles plus tard. Il s'y produisit une grande immigration indo-européenne à la fin du deuxième millénaire avant Jésus-Christ et la création du grand empire iranien dans la première moitié du premier millénaire avant Jésus-Christ. Jusqu'à l'arrivée des Aryens ou Iraniens, l'ancienne thérapeutique persane n'est connue que par le livre sacré iranien, l'Avesta qui a été écrit au VI^{ème} siècle avant Jésus-Christ. La tradition persane attribue cet ouvrage à Ahura-Mazda qui l'aurait donné au prophète Zoroastre contemporain de cette époque. Alexandre Le Grand en fit traduire quelques parties et brûla le reste. Il fut restauré par les souverains beaucoup plus tard. Ainsi, il s'agit d'un mélange de synthèses diverses, la plupart empruntées aux Grecs et aux Hindous. Les antiques connaissances de la Perse ont été triées et mises à jour par le docteur Assad Ghavami.⁸

L'Avesta distingue trois méthodes thérapeutiques différentes : la méthode conjuratoire, la chirurgie et la phytothérapie.

Une importance thérapeutique est donnée aux eaux de vie que l'on disait détenir un germe unique ou *rasa* (sève) de la création. Par exemple, l'haôma blanc provenant de l'arbre *gaokerena* dont la liqueur conférait la jouvence éternelle et la santé. Les arbres nommés dans l'Avesta sont l'éphédra *pachyclade*, l'*asclepias acida*, le *sarcostema viminalis*, mais aucune plante médicinale n'est énumérée. On sait juste qu'il existe 99999 plantes pour guérir le même nombre de maladies et que la majorité poussent autour du *Gaokerena*. On sait également qu'il existe soixante-dix remèdes dérivés de plantes dont des espèces vénéneuses pour soigner 4333 maladies sans qu'elles soient énumérées.⁸

Seul le témoignage des historiens grecs, permet de connaître davantage les pratiques pharmaceutiques des persans. On peut lire à travers les aventures du roi *Kalbûjiya* qu'il faisait des onguents lui-même. Hérodote a décrit la présence de nombreux médecins étrangers en Perse, notamment à travers l'histoire de *Darius Ier* qui se fit une violente entorse en sautant de cheval, et qui fut guéri en peu de temps par *Démocédès* *Crotone* par une alternance de remèdes grecs doux et violents. Ce médecin guérit aussi sa femme d'une tumeur au sein.

Les médecins persans empruntaient des remèdes à la Mésopotamie, aux Indes et à l'Égypte qu'ils jugeaient utiles. Ainsi ils importèrent de ces pays entre autres les achéménides, le citronnier dont la pulpe était utilisée dans le vin comme antipoison. Ils connaissaient également les propriétés du chanvre, de la rhubarbe, des mannes, du camphre, de diverses gommes et gommes-résines (*gomme adragante*, *sarcocolle*, *asa foetida*...), huiles végétales (*huile de ricin*, *de roquette*, *de sésame*).⁸

Au III^{ème} siècle de notre ère, la dynastie des Sassanides arriva au pouvoir en Perse. *Châhpûhr Ier* nommé « Roi des rois de l'Iran et de l'Iran extérieur » connu pour sa lutte contre l'empire romain, s'intéressait à la philosophie, l'astronomie et à la médecine dont il fit traduire de nombreux ouvrages grecs et indiens. Son arrière-petit-fils, grand empereur de son temps, qui arrêta les attaques des Huns et de l'empereur *Julien*, confirma la dépendance de la Mésopotamie et de l'Arménie riches de leurs connaissances médicales et fit venir dans sa capitale le médecin *Théodose*.⁸

Au V^{ème} siècle, la médecine grecque envahit la Perse par les médecins grecs chassés de leur école d'Édesse et les Nestoriens qui firent connaître les écrits de leur maître. L'école de médecine fondée par les rois Sassanides à *Guidi-Sapur* en *Susiane* (Elam), était en partie occupée par des chrétiens nestoriens venus d'Orient qui enseignaient des doctrines hindous, l'astronomie et les sciences occultes.⁸

Les siècles suivants, la pharmacopée indienne eut beaucoup d'influence, quand le roi *Khosro Ier* fit importer de nombreuses plantes médicinales des Indes inconnues en Perse au VI^{ème} siècle. Plus tard au VII^{ème} siècle, se produisit l'invasion arabe.

Ainsi, la Perse terre de contact entre l'Orient et l'Occident fut un véritable carrefour des sciences médicales des différentes civilisations et leur apporta à chacune un développement considérable par la richesse de ses plantes médicinales.

2) Les apports fondamentaux des pays méditerranéens

a) L’Egypte ancienne : le berceau de la pharmacie actuelle

Chez les égyptiens, la religion, la médecine et la magie étaient intimement liées. Leur religion polythéiste et très complexe était fondée sur l’adoration de divinités qui pouvaient se combiner entre elles pour n’en former qu’une seule modulable. Ces dieux eurent d’abord la forme animale en 3000 avant Jésus-Christ car ils considéraient les animaux comme des êtres supérieurs à eux en tout point par leur efficacité et leur puissance, puis des formes humaines entre 3000 et 2800 avant Jésus-Christ pendant les premières civilisations.

Les formes composites mi-hommes, mi-animales apparurent à la fin de la 2^{ème} dynastie. Parmi les dieux les plus connus pour leur pouvoir en médecine, on compte¹³ :

- La déesse Isis représentée comme une femme ayant un trône sur la tête, sœur et épouse d’Osiris, mère d’Horus qu’elle protège des dangers. Elle est l’enseignante des tâches féminines comme moudre le grain et le tissage et institua le mariage. Elle connaît et enseigne l’art de guérir par les remèdes.
- Horus selon Diodore, dieu à aspect de faucon, fils d’Isis, aurait été trouvé dans les eaux par elle sans vie, et elle l’aurait immortalisé. Il a appris d’elle la science des remèdes et l’art de deviner.
- Ra ou Re le dieu solaire, représenté sous forme humaine et peut-être le plus vénéré comme dieu créateur et protecteur de l’univers, médecin suprême à l’origine de nombreux remèdes. Sa ville de culte était Héliopolis.

Il y a encore de nombreux exemples de dieux de la médecine égyptiens : Sekhmet, déesse léontocéphale qui a le pouvoir de répandre les maux ; Oubastet, déesse apaisée de Sekhmet à la forme féline qui guérit les maux ; ou encore Serket, déesse représentée sous forme humaine avec une nèpe ou un scorpion sur la tête qui guérit de la morsure des animaux venimeux. Le Pharaon était le représentant sur terre de la déesse Maât, qui représente l’état d’équilibre, d’ordre et de justice. Il avait pour mission de préserver cet état de perfection auquel doivent aspirer les hommes.¹³

En Egypte comme chez les Hébreux, la médecine était exercée par les prêtres, prophètes, pasteurs, lévites. Il n’a pas été prouvé que l’équivalent du pharmacien existait dans l’Egypte ancienne. Il est néanmoins mentionné dans les écrits un « gardien de la myrrhe », sorte de responsable du stockage des produits médicinaux, la myrrhe étant le symbole des drogues.

Selon les égyptologues, il existait deux types de préparateurs de remèdes : les laïcs dont les connaissances se transmettaient de père en fils, et les « prêtre-ouâb » (ouâb signifiant pureté) qui étaient à la fois prêtre, magiciens, et médecins formés dans la maison de vie dont le savoir en pharmacie était immense. Les maisons de vie étaient des sortes de grandes bibliothèques rattachées à un temple où les « sousou » jeunes médecins formés par leur père allaient approfondir leur savoir en magie, astronomie, médecine, technique d’embaumement, architecture, sculpture, peinture, composition de textes théologiques. Dès les premières dynasties, les maisons de vie furent fondées dans les villes les plus importantes, comme celle de Saït, dont la déesse principale était Neith, où il y avait un collège de femmes apprenant l’art de l’obstétrique, celle d’Héliopolis sous le culte de Re, ou encore Memphis où était vénéré le dieu Imhotep avec son temple renfermant une bibliothèque riche en papyri

médicaux dont seul subsiste aujourd'hui celui de Berlin. Ces médecins-pharmaciens étaient généralistes ou spécialisés comme l'oculiste, le médecin du ventre ou le spécialiste des dents...

Les femmes eurent aussi par ces temps très anciens, leur heure de gloire en médecine : une stèle funéraire datant de plus de quatre mille ans a été retrouvée dans une tombe à Saqqarah érigée à la mémoire de Peschet, une femme « directeur des médecins ».¹³

L'enseignement de la médecine consista pendant très longtemps à apprendre des papyri anciens et à les recopier de telle sorte que la science égyptienne, aussi élaborée fut-elle, stagna durant trois millénaires. L'école d'Alexandrie fut fondée en 320 avant notre ère, où la médecine était essentiellement fondée sur la botanique, et c'est à ce moment-là que le commerce des drogues prit un essor considérable.⁹

La majorité des formulaires de médecine parus pendant les premiers siècles avant Jésus-Christ étaient égyptiens⁸. Parmi les papyri les plus marquants de l'Histoire, on peut citer le papyrus d'Ebers présenté comme le livre relatif au commencement de la fabrication des remèdes pour tout le corps humain. Plusieurs traitements y sont proposés pour un seul symptôme, et ces traitements sont classés selon la localisation corporelle des maladies respectives. Les maladies en question étaient essentiellement la dysenterie, l'hématurie, le trachome, ainsi que les troubles gynécologiques liés aux grossesses précoces et répétées, pathologies liées au climat très chaud et sec et aux conditions sanitaires de l'époque.¹³

On compte aussi le renommé papyrus d'Edwin Smith, dû à Imhotep. Imhotep avait de très glorieuses fonctions : il était le chef des lecteurs sacrés, vizir, scribe, architecte, astronome, alchimiste, magicien et médecin sous le roi Zoser, 2^{ème} pharaon de la III^{ème} dynastie. Il était ainsi responsable du bien-être des vivants mais aussi de la paix des défunts de l'autre monde. Il a été divinisé pendant le règne du pharaon Zoser d'où le don de cet écrit à sa personne divine donc éternelle. Ce papyrus qui date néanmoins de la XVIII^{ème} dynastie est la copie d'un document plus ancien encore que le papyrus d'Ebers, et contient des incantations contre la peste, deux recettes cosmétiques et des colonnes consacrées à la pathologie traumatique portant sur le cou, la tête, la clavicule, l'humérus, les jambes, l'épaule, la colonne dorsale. On y trouve des bases d'examen, diagnostic, pronostic et sanction thérapeutique.¹³

Le papyrus Hearst datant aussi de la XVIII^{ème} dynastie est un recueil de 260 recettes dont une centaine se trouve déjà dans le papyrus d'Ebers, traitant les maladies du cœur, de la vessie, les panaris et infections dentaires, les parasitoses intestinales, les morsures de crocodile et de fauve.¹³

Le papyrus Brugsh ou Grand papyrus de Berlin datant peut-être de la XIX^{ème} dynastie expose les remèdes contre des parasitoses intestinales, les maladies des seins, l'hématurie, la toux, les douleurs des membres inférieurs, ainsi que des méthodes de contraception. La plupart de ces remèdes et conseils sont copiés des papyri d'Ebers et Hearst. D'autres papyri plus récents comme les papyri Ramesseum sont consacrés à la pédiatrie, aux maladies oculaires, aux maladies des femmes, le papyrus de Berlin traite de la contraception.¹³

Dans la pharmacopée égyptienne, les minéraux étaient beaucoup utilisés soit pulvérisés soit conservés à l'état solide. On pouvait trouver l'asphalte, sorte de bitume provenant du lac Asphaltite avec lequel les momies étaient imprégnées leur donnant leur indestructibilité ; le natron mélange de carbonate et de bicarbonate de sodium, de sulfate et de chlorure de sodium qui était le monopole des pharaons utilisé comme détergent alcalin pour fabriquer des savons ou purifier la bouche, cela purifiait aussi les momies au moment de leur embaumement ; la malachite à base de carbonate de cuivre utilisée pour les fards à paupière et pour ses propriétés antiseptiques ; le chrysocole ou hydrosilicate de cuivre utilisé comme désinfectant ; les sels de plomb pour leurs propriétés astringentes ; le sulfure de plomb ou galène associé au chrysocole qui soignait l'érysipèle en usage interne et la lèpre en usage local. On trouvait encore l'antimoine et l'alun pour leurs propriétés astringentes. L'arsenic était utilisé pour traiter les maladies oculaires, le fer pour l'hydropisie, le magnésium comme antiacide et comme purgatif à forte dose.¹³

Les plantes médicinales étaient très nombreuses et beaucoup utilisées, toutes les parties étaient exploitées (graines, tige, feuilles, fleur, racine, écorce, bois, fruit, et suc).

En gastroentérologie, les principes actifs antidiarrhéiques et les vermifuges se trouvaient dans l'acacia renfermant des tanins, la moelle d'acanthé, l'ail (le bulbe renferme aussi des propriétés antibiotiques), les feuilles d'aloès. Les graines d'anis séchées et utilisées en infusion ou mâchées, le son de blé en décoction, l'écorce et les baies de bourdaine soignaient la constipation. La bryone, la coloquinte, le séné servaient de purgatifs. L'écorce de cannelle était utilisée contre les spasmes et les affections intestinales et stomacales. Les feuilles de coriandre étaient utilisées contre l'indigestion, la datte contre les affections hépatiques. Le jonc ou lis des marais était reconnu pour avoir des propriétés antidysentériques. La lotion de raisin était utilisée pour traiter les hémorroïdes. La térébenthine était un bon antihelminthique.

En ophtalmologie, la science pharmaceutique était assez développée à cause des nombreux cas d'affections oculaires en Egypte antique toujours d'actualité à cause de la lumière éblouissante et des poussières ramenées par les vents du désert. Ainsi, le suc de concombre amer était utilisé contre les démangeaisons dartreuses, la coriandre contre les inflammations et les abcès.¹³

D'autres plantes comme la datura et la stramoine étaient utilisés pour leurs propriétés antispasmodiques et sédatives, la jusquiame était considérée comme un puissant narcotique, le pavot était utilisé comme insecticide et pour calmer les nourrissons.

La pharmacopée égyptienne était aussi très riche en matières animales, dont la plupart avaient une application en magie mais d'autres étaient reconnues pour leurs vertus thérapeutiques. La bile de poisson ou de bœuf était utilisée par voie externe ou par voie générale, la cire comme émollient, ainsi que les excréments d'âne dont l'utilisation relève de la magie qui consistait à en badigeonner le malade pour attirer le mauvais esprit à l'extérieur de son corps. Par contre, les excréments humains ou d'animaux tels que la chauve-souris étaient justifiés en thérapeutique pour le traitement de l'héméralopie car ils contiennent de la vitamine A. Le foie de veau était également indiqué pour cette pathologie par la vitamine A qu'il contient. La graisse d'origine animale diverse servait pour ses propriétés émollientes. L'huile était le principal excipient des pommades, onguents et pilule et aussi très utilisée en cosmétologie pour adoucir la peau des femmes. Le lait de femme ou de vache servaient de remède pour les brûlures, les ophtalmies, la toux et les problèmes digestifs, ou d'excipient

dans les lavements, bains de bouche ou injections vaginales. La crème de lait aussi entrait dans la formule des suppositoires et lavements. Le miel produit par des ruches artificielles déjà existantes à cette époque, servait à fabriquer des remèdes adoucissants contre la toux, des cataplasmes, onguents, collyres, clystères et préparations orales. Le piquant de hérissou fournissait du carbonate de calcium aux propriétés antiacides et utilisé comme pansement gastrique. La moelle osseuse entrait dans la composition des pommades oculaires et des pansements. La rate de bovin était utilisée comme remède assouplissant en rhumatologie. Les pansements à la viande étaient aussi pratiqués dans l’Egypte antique, par ses propriétés hémostatiques et le transfert d’énergie et de puissance suspectés dans sa fraîcheur sur les plaies ou les fractures. On pourrait aussi citer, parmi d’autres, l’usage des cheveux, poils, utérus de chatte, ou sabots.¹³

La prescription médicamenteuse était déjà d’usage dans l’Egypte Antique, sous la forme d’inscription, sus ou souscription. L’inscription suivait l’examen et le diagnostic. La suscription indiquait l’objet de l’ordonnance, par exemple « le moyen pour tirer le sang de la blessure ». L’inscription était une énumération des différents composants à utiliser dans la préparation avec, mentionnée à côté, la dose mesurée et non pesée. La souscription était le mode d’emploi pour faire une préparation, soit « mêler telle substance avec telle autre ».¹³

La science médicale des égyptiens fut l’héritage des sciences pharmaceutiques actuelles dans le monde en passant par celle des grecs.

b) Les apports de la Grèce Antique

La médecine et la pharmacie hellénique étaient déjà très avancées pendant la période Antique et remontent au-delà des temps homériques. Les civilisations crétoises et mycéniennes qui se succédèrent en Grèce cultivèrent l’art pharmaceutique, ainsi que les phéniciens commerçants marins qui rapportèrent beaucoup de drogues de leurs voyages dans le Bassin Méditerranéen et les Indes. Il semblerait que la majorité des drogues utilisées par les grecs n’étaient pas préparées par eux-mêmes, mais empruntées aux peuples voisins pour leurs besoins personnels.⁸

α) La médecine et la pharmacie dans la mythologie grecque

La mythologie et les légendes grecques marquèrent l’histoire de la santé. Les pouvoirs thérapeutiques étaient l’apanage des dieux et devinrent peu à peu celle des héros. Diane traitait à Ephèse les maladies des yeux. Vénus guérissait les maladies du menton. Bacchus, Mercure, Vulcain, les sœurs d’Asclépios avaient chacun leur spécialité en thérapeutique.

La médecine de l’époque est décrite dans l’Iliade, notamment quand Patrocle met sur la plaie d’Eurypyle une poudre faite avec une racine amère préalablement broyée dans ses mains qui asséchait la plaie, calmait la douleur et stoppait l’hémorragie. Les médicaments appliqués sur les plaies n’étaient donc ni des emplâtres ni des pansements, leur nom et leur composition ne sont pas mentionnés. Ce serait Achille qui aurait découvert les secrets de la mercuriale et de millefeuille (*Achillea Millefolium*). « Le baume de neuf ans » appliqué sur les blessures du corps de Patrocle mort serait aussi un médicament pour retarder la putréfaction des chairs. On connaît le célèbre remède préparé par Hécamède pour le chirurgien Machaon blessé à l’épaule, à base de vin doux, d’huile, de lait de chèvre caillé.

Hélène de Troie apprit de Polydamna l'Égyptienne le pouvoir thérapeutique de beaucoup de plantes, surtout du Pharmacon Népentès, drogue magique qui aurait un puissant effet antalgique et anesthésiant au point de faire oublier « tous les maux » tels que la souffrance morale ou psychique causée par la perte d'un proche par exemple. Ce mélange était composé de stramoine, jusquiame, mandragore, belladone, haschich et d'opium. Enfin il est fait mention dans l'Odyssée de soufre utilisé comme désinfectant par Ulysse à son retour d'Ithaque pour purifier son palais après le massacre des prétendants.⁸

Asklépios fils d'Apollon ou « Esculape » dans la mythologie romaine, avant d'être divinisé au début du Vème siècle avant Jésus-Christ tel le dieu de la médecine et de la chirurgie, était roi de Thessalie à la fois guerrier et médecin. Il eut des fils Machaon et Podalire qui furent également médecins et guerriers qui combattirent devant Troie à la tête des Thessaliens et de Tricca. Il eut aussi des filles dont la cadette Panacée devint la déesse qui guérit toutes les maladies et la dernière, dont le nom « Hygie » donnera « hygiène » en français, devint la déesse de la santé. Hygie est représentée assise sur un trône portant une couronne de plantes médicinales sur la tête, tenant dans sa main gauche une coupe autour de laquelle s'enroule un serpent. Cette légende fournit l'explication du « caducée » qui sert souvent d'enseigne aux pharmaciens d'officine de nos jours.⁹

Asklépios guérissait les blessures, les ulcères, les fièvres, les douleurs par des enchantements, des potions, des incisions et des applications externes.⁸ Un remède contre les hémorroïdes à base de sueur de vache, cendre de tête de chien, de peau de serpent macérée dans du vinaigre et du miel lui est attribué, ainsi qu'un remède pour traiter les verrues à base de cendre de crotte de chien et d'huile de rosat. Des temples furent élevés en son honneur où la médecine était enseignée et administrée par les prêtres Asclépiades, alors qu'en parallèle des écoles se développaient à l'extérieur pour diffuser un savoir médical plus scientifique. Ces prêtres savaient interpréter les songes et les nombreux malades venaient avec des présents requérir leurs soins, conseils et aide spirituelle. Ils donnaient leurs consultations après une nuit d'offrandes et de sacrifices aux dieux. Les guérisons étaient considérées comme des interventions divines. Les temples étaient situés dans des stations climatiques et des endroits salubres. Un bois sacré les entouraient, on y trouve des sources hypoallergéniques riches en gaz carboniques, des grottes à mofettes où le gaz se dégageait invisible à température ambiante et provoquaient d'inexplicables délires. Peu à peu ces temples devinrent des sortes de cliniques accueillant les malades pour divers séjours médicaux et pour y subir des interventions chirurgicales. Chaque temple devait avoir leur animal sacré, en particulier des serpents et des chiens.

Le demi-dieu Hercule donna son nom à des plantes médicinales comme l'hyoscyanus albus ou l'héraclion. Le centaure Chinon qui organisa des cultures de plantes en Thessalie donna son nom à la centaurée.⁸

β) Hippocrate le « père de la médecine »

Hippocrate est né en 460 avant Jésus-Christ dans l'archipel égéen des Sporades à Cos, où sont conservés plus de quarante traités médicaux attestant l'importance de la médecine chez les intellectuels grecs vers la fin du Vème siècle. Il était fils du médecin Héraclide dont il apprit l'anatomie et appartenait à la famille des Asclépiades, descendants d'Asklépios en passant par Podalire pratiquant la médecine. La tradition se perpétuait de père en fils, ses fils Dragon, Thessalus et son gendre Polybe furent aussi médecins. Il était contemporain de

Socrate, Platon, Sophocle, Euripide, Thucydide et d'Aristophane. Sa légende de sauveur de la santé publique décrite comme telle dans l'anecdote où il stoppa la peste d'Athènes au moyen de feux allumés sur les places et de couronnes odorantes suspendues dans les rues, a été anéantie par la vérité découverte par les historiens. La légende a néanmoins fait de lui un homme universel, le plus grand et le premier de tous les médecins car il était le premier à rejeter les croyances religieuses dans la science médicale.⁸ Pour acquérir et parfaire ses connaissances, il voyagea au cours de sa vie en Thrace, Thessalie, et atteint la Macédoine où il discerna chez le roi Perdicas II, aïeul d'Alexandre le Grand, une névrose prise alors pour une phtisie ou lésion organique. Il alla aussi en Asie Mineure avant de revenir à Cos où il fonda l'école de médecine en 420 avant Jésus-Christ. Les principes de cette école devinrent « articles de foi » pour les successeurs d'Hippocrate.¹⁴

La médecine hippocratique était avant tout basée sur l'observation et le rationalisme. On trouve néanmoins dans ses œuvres de la philosophie et non de la pharmacologie, et pour la première fois un principe de recherche des causes d'une maladie après l'établissement d'un diagnostic à partir de symptômes cliniques. Le malade devient la préoccupation première du médecin ce qui est encore prononcé aujourd'hui par les jeunes médecins diplômés dans le « serment d'Hippocrate ». Hippocrate est célèbre pour les ouvrages qu'il a réalisés tels que « le traité de l'ancienne médecine », « Epidémies », ou encore « Aphorismes ».¹⁴

Précurseur de la diététique, il attachait une grande importance aux remèdes simples tels que la diète et le régime spécifiques des malades : il recommandait des bouillons à base d'orge mondé, de vinaigre, d'huile, sel, parfois d'aneth ou de poireau. Aux tuberculeux était recommandée une boisson avec de l'aneth, du céleri, de la coriandre, du vin rouge âpre, de l'eau, de la farine de froment, de la farine d'orge et du vieux fromage de chèvre.⁸ Il accordait beaucoup d'importance à différents facteurs pouvant influencer l'apparition ou la guérison d'une maladie tels que l'âge, le climat, les saisons. Les premiers concepts de l'hygiène de vie sont apparus avec lui.¹⁴

Auteur de la théorie des humeurs⁹, quatre liquides étaient, selon lui, fondamentaux dans l'organisme : le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. De sorte que toutes les maladies se terminent ou se guérissent par les évacuations effectuées par la bouche, le ventre ou par la vessie, et la sueur étant commune à toutes les maladies : c'est l'équilibre des humeurs. Pour provoquer la sudation chez le malade, celui-ci devait boire du vin pur, manger beaucoup de farine cuite, s'envelopper dans des couvertures et dormir au chaud. Il avait une conception particulière du système respiratoire, car selon lui l'air est un élément essentiel pour la bonne circulation du sang auquel il se mêle.¹⁵

Ses connaissances étaient assez vastes en ostéologie car les grecs étaient les seuls à pratiquer la dissection à cette époque. La chirurgie était assez inconnue pour lui à l'exception des trépanations pour lesquelles il aurait conçu un appareil. En orthopédie, il conçut un banc de bois porteur de treuils, destiné à permettre la traction et la réduction.⁸

Hippocrate établit une pharmacopée basée sur l'expérience et ses relevés des colonnes des temples, et les textes des ex-voto lui servirent à établir l'indication de différents remèdes auxquels les maladies attribuaient leur guérison. D'après le Corpus Hippocraticum publié cent ans après sa mort, il avait recensé 250 plantes médicinales dont la belladone, la mandragore, la scammonée. Il inventa diverses formes galéniques telles que des infusions, des suppositoires, pilules, cataplasme, onguents, pessaires...

Il basait son art sur l'observation des symptômes et connaissait ainsi les principes et les vertus thérapeutiques de l'homéopathie.⁹

Les bains, les fomentations et les fumigations comptaient le plus dans les remèdes recommandés par Hippocrate. Les fomentations consistaient en l'application d'une vessie pleine d'eau chaude ou d'une grosse éponge imbibée d'une liqueur chaude sur la partie malade, ou encore de l'application d'un sachet plein de millet rôti ou de sel. Certains cataplasmes à base de farine d'orge cuite dans un mélange d'huile d'olive et de vin étaient recommandés pour soigner les amygdalites. D'autres à base de feuilles d'olivier, de figuier, ou de chêne cuites dans de l'eau étaient considérés comme rafraîchissants. Les purgatifs violents tels le ricin, l'ellébore noir, la coloquinte étaient employés avec grande précaution, à l'inverse des purgatifs légers comme l'euphorbia peplus ou retusa, le chou ou le melon. L'ellébore blanc et l'hysope étaient indiqués pour provoquer les vomissements. Parmi les remèdes diurétiques, il conseillait l'ail, l'oignon, le poireau, le concombre, le melon, la citrouille, le fenouil. Pour soigner les troubles du sommeil, on utilisait des semences de jusquiame, le pavot blanc ou noir, des racines de mandragore ou d'opium. La préparation des onguents hippocratiques était aussi fort complexe : les cérats étaient composés principalement d'huile et de cire, ceux qui étaient destinés à ramollir les tumeurs et nettoyer les plaies étaient à base de moelle ou de la graisse d'oie à volume égal à celui d'une noix, de la térébenthine ou de la résine de lentisque à volume égal à celui d'une fève. Les pessaires, équivalents des ovules actuels, étaient surtout destinés aux femmes pour la purgation et pouvaient être composés d'ail, nitre, de gras de noix de galle, ou encore de feuilles de cumin pilées dans le vin à appliquer dans de la laine...⁸

La pharmacie d'Hippocrate était donc très riche et variée, le règne minéral et animal étant aussi représenté dans sa pharmacopée. Les produits d'origine animale utilisés étaient essentiellement la fiente et la viande d'âne, le beurre, le lait de vache, de chèvre avec sa graisse, sa fiente, sa peau, ses cornes, les serpents et les vers. Quant aux produits d'origine minérale, il s'agissait, notamment, de l'airain, l'alun, l'argent, l'aimant, la pierre magnésienne, la terre d'Egypte, ou la terre noire de Samos.

γ) La pharmacie selon les autres sages de l'époque

Avant l'existence d'Hippocrate, Eschyle, qui considérait le « bon médecin » comme celui qui sait appliquer à temps les remèdes convenables, disait : « le plus grand bien dont je sois l'auteur est celui-ci : avant que j'eusse appris à former ces mélanges de substances salutaires à l'aide desquelles on se défend contre toutes maladies, si quelqu'un tombait malade, il n'avait de secours ni dans les remèdes, ni dans le régime salubre ; rien pour oindre le corps, aucune boisson bienfaisante, et tous tombaient dans le marasme, faute de médicament. »⁸

Euripide pensait que le médecin ne doit pas prescrire un remède qui ne correspond pas directement à la maladie. Dans son *Plutus*, il décrit la préparation d'un cataplasme pour certaines maladies oculaires à base d'ail de Ténos pilé avec un mélange de gomme et de suc de lentisque, le tout arrosé de vinaigre de Sphetto avant de l'appliquer sur les paupières du malade. Il y parle aussi de l'organisation, du fonctionnement des temples d'Asclépios et commente certaines anecdotes de guérisons miraculeuses en leur sein. Ainsi, il raconte que le prêtre sous le déguisement d'Asclépios fait sa visite nocturne à un aveugle en lui essuyant les yeux, lui tâtant la tête et le couvrant d'un voile rouge en sifflant en même temps. A ce signal,

deux énormes serpents se glissent sous le voile et lèchent les yeux du malade qui recouvre la vue. Les chiens avaient aussi un rôle sacré en guérison : Thyson d'Hermione fut soigné et guéri par les chiens du temple d'Epidaure.⁸

Artémidore conte qu'une femme ayant mal au sein rêva qu'une brebis suçait le lait de ses mamelles probablement au temple d'Esculape. A son réveil, elle s'appliqua la plante nommée armoglosse, soit « langue d'agneau » qui la guérit de son mal. Il doit y avoir la même origine thérapeutique pour la plante nommée cynaglosse qui signifie « langue des chiens ».⁸

Ainsi l'usage thérapeutique de la salive était assez répandu dans la Grèce antique.

Peu à peu, le développement de la médecine scientifique provoqua la décadence de la médecine sacerdotale des asclépiades qui était essentiellement basée sur l'interprétation des songes. La connaissance traditionnelle des médicaments se développait progressivement à partir de l'époque d'Homère pour donner de solides bases à la science hippocratique qui arriva par la suite.⁸

Plus tard, les disciples d'Hippocrate comme Platon formèrent la première école dogmatique appelée l'école hippocratique. Platon pensait comme lui, que le traitement prescrit doit être suivi un certain temps et qu'après il vaut mieux l'arrêter en surveillant l'évolution de la maladie en conseillant une bonne hygiène de vie et une bonne alimentation. Il redoutait aussi les purgatifs capables d'accroître un mal, ou d'en faire apparaître plusieurs à partir d'un seul. Les successeurs d'Hippocrate ne paraissent pas avoir beaucoup enrichi son arsenal pharmaceutique.⁸

Auteur d'une « Histoire des animaux », Aristote (384-322 avant Jésus-Christ) a été qualifié par Milne-Edwards de « père des sciences naturelles ». Il était descendant d'Esculape et de médecin, disciple de Platon et pratiquait la philosophie et la médecine.⁸

Dioclès fut le plus grand médecin après Hippocrate selon Pline. Son manuel herboriste « Rhizotomikon » est le plus ancien traité grec de botanique. Il connaissait de nombreux remèdes en gynécologie notamment à base de fénugrec en infusion ou bain pour les femmes qui accouchaient difficilement en reprenant les principes d'Hippocrate de l'équilibration des humeurs d'Hippocrate. Il faisait aussi des pessaires contre les tourments de la matrice avec de la farine de sénégéré, mêlée à de l'orge et de la graine de lin, le tout cuit dans du miel appliqué sur le bas-ventre. Cela guérissait aussi la gale, les dartres et taches du visage en mêlant à cette farine une égale portion de soufre et après avoir préparé la peau par de fréquentes lotions de nitre, mais défendait d'en frictionner le malade.⁸

Théophraste, le successeur d'Aristote et historien des plantes, écrivit plus de deux cents traités différents. Dans le neuvième livre de l'Histoire des plantes, il traitait des poisons et des vertus curatives des herbes en classant la terre de Lemnos parmi les terres médicinales. Il y transmet la formule d'une préparation opiacée connue sous le nom de « mekonion ».⁸

Parmi les illustres représentants de l'école hippocratique, on peut citer la reine Artémise, fille du roi de Carie au Vème siècle avant notre ère qui laissa son nom à l'armoise ou « artémisia vulgaris », et Alexandre le Grand de Macédoine fondateur de la ville d'Alexandrie qui fut responsable de la diffusion de l'aloès, après avoir envoyé ses troupes à la découverte de l'île de Socotra productrice de cette plante médicinale. Alexandrie devint sous

Ptolémée Ier la capitale de la civilisation hellénistique, dont le musée ou institut académique de recherches regroupa de brillants philosophes, mathématiciens, astronomes, médecins... Les savants disposaient d'excellentes conditions matérielles et l'immense bibliothèque comptait sept cent mille ouvrages répartis en deux centres. Les écrits hippocratiques y étaient conservés et codifiés afin de permettre leur enseignement de manière méthodique.⁸

Parmi les célèbres premiers médecins grecs à Alexandrie, on compte Hérophile et Erasistrate qui s'intéressèrent à la science des médicaments et proposèrent des formules nouvelles. Hérophile était surtout connu pour ses travaux anatomiques et ses nombreuses dissections réalisées en public. Cela fit de lui l'un des fondateurs de la matière médicale. Erasistrate était plus spécialisé en physiologie qu'en anatomie. Il se méfiait beaucoup des médicaments, et préférait conseiller aux malades « un régime de vie ». Conformément aux principes hippocratiques, il leur conseillait essentiellement de pratiquer de la gymnastique et les bains de vapeur pour favoriser la sudation. Il louait les vertus de la chicorée pour soigner les maladies de foie ou d'intestin, celles du miel pour purifier l'eau, ou encore du lierre doré dont il pensait que vingt grains broyés dans un setier de vin permettaient d'évacuer par les urines les eaux infiltrées entre la chair et la peau soit de « drainer l'organisme ». Le principe de l'osmose tissulaire existait donc déjà à cette époque. Il inventa un grand nombre de fomentations, d'onguents, cataplasmes. Il guérit le roi Ptolémée Philadelphe par l'emplâtre érasistratéen. Il utilisait le lait de femme pour soigner les morsures des bêtes venimeuses et du lait de vache mélangé à du miel contre la paralysie. Comme minéraux, il utilisait le cuivre brûlé mélangé à du misy brûlé, du safran et de la myrrhe pour guérir en frictionnant les maux d'yeux, oreilles, nez et ulcères des testicules.⁸

Ces deux savants fondèrent leurs écoles respectives qui prospèrent en rivalité. Une troisième école naquit après leur mort qui fut celle des empiristes, qui considéraient que seule l'expérience donne la compétence dans l'art de guérir et non la théorie et l'éloquence. Cette école fut fondée grâce à Mithridate, roi du Pont en Asie Mineure, surnommé Eupator ou Dionysos, ou encore Mithridate le Grand, né en 135 avant notre ère. Sa hantise d'être empoisonné lui fit entreprendre des recherches sur les toxiques. Il acquit ainsi un savoir empirique, fondé sur des expériences qu'il faisait sur les esclaves et sur lui-même, en leur faisant absorber des préparations à base de plantes vénéneuses et arriva ainsi à s'immuniser contre les effets des poisons d'où la règle de l'accoutumance ou « Mithridatisme ». Il composa l'électuaire qui porte son nom le « mithridate ».⁹ Le plus célèbre empiriste de cette époque est Héraclide de Tarente qui a écrit le traité des médicaments et un livre sur l'apothicaire dans l'Iatrion. Il fut le premier à comprendre les propriétés thérapeutiques de l'opium. Il l'utilisait avec la cigüe et la jusquiame pour calmer les douleurs aiguës. Il utilisait les larmes de pavot pour soigner les troubles du sommeil et calmer la toux. En application dans les narines et sur la tête avec d'autres composants suite à des lavements à base de décoction de feuille de laurier, il arrivait à soigner les délires et l'inflammation du cerveau.⁸

Aux empiristes succéda l'école méthodique d'Asclépiade, médecin grec né en Bithynie, fondée en 125 avant Jésus-Christ. En promouvant l'importance de la théorie avant l'expérience, elle reconnaissait l'emploi des émoullients, et régimes alimentaires et l'hygiène. De cette école, naquit la médication par les breuvages purgatifs laissée de côté par les savants précédents et de nombreuses formules d'emplâtres.⁹

c) Les apports de l'Empire romain

α) L'Empire romain avant Dioscoride

Après l'apogée de la civilisation hellénistique, vint celle de l'Empire romain fondé par Auguste en 27 avant Jésus-Christ qui dura près de cinq siècles. Son territoire s'étendait au-delà du bassin méditerranéen englobant la Mauritanie (Maroc) jusqu'à la Mésopotamie, et de l'Égypte jusqu'à la Bretagne (Angleterre) en passant par la Gaule. Il influença énormément les civilisations méditerranéennes sur les plans culturels, linguistiques et religieux qui possèdent encore cet héritage latin de nos jours. Les romains reçurent en héritage la civilisation grecque et sa science dont la médecine et la pharmacie qu'ils conservèrent.¹⁶

Avant l'arrivée de l'empereur au pouvoir, la religion et la médecine étaient aussi liées chez les romains. Ils demandaient à leurs dieux tels la déesse Carina des « fonctions viscérales » de veiller sur leur santé et de combattre leurs maux par des offrandes notamment de lard et de fèves. Ils disposaient de remèdes traditionnels dont les formulations étaient transmises de génération en génération au chef de famille, qui lorsque sa science faisait défaut allait consulter les voisins. Tibère déclarait que « passé trente ans tout homme doit être son propre médecin », mais rien ne prouve actuellement que cette philosophie leur fût profitable.⁸

Le plus célèbre fervent pratiquant de cette thérapeutique routinière est Marcus Porcius Cato, dit Caton l'Ancien ou Caton le Censeur. Célèbre pour son patriotisme et sa haine de Carthage et des grecs, il fut agriculteur, avocat, soldat, adjoint en qualité de questeur auprès de Scipion l'Africain. Son traité d'économie rurale est un recueil de conseils et de recettes à l'usage des propriétaires de domaine à la campagne. Il y indique comment soigner le bétail et préserver le personnel de maison, soigner les blessés et guérir les malades. Sa thérapeutique reste néanmoins très naïve et simple. Le plus précieux des médicaments était pour lui le chou par son usage à la fois externe et interne. En cataplasme, la feuille de chou selon lui, guérissait les plaies, ulcères et tumeurs. Pour soigner les polypes du nez, il conseillait d'aspirer du chou sauvage broyé, ou encore le suc de feuilles de chou broyées dans du vin instillé tiède dans l'oreille pour améliorer l'audition. Là où on peut aisément rejoindre son avis est lorsqu'il conseille de manger du chou bouilli pour obtenir un effet laxatif, mis à part le fait que pour obtenir cet effet il le mélangeait avec divers ingrédients originaux tels que des bettes avec leurs racines, des polypodes, un scorpion ou des escargots. Il conseillait le chou pour guérir également d'autres affections telles que les insomnies ou encore pour faciliter la digestion et surtout augmenter l'appétit lors d'un copieux repas en buvant du macérat de cinq feuilles de chou dans du vinaigre. Il accordait aussi une grande importance thérapeutique au vin pour soigner les plaies et luxations. Il ne négligeait pas certaines recettes de caractère magique ou superstitieux. Il blâmait avec violence les médecins grecs car ils se faisaient rémunérer contre leur savoir et leurs services.⁸

Il ne put néanmoins pas lutter contre « l'invasion » de Rome par les médecins grecs comme l'empiriste Archagathos qui fonda la première pharmacie occidentale à Rome en 219 avant Jésus-Christ à qui le Sénat accorda la nationalité romaine et la boutique où il soignait les malades et leur prodiguait des remèdes nouveaux. Cette boutique faisait office à la fois d'officine, hôpital et cabinet de consultation à l'image des maisons de secours que l'on trouvait dans les grandes villes grecques de l'époque. Archagathos était surnommé le « guérisseur des blessures » et le « bourreau » à cause de sa brutalité. Il utilisait du matériel très proche du matériel médical actuel tel que le mortier en pierre, en agathe ou en plomb, des

spatules, des cuillers, des compte-gouttes en bronze et en os, des tamis. Des plaques superposées servaient aussi à l'écrasement des produits. Les médicaments étaient conservés dans des boîtes en bois ou en corne, dans des vases d'étain, des pots de terre ou des flacons de verre. Pour la tâche chirurgicale, il utilisait des scalpels, des pinces, des cautères, lancettes, bistouris, bandes, compresses et éponges.⁸

Les médecins devenaient souvent des tortionnaires en appliquant avec rigueur une thérapeutique brutale.⁸

Un siècle plus tard, Asclépiade le méthodique mettait fin à ces pratiques. Il proscrivait les vomitifs dont les romains faisaient couramment usage lors de leurs orgies, et les purgatifs tels que notamment l'hellébore noir, l'écaille de cuivre ou le lait d'ânesse mêlé de sel. Il promouvait les bienfaits des lavements, il conseillait les promenades, massages, le vin pour les fiévreux, agités, cardiaques, aux léthargiques. Pour les maladies aiguës, il préférait les médications externes et douces aux médicaments comme les huiles pour frictions, onguents, cataplasmes et lavements.⁸

Rome fut envahie par la suite par de nombreux médecins grecs, notamment des disciples d'Asclépiade. Antonius Musa, médecin d'Auguste, inventa deux remèdes qui connurent une longue renommée : un à base de chair de vipère pour soigner les ulcères, et l'autre à base d'excréments blancs de chien mélangés à du miel pour traiter les angines. Ces deux remèdes furent reconnus par Galien.⁸

Entre 25 et 35 avant Jésus-Christ, Celse écrivit un ouvrage capital pour l'histoire de la pharmacie et de la médecine, le *De re medica* considéré comme étant une vraie pharmacopée et résumant aussi tous les progrès en médecine et en chirurgie depuis Hippocrate jusqu'à Auguste. Une classification des médicaments y est établie selon leurs propriétés thérapeutiques : les substances antihémorragiques (vitriol, vinaigre, encens, alun...), les cicatrisants (myrrhe, limaçons pillés avec leur coquille, toile d'araignée...), les produits détersifs (vert-de-gris, orpiment, sang de pigeon, raifort, cornes de cerf...), les produits corrosifs (alun, noix de Galle, écume de mer, fiel...), les remèdes qui attirent les humeurs et les évacuent (Aurone, Aunée, Iris, bitume, origan...), les cicatrisants (ocre, cire, beurre...), nettoyant des plaies (miel mêlé à la noix de Galle, à la lentille, à l'iris...). Celse reconnaît dans son ouvrage qu'on peut mélanger, ajouter ou trancher les substances pour avoir un effet thérapeutique différent, mais qu'il existe aussi des variations d'un même effet en fonction du poids de chaque composant. Il donne aussi des formules d'antidotes qui sont censés remédier à l'effet toxique des poisons, dont celle de l'antidote de Mithridate.⁸

Pline l'Ancien, ou Caius Plinius secundus, fut célèbre pour ses trente-sept ouvrages d'Histoire naturelle dont les dix-huit derniers sont relatifs aux médicaments. Il était défenseur de la thérapeutique traditionnelle de Caton et contre la thérapeutique grecque. En revanche, il se montrait beaucoup moins virulent envers les mages et charlatans qui prodiguaient des amulettes et des remèdes magiques. Ainsi, son encyclopédie contient plus de surnaturel que de « naturel », malgré son assurance des vertus thérapeutiques des eaux minérales et de, par exemple, l'emploi de l'ephédra pilé dans du vin noir pour soigner la toux et l'asthme.⁸

Andromaque l'Ancien, médecin de l'empereur Néron acquit sa renommée par son art de savoir composer et administrer les médicaments. Il inventa le « galène », dont le grand succès surpassa celui de l'antidote de Mithridate pendant dix-huit siècles. Cela guérissait de la peste et des morsures d'animaux venimeux. Il fut plus tard nommé « thériaque ». Ce remède

était constitué selon la formule la plus simple, de vingt feuilles de rue, une demi-drachme de muriate de soude, deux amandes de noix et deux figes grasses. La formule la plus longue comprenait quarante-six substances médicamenteuses. Andromaque y rajouta d'autres substances, telles que l'opium, la scille, la racine d'Aristolochie, du bitume sec de Judée, la centaurée, le castoréum, et surtout des trochisques de vipères. Ces trochisques étaient faits avec de la chair de vipère cuite et mélangée avec du pain, le tout séché au soleil. L'effet thérapeutique de cette composition paraissant absurde a été expliqué par le docteur Cabanès en 1911, par la présence d'antiseptiques, de tonico-stimulants, dont l'action était modulée par l'opium et l'élimination provoquée par l'action diurétique de la scille.⁸

β) Dioscoride

Un autre médecin grec contemporain d'Andromaque fut encore plus célèbre que lui dans l'histoire de la pharmacie : Dioscoride, qui vécut à Rome. En tant que médecin militaire, il a pu observer beaucoup de pathologies et se cultiver en matière de remèdes à l'étranger.

