

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SERIE
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**



L'activité des officines pharmaceutiques et
les revenus de leurs titulaires : situation
en 2006 et évolutions depuis 2001

Marc COLLET – Claire DE KERMADEC (*)

n° 92 – juillet 2009

Claire DE KERMADEC
Chargée d'études
Division Commerce
INSEE

Marc COLLET
Conseillet scientifique
Bureau État de santé de la population
DREES

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

Synthèse.....	5
L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires : situation en 2006 et évolutions depuis 2001.	7
Références	33

Synthèse

Les 22 500 pharmacies implantées en France ont réalisé en 2006 un chiffre d'affaires de 34 milliards d'euros toutes taxes comprises.

Ce secteur d'activité, fortement réglementé, est particulièrement dynamique. L'augmentation de son chiffre d'affaires en valeur dépasse ces dernières années celle de l'ensemble du commerce de détail (+5,8 % en moyenne par an entre 2000 et 2006 contre +4 %). Si l'on considère la baisse continue de l'indice des prix des produits pharmaceutiques, les évolutions en « volume » se révèlent encore plus différenciées (+7,4 % en moyenne par an contre +2,3 %).

Cependant, cette forte progression résultant du dynamisme de la consommation de médicaments et de l'évolution de la structure des ventes doit être interprétée en tenant compte des autres agrégats comptables.

En effet, sur la même période, le taux de marge commerciale des pharmacies a parallèlement enregistré une baisse de deux points. Il s'élève à 27,4 % en 2006, soit un taux équivalent à celui de l'ensemble du commerce de détail mais de dix points inférieur à celui des autres commerces non alimentaires spécialisés. Par ailleurs, avec le creusement des écarts d'évolution entre les charges d'exploitation (+8,5 % par an) et les marges commerciales (autour de +2,5 % par an en 2005 et 2006 contre plus de +5 % entre 2001 et 2004), l'excédent brut d'exploitation a connu en 2005 et 2006 une baisse de 1 % par an, après une période continue de croissance annuelle de près de 5 %.

Les officines peuvent être juridiquement constituées en entreprises individuelles ou, de plus en plus, sous forme de sociétés. Le nombre de ces sociétés a été multiplié par 2,5 depuis 1990 alors que celui des entreprises individuelles diminuait de 25 %, entraînant une hausse du nombre de titulaires par officine. On constate notamment une très forte extension des sociétés d'exercice libéral (SEL) – 1 officine sur 8 en 2006 contre 1 sur 50 en 2001 – qui bénéficient d'un régime autorisant les exploitants à se verser une part variable de leur rémunération sous forme de dividendes ; en l'état actuel des déclarations comptables et fiscales, sur lesquelles repose le système d'information statistique, il n'est pas possible d'appréhender l'intégralité des revenus retirés de ces sociétés. C'est pourquoi elles ont été exclues des analyses qui suivent.

Les titulaires d'officine (hors SEL) bénéficient en 2006 d'un revenu brut annuel de 132 000 euros en moyenne, avec des écarts de revenus moyens allant de 121 000 à 143 000 euros, selon la forme juridique adoptée par l'entreprise : les pharmaciens titulaires d'une officine constituée en entreprise individuelle ont un revenu moyen supérieur, mais la dispersion des revenus est relativement forte en leur sein. A contrario, les officines organisées en sociétés génèrent des revenus moindres pour les pharmaciens, mais présentent des conditions plus favorables en termes de temps de travail, d'organisation des astreintes et de sécurité de revenus (20 % perçus sous forme de salaire de gérance).

Entre 2001 et 2006, le revenu brut moyen des titulaires (hors SEL) a augmenté de 1,3 % par an ; ce qui représente, en euros constants, une baisse de près de 0,6 % par an. Cette diminution résulte de l'accroissement des charges sociales et de la contraction des taux de marge commerciale. Elle concorde avec un léger fléchissement de la croissance de la consommation de médicaments en 2005 et 2006 et, surtout, avec une nette baisse des prix.

Le résultat moyen serait un peu différent si l'on pouvait calculer une évolution incluant les SEL, qui correspondent à des officines de taille importante. Cependant les chiffres ici fournis demeurent représentatifs de la situation de plus de 85 % des titulaires en 2006 (93 % en 2004 et 98 % en 2001). Par ailleurs, le revenu des pharmaciens titulaires d'officine varie fortement selon la région d'implantation : il est plus élevé au nord de la France (à l'exception de l'Île-de-France) qu'au sud, alors que les niveaux de dépenses pharmaceutiques par habitant sont au contraire moins élevés au nord qu'au sud. La densité d'officines contribue à expliquer ces disparités : les régions où elle est la plus faible sont celles où le revenu moyen des pharmaciens titulaires est le plus élevé à l'instar des autres professions libérales de santé (médecins, chirurgiens-dentistes...). Enfin, c'est dans les unités urbaines de taille restreinte (moins de 20 000 habitants) que les revenus individuels des pharmaciens sont également les plus élevés.

L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires : situation en 2006 et évolutions depuis 2001.

Avec 500 euros par personne sur les 2 500 consacrés à la santé¹, la France est le pays européen où la dépense de médicaments *per capita* est la plus élevée. Depuis 1995, avec un taux de croissance annuelle moyen de +5,9 %, le poste « médicaments » est celui dont la progression à prix constants est la plus forte de tous les postes de la consommation de soins et de biens médicaux.

Le commerce de produits pharmaceutiques a réalisé en 2006 un chiffre d'affaires en valeur de 34 milliards d'euros toutes taxes comprises², réparti entre 22 561 officines³. Il a donc augmenté de 30 % entre 2001 et 2006 pour un nombre d'officines à peu près constant. D'après l'Enquête Annuelle auprès des Entreprises (EAE) 2006, les ventes de produits pharmaceutiques (spécialités remboursables et non remboursables, droguerie, médicaments vétérinaires, préparations magistrales et herboristerie) représentent 94 % de ce chiffre d'affaires. Elles constituent donc le principal revenu des titulaires d'officine et le moteur de la croissance du secteur. Les pharmaciens tendent tout de même à diversifier leur activité. Ainsi, la parapharmacie (assimilée aux « produits d'hygiène et de beauté », 2,6 %), les articles orthopédiques ou médicaux (1,3 %), les produits diététiques (1,2 %) et la fourniture de services (location de matériel médical..., 1 %) fournissent le complément du chiffre d'affaires du secteur. Cette répartition des ventes est restée extrêmement proche de celle observée en 2001.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables constituent les quatre cinquièmes du chiffre d'affaires des officines

Le commerce de produits pharmaceutiques est fortement réglementé. En France, seules les officines (et les pharmacies à usage intérieur au sein des hôpitaux) sont autorisées à commercialiser les médicaments. Les titulaires d'officine doivent détenir un diplôme de docteur en pharmacie et sont autorisés à exploiter un seul établissement. Ainsi, contrairement à d'autres pays, la concentration par des distributeurs de type commercial ou des industriels (les « chaînes » de pharmacie) est impossible. En revanche, plusieurs titulaires peuvent être associés dans une même société et l'implantation des officines est réglementée par le Code de la santé publique (*encadré 1, page 23*).

Le médicament se distingue également des autres biens de consommation. Il est pour une large part délivré sur prescription du médecin et n'est donc pas, en général, choisi par le consommateur, qui ne supporte pas directement la majeure partie de la dépense, remboursée par les organismes d'assurance maladie. Les prix des médicaments remboursables sont, par ailleurs, dans leur grande majorité administrés (*encadré 2, page 24*).

En 2006, les spécialités pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale (qu'elles soient ou non effectivement présentées au remboursement) représentaient les quatre cinquièmes du chiffre d'affaires des officines. Cette part a peu changé depuis 2000, tandis qu'à l'opposé, les spécialités non remboursables ont eu tendance à augmenter passant ainsi de 7 % à 11 % des ventes entre 2000 et 2006. Le marché des médicaments remboursables se compose principalement de spécialités remboursées par la Sécurité sociale à 65 % puisque, en 2006, elles représentent sur ce marché les trois quarts des unités (boîtes, flacons...) et des ventes en valeur, loin devant les médicaments remboursés à 35 % (18 % des unités et 13 % des parts de marché)⁴. Pour autant, la contribution des présentations remboursées à 65 % tend à s'amenuiser au fil des années, au profit des médicaments remboursés à

¹ Source : Eco-Santé France, IRDES.

² Source : comptes du commerce, INSEE.

³ Source : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP).

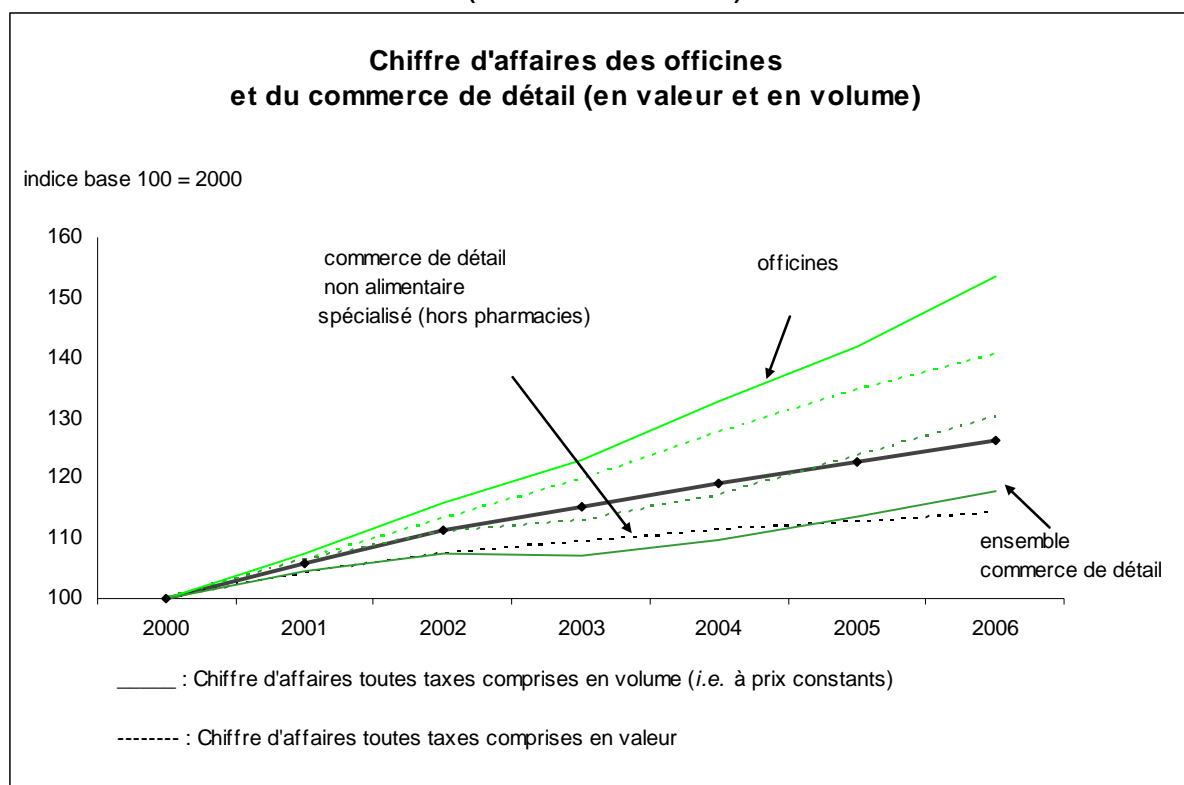
⁴ Clerc M-E., 2007, « Les dépenses de médicaments remboursables en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 590, août.

15 % (mesure transitoire opérée sur le taux de prise en charge des veinotoniques, avant leur déremboursement en 2008) et, surtout, à 100 %.

Une activité plus dynamique que l'ensemble du commerce de détail

Entre 2000 et 2006, le chiffre d'affaires des officines s'est accru en valeur de +5,8 % par an, tandis que l'indice des prix de l'ensemble des produits vendus a subi une baisse de l'ordre de 1,5 % par an⁵, attribuable pour partie au développement des médicaments génériques et aux politiques conventionnelles. Il en résulte que le chiffre d'affaires « en volume » (*i.e.* à prix constants) des officines s'est accru de 7,4 % par an au cours de la période (*graphique 1*).

Graphique 1 - Évolutions du CA des officines et de l'ensemble du commerce de détails (en valeur et en volume)



Sources : Insee, comptes du commerce, 2006.

Cette forte croissance s'explique donc par le dynamisme de la consommation de médicaments en France. Elle est également due à un effet de structure : les ventes de produits pharmaceutiques se déplacent en effet régulièrement vers des produits récents, réputés plus efficaces et à ce titre vendus à des prix plus élevés⁶, comme en témoigne pour les médicaments remboursables l'écart entre l'évolution de l'indice des prix (stable dans les années 1990 puis décroissant depuis 2000) et l'évolution du prix moyen (passé de 4,30 euros par boîte en 1996 à 6,90 euros en 2006). Cet effet de structure tendanciel est renforcé par la sortie de la réserve hospitalière (*encadré 2, page 24*), amorcée en 2004, de certains médicaments très onéreux (notamment des anticancéreux et les érythropoïétines ou EPO) puisqu'elle a élargi le champ de ce que les officines ont le droit de vendre et a participé à la

⁵ Cette diminution résulte de deux effets antagonistes : une baisse de l'indice des prix des médicaments remboursables (réglementés) de 10 % entre 2000 et 2006 et une augmentation de l'indice des prix des médicaments non remboursables (libres) de plus de 20 % sur la même période.

⁶ Courtois J., 2007, « Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments », *Point de repères*, CNAMTS, n° 13, décembre.

hausse de leur chiffre d'affaires annuel (de moins de 100 millions d'euros en 2004 à 1 milliard en 2006 et 2 milliards en 2008 sur ces produits)⁷.