Il s'intéressait aux plantes médicinales et les moyens de culture envisagés, à l'hygiène et à l'alimentation des diverses populations. Son traité de matière médicale en cinq livres servit d'information à beaucoup de peuples latins, grecs et arabes jusqu'à la Renaissance. Chaque chapitre est consacré à un agent thérapeutique relatif à l'un des trois règnes, essentiellement au règne végétal. Il en donne le nom et les synonymes, l'origine et la variété la plus utile, une description générale avec le mode de récolte et de préparation, et les vertus thérapeutiques associées. L'originalité de son œuvre pour l'époque repose sur sa propre observation visuelle et non sur les seuls écrits des prédécesseurs, et sur sa classification reposant sur l'analogie (entre les plantes médicinales ou les composants).

Son traité fit connaître cinq cent dix-neuf espèces de plantes. Il a fondé la géographie botanique en signalant la provenance des plantes médicinales les plus rares et a donné de sages conseils sur la récolte des graines et leur conservation. Dans le premier volume de son traité il est question d'onguents, de drogues aromatiques, huiles, arbres, résines, semences ; dans le deuxième, des animaux, du miel, du lait, des graisses, des herbes potagères, des herbes âcres et aigues ; le troisième, des racines, sucs, graines et des herbes ; le quatrième achève la description des herbes et racines ; le cinquième porte sur les vins et les métaux.

Ses conseils sur les bains chauds d'eau de mer marquent l'histoire de l'hydrothérapie et ceux sur la fleur de sel comptent dans l'histoire de la chimie. Ce fut le premier à inventer des vins aromatiques. Il a remarqué les variations du lait suivant les plantes dont les animaux se nourrissent : le lait provenant de vache ayant brouté de la clématite, de l'hellébore, de la scammonée ou de la mercuriale provoque des troubles gastriques.

La pharmacie de Dioscoride à travers sa matière médicale a été qualifiée d'universelle.⁸ Les granules de Dioscorides encore inscrites à la pharmacopée de 1949, renfermaient 1mg d'anhydride d'arsénieux.⁹

γ) Galien

Grand sage, Galien, né à Pergame vers 130 avant Jésus-Christ, était philosophe, grammairien, physicien, astrologue, médecin et pharmacologue. Comme Dioscoride, il était voyageur, mais à la différence de lui, il était un violent polémiste dépourvu de modestie, ce qui lui valut à la fin de sa vie un discrédit et la jalousie de ses confrères contemporains. Il étudia la médecine après la philosophie à Pergame, puis à Smyrne, Corinthe, et Alexandrie. Il exerça sa profession médicale à Rome et fut au service de Marc Aurèle et Commode. On ne sait pas exactement combien de traités il écrivit, mais on en compterait au moins cinq cents où il raconte sans cesse son rôle de préparateur.⁸

Galien fut tellement célèbre dans l'Antiquité, qu'il est question dans les écrits scientifiques postérieurs de « remèdes galéniques » pour différencier les médicaments d'origines végétales des médicaments « spagiriques ou chimiques » alors que plus de cinq siècles auparavant, les remèdes de la pharmacie d'Hippocrate n'étaient pas moins d'origine végétale⁸. Il distinguait dans le corps humain quatre humeurs ou liquides fondamentaux : le sang dérivant du feu (chaud et sec), le flegme provenant de l'eau (froid et humide), la bile apparentée à l'air (chaud et humide), et l'atrabile liée à la terre (froide et sèche). De ces quatre éléments découlent selon lui quatre types de tempéraments : le sanguin, le flegmatique, le colérique, le mélancolique. La maladie provient donc d'un trouble dans le régime des humeurs.

Selon Galien les médicaments se distinguent de la façon suivante : remèdes simples dont l'action élémentaire se rapporte au froid, au chaud, sec, humide ; remèdes spécifiques, soit les toxiques ; les remèdes combinés dont l'action est à la fois élémentaire et spécifique comme les narcotiques qui donnent froid et endorment, les laxatifs qui donnent chaud et purgent. Ce système biologique n'a été ni inventé ni créé par Galien, mais c'est lui qui l'a fait connaître et imposé. Cette théorie subsistera jusqu'à Paracelse au XV^{ème} et XVI^{ème} siècle.⁹

Galien est le fondateur de l'allopathie, qui consiste à soigner par les effets contraires à ceux provoqués par la maladie. Par exemple, une forte fièvre doit être soignée par un médicament froid. Elle était en opposition à la doctrine d'Hippocrate plutôt centrée sur l'homéopathie. Cette doctrine galénique est à la base du principe de thérapeutique actuel. La composition des médicaments selon lui, ne doit pas toujours se faire avec ceux qui ont la même indication thérapeutique, par exemple le cérat et le vert-de-gris administrés séparément aggravent l'état d'un ulcère alors que les deux mélangés le soignent. Il reconnaît aussi que la nature d'un médicament n'est pas figée, elle peut être modifiée par chauffage. C'est à partir de Galien, que l'on a été estimé qu'un médicament ne peut être justement employé que si l'on connaît la constitution du malade, son âge, le temps, la saison, le lieu, la qualité de l'air, etc..., qu'un médecin ne peut soigner un malade que s'il connaît son état quand il est en bonne santé, et que le succès d'un traitement dépend du moment où on l'administre et de leur quantité.

Galien donnait aussi des conseils avisés en pharmacologie et en gastronomie : il disait qu'un bon fromage est celui qui donne le moins d'éructation car il se transforme et s'assimile mieux, ou encore qu'il est sain de boire un vin frelaté quand le bon vin de Salerne manque.⁸

Dans son traité des médicaments simples, sont signalés environ 473 médicaments d'origine végétale, et quelques-uns d'origine animale comme la cendre d'écrevisse de rivière,

principal composant du remède d'Aeschryon contre la morsure de chien enragé qu'il tient en estime. Selon lui, la cendre d'écrevisse est asséchante pour le venin de la rage malgré le fait que les écrevisses vivent en milieu humide.

Galien a aussi mis au point bon nombre de formes de médicaments appelées de nos jours « formes galéniques » tels que des emplâtres, pommades dont l'actuel Cérat de Galien, gélules.⁹

On l'appelle ainsi le « père de la pharmacie ».

δ) L'influence du christianisme sur la science médicale gréco-latine

Dès les premiers siècle de notre ère, la pensée scientifique hellénique subit l'influence du christianisme. L'Eglise chrétienne diffusait la pensée nouvelle que l'on peut être guéri par la foi et la croyance en l'existence du miracle divin. Cette croyance perdura jusqu'au XIXème siècle avec l'arrivée des lois thermodynamiques et des lois physiologistes.

Dans la deuxième moitié du IIIème siècle en Asie Mineure, deux frères médecins chrétiens périodeutes (qui se déplacent) avec cette même conception, prodiguaient des soins gratuitement. La légende disait qu'ils avaient reçu de l'Esprit Saint le don de guérir les maladies des hommes et des chevaux. Ils furent arrêtés et martyrisés vers 287.⁸

Au IVème siècle, Saint-Basile de Césarée proclama l'origine divine de la maladie et convint de s'armer de patience en recherchant la guérison dans la prière à Dieu et aux saints. Saint Côme et Saint Damien devinrent les patrons des médecins, des chirurgiens et aussi de certaines corporations d'apothicaires. De nombreux médecins en Asie Mineure étaient à la fois prêtres, moines ou évêques.⁸

La tradition hellénique demeura néanmoins en occident jusqu'au VIème siècle avant de s'éteindre peu à peu. Elle fut conservée en Orient par l'empire byzantin après la chute de l'empire romain en 476, avant d'être retransmise vers le XVème siècle par les juifs et les arabes aux occidentaux.⁸

d) Les débuts de l'art pharmaceutique en Gaule

L'histoire de la pharmacie gauloise, dite druidique, est importante à signaler, car elle est vraiment la base de l'histoire de la pharmacie française. Des traditions celtiques subsisteraient encore de nos jours, telle que la cueillette des herbes de la Saint-Jean pour la fête du solstice d'été, selon le docteur Jules Guiart. Cela consistait à cueillir des herbes variées dont beaucoup de médicinales, telles que l'armoise, la bardane, la camomille, le chiendent, le lierre terrestre, le lycopode, le millepertuis, l'orchis, la samole et la verveine et de les faire brûler au feu de bois. Ces plantes étaient déjà utilisées en infusion pour soigner de nombreux malaises. L'herbe nommée sedum telephium ou orpin, était passée dans les flammes des feux de la Saint-Jean, puis frottée contre les yeux pour guérir les brûlures et la fièvre. Cette croyance existait encore dans le Nord du Finistère il y a quelques temps.

Le soleil, le feu, l'eau et la tisane sont des moyens thérapeutiques d'origine celtique encore très utilisés de nos jours par divers peuples. Saint Jean serait le successeur en France du dieu solaire celtique, il est devenu le saint guérisseur en Bretagne. La fontaine située dans l'enclos de l'église de Saint-Jean-du-doigt soulage les maux d'yeux, par la relique du doigt de Saint Jean plongée chaque année dans la fontaine pour conserver l'eau miraculeuse.⁸

Dans la Gaule antique indépendante, les druides jouaient le rôle de médecin et les ovates de pharmaciens. Ils traitaient les maladies par les herbes et les exorcismes. Les ovates récoltaient les plantes selon un rituel à certaines heures de la journée, essentiellement le matin en utilisant une serpe d'or ou de bronze. La cueillette du gui sur le chêne se réalisait lors d'un cérémonial gaulois décrit par Pline, le gui était considéré comme un antidote contre les poisons et servait à rendre la fécondité aux animaux stériles. Parmi les plantes médicinales récoltées par les druides, on compte le sélage aux propriétés purgatives, la jusquiame calmante et antinévralgique, le salomus stomachique et antiscorbutique, la verveine appelée par les druides « chêne de terre » contre les maux de tête, et la primevère antinévralgique. Pline disait que la verveine était aussi utilisée par les devins pour dire l'avenir ou jeter des sorts.

Les druides faisaient aussi appel au commerce pour se procurer certaines plantes en échange de leurs produits tels que la térébenthine du mélèze. Leur science de la préparation des médicaments composés était connue des grecs et des romains, au point que Pline prêta l'invention de la thériaque au médecin gaulois Crinès. Ils savaient également confectionner de nombreux poisons : poisons de guerre à base d'aconit ; poison de chasse à base d'ellébore, poison pour le suicide à base d'if.⁹ Ils fabriquaient aussi des vins aromatiques comme le vin de lentisque en faisant bouillir avec du moût les baies et le bois nouveau de l'arbre à mastic. Dans le règne minéral, il est connu que les gaulois, comme beaucoup de peuples antiques, accordaient beaucoup d'importance à l'ambre qui était censée protéger des maladies. Les colliers d'ambre abondent dans les tombes gauloises.⁸

Bien avant la conquête romaine de la Gaule, les vertus thérapeutiques des sources thermales gauloises en particulier les sources chaudes dispensatrices de santé et de fécondité étaient reconnues dans monde antique, et sont encore d'actualité, comme Vichy, Luchon, Plombière, Aix, Nérès, Luxeuil. Ces lieux étaient sacrés par le culte d'une divinité dont le nom changea après l'invasion romaine qui les exploita plus activement.⁸

En ce qui concerne les formes galéniques, du II^{ème} au IV^{ème} siècle les collyres secs étaient très fréquemment employés. Ils venaient des oculistes romains, se présentaient le plus souvent sous forme de tablettes ou petits pains allongés de 5cm de large environ, et rétrécis aux deux extrémités où l'on pouvait trouver de la verveine, de l'ambre, du safran, du galbanum, du lierre, de la chélidoine, de l'encens ou du baume de Judée.⁹ Le matériel employé était le mortier de bronze pour broyer les composants, les sébiles de bronze pour recevoir les poudres, des petites cruches en fer pour collyre liquide, les petites balances romaines, les spatules à introduire sous les paupières, les stylets, les ériges, les pinces et les scalpels du chirurgien spécialisé. Les collyres avaient parfois des noms de couleur : vert, jaune, couleur de cygne (blanc). Des cachets précisaient souvent le mode d'application (avec un pinceau ou une spatule) et le liquide dans lequel il fallait le mélanger (blanc d'œuf, eau, vin doux, lait de femme...)⁸.

La romanisation de la Gaule apporta sur le territoire la science médicale grecque par des médecins grecs rapidement imités par les confrères gaulois. A Marseille et Lyon vécurent

des médecins grecs renommés dans tout l'empire, comme Abascantus dont Galien cite le remède contre les morsures d'animaux venimeux et la phtisie.

Au IV^{ème} siècle, Marcellus de Bordeaux classa méthodiquement la flore gauloise : armoise, nénuphar, plante des marais, tussilage, coquelicot, serpentaire, serpolet, consoude, fougère...⁸

Il a été démontré récemment par les archéologues que les gaulois vénéraient une déesse patronne des pharmaciens, Méditrina, représentée par une sculpture d'une jeune femme assise au centre avec deux grosses sphères sur la droite qui seraient des ballons mis à l'égouttage près d'un fourneau au foyer garni de bûches ; au-dessus d'elle une chaudière et un cuveau cerclé de bois dans lequel est plongée une cuiller à l'extrémité en forme de caducée ; à sa gauche une autre jeune femme tient une éprouvette au-dessous d'un autre cuveau. Cette stèle découverte en 1842 et conservée au musée d'Epinal serait la représentation la plus ancienne de l'apothicairerie française.

Les druides disparurent peu à peu sous le règne de Tibère entre 14 et 37 après Jésus-Christ.¹²

B) L'apparition du « pigmentarius » en Occident

1) L'arrivée du pigmentarius avec le progrès des sciences pharmaceutiques en Europe

Auparavant, le prêtre, le médecin et le pharmacien n'étaient qu'une même personne. La séparation entre le prêtre et le médecin se fit dès l'Antiquité. Cependant, il n'existait pas dans l'Antiquité d'équivalent au pharmacien actuel comme préparateur de médicaments sur prescription du médecin. La pharmacie était alors dispensée par des savants médecins-préparateurs ou par les pharmacologues vendeurs d'amulettes, de drogues, de fards et de poisons souvent charlatans sans scrupules. C'est au VI^{ème} siècle seulement que le philosophe Olympiodore signala dans ses écrits l'existence du pigmentarius qui signifie en latin, préparateur, fabricant de fard et cosmétiques¹⁷ incluant des colorants, décrit comme l'exécuteur des ordonnances du médecin. Ce pigmentarius précurseur de l'apothicaire serait apparu pour la première fois en Grèce.⁸

Au VII^{ème} siècle, les arabes contribuèrent à une avancée considérable en pharmacie. Ils conservèrent la tradition scientifique gréco-romaine, en traduisant les œuvres d'Hippocrate, de Galien, et les textes hindous et persans. Ils apportèrent par leurs conquêtes, en Espagne et dans le midi de la France leur science médicale héritée des traditions anciennes et remaniée selon leur propre œuvre par l'introduction de nombreux médicaments nouveaux, de nouvelles formes pharmaceutiques avec un matériel de préparation inconnu jusqu'alors tel que l'alambic pour l'extraction et l'alcoolisation des principes actifs servant à fabriquer des alcoolats, essences, eaux aromatiques. Enfin, ils mirent en place de nombreux règlements professionnels qui servirent de base à la plupart des communautés à la fin du Moyen-Age. Par exemple, le choix des récipients n'était pas hasardeux mais choisi en fonction de la nature des produits : en bois, fer, argent, verre ou, argile. Les poids et les mesures étaient sévèrement contrôlés par les soins du muhtasib, sorte d'inspecteur général des commerçants qui avait sous

ses ordres des inspecteurs secondaires ou arfis, choisis dans chaque corps de métier afin qu'il connaisse bien le métier de ceux qu'il contrôle pour mieux savoir comment ils travaillent.⁹

Les arabes mirent le sucre à l'honneur dans les formes pharmaceutiques, alors que c'était le miel qui avait une place prépondérante depuis l'Antiquité. Ainsi, des formes pharmaceutiques nouvelles purent naître comme les sirops, loochs, juleps, conserves, confectons, électuaires.⁹

Les usages professionnels étaient gardés et petit à petit perfectionnés notamment dans les remèdes et le matériel pour l'organisation de la préparation des formes pharmaceutiques. Ils créèrent des centres universitaires en grand nombre. On compte six mille savants au X^{ème} siècle à Bagdad. Géber découvrit la chimie et Rhazès l'alcool. La canne à sucre figurant à la pharmacopée fut importée d'Inde et ils l'implantèrent au Bengale. Elle était considérée en France comme une denrée rare et commercialisée uniquement en apothicairerie jusqu'à ce qu'Oliver de Serre invente la méthode pour fabriquer du sucre de betterave au XVI^{ème} siècle.⁹

On note déjà à cette époque-là, l'existence d'apothicaires exécutant des ordonnances de médecin dans des officines à Bagdad. On connaît à ce propos une anecdote historique, d'une suivante de Khirouzan, favorite du calife Abbasside Mahdi, qui porta l'urine de sa maîtresse à l'apothicaire du coin Abou Quoreich sans la nommer. Ce dernier sut diagnostiquer qu'il s'agissait de l'urine d'une sultane enceinte prête à mettre au monde un prince. Khirouzan en fut émerveillé et quand la prédiction se réalisa, combla l'apothicaire de présents. Pour une nouvelle prédiction réalisée quelques temps plus tard, il fut nommé au rang de médecin particulier du calife.⁸

On ne peut contourner à ce propos, l'histoire du célèbre savant arabe nommé Avicenne, né vers 980 à Boukhara (Turkestan russe), qui fut à seize ans un médecin réputé. Il écrivit le « canon de la médecine » où il étudia de nombreuses préparations médicamenteuses comme la thériaque, les électuaires, les loochs, les décoctions, les sirops, poudres et suppositoires. Cet ouvrage reprenait toutes les inventions et théories médicales des grecs, indiens, persans et arabes. Avicenne a aussi introduit ses propres découvertes et observations : il était le premier à employer certaines plantes médicinales, décrire l'anatomie de l'œil, du cœur humain. Il a décrit et expliqué également des maladies telles que la variole, la rougeole, étudié et observé le cas du diabète. Ce fut le premier à émettre l'hypothèse de l'existence de minuscules organismes dans l'environnement transmetteurs de maladies. Avicenne était un révolutionnaire et un génie qui combattait l'obscurantisme de son temps et l'alchimie pour chasser l'art de guérir par la magie hérité de l'Antiquité. Il fit de la médecine une science qu'il organisait en médecine théorique et médecine pratique laquelle était divisée en médecine curative et médecine préventive. De nos jours cette classification de la médecine est encore utilisée. Grâce à lui, beaucoup de sciences ont progressé telles que l'herboristerie, la médecine, la minéralogie, la zoologie. Avicenne conseillait de diviser un médicament composé en prises pour l'administrer en plusieurs fois dans des boissons. Il avait aussi des notions de pharmacocinétique, car il reconnaissait qu'il faut mélanger un médicament avec une substance pour aider sa déglutition, son transit intestinal et sa pénétration de l'organe cible afin d'améliorer son efficacité.⁹

En Europe, depuis le III^{ème} siècle, les multiples invasions barbares apportèrent le désordre dans l'économie, la politique et firent régner la misère intellectuelle et morale

pendant longtemps. Les populations étaient en proie à de nombreuses épidémies et maladies telles que la peste, la lèpre, le rachitisme, la dysenterie et la variole. Néanmoins les connaissances scientifiques antiques furent conservées par-delà le temps, grâce au travail de copiste des religieux de l'époque.⁸

On doit cette continuation à Cassiodore, homme d'Etat et écrivain romain, né en Calabre en 468, secrétaire de Théodoric, roi des goths, puis questeur et maître des offices. Théodoric aurait rétabli la législation latine grâce à lui. Il fut plus tard préfet du prétoire sous Athalaric avant de s'exiler au monastère du Viviers qui l'avait élevé et doté richement. Il y incita les moines à s'instruire des œuvres de Dioscoride, Galien et d'Hippocrate en leur conseillant d'apprendre à reconnaître les plantes médicinales et à préparer les médicaments. Pour cela, il leur donna pour tâche de copier son encyclopédie récapitulative « *Institutiones divinarum et Humanarum litterarum* » et tous ce qu'il pouvait acquérir. Ses conseils furent consciencieusement suivis par les bénédictins, mais aussi par les autres principaux ordres monastiques. Ainsi dès le VIème siècle, des jardins de plantes médicinales se développèrent dans la plupart des monastères. Les ouvrages de médecine et de pharmacie ne manquèrent pas dans les bibliothèques conventionnelles à l'usage des religieux chargés du soin des malades.

Le goût de la compilation persista, on peut citer les *Etymologies* d'Isidore au VIIème siècle. En dehors des cloîtres, les médecins sont nombreux en ville à l'époque des mérovingiens, et reçoivent d'énormes salaires auprès des souverains. Les gallo-romains avaient conservé les usages thérapeutiques de la Gaule libre en les enrichissant, les mérovingiens en préservèrent une importante partie sur laquelle était venu s'ajouter le savoir des envahisseurs barbares. Les pratiques médicales élémentaires des mérovingiens furent reprises par les carolingiens et traversèrent les siècles. Même certaines pratiques préhistoriques étaient encore d'usage.⁸

Charlemagne au IXème siècle, fit ouvrir de nombreuses écoles religieuses, restaurer les églises, corriger certains ouvrages corrompus par des scribes négligents. Le niveau intellectuel du clergé fut ainsi élevé, avec l'étude des simples qui constituait la base de l'enseignement pharmaceutique. Les moines et chanoines étaient tenus de savoir prodiguer des soins à autrui et pour cela d'avoir les connaissances nécessaires. Les moines avaient pour devoir de faire des tournées médicales hebdomadaires dans les bourgs voisins de leur monastère afin d'aller au-devant des besoins des villageois et de leur porter secours. Les grandes abbayes de cette époque utilisaient des épices variées en quantité importante pour les soins des malades, sous l'enseignement de l'abbé de Lestouy. Il existait probablement pour acquérir ces épices, un trafic avec les arabes et les byzantins par l'intermédiaire des scandinaves de Russie et la route de terre permettait aux occidentaux de s'approvisionner. Au monastère de Saint-Gall au début du IXème siècle, existait « *l'armarium pigmentorium* » ou armoire aux épices, sorte d'armoire à pharmacie que gérait un moine-pharmacien et dont un moine-médecin possédait la clef. Le jardin des herbes médicinales et un local disposé pour les saignées et les purgations dépendaient d'un « *domus medicarum* » ou centre médical du couvent.⁸

C'est au XIème siècle, qu'un renouveau dans les traditions scientifiques apparut en occident grâce à l'intégration des savants juifs et arabes dans l'enseignement.

2) L'arrivée du pigmentarius en France

Jusqu'au X^{ème} siècle, l'art de guérir comprenant l'exercice de la médecine et de la pharmacie était pratiqué par les religieux et les associations charitables, et confié à une seule personne qui était chargée de récolter les simples, de les traiter et les préparer pour pouvoir les administrer au patient.

Des *pigmentarii* apparurent pour la première fois à Angers au XI^{ème} siècle. En 1093 le comte Foulque de Réchin leur interdit d'exercer « en dehors de la cour du chapitre cathédrale ». Dans la dispensation des médicaments et leur préparation, ils se substitueront très lentement aux médecins et religieux. Malgré l'interdiction de plusieurs conciles faite entre le VI et le XII^{ème} siècle aux prêtres et moines de pratiquer la pharmacie, ceux-ci désobéissaient aux règles, se mêlant d'enseigner et d'exercer en dehors des cloîtres en privilégiant les malades les plus riches pour profiter d'une rémunération. Gilles de Corbeil, médecin de Philippe-Auguste, en vint à interdire la lecture de ses œuvres aux charlatans et aux moines vagabonds. De très rares ordres religieux, comme celui de Saint-François, se défendirent d'exercer la pharmacie, soit de vendre et préparer des remèdes, sinon pour leur simple usage. Il subsistait encore quelques particuliers convaincus d'avoir hérité de précieux secrets de famille pour la préparation de baumes, onguents miraculeux et autres, et qui pratiquaient la pharmacie pour leur propre usage.⁸

C'est essentiellement au XII^{ème} siècle, qu'apparaissent simultanément le *pigmentarius*, marchand d'épices ou épicier dans l'ordre pharmaceutique exécutant les ordonnances du *medicus* ou *fisicus* dans l'ordre médical équivalent du médecin actuel. A l'origine, les marchands d'épices et les marchands de drogues s'appelaient *espiciayres* ou apothicaires suivant leurs marchandises. Les apothicaires ont donc existé à cette période-là, faisant partie d'une des catégories des marchands de matières premières pour la fabrication des médicaments tels que les *pebrarii* spécialisés dans la vente de poivre, les *speciarii* dans celle des épices, et les *aromatorii* pour celle des aromates. Nous ignorons encore si ces *pigmentarii* tenaient boutique permanente et de quoi était composée leur marchandise. L'article des *leges municipales Arelatis* consacré aux *speciatoribus*, entre 1162 et 1202, permet de promouvoir de plus en plus l'interdiction pour les apothicaires de s'associer avec les médecins et de les soudoyer. Grâce à l'étudiant anglais Alexandre Neckam venu à Paris en 1180, on sait qu'il existait plusieurs officines groupées dans le même quartier du Petit-Pont. Selon ses écrits, les fenêtres devaient être disposées de sorte de pouvoir regarder vers l'Orient, les récipients et boîtes étaient exposés en plein air et contenaient le styrax calamite, la gomme ammoniacque, l'opopanax, le bdellium, l'euphorbe, l'onguent populeum, ou encore l'huile de baies de laurier.⁹

Section 2 : L'affirmation du rôle médical des apothicaires français au Moyen Age

A) Le XIII^{ème} siècle : la distinction officielle entre la profession de médecin et la profession de pharmacien

- 1) Les grandes écoles européennes et les principaux antidotaires du Moyen Age : un grand pas vers la profession d'apothicaire et son indépendance

A Salerne en Italie, à l'époque d'Avicenne sous l'influence des byzantins ou des moines bénédictins de l'abbaye de Mont-Cassin sur les rives du Golfe de Naples, les sciences médicales prirent de l'ampleur dès le IX^{ème} siècle par l'enseignement et l'exercice de médecins réputés.

L'empereur Constantin, dit l'africain, qui vécut en Italie pendant la seconde moitié du XI^{ème} siècle eut une grande influence dans les sciences médicales, dont les sciences pharmaceutiques, qui virent la pharmacopée s'enrichir de nouvelles formules. Une école d'enseignement thérapeutique fondée sur la base d'une maison de cure, atteignit son apogée au XII^{ème} siècle avec la parution de plusieurs traités médicaux importants.⁸ L'*antidotarius magnus* de Salerne, « père de tous les formulaires qui ont suivi et qui s'inspirent de lui » fut pendant longtemps l'ouvrage fondamental de la bibliothèque des apothicaires. Il fut traduit dans toutes les langues européennes principales, et ne cessa d'être retouché au cours des siècles. L'antidotaire de Nicolas, médecin salernitain, qui contient 140 formules en est vraisemblablement extrait. Il fut la véritable pharmacopée française du Moyen-Age et livre officiel d'enseignement pour la faculté de médecine de Paris à partir de 1270, obligatoire pour l'apothicaire possédant une officine selon l'ordonnance de cette même faculté. Nicolaus Praepositus fut également l'auteur d'un *Dispensarium ad aromatarios*.

Le « *Liber de simplicibus medicinis* » et le « *Regimen sanitatis salernitanum* », ouvrages fondamentaux sont également parus au cours du XII^{ème} siècle. Le premier s'adressant aussi bien aux médecins qu'aux apothicaires ou herboristes fut rédigé par Mathieu Platearius, médecin à Salerne, issu d'une génération de médecins salernitains, où il définit les « vraies » des « fausses » drogues pour lutter contre les fraudes des charlatans vendeurs de drogues. On compte dans son recueil 229 chapitres se rapportant au règne végétal, 14 à des médicaments issus du règne animal et 28 d'origine minérale ou chimique et deux à des préparations pharmaceutiques. Le deuxième, plus célèbre et composé dans la seconde moitié du XII^{ème} siècle, est un poème en vers parlant des vertus médicinales de certaines plantes telles que l'armoise, le cerfeuil ou le lupin... en attribuant à chacune un conseil hygiéniste. Ce recueil rassemblait tous les éléments de l'enseignement salernitain.⁹

A la fin du XII^{ème} siècle, la médecine arabe se substitua à l'école de Salerne. Cette école fut supprimée sur ordre de Napoléon Ier par Joachim Murat le 28 novembre 1811.

Une autre école eut sa renommée plus tard : celle de Tolède qui traduisit de l'arabe en latin les œuvres d'Avicenne pour les diffuser ainsi dans l'occident latin. Son encyclopédie intitulée « le canon de la médecine » servira de livre de base de l'enseignement de la médecine pendant six siècles et vint au second rang des publications imprimées après la Bible de Gutenberg.⁹

La ville de Montpellier eut aussi une importance exceptionnelle au niveau médical au Moyen-Age. Cette ville était un point de rencontre commercial entre les juifs, arabes, et latins. Cela encouragea ainsi les échanges intellectuels entre la science salernitaine, la tradition hébraïque, et la science arabe venue d'Espagne, ainsi que les échanges de matières premières pharmaceutiques telles que les épices. Une tolérance religieuse assez rare favorisait les échanges dans cette ville où circulaient régulièrement des pèlerins de Saint-Jacques de Compostelle ou de Terre Sainte, et séjournait une colonie juive venue d'Aragon et d'Orient tolérée grâce à la division des pouvoirs entre l'évêque de Maguelonne et les Guilhem seigneurs de la ville. La ville comptait un grand nombre de médecins, savants soucieux d'enseigner et de transmettre leur savoir à des élèves juifs ou chrétiens. Le seigneur Guilhem VIII imposa par la suite un enseignement libre et laïc. Cette tolérance était fort peu habituelle au cours d'une époque comme celle du Moyen-Age. Cela s'expliquerait par le fait que la faculté de médecine de Montpellier devait son prestige scientifique aux juifs par leur transmission de la science médicale arabe aux occidentaux dont ils étaient les seuls dépositaires en Europe entre le Xème et le XIIème siècle.⁸

Le développement des sciences médicales et de l'enseignement contribua de toute évidence au développement de la profession d'apothicaire.

2) La naissance du statut d'apothicaire au XIIIème siècle

En 1241, l'édit de Salerne édicté par Frédéric II marqua la scission entre la médecine et la pharmacie en séparant juridiquement les corporations de médecins de celles des apothicaires. Cependant, cet édit mit plusieurs siècles avant d'être appliqué partout en occident. Il était alors interdit aux apothicaires d'exercer la médecine, et interdit aux médecins d'exercer la pharmacie. En France c'est en 1258 que Saint-Louis donna un statut propre au métier d'apothicaire le confirmant comme l'auxiliaire du médecin, revu par Philippe le Bel en 1312 et par Jean le Bon en 1339.⁹

On peut affirmer à travers les écrits des auteurs tels qu'Etienne Boileau dans son livre des métiers en 1268 ou de M. Bouvet, que le nombre d'apothicaires devint très important au cours du XIIIème siècle dans les principales villes françaises. La préparation et la vente des drogues étaient devenues l'apanage des apothicaires malgré la confusion encore présente de leur métier avec celui des épiciers. Les premiers statuts français se sont d'abord installés dans le midi de la France à Montpellier grâce à l'essor scientifique de la ville, puis à Avignon, Paris, Toulouse, Caen, Perpignan, Bordeaux.

B) Les premières réglementations de l'apothicairerie

1) Les premières réglementations dans le Languedoc

Le livre des métiers de Boileau servit pendant cinq siècles à revendiquer les droits de chacun, et constitua une base de législation des métiers dont celui d'apothicaire.⁸

Une réglementation rigoureuse portant sur les limites et conditions d'exercice de la profession fut mise en œuvre dès la scission de la médecine et de la pharmacie. Les *statuta sive leges* municipales promulgués à Arles entre 1162 et 1202 en attestent. Le métier d'apothicaire s'est donc retrouvé classé très tôt parmi les « métiers de danger », par

conscience des risques que pourraient faire courir à la population les vendeurs-préparateurs de drogues, produits susceptibles d'être nuisibles à la santé humaine.⁸

Une organisation corporative des différents métiers commença à voir le jour dans la deuxième moitié du XII^{ème} siècle à Montpellier. Cette organisation fut encouragée par les municipaux dans le but de protéger la ville, ainsi selon les recueils d'actes municipaux de l'époque, les épiciers-droguistes étaient régulièrement chargés d'assurer la garde de certaines portes de la ville. De cette première organisation, en découla la réglementation de la profession.

Avant la création du consulat de Montpellier en 1205, un « commun conseil » fut créé pour participer avec le seigneur à la réglementation des métiers en établissant diverses taxes sur les poids et mesures, ainsi que sur les prix et bénéfices. L'organisation corporative languedocienne était caractérisée par la liberté des métiers, sorte de première indépendance des commerces et des professions libérales. Il est important de remarquer que tout monopole et toute tentative pour s'assurer de l'exclusivité de la vente ou de la production de toute marchandise étaient formellement interdits. Cependant, les épiciers apothicaires ou *especiadors* montpelliérains étaient libres dans leur exercice à l'intérieur de la ville et bénéficiaient d'un droit externe qui donnait en général le monopole aux marchands bourgeois face aux marchands étrangers.⁸ Ils étaient fort approvisionnés en matières premières, et en médicaments composés comme la thériaque, la confection d'Alkermès etc... et les vendaient à la foire dans une baraque ouverte de Beaucaire, approvisionnant ainsi leurs confrères voisins.⁸

En Languedoc, un serment à prêter devant les consuls devint traditionnel et obligatoire aux XIII^{ème} et XIV^{ème} siècles. Il servait à désigner dans la profession un nouveau maître, citoyen dévoué et responsable de ses actes envers sa ville.

D'une part, afin de crédibiliser la profession et valoriser sa réputation, les *especiadors* s'engageaient à ne vendre que des drogues de bonne qualité au niveau de la pureté et de l'efficacité thérapeutique, et à les vendre à un prix reflétant leur juste valeur. Ils étaient également tenus de préparer les médicaments conformément à la prescription du médecin et au contenu de l'antidotaire sans innovation ni sophistication, sauf en cas d'approbation des consuls du métier, ou de deux maîtres de physique désignés par eux. Ceci devait être observé pour les électuaires, sirops, emplâtres, poudres et toute chose formulée par les maîtres de physique et leurs disciples. Ils ne devaient vendre ou s'approvisionner en préparation qu'auprès de ceux ayant prêté serment et habitants de Montpellier, à l'exception du sucre, gingibrat, rosat, violat, marabolants confits.

D'autre part, des accords étaient établis selon lesquels aucun maître ni disciple ni hôtelier, ne pouvait vendre à un prix supérieur à celui fixé par le Consulat pour aucune raison que ce soit. Et toute association pour vendre ou revendre n'importe quel élément du métier, ou encore pour se donner des substances nocives pour la santé humaine était proscrit. Les *especiadors* devaient ainsi observer et respecter ces règles pendant tout leur exercice au sein de la ville, et de faire prêter ce même serment aux personnes à leur service.⁸

Au XIV^{ème} siècle, il fut formellement interdit à toute personne de n'importe quel état, condition ou religion ne faisant pas partie du métier d'exercer la médecine ou la pharmacie. En 1364, Louis, duc d'Anjou et lieutenant de Charles V en Languedoc, interdit sous peine d'amende aux apothicaires d'exécuter les ordonnances des personnes pratiquant illégalement la médecine. Cette interdiction fut confirmée en 1399 par Charles VII en aggravant les peines, les fraudes étant importantes à cette époque.⁸

2) La réglementation dans le reste de la France

Selon le livre des statuts de la République de la ville de Marseille, entre 1200 et 1263 il y était exigé des apothicaires qu'ils prêtent serment pour exercer leur métier avec loyauté. Ils étaient tenus de préparer les médicaments fidèlement à leur savoir, sans fraude ni mauvaise foi, ou de les faire préparer par des apprentis ou serviteurs ayant aussi prêté serment.

Chez les jurandes du Nord, il existait aussi un serment pour fidéliser les apothicaires à leur métier. Le principe du serment était déjà pratiqué dans l'Antiquité païenne pour maintenir la cohésion des associations commerciale, telles que les collegia dans la Gaule romaine. Les obligations du métier devenant de plus en plus complexes, le serment devint plus accessoire à côté de l'engagement du jureur à respecter les règles prévues dans le texte des statuts, mais néanmoins resta à la base de l'institution.⁸

En 1271, suite aux accusations d'un statut de la faculté de médecine de Paris portées sur des apothicaires, chirurgiens et herboristes de la ville d'avoir exercé indûment la médecine, les apothicaires durent sous peine d'excommunication prêter serment de se consacrer exclusivement à leurs préparations et de laisser la manière de les employer aux maîtres en médecine. Ils étaient seulement autorisés en dehors de la présence des médecins, à donner des remèdes très simples, tels que le sucre rosat, les dragées ordinaires ou l'eau de rose.⁸

Il leur était défendu de vendre une drogue sans les conseils d'un médecin et leurs drogues. De même, il était interdit par les statuts d'Arles aux médecins de préparer chez eux les médicaments, qui devaient être exclusivement préparés en officine (article 138). Ces mêmes statuts défendaient aux apothicaires de substituer une substance pour une autre dans une préparation médicamenteuse sans autorisation médicale (article 137). L'association entre médecin et apothicaire était aussi interdite.⁸

Dans le livre des métiers, Boileau précise qu'à Paris les apothicaires ne devaient payer une taxe que s'ils vendaient leurs marchandises sur le marché et non quand ils vendent en officine. Le poids-du-roi était un droit attribué pour peser les marchandises, dont celles des apothicaires figurant sur les registres des commis du poids.⁸ Le prévôt n'avait pas le droit de regard sur les marchands de drogues autres que ceux exerçant sur les marchés publics. Les rares informations récoltées sur cette époque nous apprennent que les officines, parfois appelées ostels étaient largement ouvertes sur la rue, et les drogues étaient exposées à la vue du public afin de pouvoir apprécier leur bonne qualité.⁸ Ainsi, au XIII^{ème} siècle les officines dans chaque ville, étaient sous le contrôle des facultés de médecine respectives qui édictaient les statuts propres à la profession.⁸

A partir du XIV^{ème} siècle, les apothicaires durent édicter eux-mêmes des statuts et règlements valables pour une ville déterminée, toujours dans le but de préserver la santé du consommateur en prévoyant la visite des boutiques pour des inspections régulières par les médecins. Ils étaient donc sous la tutelle des médecins à l'inverse des apothicaires de Montpellier dont le statut social était supérieur au médecin. Ces statuts édictés devaient être approuvés par ordonnances royales avant d'être appliqués.⁹

Chapitre 2 : Du début du XVI^{ème} à la fin du XVIII^{ème} siècle : l'évolution du statut d'apothicaire vers le statut de pharmacien

Section 1 : Le développement des associations corporatives et confréries : début de la période des Communautés (édit de Charles VIII en 1484)

A) Les raisons de la création des corporations et de leur développement

Maurice Bouvet signale l'existence de nombreuses traditions corporatives dès la fin du XII^{ème} siècle. Au XIII^{ème} et au XIV^{ème} siècle, les plus importantes corporations de Paris commençaient à former une sorte d'aristocratie marchande qui représentait le commerce parisien dans les cérémonies officielles. Ces associations se sont constituées essentiellement dans le but de défendre leurs intérêts professionnels menacés par la présence de nombreux concurrents. En effet, d'une part, pendant longtemps à défaut de pouvoir s'associer avec eux, les médecins continuaient à préparer eux-mêmes les médicaments qu'ils prescrivaient en fraudant. D'autre part, une lutte était engagée contre les barbiers et les chirurgiens, sans oublier celle contre les herboristes ou herbiers qui préparaient des décoctions, emplâtres, clystères, « jus d'herbes » d'après les ordonnances médicales. Ils étaient également en concurrence avec les ciriers, pevriers, regrattiers, les merciers et surtout les épiciers pour lesquels l'apothicaire était encore dans leurs usages. Il existait à côté de tout cela beaucoup de charlatans dans le commerce des drogues que les corporations combattirent ardemment pendant des siècles dans l'intérêt de la profession comme du patient.¹⁸

La création des communautés permit aux apothicaires de se constituer une personnalité juridique afin de pouvoir revendiquer des droits relatifs à leur exercice, et leur conférer une autorité propre sur leurs membres. La réglementation érigée par ces communautés assurait la discipline de la profession, une garantie contre les excès de la concurrence et un gage de solidarité pour les producteurs envers les apothicaires. Cela assurait aussi une garantie de qualité des drogues pour le consommateur. L'autorité à la tête de ces corporations leur assurait par les actes formels ou les accords tacite l'existence et l'action de leur profession au sein de l'Etat.⁸

L'édit de Charles VIII en 1484 interdira formellement l'apothicaire aux épiciers. Les deux professions étaient ainsi réunies, les apothicaires pouvaient pratiquer l'épicerie mais l'inverse était interdit. En 1514 Louis XII dira : « Qui est épicier n'est pas apothicaire mais qui est apothicaire est épicier ». Néanmoins, le métier devait être « juré », c'est-à-dire soumise à prestation de serment, d'où l'obligation pour les apothicaires de former des corporations. La période des communautés commençait avec la création de certaines communautés mixtes. On comptait au XVII^{ème} siècle 103 communautés d'apothicaires seuls,

et 96 communautés mixtes associant d'autres métiers tels que chirurgiens, épiciers, barbiers, droguistes, confiseurs etc...Entre 1655 et 1673, il a été prouvé que la majorité des apothicaires de la communauté des apothicaires-épiciers de Paris étaient titulaires d'une double maîtrise dont celle d'épicerie soit par examen soit par chef-d'œuvre.¹⁹

B) L'organisation et la représentation des communautés de corporations

Les associations corporatives d'apothicairerie allaient peu à peu remplacer devant les autorités celles purement religieuses qui subsisteront longtemps avec un statut particulier. Ces associations religieuses étaient des confréries dont l'aspect religieux était caractérisé par le culte d'un Saint-patron protecteur comme souvent Saint-Nicolas, Sainte-Madeleine, Saint-Côme et Damien etc... On s'intégrait à la confrérie par volontariat, les apprentis le pouvaient. Elle se réunissait le plus souvent dans une église. La confrérie avait un important rôle social, par ses actions bénévoles de secours mutuel analogues à nos sociétés actuelles telles que la Croix Rouge impliquant surtout les apprentis et compagnons. Elle tenait aussi un rôle politique en cas de conflit avec le pouvoir royal ou seigneurial.⁹

Les communautés corporatives étaient dirigées pour les trois cinquièmes par les apothicaires uniquement. En général, les dirigeants de ces communautés étaient appelés les gardes, jurés, moins fréquemment maître-gardes. Dans le midi, on les appelait consuls, bayles, recteurs. Ailleurs, ils pouvaient être nommés les sobeyrans (souverains), les syndics, les prévôts, les mayeurs à Cambrai.²⁰

La hiérarchie des associations corporatives évolua peu à peu au cours des années. Les drapiers furent les premiers en tête des corporations, suivis des épiciers dont les armoiries portaient deux étoiles à cinq pointes de gueule qualifiant leur rang dans la communauté et deux neufs de gueules d'argent flottantes faisant allusion aux armes de Paris. Les armoiries des corporations parisiennes concédées par le prévôt de Paris en 1629, étaient symbolisées par des balances d'or tenues par des mains d'argent sur fond azur avec la devise *Lances et pondera servant* signifiant qu'ils avaient le rôle d'inspection des poids et des balances.⁹

Au XVII^{ème} siècle, les armoiries furent imposées à toutes les communautés par les autorités royales à cause des besoins financiers pressants de l'Etat. En effet, les droits à payer pour ces armoiries fixés par ordonnance du 17 janvier 1698, étaient par exemple de 599 livres pour la communauté de Vichy. Ces armoiries étaient parfois partagées avec les médecins, chirurgiens, ou autres. Chaque corporation d'apothicaires avait un blason différent selon les villes et les régions. Ces blasons pouvaient porter des objets divers propres à l'apothicairerie tels que le mortier, boîte, fioles, pots, seringues, spatules etc... ainsi que des ustensiles propres à d'autres métiers quand ils étaient associés, ou encore des objets pieux et de saintes icônes quand il s'agissait de confréries.²⁰ Un jeton caractéristique faisait aussi partie de l'identité de chaque communauté. Les plus vieux jetons connus représentent les trois règnes de la nature : le règne végétal représenté par un palmier croissant sur un sol rocailleux figurant le règne minéral, et dont le stipe est enlacé par un serpent symbolisant le règne animal. Ce serpent fut représenté de différentes manières selon les époques : enlacé autour d'un bâton, d'une baguette, du manche d'un miroir ou du pied d'une coupe. Le bâton serpenteur d'Esculape, héritage de la mythologie grecque, orna le bouton des uniformes des militaires de santé de 1821 à 1831.⁹

Le règlement du 20 thermidor an VI (7 août 1798) modifia cet insigne en le formant de trois baguettes symbolisant les trois professions de santé : médecine, chirurgie, pharmacie enlacés par le serpent et surmontés par un coq aux ailes déployées, symbole de la vigilance de la République française.

Le symbole de la prudence constitué d'un miroir enlacé d'un serpent fut adopté comme emblème par le Sénat sous la Constitution du 22 frimaire an VII (13 décembre 1799). Enfin, la célèbre coupe d'Hygie et le serpent d'Epidaure devenue le caducée des pharmaciens de nos jours, n'aurait pas d'origine antique bien qu'étant une allusion mythologique. Le serpent enlace le pied de la coupe en redressant son corps et en penchant sa tête vers la coupe dans laquelle Hygie lui donne un liquide nourricier. Ce symbole aurait figuré dès 1222 sur la bannière des apothicaires de Padoue, et serait apparu pour la première fois en France en 1820 sur le jeton gravé par barre de la société libre de pharmacie de Paris.

C'est en 1942 qu'il a été agréé comme insigne officiel de la pharmacie française par le secrétaire d'Etat à la santé. Ce symbole utilisé par les pharmaciens dans de nombreux pays fut baptisé « caducée » en 1963 avant d'être déposé comme marque collective de la pharmacie par le conseil de l'Ordre des pharmaciens en 1967. La devise « His tribus versatur » gravée sur les jetons signifiait que les trois règnes étaient les éléments essentiels à la composition des médicaments dont la meilleure connaissance appartenait aux apothicaires. Ces jetons avaient trois utilités différents : celle de confirmer la présence d'un membre auquel on le distribuait lors d'un acte de la communauté, celle de rémunérer les responsables de la réception des aspirants à la maîtrise, et enfin celle de gratifier les plus illustres personnes dans des bourses plus ou moins luxueuses. Avant la mise en circulation de ces précieux jetons, les communautés utilisaient des bougies.⁹

C) Les principales actions des corporations à partir du XIV^{ème} siècle

Les premières mesures prises par les communautés d'apothicaire furent d'élever le niveau des études pour l'apprentissage du métier d'apothicaire, en le rendant long, rigoureux et sanctionné par des examens sévères, le but étant de certifier les compétences de l'apothicaire en valorisant son diplôme.

La formation technique des apprentis se perfectionna peu à peu : du XV^{ème} siècle jusqu'à la Révolution, elle commençait par un apprentissage de deux à quatre ans chez le maître avec lequel l'apprenti était lié par un contrat, souvent verbal devant témoin. Pour pouvoir accéder à cet apprentissage, il fallait être né de famille honorable, et de préférence aisée car les frais d'études étaient élevés : il devait payer 50 à 200 livres pour l'ensemble de son apprentissage (200 livres correspondant à 26 000 francs). Il était requis d'avoir suivi des études pour savoir lire et écrire le latin des prescriptions médicales. Il était parfois exigé dans les statuts d'être de confession catholique. Les âges limites requis pour l'apprentissage étaient de 14 ans minimum à 22 ou 25 ans maximum. Il existait des accommodements pour les fils de maître. Le nombre d'apprentis par maître était limité à deux maximum et ils étaient logés, nourris, blanchis. L'apprenti devait prêter serment de bien et loyalement servir son maître, et le maître de lui enseigner tous les principes de l'art sans le considérer comme un domestique, mais comme l'un de ses enfants selon les statuts de Perpignan. Il fallait apprendre à savoir réaliser les différentes préparations de remèdes (gélules, sirops, onguents, cérats, emplâtres...), et pour cela les procédés de distillation, infusion, macération, trituration, etc...⁹

Le temps libre était consacré à l'étude des drogues et en particulier des simples, l'élève devait connaître le nom, l'origine, l'aspect, l'odeur, le goût, les propriétés, la manière de les récolter, de les conserver, etc... Le jardin de l'apothicaire en était la principale source d'approvisionnement.⁹

Une fois l'apprentissage validé, l'apprenti devenait compagnon et aidait, assistait le maître dans ses tâches comme aller en ville porter et administrer les médicaments tels que les clystères. Il recevait une petite rémunération, mais ne restait en général que peu de temps chez le même maître. On distinguait des apprentis, les caméristes, sorte d'étudiants suivant des cours dans les villes universitaires, et les serviteurs qui louaient leurs services pour se procurer l'argent nécessaire à leur future installation.⁹

L'accession à la maîtrise qui permettait d'ouvrir une boutique en ville n'était pas aisée non plus. La corporation pharmaceutique se montra aussi de plus en plus exigeante et sévère sur la formation technique et les bonnes qualités morales du maître-apothicaire.

Il était requis qu'il ait une bonne instruction générale, une instruction pratique pour la connaissance des marchandises, les modes de préparation des remèdes, une étude sérieuse de la botanique incluant l'examen des plantes d'importation (coca, tabac, quinquina, kola), l'assimilation des formulaires de la pharmacopée, l'étude de la chimie.⁹ Il était nécessaire de réunir certaines conditions administratives (l'âge, les certificats d'apprentissage, de compagnonnage, parfois de catholicité) et de réussir des épreuves scientifiques.

Ces conditions étant réunies, pour passer l'examen, l'aspirant à la maîtrise devait choisir un « conducteur » ou « parrain » qui était en général son dernier maître. Il devait se présenter avec lui au bureau de la communauté pour valider d'abord une épreuve de lecture et d'explications de formulaires, complétée par des questions sur les opérations pharmaceutiques durant trois heures, avant de réaliser un test de reconnaissance de plantes fraîches et de drogues simples, appelé « l'acte des herbes ». Enfin, à l'issue de la validation de ce dernier test, une dernière épreuve appelée « épreuve du chef-d'œuvre » imposant la préparation de formes pharmaceutiques difficiles comme l'onguent de la mère, l'électuaire catholicum double de Charas, l'emplâtre divin de Charas, des tablettes d'électuaire diacarthami (à base de turbith, gingembre, moelle de semences de carthame) ou un looch, une poudre cordiale. Ce chef-d'œuvre était obligatoire au milieu du XVIème siècle. Les préparations avaient lieu à huit-clos.

A l'issue de la validation de cet examen, le maître-apothicaire devait prêter serment devant les représentants de l'autorité de corporation locale. Il pouvait ainsi ouvrir une boutique en ville, après vérification et validation de l'agencement par les gardes ou bayles ou même parfois par un médecin délégué, qui ne devait pas être trop proche d'un confrère.¹⁹ Les jurys étaient composés de maîtres-apothicaires, de médecins, et parfois d'échevins ou représentants du roi. Les examinateurs étaient rémunérés les premiers temps par des bougies, puis dès le début du XVIIème siècle par des jetons. Les fils de maîtres étaient avantagés par la dispense de l'épreuve du chef-d'œuvre, et les apothicaires royaux ou ceux de la cour pouvaient exercer sans validation de l'examen de la maîtrise.⁹

Les communautés d'apothicaires assumèrent très consciencieusement leur mission de contrôle rigoureux à propos des méthodes de travail et des marchandises, par souci du bien

public et de la défense de leurs intérêts dans leur lutte acharnée contre la mauvaise influence des charlatans sur les patients, des autres corporations empiétant sur leur terrain, le clergé dispensateur de remède encore présent.¹⁹

Vers 1680, le nombre des officines ouvertes en France s'étaient multiplié par deux. Des grandes villes comme Lille et Toulouse comptaient une trentaine d'apothicaireries, et quelques-unes dans des bourgs de moindre importance. L'intérieur des officines était similaire à celui des officines du Moyen-Age, avec leur ouverture sur la rue et les étagères chargées des pots en faïence.¹⁹

Les communautés renforcèrent également l'impératif de l'apothicaire d'exécuter telle quelle l'ordonnance médicale. Quand il manquait l'un des produits ordonnés, la question du « qui pro quo » se posait alors. Afin de guider l'apothicaire dans sa substitution et de la règlementer, le Parlement de Paris homologua en 1536 une liste légale de produits de substitution dictée par six professeurs de la faculté de Médecine. Les produits mentionnés sur l'ordonnance devaient déjà à l'époque être transcrits sur l'ordonnancier, accompagnés des initiales Q.P.Q. indiquant la substitution.¹⁹

Section 2 : Le contrôle de la commercialisation des remèdes secrets par les pouvoirs publics au XVIII^{ème} siècle

A) Le développement des remèdes secrets pendant l'époque moderne

Au cours des siècles, le mobilier et le matériel officinal se développèrent peu à peu. On pouvait ainsi trouver à partir du XVI^{ème} siècle : la table à tamiser, la table à balances, la montre à antidotaire, la paillasse de marbre à mortiers, la table de pierre ou de faïence à malaxer, les comptoirs de vente et d'emballage avec les tabourets, la chaise caquetoire réservée aux médecins, le « doussier » ou grand banc de bois à coffre sur laquelle s'asseyait le maître-apothicaire pour recevoir les clients et surveiller les préparations, les escabeaux et commodes à tiroirs. On commençait à délivrer les médicaments à domicile. A défaut de numéros dans les rues, les devantures des boutiques présentaient d'une enseigne sous laquelle était écrit le nom du maître. On donnait aux boutiques des noms fantaisistes tels que « au Singe qui pile », au « Mortier d'Or »... Ce progrès matériel entraîna évidemment le progrès dans la réalisation et la composition des remèdes secrets.¹⁹

Au cours de l'époque moderne, période située entre la fin du Moyen-Age et la Révolution, les remèdes secrets se développèrent avec encore l'usage de matières provenant des trois règnes. Celles issues du règne animal étaient encore nombreuses, telles que le sang sec ou frais, la cervelle, les reins, la bile, le pancréas, les os, les graisses, les dents, la poudre d'ivoire, les génitoires de bouc, de lièvre et de castor (le castoreum), le poumon de renard, les excréments d'origine animale ou humaine, l'urine ou encore la faune aquatique (grenouilles, tortues, etc.). Les insectes sont aussi utilisés comme les fourmis, considérées comme ayant des vertus aphrodisiaques. Les médicaments d'origine animale verront ensuite leur utilisation s'éteindre au cours du XVIII^{ème} et du XIX^{ème} siècle, seuls en subsisteront certains comme l'huile de foie de morue ayant de véritables vertus thérapeutiques.¹⁹

Dans le règne minéral, quatre métaux ont tenu une place importante dans la thérapeutique du XVI^{ème} au XVIII^{ème} siècle : l'antimoine, le fer, le plomb et l'or. Les Boules de Mars ou de Nancy étaient le médicament à base de fer le plus couramment utilisé.¹⁹

Enfin, les plantes médicinales dans le règne végétal restent les sources principales de médicaments. L'usage des végétaux exotiques se développa avec la grande découverte des Indes Occidentales, les tours d'Afrique par le Cap, les installations d'officines au Canada, au Mozambique, au Malabar, ainsi que les voyages en Chine qui vont enrichir considérablement la pharmacopée française. La découverte des Amériques avec Christophe Colomb apporta la salsepareille, le copahu, la vanille, la pomme de terre, le gaïac, le baume de tolu, le quinquina. Les feuilles et les tiges étaient utilisées, autant que les sucs obtenus par pressage, tels ceux de guimauve, de réglisse ou de gui qui forment la base des pâtes pectorales, des tisanes ou des élixirs. La célèbre « Eau de Mélisse » du grand couvent des Carmes de la place Maubert à Paris fut inventée à cette époque-là. Les formules composées de ces mêmes substances devinrent de plus en plus complexes comme les électuaires considérés comme un des triomphes de l'art apothicaire. De ce fait, on le nommait parfois « Hiera » (saint) ou « Catholicon » (universel). Constitué de substances choisies (electio), il était composé d'un mélange de poudres fines avec du miel, du sirop épais ou une résine ou gomme.¹⁹ Lorsque l'opium entrait dans sa composition, on le nommait « opiat ». On connaît actuellement du XVIII^{ème} siècle une cinquantaine de formules indiquées pour un nombre considérable de maladies. Les électuaires les plus connus étaient le « diascorum » inventé par Frascator utilisé comme astringent, le « Catholicon double » utilisé comme purgatif, le « looch », sans oublier la thériaque.¹⁹

Ce fut Paracelse, médecin suisse, qui introduisit la célèbre théorie des signatures et les notions de principe actif au XVI^{ème} siècle, encore utilisée en thérapeutique de nos jours avec l'idée maîtresse que « tout remède est un poison, aucun n'en est exempt. Tout est une question de dosage ». Ce fut en recueillant ce qu'il appelait « le fluide vital » de la matière par voie chimique qu'il prouva l'existence des principes actifs des drogues et qu'il devint le fondateur de la chimie pharmaceutique. Sa théorie des signatures repose sur le fait que selon lui « tout ce que la nature crée, elle le forme à l'image de la vertu qu'elle entend y cacher ». Par exemple, la forme de la noix indique son utilisation thérapeutique dans les maladies cérébrales et la forme du haricot indique son utilisation pour les maladies rénales.⁹

B) L'assainissement des remèdes secrets par le pouvoir royal au XVIII^{ème} siècle

Au début du XVIII^{ème} siècle, la dispensation et la fabrication des remèdes secrets était accessible à n'importe qui avec la gloire et la richesse en découlant. Ce fut le cas d'Ailhaud, l'inventeur du remède universel partant d'une situation précaire qui devint le conseiller du roi et seigneur de Monjustin, Vitrolles et Castelet.

Le nombre de charlatans sur le marché du médicament, souvent très reconnus et remerciés des patients à la recherche de nouveaux traitements plus efficaces avait atteint un summum. Les apothicaires luttèrent contre cela, jusqu'à s'élever contre le pouvoir royal qui privilégiait certains apothicaires soutenus par les nobles de la cour.

Louis XIV lui-même dans sa paranoïa bien connue d'être empoisonné, faisait préparer ses remèdes par « les capucins du Louvre » dans leur laboratoire au sein du Louvre. Ces capucins n'étaient pas diplômés d'apothicairerie mais appartenaient à un ordre religieux, il s'agissait de l'abbé Rousseau de Grangerouge et de François-Nicolas Aignan, connu sous le nom de « père tranquille ». Ils étaient reconnus par le Roi pour avoir le droit d'exercer la médecine et de dispenser la pharmacie, et essentiellement au sein de la cour du roi. Il arrivait qu'ils fassent de la concurrence aux apothicaires et aux médecins de ville, n'ayant pas la même science et bénéficiant de renommée par le roi, ces derniers perdaient toute crédibilité à côté d'eux. Ils créèrent toutes sortes de remèdes comme l'eau dite de la reine de Hongrie (alcoolat de romarin), le baume tranquille (huile de jusquiame composée par digestion de plantes narcotiques), le laudanum de Rousseau composé de 5% d'opium mêlé à du miel figurant longtemps au codex. L'emprise de tous les concurrents était tellement importante que des apothicaires disparaissaient faute de clients. En 1729 à Troyes, il ne subsistait plus qu'un seul apothicaire au lieu de 15 à 18 auparavant.

En 1789, les représentants de l'apothicairerie présentèrent dans les cahiers de doléances leur plainte contre les abus commis dans la vente et la distribution de remèdes simples et composés souvent confiés à des professionnels tels que les chirurgiens, épiciers, droguistes ayant souvent révélé leur incompétence en la matière par leurs propos. En remaniant les innombrables formules figurant dans les recueils spéciaux de l'époque, les amateurs pouvaient mettre sur le marché une spécialité susceptible de marcher. La publicité et propagande des médicaments n'étaient pas règlementées et le diplôme d'apothicaire pas encore jugé nécessaire pour fabriquer et vendre un remède simple ou composé.¹⁹

A la fin du XVIIIème siècle, les ordonnances royales créèrent de sévères commissions d'examen des remèdes secrets. L'édit du 3 juillet 1728 fut le premier acte officiel rendu par Louis XV permettant le contrôle de ces remèdes sur le marché. Par cet acte officiel, le roi ordonne à toutes les personnes, sans exception, ayant obtenu un brevet ou permission spécifique pour un quelconque remède d'envoyer leurs justificatifs d'autorisation de mise sur le marché au lieutenant général de police de Paris, afin que la commission puisse statuer sur leur validité et conformité sous peine d'interdiction de distribuer ou vendre le moindre remède et de devoir s'acquitter d'une amende de 500 livres. Plus tard, par l'édit du 25 octobre 1728, Louis XV fixa la composition des membres de la commission chargée de l'examen des remèdes secrets. Elle était composée de douze membres comprenant cinq médecins, cinq chirurgiens, et deux apothicaires. Ces membres devaient inventer et avoir recours à des examens nécessaires pour analyser l'efficacité et l'absence de nocivité des remèdes en question.¹⁹

Le 17 mars 1731, une nouvelle ordonnance fut édictée pour renouveler les précédentes et préciser certains points :

- Aux termes de son article 1, le premier médecin ne peut accorder de brevet sans avis de la commission, et ce même brevet doit préciser les différentes indications du remède dont il autorise la vente.
- L'article 2 précise que la durée de validité des brevets est de trois ans, et qu'ils ne sont renouvelables qu'à condition d'être recommandés par un certificat des médecins et chirurgiens qui y ont eu recours, faute de quoi cela sera sanctionné par une amende de 500 livres.

- L'article 4 impose une publicité des remèdes brevetés limitée aux qualifications du brevet sous peine de devoir régler une amende de 500 livres.
- L'article 9 pose l'interdiction absolue de vendre des remèdes non-brevetés.

Cet édit marque le début, dans l'intérêt de la santé publique, d'une réglementation des remèdes secrets ressemblant à celle que l'on connaît de nos jours, puisque l'intérêt médical des remèdes devait être évalué par une commission royale de médecine avant d'être mis sur le marché, et leur publicité réglementée. Malgré cela, le système des recommandations était très en vogue pour contourner certains points de la loi et obtenir une autorisation de mise sur le marché. Une faveur fut accordée ainsi à Barthélemy Agirony pour la durée de son autorisation de mise sur le marché de son remède antivénérien, portée à quinze ans en considération de ses bons et loyaux services à l'Etat.¹⁹

Un édit du 13 octobre 1752 réorganisa la commission en prévoyant un membre supplémentaire, soit un troisième apothicaire, et un sixième médecin à la place d'un chirurgien. L'article 2 de ce texte prévoit que les remèdes brevetés ne pourront être prescrits que sous la responsabilité du médecin.

Plus tard, par un édit du 10 septembre 1754, le nombre de médecins était porté à huit, restant majoritaire par rapport à celui des apothicaires et des chirurgiens.

Néanmoins, la délinquance dans la distribution des remèdes secrets se poursuivait et le roi fut obligé en 1772 de modifier les édits précédents pour lutter contre le fléau. Dans la déclaration royale du 25 avril 1772, il ordonna aux détenteurs de brevets de faire examiner leur remède dans un délai de trois mois pour confirmation ou annulation de l'autorisation de mise sur le marché. Les délinquants étaient passibles d'une amende de 3000 livres. Ceux bénéficiant d'une autorisation datant du 1^{er} janvier 1772 maximum sont exemptés de ce contrôle. Une société royale de médecine fut créée, dont la composition de vingt membres était présidée par le premier médecin du roi, et comprenait entre autres le premier garde-apothicaire en charge à Paris. La commission ne pouvait se réunir sans la présence d'au moins sept des vingt membres. Les articles 6 et 9 de la déclaration précisaient les conditions dans lesquelles la publicité des spécialités devait être faite : la copie du brevet devait être mise en tête, et le tout publié après accord du greffier de la commission qui veillait à ce que rien de non-conforme à la validation de l'autorisation de mise sur le marché, limitée à trois ans n'y soit inséré. Une commission au sein de l'assemblée était désignée pour tester et analyser l'efficacité et l'innocuité des nouveaux remèdes en les comparant aux anciens. Enfin, les articles 12 et 14 précisaient les conditions d'exploitation des spécialités : les particuliers ayant obtenu une permission ou un brevet ne pouvaient vendre leur remède dans le royaume qu'après contrôle des justificatifs et autorisation de l'officier de police. Ces mêmes particuliers, pourvus ou non de lettres patentes, ne pouvaient pas transporter ni transmettre leur spécialité sans avoir fait enregistrer au greffe de la commission leur cession ou leur transport. Les commissionnaires chargés de l'examen de leur dossier ne pouvaient pas prescrire ces remèdes sans la direction d'un médecin ou chirurgien.¹⁹

Malgré ce dernier édit de 1772, la confusion régnait dans la validité et la pertinence des autorisations et permissions qui n'étaient pas données par une seule et même autorité. Ainsi, il existait cinq catégories différentes d'autorisations ou permissions de mise sur le marché des remèdes : celles accordées par la commission royale de médecine (ex : poudre purgative de Chartrey, la poudre capitale de Laurent, l'eau de mélisse de Carmes déchaussés...), celles donnée par le lieutenant général de police (ex : l'onguent doyen de Viborel, les pastilles purgatives de Londres...), celles des remèdes reconnus par la faculté de médecine de Paris dont la distribution au public n'était pas autorisée (ex : la pommade de Baumier, la graisse d'ours de l'épine...), celles des remèdes secrets ou choses relatives à la santé approuvés par l'académie royale des sciences dont la distribution était interdite (ex : l'eau vulgaire de comète de Montpellier, le rouge végétal de collin...), celles des remèdes secrets autorisés par lettres patentes et privilèges du roi (ex : les spécialités d'Agirony, l'orviétan de Regnard, le remède universel d'Ailhaud...). Enfin, il existait les spécialistes nommés par « l'Etat de médecine » très connus dans Paris, n'ayant aucune permission de mise sur le marché de leur remède, mais prodiguant des soins et des conseils (ex : Maget soignant les hernies, la veuve des rois préparatrice de pilules pour le traitement du cancer, la Fuye de Joyenval vendeur de soufre lavé).¹⁹

« L'Etat de médecine » donna en 1777 une nouvelle composition de la commission royale, soit vingt-trois membres dont huit médecins, neuf chirurgiens, cinq apothicaires, et un greffier. Ils devaient se réunir une fois par mois au vieux Louvre.¹⁹

En août 1778, le roi annonça par lettres patentes sa décision de créer la société royale de médecine composée de savants scientifiques, chargée de contribuer au progrès dans la science des médicaments et des maladies par des observations et communications nationales et internationales entre médecins. Ils formaient une sorte d'élite ancêtre des académies et des ordres. Cette société reprenait le concept de l'ancienne société et correspondance royale de médecine, qui était chargée d'étudier les maladies épidémiques, soit une première initiative de l'Etat dans l'intérêt de la santé publique. Cette société reçut à ce moment-là de nouvelles attributions, notamment l'étude des eaux minérales et l'analyse des remèdes secrets. Les remèdes ne pouvaient être mises en vente sans l'approbation de la société, à l'exception des remèdes externes et chirurgicaux qui étaient examinés par un comité constitué du président de la société (ou à défaut le directeur, vice-président...), de quatre membres choisis parmi les docteurs de la faculté de médecine, le premier chirurgien du roi avec cinq autres chirurgiens désignés par la société. Chaque année les membres de ce comité étaient renouvelés, sauf le doyen de la faculté, les officiers de la société et le premier chirurgien. Il n'y avait à l'inverse des autres commissions aucun apothicaire ni médecin.¹⁹

La société était composée de deux présidents dont le premier médecin du roi, d'un secrétaire perpétuel docteur à la faculté de Paris, de trente membres associés docteurs en médecine majoritairement à la faculté de Paris, de douze autre membres associés résidents à Paris, soixante associés nationaux, soixante associés étrangers, l'homme d'Etat américain Franklin résident à Passy, Tissot médecin de Lausanne, Priestley savant chimiste. Parmi les actions dans l'intérêt de la société, on peut citer le cas de la condamnation du sieur Faynard pour la commercialisation frauduleuse de sa poudre vulnérable, et de sa prévention adressée au public vis-à-vis d'elle.¹⁹

Section 3 : Le développement de l'inspection des boutiques

L'inspection des boutiques était pratiquée à Paris depuis le XIV^{ème} siècle. Il fut d'abord question de l'inspection des poids, puis du contrôle de la bonne qualité et de la fraîcheur des matières premières médicales avant même que certaines ne soient confites, en particulier les médecines laxatives et les opiatés (mélange de consistance molle composé de pulpe, poudre, miel, sucre) qui ne se conservaient pas longtemps. Les inspections se multiplièrent sur tout le territoire au cours du XVI^{ème} et du XVII^{ème} siècle.⁹

La présence obligatoire d'un maître-apothicaire assisté de deux maîtres en médecine nommés par le doyen de la faculté et de deux apothicaires désignés par le prévôt de Paris pour l'inspection de l'officine fut imposée suite à la parution de l'ordonnance d'août 1353. Cela se déroulait de la même manière dans le reste de la France. En général, les inspecteurs étaient des apothicaires seuls ou accompagnés de fonctionnaires, ou encore des médecins accompagnés d'apothicaires et parfois de personnages officiels. Les inspections et contrôles étaient réguliers dans l'année à raison d'une ou deux, parfois même trois fois par an. Les visites étaient mensuelles à Bordeaux en 1542. Tout comme de nos jours, elles étaient imprévisibles, bénéficiant ainsi d'un effet de surprise.⁹

La vente des toxiques fut étroitement contrôlée à Paris et dans d'autres villes à partir de la moitié du XIV^{ème} siècle. A partir du XVI^{ème} siècle, les visites d'inspection se rapportent particulièrement au contrôle des substances vénéneuses. La délivrance de ces drogues devait être comptabilisée sur un registre spécial, ancêtre de l'ordonnancier, portant le nom du médecin et celui du malade. Les statuts de Nancy de 1640 imposèrent de stocker séparément les toxiques des autres médicaments. Lors de l'affaire des poisons, Louis XIV, par l'édit de 1682, ordonna aux épiciers et apothicaires de tenir en lieu sûr et enfermé sous clé gardée d'eux seulement, les minéraux toxiques très employés à l'époque que sont l'arsenic, le réalgar, l'orpiment et le sublimé. Ils devaient en plus, demander et conserver le nom de ceux pour qui ces toxiques ont été vendus et la quantité qui leur a été délivrée en comptant celles restant en stock sur leurs registres à la fin de chaque année. Cela correspondait aux règles en matière de délivrance des toxiques dans la réglementation actuelle des pharmaciens.⁹

Section 4 : La séparation des apothicaires des épiciers : apparition du statut de pharmacien selon la déclaration royale du 25 avril 1777

A) La réforme de la corporation des apothicaires de Paris

En 1774, Louis XVI arrivé au pouvoir nomma Turgot comme ministre de l'économie en le chargeant de trouver des solutions pour palier la crise financière. Il s'en suivit la parution du très important édit de février 1776, annonçant l'abolition des corporations à l'exception de celles des apothicaires, ainsi que des libraires et imprimeurs conservés dans un souci d'ordre public. Selon l'article 8, la vente des drogues jugées dangereuses n'était autorisée qu'après permission spéciale du lieutenant général de police, et les apothicaires et marchands étaient tenus de garder une trace écrite des noms des personnes auxquelles elles étaient délivrées, ainsi que leur qualité et leur adresse sur un registre paraphé par le lieutenant, sous peine d'au moins payer mille livres d'amende.⁹

Selon l'article 14 de cet édit, les confréries étaient interdites, dont la confrérie de Saint-Nicolas qui disparut, rompant ainsi pour la première fois les liens entre les épiciers et les apothicaires. La rupture entre les deux professions fut définitive lorsque parut la déclaration royale du 25 avril 1777 : les apothicaires n'étaient plus autorisés à exercer le commerce de l'épicerie, et il était interdit aux épiciers d'exercer la pharmacie. Il était défendu à toute personne non-diplômée en apothicairerie de vendre, fabriquer ou débiter aucun sel, composition ou préparation agissant dans le corps humain tel un médicament. Le monopole des pharmaciens prit ainsi effet à cette date historique, jugé nécessaire par l'Etat pour des raisons de santé publique et financières.⁹

La corporation des apothicaires de Paris devint le « collège de pharmacie », et les apothicaires s'y rapportant devinrent les « maîtres en pharmacie ». Ils ne pouvaient ouvrir une officine et un laboratoire que s'ils y exerçaient seuls, sans pouvoir céder ou prêter leurs charges tant qu'ils les possédaient. Il était donc déjà question de l'exercice personnel de la profession et l'indivisibilité de la propriété et de la gérance de l'officine. Le cercle des maîtres en pharmacie restait assez fermé, accessible à des privilégiés qui devaient se soumettre aux mêmes règles.⁹

La déclaration de 1777 fut complétée par lettres patentes en 1780 qui donna au collège de pharmacie son statut d'établissement d'enseignement des sciences pharmaceutiques et précisa que les maîtres en pharmacie ne pouvaient s'associer autrement qu'entre eux et en réorganisant les visites d'inspection de l'officine qui devaient être faites par les « prévôts des collèges » successeurs des gardes. Les conditions d'obtention de la maîtrise étaient aussi revues : les candidats devaient avoir 25 ans révolus, avoir un certificat de latin et effectué huit années de stage. L'examen se déroulait devant un jury comprenant le doyen de la faculté, deux docteurs, quatre prévôts en exercice et onze maîtres en pharmacie.⁹

Plus tard, fut créé un enseignement public dispensé gratuitement, réservé jusqu'ici à la faculté de médecine, par les maîtres en pharmacie à leurs élèves au sein de leur laboratoire. Les premiers cours publics à partir du 30 juin 1780 étaient de botanique et de chimie.⁹

B) La suppression du monopole du 1^{er} au 17 avril 1791

Ce premier monopole des pharmaciens fut cependant déstabilisé à la Révolution, avec la remise en question de l'ensemble des mesures royales passées. L'Assemblée Nationale décréta le 2 mars 1791 après l'abolition des privilèges dans la nuit du 4 août, la suppression des corporations et des droits d'aide perçus pour toutes les maîtrises, jurandes, et ceux du collège de pharmacie. Ce décret fut accepté du roi et exécuté comme loi du royaume datée du 17 mars 1791. Selon l'article 8, l'exercice des métiers était devenu libre, c'est-à-dire que l'on pouvait exercer n'importe quel métier que l'on jugeait bon à condition d'être muni d'une patente délivrée par l'établissement des patentes, d'en payer le prix déterminé dans le décret et de se conformer au règlement de police. Cette règle fut mise à exécution le 1^{er} avril 1791.⁹

Ainsi, cette période de grand fondement et de remise en question des droits et libertés individuels passait par une levée de certains droits et privilèges jugés abusifs pour ouvrir la porte à d'autres abus dans le domaine de la pharmacie dont la portée ne pouvait être que désastreuse pour la profession et pour la santé publique, tel l'explosion du charlatanisme. Heureusement, ce chaos fut de courte durée. Après le signalement de nombreux abus dans tout le pays, la réglementation antérieure au 2 mars précédent fut rétablie à la demande du comité de salubrité présidé par Guillotin : seul pouvait recevoir une patente pour pouvoir exercer la pharmacie ceux jugés aptes par la réglementation de la profession. Ce décret fut mis en application le 17 avril 1791.⁹

C) Création et fonction de la société libre des pharmaciens de Paris

A la suite du rétablissement de leur monopole, les pharmaciens parisiens réclamèrent par pétition à l'Assemblée Nationale la suppression du Collège de pharmacie jugé incompatible avec la Constitution française sur laquelle ils avaient prêté serment de fidélité. Néanmoins le Collège de pharmacie survécut et un hommage lui fut rendu par Fourcroy pour la qualité de son enseignement et pour l'intégrité de ses membres.