Durant cette période, le commerce non alimentaire spécialisé, a également bénéficié d'une croissance élevée de son chiffre d'affaires en valeur (+4,5 % par an, hors pharmacie), de même que l'ensemble du commerce de détail (+4 %). Les prix des produits vendus dans l'ensemble du commerce de détail augmentant à un rythme annuel de 1,7 %, le chiffre d'affaires du commerce de détail a ainsi progressé de 2,3 % par an « en volume » (*graphique 1*). Pour l'ensemble du commerce de détail, la croissance en valeur du chiffre d'affaires résulte donc de la conjonction d'une croissance des volumes et des prix, alors que, pour le secteur pharmaceutique, elle est liée à de forts effets combinés de volume (ici, au sens, de nombre d'unités vendues) et de structure de vente qui font bien plus que compenser un effet prix négatif.

Une évolution de l'activité atténuée par la recherche de la maîtrise des dépenses de santé et la concurrence des autres commerces sur la parapharmacie

L'évolution de la demande en produits pharmaceutiques dépend notamment des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires de la population (évolution du niveau de vie, vieillissement de la population, apparition ou développement de nouvelles pathologies...), des pratiques de prescription des médecins ainsi que de l'innovation thérapeutique. Interviennent également les politiques publiques visant à encourager la maîtrise des dépenses de santé, tout au moins pour ce qui est des médicaments remboursables (*encadré 2, page 24*). Afin de freiner la croissance des dépenses pharmaceutiques, plusieurs grands plans ont été mis en place dans les années 1990 et 2000. Ils visent l'offre de soins (responsabilisation des professionnels, rationalisation de l'offre en volumes et en prix, développement des médicaments génériques...) mais aussi la demande par la responsabilisation des assurés (délimitation du panier de soins, franchises médicales, mesure « tiers-payant contre génériques » en 2008...). La politique de promotion et de diffusion des génériques donne un rôle central aux pharmaciens selon un dispositif avantageux pour les deux parties : l'assurance maladie peut réaliser des économies tandis que les titulaires d'officine retirent un avantage financier de la substitution⁸.

Sur la période 2000-2005, des trois principaux agrégats de la consommation de soins et de biens médicaux, le poste médicament demeure celui qui croît le plus (taux d'évolution annuel moyen de +5,9 % en valeur), devant les soins ambulatoires (+5,6 %) et les soins hospitaliers (+5,1 %)⁹. Une telle augmentation est uniquement liée aux effets « volume »¹⁰ (*graphique 2*). Au-delà de cette tendance de long terme, on observe un ralentissement de la croissance en valeur en 2005 et 2006 par rapport au début des années 2000. Ce tassement résulte d'un léger ralentissement des volumes, mais surtout d'une baisse marquée des prix (-3,7 % en 2006) imputable aux mesures du plan médicament. L'année 2007 pourrait marquer un retour à une période de forte croissance du volume des dépenses de

⁷ Source : Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (d'après Pharmastat).

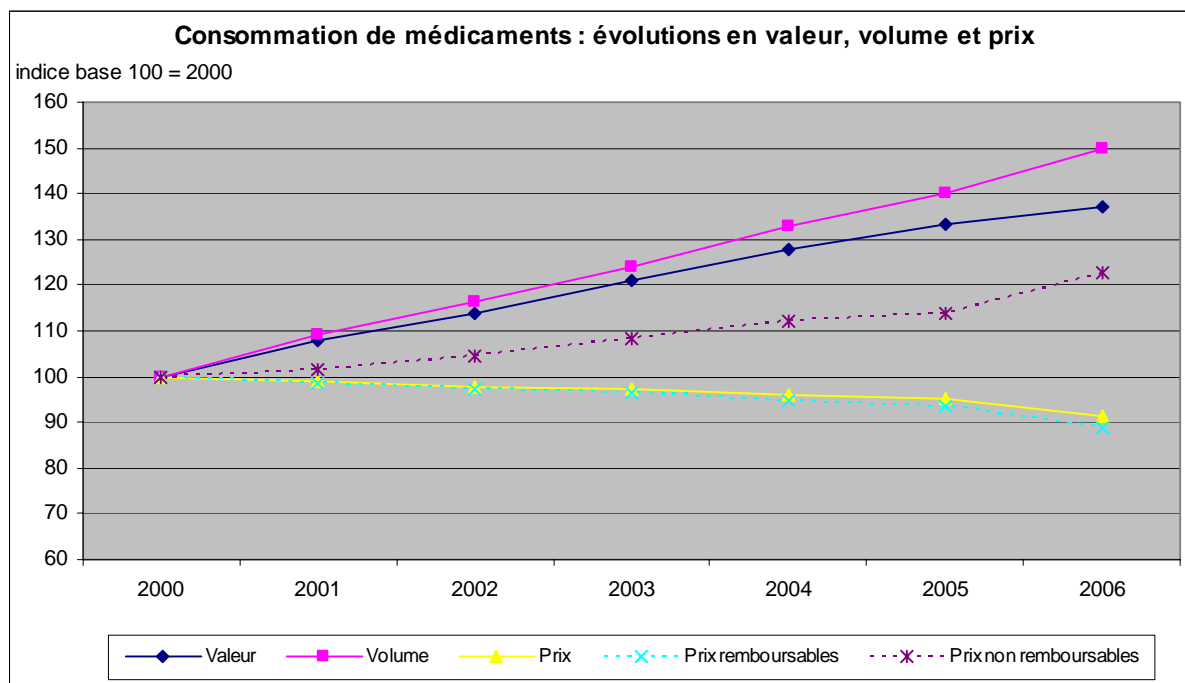
⁸ Depuis 1999, les pharmaciens sont autorisés et encouragés économiquement à substituer des médicaments génériques à des médicaments équivalents plus coûteux dont ils reprennent les principes actifs, lorsque leur brevet est tombé dans le domaine public. La délivrance d'un générique ou d'un princeps apporte la même marge commerciale au pharmacien officinal. Mais, au-delà, la substitution est avantageuse financièrement en raison de la diffusion de très fortes marges arrières (plafonnées à 20 % en 2006 puis à 15 % en 2007). De plus, en cas d'achat direct au fabricant, le titulaire peut se voir consentir une remise de 10,74 % du prix fabricant. Depuis la loi Chatel (2008), ces deux remises sont remplacées par une remise à taux unique de 17 %. En compensation, il a été décidé d'autoriser les pharmaciens à percevoir la marge du grossiste.

⁹ Fénina A., Geffroy Y., Dué M., 2008, « Comptes nationaux de la santé en 2007 », *Document de travail - série statistiques*, DREES, n° 126, septembre.

¹⁰ On rappelle que « l'effet volume » correspond à la combinaison des effets nombre d'unités et variation dans la composition du panier des médicaments vendus, à prix constant.

médicament à des niveaux proches de ceux observés entre 2000 et 2004 (+7,1 % en valeur) ; tendance qui ne persisterait pas en 2008 (année de la mise en place des franchises médicales).

Graphique 2 - La consommation de médicaments : évolutions en valeur, prix et volume.



Sources : Drees, comptes de la santé 2006 ; Insee.

Par ailleurs, dans le domaine des produits d'hygiène et de beauté, les officines sont confrontées depuis quinze ans à une concurrence accrue des grandes surfaces. Le grand commerce spécialisé s'est développé dans la parapharmacie, avec des offres de prix souvent plus concurrentielles que celles des officines. Ainsi, en dépit de leurs efforts promotionnels, les pharmacies ont perdu 10 points de parts de marché sur ce segment dans les années 90, et se sont donc recentrées sur la vente des médicaments. Depuis, la répartition dans ce secteur est restée relativement stable : les grandes surfaces et les parfumeries représentent à elles seules plus de 94 % du chiffre d'affaires dans le domaine des produits d'hygiène et de beauté contre moins de 6 % pour les officines. Même si la part de la parapharmacie dans l'activité des officines reste minoritaire pour pouvoir réellement influencer sur le chiffre d'affaires global (de l'ordre de 3 % des ventes en valeur), la dynamique du secteur de l'hygiène et de la beauté semble tout de même leur profiter puisque, sur ce segment, les ventes en valeurs ont augmenté de 30 % entre 2001 et 2006.

Un taux de marge en diminution et une hausse des charges de personnel

Le taux de marge commerciale¹¹ des officines était de 27,4 % en 2006, soit un taux équivalent à celui de l'ensemble du commerce de détail ; il est en revanche inférieur de 10 points à celui des autres commerces non alimentaires spécialisés. Les pharmacies réalisant l'essentiel de leurs marges commerciales sur les ventes de médicaments remboursables, les mesures qui réglementent les taux de marge ont un impact prépondérant : le système de la « marge dégressive lissée » (MDL) introduit en 1990 vise à tempérer l'effet structurel de la croissance des prescriptions de médicaments récents et onéreux (*encadré 2, page 24*).

Ainsi, entre 1989 et 1997, les marges commerciales en valeur se sont accrues de 3,6 % en moyenne par an. Depuis, les marges commerciales progressent plus rapidement (4,4 % en moyenne par an entre 1998 et 2006), en dépit des vagues successives de diminution des prix observée notamment sur les produits à service médical rendu (SMR¹²) insuffisant. De plus, à partir d'avril 1999, l'ancien système comprenant six taux de marge très dégressifs a été remplacé par un système à deux taux, plus avantageux pour les pharmaciens, puis à trois taux en 2004¹³. Cependant, de 2004 à 2006, les marges progressent moins vite et leur croissance n'excède pas 3 % par an (*graphique 3, page suivante*). On observe une baisse constante du taux de marge commerciale moyen au cours des six dernières années, passant de 29,3 % en 2000 à 27,4 % en 2006 ; soit une réduction annuelle moyenne de 1,1 %.

Cette diminution s'accompagne d'une baisse de l'excédent brut d'exploitation (EBE) de l'ordre de 1 % par an, alors même que l'évolution de l'EBE se maintenait à +4,5 % par an entre 1998 et 2004. Ce recul enregistré depuis 2004 s'explique par un creusement des écarts d'évolutions entre les charges d'exploitation (+8,5 % par an entre 2001 et 2006 contre +3,4 % entre 1995 et 2000 et +3 % entre 1989 et 1994) et les marges commerciales (autour de +2,5 % par an en 2005 et 2006 contre plus de +5 % entre 2001 et 2004). Cette forte hausse des charges résulte principalement de l'accélération des charges de personnel. Les frais de personnel se décomposent en deux tiers de salaires et traitements (y compris les salaires de gérance des titulaires) et en un tiers de charges sociales (y compris les cotisations personnelles de l'exploitant). Les premiers ont enregistré une croissance annuelle oscillant autour de 8 % sur la période 2001-2006, tandis que les secondes augmentaient de 6 % par an. Ce phénomène résulte de la conjonction de trois éléments : une augmentation du nombre de postes salariés (+1,6 % par an, un moindre recours aux emplois à temps partiel (équivalent temps plein en hausse de 1,9 % par an) et des niveaux de salaires plus élevés (toutes catégories socioprofessionnelles confondues, + 4 % d'évolution annuelle du salaire brut pour les emplois à temps plein)¹⁴. La mise en place de la réduction du temps de travail (loi sur les 35 heures) dans les officines ayant été progressive (aménagement et modulation spécifiques aux petites entreprises), à l'échelle du secteur, ces évolutions apparaissent continues tout au long de la période.

Par ailleurs, les impôts et taxes sur la production se sont accrus particulièrement rapidement entre 2004 et 2006 (plus de +10 % par an). Pour autant, ils ne représentent que 4,5 % de la valeur ajoutée contre 45 % pour les frais de personnel.

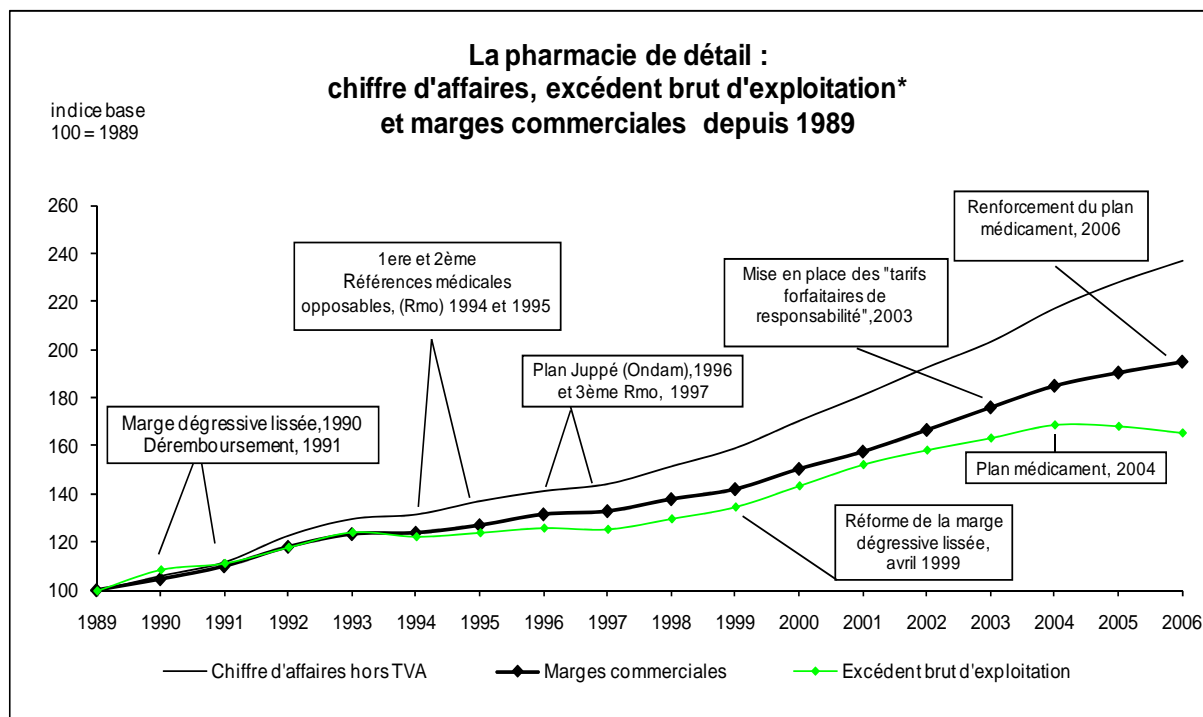
¹¹ Le taux de marge commerciale correspond au rapport entre la marge (différence entre les ventes et le coût d'achat des marchandises) et le chiffre d'affaires.