La société libre des pharmaciens de Paris fut créée le 20 mars 1796, dans le but de concourir au progrès des sciences en pharmacie, chimie, botanique et histoire naturelle. Les savants de toute la nation s'y réunissaient pour un enseignement de grande qualité. Les cours étaient assurés par deux professeurs titulaires et un adjoint par matière. Les futurs pharmaciens étaient libres de choisir de devenir membres de la société. La société libre des pharmaciens de Paris avait la même fonction que celle du collège de pharmacie.

Pendant le Directoire, le règlement de la société libre annonça dans l'article 10 la création d'une école gratuite de pharmacie vouée à former les futurs pharmaciens, en un lieu d'observatoire où les enseignants de collège de pharmacie avaient l'habitude de donner des cours gratuits et de bénéficier des jardins et locaux de laboratoire.⁹

II^{ème} PARTIE : L'IMPLICATION PROGRESSIVE DU PHARMACIEN EN TANT QU'ACTEUR DE SANTE

Chapitre 1 : Les apports du XIX^{ème} siècle

Section 1 : La structuration de la profession de pharmacien (loi du 21 Germinal an XI, 11 avril 1803)

A) La suppression du régime corporatif au profit de l'individualisme

L'arrivée au pouvoir de Bonaparte, Premier consul, entraîna d'importantes réformes dans le domaine de la législation. De grands changements dans l'organisation de la profession pharmaceutique virent le jour à compter de la promulgation de la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803). Bien que cette nouvelle loi reprenne les règles des statuts de corporations antérieures à la Révolution, elle donnait tout de même une conception nouvelle du métier de pharmacien. Ce fut grâce à cette loi que l'appellation de « pharmacien » remplaça officiellement celle « d'apothicaire ». Elle marqua les esprits par sa longue durée et sa consistance. En effet, les dispositions de son article IV relatif à la profession de pharmacien restèrent en vigueur pendant 138 ans.⁹

La mesure la plus marquante de cette loi envers la profession est la suppression des corporations, privilégiant l'individualisme. La réglementation de la profession était ainsi imposée par l'Etat qui avait à présent la charge de sa direction et de sa surveillance se substituant ainsi au collège de pharmacie, et influençait directement la formation, le recrutement et l'inspection des pharmaciens. Les intérêts de la profession ne pouvaient plus être défendus ni représentés par de quelconques groupements.

Néanmoins cette loi définissait les droits et devoirs des pharmaciens en leur apportant une protection et une indépendance et fut mise en vigueur grâce à l'appui de Fourcroy, chimiste et excellent orateur, membre de la société des pharmaciens de Paris, très écouté des pharmaciens. Deux autres personnages ont eu un rôle capital dans l'élaboration de cette loi : Vauquelin et Chéradame. Plus tard en 1824, Robiquet, secrétaire général de la société de pharmacie de Paris, créa la Société de Prévoyance pour la défense des intérêts des pharmaciens et leur protection dans leurs prérogatives, ancêtre du syndicat des pharmaciens de la région parisienne.

Cette loi perdura longtemps sans que les régimes successifs suivants ne puissent en modifier le fondement.⁹

B) Le remplacement de la société libre des pharmaciens de Paris par la société de pharmacie (ancêtre de l'Académie de pharmacie) : le début de la grande l'avancée scientifique de la pharmacie

1) L'organisation et la fonction de la société de pharmacie

A la suite de la parution de la loi du 21 germinal an XI, la société libre des pharmaciens de Paris perdit sa fonction d'enseignement et l'école gratuite de pharmacie fut supprimée pour laisser place à des écoles d'enseignements payants régies par l'Etat. La société subsista en se consacrant exclusivement au développement des sciences pharmaceutiques, et devint « la société de pharmacie de Paris » le 3 août 1803, ancêtre de l'académie de pharmacie puis de l'académie nationale de pharmacie.⁹

Les deux premiers présidents de la société de pharmacie furent Parmentier et Vauquelin. Sa direction était composée de cinq officiers : un président et un vice-président élus pour un an, un secrétaire général élu pour cinq ans, un secrétaire de correspondance et un trésorier élus pour trois ans. Le règlement de la société fut approuvé le 15 thermidor an XI. La société était constituée de vingt membres résidants parisiens, soixante membres associés libres domiciliés dans le département de la Seine choisis pour leurs compétences en chimie, botanique, histoire naturelle. Des associés nationaux et internationaux étaient prévus mais dont le nombre n'était pas déterminé.⁹

Chaque membre résident parisien avait la charge de rendre dans les deux ans, un mémoire, un rapport motivé ou deux observations à propos de thèmes en rapport avec la profession leur semblant essentiels d'être revus ou abordés par la société. Les membres associés libres nationaux ou internationaux devaient fournir diverses informations utiles à l'évolution de la société afin de la mettre au courant du progrès des sciences pharmaceutiques à travers des documents officiels tels des extraits d'ouvrages nouveaux ou rapports d'autres sociétés extérieures ou à travers leurs propres observations. Ces rapports étaient lus et évalués une fois par mois aux réunions d'une commission chez le secrétaire général. En bilan de toutes ces réunions, chaque année le secrétaire général rendait un « compte raisonné » des ouvrages qui ont retenu l'attention de la société. En fin d'année, des prix et des mentions honorables étaient distribués en récompense du travail effectué de certains membres.⁹

Après la parution du règlement de 1825, la société publiait chaque année le compte-rendu des travaux de ses membres lors d'une séance publique, ces travaux ayant été préalablement évalués par une commission spéciale de cinq membres nommés à scrutin secret se réunissant régulièrement chez le secrétaire général comme les commissions précédentes. Cette commission se renouvelait tous les ans et la liste des membres paraissait après le compte-rendu de janvier. Ce règlement prévoyait aussi une commission de trois membres nommée tous les ans chargée d'examiner les mémoires des concurrents à la remise de prix et récompenses annuelles de la société. Cette commission devait aussi proposer chaque trimestre, trois questions ou projets de recherche en rapport avec la théorie et la pratique de l'art pharmaceutique.⁹

Chacun des projets ou questions, après avoir été approuvé par l'assemblée était envoyé à une commission de deux membres chargée de le traiter dans un rapport. La société de pharmacie de Paris avait des relations avec les autres sociétés de pharmacie à son image en

France, et avec celles d'autres corps de métier comme celle de médecine de Paris qui cultivait toutes les sciences de l'art de guérir telles que la médecine, la chirurgie ou les sciences vétérinaires. Une trentaine de membres étaient communs aux deux sociétés comme Parmentier, Vauquelin ou Bouillon-Lagrange. Plusieurs mémoires de la société de pharmacie furent publiés dans « le recueil périodique de la société de médecine » qui devint le « journal général de médecine, chirurgie et de pharmacie ». ⁹

Pour être admis dans la société, les candidats devaient présenter un bulletin mentionnant leur état civil, ses œuvres et ses titres, signés de quatre membres. Chaque candidat devait présenter à une commission un mémoire de dissertation sur un thème approprié, et des commissaires différents de ceux qui avaient signé son bulletin rendaient ensuite un rapport sur son profil et ses compétences. Un vote individuel et anonyme entre les membres intervenait ensuite, et le candidat était admis dans la société s'il avait recueilli les trois-quarts des voix. Il en était de même pour l'admission des membres nationaux et internationaux. Le 15 juillet 1818, le règlement fut modifié en précisant que ne pouvaient être admis comme membres résidents, que les diplômés pharmaciens ou chefs titulaires de services hospitaliers, et qu'ils se devaient de communiquer tout ce qu'ils jugeaient utile au développement des sciences pharmaceutiques. Un article complémentaire de ce règlement proscrit la délinquance des membres de la société pour garantir la dignité de la profession. ⁹

Le nombre et la composition des membres furent modifiés par le règlement du 5 mars 1845, les associés libres étant des résidents parisiens spécialisés dans les sciences naturelles, physiques et médicales. Il est fait mention dans ce règlement, que la société de pharmacie poursuit la quête de resserrer les liens de confraternité entre pharmaciens français et étrangers, et d'aider au perfectionnement des sciences et des pratiques pharmaceutiques. Il y était aussi établi que les membres pharmaciens responsables d'actes répréhensibles dans la profession et portant atteinte à sa dignité, recevraient un avertissement confidentiel du bureau de la société et qu'en cas d'insuffisance de ce dernier, il en référerait à la société réunie en Assemblée Générale et en comité secret. ⁹

Par décret du 5 octobre 1877, la société de pharmacie a été reconnue d'utilité publique. On peut y voir ici, une première composante relative à l'évolution de la santé publique. ⁹

2) Les œuvres de la société de pharmacie à travers l'avancée des sciences pharmaceutiques

Après la remise en cause du monopole par les révolutionnaires, le contrôle de l'enseignement par l'Etat, et l'explosion du charlatanisme et de la concurrence, la profession pharmaceutique malmenée par ces événements entraînait en 1803 dans une nouvelle ère où la chimie prenait une place de plus en plus importante dans les sciences pharmaceutiques et dans la pharmacopée. La pharmacie chimique remplaçait peu à peu les empiriques et antiques pratiques alchimistes. En même temps, la galénique se développait également, les principes actifs étaient utilisés de plus en plus purs, cristallisés et concentrés en très petite quantité et faible volume dans les teintures, extraits... Cette époque marqua la découverte des alcaloïdes et glucosides dans le règne végétal. Les produits du règne animal furent aussi utilisés peu à peu, et l'opothérapie (thérapie basée sur l'utilisation des cellules animales) prit un caractère scientifique avec Claude Bernard en 1867 par le principe des sécrétions internes ou versées dans le milieu organique intérieur (hémoglobine, sérum...) et des sécrétions externes ou

versées à l'extérieur du milieu organique (la pepsine, pancréatine, la bile, l'huile de foie de morue etc...). L'opothérapie est aujourd'hui essentielle dans de nombreux domaines.⁹

La société de pharmacie participa efficacement à la lutte contre le charlatanisme et les remèdes secrets dans le but d'assurer une dignité morale à la profession et une valorisation de ses compétences scientifiques en favorisant l'esprit scientifique désintéressé et efficace. La plus grande aide qu'a pu apporter la société est la création de la première édition du codex en 1818 par Vauquelin et Fourcroy, dont la parution fut d'abord en latin puis en français l'année suivante. Ce codex deviendra par la suite la pharmacopée française. Dans ce codex étaient référencés tous les principes actifs chimiques et autres, servant ainsi à rationaliser les sciences pharmaceutiques.⁹

C) L'encadrement et la surveillance de la profession pharmaceutique par l'Etat

1) La réforme de l'enseignement en pharmacie

La promulgation de la loi du 21 germinal an XI, défendue et menée par Fourcroy, portait essentiellement sur la réforme de l'enseignement en pharmacie reposant sur la création de trois écoles de pharmacie. Les études de pharmacie étant primordiales pour assurer la crédibilité du monopole des pharmaciens dans la délivrance des médicaments, reposant sur leurs compétences, il s'agissait de créer des établissements destinés à former les futurs pharmaciens à acquérir les compétences nécessaires pour assumer les responsabilités de leur profession.

Le compagnonnage et le brevet de maîtrise étaient supprimés et remplacés par un enseignement théorique et pratique dispensé par trois écoles à Montpellier, Paris, et Strasbourg, ces villes étant choisies en raison la présence d'écoles de santé chargées de l'enseignement des officiers de santé. Ces écoles s'appelèrent plus tard « écoles de médecine » par le décret du 14 juillet 1797, puis « facultés de médecine » par décret du 17 mars 1808. La loi mentionnait six écoles, mais trois seulement furent créées. Elles octroyaient deux diplômes distincts en pharmacie : le diplôme de pharmacien de première classe permettant d'exercer partout en France, celui de deuxième classe délivré par un jury départemental valable pour n'exercer que dans le département en question. La création des trois écoles a été autorisée par un arrêté du 13 août 1803 qui en organise l'administration, ainsi que la formation et la réception des pharmaciens.

L'administration était confiée à un directeur et un trésorier n'ayant aucune responsabilité d'enseignement jusqu'en 1840. L'enseignement était partagé à Paris entre quatre professeurs ayant chacun un adjoint, et divisé en quatre disciplines : botanique, chimie, pharmacie, histoire naturelle des médicaments. Les premiers professeurs furent nommés par le gouvernement, et leurs successeurs choisis par les pharmaciens diplômés de ces écoles. Vauquelin fut le premier directeur de l'école de pharmacie de Paris nommé par un arrêté du 8 octobre 1803.⁹

La création des écoles fut célébrée nationalement par la frappe de cinquante médailles d'argent gravées par Brenet « au soulagement de l'humanité ». Le symbole sur ces médailles représentait les trois règnes de la nature avec une cornue dont le col était enlacé par un serpent qui se dresse sur un fond de rochers et de feuillage. Elles servirent ensuite à la remise des prix lors des cérémonies de récompense de la société des pharmaciens de Paris. Elles furent encore distribuées en 1953 lors de la commémoration du cent cinquantième anniversaire de la création des écoles. L'ordonnance du 27 septembre 1840, sous la Monarchie de juillet, relie ces trois écoles à l'université.

Pendant la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, furent ensuite créées diverses écoles et facultés mixtes de médecine et de pharmacie dont les statuts varièrent souvent au cours du temps.⁹

L'article 8 de la loi de germinal prévoit qu'aucun élève ne peut prétendre exercer l'art de la pharmacie sans justifier de huit ans d'expérience au sein d'une officine légalement établie, cette durée étant cependant réduite à trois ans si l'élève a suivi et validé les enseignements d'une des écoles reconnues de pharmacie. La validation des examens de ces écoles était réalisée par des professeurs auxquels étaient adjoints deux professeurs des écoles de médecine ou par des jurys établis dans chaque département habilité pour la réception des officiers de santé comprenant quatre pharmaciens suivant l'article 13 de la loi. Cependant, ces jurys n'étaient pas formés dans les villes où siègent les écoles, et selon l'article 14, les candidats des départements correspondants ne pouvaient se présenter qu'aux examens des écoles. L'article 15 décidait que l'obtention du diplôme se ferait à l'issue de trois examens : le premier portant sur les principes de l'art où l'aspirant devait valider ses connaissances en latin (selon l'article 25 de l'arrêté du 24 thermidor an XII), le second sur la botanique et l'histoire naturelle des drogues, et le troisième évaluant la pratique du candidat en réalisant lui-même au moins neuf opérations chimiques ou pharmaceutiques pendant quatre jours. Il devait décrire les procédés, résultats et matériaux. Les examens étaient identiques devant les jurys comme dans les écoles, mais les pharmaciens reçus n'avaient pas les mêmes droits.²¹

2) Les conditions d'exercice de la profession

Dorénavant, les futurs pharmaciens doivent valider des examens devant un jury nommé par l'Etat. Ensuite, ils doivent prêter serment devant le préfet, se faire recenser à la préfecture et au greffe du tribunal. Il existait cependant des exceptions : les officiers de santé avaient le droit d'exercer la pharmacie dans les communes dénuées d'officine ouverte, de même que les herboristes, à condition qu'ils ne vendent que certaines drogues simples végétales et indigènes, fraîches ou sèches avec interdiction de les débiter au poids médicinal.⁹

Selon l'article XXV, un pharmacien ne pouvait exploiter plus d'une officine. Seuls les pharmaciens diplômés pouvaient ouvrir et exploiter une officine, préparer et vendre des médicaments.²¹

3) L'inspection des pharmaciens

La loi de germinal n'apporta pas de changement particulier concernant la « police de la pharmacie ». Elle reprenait les grandes règles adoptées par le passé²¹, cependant l'Etat était désormais responsable de l'inspection des pharmaciens dans l'exercice de leurs fonctions.

L'inspection fut longtemps assurée par les praticiens, avant d'être dépendante des écoles supérieures de pharmacie. Elle servait surtout à contrôler le respect des articles 34 et 35 du titre IV de la loi du 21 germinal an XI.⁹ Le contrôle du respect de la réglementation dans les officines périodiquement était assuré par des membres des écoles de médecine et de pharmacie, assistés d'un commissaire de police.

D) La réglementation de l'exercice professionnel

La réglementation de l'exercice officinal n'était que peu développée dans la loi du 21 germinal an XI. Le principe du monopole des pharmaciens était réaffirmé en précisant les règles commerciales de l'exercice officinal : « le pharmacien ne pouvait faire commerce de produits autres que des drogues ou préparations médicinales ». Les drogues et préparations médicinales ne pouvaient être vendues ailleurs que dans les officines, à l'exception de l'étalage sur la place du marché public, à condition de présenter une ordonnance signée d'un médecin. La vente de remèdes secrets était interdite. Les préparations officinales devaient être préparées selon les formules figurant dans un Codex rédigé par les professeurs des écoles de médecine et de pharmacie dont la charge leur était assignée par le gouvernement. Ce Codex était le référentiel national.⁹

Le pharmacien commettant une infraction à ce règlement était traduit devant le tribunal de justice, mais en général pendant toute cette période les pharmaciens ont fait preuve de loyauté et de dévouement au service du patient dans le respect de la dignité de la profession, conformément aux principes déjà établis par les anciennes corporations. Les règles de déontologie, les droits et devoirs des pharmaciens n'étaient pas encore officiellement écrits.⁹

Les pharmaciens avaient obligation de ne livrer et débiter des préparations médicinales ou drogues composées que d'après les prescriptions des praticiens autorisés (médecins, chirurgiens et officiers de santé). Il était interdit de se livrer dans l'officine à d'autres commerces que celui des drogues ou préparations médicinales (art XXXVI). La loi ne prévoyait aucune sanction pénale d'exercice illégal de la pharmacie.²¹

L'article 34 de la loi traite du stockage des substances vénéneuses, parmi lesquelles l'arsenic, le réalgar, le sublimé corrosif. Elles devaient être rangées dans les officines ou les épicerie en lieu sûr, dont seuls pharmaciens et épiciers détiendraient la clé sans que personne d'autre ne puisse en disposer. Leur vente devait se limiter à des personnes connues, domiciliées et pour une cause connue sous peine de devoir payer une amende de 3000 francs.

Selon l'article 35, les renseignements sur les clients (identité, domicile, qualité), la quantité et le volume de drogue délivrés, ainsi que les causes de leur emploi, la date exacte du jour de l'achat devaient être écrits et archivés sans aucun blanc dans un registre spécial, côté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, sous peine de devoir payer 3000 francs d'amende. Les patients devaient écrire eux-mêmes ces renseignements sur le registre, sauf en cas d'analphabétisme.

Quelques points de cette loi furent ajoutés ou modifiés par la suite : la réglementation des toxiques en 1845, le régime des vaccins et des sérums en 1885, la répression des fraudes

en 1905, l'inspection de la pharmacie en 1859 puis en 1908, l'interdiction de colportage en 1936 et du compéragé en 1938.⁹

En 1848, furent créées l'association générale des syndicats pharmaceutiques et la chambre syndicale des fabricants. Ces deux organismes avaient pour but d'établir une réglementation nationale afin de limiter les abus et anéantir l'anarchie des pratiques commerciales de la profession, avec l'établissement et le respect du prix marqué, l'étude de l'organisation de la répartition du monopole pharmaceutique et l'interdiction du colportage. Ils étaient les seuls organismes professionnels pharmaceutiques à étudier et aider à remédier aux problèmes de la pharmacie d'officine. Ils s'unirent par la suite pour devenir le syndicat général de la réglementation.⁹

E) Le rôle des pharmaciens de Napoléon Ier dans l'évolution de la profession

Dès son sacre en tant qu'empereur, Napoléon Ier constitua une nouvelle aristocratie, ainsi qu'une équipe très complète de personnel de palais impérial, des médecins, chirurgiens et pharmaciens composant le « service de santé de sa majesté ». Ce service de santé se composait en 1805 de huit médecins, huit chirurgiens, trois pharmaciens, un « médecin-oculiste », et un chirurgien-dentiste. Plus tard, il le compléta notamment par quatre médecins par quartiers, et un pharmacien.

Cinq pharmaciens sous le règne de Napoléon Ier marquèrent l'histoire de la pharmacie²² :

- Le premier pharmacien de l'empereur, se nommait Déyeux. Reçu maître-apothicaire en mai 1772, il exerça la pharmacie dans son officine de la Croix Rouge à Paris, héritée de son oncle pendant quinze ans. Il fut nommé en 1774 « conseiller du Roi quartinier de la ville » pour le quartier de l'île Notre-Dame. Il enseigna la chimie au Collège de pharmacie à sa création en 1777. Après la vente de son officine, il commença des travaux de recherche sur les laits en collaboration avec son ami Parmentier. Le mémoire pour ces travaux rédigé entre 1787 et 1788 leur valut en 1790 le prix de la Société Royale de médecine. Il échappa de peu à l'échafaud pendant la Révolution. De 1795 à 1822, il enseignait la chimie médicale et la pharmacie à l'école de Santé de Paris qui devint plus tard l'école de médecine, puis faculté de médecine de Paris. Il fut élu le 22 octobre 1797, membre de la section de chimie de la classe des sciences physiques et mathématiques de l'Institut National, nommé membre du conseil d'hygiène par le Préfet en 1802. Le 1^{er} décembre 1803, il fut désigné par l'école de médecine pour présider aux examens de l'école de pharmacie, et participer aux visites d'inspection des officines du département de la Seine.

Ainsi, avant d'être nommé premier pharmacien de Napoléon Ier, Déyeux avait derrière lui un grand parcours non seulement dans l'exercice officinal, mais dans le service public de la santé relatif à l'inspection de la pharmacie et à l'enseignement des sciences médicales appliquées à la médecine comme à la pharmacie. Il aurait accepté cette éminente fonction à condition de ne pas servir sur les champs de bataille. Il

dirigea la pharmacie de la cour sans déroger à ses obligations d'ordre public jusqu'à l'abdication de l'empereur. Plus tard, sous la Restauration en 1822, Déyeux fut destitué à l'âge de 77 ans à la suite à la suppression de la faculté de médecine. Il fut ensuite réintégré dans ses fonctions par Louis-Philippe en 1830, mais ne put l'assumer à cause de son grand âge et se fit remplacer. Il mourut dans sa maison de campagne à Passy en 1837.²²

- Charles-Louis Cadet, issu d'une grande dynastie d'apothicaires, servit Napoléon Ier et remplaça Déyeux pendant la fin de son règne. Introduit chez l'empereur par ce dernier et remarqué par ses idées, il fut nommé chevalier d'empire en 1810. Ce fut lui qui fournit un poison à l'empereur sur ses ordres au moment de la défaite de Waterloo, et le sauva quelques heures après son absorption quand celui-ci s'en repentit. Fils d'un grand homme de science, Louis-Claude Cadet, membre de l'académie des sciences, fut d'abord homme de droit, politicien et littéraire avant de devenir maître en pharmacie le 15 juin 1800. Il ouvrit sa propre officine rue Saint-Honoré et jouit d'une grande notoriété. En 1802, il attira l'attention du gouvernement sur son plan pour une nouvelle organisation du conseil de salubrité publique. Ce plan fut immédiatement adopté par le préfet de police Dubois. Il fut ensuite nommé secrétaire général du conseil pendant dix-neuf ans. Cadet de Gassicourt assista à de nombreux combats de l'armée française durant le règne de Napoléon qui lui valurent un brevet de chevalier de l'empire et un majorat. Membre de la société des pharmaciens de Paris depuis sa création, et président en 1818, il participa en 1809 à la fondation du bulletin de pharmacie. En 1803 il publia un dictionnaire de chimie et l'année suivante un formulaire magistral dont sept éditions se succéderont jusqu'en 1833. Il organisa également les premières expositions de l'industrie et a projeté la création d'un institut itinérant pour exposer et diffuser les progrès de l'industrie et des arts. Après la chute de l'empire, Cadet de Gassicourt abandonna la pharmacie pour écrire et publier des récits de guerre. En 1821, il fut élu membre de l'académie de médecine créée par Louis XVIII peu de temps avant sa mort.²²

- Jacques Clarion fut aussi introduit par Déyeux chez l'empereur pour devenir son pharmacien ordinaire et le directeur de la pharmacie impériale de Saint-Cloud en 1805. Ce n'est qu'une fois installé au château qu'il reçut le diplôme de pharmacien par l'école de pharmacie de Paris le 3 juillet 1805. Avant cela, Clarion était spécialisé dans la botanique et avait fait de nombreuses herborisations dans les Alpes pendant son apprentissage en pharmacie chez Jaramey, pharmacien à Seyne. La réquisition pour le service de l'armée en Italie l'ayant obligé à interrompre ses études le 15 décembre 1794, il reprit l'étude de la botanique dans le Tyrol, l'Istrie, puis à Paris après la paix de Campo-Formio du 17 octobre 1797. Il devint aide-chimiste à l'école de chimie de Paris par la suite avant de soutenir une thèse sur l'observation et l'analyse des végétaux et un travail chimique sur les rhubarbes exotiques et indigènes avant d'être nommé préparateur en chef du cours de chimie et de pharmacie à l'école de médecine où il rencontra Déyeux. Après avoir refusé une fois, il accepta la charge d'apothicaire ordinaire du roi Louis XVIII en 1817. L'année suivante il fut nommé professeur adjoint de botanique à l'école de pharmacie. Elu membre titulaire de la section pharmacie à l'académie de médecine en 1821, il fut également professeur d'histoire naturelle médicale à la faculté de médecine de Paris avant d'être révoqué par Louis-Philippe en 1830.²²

- Edme-Jean-Baptiste Bouillon-Lagrange, pharmacien à la pharmacie impériale pendant les campagnes de Prusse et d'Autriche, reçut la maîtrise de pharmacie le 2 août 1787 avant de reprendre l'officine de son beau-frère Sureau qu'il quitta deux ans plus tard pour se consacrer à la recherche et l'enseignement de la chimie sous la direction de Berthollet et de Fourcroy. Il échappa à l'échafaud pendant la Révolution. Il interrompit lui aussi ses études pour le service militaire en Vendée au grade de pharmacien de troisième classe. A son retour, il occupa à Paris une place d'essayeur chimique à l'agence des poudres et du salpêtre. Le 6 avril 1796, il intégra un poste de professeur de chimie au collège de pharmacie aux côtés de Bailleau, Déyeux, Vauquelin, et Bouillon-Lagrange. Sa chaire fut maintenue quand l'école gratuite de pharmacie remplaça le collège, de même lorsqu'elle devint l'école de pharmacie le 11 avril 1803. Bouillon-Lagrange enseigna également au Panthéon et à l'école polytechnique en qualité de chef des travaux chimiques et de directeur des travaux pratiques relatif à cette matière. Il y rencontra l'empereur pour la première fois lors d'un cours de chimie donné par Berthollet à ce dernier. Napoléon était alors en quête de côtoyer les savants les plus distingués, et à cette occasion Bouillon-Lagrange assistant Berthollet se fit remarquer de lui en illustrant le cours par ses expériences préparées. Ce fut ainsi qu'il devint pharmacien militaire assistant aux campagnes de l'empereur. Novateur en expérimental, il fut l'initiateur de l'essai chimique des médicaments: « Un médicament, disait-il, est une machine que l'on ne peut bien connaître que lorsqu'on la défait pour examiner toutes les pièces qui la composent. Pour en rendre l'usage plus sûr, il faut démonter toutes les pièces et les examiner à leur tour ». Pendant ses services, il devint docteur en médecine à la faculté de Strasbourg. Ses nouvelles qualifications lui firent quitter la pharmacie impériale pour entrer au service de l'impératrice Joséphine en tant que médecin. A la répudiation de Joséphine, par loyauté pour elle il quitta la cour impériale pour se consacrer à l'enseignement de la chimie et à l'exercice de la médecine. Auteur de nombreux ouvrages de chimie au cours de son existence, il fut membre de l'académie de médecine en 1820, du conseil d'hygiène en 1838 et d'autres sociétés. En 1829, il devint directeur adjoint, puis directeur en 1832 de l'école de pharmacie de Paris, fonction qu'il occupa jusqu'à sa mort en 1844.²²

- Pierre-Charles Rouyer devint l'un des pharmaciens adjoints ordinaires de Napoléon Ier en 1808 pour remplacer Bouillon-Lagrange devenu médecin de l'impératrice Joséphine. Il entra d'abord à l'hôpital militaire de Verdun comme gagnant-maîtrise et devint pharmacien de troisième classe le 27 août 1794. Il suivit de nombreuses campagnes militaires par la suite, avant de devenir adjoint du pharmacien en chef Boudet, membre de la Commission des sciences et des arts de l'Institut d'Egypte. Il fut chargé ensuite de la direction du magasin général des médicaments et du service de la pharmacie de l'hôpital de la citadelle du Caire. Il devint lui-même ensuite membre de cette commission et rédigea des dissertations sur des questions d'archéologie, de médecine, et de pharmacie relatives à l'Egypte qui furent publiées dans le bulletin de la pharmacie et dans les « mémoires sur l'Egypte ». Il resta héroïquement auprès des malades atteints de la peste pour se charger d'eux au moment de l'évacuation de l'Egypte. Il fut affecté ensuite à la pharmacie de l'hôtel des Invalides avec le grade d'aide-major d'homme le 2 juin 1802 avant d'entrer au service de la pharmacie

impériale. Il aurait cumulé ces deux fonctions. Il acquit le diplôme de pharmacien à l'école de pharmacie de Paris le 25 mai 1809.

Il servit loyalement Napoléon pendant ses campagnes en Russie, en France et en Allemagne en qualité de pharmacien ordinaire de l'ambulance du chef du gouvernement. A la fin de l'empire, Rouyer conserva ses fonctions à l'hôtel des Invalides et obtint le 15 août 1823 le grade de major et la place de pharmacien en second qu'il occupera jusqu'à sa mort le 31 mai 1831. Il fut également honoré du titre de chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre de la Réunion.²²

Section 2 : L'émergence de la notion de santé publique

A) Définition et origines de la santé publique

1) Définition de la santé publique

La notion de « santé publique » est complexe, car elle regroupe tous les éléments se rapportant à la santé et au bien-être au sens large des collectivités, des populations ou de l'ensemble des citoyens, tels que les domaines relatifs à la prévention, la promotion de la santé, l'appréciation des risques pour la santé, les mesures des pathologies, la définition des politiques de santé, ou encore l'organisation des soins et du système de santé. Plusieurs définitions de la santé publique existent, et ont évolué avec le temps. La définition la plus récente retenue dans le traité de santé publique est la suivante : « *la santé publique est l'ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques visant à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes* ». La santé publique soulève des questions allant au-delà des limites du système de santé pour englober toutes les composantes économiques, politiques, épidémiologiques, bio statistiques, juridiques, médicales, sociales et humaines de la protection de la santé.²³

La première définition de la santé publique a été donnée par Charles-Edouard Amory Winslow, professeur de santé publique à la faculté de médecine de Yale au début du XXème siècle, qui l'assimile à la science et l'art de prolonger l'espérance de vie, de promouvoir la bonne santé physique à travers l'organisation d'efforts collectifs dans l'élaboration de la qualité de l'environnement, dans le contrôle des infections, dans l'éducation de chacun sur les principes d'hygiène, dans l'organisation d'un service médical et infirmier pour permettre le diagnostic précoce et le traitement préventif des maladies, ainsi qu'un développement de structures sociales qui assureront à tous un niveau de vie favorable au maintien d'une bonne santé. Selon C.E Winslow la santé publique est un domaine d'activité sociale et non une discipline concrète.

En 1988, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé publique comme « un concept social et politique qui vise l'amélioration de la santé, une grande longévité, un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations, par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé ». En 1992, cette définition a été complétée par Julio Frenk : « la santé publique

comprend les efforts systématiques faits pour identifier les besoins en santé et pour organiser l'ensemble des services pour une communauté donnée ». Elle inclut donc dans cette définition tous les moyens mis en œuvre pour analyser et s'informer sur les facteurs d'évolution de l'état de santé des populations et des moyens sociaux mis à disposition pour leur prise en charge.²³

2) Les missions actuelles de la santé publique

En 1997, l'OMS a retenu neuf fonctions spécifiques au domaine de la santé publique²³ :

- Prévention, surveillance et contrôle de maladies transmissibles ou non
- Surveillance de la situation de la santé
- Promotion au travail
- Hygiène du travail
- Protection de l'environnement
- Législation et réglementation en santé publique
- Gestion en santé publique
- Services spécifiques en santé publique
- Soins de santé pour les groupes vulnérables et populations à haut risque

A l'heure actuelle, les missions en rapport avec la santé publique évoluent autour de quatre thèmes incluant ces neuf fonctions²³ :

- L'analyse de l'état de santé des populations et des risques sanitaires, passant par l'identification et l'analyse des facteurs de risques pour la santé dans les domaines du travail et de l'environnement. Pour cela, des outils et des indices informatiques et biostatistiques sont élaborés et améliorés en permanence, ainsi que des techniques de communication et d'information pour contribuer à la veille sanitaire.
- La définition et l'élaboration des politiques de santé pour contribuer à l'organisation du système de santé, l'accès aux soins, la qualité des soins et la réglementation sanitaire. Leur but est également d'améliorer l'organisation des pratiques des professionnels de santé et de les adapter face aux évolutions épidémiologiques, techniques et sociales. Elles intègrent à la fois le domaine préventif et le domaine curatif dans la santé publique.
- La promotion des connaissances de santé et l'action sur les comportements ayant un impact sur la santé a aussi une place importante dans les objectifs de santé publique. Il s'agit de prévenir les maladies les plus fréquemment rencontrées dans la population, en les dépistant précocement pour mieux les prendre en charge et maintenir un bon état de santé. Pour cela, des moyens de communication sont nécessaires et mis en place pour tenir informés les citoyens ou des populations spécifiques des risques encourus pour leur santé et des moyens mis à leur disposition pour le dépistage et la prise en charge. Les professionnels de santé peuvent être également concernés dans la diffusion de ces informations afin de les aider à adapter leurs pratiques à une meilleure prévention et prise en charge des maladies, ou encore de solliciter leur aide dans la communication de ces informations aux patients.
- La promotion des recherches et des débats susceptibles d'analyser ses propres objets et la manière de les traiter, soit la remise en question perpétuelle des méthodes et

pratiques utilisées pour la réalisation des objectifs à travers des interventions, expertises, débats publics... Cette remise en question, qui passe par l'analyse de la réalisation des objectifs, soulèvent souvent de nouvelles problématiques.