¹² Pour plus de précisions sur l'évaluation du SMR, voir Lancry P-J., 2000, « Médicaments : approche économique et institutionnelle », CNAMTS.

¹³ Les simulations réalisées montrent en effet que, par rapport aux anciens modes de calcul, ces nouveaux taux de marge sont en moyenne sensiblement plus élevés, et notamment pour les médicaments dont le coût excède 20 euros (Rapport des Comptes de la Sécurité sociale de 2008). Les différences entre les systèmes à deux et trois taux de 1999 et 2004 sont en revanche extrêmement mineures et ne concernent que les médicaments très onéreux.

¹⁴ Source : DADS, Insee.

Graphique 3 - Évolutions du CA, de l'EBE et des marges commerciales des officines



Sources : Insee, comptes du commerce 2006 et SUSE 2006.

* Pour les définitions : voir encadré 3.

Si la répartition par catégorie socio-professionnelle est demeurée relativement stable au sein des officines, le paysage s'est modifié en profondeur ces dernières années avec le développement des sociétés et la transformation de la structure des métiers des pharmaciens d'officine vers un exercice croissant et durable du salariat.

Une densité d'officines élevée mais stabilisée sur les quinze dernières années

Avec une densité d'une officine pour 2 650 habitants, soit un peu plus de 37 officines pour 100 000 habitants, la France (y compris DOM) dispose fin 2006 d'un réseau particulièrement dense qui la situe dans les premiers rangs européens, avec la Grèce, la Belgique et l'Espagne (respectivement, 1 officine pour 1 300, 2 000 et 2 100 habitants). L'Europe des 25 affiche en 2005 une moyenne d'une officine pour un peu moins de 5 000 habitants (cas du Royaume-Uni), avec des densités très variables (1 pour 4 000 habitants en Allemagne à 1 pour près de 10 000 habitants aux Pays-Bas et dans les pays nordiques)¹⁵.

Sur les 35 dernières années, le nombre d'officines s'est accru de plus d'un tiers, mais l'essentiel de cette évolution s'est produite en début de période : après une croissance très soutenue dans les années 70 et 80 (respectivement +17 % et +11,5 %), le nombre d'officines en activité s'est stabilisé au cours des 15 dernières années (+2,2 % entre 1991 et 2001, puis stabilisation, et même, légère diminution avec -0,7 % sur la période 2001-2006¹⁶). La forte augmentation du nombre d'établissements est le fruit

¹⁵ European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection and Austrian Federal Ministry of Health, Family and Youth, 2008, *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Report*, juin.

¹⁶ Le répertoire Adeli se révélant limité pour réaliser des études temporelles poussées, les analyses statistiques portant sur l'évolution du nombre, du type d'officines et les effectifs de pharmaciens ont été réalisées à partir du tableau de l'Ordre des Pharmaciens via l'étude de Bui Dang Ha Doan, Lévy D. (« L'avenir démographique de la profession pharmaceutique (1990-2020) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, XXXI^{ème} année, n°3) et les statistiques publiées annuellement par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.

de l'octroi de licences par voie dérogatoire, conduisant à une multiplication d'officines surnuméraires. C'est pourquoi cette procédure est aujourd'hui interdite et la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2008 a décidé d'un relèvement des quotas (*encadré 1, page 23*).

Davantage de pharmaciens salariés et d'officines organisées en sociétés

Fin 2006, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens recensait plus de 53 000 pharmaciens travaillant dans une officine (et environ 1 000 de plus fin 2008), soit les trois quarts des professionnels actifs ; les autres exerçant principalement dans les laboratoires d'analyse de biologie médicale à but lucratif, les établissements de santé ou l'industrie pharmaceutique. Parmi les pharmaciens d'officine, 28 000 exerçaient en qualité de titulaires ou co-titulaires et 25 000 en tant que pharmaciens adjoints (salariés). En outre, on estime qu'environ 50 000 préparateurs en pharmacie¹⁷ secondent les pharmaciens dans la préparation et la délivrance des médicaments. Avec plus de 50 000 employés et ouvriers (vendeurs, manutentionnaires...), c'est, au total, environ 160 000 personnes qui travaillent dans les officines françaises en 2006 (en moyenne près de +2 % par an sur les cinq dernières années) ; soit, en moyenne, environ 7 personnes par officine dont plus d'un tiers de pharmaciens (1,3 titulaire et 1,1 pharmacien adjoint).

Entre 1990 et 2006, l'effectif total de pharmaciens (tous secteurs confondus) a augmenté d'un peu plus de 35 %, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,5 % et, par conséquent, à un ralentissement de la forte croissance démographique enregistrée par la profession dans les années 70 et 80¹⁸. Ce phénomène est directement lié à l'introduction en 1980 d'un *numerus clausus*. Cette moindre croissance conjuguée au vieillissement de la profession (d'un peu moins de 40 ans en moyenne en 1980 à un peu plus de 45 ans aujourd'hui) a motivé un relèvement progressif du nombre de places disponibles en 2^{ème} année des études de pharmacie : stabilisé autour de 2 250, le *numerus clausus* a été remonté à 2 400 en 2003, 2 600 en 2004, 2 790 en 2005, 2 990 en 2006 et 3090 depuis 2007. Sous l'hypothèse d'un maintien du *numerus clausus* à ce niveau et à comportements inchangés, la DREES a estimé que la densité de pharmaciens augmenterait de près de 7 % à l'horizon 2030 et de plus de 10 % en 2050¹⁹.

Les trois quarts des pharmaciens exercent en officine. Cette proportion est restée relativement stable dans les deux dernières décennies, mais la quasi-impossibilité réglementaire d'ouvrir de nouvelles officines a bouleversé la physionomie des postes occupés : depuis 1990, le nombre de titulaires a en effet peu évolué (+ 10 %), tandis que le nombre de pharmaciens adjoints (salariés) augmentait de 50 %. Ce phénomène est particulièrement marqué au cours des dernières années puisque, entre 2001 et 2006, la croissance annuelle moyenne du nombre de titulaires était de 0,5 % contre 2,75 % pour leurs adjoints. De fait, une part importante des jeunes pharmaciens d'officine demeurent salariés : ce type de poste, autrefois transitoire, tend à se pérenniser. D'autres, à défaut de pouvoir s'installer seuls, cherchent à s'associer aux titulaires déjà en place. Ce phénomène explique la transformation juridique des officines : si les entreprises individuelles restent encore la structure majoritaire (55 % des officines), leur effectif a diminué de plus de 25 % depuis 1990 au profit des sociétés dont le nombre a été multiplié par 2,5 sur la même période. Une telle expansion a été, jusqu'en 2000, principalement le fait des sociétés en nom collectif (SNC). Depuis, c'est l'avènement des sociétés d'exercice libéral (SEL) dont la part est passée de 2 % de l'ensemble des officines en 2001 à 12,5 % fin 2006. Avec le

¹⁷ Source : DADS 2006, Insee. Le rapport de la DGEFP – CPNE présente des effectifs similaires dans le secteur des officines à ceux observés à partir des DADS (DGEFP – CPNE, 2006, *La pharmacie d'officine : Contrat d'étude prospective*, mars).

¹⁸ Une analyse détaillée de la situation démographique et professionnelle des pharmaciens est proposée dans Collet M., 2005, « Les pharmaciens en France : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, DREES, n° 437, octobre.

¹⁹ Collet M., 2005, « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national », *Études et Résultats*, DREES, n° 438, octobre.

développement des sociétés, le nombre moyen de titulaires par officine est passé de 1,22 en moyenne en 2001 à un peu plus de 1,27 en 2006, soit une augmentation de 4,3 % en cinq ans.

Une estimation des revenus impossible pour les titulaires d'officine organisée en SEL

Au-delà des résultats économiques des officines, il est possible d'estimer le revenu individuel de leurs titulaires à partir des bénéfices dégagés par l'exploitation (le profit brut courant avant impôt ou « PBCAI »). Ces bénéfices comprennent à la fois les résultats directs de l'exploitation et les salaires que s'attribuent les exploitants (pour rémunérer la fonction de gérance)²⁰, ainsi que leurs cotisations sociales personnelles, tant obligatoires que facultatives (*encadré 3, page 28*). On rapporte ensuite le résultat au nombre moyen de titulaires observé dans la catégorie d'officine considérée (1,27 toutes catégories juridiques confondues et 1,25 hors sociétés d'exercice libéral). Néanmoins, les dividendes que se versent les titulaires en qualité de gérants majoritaires, qui concernent très majoritairement les SEL (85 % sont imposées sur les sociétés), sont compris dans les frais mobiliers et ne peuvent être isolés. Cela rend impossible toute estimation de revenus relative aux titulaires d'officine constituée en SEL. Or, comme le souligne le récent rapport Fouquet²¹, certains associés de ces sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés, s'accordent une assez faible rémunération d'activité sous forme de salaire, mais des dividendes conséquents afin d'obtenir une minoration des prélèvements sociaux.

C'est pourquoi les titulaires d'officine organisée en SEL ne sont pas pris en compte dans les analyses qui suivent, bien que leur représentation se soit progressivement mais sensiblement accrue, passant de 2,5 % des titulaires en 2001 à près de 15 % en 2006 (3,5 % en 2002, 5 % en 2003, 7,5 % en 2004 et 10 % en 2005). L'exclusion du champ d'analyse des titulaires d'officine des SEL sur la période 2001-2006 modifie probablement un peu les résultats présentés, s'agissant des niveaux de revenus. Bien qu'étant hétérogènes, les SEL ont des caractéristiques particulières. Le chiffre d'affaires (tout comme la marge commerciale) de ces officines est supérieur de un tiers à celui des autres structures alors que le nombre de titulaires se partageant les bénéfices n'est que 1,2 fois plus élevé. L'importance prise par les SEL dans le chiffre d'affaires total du secteur n'en demeure pas moins progressive et encore limitée entre 2001 et 2006 (2 % en 2001, 6 % en 2004, 9 % en 2005 et 12 % en 2006). Les résultats présentés retracent la réalité économique de la majeure partie des exploitants sur la période étudiée.

Si la non-prise en compte des titulaires des SEL peut aussi avoir un impact sur les évolutions des revenus individuels observés, il convient de souligner que, dans le cas des officines, le passage en SEL ne relève pas d'une création, d'un agrandissement ou d'un transfert de l'établissement, mais d'un simple changement de statut fiscal totalement transparent pour les clients et donc sans réel impact sur l'activité de l'officine. Ainsi, avec un chiffre d'affaires proche, les titulaires concernés par cette transformation juridique, génèrent des ressources d'un ordre de grandeur probablement comparable

²⁰ Dans le cas d'une société imposée à l'impôt sur les sociétés, le gérant salarié peut, en effet, se verser un salaire de gérance. Ceci a le double avantage d'assurer le droit à une couverture sociale ainsi que des droits à la retraite, mais aussi de permettre de déduire fiscalement ces rémunérations des résultats de l'activité. Une économie d'impôt peut ainsi être réalisée par rapport à une situation où les sommes correspondantes sont maintenues dans les bénéfices de l'entreprise. Il s'agit néanmoins d'un arbitrage dans la mesure où, en contrepartie, le dirigeant sera soumis à l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP). Pour leur part, les entrepreneurs individuels et associés de sociétés relevant de l'impôt sur le revenu peuvent enregistrer au niveau comptable des rémunérations de ce type, lorsqu'aucune autre ne constitue la contrepartie du travail fourni. Elles supportent le barème progressif de l'IRPP et sont réintégrées au résultat fiscal. Les titulaires doivent de plus indiquer le mode de calcul retenu pour la fixation de cette rémunération.

²¹ Fouquet O., 2008, *Améliorer la sécurité juridique des relations entre l'administration fiscale et les contribuables : une nouvelle approche*, rapport au ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, juin.

avant et après leur passage en SEL, mais de nature différente. Cette transformation juridique qui a des incidences fiscales est, par ailleurs, susceptible de faciliter la transmission ultérieure du patrimoine. Enfin, on peut observer que les titulaires des 450 SEL imposées sur le revenu (pour lesquels aucun dividende ne peut donc être versé) perçoivent une rémunération moyenne équivalente à celle des autres titulaires d'officine.

Le revenu brut moyen d'un titulaire d'officine : 132 000 euros par an en 2006

En 2006, le revenu annuel brut d'un titulaire d'officine (hors SEL), ainsi calculé, s'élève en moyenne à 132 000 euros. Il est constitué à 73 % des bénéfices dégagés par l'exploitation, à 11 % des salaires de gérance que le titulaire s'est accordés et à 16 % de ses cotisations sociales personnelles – soit une répartition stable sur les cinq dernières années.

Pour évaluer le revenu net, il faudrait pouvoir ôter les seules cotisations sociales obligatoires. Or, il est impossible de les isoler des cotisations facultatives à partir des déclarations fiscales. Par conséquent, le revenu net moyen ne peut être qu'évalué, l'estimation réalisée étant un minorant (*encadré 3, page 28*) : il s'élève à 111 000 euros par titulaire en 2006. Il apparaît donc plus élevé que celui que retirent en moyenne les médecins (et les autres professionnels de santé) de leur activité libérale, bien que les différences en termes de sources et de méthodes rendent délicates les comparaisons détaillées avec ces derniers (*encadré 4, page 32*).

Ces résultats recouvrent toutefois de fortes disparités. 400 officines, soit 1,8 % des établissements, apparaissent, en 2006, dans une situation financière déficitaire (contre 1 % en 2001). Elles sont majoritairement situées – et surreprésentées par rapport à la répartition des officines par région – dans l'agglomération parisienne (19 % d'entre elles), en région PACA (16 %), dans les DOM (8 %) et en Midi-Pyrénées (7 %).

Plus généralement, la dispersion du revenu individuel autour de la moyenne, mesurée pour les seuls titulaires d'entreprises individuelles et unipersonnelles²², apparaît proche de celle observée pour les médecins libéraux et, plus globalement, pour les cadres (rapport interquartile – *i.e.* rapport entre le niveau au-delà duquel se situent le quart des revenus les plus élevés et celui au-delà duquel se situent le quart des revenus les plus faibles – dépassant 2). Si le revenu des titulaires exerçant dans ce type d'officines s'élève en moyenne à 142 000 euros, la distribution est assez concentrée pour les plus bas niveaux de revenus et très allongée pour les plus hauts niveaux. 25 % des titulaires d'officine organisée en entreprise individuelle (EI) ou en entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL) ont ainsi gagné moins de 85 000 euros en 2006 (et 10 % moins de 50 000 euros), alors qu'une proportion équivalente ont perçu des gains supérieurs à 195 000 euros (et 10 % plus de 270 000 euros).

Des revenus plus élevés pour les pharmaciens exerçant en entreprises individuelles

Le revenu brut moyen des pharmaciens titulaires varie fortement selon le type d'entreprise (*tableau 1*). Il atteint 143 000 euros pour les titulaires qui exercent dans les 12 400 entreprises individuelles,

²² Il n'est en effet possible d'analyser la dispersion que pour les revenus des titulaires d'officines organisées en entreprise individuelle ou en entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée car le bénéfice brut dégagé par l'officine se confond alors avec le revenu du titulaire (nombre moyen d'exploitants par officine extrêmement voisin de 1). En revanche, pour les autres officines, le nombre de titulaires est très variable. Il en résulte que, si le revenu moyen par titulaire demeure juste au niveau global, il est très fortement biaisé à un niveau microéconomique car on ignore la règle de partage des revenus entre titulaires dès lors que leur nombre peut être supérieur à 1.

136 000 euros pour ceux qui relèvent des 2 000 EURL contre 121 000 euros pour ceux qui relèvent des 5 500 autres sociétés (hors SEL), soit un écart de près de 20 %. Deux effets jouant en sens inverse expliquent cet écart de revenu : si l'activité des officines organisées en sociétés (estimée par le chiffre d'affaires hors taxe moyen) est globalement 1,4 fois plus importante que celle des entreprises individuelles, les bénéfices d'exploitation sont partagés, une société comprenant en moyenne 1,6 titulaire.

Tableau 1 - Le revenu annuel brut d'un titulaire d'officine selon la catégorie juridique

Catégorie Juridique (CJ)	Nombre officines	CA HT moyen (en milliers d'euros)	Profit brut moyen avant impôt par officine (en milliers d'euros)* (a)	Nombre moyen de titulaires par officine (b)	Revenu moyen brut par titulaire (en milliers d'euros)* c = a / b
Entreprises Individuelles	12384	1232	144	1,01	143
Sociétés	9627	1698	183	1,58	116
<i>Entreprise Unipersonnelle</i>	2072	1448	137	1,01	136
<i>Société d'Exercice Libéral**</i>	2060	1841	127	1,48	86
<i>Autres sociétés (SNC, SARL, SA...)</i>	5495	1738	222	1,83	121
Toutes CJ confondues	22011	1436	161	1,27	127
Toutes CJ confondues HORS SEL	19951	1394	165	1,25	132

Sources : SUSE 2006, ADELI 2006.

Champ : Officines ayant déclaré une activité complète en 2006.

* Intégrant les rémunérations que l'exploitant s'octroie ainsi que ses cotisations personnelles.

** On rappelle qu'il s'agit là d'une estimation minorée car n'intégrant pas les dividendes.

Les titulaires des SEL imposés sur le revenu perçoivent en moyenne 132 000 euros par an.

Si l'on fait abstraction du cas des SEL pour lesquelles on ne dispose pas de données complètes, le développement des officines en sociétés au début des années 2 000 ne semble donc pas avoir été motivé par des perspectives de gains individuels plus importants, leurs titulaires ayant des revenus moyens inférieurs.

Outre la quasi-impossibilité de créer une nouvelle officine, trois hypothèses peuvent être avancées. L'exercice en commun va d'abord dans le sens d'un meilleur confort de vie grâce au partage des tâches et du temps de présence obligatoire du pharmacien, ce à quoi aspirent de nombreux professionnels de santé. L'exploitation en société présente en outre des avantages fiscaux et financiers : si les bénéfices sont partagés, l'endettement initial l'est tout autant ; or il est très important lors de l'acquisition d'une officine ou de parts, le prix de cession moyen d'une pharmacie étant de 90 % du chiffre d'affaires toutes taxes comprises en 2006, soit approximativement 1 million d'euros. Enfin, en s'associant au préalable avec un collaborateur, les titulaires approchant de la retraite peuvent espérer faciliter et rendre plus sûre la revente ultérieure de leurs parts dans l'entreprise.

Parallèlement à ces différences de niveau, la structure même du revenu avant impôt des exploitants se révèle différente (tableau 2). Les salaires de gérance représentent 21 % du revenu individuel des pharmaciens organisés en société (26 % pour les EURL) contre moins de 1 % pour les titulaires d'entreprises individuelles. Au contraire, la part prise par les cotisations sociales personnelles s'avère plus élevée pour ces derniers (20 % de leur revenu brut avant impôt contre 16 % pour les titulaires des entreprises unipersonnelles et 12 % pour les autres sociétés). Enfin, en termes de modes d'imposition, l'ensemble des pharmaciens titulaires optent très majoritairement pour l'impôt sur le revenu (87 % des officines). Seules certaines officines organisées en société choisissent de verser l'impôt sur les sociétés (30 % d'entre elles), mais cette proportion reste très variable selon leur catégorie juridique (de 1 % pour les sociétés en nom collectif à 47 % pour les sociétés anonymes et même 68 % pour les sociétés d'exercice libéral).

**Tableau 2 - Décomposition du revenu annuel brut des titulaires d'officine
selon la catégorie juridique**

Catégorie Juridique	Nombre officines	Part officines ayant opté pour l'impôt sur les sociétés**	Nombre moyen de titulaires par officine	En milliers d'euros			
				Revenu moyen brut par titulaire (a)	Dont Cotisations sociales personnelles moyennes par titulaire (b)	Dont Salaires de gérance moyens par titulaire	Revenu moyen net estimé par titulaire c = a-b
Entreprises Individuelles	12384	0,0%	1,01	143	28	1	115
Sociétés	9627	30,7%	1,58	116	14	25	102
<i>Entreprise Unipersonnelle</i>	2072	29,5%	1,01	136	22	35	114
<i>Société d'Exercice Libéral*</i>	2060	85,0%	1,48	86	10	8	76
<i>Autres sociétés (SNC, SARL, SA...)</i>	5495	10,8%	1,83	121	14	27	107
Toutes CJ confondues	22011	13,4%	1,27	127	21	14	106
Toutes CJ confondues HORS SEL	19951	6,1%	1,25	132	21	14	111

Sources : SUSE 2006, ADELI 2006.

Champ : Officines ayant déclaré une activité complète en 2006.

* Estimation fortement minorée car n'intégrant pas les dividendes.

** Les exploitants des officines peuvent choisir entre impôt sur les sociétés et impôt sur le revenu des personnes physiques.

Une diminution annuelle moyenne de 0,6 % du revenu réel des titulaires d'officine entre 2001 et 2006

Les revenus individuels des titulaires d'officine (hors SEL) ont augmenté de 6,8 % en euros courants entre 2001 et 2006²³, soit une évolution annuelle moyenne de +1,3 % (**tableau 3**). Cette évolution est contrastée selon la catégorie juridique des officines puisque les titulaires des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée (EURL) ont vu leur revenu brut baisser de 0,3 % en moyenne par an sur la période alors que le revenu enregistré une croissance annuelle de 2,4 % dans les autres sociétés et de 1,6 % au sein des entreprises individuelles. Encore une fois, il faut souligner qu'il est impossible de se prononcer sur les évolutions observées pour les titulaires des SEL (-2,3 %) dans la mesure où la part représentée par les dividendes a pu fortement varier entre 2001 et 2006.

En termes réels, c'est-à-dire une fois corrigé de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, le revenu brut des titulaires d'officine enregistre en réalité une baisse de 2,8 % sur la période 2001-2006, soit près de -0,6 % par an en moyenne. Seuls les exploitants des « autres sociétés » ont vu leur pouvoir d'achat augmenter sur cette période (+2,4 %) alors que celui des entrepreneurs individuels stagnait légèrement à la baisse (-1,6 %) et chutait de plus de 10 % pour les titulaires des EURL.

Là encore, il faut rappeler que si cette évolution intègre la majeure partie des titulaires, elle exclut les exploitants organisés en SEL du fait de leur mode de rémunération spécifique (part importante prise par les dividendes). Si cette restriction du champ d'analyse est susceptible de faire varier un peu cette tendance, il faut souligner que, sur la période 2001-2006, la part des titulaires en SEL s'accroît au maximum de 3 % en un an.

²³ Les revenus sont dits en euros courants dès lors qu'ils sont exprimés dans la monnaie de l'année. La conversion en euros constants consiste à éliminer l'effet de l'inflation en appliquant l'indice des prix à la consommation calculé par l'INSEE afin de rendre comparables des données sur plusieurs années. On parle aussi d'évolution en termes réels.

Tableau 3 - Les revenus bruts moyens des titulaires d'officine entre 2001 et 2006

Catégorie Juridique (CJ)	Revenus bruts* (en milliers d'euros et en euros courants)		Taux de croissance (en %)			
			Entre 2001 et 2006		Annuel moyen	
	2001	2006	En euros courants	En euros constants	En euros courants	En euros constants
Entreprises Individuelles	132,3	143,0	8,1%	-1,6%	1,6%	-0,3%
Sociétés	111,9	116,0	3,7%		0,7%	
<i>Entreprise Unipersonnelle</i>	138,1	135,9	-1,6%	-10,5%	-0,3%	-2,2%
<i>Société d'Exercice Libéral**</i>	96,5	85,8	-11,0%	-19,1%	-2,3%	-4,1%
<i>Autres sociétés (SNC, SARL, SA...)</i>	107,5	121,0	12,6%	2,4%	2,4%	0,5%
Toutes CJ confondues	121,5	126,5	4,1%	-5,3%	0,8%	-1,1%
Toutes CJ confondues HORS SEL	123,8	132,3	6,8%	-2,8%	1,3%	-0,6%

Sources : SUSE, ADELI.

Champ : Officines ayant déclaré une activité complète sur l'année considérée.

Note : Les chiffres présentés ici sont des résultats arrondis à 1 chiffre après la virgule.

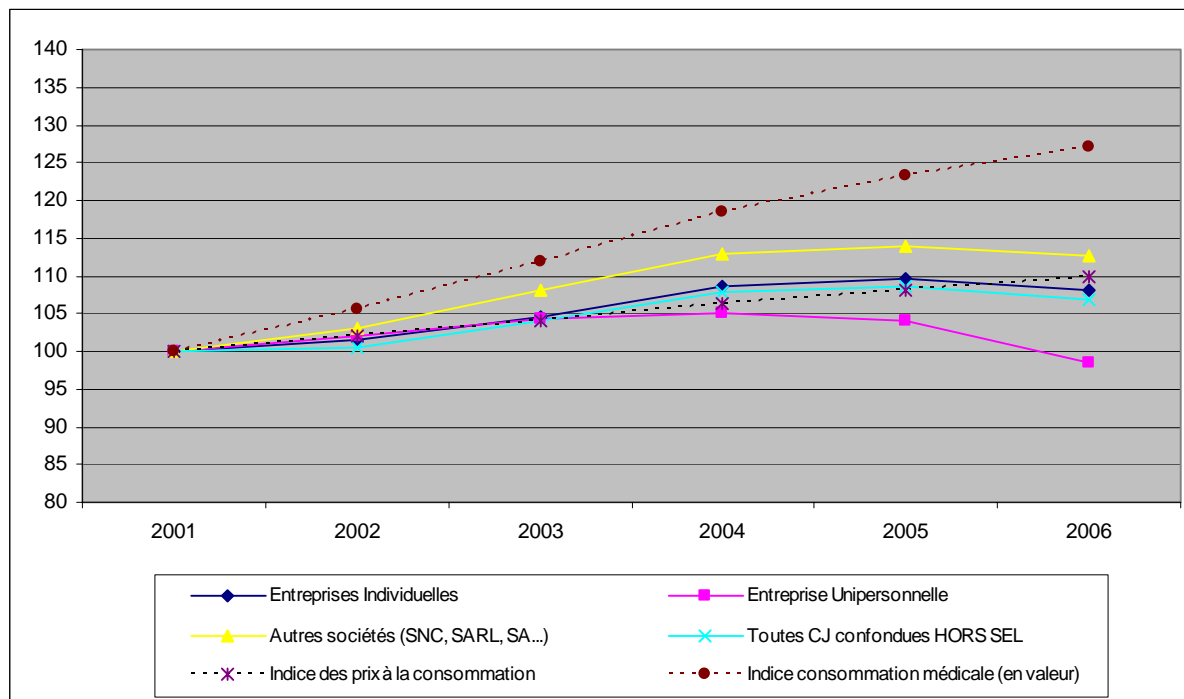
* Intégrant les rémunérations que l'exploitant s'octroie ainsi que ses cotisations personnelles.