3) L'histoire de la santé publique jusqu'au XIXème siècle

Ce sont les Grecs au Vème siècle avant J-C qui établirent les premiers des mesures relatives à la santé publique en créant les « iatreions », ensembles de pièces précurseurs des hôpitaux dans lesquels les malades recevaient les soins par les médecins. Il existait comme à l'heure actuelle deux types de médecins : les médecins privés et les médecins publics. Les derniers étaient appelés dans une cité par les autorités sur contrat pour remplir des missions d'intérêt général. Ils étaient fixes ou itinérants, c'est-à-dire se déplaçant tout le temps de villages en villages pour proposer leurs services aux nécessiteux. Ces médecins itinérants donnaient parfois des conférences utiles à l'éducation des personnes, ce qui ressemblait à l'éducation thérapeutique actuelle. Des médecins étrangers pouvaient être engagés pour porter secours aux civils en cas de guerre, d'épidémie ou de tremblement de terre, leur évitant ainsi de payer les soins, ce qui pouvait constituer une sorte de service public ou couverture sociale dans ce cas-là. Au fil du temps, ce fut par l'encadrement de la réglementation des professions de santé que les gouvernements français furent amenés à prendre des décisions et responsabilités relatives à la santé publique.²³

Au XVIIème siècle, l'ordonnance de la marine d'août 1661 exigeant qu'un ou deux chirurgiens soient obligatoirement présents à bord du navire lors d'une longue expédition en est un exemple. Un coffre contenant des médicaments et dispositifs médicaux était requis pour les soins des matelots. Si ces derniers étaient blessés au service du navire ou contractaient une quelconque maladie pendant le voyage, ils percevaient une indemnité de l'Etat. On peut citer aussi l'ordonnance criminelle d'août 1670 établissant les critères de qualité requise lors d'une expertise médicale en cas de procès. Très tôt, les autorités prirent ainsi conscience des mesures d'ordre collectif à prendre en matière de prévention ou d'inhibition de la propagation des épidémies de maladies grâce à leur caractère contagieux.²³

La santé publique fut jusqu'au XIXème siècle apparentée à la médecine légale. En effet en 1818, on peut citer François Emmanuel Fodéré dans le tome 27 du dictionnaire des sciences médicales, son ouvrage : « *On doit entendre sous le nom de médecine légale, l'application de toutes les connaissances physiques, naturelles, et médicales à la législation des peuples, à l'administration de la justice, aux règlements municipaux, à la conservation de la santé publique et à la préservation des maladies* ». Pour lui, la santé publique n'est qu'une petite partie de la médecine légale puisqu'il la mentionne comme une des applications de la médecine légale.²³

Entre le XVIIIème et le XXème siècle, les actions dans l'intérêt de la santé publique de l'Etat se résumaient aux interventions d'une police sanitaire et d'une police médicale chargée de l'inspection de la salubrité des lieux, des aliments, de l'air, des lieux de soins, de l'activité des professionnels. Ce qui a réellement permis la naissance de la santé publique furent les tentatives de contrôle des épidémies et des épizooties. La peste du XIVème siècle, les maladies infantiles, maladies pulmonaires telles que la tuberculose dominante au XIXème siècle et les maladies intestinales comme les diarrhées infectieuses, la lèpre présente depuis le Néolithique, faisaient des ravages et devaient être éradiquées. La première structure d'utilité de santé publique fondée est la société royale de médecine qui reçut ses lettres

patentes en 1777. Elle eut la charge d'organiser l'ensemble des activités médicales, et surtout l'observation de l'évolution des cas de maladies sur l'ensemble du territoire, ainsi que des interventions pour les prévenir et les éradiquer. Déjà à l'époque, la répartition des professionnels de santé étaient disproportionnée au Nord par rapport au Sud, et des cas de maladies chroniques cardiovasculaires et tumeurs malignes étaient recensés. De même, le nombre de médecins était concentré au niveau des grandes villes et les chirurgiens trop peu nombreux à cause de leur formation plus pratique acquise sur le tard.²³

A la fin du XVIIIème siècle, quatre types d'hôpitaux existaient : les hôtels-Dieu, établissements religieux souvent en profond milieu urbain ; les hôpitaux généraux reconnus et étendus à partir de 1662 qui avaient une vocation à la fois sociale et médicale recueillant toute personne malade ou pauvre ou âgée isolée en difficulté ; les hôpitaux militaires dépendant du ministère de la guerre ; les maisons de santé qui n'étaient pas vraiment des hôpitaux mais permettant de prodiguer des soins dans un espace de confidentialité où se faisaient soigner les personnes aisées ne pouvant rester à leur domicile. Les hôpitaux généraux créés sous Louis XIV laissèrent la place ensuite aux hôpitaux reprenant le concept de ceux de nos jours consacrés uniquement aux soins et traitement des malades, les progrès de la chirurgie et des techniques anesthésiques y ayant fortement participé par l'aménagement de salles d'opération.²³

La loi du 30 juin 1838 permit la création d'hôpitaux psychiatriques pour la prise en charge des malades mentaux, tandis que des hospices souvent faisaient office de maison de retraite pour les personnes âgées. Les procédures d'internement étaient à présent encadrées et validées par un médecin. La loi permit également l'aménagement de meilleures conditions d'internement des malades mentaux, comme par exemple l'accès à des activités rémunérées, ainsi que leur acquisition d'un statut juridique. Le domaine sanitaire se sépara peu à peu du domaine social par le développement des hôpitaux indépendamment des centres d'hébergement pour soins sanitaires et sociaux. Pendant le second empire, un système médical gratuit fut institué, soit la médecine cantonale permettant un accès aux soins aux plus démunis ou sorte de couverture sociale et médicale qui ne fut pas appliquée à la moitié de la France faute d'approbation des médecins. En 1893, une assistance médicale gratuite fut mise en place et pallia les lacunes du système de protection sociale universelle d'accès aux soins.²³

Le recensement des cas de maladie avérée pour apprécier l'évolution de l'épidémie est l'une des premières méthodes de santé publique. Le recensement des décès et de leur cause furent des éléments fondamentaux pour le développement de l'épidémiologie. Il fut assuré à Paris en 1800 par des officiers de santé formés par des médecins et nommés par un jury. Ils devaient renseigner l'âge, nom, prénom, sexe, profession, étage, adresse de logement et nature de la maladie des personnes décédées. Au milieu du XIXème siècle, la santé publique était considérée comme une « médecine sociale » car elle prenait déjà en compte des facteurs sociaux et environnementaux dans la santé des populations. C'est à cette époque que les statistiques se développèrent permettant ainsi de passer d'une approche individuelle à une approche de masse de population. Ainsi, la notion de santé publique naquit à ce moment-là, l'invention de l'épidémiologie par John Snow (1813-1858) y ayant fortement contribué. Le docteur Ignace Semmelweis (1818-1858), médecin hongrois, découvrit l'importance de l'hygiène et le lavage des mains dans la prévention des maladies en établissant le lien entre le taux d'infections puerpérales dans les salles d'accouchement et en cela, il fut le précurseur de l'hygiène hospitalière.²³

L'infectiologie naquit avec les découvertes de la théorie des germes de Pasteur (1822-1895), donnant ainsi les explications scientifiques à la notion de contagion qui amenèrent la notion d'immunité. Il découvrit l'immunité acquise et l'importance de la vaccination qui devint un objectif de santé publique. Le 28 juin 1877, la société de médecine publique et d'hygiène professionnelle était créée, et deviendra par la suite la société française de santé publique par la loi de 1901 et reconnue d'utilité publique depuis le 8 mars 1900. Cette association constituée de différents professionnels de santé (scientifiques, décideurs politiques, acteurs économiques et sociaux) est chargée de réflexion et de concertation sur des questions et enjeux de politique de santé publique. Son siège social situé à Nancy est constitué de six salariés et de plus de 800 adhérents. En 1892 fut créé le système français des maladies à déclaration obligatoire, dans le but de pouvoir procéder à des mesures d'isolement des malades contagieux et de désinfection. Les déclarations des cas de maladies contagieuses ne furent adressées au ministère de l'intérieur qu'à partir de la loi de 1902, puis aux services d'hygiène des préfectures à partir de 1935.²³

Les maladies émergentes telles que la diphtérie, la rage, le paludisme, le choléra, la tuberculose, amenèrent les scientifiques et les politiques à se concerter de plus en plus sur les enjeux de santé publique. La vaccination fut la réponse et la solution ultime sur le long terme pour enrayer la propagation des épidémies. Elle ne fut obligatoire qu'à partir de la loi de 1902. Des laboratoires d'analyse des substances alimentaires existaient également. En 1892, le corps des officiers de santé qui étaient essentiellement présents dans les campagnes fut supprimé, faute de médicalisation de leur service et de compétence pour porter suffisamment secours aux habitants.²³

B) Le développement de l'hygiène des collectivités et le recensement des causes des décès, reflets des premières politiques de santé publique

L'hygiène est une mesure très ancienne de santé publique qui se développa en France au XIX^{ème} siècle grâce au recensement des décès et de leur cause, nécessaire au développement de l'épidémiologie, première science fondamentale de santé publique. Il fut assuré à Paris à partir de 1800 par des officiers de santé formés par des médecins et nommés par un jury. Ils devaient renseigner l'âge, nom, prénom, sexe, profession, étage, adresse de logement et nature de la maladie des personnes décédées. Le recensement des décès pris de plus en plus d'ampleur avec l'implication progressive des médecins cantonaux chargés de la médecine gratuite dans les campagnes à partir du milieu du siècle, la création de comités d'inspection, de conseils de salubrité ou d'hygiène publique et de salubrité et de commissions statistiques institués en 1852. Les statistiques pour des causes de décès ne furent pratiquées dans le reste de la France qu'à partir du XX^{ème} siècle.²³

En matière d'hygiène, le conseil de salubrité, organisme sous la direction de la préfecture, fut créé à Paris en 1802, puis dans d'autres grandes villes comme Lyon en 1822, Marseille, Lille, Rouen, Bordeaux. Le comité consultatif d'hygiène publique de France institué auprès du ministère du commerce était chargé d'étudier les questions concernant les missions et techniques de la police sanitaire mortuaire, des quarantaines de services s'y rattachant, de réfléchir aux mesures à prendre pour prévenir et éradiquer les épidémies ou encore comment améliorer les conditions sanitaires des manufacturiers et des agriculteurs. Il avait aussi la responsabilité d'assurer la propagation de la vaccination, la gestion des établissements d'eau minérale afin de la rendre accessible aux personnes en situation précaire,

les titres des médecins candidats à l'inspection de ces mêmes établissements, l'organisation et l'institution des conseils et commissions de salubrité, la gestion de la police médicale et pharmaceutique, le contrôle de la salubrité des logements et des locaux des entreprises, ainsi que la validation et mise en place des techniques et des procédés d'assainissement des eaux.

En 1880, le docteur H-C Lombard dressa un atlas de la distribution géographique des décès en fonction des différents climats. Il existait des commissions de logements insalubres. Entre les années 1880 et 1889, les pouvoirs publics par l'intermédiaire les maires s'investissent majoritairement dans le domaine de la salubrité publique incluant celle de l'eau. Ils ordonnèrent la suppression des fosses à purin, veillèrent au respect de la propreté des domaines publics (places, voies, marchés, fontaines, mares, abreuvoirs).²³

C) Le rôle prépondérant des médecins par rapport aux pharmaciens

Au XIXème siècle, les médecins avaient de grandes responsabilités au niveau local dans le combat contre la propagation et l'inhibition des épidémies. Ils soignaient les patients, leur donnaient des conseils à eux ainsi qu'à leur entourage pour éviter toute contamination. Ils avaient également le rôle de signaler les cas de maladies contagieuses. Ils tenaient également un grand rôle dans la vaccination en l'appliquant aux malades et en les informant de sa nécessité pour le prémunir de certaines maladies. Beaucoup de départements avaient officiellement des médecins vaccinateurs, des commissions de vaccins, des inspecteurs de service de protection des enfants du premier âge à partir de la loi Roussel de 1874 sur l'enfance, et les médecins chargés de l'inspection médicale des écoles. A l'époque, les départements regroupaient rarement les services de médecine publique. On trouvait également des médecins de dispensaires et des vétérinaires chargés de la surveillance sanitaire des abattoirs et des marchés.²³

De rares pharmaciens tels que Nicolas Déyeux et Antoine Parmentier sont cités parmi les acteurs de santé impliqués dans ces mesures de santé publique, les médecins étant majoritairement présents.²³

Chapitre 2 : L'affirmation de l'implication du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé : le XX^{ème} siècle

Section 1 : L'évolution de l'inspection de la pharmacie depuis la loi de 1908

A) Son organisation

L'inspection de la pharmacie fut longtemps assurée par des praticiens dépendants des écoles supérieures de pharmacie. Elle fut attribuée en 1859 au service d'hygiène du ministère de l'intérieur.⁹

La loi du 25 juin 1908 et le décret du 5 août 1908, attribuèrent la direction de l'inspection de la pharmacie au ministère de l'agriculture. L'Etat assurait encore la nomination et le commissionnement des inspecteurs par l'intermédiaire des préfets dans chaque région, sur proposition des écoles supérieures de pharmacie ou des universités mixtes de médecine et de pharmacie. Des postes d'inspecteurs adjoints furent également créés et choisis directement par les préfets sans présentation. Ces derniers n'avaient pas l'obligation de posséder le diplôme de pharmacien à l'inverse des inspecteurs.

Depuis 1936, les inspections sont effectuées par les professeurs d'université de pharmacie ou de médecine assistés d'un commissaire de police, pour être ensuite assurées par des pharmaciens fonctionnaires.²⁴

La loi du 11 septembre 1941, validée en 1945 et codifiée en 1953, imposa pour la première fois un recrutement des inspecteurs par concours sur titres dont les conditions étaient fixées par un règlement d'administration publique contresigné par le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé et le secrétaire d'Etat à l'éducation nationale et à la jeunesse. La sélection se faisait ainsi sur les titres scientifiques ou professionnels après examen par une commission dont la composition fut donnée par l'article 13 du décret du 24 juin 1942.

Ainsi, les inspecteurs et leurs adjoints ne sont plus nommés par ordre de la préfecture, mais par le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé sur proposition du secrétaire général à la santé. On distinguait l'inspecteur des pharmacies de catégorie A dit « à occupation principale » soit un fonctionnaire et inspecteur à part entière, opposé à l'inspecteur de catégorie B dit « à occupation accessoire » ayant un statut d'employé contractuel exerçant une autre profession en parallèle recruté sur titre parmi les enseignants des universités ou les pharmaciens d'hôpitaux non-titulaire d'officine.

Le titre II du décret du 3 mars 1950 imposa aux pharmaciens candidats aux postes d'inspecteurs de passer en plus de l'évaluation des titres une épreuve pratique, écrite et orale. Cette épreuve fut instaurée pour stopper les abus de cumuls des titres présents auparavant, et cela influença la formation des pharmaciens inspecteurs qui devint plus spécifique.

L'importance des titres pour le recrutement diminua au fil du temps. Le décret du 8 juin 1957 permit pour la première fois l'accès au concours des femmes. L'âge minimum requis pour tous les candidats était de 28 ans et de 45 ans maximum. Le décret du 12 septembre 1960 élargit l'accès au concours à des candidats pharmaciens n'ayant aucun vécu professionnel et sans limite d'âge minimal. Le décret du 7 février 1961 donna un statut

nouveau aux pharmaciens inspecteurs à occupation accessoire : ils n'étaient plus vacataires salariés à temps partiel, mais « chargés de mission » soit vacataires à temps complet pour une période déterminée à la demande de l'administration, toujours nommés sur leurs titres universitaires et hospitaliers.

Dans les années 80, les conditions requises pour se présenter au concours de recrutement des pharmaciens inspecteurs, étaient de posséder obligatoirement la nationalité française, de jouir de ses droits civiques, d'être en situation régulière vis-à-vis du service national, d'être âgé de quarante-cinq ans au plus au 1^{er} janvier de l'année du concours sauf exception (le candidat pouvait être plus âgé, notamment quand il avait une personne handicapée à charge, les femmes mères de trois enfants pouvaient se présenter à tout âge), être titulaire du diplôme d'Etat de pharmacien, s'engager à n'exercer aucune autre activité professionnelle.

Depuis la parution du décret du 30 décembre 1992, les conditions de recrutement ont changé : un premier concours est ouvert aux candidats âgés de moins de quarante-cinq ans au 1^{er} janvier de l'année du concours, les pharmaciens doivent justifier de cinq années d'expérience professionnelle au 1^{er} janvier en déposant un dossier étudié par une commission désignée et organisée par arrêté du ministre chargé de la santé, et un second concours est ouvert aux pharmaciens fonctionnaires ou agents d'état, aux pharmaciens chimistes des armées ou dépendants d'une organisation internationale justifiant tous de trois ans d'expérience professionnelle au 1^{er} janvier de l'année du concours. La liste des candidats admis est fixée par le ministre chargé de la santé. La proportion des emplois offerts est de 80 % pour le premier concours et de 20 % pour le second.²⁴

Le décret du 17 avril 1942 attribua l'inspection de la pharmacie à un service central de la pharmacie créé au sein du ministère de la santé, dirigé par un pharmacien.

Le service central de la pharmacie fut plus tard transformé en direction de la pharmacie et du médicament par le décret du 22 septembre 1977, dirigée par un cadre non-pharmacien, assisté d'un adjoint chef de service. L'organisation et les attributions de cette direction centrale furent redéfinies par l'arrêté ministériel du 23 mai 1985.

Ce service se divisait ainsi en trois sous-directions chargées⁹:

- des affaires professionnelles, générales, et juridiques réparties dans trois bureaux ;
- de la politique économique du médicament (transparence et commerce extérieur, les affaires économiques, la publicité et l'information sur le médicament) ;
- des affaires scientifiques et techniques (la pharmacopée, les méthodes d'évaluation, les substances vénéneuses, la cosmétologie et tout ce qui a attiré à l'autorisation de mise sur le marché) regroupant quatre bureaux.

Un chef de corps assisté de pharmaciens inspecteurs de catégorie exceptionnelle à compétence nationale organisait les actions des inspecteurs dans les services de l'administration centrale ou répartis dans les régions. Un chef de service adjoint au directeur ayant une mission générale de coordination administrative. Un conseiller technique pour les études particulières. De cette administration centrale dépend toujours les services extérieurs régionaux.⁹

B) Son rôle et ses missions

Les inspecteurs ont essentiellement la mission de contrôler le respect des lois et des règlements dans les officines, et les établissements pharmaceutiques.

Le directeur de l'administration centrale est chargé de l'exécution de trois missions principales⁹ :

- mission de bureautique et d'informatique spécialisée dans l'utilisation des techniques de traitement de l'information et de communication ;
- mission scientifique chargée d'une fonction d'évaluation et de prospective ;
- mission des affaires internationales et communautaires.

La mission scientifique concerne l'économie pharmaceutique qu'elle évalue, ainsi que la politique de recherche, de développement et d'évaluation des spécialités pharmaceutiques.

La mission de bureautique et de l'informatique est chargée de traiter les questions relatives au traitement de l'information et des techniques de communication.

La mission des affaires internationales et communautaires a le rôle de coordonner les différents bureaux en rapport avec les affaires politiques communautaires sur le médicament en général. Elle correspond avec la division des relations internationales.

Cette direction communique avec de nombreux organismes consultatifs donnant leur avis sur les questions concernant la pharmacie, notamment le conseil supérieur de la pharmacie, créé en 1946 et présidé par le ministre de la santé. Il est habilité pour donner notamment son avis sur tous les problèmes de création par dérogation dans les territoires outre-mer ou toute ouverture ou transfert par une société mutualiste ou une union de sociétés d'une pharmacie à usage intérieur. La direction centrale est appelée à consulter certaines commissions parmi lesquelles on trouve la commission nationale de la pharmacopée, la commission chargée de donner son avis sur les autorisations de mise sur le marché des spécialités, la commission consultative de la publicité pharmaceutique, la commission nationale de la pharmacovigilance.⁹

L'administration régionale de l'inspection de la pharmacie a été réglementée pour la première fois par le décret du 30 juillet 1964, et modifiée par le décret du 22 avril 1977. Elle couvre tous les besoins en matière de santé dans l'ensemble de la région qui lui est attribuée et des départements qui y sont rattachés. Anciennement détenue par le directeur de la sécurité sociale, le chef du service régional de l'action sanitaire et sociale et le médecin inspecteur régional de santé, elle est assurée par les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales depuis cette date. A la tête de ces directions se trouve le Préfet de région qui a autorité sur le directeur de région ayant pour responsabilité la coordination des activités des directeurs départementaux et de leur porter assistance technique par des services spécialisés.²⁴

Les pharmaciens inspecteurs tiennent un rôle de conseillers techniques auprès du directeur régional et des directeurs départementaux en matière de pharmacie et de produits de santé. Ils assurent le lien entre les organisations régionales des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes. Ils peuvent être amenés à diriger un service, coordonner et contrôler les actions menées, ainsi qu'à participer aux travaux de planification sanitaire des formations médicales, paramédicales et pharmaceutiques (art. 10 du décret 22 avril 1977).²⁴

C) L'évolution du statut d'inspecteur vers celui de pharmacien inspecteur de santé publique

Après avoir été responsable de la répression des fraudes sous la direction du ministère de l'agriculture en 1906, l'inspection de la pharmacie a été rattachée au ministère de la santé publique en 1936⁹.

En 1950, l'épreuve écrite était une discussion des formules et du mode opératoire de la prescription magistrale ou de la préparation magistrale demandée pendant l'épreuve pratique, et l'épreuve orale portait sur la législation pharmaceutique et l'organisation professionnelle de la pharmacie. En 1982, l'épreuve pratique a été supprimée, l'écrit portant sur des domaines différents tels que la législation technique pharmaceutique et un problème d'ordre technique concernant la fabrication et le contrôle des médicaments, et l'épreuve orale portant sur la législation pharmaceutique sous forme de discussion libre.²⁴

La répartition des inspecteurs sur le territoire est fonction de leur grade ou de leur rang de classement à la sortie de l'Ecole. Le nombre de pharmaciens inspecteurs de la santé a quadruplé entre 1942 et 1985. Avant 1985, ils étaient répartis en fonction du nombre de pharmaciens exerçant dans la région, mais suite à la loi du 25 juillet 1985 ils le furent selon l'importance de l'activité relevant de l'inspection de la pharmacie dans la région (industrie pharmaceutique, tous les établissements de santé, laboratoire d'analyse médicale, officines etc...).²⁴

Section 2 : La nouvelle organisation de la profession par la loi du 11 septembre 1941 et son évolution

A) La limitation du nombre des officines sur le territoire

La loi du 11 septembre 1941 fut imposée de façon autoritaire par le conseil des ministres du gouvernement de Vichy. Une grande partie de cette loi, en particulier les points touchant la profession officinale et l'industrie pharmaceutique fut validée plus tard par l'ordonnance du 5 mai 1946.⁹

Cette loi réorganisa la profession de pharmacien, et nombre de mesures prises sont encore d'actualité telles que la limitation du nombre des officines sur le territoire.

Le chapitre VI du titre IV relatif aux conditions d'exercice de la pharmacie de détail, explicite la répartition des officines sur le territoire français. Selon l'article 36, tout pharmacien titulaire ne pouvant justifier de la conformité aux prescriptions de la loi de l'installation de son officine et n'ayant pas demandé de licence était forcé de fermer obligatoirement son officine. Les pharmaciens tenus de fermer leur officine pour cause d'application du plan de répartition avaient droit à une indemnité de l'Etat versée par la caisse régionale de pharmacie attachée au conseil régional. Cette licence délivrée par le directeur régional de la santé n'était accordée aux pharmacies que si leur situation répondait à des critères précis après recensement.

Un plan de limitation du nombre d'officine était établi par le conseil régional sur proposition de la chambre départementale des pharmaciens et approuvé par le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé. Ce plan fixait le nombre d'officines à une pour 3 000 habitants pour les villes de 30 000 habitants et plus ; une officine pour 2 500 habitants pour les villes comprenant entre 5 000 et 30 000 habitants ; une officine pour 2 000 habitants dans les autres cas.

Dans les localités importantes, une distance minimale était imposée entre les officines. Néanmoins il existait la possibilité pour certains emplacements comme ceux proches de stations thermales ou climatiques, une dérogation demandée au ministre chargé de la santé publique pour pouvoir y installer une officine. Cependant les préfets représentant le ministre n'avaient pas le pouvoir d'en décider eux-mêmes, ils devaient consulter les autorités administratives, syndicales, et ordinaires pour pouvoir donner son accord pouvant être remis en question par le juge administratif, rendant ainsi les actions plus difficiles et plus longues à réaliser.

Ces décisions de l'Etat avait pour but de préserver ou améliorer la santé publique en réduisant les possibilités de concurrence sauvage entre les officines qui pouvait aller à l'encontre de la santé du patient, et en les rendant accessible à tous. Cela empêchait donc les pharmaciens d'être tentés de s'installer dans des centres plus commerciaux au détriment des quartiers périphériques.²⁵

B) La suppression des chambres syndicales

L'article 60 du chapitre Ier du titre VIII de la loi dissolvait les syndicats, groupements ou organismes pharmaceutiques se rapportant à la défense des intérêts matériels et moraux de la profession au même titre que pour les autres professions pour créer à la place des chambres départementales spécifiques à la profession officinale, et nationales pour les droguistes, fabricants et répartiteurs, ainsi que des conseils régionaux de pharmaciens coordonnés par le conseil supérieur de la pharmacie. Ces chambres n'avaient aucune fonction originale par rapport aux précédentes, et ne représentaient nullement une évolution de la profession mais plutôt un retour vers les anciennes corporations médiévales. Leurs représentants et membres n'étaient pas élus par un système démocratique, mais nommés par les autorités administratives.⁹

C) Le maintien et le renfort du monopole pharmaceutique

Le monopole des produits de santé détenu par les pharmaciens fut non seulement maintenu mais renforcé. La profession d'herboriste est supprimée et le nombre de médecins pro-pharmaciens est limité. La formation en botanique et pharmacognosie du pharmacien était jugée essentielle et incontestable pour dispenser des plantes médicinales.⁹

D) L'exercice personnel de la profession

Désormais, le fonds de commerce d'une officine devait appartenir à un pharmacien diplômé qui devait y être obligatoirement présent. La pratique des « prêle-nom » qui permettait à des non-pharmaciens d'accéder aux titres de propriété d'une ou plusieurs officines fut ainsi éliminée. L'exploitation de l'officine prenait ainsi une dimension déontologique.⁹

Néanmoins, la loi de 1941 ne faisait pas mention d'une réglementation particulière de la dispensation ni des pratiques commerciales et renvoyait à la loi du 21 germinal an XI.

Section 3 : La création de l'Ordre des pharmaciens et le rétablissement des chambres syndicales (ordonnance du 5 mai 1945)

A) L'Ordre des pharmaciens

1) Sa création et son organisation

Le projet de création de l'Ordre des pharmaciens date de 1923, lors de la remise au gouvernement du rapport Cordier. Ce projet de création fut approuvé par l'Assemblée Générale en 1925, et un projet de loi fut déposé à la Chambre des députés en 1928 pour être voté en 1929 avant d'être envoyé au Sénat. Malheureusement, le Sénat transféra ce projet de loi à la commission d'hygiène d'où il n'est jamais sorti. En 1939, les pharmaciens se déclarèrent en grande majorité favorables à la proposition de création d'un ordre lors d'un référendum, mais l'arrivée de la guerre suspendit le projet. La loi de 1941 sous le régime de Vichy par sa doctrine du corporatisme ne fut pas favorable à la création de l'Ordre des pharmaciens. Jusqu'alors, un seul ordre professionnel existait, celui des avocats sous la forme décentralisée des barreaux depuis 1810 et celui des pharmaciens des départements devenus « Allemands » d'Alsace-Moselle. Deux ordres furent créés à ce moment-là : celui des médecins et celui des architectes mais pas celui des pharmaciens.

L'ordonnance n° 45-919 du 5 mai 1945 sous le général De Gaulle instaura l'Ordre des pharmaciens en abrogeant le titre II de la loi de 1941 jugé inapproprié pour l'organisation de la profession et dénué de valeur démocratique, le but étant de contrôler la profession et de défendre son honneur, en palliant au mieux les dysfonctionnements croissants rencontrés dans l'évolution du système de commercialisation et de distribution des produits de santé portant préjudice au public rencontrés pendant la Seconde guerre mondiale. Le docteur Mestre avec la publication de sa thèse sur le sujet et la société de pharmacie de Paris avaient contribué à ce projet, sans oublier un certain nombre de pharmaciens liés intimement avec le Conseil national de la résistance et le Comité médical de la résistance présidé par le professeur Pasteur Vallery-Radot et aidé d'un avocat au conseil d'Etat, Jacques Bosviel.

Selon l'exposé des motifs du 5 mai 1945, l'Ordre des pharmaciens, désormais indépendant des syndicats pharmaceutiques, devait se consacrer uniquement à la défense de la santé publique et des patients sans aucun but lucratif en prônant des principes de compétence et de bon exercice de la profession pharmaceutique : *« par opposition aux syndicats qui sont destinés à défendre les intérêts matériels de la profession, il était nécessaire de créer une institution qui, tout en assurant la sauvegarde de la moralité professionnelle du pharmacien, devenait du même fait l'instrument de défense des intérêts de la société. C'est le public lui-même qui pâtit en fin de compte quand une crise de moralité survient dans le corps médical. »*²⁶

Entre 1960 et 1961, les mandats des membres du conseil de l'ordre prirent fin sans que des élections n'aient été prévues, ce qui lui laissa un avenir incertain. Heureusement, un décret parut en février 1961 donnant un sursis au conseil de l'ordre avant de prochaines élections. A ce moment-là, un besoin de réforme de l'institution se faisait sentir pour l'adapter à l'évolution de l'industrie pharmaceutique et à celle de la société à la suite de la décolonisation.

L'Ordre des pharmaciens est actuellement divisé en plusieurs sections représentant les différentes branches de la profession selon l'article L. 4233-1 du code de la santé publique (CSP)²⁷ :

- La section A représente les pharmaciens titulaires, soit les propriétaires ou copropriétaires d'une officine.

- La section B comprend les pharmaciens responsables, intérimaires, délégués et adjoints exerçant dans les entreprises se liant à la fabrication, l'importation ou l'exploitation de médicaments et autres produits et objets inclus dans le monopole pharmaceutique.

- La section C est celles des pharmaciens responsables d'un établissement de vente ou de distribution en gros de produits pharmaceutiques.

- La section D regroupe les pharmaciens adjoints exerçant en officine, remplaçants de titulaires d'officine ou gérants après décès, pharmaciens mutualistes et, généralement tous les pharmaciens non-susceptibles de faire partie de l'une des sections A, B, C, E, G et H à l'exception des pharmaciens fonctionnaires mentionnés à l'article L. 4222-7 du CSP.

- La section E comprend tous les pharmaciens exerçant leur art dans les départements d'outre-mer et dans les collectivités territoriales de Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception des pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7 du CSP.

- La section G regroupe les pharmaciens exerçant dans un laboratoire d'analyse médicale et les pharmaciens exerçant la biologie médicale ou l'un de ces domaines dans un établissement de santé. Cette section a été créée suite à la loi du 11 juillet 1975 qui a remanié les conditions d'exercice de la biologie médicale.

- La section H représentant tous les pharmaciens exerçant dans les établissements de santé ou médicaux-sociaux, les établissements de transfusion sanguine, les services départementaux d'incendie et de secours, les dispensaires antituberculeux et les centres de planification ou d'éducation familiale.

Chacune des sections est dirigée par un conseil central dont le siège est à Paris. Selon l'article L. 4232-1 du CSP, le conseil national de l'ordre est composé de trente-trois membres dont vingt-six sont élus par les conseils centraux des différentes sections : huit pharmaciens titulaires d'officine pour la section A, quatre pharmaciens d'industrie pour la section B, deux pharmaciens distributeurs pour la section C, cinq pharmaciens salariés ou adjoints en officine pour la section D, un pharmacien d'outre-mer pour la section E, trois pharmaciens biologistes pour la section G et trois pharmaciens hospitaliers pour la section H. D'autres membres sont nommés par d'autres organismes : deux par élection de l'académie de pharmacie, trois professeurs ou maîtres de conférence sur proposition du ministre chargé de l'enseignement supérieur, un représentant du ministre chargé de la santé nommé par voie consultative, un représentant du ministre chargé de l'outre-mer par voie consultative. Un conseiller d'Etat assiste le conseil national par voie délibérative lorsque le conseil siège en chambre de discipline. Chaque section est gérée par un conseil central auquel sont reliés des conseils régionaux. Lorsqu'un conseil siège en chambre de discipline il est présidé par un magistrat de l'ordre administratif. Les membres élus des conseils ont une durée de mandat de six ans et l'ensemble des membres est renouvelable par moitié tous les trois ans. Le conseil national a le rôle de veiller au respect des lois et règlements portant sur l'ensemble du métier de pharmacien et le fonctionnement de l'ordre.²⁸

Ainsi, il est en charge de coordonner l'action des conseils centraux des sections, délibère sur certaines affaires relevant de sa compétence que lui soumettent les conseils centraux et le ministre chargé de la santé. Il représente la profession auprès des pouvoirs publics dans les missions qui lui sont propres. Il peut également s'occuper sur le plan national de toutes les questions d'entraide et de solidarité professionnelle comme les problèmes de sinistres et de retraites, ou exercer devant les juridictions pour la partie civile son droit en cas d'atteinte directe ou indirecte à l'honneur de la profession, d'organiser la mise en œuvre du Dossier Pharmaceutique (DP) . Il se réunit au moins quatre fois par an. Il gère le budget et les finances de l'Ordre.²⁸

2) Ses attributions et son œuvre depuis cette date

Les premières années, le Conseil de l'Ordre effectua les tâches qui lui étaient attribuées par la loi, et une jurisprudence se créa au fil du temps. D'après l'extrait des motifs du projet d'ordonnance du 5 mai 1945, l'Ordre avait pour mission principale d'établir un code de déontologie, ainsi que toute mesure qui ne manquera pas d'avoir une action moralisatrice sur les praticiens dont les actes doivent être irréprochables pour offrir une garantie totale à la santé publique.²⁹

Tous les pharmaciens étaient tenus de s'inscrire au Conseil de l'Ordre pour pouvoir exercer une activité pharmaceutique. De ce fait, le Conseil de l'Ordre se vit attribué le pouvoir d'interdire l'exercice de la pharmacie par ses instances disciplinaires.

Le 28 octobre 1966, l'article L. 538 du code de santé publique relatif au rôle du Conseil de l'Ordre des pharmaciens fut modifié pour être finalement abrogé par l'ordonnance du 22 juin 2000.

L'Ordre a des missions de santé publique :

- Il a un rôle consultatif dans l'organisation des soins en tant que promoteur de santé publique concernant l'ouverture des établissements pharmaceutiques de fabrication ou de distribution en gros, les licences d'implantation d'officines, la création, le transfert ou la suppression des pharmacies à usage intérieur, et les structures dispensatrices d'oxygène à usage médical.³⁰
- Il assure l'élaboration du DP, outil informatique de sécurisation et de dispensation du médicament créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé. Selon l'article L. 1111-23 du CSP : « *Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments (...), il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un **Dossier Pharmaceutique**. Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son Dossier Pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le Dossier Pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. Les informations de ce dossier utiles à la coordination des soins sont reportées dans le dossier médical personnel dans les conditions prévues à l'article L.1111-15* ». ³¹
- Il participe également à l'éducation sanitaire.
- Il met en œuvre le dispositif anti-cadeau dont le principe général est l'interdiction pour les pharmaciens et étudiants destinés à le devenir de recevoir des avantages en espèces ou en nature, d'une façon directe ou indirecte procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits de prise en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie.³² Il veille également au maintien de la transparence de la profession.³³
- Il a un rôle d'avis sur les demandes d'agrément des maîtres de stage. Selon l'arrêté du 28 avril 2013, les postulants doivent justifier de cinq années d'exercice exemplaire, dont au moins deux en tant que titulaire et gérant, de la tenue de l'officine, de la disponibilité, la motivation et l'actualisation de leurs connaissances. L'Ordre veille également à la moralité des postulants.³⁴
- Le Conseil national de l'Ordre a aussi des activités internationales, en tant que membre de la Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) regroupant 124 organisations professionnelles ou scientifiques pharmaceutiques de 90 pays dans le monde. ³⁵

Parmi ses autres obligations, l'Ordre des pharmaciens examine la capacité à exercer la pharmacie comme l'assiduité des pharmaciens au développement professionnel continu, assure le respect des devoirs professionnels et la défense de son honneur et de sa indépendance.²⁶

3) La déontologie du pharmacien, une éthique fondée sur l'intérêt de la santé publique

Depuis que l'Ordre des pharmaciens a été créé, la profession de pharmacien est soumise à un ensemble de principes moraux et de règles éthiques encadrant son activité professionnelle ainsi que ses rapports sociaux avec ses confrères et autres professionnels de santé que l'on appelle « déontologie ». Elle est représentée par le code de déontologie paru pour la première fois en 1963, véritable guide des pharmaciens dans leur activité, établissant leurs droits et leurs devoirs envers le patient dans son intérêt estimé supérieur à celui du pharmacien. Tous les devoirs et interdictions du code de déontologie sont articulés autour du respect de la vie et de la personne humaine, de la contribution à l'information et à l'éducation sanitaire du public, à la préservation de son indépendance professionnelle, du respect du secret professionnel, et du dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à leur art. Le code de déontologie a toujours été la référence du serment de Galien prononcé par tous les diplômés à la réception de leur thèse ou de la cérémonie des serments de Galien.

Selon l'article L. 4235-1 du CSP, le code de déontologie préparé par le conseil national de l'Ordre des pharmaciens devait être édicté sous forme de décret en conseil d'Etat²⁷.

B) Le rétablissement et le fonctionnement des chambres syndicales des pharmaciens d'officine

1) Rétablissement et rôle des syndicats des pharmaciens

Les organisations syndicales pharmaceutiques dissoutes par la loi de 1941 furent rétablies par l'ordonnance du 14 décembre 1944. Elles sont depuis lors chargées de la défense des intérêts économiques collectifs de la profession, alors que l'Ordre a le devoir de défendre les intérêts de la santé publique. Contrairement à l'Ordre, l'adhésion à un groupement syndical est facultative et réservée aux titulaires d'officine. Ils jouent le rôle d'intermédiaire de communication entre l'Etat et les pharmaciens d'officine pour lui soumettre les requêtes et question de l'ensemble de la profession à qui il rend des comptes pour régler les problèmes soulevés. Ils sont également amenés à négocier pour la réalisation d'actions conformes aux intérêts de la profession avec les instances institutionnelles, le Conseil de l'Ordre, l'Agence régionale de santé, ainsi qu'avec les partenaires sociaux et les organismes de protection sociale pour établir avec eux des conventions. Ils diffusent aussi aux professionnels les informations et actualités quotidiennes de la pharmacie. Il leur est aussi confié un rôle de promotion de l'image de la pharmacie et de représentation de la profession particulièrement en cas de manifestation pour la défense des intérêts de la profession.³⁶

2) Leur organisation

La plus ancienne organisation syndicale des pharmaciens toujours reconnue de nos jours par le ministère de la santé est la fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Fondée en 1884, elle regroupe aujourd'hui le plus grand nombre de pharmaciens en représentant les 4/5^{ème} des pharmaciens syndiqués. Elle s'occupe principalement de la défense

du monopole pharmaceutique, de l'indivisibilité de la propriété de l'officine et de son exploitation, de la répartition géographique des officines sur le territoire. Au niveau régional, elle est représentée par la fédération régionale d'Aquitaine appelée « pharmaciens d'Aquitaine », et au niveau départemental par le « Syndicat des pharmaciens de Gironde ». Elle a mis à disposition des professionnels des structures de communication avec notamment les organismes d'assurance (résopharma sur internet), et un journal pour s'exprimer (« Le pharmacien de France » disponible sur <http://www.pharmacien.fr/>) avec une société d'édition (société BALLU), ainsi que des bases de données comme connaître les plannings des gardes (résogardes 3237), les informations sur les médicaments vendus à l'officine (pharmastat). Elle met aussi les pharmaciens en relation avec une mutuelle d'assurance (MADP).³⁶

L'union nationale des pharmacies de France (UNPF) représentant les pharmaciens d'officine à l'échelon national a été créée en 1899. Elle s'occupe en priorité de la préservation du monopole pharmaceutique, la dynamisation et la valorisation des actes rendus par le pharmacien, l'adaptation du réseau pharmaceutique en créant des groupements financés par des sociétés de participation financières de professions libérales, et en favorisant l'accès des jeunes adjoints au capital. L'UNPF étudie aujourd'hui la mise en place de nouveaux modes de rémunérations et d'exercice de la profession pharmaceutique afin de lui permettre de subsister dans les meilleures conditions possibles.³⁶

L'union syndicale des pharmaciens d'officine (USPO) a été créée en dernier beaucoup plus récemment le 22 juin 2001 suite à une scission des présidents des syndicats départementaux au sein de la FSPF au cours d'une assemblée générale constitutive à Paris. Elle se constitua conformément aux articles L. 411-21 et suivants du code du travail sous la forme juridique d'une association de syndicats de pharmaciens. L'USPO est composée de délégations départementales se réunissant régulièrement pour des débats en commission d'étude ou groupe de travail. Ces délégations proposent des solutions constructives pour améliorer la pratique quotidienne de l'exercice officinal, travaillent à l'élaboration d'une politique nationale commune de défense professionnelle, recherchent des consensus sur des objectifs communs. L'USPO met également à disposition de ses membres des informations sur l'actualité quotidienne de la profession et bon nombre de conseils et informations pratiques.³⁶

Tous les syndicats sont représentés au niveau régional et national.

Section 4 : L'industrialisation de la commercialisation des médicaments et le développement de la sécurité sanitaire

A) Le cadre juridique de la spécialité pharmaceutique suite à son développement industriel

1) L'émergence de la spécialité pharmaceutique

La loi du 21 Germinal an XI aussi longtemps qu'elle fut en vigueur n'apporta pas de solide législation sur la fabrication des médicaments, leur commercialisation et leur circulation. Le décret du 4 septembre 1936 marquait cependant un progrès puisqu'il interdisait le colportage et la sollicitation de commande, et celui du 17 juin 1938 interdisait le compéragé médico-pharmaceutique.