** Estimation fortement minorée car n'intégrant pas les dividendes.

Si l'on s'intéresse plus finement aux fluctuations annuelles, on observe des évolutions contrastées : une stagnation du niveau des revenus bruts des titulaires d'officine en euros courants (hors SEL) entre 2001 et 2002 à laquelle succèdent deux années de forte augmentation (+4 points annuellement) puis un ralentissement de cette croissance en 2005 qui s'achève enfin par une baisse sensible au cours de l'année 2006 (*graphique 4, page suivante*). Ces tendances se retrouvent quelle que soit la catégorie juridique des officines considérées, avec cependant quelques nuances : l'augmentation observée sur la période 2001-2004 est particulièrement marquée pour les titulaires des « autres sociétés » tandis qu'à l'opposé, les exploitants d'entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée ont enregistré une croissance plus modérée sur cette période et une diminution très marquée entre 2005 et 2006. Comme on l'a vu, cette forte diminution est à mettre en lien avec la contraction des marges commerciales et la hausse des charges d'exploitation. Cette situation concorde également avec une moindre croissance de la consommation de médicaments en 2005 et 2006 par rapport au début des années 2000 et, surtout, la substitution et la baisse des prix des médicaments originaux brevetés ou princeps²⁴.

²⁴ Grandfils N., 2007, « Fixation et régulation des prix », *Revue française des Affaires sociales*, La documentation française, n° 3-4, juin-décembre.

Graphique 4 - Évolution entre 2001 et 2006 des revenus bruts moyens des titulaires d'officine (en euros courants)



Sources : SUSE, ADELI, Insee, Comptes de la santé.
Champ : Officines ayant déclaré une activité complète sur l'année.

Des disparités régionales d'implantation qui correspondent à celles du niveau de dépense par habitant

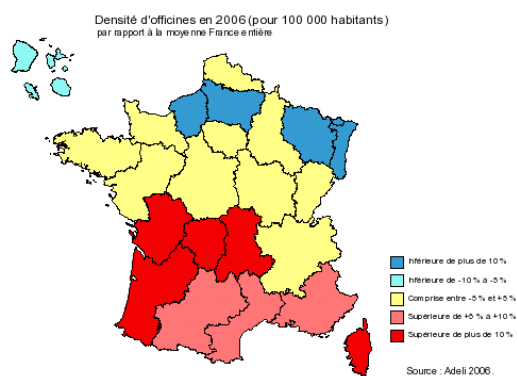
En dépit de la réglementation relative aux implantations, les disparités régionales de densité des officines restent marquées en 2006 (coefficient de variation d'environ 14 %). Elles apparaissent même supérieures à celles observées pour les médecins généralistes pour cette même année (10 %), mais moindres que pour les spécialistes (plus de 20 %) ²⁵. En dehors des régions à statut particulier, les densités d'officines s'échelonnent de 1 pour plus de 3 000 habitants en Picardie et en Haute-Normandie à 1 officine pour 2 000 habitants dans le Limousin et en Corse. La densité est sensiblement plus faible dans les régions septentrionales (*carte 1*), avec un gradient d'augmentation qui s'observe nettement du nord vers le sud. Ce type de répartition, plus favorable aux régions du sud, se retrouve pour d'autres professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers...) ²⁶. Les dispositions particulières à certains départements induisent des densités particulièrement faibles en Alsace, en Lorraine et dans les DOM (*encadré 1, page 23*). Ces inégalités dans la répartition géographique de l'offre pharmaceutique peuvent être reliées à celles qui existent en termes de demande, les dépenses individuelles de produits pharmaceutiques étant approximées par le chiffre d'affaires moyen par habitant des officines (440 euros par habitant en moyenne en 2001) [*carte 2*]. Les écarts entre les régions sont en effet importants et suivent, globalement, les différences de densité observées. Bien que des exceptions existent, ce sont généralement dans les régions les mieux équipées en officines que les dépenses par habitant sont les plus élevées (Limousin, Corse, région PACA, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Auvergne...) ; au contraire les régions à densité

²⁵ La dispersion régionale pour les médecins a été calculée sur la base des statistiques issues du répertoire ADELI et publiées dans Sicart D., 2007, « Les médecins – Estimations au 1^{er} janvier 2007 », *Document de travail - série statistiques*, DREES, septembre.

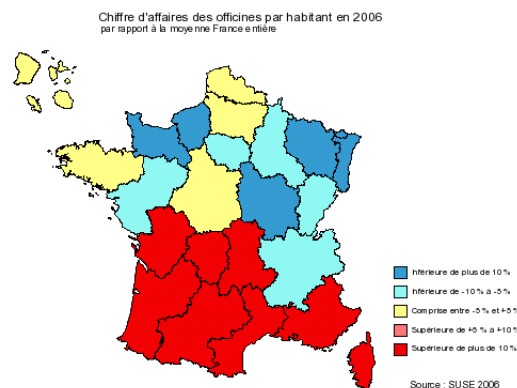
²⁶ Billaut A., Breuil-Genier P., Collet M., Sicart D., 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Données sociales : La société française (Edition 2006)*, INSEE, mai.

réduite enregistrent des chiffres d'affaires par habitant généralement inférieurs à la moyenne (Alsace, Lorraine, Haute-Normandie...). Si le sens des écarts régionaux de densité et de niveau d'activité des officines a très peu évolué sur les cinq dernières années, l'ampleur de ces écarts s'est accrue en termes de dépenses par habitant²⁷. Ainsi, bien que l'installation des officines soit réglementairement fixée en fonction du nombre d'habitants, elle semble de fait correspondre aux disparités constatées dans le niveau de consommation par habitant.

Carte 1 - Densité régionale d'officines en 2006.



Carte 2 - Disparités régionales du CA des officines par habitant en 2006



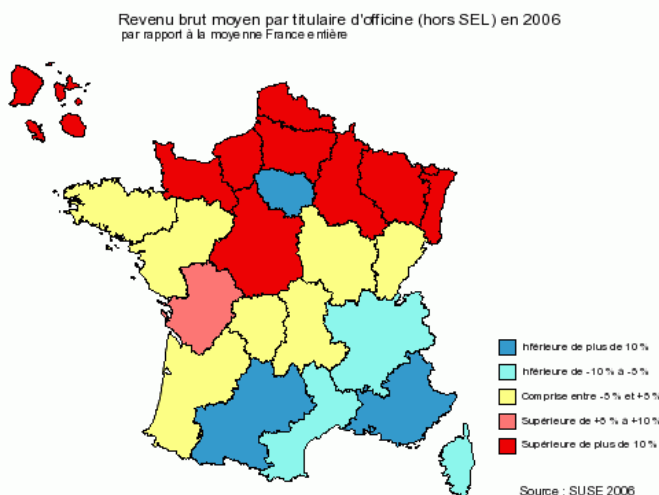
²⁷ Bernadet S., Collet M., 2004, « L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires », *Études et Résultats*, DREES, n° 303, avril.

Cette relation entre les variables d'offre et de demande pharmaceutiques peut faire l'objet de deux hypothèses concurrentes mais dont les effets peuvent se cumuler. Il peut d'abord refléter des inégalités en termes de besoins ou de comportements à l'égard des soins (hypothèse « d'adéquation de l'offre à la demande réelle ») : les écarts régionaux du niveau de dépenses pharmaceutiques seraient alors principalement liés à la structure par âge des populations. L'autre hypothèse est que la concurrence qui s'exerce entre les médecins dans certaines régions peut les conduire à davantage de consultations et de prescriptions – ce qui se répercuterait sur l'activité des officines (« hypothèse de la demande induite »²⁸).

Des disparités régionales de revenus surtout liées à la densité d'officines

Conjointement, d'importantes disparités régionales peuvent être observées concernant les revenus des pharmaciens titulaires d'officines (carte 3)²⁹. En termes de revenus bruts moyens, ces derniers s'échelonnent d'environ 115 000 euros en Ile-de-France, en Midi-Pyrénées et en région PACA à près de 170 000 euros dans les DOM et en Picardie. La tendance constatée va dans le sens d'une nette gradation du niveau de revenu des régions du sud vers les régions du nord. Au niveau régional, le revenu moyen des pharmaciens titulaires semble en outre varier plus fortement avec la densité d'officines, et donc avec la concurrence à laquelle ils sont soumis, qu'avec les dépenses pharmaceutiques par habitant.

Carte 3 - Disparités régionales des revenus moyens bruts des titulaires (hors SEL) en 2006



Les pharmaciens titulaires bénéficiant des revenus bruts les plus élevés (Nord, Nord-Est et DOM) exercent dans des régions où la dépense pharmaceutique par habitant est proche de la moyenne nationale (et même, souvent plus faible) mais avec une densité d'officines nettement ou légèrement inférieure (concurrence moindre). Au contraire, des revenus en moyenne plus faibles s'observent dans des régions où le fort niveau de dépenses pharmaceutiques individuelles ne compense pas l'effet de la concurrence qu'induit une densité d'officines élevée. Il semble donc que l'effet concurrence soit, ici, prépondérant sur l'effet du niveau des dépenses pharmaceutiques par habitant. Toutefois, dans le centre de la France (Poitou-Charentes, Limousin et Auvergne), cette concurrence apparaît compensée par le haut niveau des dépenses pharmaceutiques. Les pharmaciens titulaires en Ile-de-France

²⁸ Rochaix L., Jacobzone S., 1997, « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Economie et Prévisions*, INSEE, n° 129-130.

²⁹ Les revenus moyens des titulaires selon leur région d'exercice se déduisent des bénéfices bruts des officines et du nombre moyen de titulaires par région qui dépend notamment de la part occupée par les sociétés.

occupent une place particulière puisque, avec une densité proche de la moyenne nationale et un chiffre d'affaires par habitant inférieur de 8 %, ils perçoivent des revenus moyens plus faibles de 13 % par rapport aux autres régions (115 000 euros) contre 6 % en 2001. Cette situation s'explique pour partie par des charges d'exploitation et des frais de personnel plus importants. À l'exception de l'Ile-de-France, il faut souligner que la nature des écarts de revenus est restée relativement stable même si ceux-ci se sont encore accrus au bénéfice des titulaires des régions les plus avantagées.

Les revenus des pharmaciens sont plus élevés dans les unités urbaines faiblement peuplées

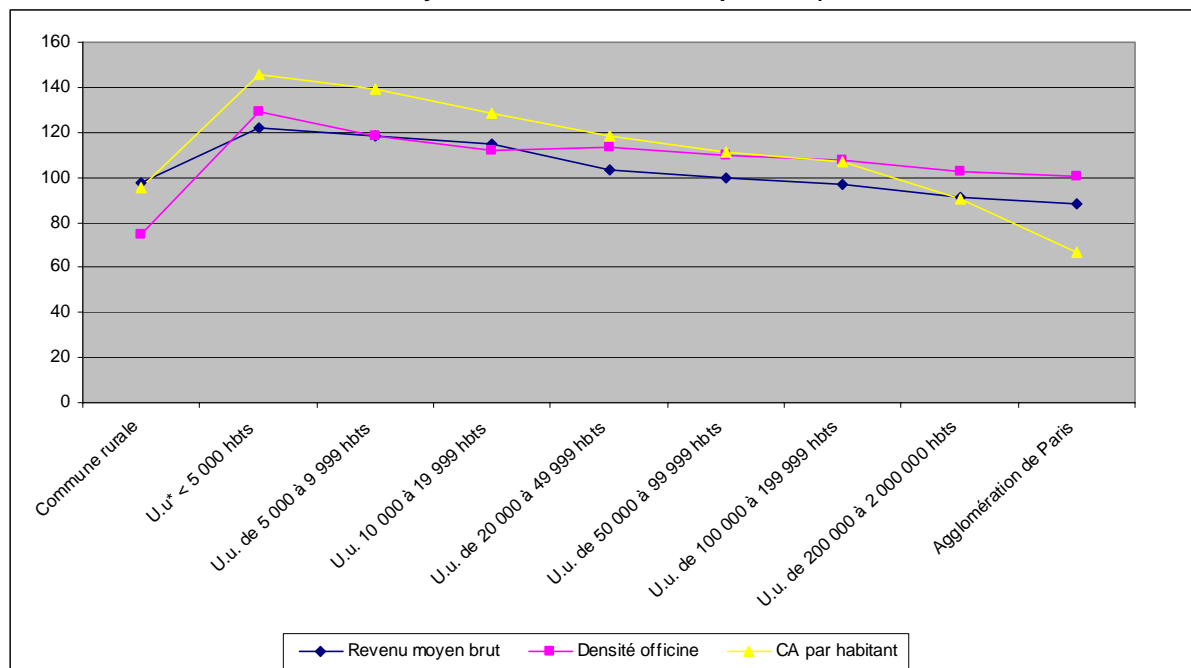
Le type de zone dans laquelle ils sont installés influe par ailleurs fortement sur le niveau moyen de revenu des pharmaciens titulaires (**graphique 5, page suivante**). C'est dans les unités urbaines³⁰ faiblement peuplées que leurs revenus individuels sont les plus élevés (155 000 euros dans les unités urbaines de moins de 10 000 habitants et 150 000 pour les unités urbaines de 10 000 à 19 999 habitants). Plus la taille de l'unité urbaine augmente et plus le revenu moyen des titulaires d'officine diminue. En effet, alors même que les densités d'officine sont d'autant plus élevées que l'unité urbaine est de petite taille, le chiffre d'affaires par habitant se révèle aussi plus important dans les petites unités urbaines (+40 % par rapport à la moyenne nationale). Ainsi, les pharmaciens exerçant dans des communes de petite taille bénéficient davantage du niveau élevé des dépenses par habitant qu'ils ne souffrent de la concurrence plus importante à laquelle ils sont soumis. Dans les agglomérations les plus peuplées, un niveau de dépense par habitant nettement plus faible aboutit à des revenus moyens par titulaire très inférieurs à la moyenne (-10 % par rapport à la moyenne nationale pour les grandes agglomérations de plus de 200 000 habitants). Les communes rurales, qui regroupent un quart de la population française d'après le recensement, se distinguent par une densité d'officines plus faible que la moyenne nationale (1 officine pour 3 500 habitants contre 1 pour 2 600 habitants à l'échelle nationale, soit 25 % de moins), mais qui se conjugue à un niveau de dépenses pharmaceutiques par habitant plus faible que celui observé en France métropolitaine. De ce fait, et bien que soumis à une moindre concurrence, les pharmaciens titulaires exerçant dans les communes rurales obtiennent un revenu moyen proche de la moyenne nationale. Leur revenu individuel se distingue donc du *continuum* descendant observé selon la taille d'unité urbaine.