La loi du 11 septembre 1941 restera la base de la législation en matière de médicaments préparés à l'avance car elle définissait pour la première fois la spécialité pharmaceutique. Selon l'article 44 du chapitre 2 du titre V : « *on entend par spécialité pharmaceutique tout médicament préparé à l'avance et dosé au poids médicinal, présenté sous un conditionnement particulier portant sa composition, le nom et l'adresse du fabricant, et vendu dans plusieurs officines.* » Malgré quelques modifications, cette définition est encore d'actualité. Le décret d'application de cette loi du 24 juin 1942 précisa la liste des justificatifs à apporter à la demande de visa. L'instruction du 30 août 1943 et le rectificatif du 28 octobre 1943 précisèrent davantage de quoi il s'agissait : une notice décrivant le mode de préparation, les essais pratiqués pour le contrôle des matières premières, les techniques détaillées de fabrication relatives à la caractérisation et au dosage des principes actifs du médicament, les indications thérapeutiques avec les observations cliniques et les divers documents justifiant l'intérêt thérapeutique de la spécialité. Selon ce même article, il fallait une autorisation préalable à la mise en exploitation de toute spécialité pharmaceutique sous forme d'un visa ministériel accordé sur proposition d'un comité technique des spécialités composé de onze membres dont six médecins, quatre pharmaciens, et un fonctionnaire de la santé. L'ordonnance du 23 mai 1945 modifia cette composition en portant le nombre de membres à treize dont sept médecins et cinq pharmaciens, le nombre de médecins étant encore prédominant.⁹

2) Les difficultés rencontrées dans la mise en circulation des spécialités pharmaceutiques

L'instruction du 30 août 1943 précisait les dispositions relatives à la délivrance et à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques déjà en circulation avant la parution de la loi du 11 septembre 1941, les nouvelles ne devant pas pour une même thérapeutique présenter une composition comparable à celle ayant déjà reçu le visa ou à une formule créée postérieurement, et leurs critères de qualité devaient correspondre à ceux rencontrés sur le marché. Toutes les spécialités sur le marché devaient répondre à des critères techniques non susceptibles de nuire à la santé et à la morale publique, et les nouvelles spécialités avaient l'obligation de présenter une originalité et une opportunité appelée « caractère de nouveauté ».

Cette disposition révolutionnait ainsi le principe de la « non-brevetabilité » du médicament proclamée par la loi du 5 juillet 1844 dont l'article 3-10 décidait que « les compositions pharmaceutiques et les remèdes de toute espèce » ne sont pas susceptibles d'être brevetés. Cette obligation de caractère de nouveauté encourageait la recherche mais freinait la cadence des créations. Néanmoins à cette époque les visas étaient délivrés au fabricant pour une durée illimitée, ce qui sur le long terme pouvait poser des problèmes d'ordre de santé publique par l'exploitation excessive d'une même spécialité.

Cette loi permettait ainsi d'assainir le marché des spécialités. En effet, dans les années 30, les spécialités de composition voisines proliféraient suite au décret du 13 juillet 1926 qui permettait la commercialisation de tout médicament spécialisé pourvu qu'il soit inscrit au Codex. Le droit fixe de 2000 francs en échange de la demande de visa fut dissuasif mais les fabricants se servirent des « produits sous cachets » pour contourner les textes réglementaires. Le cachet était une sorte de garantie de qualité par les fabricants. L'instruction du 9 juin 1943 en donna une définition complète : « *on entend par « produit sous cachet » tout produit*

pharmaceutique simple ou composé, dont la formule est inscrite au codex, préparé à l'avance, dosé au poids médicinal et vendu dans plusieurs officines sous un conditionnement portant exclusivement le nom et l'adresse du fabricant, le nom scientifique ou commun du produit à l'exclusion de toute indication thérapeutique ». « Est également considéré comme produit sous cachet tout produit composé de prescription courante ne figurant pas au codex, mais dont la formule aura été agréée par le comité technique des spécialités ». « Le produit sous cachet ne peut être mis en vente que s'il a été enregistré au secrétariat d'Etat à la santé. Le produit sous cachet est soumis à la même réglementation que la spécialité pharmaceutique en ce qui concerne la détention, la délivrance et l'étiquetage. » « Les fabricants de produits sous cachet ne peuvent faire de publicité que pour leur cachet ou marque de fabrique et non pour un produit déterminé. »⁹

Auparavant les substances actives pouvaient être identifiées de diverses manières (dénomination scientifique, ou abrégée vulgaire ou de fantaisie en guise de marque à défaut de brevet) prêtant à confusion dans les échanges de communication source de malentendu dans leur commercialisation et de problèmes de santé publique. Il paraissait de plus en plus évident de donner aux spécialités une dénomination universelle et officielle, ainsi dans un premier temps l'arrêté du 22 janvier 1946 donna le pouvoir à la commission permanente du codex pour attribuer à chaque médicament une dénomination commune (D.C), et l'OMS par la suite, sous la direction du professeur René Hazard, décida d'instituer les dénominations communes internationales (DCI) permettant l'identification commune scientifique des molécules de principes actifs à travers le monde. Ainsi, toute spécialité renfermant un principe actif même débitée sous un nom de fantaisie devait présenter en plus la D.C ou de préférence la D.C.I.⁹

La loi du 22 mai 1946 ajouta quelques dispositions à la loi du 11 septembre 1941 afin de contrer les problèmes rencontrés avec les spécialités pharmaceutiques. Il était précisé dans l'article 3 que le visa pouvait être délivré par le comité technique aux spécialités commercialisées avant le 11 septembre 1941, à condition qu'il ne constate pas le moindre critère pouvant nuire à la santé morale et physique de la population. Pour les spécialités débitées postérieurement à cette date, le visa ne pouvait être délivré qu'à condition que le comité technique apprécie son caractère de nouveauté ainsi que son intérêt thérapeutique sans qu'elles ne nuisent à la santé morale et physique des personnes. Le caractère de nouveauté de spécialité était garanti six ans pendant lesquels toute imitation par une autre spécialité était interdite, mais en revanche cette interdiction ne concernait pas les produits sous cachet débités pendant ces six ans pouvant présenter la même composition. A l'expiration de ce délai, le visa pouvait être octroyé à toute spécialité de même composition qui devait obligatoirement posséder une dénomination commune ou scientifique accompagné du nom du pharmacien fabricant. L'article 44 bis modifiait la définition du produit sous cachet sur deux points : le produit sous cachet ne pouvait être débité sous sa dénomination commune ou scientifique sans être accompagné du nom du pharmacien responsable, et il ne pouvait faire l'objet de publicité que si certaines conditions étaient réunies telles que la présence du nom et de la composition du produit, celui du pharmacien fabricant avec ses titres et diplômes universitaires ainsi que son adresse. L'obligation de caractère de nouveauté impliquait au comité technique de posséder un registre d'antériorité sur lequel chaque demande de visa était inscrite avec un numéro, une date de dépôt du dossier, la formule de la spécialité avec le nom et l'adresse du pharmacien demandeur.⁹

3) Les réformes du cadre juridique des spécialités pharmaceutiques avec la promulgation du code de santé publique

La réforme de l'ordonnance du 4 février 1959³⁷ s'imposa à la suite à la catastrophe du *stalinon* ayant provoqué la mort d'une centaine de personnes en 1954. Ce médicament indiqué pour traiter la furonculose était composé de diiododiéthylétain, substance chimique dont les métabolites de di et triéthylque se sont avérés très toxiques pour le système nerveux central provoquant de violentes céphalées avec un œdème cérébral accompagné de troubles psychiques mortels. Les exigences d'obtention du visa avaient donc besoin d'être renforcées par cette réforme pour des raisons de santé publique en évitant la mise sur le marché de produits trop dangereux, et pour des raisons économiques pour relancer la recherche pharmaceutique découragée par les ravages des produits sous cachets et pour limiter le nombre de spécialités redondantes sur le marché.

Ainsi, une réforme du régime des visas fut mise en place : le fabricant devait à présent justifier de l'innocuité et de l'intérêt pharmaceutique de sa spécialité par vérification de la conformité à la formule par une analyse qualitative et quantitative de la ou des substance(s) active(s) par l'intermédiaire d'experts librement choisis sur une liste d'experts agréés. Les conditions de fabrication, les matières premières et les produits finis devaient être sérieusement contrôlés. Pour cela le fabricant devait fournir une description des procédés et des installations prévus, et le visa ne lui était accordé que si toutes les dispositions étaient jugées suffisantes par le comité technique. De plus, le visa ne suffisait plus pour mettre la spécialité sur le marché, il fallait une autorisation de débit accordée après vérification que les conditions de fabrication et de contrôle correspondaient bien à celles auxquelles le fabricant était engagé.

Un brevet spécial de médicament fut également institué par cette réforme à des fins de santé publique. On craignait la menace des intérêts de santé publique que peut provoquer un monopole sur une spécialité engendré par un brevet. Donc, des dispositions particulières furent mises en place, telles que la délivrance d'un avis documentaire sur la nouveauté susceptible d'opposition de la part du bénéficiaire et des tiers intéressés, et l'institution d'une licence administrative obligatoire permettant à un autre fabricant de le produire quand la quantité ou la qualité devenait insuffisante ou que son prix était anormalement élevé. Cette licence ouvrait le droit à une rémunération équitable pour le titulaire du brevet. Ainsi, le caractère de nouveauté des spécialités n'était plus exigé et les produits sous cachet étaient supprimés.

Ce brevet servait donc à protéger l'inventeur, une stimulation de la recherche et un frein à la multiplication des produits pharmaceutiques.⁹

Le code de la santé publique, véritable pilier de la réglementation des professions médicales, entra en vigueur par le décret du 5 octobre 1953. Un code réglementaire créé par décret le 26 novembre 1956 le complétait pour les décrets en conseil d'Etat et les règlements d'administration publique. Toutes les dispositions relatives à la spécialité pharmaceutique avant la création y furent transposées ainsi que les réformes relatives qui suivirent. L'article L. 601 donnait une définition de la spécialité pharmaceutique qui a seulement été modifiée depuis par l'ordonnance du 28 septembre 1967 supprimant les termes « vendus dans plusieurs officines ». Cette ordonnance remplaça le visa et l'autorisation de débit par l'autorisation de mise sur le marché (A.M.M), sa durée étant limitée à cinq ans renouvelables. Cette A.M.M peut être suspendue ou supprimée par le ministre chargé de la santé.⁹

La loi du 2 janvier 1968, votée sur proposition de M. Herzog, avait pour objectif de favoriser davantage la recherche en médicament et à modifier le régime des brevets d'invention. Elle tendait à se rapprocher d'une législation européenne en alignant les dispositions sur celles de l'Allemagne et des Pays-Bas. Elle abrogeait définitivement la loi du 5 juillet 1844 sur la non-brevetabilité des spécialités pharmaceutiques et abrogeait l'article L. 604 du CSP en supprimant le brevet spécial du médicament. La protection du brevet était limitée aux revendications de la spécialité. La spécialité ne pouvait être brevetée qu'à condition qu'elle ait pour objet un produit, une substance ou une composition présentée comme constituant pour la première fois un médicament. Elle imposait un examen préalable comportant un avis documentaire établi afin de pouvoir juger du caractère créatif de la spécialité, de son innocuité et de son efficacité thérapeutique.

Un système de licence était organisé et imposé : la licence obligatoire pouvait être obtenue du pouvoir judiciaire par toute personne physique ou morale après expiration de trois années de brevet ; la licence d'office imposée, non-délivrée à la demande d'une personne, mais imposée par arrêté du ministre de la propriété industrielle sur demande du ministre de la santé publique si l'intérêt de la santé publique était en jeu pour des cas de quantité insuffisante par rapport à la demande et au besoin du public ou si le prix est trop élevé. La redevance, quand elle n'était pas fixée à l'amiable, l'était par le tribunal de grande instance.

La durée du brevet français est de vingt ans comme dans la plupart des pays européens, mais la durée réelle d'exploitation exclusive d'une spécialité est de dix ans à cause du temps requis pour la mise au point des procédés de fabrication, de contrôle des matières premières et du produit fini, et des démarches pour l'obtention de l'AMM et la fixation du prix de remboursement par la sécurité sociale. La loi du 25 juin 1990 créa « le certificat complémentaire de protection » destiné à prolonger la protection industrielle accordée par le brevet de sept ans à compter de l'échéance de ce dernier dans la limite de 17 ans depuis le début de l'AMM. Cette loi fut instituée dans le but d'encourager l'innovation dans l'industrie pharmaceutique française car le besoin s'en faisait sentir par sa perte du classement au deuxième rang mondial de l'innovation pharmaceutique à partir de 1975.⁹

La spécialité générique définie par l'article R. 5133-1 issu du décret du 6 mai 1988, est considérée comme « essentiellement similaire à une autre spécialité » à condition qu'elle présente la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique avec une bioéquivalence démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. Le générique substitue le princeps pour des raisons économiques et les deux sont interchangeables. Le coût plus faible du générique s'explique par l'absence de frais de recherche. Une spécialité identique à une autre déjà existante peut être mise sur le marché en France à condition que cette dernière ne soit plus protégée par un brevet. Le générique s'est développé plus rapidement dans les autres pays qu'en France où le faible prix des spécialités ne suscitait pas son intérêt jusqu'à aujourd'hui...Le droit à la substitution par le pharmacien est désormais acquis. Selon l'article L. 5125-23 du CSP, le pharmacien ne peut délivrer une spécialité ayant une dénomination commune différente de celle prescrite que sur accord exprès et préalable du prescripteur. En revanche, il ne peut pas délivrer par substitution une spécialité du même groupe générique, si le prescripteur a inscrit sous forme manuscrite la mention « non-substituable ». En cas de substitution, il doit inscrire le nom de la spécialité générique qu'il a délivrée, en face du nom de la spécialité prescrite.³⁸

Au niveau industriel, le générique ne présente un intérêt que pour les industriels n'ayant pas les moyens d'investir des frais de recherche en innovation médicamenteuse. L'OMS le préconise pour les pays en voie de développement en raison de son coût.⁹

B) Le développement du rôle du pharmacien en pharmacovigilance

A la fin du XX^{ème} siècle, le système de contrôle d'efficacité, d'innocuité et de qualité des spécialités pharmaceutiques était bien établi avant l'obtention de leur A.M.M, mais il semblait nécessaire d'assurer un suivi des effets indésirables et thérapeutiques une fois commercialisées. En effet, l'usage des médicaments sur l'ensemble de la population sur du très long terme soit une durée différente de celle des tests réalisés au préalable peut amener à des conclusions différentes sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque de celle établie lors de l'obtention de l'A.M.M.

La pharmacovigilance existant depuis l'arrivée de la spécialité pharmaceutique sur le marché, le premier élément du réseau de pharmacovigilance a été créé en France en 1974 est le centre de pharmacovigilance par l'initiative de l'ordre des médecins, des pharmaciens, de groupement de centres antipoison et du syndicat national de l'industrie pharmaceutique sous forme d'association conformément à la loi de 1901 par l'arrêté de 1976. Suite aux recommandations du professeur Gaultier, président de la commission technique de pharmacovigilance, il était nécessaire de développer ce réseau, ce qui fut réalisé par l'arrêté du 10 avril 1980 abrogeant le précédent pour coordonner le centre national de pharmacovigilance avec des centres de vigilance hospitalière atout indispensable au réseau de vigilance, et avec une commission de pharmacovigilance.

Selon l'article 2, les centres de vigilance hospitalière sont intégrés aux centres hospitaliers et universitaires régionaux auprès d'un service de pharmacologie clinique. Ils ont pour mission de recueillir le plus d'informations possibles sur les accidents graves liés de près ou de loin à l'emploi de produits pharmaceutiques. Selon l'article 3, le centre national de pharmacovigilance a pour but de centraliser et rassembler les informations sur les effets néfastes ou imprévus des médicaments transmis par les autorités sanitaires, les ordres des médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, les centres anti-poisons, les fabricants de produits pharmaceutiques, toutes personnes physique ou morale, les centres de vigilance hospitalière, pour les transmettre ensuite à la commission de pharmacovigilance instituée par l'article 6.

Le conseil national de pharmacovigilance est composé de membres élus par l'assemblée générale dudit centre, de membres juristes et de membres élus par le ministère de la santé : le président du Conseil de l'Ordre des pharmaciens, celui des médecins, un représentant du groupement des centres de lutte contre les intoxications, le président du syndicat national de l'industrie pharmaceutique, et un représentant des centres de vigilance hospitalière nommé par le ministre chargé de la santé.

La commission de pharmacovigilance a pour missions d'évaluer le degré de validité des informations reçues et transmises par le conseil national de pharmacovigilance et de procéder aux vérifications jugées nécessaires pouvant être effectuées par des membres de la commission ou des rapporteurs ou consultants extérieurs nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. Elle se doit d'informer le conseil des résultats de ses travaux et recherches

en lui transmettant des comptes-rendus pendant les réunions. Elle peut émettre un avis auprès du ministre de la santé. La commission est composée de trois membres de droit dont le directeur de la pharmacie et du médicament ou son représentant, de vingt-deux membres élus pour deux ans par le ministre de la santé dont deux pharmaciens hospitaliers, neuf toxicologues ou pharmacologues, huit membres dont quatre cliniciens proposés par le centre national de pharmacovigilance et trois cliniciens. Le président est élu pour un an par le ministre de la santé. Une coordination fut créée entre la pharmacovigilance et la toxicovigilance au moyen d'une commission de coordination de toxicopharmacovigilance. Sa présidence était assurée par le directeur de la pharmacie et du médicament.³⁹

Ainsi, le rôle du pharmacien d'officine était inexistant au sein du réseau de pharmacovigilance à son commencement. Seule la profession de pharmaceutique dans sa globalité était représentée par le président du Conseil de l'Ordre siégeant au conseil national de pharmacovigilance. Seuls des pharmaciens hospitaliers étaient sollicités pour les missions de la commission de pharmacovigilance.

Actuellement, le pharmacien d'officine a de véritables obligations en matière de vigilance qui s'étendent à tous les produits de santé y compris les dispositifs médicaux. Il doit notifier les effets indésirables imputables à tout médicament aux autorités compétentes, après s'être assuré par un entretien approprié et confidentiel avec le patient de leur existence et de leur caractère inconnu. Il reçoit les alertes sanitaires nationales via le système du dossier pharmaceutique dont il dispose obligatoirement. Il a le devoir d'informer avec tact toute personne ayant recours à ses compétences, des alertes et retraits de lot concernant le produit demandé. Il doit contrôler de lui-même les alertes sanitaires rapportées par ses collaborateurs, pour évaluer l'importance de leur notification.⁴⁰

Section 5 : Les réformes des études et des diplômes en pharmacie

A) La suppression des pharmaciens de seconde classe (loi du 19 avril 1898)

Deux classes de pharmaciens existaient sans avoir de dénomination spéciale sous la loi de Germinal, ainsi qu'une troisième classe de pharmaciens correspondant aux pharmaciens militaires n'exerçant que dans les armées et hôpitaux militaires, avant que ne paraisse le décret du 22 août 1854 établissant officiellement une distinction entre les pharmaciens de première classe pouvant exercer sur l'ensemble du territoire et ceux de deuxième classe limités au niveau départemental selon les articles 19 et 25 rappelant les articles 23 et 24 de la loi de Germinal.

Ce décret supprimait les jurys départementaux. Les résultats d'admissions par les jurys étant plus élevés que ceux des écoles de pharmacie, le gouvernement exprima par la même occasion la volonté d'évaluer l'aptitude à l'exercice de la pharmacie des pharmaciens de deuxième classe par les écoles supérieures ou par les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie créées par l'ordonnance du 12 mars 1840.

L'ordonnance du 27 septembre 1840 rattacha les écoles de pharmacie aux universités. Les jurys étaient présidés par un professeur de l'une des écoles supérieures. Il fut aussi imposé les mêmes enseignements théoriques à tous les aspirants-pharmaciens, la scolarité étant devenue obligatoire. Elle durait trois ans en école supérieure (ou un an en cas de fréquentation pendant deux ans et demi) pour pouvoir devenir un pharmacien de première classe, un an dans une école supérieure ou 18 mois dans les écoles préparatoires pour pouvoir devenir pharmacien de deuxième classe. L'obtention du baccalauréat était obligatoire pour l'inscription en école supérieure ou préparatoire pour pouvoir prétendre au diplôme de pharmacien de première classe. Enfin, trois examens de fin d'études étaient ajoutés aux cinq examens semestriels. Selon le règlement du 23 décembre 1854, le premier portait sur la physique, la chimie, la toxicologie avec explication d'un passage du codex en latin, le deuxième sur l'histoire naturelle médicale et la pharmacie, le troisième étant un examen pratique avec au moins dix préparations.²¹

Malgré ces réformes valorisant les deux formations, les résultats par la suite furent encore critiques : le nombre de pharmaciens de deuxième classe était trop important par rapport à ceux de première classe, alors que leurs compétences étaient jugées insuffisantes par les jurys au vu de leur diplôme à cause de leur scolarité moindre. D'autres réformes eurent pour but d'égaliser les deux formations (renforcement du niveau d'enseignement minimal exigé pour l'entrée dans les études par le décret du 14 juillet 1875, égalisation de la durée du stage et des études selon le décret du 12 juillet 1878...) pour qu'en toute logique ne subsiste qu'une seule formation et un seul diplôme. Ainsi le diplôme de pharmacien de seconde classe fut supprimé par la loi du 19 avril 1898, après la suppression du titre d'officier de santé par la loi du 30 novembre 1892 : « Désormais, il ne sera délivré qu'un seul diplôme de pharmacien, correspondant au diplôme de 1^{re} classe existant lors de la promulgation de la présente loi. Il n'est rien innové en ce qui touche le diplôme supérieur de pharmacien de 1^{re} classe créé par le décret du 12 juillet 1878. » Le principe d'unicité du diplôme de pharmacien était ainsi établi.²¹

Cette loi permettait également aux étudiants étrangers d'obtenir soit le diplôme d'Etat de pharmacien, soit un diplôme universitaire ne conférant pas le droit d'exercer en France, en fonction des titres initiaux dont ils pouvaient justifier.⁹ Le décret du 26 juillet 1909 précisa par la suite les conditions requises aux pharmaciens de deuxième classe en exercice pour obtenir les compétences équivalentes à celles de l'ancien pharmacien de première classe.²¹

B) La nouvelle organisation des études de pharmacie

Le décret du 26 juillet 1909 portait sur la réorganisation des études, essentiellement du stage et des examens probatoires. Le futur pharmacien devait effectuer un stage d'une année avant de pouvoir commencer une scolarité portée à quatre ans. Le stage ne pouvait plus se faire que chez des pharmaciens possédant un agrément, sorte d'habilitation pour pouvoir former des stagiaires. Pour pouvoir prétendre à tout cela, le candidat devait avant tout posséder le baccalauréat. A la fin du stage, il devait satisfaire à l'examen de validation du stage.⁹

L'organisation du stage par rapport à celle des enseignements finit par être dépassée et critiquée pour la rupture intellectuelle qu'elle provoquait entre l'obtention du baccalauréat et le début des études de pharmacie et le fait de ne plus être adapté à la préparation du futur métier de pharmacien. En effet, la préparation des médicaments à l'officine laissait de plus en plus la place à la dispensation au comptoir de spécialités industrielles nécessitant des conseils et de solides connaissances en interactions pharmaco-chimiques. La modification des modalités de stage s'imposait donc pour des raisons de santé publique, et pour cela la nécessité d'avoir suivi quelques enseignements avant de le débiter se faisait sentir. Ainsi, le stage fut scindé en deux parties : l'une durait six semaines en deuxième année d'étude en dehors de l'année universitaire, et l'autre durait six mois au cours de la cinquième année suivie de l'examen de validation.⁹

Les enseignements étaient constitués de travaux pratiques obligatoires et d'enseignements magistraux. Après la troisième année d'étude, l'étudiant devait passer un examen portant sur les différents enseignements de l'année en cours, puis trois examens probatoires au cours de la quatrième année. Ces examens portaient sur les seize matières enseignées pendant le cursus, auxquelles le décret du 4 mai 1937 ajouta la pharmacodynamie (science portée sur l'action d'un principe actif produite sur l'organisme). La deuxième partie du troisième examen probatoire était consacrée au départ à la préparation de médicaments et fut modifiée sous forme d'interrogatoire semblable à la première partie. Il était exigé dans ce décret d'avoir d'autres titres que le baccalauréat pour s'inscrire au stage. Les trois examens probatoires devinrent quatre examens définitifs. Les deux premiers examens consacrés aux sciences physico-chimiques et aux sciences naturelles furent supprimés par le décret du 6 août 1958. Le troisième examen portait sur les sciences appliquées à la pharmacie telles que la chimie biologique, l'hygiène, l'hydrologie, la toxicologie, la microbiologie, et aux sciences pharmaceutiques (pharmacie clinique, galénique, matière minérale, droit pharmaceutique). Ces examens étaient composés d'épreuves pratiques et orales. Des épreuves écrites aux examens de fin de première et de deuxième année étaient également instituées. Ces examens étaient divisés ainsi en deux parties permettant l'élimination des candidats ayant subi quatre échecs à un même examen de fin d'année. D'autres enseignements furent créés par ce décret en plus de la pharmacodynamie : la virologie, l'immunologie se désolidarisant de l'enseignement de microbiologie, la parasitologie, l'anatomie et la physiologie se désolidarisant du cours de zoologie, ainsi que des mathématiques appliquées aux sciences expérimentales en cours complémentaire. Ce mode d'enseignement avec ces modifications dura vingt-cinq ans.⁹

Avant 1982, les études de pharmacie étaient organisées en un premier cycle préparatoire d'une année, et d'un deuxième cycle comprenant trois années de formation générale et une année de spécialisation. La structuration en trois cycles du cursus universitaire eut lieu suite à la parution de l'article 59 de la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 au journal officiel. Le troisième cycle créé donne accès au diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.⁹

Les unités d'enseignements (U.E) remplaçant « matières » ou « modules », sorte d'unité de base regroupant plusieurs enseignements et activités furent créés plus tard en 1969. Certaines étaient à caractère strictement pharmaceutique et d'autres étaient constituées de composantes médicales et pharmaceutiques. Les deux derniers examens probatoires disparurent aux regrets de tous.⁹

C) L'apparition de différentes filières dans les études de pharmacie

L'industrie pharmaceutique étant en plein essor, il parut approprié de former les futurs pharmaciens à diriger les établissements industriels ou pour assister ses dirigeants. Un complément d'étude spécialisé en pratique industrielle fut mis en place sous forme de certificats d'études supérieures. Un certificat spécialisé en analyse biologique médicale apparut aussi. Un projet de spécialisation des études de pharmacie fut envisagé à partir de la parution du décret du 26 novembre 1962. Il apporta des modifications profondes à l'organisation du stage, des études et des examens. Une cinquième année de pré-spécialisation fut créée par le décret du 8 novembre 1968. Trois options étaient proposées : officine, biologie et industrie. Ainsi, trois filières étaient créées tout en conservant l'unicité du diplôme par une base commune d'enseignements permettant toute reconversion possible dans n'importe quelle spécialité. Actuellement, la spécialisation en cinquième année se fait à travers la validation d'unités d'enseignement spécifiques à chacune des filières. Ce nouveau système comportait tout de même des failles car les étudiants se contentaient parfois de choisir l'option qui comportait le stage le plus agréable et le plus facile à valider.⁹

On distinguait l'option « officine », « industrie », et « biologie ». Ces dispositions ont été prolongées par le décret du 4 septembre 1969 et sont restées en vigueur jusqu'à la réforme de 1980. On compte actuellement quatre filières de spécialisation : « officine », « industrie », « préparation à l'internat », et « recherche ».

D) La réforme de juin 1980 : la sélection des étudiants

Une importante réforme des études de pharmacie est intervenue avec la loi du 2 janvier 1979 votée par le Parlement sur proposition de Jacques Delong, pharmacien et député de la Haute-Marne. Une sélection des étudiants au cours de la première année des études de pharmacie était mise en place. Cette réforme était jugée nécessaire compte tenu du nombre d'étudiants inscrits dans les vingt-quatre facultés de pharmacie, devenu trop important par rapport à la capacité de formation et des besoins de la population en pharmaciens. Ainsi, chaque année depuis lors, un arrêté précise le nombre d'étudiants admis à poursuivre les études de pharmacie en 2^{ème} année pour chaque U.E.R. L'article 5 de la loi précisait que le classement devait être anonyme, que les épreuves doivent être exclusivement écrites, ce qui entraîna la suppression des travaux pratiques de première année.⁹

La deuxième réforme importante fut le remplacement du diplôme de pharmacien par un doctorat qui s'obtenait après avoir satisfait aux examens de la cinquième année, par la soutenance devant un jury composé de trois membres d'un mémoire dactylographié. Les sujets de thèses peuvent être proposés et sont obligatoirement validés par les enseignants dans le souci d'éviter les doublons.⁹

Les trois options de spécialisation furent conservées, dont la première fut rebaptisée « officine et pharmacie hospitalière » préparant les futurs pharmaciens d'officine et les futurs gérants de pharmacie hospitalière. La pré-spécialisation ne commençait plus en cinquième année, mais dès le second semestre de la quatrième année d'étude. La loi Delong avait consacré ses quatre premiers articles au statut des enseignants des UFR de pharmacie à propos du cumul de leurs activités de biologistes ou de praticiens hospitaliers leur donnant trop de privilèges au niveau des droits à la retraite et de leur rémunération qui furent règlementées par

décrets. La présence et la compétence de ces praticiens hospitaliers dans l'enseignement incita à créer la cinquième année « hospitalo-universitaire » dans le cursus.⁹

Deux autres stages furent créés : un stage d'initiation officinale de deux mois à temps complet obligatoire avant le début de la deuxième année et un stage de pratique professionnelle de six mois à temps complet au cours de la sixième année. Ce dernier peut toujours s'effectuer dans différents établissements tels que l'officine, un établissement industriel, une pharmacie à usage intérieur, un laboratoire de recherche universitaire, selon le choix d'orientation de l'étudiant.

Malgré l'unicité du diplôme toujours présente, les différences de formation entre les diverses filières de pharmacien s'accrochèrent de plus en plus. La réforme mise en place par l'arrêté du 17 juillet 1987 accentua davantage ces divergences, et imposa une réduction de la durée d'enseignement des sciences fondamentales dans le cursus universitaire et du nombre de séances de travaux pratiques, avec une multiplication des enseignements optionnels incitant à un choix prématuré moins facile à utiliser à bon escient, la suppression des généralités élémentaires de droit pharmaceutique.

Le droit est enseigné par des professeurs ou maîtres de conférence en faculté de pharmacie depuis 1913 où un cours complémentaire a été créé par l'introduction d'une chaire subventionnée à Paris par la chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques en janvier 1944, puis une option créée au concours d'agrégation en 1964. Néanmoins, selon le principe d'autonomie d'enseignement, chaque UFR de pharmacie est libre de déterminer l'organisation de la formation commune de base et de la création des enseignements optionnels.⁹

E) La réforme de juillet 2009

La première année commune des études de santé (PACES) a été créée par l'article L. 631-1 du code de l'éducation, modifié par la loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009. Désormais, le concours de première année est commun aux études médicales, pharmaceutiques, odontologiques et de sage-femme. Conformément à l'article 2 de l'arrêté du 28 octobre 2009, les candidats doivent justifier du baccalauréat, ou du diplôme d'accès aux études universitaires ou d'un diplôme français ou étranger équivalent au baccalauréat en application de la réglementation nationale, ou d'une qualification ou expérience jugée suffisante selon l'article L. 613-5 du code de l'éducation.

A l'issue des épreuves, quatre classements sont établis en fonction des résultats obtenus sur l'ensemble des unités d'enseignements obligatoires et spécifiques à chacune des quatre filières. Les candidats doivent figurer en rang utile sur la liste de classement correspondant à la filière choisie. Un dispositif de réorientation est prévu par cette loi, pour faciliter la réorientation des étudiants à l'issue du premier semestre ou de l'année. En fonction des résultats obtenus, les candidats peuvent être réorientés sur proposition du président de l'université vers une autre formation universitaire dans la limite de 15 % des inscrits. A l'issue du deuxième semestre, les candidats classés au-delà d'un rang compris entre deux fois et demi et trois fois le nombre de places attribuées à l'établissement pour l'ensemble des filières peuvent être réorientés sur décision du président de l'université. Les étudiants réorientés sont autorisés à se réinscrire en première année des études de santé sous réserve d'avoir validé un certain nombre de crédits dans une autre formation conduisant au grade de licence.⁴¹

Chapitre 3 : Les apports de la loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 (dite loi « HPST »)

Section 1 : Le contexte de la promulgation de la loi HPST

A) Des raisons économiques : organisation et fonctionnement de l'assurance maladie

1) L'organisation et les fonctions de l'assurance maladie

L'assurance maladie permet à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quel que soit son âge et son niveau de ressources. Elle est construite sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. La protection sociale concernait au début tous les régimes à l'exception de celui des chômeurs. Petit à petit, son champ d'application s'est étendu à toutes les catégories de population. Aujourd'hui, elle garantit l'accès aux soins de près de 57 millions de personnes, pour le régime général.⁴²

Le régime général de la sécurité sociale a été créé par fusion des anciennes assurances en 1945 par les ordonnances du 4 et 19 octobre promulguées du gouvernement de Charles de Gaulle, sur proposition du rapport Laroque de 1944 inspiré du rapport Beveridge.

Le système était établi sur le financement par prélèvement sur les revenus du travail pour tous les régimes, ce qui est toujours le cas. Il était fondé sur le principe de l'extension du champ d'application de la sécurité sociale à d'autres catégories de population. Le régime agricole était séparé du régime général avec les régimes spéciaux. Il respectait aussi le principe de démocratie sociale, consistant à la gestion paritaire des caisses par les partenaires sociaux au sein d'un conseil d'administration.

C'est en 1946 que la protection sociale de tous les citoyens entre dans la constitution. Selon l'article 1er de la Constitution de 1946 : *« Il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent ».*

En 1958, la nouvelle Constitution redéfinit les fonctions de la sécurité sociale et les droits des individus pour y avoir recours : toute personne, quel que soit son âge, son état physique ou mental ou sa situation économique n'ayant pas la capacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables. Depuis 1967, trois caisses nationales ont été mises en place pour diviser l'assurance maladie en plusieurs branches : la CNAMT (caisse nationale maladie-maternité-accident de travail), la CNAF (caisse nationale s'assurance familiale), la CNAVTS (caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs sociaux). Ces caisses étaient à présent autonomes au niveau de leurs ressources et dépenses en relevant du droit privé. L'ACOSS (Agence centrale de recouvrement des cotisations) les coordonne et les administre.

Le service médical de la sécurité sociale a été créé en 1968, et à partir de 1978, les droits à la sécurité sociale se sont étendus à toute la population y compris les handicapés avec la création de l'allocation adulte handicapé, alors qu'au début seuls les travailleurs étaient couverts.

En 1996, une grande réforme opérée par les plans Juppé ont créé une nouvelle chaîne de responsabilité entre les acteurs du système de protection sociale que sont le Gouvernement, le Parlement, les gestionnaires des systèmes de sécurité sociale, les professionnels de santé et les assurés sociaux. Un régime universel d'assurance maladie ouvrant automatiquement les droits à la prise en charge de toute personne âgée de plus de 18 ans et résidant régulièrement sur le territoire français fut institué. Elle entraîna la création des ARH (agences régionales d'hospitalisation), et de l'URCAM (union régionale des caisses d'assurance maladie), soit le regroupement des caisses par régions. La couverture maladie universelle existe depuis 2000 pour les personnes ne pouvant bénéficier d'autres régimes obligatoires de la sécurité sociale avec la diffusion de la carte vitale pour les ayants-droits âgés de 16 ans et plus.⁴²

La réforme de 2004 visait à remanier la structure de l'assurance maladie tout en sauvegardant le régime d'assurance maladie et en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux qui sont l'égalité des soins, leur qualité et la solidarité. La loi du 13 août 2004 redéfinit l'organisation de l'offre de soin, de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et des instances dirigeantes de la CNAMTS et crée la Haute Autorité de Santé. Celle-ci définit le périmètre des soins remboursables, ce qui est remboursé par la collectivité, et émet des avis et des synthèses sur les actes, les produits de santé, les pathologies chroniques et rares.⁴²

2) L'évolution de ses difficultés budgétaires et ses répercussions sur la profession

Le déficit de l'assurance maladie a été évoqué pour la première fois dans les années 60. Il a été équilibré jusque dans les années 80 où il n'a cessé de se creuser, la crise pétrolière, le vieillissement de la population et l'augmentation des dépenses de santé y ayant largement contribué. Les gouvernements successifs ont toujours axé leur politique d'économie sur les mêmes points : le déremboursement de certains médicaments jugés peu intéressants pour la santé publique, le taux de substitution des spécialités, la diminution du taux de prise en charge, les actions sur les médecins prescripteurs afin qu'ils encouragent la substitution.

Les dépenses de santé sont fixées par le parlement qui établit l'ONDAM (objectif national des dépenses de l'assurance maladie) tous les ans.⁴³

Ces plans d'économies paralysent de plus en plus la situation économique des officines dont la rémunération est encore basée sur la marge commerciale basée sur le prix et le nombre de boîtes de médicaments selon le principe de la marge dégressive lissée.

B) Des raisons de santé publique : le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques

En France, les maladies chroniques constituent un problème majeur de santé publique puisqu'elles représentent à l'heure actuelle près de 20 % de la population, sont cause principale de mortalité et de morbidité et leur nombre s'accroît de plus en plus. Ces affections de longue durée entraînent une détérioration de la qualité de vie, une invalidité et des complications graves de la santé. Parmi ces pathologies, on trouve les cancers responsables de 30 % des décès par an. Les maladies cardiovasculaires, deuxième cause de mortalité en France, représentent 26 % des décès en 2011. Le diabète touche 4,4 % des résidents français, dont 5,6 % atteints du diabète de type 1 et 91,9 % atteints du diabète de type 2 en 2009. L'hypertension artérielle concerne 66 % des plus de 50 ans. L'obésité touche 17 % des 18-74 ans. Les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables du décès de 6 % de la population en 2011. Les maladies des organes des sens et du système nerveux ont causé 6 % des décès des personnes âgées en 2011. Les maladies du système digestif concerne 4 % de la population en 2011.

L'augmentation du nombre de malades chroniques provient essentiellement de l'augmentation de l'espérance de vie estimée à 85 ans pour une femme et à 78,7 ans pour un homme. De plus, la population a tendance au vieillissement en raison du nombre de générations (née entre deux guerres) en augmentation depuis quelques années. Depuis 2006, le nombre de décès augmente chaque année et le nombre de naissance n'est pas suffisant pour arriver à un point d'équilibre.⁴⁴

La raison majeure pour laquelle la loi HPST a été instaurée est la volonté de la prise en charge et la prévention des maladies chroniques directement à travers un objectif d'amélioration de l'accès à des soins de qualité identique pour tous, et indirectement avec la modernisation des établissements de santé, le tout étant mis en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) qui organisent le système de santé sur le territoire.⁴⁵

Ainsi, le patient est pris en compte et intégré dans un parcours de soins cohérent et continu. Les soins de premier recours sont centrés autour du généraliste qui assure l'orientation du patient, les soins de second recours sont dispensés par les médecins spécialistes et les établissements de santé, voire dans des structures adaptées comme les centres hospitalo-universitaires. Les traumatismes accidentels ou provoqués constituent également un enjeu de santé publique, car ils provoquent des décès et des prises en charges multiples (hospitalisation, admission aux urgences, diverses prestations médicales, ...) avec des séquelles psychiques et corporelles importantes.⁴⁶

La loi prône, pour une meilleure efficacité de prise en charge, une coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville par le regroupement de l'exercice des professionnels dans le but de clarifier le parcours de soin du patient et de désengorger les services d'urgence, notamment en confiant les nouvelles missions de premier recours au pharmacien d'officine ou les permanences de soins confiées aux médecins généralistes de ville. Des structures comptant différents professionnels de santé (infirmière, médecin, dentiste, pharmacien...) ont été mises en place, afin d'offrir de meilleurs soins de premier recours par leur coordination : les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé, les pôles de santé, et les réseaux de santé.

Les professionnels de santé sont encouragés à utiliser la télémédecine pour mieux se coordonner en échangeant les informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient. Elle est définie par la loi comme une « technologie de l'information et de la communication » qui permet d'établir un diagnostic, d'assurer pour un patient à risque un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ». Les procédures de transfert d'activité ou d'actes de soin, de réorganisation du mode d'intervention auprès des patients sont laissées à l'initiative des professionnels et appliquées après concertation et validation de l'ARS si la démarche répond bien à un besoin sur le territoire de santé.⁴⁶

La modernisation et l'amélioration de la performance des hôpitaux passent avant tout par une modification de la gouvernance hospitalière et par le renforcement de sa liberté d'organisation. Ainsi, une catégorie unique d'établissement public de santé est créée : le centre hospitalier qui peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional, ou national. Il remplace le centre hospitalier et l'hôpital local. La nouvelle gouvernance hospitalière est assurée par le directeur d'établissement responsable de sa politique générale, président d'un directoire instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision qui vient remplacer le conseil exécutif. La commission médicale de l'établissement composée de médecins et de chefs de pôle élabore le projet médical avant de le soumettre à l'avis du directoire. Le contrôle de la gestion de l'établissement dépend maintenant du conseil de surveillance où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants des personnels médicaux et non-médicaux et d'autres personnalités comme les représentants des usagers.⁴⁶

Les missions du service public sont redéfinies, et il est désormais possible d'en déléguer certaines aux cliniques le cas échéant. Les établissements de santé privés peuvent réaliser des missions de service public à condition qu'ils aient signé un contrat avec le directeur général de l'ARS. Les hôpitaux ont toujours la charge d'effectuer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes avec hébergement ou pas sous forme ambulatoire ou à domicile, mais en respectant une bonne coordination entre les établissements de santé, la médecine de ville, et le secteur médico-social, et une politique de santé publique avec une garantie de sécurité sanitaire.

Les schémas régionaux d'organisation des soins établissent et définissent la permanence des soins régionale, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et postuniversitaire, la recherche, le développement de la formation professionnelle continue des professionnels médicaux et non-médicaux et les actions d'éducation et de prévention pour la santé publique. Des contrats sont passés entre l'Etat et les ARS, décliné au niveau régional entre les ARS et les établissements de santé au moyen de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour une durée de cinq ans. Ces CPOM déterminent les objectifs de l'hôpital dans l'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers, dans la prévention et dans l'équilibre des finances. Le souci de transparence vis-à-vis des patients est renforcé notamment par la représentation accrue des usagers au conseil de surveillance des hôpitaux, la publication d'indicateurs de qualité et un rôle réaffirmé des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).⁴⁶

La loi HPST a également pour objectif la lutte contre les déserts médicaux en modifiant les modalités contractuelles d'exercice des médecins pour tenter de rééquilibrer leur répartition inégale sur l'ensemble du territoire.

La prévention en matière de santé publique est renforcée, avec notamment des campagnes de sensibilisation des jeunes aux mauvais effets de l'addiction au tabac et à l'alcool.

L'éducation thérapeutique du patient est placée au premier rang des priorités dans le cadre d'une politique nationale. Pour cela, les professionnels de santé concernés sont tenus d'être formés pour le développement professionnel continu de leurs connaissances.

Section 2 : La loi HPST et les changements réalisés au sein de la profession officinale

A) Les nouvelles missions et nouveaux rôles du pharmacien en santé publique

La loi HPST est parue au journal officiel le 22 juillet 2009. Elle définit pour la première fois les missions du pharmacien d'officine qui ne l'étaient que partiellement dans le code de santé publique.

Les missions assignées au pharmacien d'officine sont axées autour de la prévention, du dépistage, du suivi des patients, et ses rôles définis sont la dispensation préexistante depuis longtemps, de correspondance et d'orientation.

Selon l'article 38 de la loi et l'article L. 5125-1-1A du CSP, il contribue aux soins de premiers recours⁴⁷ :

- Prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients
- Dispensation et administration des médicaments
- Orientation dans le système de santé
- Conseil pharmaceutique
- Education pour la santé
- Participation à la coopération entre professionnels de santé
- Participation à la mission de service public de permanence des soins
- Il concourt aussi aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé

Ses missions et rôles facultatifs sont⁴⁸ :

- La participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement du patient
- Il peut assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement sans service de pharmacie à usage intérieur (PUI)
- Il peut être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient et avec accord du médecin, il peut renouveler des traitements chroniques, ajuster des posologies et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets (ex : quand le patient rentre chez lui entre deux cures de chimio).

B) Les applications actuelles de la loi et les difficultés rencontrées

La plupart des missions précédemment citées existaient déjà avant la loi HPST (mission de veille sanitaire et de pharmacovigilance, le système de service de permanence des soins, le conseil officinal, la préparation des doses à administrer...) ou sont déjà mises en place (trois tests de dépistage depuis juin 2013⁴⁹, la coopération entre professionnels de santé, les entretiens pharmaceutiques, la fonction de pharmacien référant en EHPAD ou établissement sans PUI).⁵⁰

Une convention nationale a été signée entre les trois principaux syndicats des pharmaciens et les organismes de l'assurance maladie et publiée par arrêté du ministère de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget le 4 mai 2012. Le principe de cette convention est toujours d'actualité pour favoriser la qualité de l'acte de dispensation pharmaceutique, l'efficacité et la bonne gestion des dépenses de l'assurance maladie. Les modalités de rémunération y sont décrites : des honoraires de dispensation sont établis et des rémunérations sur objectif en contrepartie d'engagement pris par le pharmacien. Les honoraires de dispensation représenteront 25 % des revenus des pharmaciens d'ici 2017, donc la rémunération sera mixte conformément aux suggestions du rapport IGAS 2011⁵¹ avec la marge commerciale et les rémunérations sur objectif (par exemple, le pourcentage d'objectif de substitution par les génériques, les actes de dépistage, prévention, accompagnement des patients avec des pathologies chroniques, la prévention des risques iatrogènes...).

Les nouvelles missions ont pour but de valoriser la profession du pharmacien et surtout son rôle en santé publique, avec la déconnection progressive de sa rémunération du prix de la boîte de médicament et du volume contribuant majoritairement à ne plus le faire passer pour un « distributeur de boîtes » ce qui ternissait jusqu'à présent son image auprès du public.

Le retard de la mise en place des nouvelles missions vient essentiellement du retard à la mise en place du nouveau mode de rémunération.

Section 3 : Les mutations attendues dans le cadre de la loi HPST

A) La rémunération à l'acte pharmaceutique

1) Définition de l'acte pharmaceutique de dispensation

L'acte pharmaceutique est défini dans le CSP depuis 2004. Selon l'article R. 4235-48, il est effectué par un professionnel de santé ayant les compétences scientifiques attestées par un diplôme reconnu et induisant l'existence d'un monopole de distribution des produits de santé. Il constitue une composante libérale de l'exercice de la pharmacie d'officine (indépendant de toute hiérarchie ou structure). Le pharmacien est responsable de ce qu'il fait et doit se plier au code de déontologie pour son aspect éthique et sécuritaire.

La notion de dispensation diffère de celle de la distribution par la nécessité de compétence et de déontologie qu'elle demande. L'acte pharmaceutique est un acte réfléchi qui peut amener au refus de vente si le pharmacien estime que l'intérêt du patient paraît l'exiger, à l'inverse du distributeur sauf motif légitime selon le code de la consommation (article L. 1221-1). Il doit être accompli par un pharmacien titulaire ou adjoint (exercice personnel et réel), un collaborateur sous la responsabilité et le contrôle d'un pharmacien, un étudiant en pharmacie au moins inscrit en 3^{ème} année ayant fait son premier stage officinal. Toute personne légalement autorisée à exercer en officine doit porter un insigne définissant sa qualité dans la pharmacie.

2) Les étapes de l'acte pharmaceutique de dispensation

a) L'analyse pharmaceutique

L'analyse pharmaceutique est définie par l'article R. 4235-48 du CSP depuis 2004. Il comprend l'analyse juridique de l'ordonnance, c'est-à-dire le contrôle de l'authenticité du prescripteur (signature et identification), de sa capacité de prescription (ex : les dentistes ne prescrivent que des médicaments indiqués dans l'art dentaire), et le contrôle de la conformité de l'ordonnance (la date, ordonnance spéciale ou sécurisée, etc...), l'identification du patient (en cas de prescription de substances vénéneuses selon l'article R. 5132-3, l'ordonnance doit comporter le nom du patient, son prénom, le sexe et l'âge, si nécessaire taille et poids), l'identification et le mode d'utilisation des produits, avec le dosage, la voie d'administration et la forme. On contrôle aussi les mentions obligatoires en vue du remboursement (posologie et durée explicitées, nombre de renouvellements dans la limite de douze mois inscrits).⁵²

Vient ensuite l'analyse pharmaco-thérapeutique, qui correspond au contrôle pharmaco-thérapeutique (vérification des interactions, indications, posologies, durée du traitement), de la conformité à l'AMM (si le médicament est bien prescrit conformément à l'AMM, sinon il faut contacter le prescripteur et formuler une opinion pharmaceutique), ainsi que les spécificités du patient (s'il y a bien une adéquation entre l'indication thérapeutique, l'association des médicaments, la pathologie et le terrain du patient). Une spécialité liste I ne peut être renouvelée, sauf s'il y a la mention « renouvelable » sur l'ordonnance, alors qu'une spécialité liste II peut être renouvelable sans prise en charge par l'assurance maladie s'il y a absence de mention « non-renouvelable » sur l'ordonnance.

Dans le cadre d'un traitement chronique, quand la durée de validité de l'ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien peut dispenser dans le cadre de la posologie initialement prévue dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance les médicaments nécessaires pour éviter toute interruption du traitement sous réserve d'en informer le médecin. Les catégories de médicaments ne pouvant faire l'objet d'un dépannage sont fixées par arrêté ministériel sur proposition de l'ANSM. L'ordonnance doit toutefois comporter la mention d'une durée de traitement supérieure à trois mois selon l'art. R. 5123-2-1 du CSP. La même ordonnance ne peut donner lieu qu'à une seule délivrance et le pharmacien doit mentionner « délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte de médicament » avec le timbre de l'officine et la date de délivrance selon l'art. R. 5123-2-1 du CSP.

Pour les contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance date de moins d'un an, le pharmacien peut délivrer le traitement pour une période maximale de six mois non renouvelable avec une dispensation pour trois mois maximum en une fois, sauf s'il figure sur une liste fixée par arrêté ministériel sur proposition de l'ANSM selon les articles L. 5125-23-1 et R. 5134-4-1 du CSP. La mention « dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux » avec la durée doit être écrite sur l'ordonnance par le pharmacien comme le prévoit l'article R. 5134-4-2 du CSP

L'analyse économique sert à déterminer si les conditions réunies sur l'ordonnance sont favorables au remboursement total ou partiel du traitement, avec ou sans tiers payant. Il est par exemple obligatoire de substituer un générique par autorisation implicite du prescripteur (pas de mention « non-substituable ») selon l'article L. 5125-23 du CSP.

La décision de délivrance est de la responsabilité du pharmacien et lui est spécifique. Il peut délivrer sous condition d'obtenir des informations complémentaires de la part du prescripteur, ou dans l'urgence et dans l'intérêt du patient quand il est impossible de recueillir le consentement du prescripteur. Le refus de délivrance se fait dans l'intérêt du patient avec information immédiate au prescripteur et mention sur l'ordonnance de la spécialité non-délivrée. Il ne peut faire l'objet de clause de conscience (par exemple, refus de délivrer un médicament contraceptif pour des raisons religieuses).

L'acte pharmaceutique se termine par la préparation des doses à administrer accompagnée d'informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments. Le conseil repose sur la qualité de l'analyse pharmaco-thérapeutique de l'ordonnance personnalisée qui n'est pas un « copier-coller » de la notice du médicament, mais il est adapté au patient par rapport à ses attentes et à son profil pharmaco-thérapeutique (par exemple, une posologie n'est pas la même pour une personne insuffisante rénale), et à son niveau de compréhension (par exemple, simplification du langage scientifique ou traduction en langue étrangère). L'objectif du conseil est la bonne observance du traitement et le bon usage du médicament pour éviter l'iatrogénie tout en impliquant le secret professionnel.

En ce qui concerne les médicaments non-prescrits, leur délivrance relève également du devoir déontologique du pharmacien avec une obligation renforcée de conseiller convenablement le patient pour un bon usage du médicament adapté au profil clinique et pharmacologique de celui-ci. Il est limité aux règles déontologiques de l'interdiction de se substituer à un diagnostic approfondi relevant d'un médecin, du devoir d'inciter le patient à consulter un médecin quand c'est nécessaire, et l'interdiction d'inciter à la consommation abusive de médicaments. Cette démarche demande une actualisation régulière des connaissances.

Toutes ces règles existent pour la plupart depuis longtemps, mais depuis la parution de la loi HPST le patient est davantage au cœur de l'acte pharmaceutique, en impliquant le pharmacien d'officine dans le soutien apporté au patient. En effet, le pharmacien est censé être intégré dans un parcours de soin avec l'utilisation du dossier pharmaceutique aidant à la coopération et à l'échange d'informations avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. En effet, il peut être référent pour un établissement sans PUI (ex : maison de retraite). Il peut à présent être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soin. Il peut depuis 2000, selon les conditions fixées par les articles L. 5125-25 et R. 5127-47

à 49, livrer le patient à domicile, ou dispenser à son domicile selon les articles L. 5125-25 et R. 5125-50 à 52.

Une convention nationale a été signée entre les trois syndicats des pharmaciens et les organismes de l'assurance maladie et publiée par arrêté du ministère de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget le 4 mai 2012.

b) La préparation des doses à administrer

Aux termes de l'article L. 5121-1 du CSP, une préparation magistrale est un médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une AMM, soit extemporanément en pharmacie, soit dans le cadre d'une sous-traitance par une autre pharmacie selon les conditions prévues aux articles L. 5125-1 et L. 5125-2 du CSP.

Toutefois, des produits contenant certaines substances vénéneuses sont interdits par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). On ne peut pas incorporer dans une même préparation des principes actifs figurant dans les deux groupes thérapeutique ou chimique différents. Il est également interdit de déconditionner un médicament pour en faire une préparation, sauf pour les spécialités à appliquer sur le peau ou « à titre exceptionnel ».

Il y a des exigences particulières de traçabilité pour les préparations, avec inscription systématique à l'ordonnancier (informations sur le patient, la prescription, la sous-traitance). L'étiquetage est également spécifique du type de préparation (ex : encadré rouge pour les substances liste I, la mention « ne pas avaler » pour les formes galéniques appliquées sur la peau...).

Les préparations officinales sont des médicaments préparés à l'officine, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national, et destiné directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie. Les règles de prise en charge sont identiques à celle des préparations magistrales.

On peut proposer aux patients polymédiqués en ambulatoire ou résidents en EHPAD, un reconditionnement en pilulier qui se réalise sous la responsabilité du pharmacien. Il ne doit pas y avoir atteinte à l'intégrité physique de la spécialité pharmaceutique. Dans les maisons de retraite, il y a encore une confusion du rôle du pharmacien et de l'infirmière, ne sachant pas où se situent les limites de chaque profession dans ce domaine.

c) Information et conseils de bon usage du médicament

L'acte pharmaceutique se termine par la préparation des doses à administrer accompagnée d'informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments. Le conseil repose sur la qualité de l'analyse pharmaco-thérapeutique de l'ordonnance personnalisée qui n'est pas un « copier coller » de la notice du médicament mais doit être adapté au patient par rapport à ses attentes et à son profil pharmaco-thérapeutique (par exemple, une posologie n'est pas la même pour une personne insuffisante rénale), et à son niveau de compréhension (notamment, simplification du langage scientifique ou traduction en

langue étrangère). L'objectif du conseil est la bonne observance du traitement et le bon usage du médicament pour éviter la iatrogénie tout en respectant le secret professionnel.

En ce qui concerne les médicaments non-prescrits, il relève également du devoir déontologique du pharmacien avec une obligation renforcée de conseiller convenablement le patient pour un bon usage du médicament adapté au profil clinique et pharmacologique de celui-ci. Il est limité aux règles déontologiques de l'interdiction de se substituer à un diagnostic approfondi relevant d'un médecin, du devoir d'inciter le patient à consulter un médecin quand c'est nécessaire, et de l'interdiction d'inciter à la consommation abusive de médicaments. Cette démarche demande une actualisation régulière des connaissances.

d) La participation au soutien apporté au patient

Toutes ces règles existent pour la plupart depuis 2006, mais depuis la parution de la loi HPST le patient est davantage au cœur de l'acte pharmaceutique, en impliquant le pharmacien d'officine dans le soutien apporté au patient. En effet, le pharmacien est sensé être intégré dans un parcours de soin avec l'utilisation du DP aidant à la coopération et à l'échange d'informations avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Le pharmacien peut être référent pour un établissement sans PUI (ex : maison de retraite). Il peut aussi à présent être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soin. Il peut enfin depuis 2000, selon les conditions fixées par les articles L. 5125-25 et R. 5127-47 à 49 du CSP, livrer le patient à domicile, ou dispenser à son domicile selon les articles L.5125-25 et R. 5125-50 à 52 du même code.⁵²

3) L'évolution des négociations pour la mise en place des honoraires de dispensation

Depuis la signature de la convention, les négociations entre les syndicats et l'assurance maladie piétinent. Les honoraires de dispensation restent très attendus par l'ensemble de la profession officinale, car ils sont vus comme une base incontournable pour équilibrer les comptes de l'officine et absorber les baisses de marge consécutives aux mesures économiques prises par l'assurance maladie. L'avenant pour la mise en place des honoraires de dispensation devait être signé le 31 décembre 2012.⁵³

Le 11 décembre 2013, les représentants des trois syndicats ont présenté au cours d'une réunion à l'assurance maladie trois propositions d'honoraires différentes :

- La proposition 1 de l'USPO est un forfait de 60 centimes par boîte délivrée. Le taux de marge serait maintenu de 26,10 % sur la première tranche de 0 à 22,90 euros, la baisse du taux de marge de 10 % à 8,25 % sur la seconde tranche de 22,90 à 150 euros et de 6 % à 4 % sur la troisième tranche de 150 euros et plus. En plus, un honoraire complémentaire de un euro sur 28 % des ordonnances délivrées dont le prix TTC est inférieur à 10 % et pour lesquels la marge du pharmacien est inférieure à 2,5 euros. Selon l'USPO, cette proposition est la plus avantageuse car la marge sur les médicaments en dessous de 27 euros représentant 84 % des références augmente. La FSPF la critique en pensant que cette proposition n'est pas représentative de la réforme actuelle qui vise à déconnecter la rémunération officinale des prix et des volumes et ne stabilise pas suffisamment l'économie officinale d'ici 2015.

- La proposition 2 de la FSPF est un forfait de rémunération de 1 euro par boîte délivrée, soit une majoration de 0,50 euros pour les ordonnances de plus de 5 lignes, une baisse du taux de marge de 26,10 % à 25,5 % pour la première tranche de 0 à 22,90 euros, de 10 à 9,1 % pour la deuxième tranche, et de 6 à 4 % pour la troisième tranche. Ainsi, une partie de la marge règlementée serait transférée sur des produits peu chers (< 1,84 euros PFHT) très courants, comme le paracétamol, l'homéopathie...

Cette proposition est très controversée par les deux autres syndicats.

Selon l'USPO, les produits dont le prix est inférieur à 1,84 euros PFHT ne représentent que 11 % des spécialités, ce qui représenterait une baisse de marge de 3,25 % soit 8 000 euros par an par officine en moyenne. De plus, la marge serait concentrée sur un secteur non stable soumis aux baisses de prix, des taux de remboursement, du changement de conditionnement etc... Cela entraînerait une grosse perte pour 50 % de l'ensemble des officines.

Selon l'UNPF, les augmentations des parties fixes de la rémunération sur cette proposition ne sont valables qu'en période d'inflation, cela ne peut s'adapter aux charges de fonctionnement de l'officine et la transposition d'un système vers un autre doit s'opérer progressivement.

- La proposition 3 de l'UNPF est un forfait de 1 euro par ordonnance. A l'inverse des autres, ces honoraires ne seraient pas financés par une baisse de marge mais par une baisse de la marge réalisée sur les génériques. En plus, il faudrait créer des honoraires supplémentaires pour les médicaments de PFHT supérieur à 2 000 euros en échange d'informations sur l'observance et la tolérance des traitements fournies par le pharmacien. Ces honoraires seraient mis à la charge des industriels qui verseraient à une caisse indépendante chargée d'indemniser les pharmaciens en fonction des prestations réalisées.

L'UNPF pense ainsi assurer une rémunération stable à l'officine en la déconnectant des volumes et prix des spécialités. Cependant, les deux autres syndicats ne sont pas d'accord avec cette proposition, en remarquant qu'elle n'est pas immédiatement recevable par l'assurance maladie en termes de coût selon l'USPO, que la rémunération ne sera pas symboliquement équitable selon le coût de l'ordonnance et que la rémunération sur la base des primes relatives à la substitution n'est pas une valeur sûre et stable.

Ces négociations ont abouti le 9 janvier 2014 à la signature d'un protocole d'accord entre la FSPF, l'USPO et l'UNCAM (union nationale des caisses d'assurance maladie) sur les modalités de mise en place des honoraires de dispensation sur deux ans lors d'une réunion de reprise⁵⁴.

Ce protocole correspond aux orientations du syndicat majoritaire et devrait faire basculer 48 % de la rémunération officinale sous forme d'honoraires. Un forfait à la boîte de 0,80 euros sera instauré à partir du 1^{er} janvier 2015 et de 1 euro au 1^{er} janvier 2016, ainsi que des honoraires de 0,50 euros par ordonnances complexes de plus de cinq lignes qui seront liées à la remise au patient d'un plan de posologie. Ce changement de rémunération pourra s'opérer grâce à un profilage de la marge dégressive lissée qui va être remodifiée en 2015 puis en 2016. Par exemple, la marge sur les produits entre 0,82 et 1,91 euros actuellement de 26,1 % sera de 25,5 % en 2015 puis de 0 % en 2016. Autrement dit, les objectifs en 2016 sont d'atteindre une marge nulle pour les produits compris entre 0 et 1,19 euros, ainsi que ceux

supérieurs à 1 500 euros, tandis que les autres pourront bénéficier d'une marge comprise entre 25,5 % et 6 %. La mise en place de cette réforme devrait coûter 42M€ supportés par moitié par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et pour l'autre moitié par les complémentaires de santé qui, pour cette raison, n'ont pas participé aux négociations.

D'après la FSPF, il s'agit d'une réforme historique qui permet de déconnecter 50 % de la rémunération du prix des médicaments permettant d'améliorer la situation économique de 91 % des pharmacies grâce au taux de la dernière tranche gardé intact. Cette déconnexion du prix et des volumes irait plus loin dans le temps en prévoyant d'ici 2016 une rémunération de l'ordonnance qui serait liée à l'évolution de la prescription électronique qui moderniserait les moyens de communication entre les pharmaciens et l'assurance maladie.

L'USPO a signé sans être totalement satisfaite de cette réforme, et avant de s'engager totalement attendait de voir les avenants au cas par cas. Ce syndicat considère qu'il s'agit d'une réforme est en trompe-l'œil, car elle concentre une augmentation de la marge sur 11 % des références et baisse la marge sur toutes les autres représentant « le cœur du métier des pharmaciens ». En revanche, l'USPO attend de voir les avenants sur les autres points du protocole abordant la rémunération sur les objectifs de substitution et sur les nouvelles missions.

De son côté l'UNPF n'a pas signé la réforme par prudence, jugeant les conséquences de cette réforme insuffisamment évaluées. Elle trouve également absurde à juste titre de percevoir n fois le même honoraire sur n boîtes d'un même médicament. Elle campe encore sur ses positions, avec la ferme intention de revenir sur le plafonnement de la marge de PFHT supérieur à 1 500 euros car ces produits sont en nette croissance sur 2013, plus encore ceux au-dessus de 2 000 euros et insiste sur le bénéfice qu'apporterait sa proposition initiale. De plus, beaucoup de points ne semblent pas encore éclaircis comme : quelle TVA appliquer ? Le pharmacien doit-il facturer autant d'honoraires que de boîtes délivrées ? Lorsqu'il s'agit de médicaments présentés au remboursement ? D'achats directs par le patient sans ordonnance ? De ventes sur internet ? Les honoraires seront-ils inclus dans le prix public TTC ou sur une ligne supplémentaire ? Quelle sera l'intervention des complémentaires ? Pour elle, la réforme ne stabilise pas le système, faisant perdre plus aux officines par les baisses de prix qu'elles ne peuvent y gagner. Le 2 mai 2014, l'UNPF a réclamé une autre réforme de la rémunération.

Le 5 février 2014, 90 % des pharmaciens se sont exprimés pour rejeter cette réforme. Le 12 mars, l'USPO a appelé les pharmaciens à dire « non » à cette réforme. Cependant, le désaccord entre les syndicats et leur façon de penser différente a malheureusement causé une confusion chez certains pharmaciens entraînant la perte de leur confiance en eux. Ainsi, un groupe de pharmaciens indépendants des syndiqués, appelé « pigeons pharmaciens », s'est créé pendant l'été 2012 sur le réseau social « Facebook » dans le but de s'associer pour la défense de la profession. Grâce à leur popularité et le soutien de leur cause, le 17 mars 2014 les « pigeons pharmaciens » réclamaient de prendre part aux négociations sur la rémunération au même titre que les syndicats.

Le 29 avril dernier, l'USPO a appelé tous les pharmaciens étudiants et syndicats compris à un large rassemblement pour une réunion de concertation début mai, en réaction au plan d'économie annoncé par de 3.5 milliard d'euros annoncé par le gouvernement. Le syndicat dénonçait l'effort démesuré demandé à l'officine, faisant peser 35 % d'économie sur le seul poste du médicament alors que celui-ci ne représente que 15 % des dépenses de santé.

Les deux autres syndicats et deux collectifs de groupements (CNGPO et UDGPO) ont répondu positivement à l'appel, et ont accepté de se réunir le 15 mai 2014 pour discuter du plan d'économie sur le médicament du gouvernement. Tous ont demandé jusqu'ici à se sortir du « piège » de l'honoraire à un euro la boîte, sauf la FSPF qui de son côté reste entièrement d'accord avec la réforme et est même pressée de signer les avenants sous prétexte que l'attente de la mise en place d'une quelconque réforme sur la rémunération paralyse davantage le réseau officinal qui, en attendant, perd de la marge avec les restrictions économiques de l'assurance maladie. L'assurance maladie a convié les syndicats pour la signature des avenants de la rémunération officinale le 21 mai 2014. Suite à cela, les deux syndicats ont appelé la FSPF dans un communiqué diffusé à ne pas signer l'avenant et à discuter avec eux d'un projet commun à toute la profession, en insistant sur le fait que l'objectif de stabilisation des revenus de l'officine ne peut pas être atteint avec cette réforme, compte tenu des mesures d'économie annoncées par le gouvernement.

D'après l'analyse économique de la société Offisanté en partenariat avec le Moniteur des pharmacies, grâce à la réforme proposée, 93 % des officines seraient gagnantes en 2015 au moment de l'introduction de l'honoraire à la boîte. Toutefois, en prenant en compte la baisse des prix pendant la transition, qui contrebalancerait ce gain, 62 % des officines seraient perdantes en 2016. L'étude prend en compte les nouveaux paramètres de l'avenant du 9 janvier 2014, les baisses de prix publiées dans le journal officiel et celles à venir, et une activité constante sur la base des ventes de 2013, révèle que seul un type d'officine correspondant à la pharmacie de centre d'une grande métropole ouverte sept jours sur sept serait perdant en 2015 et 2016, tandis que tous les autres types d'officines majoritaires dans le réseau officinal français seraient gagnants (officines rurales, officine de banlieue, de galerie marchande, de centre commercial).

Cette analyse ne tient pas compte de la diminution du nombre de boîtes récemment imposée dans les prescriptions des médecins et éventuellement du déremboursement de certains médicaments à venir, et est calculée sur une évolution constante des ventes de 2013 qui pourraient tout aussi bien décroître (le marché des médicaments ayant enregistré une récession de 0,2 %). Mais elle pourrait donner raison aux positions de la FSPF d'introduire le plus rapidement possible ces honoraires de dispensation pour causer le moins de perte possible aux officines qui seraient majoritairement gagnantes si on ne tenait pas compte de la baisse des prix des spécialités à venir.

La position la plus sage par rapport à cette réforme serait donc celle de l'UNPF. On peut néanmoins être sûr que la multiplicité des avis auprès du gouvernement sur cette réforme de la rémunération est source de conflit et d'appauvrissement au sein du réseau officinal. La réalisation d'une intersyndicale pour unir tous les syndicats de pharmaciens comme il a été envisagé par le passé aurait été la bienvenue.

4) La dispensation à l'unité

L'antibiorésistance étant de plus en plus une préoccupation de santé publique, surtout depuis le rapport de l'OMS le 10 mai dernier, l'expérimentation de la dispensation à l'unité des antibiotiques pour contrer le problème de surconsommation devait démarrer le 1^{er} avril 2014, mais ne sera pas lancée faute d'un cadre réglementaire précis.

Le dispositif concernerait 72 officines (48 expérimentateurs et 24 témoins) contre 200 initialement annoncé par le ministre de la santé pour expérimenter la délivrance de 14 molécules fréquemment prescrites. Trois régions seraient concernées : Limousin, Lorraine, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La délivrance des antibiotiques devrait ressembler à celle des stupéfiants en découpant les plaquettes de façon à délivrer au patient le bon nombre de comprimés correspondant à la durée de traitement inscrite sur l'ordonnance. Il faudra que le pharmacien ou son collaborateur veille à ce que les mentions figurent bien sur l'étiquette de conditionnement (nom de la spécialité, sa composition, la posologie, et les conditions de conservation...), et à bien transmettre la notice au patient. En cas d'absence de notice, elle peut être téléchargée sur le site de l'agence européenne du médicament. Les boîtes et étiquettes devraient être fournies par les ARS aux expérimentateurs. Les pharmaciens expérimentateurs se verraient proposer un forfait de 1 000 euros par l'Etat. Ce montant est cependant jugé insuffisant par les syndicats. L'USPO réclame cette rémunération sous forme d'honoraire d'acte de dispensation pour dédommager les investissements matériels et temporels en incluant la marge pour le pharmacien.

Plusieurs points restent à éclaircir comme le calcul du prix de vente, et comment absorber la perte envisageable de chiffre d'affaires sur les boîtes entamées et non délivrées. La FSPF est d'accord avec ce principe et propose un forfait d'un euro par jour et par patient. Le syndicat propose également pour résoudre ces problèmes de facturer l'ensemble de la boîte dès qu'elle est entamée ou de dédommager la pharmacie pour les pertes occasionnées. Le président de la FSPF a déclaré qu'il appellera les pharmaciens à ne pas y participer si les modalités posées ne sont pas satisfaisantes. L'USPO, quant à elle, a déjà appelé les pharmaciens à ne pas se porter volontaires pour l'expérimentation.⁵⁵

La délivrance à l'unité des doses d'antibiotique dans le but de lutter contre l'antibiorésistance donnerait au pharmacien d'officine un rôle important dans les objectifs de santé publique.

B) Le développement des réseaux de santé pour l'accompagnement et le suivi du patient

Les réseaux de santé ont pour objet de faciliter l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils assurent l'éducation thérapeutique, la prévention, le diagnostic et les soins. L'éducation thérapeutique, selon l'OMS vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Ces réseaux sont organisés sous forme d'association loi de 1901 et constituent l'un des principaux dispositifs de coordination pluridisciplinaire (médecin spécialiste, généraliste, pharmacien, infirmier etc...). En 2011, on comptait 716 réseaux financés pour un montant de 167 millions d'euros par le fond d'intervention pour la qualité des soins et leur coordination devenu fond d'intervention régional en 2012 et comptant environ 2 500 professionnels travaillant à plein temps. Cela intègre des praticiens exerçant en établissements publiques ou privés.

Ce système est dirigé par un comité de pilotage et centré autour d'un coordinateur. Chaque réseau est soumis à un cahier des charges impliquant le respect d'une charte de qualité et impose un système d'évaluation annuelle pour établir une accréditation par les organismes financeurs (ARS).

Le pharmacien d'officine peut s'y impliquer sur la base du volontariat. Il a le rôle d'expliquer au patient son traitement et d'échanger des informations avec les autres professionnels pour contribuer à la meilleure prise en charge du patient et en organisant avec eux des programmes d'actions. Ses atouts sont d'être expert en médicaments, disponible et à l'écoute du patient et de son entourage, d'être rassurant, acteur de proximité, d'être ouvert au dialogue et d'assurer un service sans rendez-vous ni intermédiaire. Le pharmacien d'officine devient accompagnant du patient et doit surveiller l'observance du traitement.

Les différents types de réseaux de soins existants sont notamment axés sur le diabète, la toxicomanie, l'insuffisance cardiaque⁵⁶, les soins palliatifs, le sida ou, le cancer. Ils peuvent ainsi mutualiser leurs compétences.

Les réseaux de soin incluant des pharmaciens d'officine sont encore peu développés. On peut citer l'exemple de Céline Ropars, titulaire à Auterive en Haute-Garonne, impliquée dans un réseau de soins pluridisciplinaires, « Dom-cica 31 », comptant des praticiens hospitaliers et libéraux spécialisés dans la prise en charge à domicile des problèmes de plaie et de cicatrisation⁵⁷. Quand les patients se présentent à son officine pour lui demander conseil, elle se concerta avec le médecin et les infirmiers pour faire une expertise ou réajuster au besoin le protocole de soin. Elle échange avec les infirmiers en s'interrogeant sur les dispositifs de soins les plus récents et les mieux adaptés au cas du patient. L'équipe de soin peut également en cas de nécessité se déplacer à domicile pour établir une expertise de la plaie. La pharmacienne est un grand atout pour l'équipe par ses informations pointues sur les produits les plus récents, et ses conseils d'utilisation. Les avantages de ce réseau comme pour les autres réseaux sont l'enrichissement intellectuel du travail en équipe qu'il apporte, la spécialisation de l'officine, les échanges de formations pluridisciplinaires et des ateliers permettant d'amorcer le dialogue avec le patient. Les difficultés se trouvent au niveau du dialogue avec les aidants pour comprendre les problèmes rencontrés face à la plaie du patient et de faire accepter au médecin et à l'infirmier de partager « leur patient ». Il est nécessaire pour rejoindre un réseau de s'équiper d'outils nécessaires à la bonne réalisation des soins (logiciel de suivi des plaies, lexique etc...) et de participer à des formations.

C) Le développement des entretiens pharmaceutiques

Les premiers entretiens pharmaceutiques menés par les pharmaciens titulaires d'officine contre rémunération devaient débiter en janvier 2013 avec le suivi des patients sous AVK, mais l'arrêté d'approbation de l'avenant n'a été publié au J.O. que le 27 juin 2013.⁵⁸

Ces entretiens sont mis en place dans le but d'accompagner un patient chronique dans son traitement afin qu'il l'observe bien pour le meilleur effet thérapeutique possible, tout en sachant gérer au mieux son quotidien. Ces entretiens ciblent les pathologies causant le plus d'hospitalisations. Les anticoagulants et plus particulièrement les AVK sont responsables de plus de 17 000 cas par an d'hospitalisation en France.

Pour initier un entretien pharmaceutique avec un patient, le pharmacien lui fait signer un formulaire d'adhésion quand celui-ci lui en fait la requête. Le patient aura été préalablement informé par l'assurance maladie de la compétence de son pharmacien. Il remet ensuite un guide d'accompagnement et une fiche de suivi avant d'envoyer une lettre d'information au médecin. Le pharmacien est le seul professionnel habilité dans l'officine à mener les entretiens, mais toute l'équipe officinale doit suivre préalablement une formation continue car elle participe quand même à la dispensation du traitement du patient. Un espace de confidentialité doit être aménagé spécialement dans l'officine. La durée du premier entretien est de 40 minutes, les autres pourront durer moins. Deux entretiens par an sont obligatoires et pris en charge par l'assurance maladie.⁴⁷

Il faut songer à être à l'écoute du patient, à faire preuve d'empathie, et savoir se mettre à sa portée pour lui faire comprendre son traitement et lui prodiguer de bon conseils quant à l'observance.

Les questions types à poser sont :

- Que savez-vous de votre traitement ?
- Connaissez-vous vos médicaments ?
- Pourquoi vous les a-t-on prescrits ?
- Avez-vous des problèmes de goûts ? De respect des moments de prise ? (les avk doivent être pris le soir)
- Avez-vous des solutions pour améliorer cela ?
- Que faites-vous quand vous oubliez de prendre votre médicament ? (il faut faire attention à ne pas doubler les prises en fonction du nombre d'heures écoulées depuis l'oubli de prise)

Pour les AVK il est important de sensibiliser le patient sur le suivi régulier de son INR et sur les valeurs cibles, soit de l'éduquer sur son traitement. Il faudra aborder avec lui la question des interactions médicamenteuses à éviter avec d'autres traitements et l'alimentation, ainsi que celle de l'activité physique (attention aux blessures).

Il faut aussi informer son entourage proche sur la gravité que peut représenter un type de coupure chez la personne (si la coupure est bénigne c'est normal qu'elle saigne beaucoup). Il est aussi très important que le patient informe les autres professionnels de santé le soignant de son traitement.

Toutes ces questions doivent être étudiées et préparées avant l'entretien. Toutes les informations que le patient donne doivent être notées dans un carnet de suivi.

Le développement des entretiens pharmaceutiques a pris un bon départ. Au 8 octobre 2013, 51 628 bulletins d'adhésion avaient été enregistrés à la CNAM dont 55 % à l'initiative des patients sous AVK et 29 558 entretiens avaient été réalisés parmi 9 080 officines.

L'initiation des entretiens pharmaceutiques sur l'asthme est encore attendue.

Section 4 : Les mutations induites par l'Union Européenne

A) La remise en question du monopole pharmaceutique

Aux termes de l'article L. 4211-1 du CSP, le monopole pharmaceutique comprend aujourd'hui :

- la préparation des médicaments destinés à l'usage humain ;
- la préparation des objets de pansements et tout produit conforme à la pharmacopée, la préparation des produits destinés à l'usage des lentilles oculaires de contact (monopole partagé avec les opticiens) ;
- la préparation des générateurs, troussees et précurseurs mentionnés à l'article L. 5121-1 ;
- la vente en gros, au détail et toute dispensation au public des objets et produits décrits précédemment ;
- la vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée sous réserve des dérogations établies par décret ;
- la vente au détail et toute dispensation au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret, ainsi que leur dilution et leur préparation ne constituant ni produits cosmétiques, ni produits ménagers ni denrées alimentaires ;
- la vente au détail et toute dispensation au public des aliments lactés diététiques pour nourrissons et aliments de régime destinés aux enfants de premier âge dont les caractéristiques sont fixées par arrêté ministériel ;
- La vente au détail de tout dispositif médical de diagnostic in vitro destiné à être utilisés par le public (monopole partagé avec les magasins de matériel médical).