Il ressort donc de ces analyses que, si le revenu des pharmaciens est lié à la densité d'officines, la demande de médicaments par habitant semble également un facteur déterminant. Ces inégalités de revenus sont demeurées inchangées par rapport à 2001 ; exception faite des titulaires exerçant dans l'agglomération parisienne pour lesquels l'écart à la moyenne nationale s'est réduit de presque moitié (-12 % en 2006 contre -17 % en 2001). On peut enfin remarquer que les disparités de revenus entre pharmaciens titulaires selon la taille d'unité urbaine sont semblables à celles déjà mises en évidence pour les omnipraticiens³¹, avec des écarts toutefois plus marqués pour les titulaires d'officine.

³⁰ Appréhendées selon la typologie de l'Insee qui se réfère à la continuité du bâti.

³¹ Breuil-Genier P., 2003, « Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain », *Études et Résultats*, DREES, n° 254, août.

Graphique 5 - Dispersion des revenus des titulaires suivant la taille d'unité urbaine en 2006 (indice de moyenne 100 = France métropolitaine)



Sources : SUSE 2006, ADELI 2006.

Champ : Officines hors SEL ayant déclaré une activité complète en 2006 en France métropolitaine.

U.u. : Unité urbaine

Encadré 1 - Un système d'implantation réglementé

- **Un système d'implantation planifié**

Depuis 1941, les règles d'implantation des officines sont passées d'un système libre à un système planifié (Articles L571, L572 et L573 du Code de la Santé publique posant les conditions d'autorisation pour créer une officine et loi du 27 juillet 1999 créant la CMU). Depuis 1999 et jusqu'en 2008, aucune création d'officine ne peut être accordée dans les villes où la licence a déjà été délivrée à :

- une officine pour 3 000 habitants pour les villes de plus de 30 000 habitants ;
- une officine pour 2 500 habitants dans les villes de moins de 30 000 habitants (ou un ensemble de communes contiguës) ;
- une officine pour 3 500 habitants quelle que soit la taille des communes dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, de la Moselle et de la Guyane, qui ont un statut particulier.

Avant la loi de 1999, ces quotas étaient identiques, sauf pour les communes de moins de 5 000 habitants qui bénéficiaient d'un statut particulier : il était possible de délivrer une licence par tranche entière de 2 000 habitants recensés dans la commune (et non 2 500 comme actuellement). De plus, une création d'officine pouvait être accordée dans une commune dépourvue d'officine et d'une population inférieure à 2 000 habitants lorsqu'il était justifié que cette commune constituait pour la population des communes avoisinantes un centre d'approvisionnement. Ces quotas sont calculés sur la population municipale au dernier recensement et ne prennent donc en compte ni les soldes migratoires entre deux recensements ni les variations liées aux populations saisonnières. Enfin, toute création d'officine par dérogation – procédure autorisée dans les cas où un problème local de desserte était avancé pour justifier d'un dépassement de quota – est aujourd'hui interdite. Au contraire, la loi prévoit d'inciter aux regroupements ou aux transferts dans les zones les plus mal desservies, en simplifiant et en favorisant ces démarches, et empêche tout transfert remettant en cause l'approvisionnement d'une zone donnée. Toutefois, cette réglementation sur les transferts et regroupements d'officines n'a quasiment pas été utilisée. La nouvelle législation impose donc des « conditions de type géographique », mais aussi des conditions de type « social » en tenant compte des départements à statut particulier et des zones dites sensibles de certaines agglomérations³².

Même si cela ne concerne pas la période ici étudiée, il faut souligner que la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2008 a décidé d'un relèvement des quotas de population : si la première officine peut être créée dès le seuil de 2 500 habitants atteint, les autres doivent respecter une zone de desserte d'au moins 3 500 habitants.

- **Contraintes sur le nombre de pharmaciens selon l'activité de l'officine**

Parallèlement, la loi impose la présence d'un nombre minimum de pharmaciens adjoints (salariés) selon le chiffre d'affaires de l'officine, dans le but d'assurer la qualité du service médical rendu. En 2001, un titulaire devait recruter un adjoint dès lors que le chiffre d'affaires global et hors taxe était compris entre 900 000 et 1 800 000 euros et un pharmacien supplémentaire par tranche de 900 000 euros supplémentaire. Ces tranches sont passées à 1,1 million d'euros en 2006 et, depuis le dernier arrêté en date du 14 février 2008, à 1,22 million d'euros.

- **Des écarts constatés par rapport à la réglementation**

Comme le rappelle la Cour des Comptes, dans son dernier rapport relatif à la Sécurité sociale³³, la réglementation actuellement en vigueur est loin d'être strictement respectée.

Ainsi, en prenant pour référence le nouveau quota fixé par la LFSS pour 2008 et en s'appuyant sur les données relatives aux officines et à leurs pharmaciens, la Cour des Comptes évalue à plus de 5 000 le nombre d'officines excédentaires sur le sol français ; soit 23 % des officines. Le surnombre est particulièrement marqué dans les grandes agglomérations : 50 % à Bordeaux, 33 % à Paris et près de 30 % à Marseille...

Par ailleurs, une enquête menée par le ministère de la santé en 2003 a montré que la réglementation liant le chiffre d'affaires à un nombre minimum de pharmaciens adjoints n'était pas pleinement respectée. Sur un échantillon de 1 715 officines inspectées, 318 présentaient un déficit d'adjoints (soit 18,5 % des officines inspectées) ; les disparités régionales en la matière étant fortes au détriment du Nord de la France. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs raisons parmi lesquelles une pénurie de pharmaciens, des difficultés de recrutement, un souci de rentabilité ou encore le nombre excédentaire d'officines.

³² Renard J., 2000, « Les pharmaciens dans l'organisation du système de soins », *Les actes du FIG 2000 Géographie et Santé*.

³³ Cour des Comptes, 2008, *Les comptes de la Sécurité sociale*, septembre.

Encadré 2 - La fixation des prix des médicaments, les marges perçues par les officines et les principales mesures de maîtrise des dépenses de pharmacie

Le marché pharmaceutique de ville est scindé en deux secteurs distincts en termes de régulation : le secteur du médicament remboursable et celui du non remboursable. Après l'autorisation de mise sur le marché (AMM), la Commission de la transparence de la Haute autorité de santé évalue l'apport thérapeutique des nouveaux produits et formule un avis sur le taux de remboursement approprié (0 %, 35 %, 65 % ou 100 %). Toutefois, pour être remboursé, un médicament doit être prescrit. Il n'y a donc pas d'équivalence entre médicaments remboursables et médicaments délivrés sur prescription uniquement, un certain nombre de produits non remboursables ne pouvant être achetés sans prescription.

Les officines sont directement ou indirectement affectées par les politiques de maîtrise des dépenses de santé. On peut distinguer trois grands outils mobilisables par les pouvoirs publics : la régulation par le contrôle des prix, la régulation par le contrôle des remboursements et la régulation par le contrôle des volumes.

• Fixation des prix des médicaments et marges perçues par les officines

Depuis 1986, les prix des médicaments non remboursables comme les marges commerciales afférentes des pharmaciens sont entièrement libres. En revanche, les prix des médicaments remboursables sont régulés dans le cadre de conventions entre l'État (Comité économique des produits de santé) et les laboratoires pharmaceutiques : les laboratoires et le Comité s'accordent sur le prix du nouveau produit ainsi que, dans un certain nombre de cas, sur les quantités vendues. La marge des pharmaciens sur les produits remboursables, auparavant fixe et proportionnelle (taux de 53,2 % en 1983 puis 48,5 % en 1988), est régulée depuis 1990 selon le système de la marge dégressive lissée (MDL) : plus le prix du produit est élevé, plus le taux de marge est faible. Ce système a été mis en place afin de limiter les dépenses de santé en incitant à la prescription des médicaments les plus efficaces au regard de leur coût. Il a été modifié plusieurs fois depuis son instauration³⁴. De l'application de six taux de marge selon le prix du médicament entre 1990 et 1999, la loi a évolué à deux taux puis à trois en 2004 (cf. tableau ci-après). Dans la situation actuelle, le système de rémunération du pharmacien est composé d'un forfait par boîte de 0,53 euro et d'une marge obtenue par l'application de trois taux : entre 0 et 22,90 euros en Prix Fabricant Hors Taxe³⁵ (PFHT) la marge est de 26,1 %, de 22,91 euros à 150 euros de 10 % et au-delà de 6 %. Si le taux de marge moyen diminue à mesure que le prix du médicament augmente, la marge en valeur continue naturellement à croître.

Ainsi, pour un médicament dont le PFHT vaut 40 euros, le pharmacien touchera, avec le nouveau système, une marge de : $0,53 + 22,90 * 26,1 \% + (40 - 22,90) * 10 \% + 0 * 8 \% = 8,21$ euros.

De fait, les taux applicables depuis 1999 sont plus avantageux que ceux initialement fixés en 1990, dès lors que le prix du médicament excède 7 euros³⁶.

Tableau - Évolution des taux de marge applicables aux médicaments remboursables

Marge proportionnelle	Marge dégressive lissée Arrêté du 02/01/90		Arrêté du 21/05/97 (retiré le 27/06/97)		Arrêté du 28/04/99 (application le 01/09/99)		Arrêté du 12/02/2004 (application le 01/09/99)	
Arrêté du 04/02/83 53,17% du PFHT* ou 32,44% du PPHT**	0 à 5F PFHT	90%	0 à 10F	66,05%	Forfait 3,50F + marge		Forfait 0,53€ + marge	
	5 à 10F	56%	10 à 200F	26,42%	0 à 150F	26,1%	0 à 22,90€	26,1%
	10 à 17F	38%	> 200F	5,28%	> 150F	10%	22,90 à 150€	10%
Arrêté du 12/11/88 48,46% du PFHT ou 30,44% du PPHT	17 à 30F	26%					> 150€	6%
	30 à 70F	12,50%						
	> 70F	10%						

Par ailleurs, les médicaments génériques admis au remboursement (si leur PFHT est au moins inférieur de 40 % à celui du princeps ; 50 % depuis 2006) font exception à cette règle puisque leur marge est alignée sur celle du princeps (le médicament original dont le brevet est tombé dans le domaine public). La délivrance d'un générique ou d'un princeps apporte donc, en valeur absolue, la même marge au pharmacien. Mais au-delà des marges réglementées, la diffusion de très fortes « marges arrière » par les fabricants des génériques a largement contribué à leur développement (le générique représente une boîte sur cinq aujourd'hui contre une sur vingt en 2000 et, sur l'ensemble des génériques, le taux de pénétration est passé de 24 % en 2000 à 61 % en 2006 et environ 80 % aujourd'hui)³⁷. Il faut cependant souligner que, récemment, les marges arrière ont été plafonnées (à 20 % en 2006 et à 15 % en 2007) avant d'être supprimées en 2008 (sauf pour les spécialités génériques pour lesquelles un taux fixe maximal de 17 % est institué).

³⁴ Article 2, I. de l'arrêté du 4 janvier 1987, relatif aux marges des médicaments remboursables, principalement modifié en 1988, 1990, 1997, 1999 et 2004.

³⁵ Le PFHT correspond au prix de vente de l'industrie pharmaceutique aux grossistes répartiteurs ou aux officines dans le cas de la vente directe. Il faut souligner que la totalité des éléments constitutifs du prix public des médicaments remboursables qui sert de base à la prise en charge par l'assurance maladie est administrée. Ainsi : prix public toutes taxes = prix fabricant hors taxe + marge du grossiste-répartiteur + marge du pharmacien + TVA.

³⁶ Pour des simulations quant aux marges perçues par l'officine selon le PFHT et la réglementation en vigueur, voir : Cour des Comptes, 2008, *Les comptes de la Sécurité sociale*, septembre, page 122.

Parallèlement à cet encadrement des prix et dans le cadre de la montée en charge des génériques dans les classes thérapeutiques où ils sont peu présents, des prix de référence ont été introduits en 2003 : les tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR). Ce dispositif consistant à rembourser le princeps sur la base du prix des génériques est devenu un instrument de régulation des prix : 70 % des princeps soumis au TFR ont aligné leur prix sur ceux des génériques afin de tenter de conserver une certaine part de marché. Pour autant, en 2007, moins de 40 % des groupes génériques étaient soumis au TFR³⁸.

Par ailleurs, afin de contenir les dépenses de l'assurance Maladie au titre de la rétrocession hospitalière (dispensation par une pharmacie d'usage intérieure – i.e. pharmacie d'un hôpital – de médicaments non disponibles en officine et prescrits par des médecins hospitaliers à des patients non hospitalisés)³⁹, le décret du 15 juin 2004 a induit un passage progressif en ville de certains médicaments (notamment des anticancéreux et les EPO).