148 plantes inscrites à la pharmacopée sont en vente libre à condition de ne comporter aucune indication thérapeutique. Les compléments alimentaires ne font pas partie du monopole et aucune allégation thérapeutique ne peut figurer sur la boîte ou la notice. Il existe des dérogations pour les vétérinaires, les médecins pharmaciens, les fournisseurs de gaz à usage médical, les centres de soins toxicomanes, les opticiens-lunettiers.

Le monopole pharmaceutique est convoité depuis les années 80 environ par la grande distribution qui a réussi entretemps à obtenir le droit de vendre des produits de parapharmacie qui faisaient autrefois l'objet d'une vente exclusive en officine.

Depuis quelques années la Cour de justice de l'Union européenne ne considère pas le monopole pharmaceutique comme un droit communautaire⁵⁹. Elle reconnaît que le monopole de la vente au détail des médicaments est présumé exister dans certains pays de l'UE dans l'intérêt de la santé publique. Cependant, elle a émis un doute en signifiant que la preuve contraire doit être apportée pour certaines spécialités dont l'utilisation ne ferait pas courir de danger sérieux à la santé publique, et pour lesquels la soumission au monopole des pharmaciens paraîtrait démesurée.

Pour les autres produits, elle laisse le choix à chaque pays de juger de la nécessité en termes de santé publique de leur appartenance au monopole pharmaceutique.

En juin 2013, un rapport a été demandé à l'autorité de la concurrence sur le moyen de dynamiser le secteur de la distribution du médicament en ville. Les questions posées concernaient directement l'officine. En décembre, elle a rendu un rapport défavorable au maintien du monopole pharmaceutique des médicaments non remboursables au bénéfice de la grande distribution à commencer par les produits frontières comme les tests de grossesse et d'ovulation. Le gouvernement a fait savoir qu'il ne souhaitait pas modifier le monopole pharmaceutique concernant ces produits, mais le marché des tests de grossesse et d'ovulation est sorti du circuit officinal depuis l'adoption du projet de loi sur la consommation de Benoît Hamon⁶⁰ ministre délégué chargé de l'économie sociale et solidaire de la consommation par le Parlement le 13 février 2014 et sa publication le 18 mars 2014 au JO. Cette mesure a été dénoncée comme étant dangereuse par l'Académie de pharmacie et le conseil de l'Ordre des pharmaciens : « *L'intérêt de la santé publique ainsi que la sécurité des patients imposent que tous ces produits soient délivrés par, et sous la responsabilité des seuls pharmaciens. Le monopole pharmaceutique est avant tout un monopole de compétence. L'obligation d'exercice personnel qui pèse sur les pharmaciens titulaires est la contrepartie du monopole.* »⁶¹

Le 27 juin 2014, l'USPO a déclaré avoir eu confirmation que la nouvelle loi « consommation » envisagée par le gouvernement pourrait mettre fin au monopole pour tous les produits en libres accès et autres qualifiés de produits frontière. Le syndicat appelait tous les pharmaciens d'officine et les étudiants à la mobilisation pour anticiper le vote prochain du projet de loi piloté par le ministère de l'économie à l'Assemblée Nationale.⁶²

Autrement dit, dans l'intérêt de la santé publique le pharmacien doit être le seul responsable de la gestion et de la délivrance de produits de santé, donc ne peut être soumis au sein de l'officine à l'autorité ou l'influence d'un non-pharmacien dans son exercice.

B) Le commerce des médicaments sur internet

La vente des médicaments sur Internet est autorisée depuis la parution de l'arrêté du 20 juin 2013 au JO sur les bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique, en vigueur depuis le 12 juillet 2013⁶³. Ce marché des médicaments sur Internet n'est ouvert qu'aux officines en France, et de façon à lutter contre la contrefaçon le gouvernement a mis en garde les patients afin d'acheter des produits de santé exclusivement sur les sites internet d'officine française qui sont seuls certifiés et agréés du ministère de la santé :

- Le site de la pharmacie doit comporter des liens vers les sites internet de l'Ordre des pharmaciens, du ministère de la santé et de l'ANSM. Les liens vers les sites d'entreprises sont interdits.
- Les forums de discussion ne sont pas autorisés.
- Le référencement de produits contre rémunération est interdit.

- La création et l'exploitation du site internet « *ne doit pas être financée, pour tout ou partie, par une entreprise produisant ou commercialisant des produits de santé* ».
- Tous les échanges entre le pharmacien et le patient sont tracés et archivés.
- La quantité maximale délivrée ne peut excéder un mois de traitement à posologie usuelle ou la quantité maximale nécessaire pour les traitements d'épisode aigu.
- L'hébergement des données de santé considérées comme sensibles ne peut se faire qu'auprès d'hébergeurs agréés par le ministère de la santé.
- La préparation des commandes ne peut se faire qu'au sein d'une officine.
- Il n'y a pas de droit de rétractation pour le patient qui doit avoir au moins 16 ans pour commander.
- Les réclamations du patient doivent s'accompagner de la réexpédition par ce dernier du produit concerné.

C'est un nouveau marché qui s'ouvre aux pharmaciens, 200 projets d'e-pharmacies étaient en attente en juillet 2013. Au départ, le prix des médicaments mis en ligne devait être identiques à ceux vendus à l'officine, mais l'Autorité de la concurrence a défendu son point de vue et depuis le prix fixé est libre. Il n'y a pas d'obligation d'avoir les médicaments commandés en stock. La sous-traitance n'est pas autorisée. La demande de création de site internet de l'officine doit être préalablement adressée à la CNIL (Commission nationale d'informatique et des libertés) qui contrôle sa conformité et le respect des lois de l'informatique et des libertés pour la protection des données de santé des patients.

Néanmoins beaucoup de pharmaciens, restent très méfiants et réticents à l'égard de ce changement car cela demande un investissement important de temps et de moyens financiers pour la mise en place, et la qualité de la dispensation et du conseil officinal via internet ne semble pas évidente. La communication interactive avec le patient n'est pas encore jugée suffisante pour pouvoir lui prodiguer le meilleur conseil possible dans l'intérêt de sa santé, car il est nécessaire de voir le patient pour se rendre compte de son âge, sa corpulence et discuter avec lui de son éventuel traitement annexe pour lui délivrer le bon dosage en lui évitant toute interaction.

Pour résoudre ce problème, les pharmacies ayant déjà ouvert leur site internet assument la livraison des médicaments commandés par des personnes habilités à le faire de façon à avoir un contact physique avec le patient quand celui-ci ne peut pas se déplacer à l'officine. Cela constitue un progrès incontestable pour les patients dans l'impossibilité de se déplacer à l'officine à condition qu'ils bénéficient d'un accès à Internet, évitant ainsi les problèmes de propagation d'épidémie de maladies infectieuses dans le lieu public que représente l'officine dans l'intérêt de la santé publique. Ce problème de santé publique ne serait peut-être pas éradiqué, ou serait peut-être même aggravé si les médicaments étaient délivrés par la grande distribution qui négligerait probablement la livraison des médicaments au détail aux patients. La question se pose maintenant de la légalisation de la livraison des médicaments à distance pour les personnes trop éloignées des officines.

C) Les sociétés de participation financière

La propriété du capital de l'officine est établie de telle sorte que seuls le ou les pharmaciens titulaires ont le droit en exclusivité de l'investir et de l'exploiter. Il y a indivisibilité de propriété et de gérance de l'officine.

Dans les sociétés d'exercice libéral (SEL), les capitaux peuvent être obtenus par des pharmaciens n'exerçant pas dans l'officine par l'intermédiaire de sociétés de participation financière des professions libérales (SPFPL). Ce point est également remis en cause au niveau européen car n'étant pas commun à l'ensemble des pays de l'UE. La propriété du capital d'une officine exclusivement par un pharmacien reste encore en souci de santé publique pour la préservation de l'intégrité et de l'indépendance de l'exercice du pharmacien.

En juin 2013, un décret est paru permettant à plusieurs officines d'être en relation entre elles par des participations, tout en préservant la nécessité d'indépendance des pharmaciens exerçants. Il permet également aux adjoints d'entrer dans le capital des SPF-PL tout en restant salariés⁶⁴. Cette réforme était très attendue de la profession désireuse de palier aux difficultés d'achat d'une officine restant peu abordable car basé sur son chiffre d'affaires annuel.

Conclusion

La pratique de la pharmacie existait bien avant l'Antiquité, mais la profession de pharmacien s'est construite et davantage imposée dans la société au fil des âges. La pratique de la médecine s'est d'abord distinguée des pratiques magiques et religieuses, pour qu'ensuite l'apothicaire, puis le pharmacien, pratiquent la pharmacie de manière indépendante, bien que souvent en coordination avec le médecin.

La profession officinale a souvent connu des périodes de mutation et de remise en question de ses principes fondamentaux sur le plan économique, déontologique, matériel, sur la pratique professionnelle et sur le contenu des études. Ce qui a permis à la profession de perdurer jusqu'à maintenant, est d'une part la défense de ses intérêts et de son honorabilité par l'ordre des pharmaciens, ainsi que la rigueur de l'enseignement avec les modalités d'obtention du diplôme de docteur en pharmacie lui assurant les compétences requises pour être un vrai spécialiste du médicament et un acteur de santé. D'autre part, le maintien du respect de la déontologie, la pédagogie et l'empathie du pharmacien au service du patient assurent sans aucun doute la longévité de la profession.

Les facteurs actuels défavorables à sa persistance et à son évolution sont les mesures économiques imposées par l'assurance maladie pour combler le déficit des dépenses de santé (baisse du remboursement des médicaments, de leur prix...), le retard dans la mise en place des nouvelles missions par l'État, le contexte économique (baisse du pouvoir d'achat des consommateurs), les difficultés rencontrées dans la cession des officines rendant la majorité des pharmaciens titulaires vieillissante et surtout le projet gouvernemental de réforme du monopole des produits de santé et les décisions prises au niveau européen concernant les professions libérales. On peut espérer que les négociations syndicales avec l'Etat aboutiront à une solution permettant de sauver la situation économique de la majorité des officines sans l'aggraver tout en facilitant progressivement la mutation de la profession.

Sur le fond, ce qui peut être le plus préoccupant pour la profession, après les décisions gouvernementales la concernant, est le relatif désintérêt des jeunes pour le métier de pharmacien d'officine (un diplômé sur quatre devient titulaire, et un pharmacien sur trois annule son inscription à l'ordre après un à trois ans d'exercice, sans parler de « l'évaporation » des diplômés à la fin de leur cursus universitaire⁶⁵), et surtout le désarroi et le manque de visibilité qu'ont les pharmaciens titulaires de leur avenir financier.

Le manque d'informations claires et véritables des étudiants en pharmacie et surtout des bacheliers sur les débouchés des études de pharmacie à l'origine du désintérêt des jeunes pour la profession fait actuellement partie des priorités de l'Ordre des pharmaciens pour relancer l'attractivité du métier officinal et des études de pharmacie. Il s'agit d'une mesure bien venue que l'on peut espérer fructueuse. Et l'on parle récemment d'un regain d'intérêt des jeunes pour la pharmacie d'officine, motivée par les évolutions en cours de la profession officinale avec la ferme intention de s'y investir, sans avoir choisi cette voie par défaut.⁶⁶ Espérons que cela pourra persister.

Si le monopole des produits de santé est remis en question, l'utilité du pharmacien dans la société ne l'est pas. Au contraire, du fait de l'augmentation du nombre de malades chroniques et de la diminution du nombre de médecins, le pharmacien est de plus en plus sollicité pour effectuer de nouvelles missions de santé publique telles que le dépistage et les entretiens pharmaceutiques.

La coopération professionnelle devrait permettre le pointage des actes professionnels, notamment ceux des pharmaciens, et améliorer la prise en charge des patients. Ces mesures ont pour but de confier certaines urgences et certains soins aux officinaux pour désengorger les files d'attentes dans les services d'urgences ou les cabinets médicaux. De plus, les pharmaciens d'officine disposent d'atouts que des pharmaciens salariés de la GMS (grande et moyenne surface) n'auront jamais, tels que l'accessibilité dans certaines régions, et surtout la liberté d'exercice propre au métier libéral indépendant des ordres d'un éventuel supérieur hiérarchique non-pharmacien incitant à la consommation et contrôlant les achats sans considération déontologique pour une garantie de qualité optimale.

La perte du monopole des produits de santé non soumis à prescription pour les pharmaciens d'officine, augmenterait considérablement à court terme le nombre de fermetures d'officines et fragiliserait leur répartition sur le territoire compromettant ainsi le réseau de soins de proximité et la permanence des soins. Non seulement cette réforme irait dans un sens contraire à celui de la loi HPST qui se veut garantir la qualité des soins et leur accessibilité en tout point géographique, mais cela constituerait une régression par rapport à des siècles et des âges d'efforts réalisés pour bâtir en France une profession qui est celle du pharmacien d'officine respectueuse d'une déontologie répondant aux besoins de santé publique. Il était important à travers cette thèse de se remémorer les événements passés afin de mieux comprendre pourquoi la profession de pharmacien d'officine est tant réglementée et pourquoi elle doit continuer de l'être.

Les pharmaciens officinaux sont les seuls professionnels commerciaux à la fois doués d'empathie et polyvalents dans des domaines scientifiques variés, ce dont ils devraient prendre conscience pour se sentir mieux armés face aux mutations à venir. La remise en question de leurs compétences en matière de conseil ne peut qu'être combattue par le développement professionnel continu, voire par une réorganisation des enseignements durant leurs études.

Dans l'attente de la mise en œuvre de toutes les dispositions de la loi HPST, des opportunités s'offrent aux pharmaciens pour pallier les difficultés économiques telles que les procédures de regroupements, de transferts. L'effet volume est devenu nécessaire pour initier le changement et résister aux difficultés⁶. Le point positif à souligner à l'heure actuelle sur la situation financière des officines, est que leur rentabilité reste très bonne en comparaison à d'autres secteurs économiques en dépit de la mauvaise conjoncture économique.

Il reste primordial de ne pas surévaluer les officines au cours des transactions, pour permettre le renouvellement des titulaires, leur garantir une bonne situation financière tout en permettant l'embauche et un investissement suffisant pour la mise en œuvre des nouvelles missions. Il semble aussi nécessaire de faire évoluer les schémas juridiques d'exploitation permettant à plusieurs associés d'une même SPFPL de détenir plusieurs SEL, et à une SEL de détenir plusieurs fonds sur un périmètre restreint afin d'encourager les regroupements tout en confiant la gérance de certaines SEL à des adjoints actionnaires⁶.

Nul ne peut prédire l'avenir, anticiper sur les décisions que prendront les pouvoirs publics dans les années futures concernant les économies à réaliser sur le budget de la santé, ou relatives au partage du monopole. Mais selon Hélène Charrondière, directrice du pôle pharmacie-santé des Echos Etude, l'exercice officinal (monopole et propriété de l'officine) ne devrait pas évoluer fondamentalement et demeure suffisamment solide pour résister aux tendances de dérégulation. Même si certains produits frontières sortent du monopole pharmaceutique, les pharmaciens ont beaucoup d'atouts pour pouvoir y faire face. La profession rentrera-t-elle un jour dans une ère nouvelle où dans certaines circonstances, le pharmacien pourrait se substituer au médecin ? L'Académie nationale de pharmacie a proposé en 2005 de reconnaître le pharmacien comme « prescripteur complémentaire », tel son confrère canadien.

En somme, la profession de pharmacien d'officine est une profession d'avenir et son rôle est destiné à s'élargir davantage à la santé publique, à condition dans un premier temps que les décisions gouvernementales ne lui soient pas fatales, puis de promouvoir son intérêt auprès des jeunes, de surmonter les difficultés conjoncturelles et de s'adapter au changement et à la modernité.

Glossaire

- Achéménide (page 20) : Lié à la dynastie achéménide qui fonda l'empire du même nom, ou ancien empire perse.
- Alchimiste (page 18) : Celui qui pratique l'alchimie, l'art de purifier l'impur en imitant et en accélérant les opérations de la nature afin de parfaire la matière.
- Amygdalite (page 27) : Une amygdalite est une infection des amygdales palatines (près du palais) ou linguales (près de la langue). Elle est particulièrement fréquente chez l'enfant de moins de dix ans, car ses amygdales sont plus grosses que chez l'adolescent ou chez l'adulte. L'amygdalite peut être courte et brutale, ou chronique.
Il existe également un autre type d'amygdalite, conséquence d'une angine chronique. Il s'agit de l'amygdalite caséuse.
- Antidysentérique (page 23) : Médicament, remède employé contre la dysenterie.
- Ascite (page 18) : L'ascite est une accumulation de liquide (on parle d'épanchement liquidien) dans l'abdomen et plus précisément dans la cavité péritonéale, située entre les deux feuillets du péritoine (l'enveloppe qui tapisse la cavité abdominale), un espace normalement vide. Cette collection liquidienne est dans la majorité des cas (près de 80%) due à une cirrhose (maladie du foie). Plus rarement, l'ascite est causée par un cancer du foie ou de l'estomac, une atteinte hépatique, une pancréatite, une insuffisance rénale évoluée ou cardiaque.
- Béribéri (page 18) : Le béribéri est défini comme une carence profonde en vitamine B1 et résulte de la malnutrition. La vitamine B1 n'est pas produite par l'organisme et doit être apportée par l'alimentation. C'est une maladie peu présente dans les pays occidentaux. Elle touche principalement les pays du tiers monde où l'aliment principal est le riz décortiqué, qui est dépourvu de vitamine B1. Les principaux symptômes du béribéri sont une fatigue marquée associée à des troubles neurologiques notamment moteurs et sensitifs, une insuffisance cardiaque, mais aussi des problèmes de circulation et sécrétoires. Si la carence en vitamine B1 n'est pas corrigée, le béribéri peut provoquer la mort.
- Beurre clarifié (page 15) : Le beurre clarifié (parfois aussi appelé beurre purifié) est un beurre fondu puis débarrassé de ses impuretés. Le beurre clarifié se conserve mieux et supporte des températures plus élevées que le beurre frais. Il est généralement préparé en faisant fondre du beurre, permettant ainsi la séparation de ses différents composants par gravité (décantation). Une fois fondu, les éléments solides flottant en surface (essentiellement la caséine) sont écrémés. Les autres particules solides qui coulent (le petit-lait) sont séparées par filtration. Les résidus solides sont en principe jetés. Toutefois dans le nord de l'Inde, ils sont conservés et mangés en tant que friandise avec différents pains azymes. En hindi, les éléments solides sont appelés Mehran.

- Bézoard (page 19) : Le bézoard est un amas de débris résidant dans l'estomac humain et de certains mammifères ruminants. Il est dû à un ralentissement du transit pouvant trouver son origine dans de nombreuses causes psychologiques ou pathologiques. Le bézoard peut être produit à partir de cheveux (trichobézoard faisant suite à une trichophagie par exemple), de débris végétaux (phytobézoard) ou d'enveloppes de médicaments (pharmacobézoard). Pour éliminer un bézoard, l'intervention chirurgicale est la plupart du temps la solution indispensable.
- Castoréum (page 15) : Le castoréum est une sécrétion huileuse et odorante produite par des glandes spécifiques par les deux espèces existantes du genre castor : castor fiber en Eurasie et castor canadensis en Amérique du Nord. Ces glandes s'ouvrent dans le cloaque de l'animal, près du pénis et de l'anus (où une autre glande exocrine odorante existe aussi). Une trentaine de composés étaient identifiés en 1990 dans le castoréum qui joue un rôle majeur en matière d'écologie chimique de l'espèce et de ses prédateurs.
- Cataplasme (page 15) : Un cataplasme est une pâte, plus ou moins épaisse, réalisée à base de plantes broyées et d'eau, et destinée à soulager des douleurs ou des affections. Généralement, le cataplasme est posé directement sur la peau, puis recouvert d'un linge humide pour favoriser son action. Le cataplasme est particulièrement efficace sur les troubles dermatologiques, les douleurs articulaires et musculaires, les brûlures et les rhumatismes. On peut utiliser de l'argile, des algues, des huiles essentielles ou de la farine, selon l'affection à traiter.
- Clystère (page 14) : Le clystère est l'ancien nom du lavement, de l'eau claire ou additionnée d'un médicament injectée par l'anus. Le clystère était considéré comme un remède souverain contre de nombreuses maladies. Ainsi était-il souvent prescrit aux malades aux XVIIe et XVIIIe siècles. Clystère désigne également l'instrument qui servait à administrer le lavement, ayant globalement l'apparence d'une seringue en étain. Aujourd'hui, les lavements sont surtout employés en cas de constipation très importante ou pour nettoyer le rectum en vue d'un examen médical (coloscopie, toucher rectal).
- Collyres (page 16) : Les collyres sont des substances médicamenteuses sous la forme de gouttes à appliquer dans l'oeil, au niveau de la conjonctive, la zone blanche de l'oeil. Habituellement, on préconise de mettre les gouttes à l'angle interne de l'oeil, ouvert, la tête légèrement en arrière et en tirant sur la paupière inférieure. Ils permettent de soigner diverses affections des yeux, comme la conjonctivite.
- Congestion pulmonaire (page 17): La congestion pulmonaire se définit par un afflux sanguin important dans les poumons. Ce phénomène peut être un symptôme d'insuffisance cardiaque, d'une pneumonie, d'un syndrome grippal, d'un purpura thrombotique ou d'un empoisonnement. Dans la plupart des cas, elle s'accompagne d'autres symptômes tels qu'une toux ou des douleurs thoraciques. Le traitement est médicamenteux. Il inclut les antibiotiques, les antipyrétiques et les anti-inflammatoires. Le patient doit être réhydraté.

- Cramoisi (page 16) : Le cramoisi est un colorant correspondant à une couleur rose foncé éclatant, tirant sur le rouge car combiné avec du violet, ce qui le rend proche du pourpre. À l'origine, il provient de la teinture obtenue des corps séchés d'un insecte, la cochenille du chêne kermès, d'où le nom de « kermésy », devenu « cramoisi » par altération. Cette cochenille étant rare et difficile à récolter en quantité, on lui préféra une espèce voisine, hôte des cactus d'Amérique. Par conséquent, le rouge cochenille est synonyme de cramoisi. Le composé chimique responsable de la couleur est l'acide carminique. En alimentation, le colorant alimentaire obtenu à base de cochenille est le "E120".
- Dartre (page 28) : Nom donné à des affections cutanées très diverses. Le mot désigne surtout sur le visage des enfants des eczématides pityriasiformes. Elles guérissent facilement, mais les récurrences sont fréquentes (dartres volantes).
- Décoction (page 15) : La décoction est l'extraction d'une substance contenue dans une plante aromatique ou médicinale ayant une valeur thérapeutique (qui soigne, qui soulage). Aussi appelée principe actif, cette substance est présente essentiellement dans la partie la plus dure de la plante (racine, écorce, bois, graine). Il faut faire bouillir la plante dans de l'eau pour récupérer ce principe actif. On obtient ainsi une décoction. Cette méthode est utilisée en herboristerie, en cuisine et en brasserie (préparation de la bière).
- Diurétique (page 27) : Une substance diurétique est une molécule qui augmente la production d'urine. Les diurétiques sont utilisés en médecine pour augmenter l'excrétion de l'eau par le rein. Ils sont préconisés essentiellement en cas d'hypertension artérielle, d'insuffisance cardiaque ou de pathologies rénales. Il existe des diurétiques naturels comme le thé vert, le pissenlit, l'ortie ou le vinaigre de cidre. On distingue plusieurs classes de diurétiques selon leur mécanisme d'action au niveau du rein, et le choix de la classe dépend des pathologies en cause. Compte-tenu de leurs effets, une surveillance médicale au long cours est nécessaire en cas d'utilisation de ces traitements.
- Electuaire (page 16) : Médicament d'usage interne à consistance de pâte molle, constitué d'un mélange de poudres fines avec du sirop, du miel ou des résines liquides.
- Empirisme (page 16) : L'empirisme désigne un ensemble de théories philosophiques qui font de l'expérience sensible l'origine de toute connaissance valide et de tout plaisir esthétique. L'empirisme s'oppose en particulier à l'innéisme et plus généralement au rationalisme pour qui nous disposerions de connaissance, idées ou principes a priori. Il va souvent de pair avec une théorie associationniste des idées qui explique leur formation par la conjonction d'idées simples.
- Emplâtre (page 16) : Préparation thérapeutique adhésive destinée à être appliquée sur la peau ou à être étendue sur des bandes de tissu (sparadrap).
- Erigne (page 35) : Instrument de chirurgie servant à maintenir une zone écartée.
- Esotérique (page 17) : L'esotérisme (du grec ancien « esôteros », « intérieur ») est l'enseignement de doctrines secrètes réservées à des initiés.

- Fébrifuge (page 19) : Qui fait tomber la fièvre.
- Fumigation (page 27) : Action d'exposer à la fumée, à la vapeur certaines parties du corps. Les fumigations ont été utilisées contre de nombreuses maladies respiratoires.
- Goutte (page 17) : La goutte est issue d'une augmentation de l'acide urique dans le sang. La goutte est une pathologie qui touche une ou plusieurs articulations. L'articulation de l'orteil est la plus atteinte, mais celle de la cheville, du poignet ou du genou peuvent être concernés.
- Héméralopie (page 23) : L'héméralopie est la diminution anormale de la vision dans l'obscurité (cécité nocturne). Le terme hespéranopie (du grec hespéra : soir) est quelquefois utilisé également.
- Hémoptysie (page 17) : L'hémoptysie désigne un rejet de sang par la bouche provenant des voies respiratoires. Le sang est émis lors d'une toux, en quantité plus ou moins importante. Elle est parfois de différenciation difficile avec l'hématémèse, qui correspond à des crachats de sang provenant du tube digestif.
- Hydropisie (page 23) : L'hydropisie est un épanchement de sérosité dans la cavité naturelle du corps ou entre les éléments du tissu conjonctif, synonyme d'œdème.
- Hysope (*Hyssopus officinalis*) (page 16) : Plante médicinale expectorante et fluidifiante utilisée surtout en cas de bronchite, se présente souvent sous forme de tisane.
- Ictère (page 17) : La jaunisse, dont le nom scientifique est ictère, est un symptôme prenant la forme d'une coloration jaune des muqueuses, de la peau et de la conjonctive, le blanc de l'oeil. L'ictère est causé par une accumulation anormale de bilirubine, une substance sécrétée par le foie suite à la dégradation des globules rouges dans la rate. La bilirubine est un pigment de couleur jaune. Le foie élimine la bilirubine, qui passe dans la bile puis sera déversée dans l'intestin. La bilirubine est alors dégradée par les organes digestifs et sera éliminée dans les selles : c'est d'ailleurs la dégradation de la bilirubine en stercobiline qui donne la couleur brune aux selles. L'ictère est une pathologie qui peut toucher les nouveau-nés, appelée dans ce contexte ictère néo-natal (voir fiche spécifique). Chez l'adulte, plusieurs causes peuvent être à l'origine de l'ictère, essentiellement représentées par des maladies touchant le foie. Ainsi, certaines maladies génétiques ou plus fréquemment, une hépatite, la présence de calculs biliaires, des tumeurs du foie ou du pancréas peuvent, entre autres, donner un ictère.
- Infusion (page 16) : Préparation liquide buvable, obtenue par l'action de l'eau bouillante sur une substance (souvent une plante) dont les principes solubles actifs se diffusent dans l'eau par macération.
- Lévites (page 16) : Membres de la tribu de Lévi, traditionnellement chargé du service du Temple dans l'ancien Israël.

- Liniment (page 15) : Un liniment est une forme pharmaceutique liquide, plus ou moins épaisse, utilisée uniquement en usage externe par application cutanée. Ce sont des « médicaments de composition, de consistance et à excipients variables destinés à être utilisés en friction. » Il est peu fréquent que la préparation d'un liniment se fasse à base d'eau, elle se fait parfois à base d'alcool (comme le vin) ou à base de vinaigre. Les corps gras (huiles, graisses, beurres ou encore cérats) sont les véhicules les plus couramment utilisés.
- Luxation (page 30) : La luxation désigne un déplacement d'une surface articulaire par rapport à une autre, opérant ainsi une rupture de continuité articulaire. Si l'on veut définir simplement la luxation, on peut la décrire comme une articulation qui se « déboîte ». La luxation est souvent causée par un traumatisme. Ce déplacement est permanent en l'absence de prise en charge, et rend l'articulation moins ou non fonctionnelle. Elle peut aussi être consécutive à une hyperlaxité ligamentaire, ne maintenant pas correctement l'articulation. La luxation cause généralement une douleur, et empêche le mouvement articulaire normal. Elle est parfois accompagnée d'une déchirure ligamentaire. Les deux surfaces articulaires doivent être remises rapidement en place. Les luxations de l'épaule, d'un doigt ou même de la mâchoire sont assez fréquentes. La luxation peut prendre un caractère impressionnant en fonction de son siège, notamment l'épaule. En l'absence de perte totale de contact, on parle de subluxation.
- Officier de santé (page 88) : Médecin qui exerçait la profession médicale sans le grade de docteur.
- Onguent (page 16) : Médicament à base de résine, de corps gras et de divers principes actifs, destiné à être appliqué sur la peau.
- Phtisie (page 18) : Également orthographiée "phthisie", la phtisie correspond à une forme particulière de tuberculose pulmonaire. La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible qui est provoquée par le bacille de Koch. Cette maladie revêt des formes différentes selon la localisation de son foyer infectieux. Dans le cas d'une phtisie, les poumons sont infectés par les bacilles. Parmi les principaux symptômes figurent une fièvre durable, une forte toux, un amaigrissement important et une sudation nocturne inexplicée. Une radiographie des poumons est pratiquée pour confirmer ou infirmer le diagnostic.
- Propriété astringente (page 23) : L'astringence est une propriété de certaines substances de produire une crispation des muqueuses. L'astringence provient de la propriété qu'ont les protéines à se complexer sous l'effet des tanins : c'est le tannage des protéines. L'amylase salivaire est une protéine qui réagit fortement avec les composés astringents et provoque cette sensation d'assèchement dans la bouche.
- Purgation (page 27) : Évacuation par le moyen d'un remède qui purge.

- Trépanation (page 14) : Opération chirurgicale consistant à pratiquer une ouverture dans un os, en particulier dans la boîte crânienne, à l'aide d'un trépan sorte d'outil de forage rotatif.

Bibliographie

1. Pharmacie — Wikipédia. at <<http://fr.wikipedia.org>>
2. Ripoll Sonia. "Du portrait de l'apothicaire à celui du pharmacien : quand la réalité devient fiction." 242 pages. Thèse d'exercice. Pharmacie. Bordeaux (1990) n° 49
3. Société Française de Santé Publique - Présentation. at <<http://www.sfsp.fr>>
4. Société d'Histoire de la Pharmacie. Exposition du Christ apothicaire at <<http://www.shp-asso.org>>
5. Bérard S. "Le patient garde votre confiance" - Le moniteur des pharmacies (2014) n° 3034, page 31 at <<http://www.lemoniteurdespharmacies.fr>>
6. Pouzaud F. & Loan T. "Quelle évolution pour la pharmacie?" Le moniteur des pharmacies (2014) n° 3035, page 12
7. Citation françaises de Nicolas Machiavel « Pour prévoir l'avenir, il faut connaître le passé, car les événements de ce monde ont en tout temps des liens aux temps qui les ont précédés. Créés par les hommes animés des mêmes passions, ces événements doivent nécessairement avoir les mêmes résultats. ». at <<http://www.citations-francaises.fr/citation>>
8. Bonnemain H. Bousset P. & Bové F. Histoire de la pharmacie et de l'industrie pharmaceutique. Edition de la Porte Verte. Paris (1982) 287pages
9. Dillmann G. Bonnemain H. Boucherle A. La Pharmacie Française, ses origines, son histoire, son évolution. Paris. Tec et doc Lavoisier. (1992) 150pages
10. Huangdi Nei Jing - Wikipédia. at <<http://fr.wikipedia.org>>
11. Médecine traditionnelle chinoise - Wikipédia. at <<http://fr.wikipedia.org>>
12. Société d'Histoire de la Pharmacie. Les formulaires et la pharmacopée des premiers siècles avant Jésus-Christ. at <<http://www.shp-asso.org>>
13. Bats-Dupont M.-E. "L'art de se soigner dans l'Egypte Ancienne." 72 pages. Thèse d'exercice. Pharmacie. Bordeaux (1996) n° 15
14. Encyclopédie Larousse en ligne - Hippocrate. at <<http://www.larousse.fr>>
15. Hippocrate_ Wikipédia. at <<http://fr.wikipédia.org>>
16. Empire romain - Wikipédia. at <<http://fr.wikipedia.org>>

17. Samama, F. C. et E. Pharmacopoles et apothicaires. "Les pharmaciens de l'Antiquité au grand siècle". Paris. Edition l'Harmattan (2006) 182 pages. at<<http://www.books.google.fr>>
18. Société d'Histoire de la Pharmacie. "Moyen-Age : les premiers apothicaires et les premières communautés" at <<http://www.shp-asso.org>>
19. Société d'Histoire de la Pharmacie. "Du XVIème au XVIIIème siècle : de l'apothicaire au pharmacien" at <<http://www.shp-asso.org>>
20. Société d'Histoire de la Pharmacie. "Les blasons des communautés d'apothicaires au XVIIème siècle" at <<http://www.shp-asso.org>>
21. Fouassier E. "Le cadre général de la loi du 21 Germinal an XI". Bulletin des Lois de la République (2003) document pdf. at <<http://www.ordre.pharmaciens.fr>>
22. Société d'Histoire de la Pharmacie. "Les pharmaciens de Napoléon" at <<http://www.shp-asso.org>>
23. Bourdillon, G. B. F. & Didier Tabuteau. Traité de santé publique. Paris. 2^e Edition Médecine-Sciences Flammarion. (2007) 745 pages
24. Servant P.-A. "Inspection de la pharmacie" (historique rôle organisation). 105 pages. Thèse d'exercice. Pharmacie. Bordeaux (1986) n° 15.
25. "Rapport du maréchal de France chef de l'état Français au journal officiel sur la loi du 11 septembre 1941"(1941) document pdf. at <<http://www.google.fr>>
26. Qu'est-ce que l'Ordre - Qui sommes nous - Ordre National des Pharmaciens. at <<http://www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Qu-est-ce-que-l-Ordre>>
27. Code de la santé publique - Article L4232-1 | Legifrance. at <<http://www.legifrance.gouv.fr>>
28. Les Conseils - Qui sommes nous - Ordre National des Pharmaciens. at <<http://www.ordre.pharmacien.fr>>
29. Paresys J. Cours de 5ème année de pharmacie officine "L'ordre des pharmaciens". Université Victor Segalen Bordeaux 2 (2012).
30. L'organisation des soins - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens. at <<http://www.ordre.pharmacien.fr>>
31. Le DP - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens. at <<http://www.ordre.pharmacien.fr>>
32. Dispositif anti-cadeaux - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens. at <<http://www.ordre.pharmacien.fr>>

33. Transparence - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens. at <<http://www.ordre.pharmacien.fr>>
34. Les maîtres de stage - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens. at <<http://www.ordre.pharmacien.fr>>
35. Activités internationales - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens. at <<http://www.ordre.pharmacien.fr>>
36. Figues E. "Pharmaciens d'officine, organismes professionnels : ensemble vers une nouvelle approche du métier" [ressource électronique] sous la direction de Mr Guyot Michel. Thèse d'exercice. pharmacie. Bordeaux 2. 2011 n° 51. 111pages. format html. at <<http://www.sudoc.fr>>
37. Code de la santé publique | Legifrance. at <<http://www.legifrance.gouv.fr>>
38. Baumevielle M. Cours de droit de 5ème année de pharmacie officine "Les spécialités pharmaceutiques". Université Victor Segalen Bordeaux 2 (2012).
39. Arrêté du 10 avril 1980 relatif à l'organisation de la pharmacovigilance et de la toxicovigilance. | Legifrance. at <<http://legifrance.gouv.fr>>
40. L'organisation interne - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. at <<http://ansm.sante.fr>>
41. Maurain C. "Profession Pharmaceutique : formations des pharmaciens." in Maurain C. et Balanger M., Droit pharmaceutique, Lexis-Nexis, fascicule 10 (2013).
42. ameli.fr - Histoire de l'Assurance Maladie. at <<http://www.ameli.fr>>
43. Safon M-O. Suhard V. Pichetti S. "Historique de la politique du médicament en France" . document pdf. at <<http://www.irdes.fr>> (2014).
44. Insee - Population - Espérance de vie, taux de mortalité et taux de mortalité infantile dans le monde en moyenne de 2010 à 2015. at <<http://www.insee.fr>>
45. Sanchez M.-P. Cours pharmacie 5ème année officine "Agence régionale de santé". Université Victor Segalen Bordeaux 2 (2012).
46. Plaquette loi HPST 'grand public'. (2010). at <<http://www.sante.gouv.fr>>
47. Amouroux F. Cours de 6ème année de pharmacie officine "Les missions du pharmacien liées à la dispensation". Université Victor Segalen Bordeaux 2 (2012).
48. Amouroux F. Cours de 6ème année de pharmacie officine "Loi HPST". Université Victor Segalen Bordeaux 2 (2012).
49. Clausener M. "Trois tests autorisés en pharmacie mais quid de la rémunération?". Le moniteur des pharmacies, n° 2989. (2013) page 16

50. Rapport Rioli "Le pharmacien dans le parcours de soins". (2009).
at <<http://www.uspo.fr>>
51. Bras P.-L. Kiour A. Maquart B. Morin A. Rapport de l'IGAS. (2011).
at <<http://www.igas.gouv.fr>>
52. Dumartin C. Cours de 6ème année de pharmacie officine "L'acte pharmaceutique de dispensation". Université Victor Segalen Bordeaux 2 (2012).
53. Pouzaud F. "Les 3 propositions passées au peigne fin". Le moniteur des pharmacies, n° 3010. (2013) page 10
54. Pouzaud F. "En route vers les honoraires de dispensation". Le moniteur des pharmacies, n° 3015 (2014) page 10
55. Tranthimy L. & V. "Les négociations s'invitent au salon". Le moniteur des pharmacies, n° 3026. (2014) pages 8, 9, 10.
56. Claire F. pharmacienne au réseau ICARLIM. Cours de 6ème année de pharmacie officine "Les réseaux et la pharmacie d'officine". Université Victor Segalen Bordeaux 2 (2010).
57. Luginsland M. Reportage "Céline Ropars au cœur d'un réseau pluridisciplinaire".
Le moniteur des pharmacies, n° 2962 (2012) page 20
58. Clausener N. "Suivi des patients sous AVK top départ". Le moniteur des pharmacies, n° 2992. (2013) page 8
59. Maurain C. Cours de 4ème année de pharmacie "Droit et économie pharmaceutique". Université Victor Segalen Bordeaux 2 (2010).
60. Vandendriessche M. "La GMS pousse son premier cri". Le moniteur des pharmacies, n° 3024. (2014) page 10
61. Clausener M. "Tests de grossesse en grande surface au bénéfice de qui ?
Le moniteur des pharmacies, n° 2999. (2013) page 8
62. Vandendriessche M. "Médicaments en GMS: l'USPO soupçonne un projet gouvernemental"-Actu socio-professionnelles- Le Moniteur des pharmacies (2014)
at <<http://www.lemoniteurdespharmacies.fr>>
63. Clausener M. "Vers une guerre des e-pharmaciens?" Le moniteur des pharmacies,
n° 2990/2991 (2013) page 8
64. Bérard S. "Le décret décrypté". Le moniteur des pharmacies, n° 2988. (2013)
page 32

65. La démographie des pharmaciens - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens. at <<http://www.ordre.pharmacien.fr>>
66. "La relève est assurée". Actualités-Pharmasite (2014). at <<http://www.pharmasite.fr>>

Serment de Galien

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers, de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine. En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses

Que je sois convertie d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.