- **Autres mesures de régulation des dépenses de santé ayant un impact sur l'activité des officines**

Les politiques des années 90 se sont pour partie inscrites dans la continuité des mesures prises dans les années 80, axées principalement sur le contrôle des prix et le niveau de remboursement (plan Veil de 1993, plan Aubry de 2000, plan Guigou de 2001, plan Mattéi de 2003, plan Bertrand de 2006...) ainsi que sur des restrictions opérées sur la liste des médicaments remboursables (plan Bianco en 1991, plan Guigou en 2001, plans de déremboursement de Mattéi et Bertrand en 2003 et 2006).

La seule fixation administrative des prix des médicaments ne suffisant pas à limiter les dépenses et la régulation de la demande étant peu efficace (compte tenu de sa relative insensibilité à la dépense), la régulation s'est mise en place du côté de l'offre par le biais d'accords cadre entre l'État et les laboratoires pharmaceutiques ou encore de conventions entre l'assurance maladie, les médecins et les pharmaciens. Ces conventions ont porté sur des objectifs d'évolution du marché, d'amélioration des pratiques médicales – notamment en termes de prescription médicamenteuse – et des règles de régulation financière.

Dès 1994, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a publié, une première vague de Références médicales opposables (RMO) à destination des médecins : elles identifient les soins et les prescriptions médicalement inutiles ou dangereux et imposent des sanctions financières en cas de non respect des références (seconde et troisième vagues de RMO en 1995 et 1997). Ces RMO ont eu un impact extrêmement limité et c'est à présent la Haute autorité de santé (HAS) qui a en charge les recommandations. Outre le développement des génériques, les pouvoirs publics ont continué à intervenir dans les années 2000 (notamment avec le « plan médicament » de 2004) pour infléchir certains comportements de prescription par des objectifs négociés relayés sur le terrain par des campagnes d'information et de sensibilisation des prescripteurs (accords conventionnels sur les antibiotiques, les psychotropes, les statines...). Plus récemment, en 2008, les franchises médicales instaurent une participation des patients de 50 centimes d'euro par boîte de médicaments, plafonnée à 50 euros par an (y compris les actes paramédicaux et les transports sanitaires).

Enfin, un des éléments de la politique conventionnelle entre l'État et l'industrie pharmaceutique concerne la régulation économique du secteur par laquelle est fixé un taux de croissance du chiffre d'affaires (seuil appelé « taux K ») au-delà duquel les entreprises devront acquitter une contribution appelée « clause de sauvegarde » (récupération par l'assurance maladie obligatoire, sur la base d'un coefficient progressif – « coefficient K » –, de 50 à 70 % du différentiel dès lors que le taux K est atteint). Ce taux K est fixé dans le cadre de l'Objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) et il faut souligner que ce seuil de déclenchement a été nettement durci ces dernières années, passant de 3 à 4 % entre 2001 et 2004 à 1 % pour les années 2005, 2006 et 2007. La quasi-totalité des entreprises sont exonérées de cette contribution en la transformant en remises conventionnelles (révision des prix ou reversement au niveau des produits, des classes thérapeutiques ou du chiffre d'affaires).

L'impact financier de l'ensemble des mesures récentes relatives au médicament a fait l'objet d'une évaluation par le Haut conseil à l'avenir de l'assurance maladie⁴⁰.

³⁷ Lancry P-J., 2007, « Médicament et régulation en France », *Revue française des Affaires sociales*, La documentation française, n° 3-4, juin-décembre. Par ailleurs, des mesures ont été prises récemment pour renforcer l'usage des génériques (mesure « tiers-payant contre génériques » de 2008 obligeant l'assuré à l'avance des frais en cas de refus de la substitution...).

³⁸ Clerc M-É., 2008, « Les dépenses de médicaments remboursables en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 634, mai.

³⁹ Contrairement à la vente en officine, l'industrie pharmaceutique bénéficiait de la liberté des prix des médicaments réservés à l'hôpital.

⁴⁰ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2008, *Actualisation de la note sur le médicament, adoptée le 29 juin 2006 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, juillet.

Encadré 3 - Pour comprendre les résultats : sources, champ, définitions et méthode

- **Sources et champ**

Les informations comptables sur les officines proviennent des comptes des secteurs des « commerces de produits pharmaceutiques » (code NAF rév1 : 523A). Ils sont issus des Comptes du commerce et sont présentés à la Commission des comptes commerciaux de la Nation. Les données comptables émanent du Système Intermédiaire d'Entreprises (SIE) et du Système Unifié de Statistiques d'Entreprises (SUSE). Ces deux fichiers résultent à la fois de l'exploitation des déclarations fiscales des entreprises (BIC et BNC) et des Enquêtes Annuelles d'Entreprises (EAE). Le SIE raisonne en « comptabilité nationale » tandis que SUSE adopte une approche de type « comptabilité d'entreprise ». De ce fait, les informations du SIE ne permettent pas actuellement de ventiler les données selon la catégorie juridique ni selon l'implantation géographique des établissements.

Le calcul du revenu individuel des titulaires d'officines est donc déterminé à partir de SUSE et d'ADELI. Le champ d'étude a été restreint aux seules officines ayant déclaré une activité pleine sur chacune des années considérées entre 2001 et 2006 (i.e. n'ayant pas été créées ou n'ayant pas cessé leur activité au cours de l'année⁴¹).

L'analyse de la situation démographique et géographique des officines et des pharmaciens est réalisée à partir des données du Conseil national de l'ordre des pharmaciens ; le répertoire ADELI de la DREES – tout comme le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) récemment mis en place – étant plus limité pour les analyses temporelles, bien qu'il offre un constat chiffré extrêmement proche de celui observé par l'Ordre sur les données récentes. Le répertoire ADELI permet, en revanche, de détailler à un degré très fin la répartition des titulaires selon les caractéristiques de structure et d'implantation de leur officine. C'est pourquoi, cette source a été privilégiée pour déterminer le nombre moyen de titulaires par catégorie juridique et selon le niveau géographique d'analyse (national, régional, par taille d'unité urbaine...) utilisé pour individualiser le revenu des titulaires.

- **Définitions des principaux agrégats comptables utilisés**

Le chiffre d'affaires (CA)

Produits de toutes les activités (y compris non commerciales) réalisées par l'entreprise dans l'exercice de son activité professionnelle normale et courante. C'est le principal indicateur comptable de l'activité de l'entreprise. L'évolution du chiffre d'affaires « en volume » (ou « à prix constants ») s'obtient, pour une année donnée, en déflatant l'évolution du chiffre d'affaires en valeur par un indice de prix, mesurant l'évolution des prix par rapport à l'année précédente. Cet indice est obtenu à partir de l'évolution des prix observés pour la consommation des ménages issue des comptes nationaux et de la structure des ventes du secteur de l'année. Les évolutions annuelles sont chaînées pour obtenir des évolutions pluriannuelles.

L'excédent brut d'exploitation (EBE)

Solde de toutes les opérations d'exploitation liées directement à la production. C'est le montant net des ressources que l'entreprise obtient régulièrement de son exploitation. Il est obtenu en soustrayant de la valeur ajoutée les frais de personnel et la fiscalité liée à l'exploitation.

Conformément aux concepts du système européen des comptes (SEC) en base 2000, les frais de personnel ne comprennent (dans le SIE) ni la rémunération que s'octroie(nt) le(s) exploitants, ni leurs cotisations personnelles. L'EBE constitue donc un indicateur essentiel de la santé de l'entreprise puisqu'il doit permettre de faire face au financement des investissements (amortissements), aux frais financiers et à la rémunération des non-salariés.

Le profit brut courant avant impôt (PBCAI)

Correspond à l'EBE auquel on intègre le solde des autres produits et charges d'exploitation et financiers (y compris les intérêts versés au titre des emprunts contractés pour l'achat de l'officine mais hors remboursements de capital et hors dividendes versés). Le PBCAI peut ainsi être considéré comme une estimation proche du revenu brut de l'ensemble des exploitants.

- **Les différentes composantes des rémunérations des titulaires d'officine**

Le profit généré par l'entreprise (PBCAI) constitue donc la majeure partie du revenu des titulaires. Mais d'autres composantes peuvent venir le compléter :

- Les rémunérations que l'exploitant peut s'accorder (correspondant aux **salaires de gérance**). Dans les tableaux comptables

⁴¹ Deux principaux arguments légitiment ce choix méthodologique : premièrement, parmi les officines « fermées » et « créées » au sens de SIRENE, il peut s'agir du (ou des) même(s) titulaire(s) (ces « cessations » et « créations » correspondant en réalité à un changement de la forme juridique de l'officine - phénomène fréquent à l'heure actuelle – et non à la fermeture ou à l'ouverture d'un établissement. Si toutefois ce n'est pas le cas, et en plus du fait que nous souhaitons ici raisonner sur les revenus annuels, un titulaire qui démarre son activité aura des frais initiaux d'approvisionnement importants tandis que celui qui cesse son activité en cours d'année aura des ventes d'autant plus réduites. Par conséquent, le revenu des titulaires de ces deux types d'officine ne saurait correspondre aux revenus qu'ils obtiendront ou obtenaient lors d'une année classique d'activité (frais plus importants ou recettes plus limitées).

classiques, elles sont comprises dans les « frais de personnel » et donc déduites en amont du PBCAI. Il faut donc isoler et ajouter ces rémunérations au PBCAI (ce que SUSE permet aisément puisqu'il en donne le montant précis).

Dans le cas d'une société imposée sur les sociétés, le gérant salarié peut en effet être rémunéré par un salaire de gérance. Ceci revêt le double avantage d'assurer le droit à une couverture sociale et à la retraite, mais aussi de permettre de déduire fiscalement ces rémunérations des résultats de l'activité. Une économie d'impôt peut ainsi être réalisée par rapport à la situation qui résulterait du maintien des sommes correspondantes dans les bénéfices de l'entreprise. Il s'agit néanmoins d'un arbitrage dans la mesure où, en contrepartie, le dirigeant sera soumis à l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP). Pour leur part, les entrepreneurs individuels et associés de sociétés relevant de l'impôt sur le revenu peuvent enregistrer au niveau comptable ce type de rémunérations, lorsqu'aucune autre ne constitue la contrepartie du travail fourni. Pour autant, elles supportent le barème progressif de l'IRPP et sont réintégrées au résultat fiscal. Les titulaires doivent de plus indiquer le mode de calcul retenu pour la fixation de cette rémunération.

- Pour estimer le revenu brut des exploitants, il nous faut aussi intégrer les **cotisations sociales personnelles** de l'exploitant. Celles-ci sont disponibles pour l'ensemble des déclarations fiscales des entreprises.
- Enfin, dans le cas des sociétés d'exercice libéral (SEL), les exploitants peuvent se verser des rémunérations sous forme de **dividendes**. Contrairement aux autres composantes, ces dividendes ne peuvent être identifiés dans les déclarations fiscales des entreprises. **En conséquence, les revenus des exploitants des SEL ne peuvent être appréhendés** via SUSE car les estimations que nous pourrions faire, sous-estimeront le revenu réel perçu par les titulaires de ces officines. Alors même que ces structures se sont fortement développées, l'analyse des revenus des titulaires et de leur évolution dans le temps ne pourra se faire que « hors SEL ».

Le revenu exhaustif des exploitants d'une officine se déduit donc simplement :

Revenu net = PBCAI + salaires de gérance des exploitants + dividendes dans le cas des SEL (non disponibles)

Revenu brut = PBCAI + salaires de gérance des exploitants (+ dividendes) + cotisations sociales personnelles des exploitants.

• Méthode d'estimation des revenus individuels bruts des titulaires d'officines

Les déclarations fiscales sont relatives à l'officine, sans que les fichiers SUSE ne donnent d'informations quant au nombre d'exploitants qui se partagent les revenus. Pour estimer le revenu **individuel** moyen, il faut donc rapporter le PBCAI au nombre de titulaires de l'établissement. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les données démographiques relatives aux pharmaciens issues du répertoire ADELI de la DREES afin de connaître le nombre moyen de titulaires d'officine selon le niveau d'analyse (par catégorie juridique, par zone géographique...)⁴².

Ainsi, le revenu national moyen d'un titulaire d'une officine organisée en entreprise individuelle (EI) vaudra : $[(\text{Somme des revenus des EI}) / (\text{Nombre d'EI})] / \text{Nombre moyen de titulaires par EI}$.

Lorsqu'il y a plusieurs titulaires, nous supposons donc une équi-répartition des revenus. Cela ne correspond pas nécessairement à la réalité mais n'impacte en rien les calculs sur les revenus individuels moyens. En revanche, la dispersion des revenus ne peut pas être appréhendée pour l'ensemble des titulaires, mais uniquement pour les officines ayant un seul exploitant (entreprises individuelles ou EURL).

Le choix d'analyser plus spécifiquement les revenus bruts, et non nets, est lié à la nature des charges sociales patronales : si une part importante est constituée de versements obligatoires (régime par répartition), la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) permet aux titulaires d'opter, en sus, pour un régime complémentaire par capitalisation (cotisations volontaires dont le montant annuel pouvait aller jusqu'à 8 800 euros en 2001 et 10 800 euros en 2007). Or, les déclarations fiscales ne permettant pas de distinguer les parts respectives de ces deux types de cotisations, le revenu brut est apparu plus pertinent à analyser.

Pour autant, une estimation légèrement biaisée (à la baisse) – à défaut de pouvoir identifier le montant des cotisations facultatives de l'exploitant – du revenu net individuel du titulaire d'officine, a été réalisée en défalquant l'ensemble des cotisations personnelles à son revenu brut.

⁴² Une étude comparative montre par ailleurs que le nombre d'officines et de titulaires sont très proches de ceux recensés par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) que ce soit au niveau national, régional ou encore selon la catégorie juridique des établissements.

Tableau - Du chiffre d'affaires au PBCAI des pharmacies en 2006 (en milliards d'euros)

		2006 (en milliards d'euros)
		Total
Chiffre d'affaires (hors TVA)		34,2
Ventes de marchandises	(1)	33,6
- Coût d'achat des marchandises	(2)	24,4
= Marge commerciale	(3)=(1)-(2)	9,2
+ Production vendue de biens et services	(4)	0,6
+ Production stockée et immobilisée	(5)	e
= Production totale	(6) = (3)+(4)+(5)	9,8
- Consommations intermédiaires de matières et de services	(7)	1,4
= Valeur ajoutée	(8)= (6) - (7)	8,4
+ Subventions d'exploitation	(9)	e
- Frais de personnel, dont : *	(10) =(10.1) + (10.2)	3,6
salaires versés y.c. cotisations des salariés	(10.1)	
charges sociales patronales	(10.2)	
- Impôts et taxes sur la production	(11)	0,4
= Excédent brut d'exploitation	(12) =(8)+(9) - (10)- (11)	4,4
+ Autres produits d'exploitation y.c. intérêts et produits assimilés	(13)	0,1
-Autres charges d'exploitation y.c. intérêts et charges assimilées**	(14)	0,4
= Profit brut courant avant impôt	(15)=(12)+(13)-(14)	4,1
- Cotisations personnelles des exploitants ***	(16)	0,6
Estimation du revenu net de l'ensemble des pharmacies	(17)=(15)-(16)	3,5

Sources : INSEE, Comptes du commerce et SUSE.

* Dans le SIE, contrairement à SUSE, ne sont pas pris en compte dans ce poste : les salaires de gérance que l'exploitant peut s'accorder car les frais de personnel doivent se réduire à la seule rémunération des salariés, ses cotisations obligatoires et les cotisations personnelles versées volontairement afin d'améliorer sa protection sociale, qu'il est cependant autorisé à déduire de son revenu professionnel dans ses déclarations fiscales (loi Madelin du 11 février 1994).

** Y compris les intérêts versés au titre des emprunts contractés pour l'achat de l'officine, mais hors remboursements de capital, et non compris les dividendes versés par l'entreprise.

*** Estimations déduites de SUSE.

Encadré 4 - Peut-on comparer les revenus des pharmaciens titulaires et des médecins libéraux ?

La comparaison des revenus nets des titulaires d'officine à ceux des médecins libéraux, publiés par ailleurs par la DREES, se heurte à de nombreuses difficultés méthodologiques qui invitent à considérer les résultats avec prudence.

Tout d'abord, les sources fiscales utilisées pour les estimations ne sont pas les mêmes (combinaison des Bénéfices Non Commerciaux ou « BNC » et des statistiques du Système national inter-régimes ou « SNIR » pour les médecins, Bénéfices Industriels et Commerciaux ou « BIC » pour les officines) et ont chacune leurs limites. En particulier, dans les deux cas, l'estimation du niveau des cotisations sociales est entachée d'incertitudes dans la mesure où les praticiens peuvent choisir de les déclarer sur leur déclaration de revenus, plutôt que sur leurs déclarations BIC-BNC. D'un autre côté, il leur est possible de déduire des cotisations non obligatoires (loi Madelin) sans que l'on puisse les isoler.

D'autre part, l'exercice de comparaison est réalisé sur des champs légèrement différents : l'analyse sur les titulaires d'officine porte sur le champ des « actifs à part entière » (i.e. sont exclus les professionnels qui se sont installés ou ont cessé leur activité en cours d'année) alors que tous les médecins ayant une activité libérale (y compris hospitalière) sont pris en compte, dès lors qu'ils déclarent au moins un euro d'honoraire.

Si les champs d'analyse demeurent relativement proches, il faut toutefois souligner que la comparaison ne porte ici que sur les seuls revenus issus de l'activité libérale, et non sur les revenus globaux des professionnels. Or il n'est pas rare que les médecins libéraux, et en particulier les spécialistes, aient en parallèle une activité secondaire salariée qui leur permet de cumuler un complément de revenus. Un tel cas de figure est en revanche très marginal parmi les titulaires d'officine puisque, en 2006, moins de 1 % d'entre eux cumulaient une seconde activité, principalement au sein de l'hôpital. Pour leur part, près de 30 % des médecins « libéraux » avaient en réalité une activité mixte (respectivement 20 % des généralistes et 40 % des spécialistes). Néanmoins les salaires perçus représentaient à peine 10 % des revenus d'activité libérale de l'ensemble des médecins libéraux (respectivement 5 % pour les omnipraticiens et 15 % pour les spécialistes)⁴³.

Enfin, un dernier point important à la compréhension et à l'interprétation de cette comparaison doit être abordé. Le niveau d'endettement initial n'est pas ici pris en compte. S'il est impossible de comparer le niveau de l'endettement initial nécessaire au démarrage de l'activité libérale et son impact sur le pouvoir d'achat des professionnels, l'acquisition d'une officine (au même titre que l'acquisition de parts dans un centre de radiologie) s'avère être un investissement conséquent : en moyenne, en 2006, le prix de cession d'une officine s'élevait à 90 % de son chiffre d'affaires annuel toutes taxes comprises, soit approximativement 1 million d'euros⁴⁴. D'un point de vue purement financier, cette limite apparente doit être relativisée dans le sens où les revenus ici présentés sont « nets des intérêts ». L'endettement initial est donc davantage à relier aux notions de « barrières économiques à l'entrée », de comportements « d'aversion au risque » et de stratégies « entrepreneuriales » de long terme : si un tel investissement a, sur le moyen terme, un impact certain sur le niveau de vie du titulaire, celui-ci récupèrera une partie, l'intégralité ou même davantage que la somme initialement investie lorsqu'il cédera à son tour son officine (ou les parts qu'il y possède).

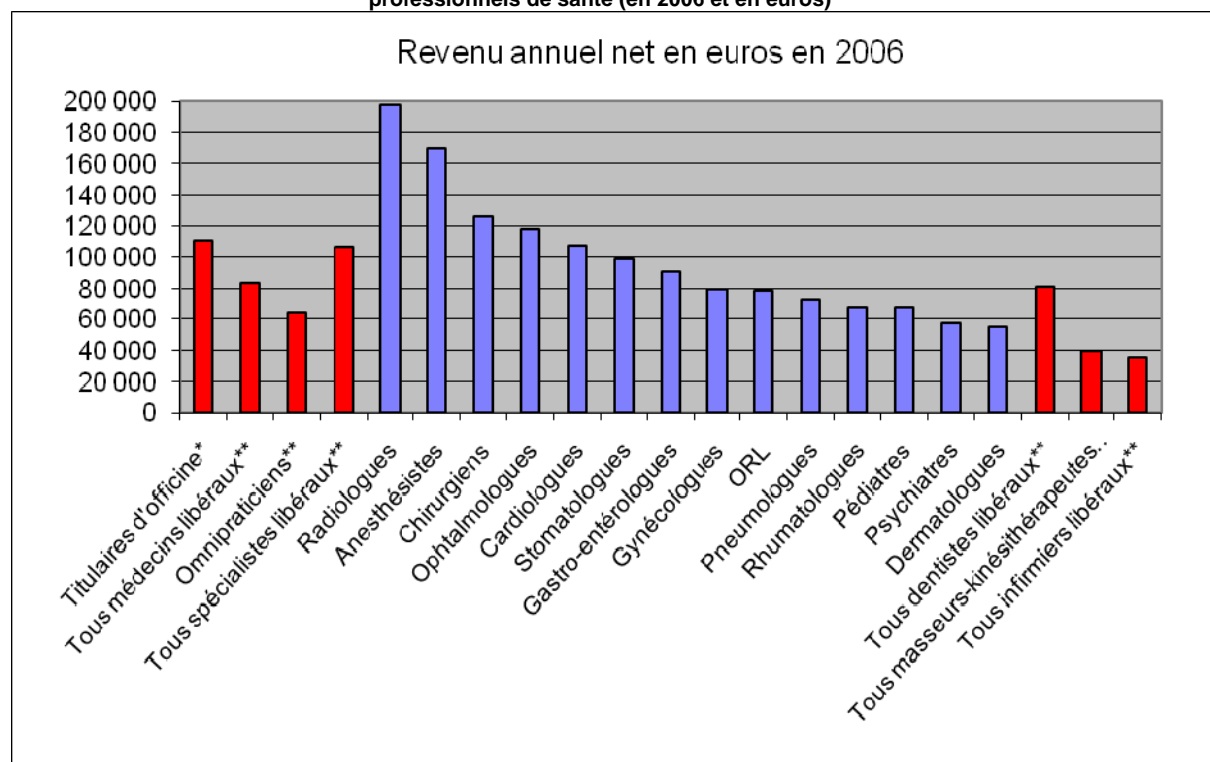
En 2006, le revenu net moyen d'un titulaire d'officine est estimé à 111 000 euros, soit 33 % de plus que le revenu moyen provenant de l'activité libérale de l'ensemble des médecins (83 000 euros par an⁴⁵). Plus précisément, il apparaît 1,7 fois plus important que le revenu libéral moyen des omnipraticiens (64 000 euros) mais l'écart n'est que de 4 % par rapport à celui des spécialistes (106 000 euros). Il est intéressant d'approfondir la comparaison avec les spécialistes tant, pour ces derniers, le revenu se révèle extrêmement variable selon les 14 grands groupes de discipline étudiés (du simple à plus du triple). L'activité libérale des titulaires d'officine apparaît largement moins lucrative que celle des radiologues ou des anesthésistes et, dans une moindre mesure, que celle des chirurgiens et des ophtalmologues. Néanmoins, avec un revenu moyen analogue à celui des cardiologues (108 000 euros) et des stomatologues (99 000 euros), ils se placent dans les premiers rangs avec un revenu supérieur de 20 000 à 50 000 euros aux autres spécialistes.

⁴³ Inspection générale des affaires sociales, 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, Rapport RM2008-147P, La documentation française, janvier.

⁴⁴ Enquête réalisée sur la moitié des cessions de fonds d'officine et de parts de sociétés au cours de l'année par INTERFIMO, 2008, *Le prix des pharmacies*, mars. Les prix de cession enregistrent depuis le début des années 2000 une hausse régulière qui peut être mise en relation, d'une part, avec une meilleure profitabilité des officines et, d'autre part, avec le phénomène de dépassement des quotas et conséquemment de saturation de la demande par rapport à l'offre.

⁴⁵ Fréchou H., Guillaumat-Tailliet F., 2009, « Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 686, Avril.

Graphique - Revenu moyen net d'un titulaire d'officine par rapport à celui provenant de l'activité libérale d'autres professionnels de santé (en 2006 et en euros)* **



Sources : SUSE 2006 (DGI / INSEE) ; fichiers SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI / INSEE).

* Revenu moyen net de charges professionnelles (avant impôt sur le revenu) provenant de l'activité libérale en 2006 sur le champ des Actifs à Part Entière.

** Revenus moyens nets de charges professionnelles en 2006 sur ensemble des professionnels déclarant au moins 1 euro d'honoraire.

Références

Bernadet S., Collet M., 2004, « L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires », *Études et Résultats*, DREES, n° 303, avril.

Bernadet S., Collet M., 2004, « Activité des pharmacies et revenus des pharmaciens », *Insee-Première*, INSEE, n° 955, avril.

Billaut A., Breuil-Genier P., Collet M., Sicart D., 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Données sociales : La société française (Édition 2006)*, INSEE, mai.

Breuil-Genier P., 2003, « Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain », *Études et Résultats*, DREES, n° 254, août.

Bui Dang Ha Doan, Lévy D., 1991, « L'avenir démographique de la profession pharmaceutique (1990-2020) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, XXXI^{ème} année, n° 3.

Clerc M-É., 2008, « Les dépenses de médicaments remboursables en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 634, mai.

Clerc M-É., 2007, « Les dépenses de médicaments remboursables en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 590, août.

Collet M., 2005, « Les pharmaciens en France : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, DREES, n° 437, octobre.

Collet M., 2005, « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national », *Études et Résultats*, DREES, n° 438, octobre.

Cour des Comptes, 2008, *Les comptes de la Sécurité sociale*, septembre.

Courtois J., 2007, « Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments », *Point de repères*, CNAMTS, n° 13, décembre.

DGEFP – CPNE, 2006, *La pharmacie d'officine : Contrat d'étude prospective*, mars.

European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection and Austrian Federal Ministry of Health, Family and Youth, 2008, *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Report*, juin.

Fénina A., Geffroy Y., Duée M., 2008, « Les comptes nationaux de la santé en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 655, septembre.

Fénina A., Geffroy Y., Duée M., 2008, « Comptes nationaux de la santé en 2007 », *Document de travail série statistiques*, DREES, n° 126, septembre.

Fouquet O., 2008, *Améliorer la sécurité juridique des relations entre l'administration fiscale et les contribuables : une nouvelle approche*, rapport au ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, juin.

Fréchou H., Guillaumat-Tailliet F., 2009, « Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 686, avril.

Grandfils N., 2007, « Fixation et régulation des prix », *Revue française des Affaires sociales*, La documentation française, n° 3-4, juin-décembre.

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2008, *Actualisation de la note sur le médicament, adoptée le 29 juin 2006 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, juillet.

Inspection Générale des Affaires Sociales, 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, Rapport RM2008-147P, La documentation française, janvier.

INTERFIMO, 2008, *Le prix des pharmacies*, mars.

Lancry P-J., 2007, « Médicament et régulation en France », *Revue française des Affaires sociales*, La documentation française, n° 3-4, juin-décembre.

Lancry P-J., 2000, « Médicaments : approche économique et institutionnelle », CNAMTS.

Renard J., 2000, « Les pharmaciens dans l'organisation du système de soins », *Les actes du FIG 2000 Géographie et Santé*.

Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2006, *Analyse de deux professions : pharmaciens, infirmiers*, Tome 2 du Rapport 2005.

Rochaix L., Jacobzone S., 1997, « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et Prévisions*, INSEE, n° 129-130.