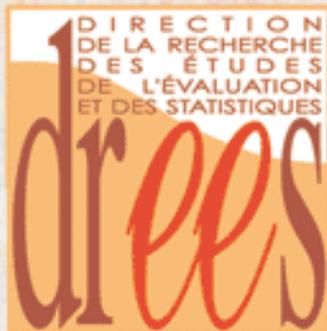




Ministère des affaires sociales,
du travail
et de la solidarité

Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées



Études et Résultats

N° 303 • avril 2004

Les 23 400 pharmacies ont réalisé en France en 2001 un chiffre d'affaires de 27 milliards d'euros toutes taxes comprises.

Si l'évolution du chiffre d'affaires de ce secteur, fortement réglementé, est proche en valeur de celle de l'ensemble du commerce de détail (+4,4 % contre +4,1 % entre 1995 et 2002), les évolutions en volume sont plus différenciées : le chiffre d'affaires des pharmacies s'est accru en volume de + 4,4 % par an en moyenne contre + 3 % pour l'ensemble du commerce de détail, la différence s'accroissant durant les quatre dernières années.

Le taux de marge commerciale des pharmacies était de 29 % en 2001, soit deux à trois points de plus que celui de l'ensemble du commerce de détail, mais six points de moins que celui des autres commerces non alimentaires spécialisés.

Les officines peuvent être juridiquement constituées en entreprises individuelles ou, de plus en plus, sous forme de sociétés. Leur nombre a doublé depuis 1991 alors que le nombre d'entreprises individuelles a diminué de 15 % au cours de la même période.

Les pharmaciens titulaires bénéficiaient en 2001 d'un revenu brut annuel de 120 000 euros en moyenne, avec des écarts de revenus moyens allant de 111 000 à 130 000 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 plus 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 et d'organisation des astreintes.

Le revenu des pharmaciens titulaires d'officine varie également fortement selon la région d'implantation : il est plus important au nord de la France qu'au sud (à l'exception de l'Île-de-France), malgré des niveaux de dépenses pharmaceutiques par habitant qui sont au contraire plus élevées dans les régions méridionales. La densité en officines pharmaceutiques par région contribue à expliquer ces disparités : les régions où la densité d'officines est la plus faible sont celles où le revenu moyen des pharmaciens titulaires est le plus important. Enfin, c'est dans les unités urbaines de taille restreinte (moins de 10 000 habitants) que les revenus individuels des pharmaciens sont également les plus élevés.

Sylvie BERNADET

Division Commerce, Insee

Marc COLLET

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES

L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires

Le commerce de produits pharmaceutiques a réalisé en 2002 un chiffre d'affaires en valeur de 27 milliards d'euros toutes taxes comprises¹, réparti entre 23 400 officines². D'après l'Enquête Annuelle auprès des Entreprises (EAE) 2002, les ventes de médicaments constituent 94 % de ce chiffre d'affaires. Les articles orthopédiques ou médicaux et les autres produits comme l'herboristerie et les aliments diététiques (3 %), la parapharmacie (assimilée aux « produits d'hygiène et de beauté », 2 %) et la fourniture de services (location de matériel médical, analyses biologiques, 1 %) fournissent le complément du chiffre d'affaires du secteur.

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 sont autorisées à commercialiser les médicaments et leur implantation géographique, réglementée par le Code de la santé publique, est limitée par des quotas (encadré 1). Les titulaires d'officine

1. Source : comptes du commerce, INSEE.

2. Source : répertoire ADELI.



E•1

Un système d'implantation réglementé

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 qui posent les conditions d'autorisation pour créer une officine et loi du 27 juillet 1999 créant la CMU). Depuis 1999, 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 3500 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 quorum étaient les mêmes, à l'exception des 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 jusqu'à peu 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 et/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 jusqu'à présent presque jamais été utilisée.

Il faut souligner que la nouvelle législation impose également des « conditions de type géographique » à la création, au transfert et au regroupement des officines, mais aussi des conditions de type « social » en tenant compte des départements à statut particulier et des zones dites sensibles de certaines agglomérations¹.

Parallèlement, la loi impose également la présence d'un nombre minimum de pharmaciens adjoints selon le chiffre d'affaires de l'officine, dans le but d'assurer une qualité optimale du service médical rendu (en 2001 et 2002, un pharmacien adjoint dès lors que le chiffre d'affaires global et hors taxe est compris entre 900 000 et 1 800 000 euros et un pharmacien supplémentaire par tranche de 900 000 euros supplémentaire).

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

doivent nécessairement être détenteurs d'un diplôme de docteur en pharmacie. Chaque diplômé n'est autorisé à exploiter qu'un établissement ; en revanche, plusieurs pharmaciens titulaires peuvent être associés dans une même officine.

Le médicament se distingue également des autres biens de consommation. Il est pour une large part délivré sur prescription et n'est donc pas, en général, choisi par le consommateur, qui ne supporte pas la majeure partie de la dépense, remboursée par les organismes d'assurance maladie. Les prix des médicaments remboursables sont, par ailleurs, pour une large part administrés (encadré 2). En 2002, les spécialités pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale (qu'elles soient ou non effectivement présentées au remboursement) représentaient un peu plus des quatre cinquièmes du chiffre d'affaires des officines. Cette part a peu changé depuis 1996. Les achats de médicaments sans ordonnance (qui peuvent tout aussi bien inclure des spécialités remboursables que non remboursables) représentaient par ailleurs 10 % des médicaments vendus, les trois quarts de ces ventes étant constituées de spécialités non remboursables³.

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

Entre 1995 et 2002, le chiffre d'affaires des officines s'est accru en valeur de +4,4 % par an, tandis que l'indice des prix de l'ensemble des produits vendus est resté globalement stable⁴. Il en résulte que le chiffre d'affaires « en volume » des officines s'est accru de +4,4 % par an au cours de la période

3. BRIAND Alain, CHAMBARETAUD Sandrine, « La consommation des médicaments non prescrits », Drees, *Études et Résultats* n° 105, mars 2001.

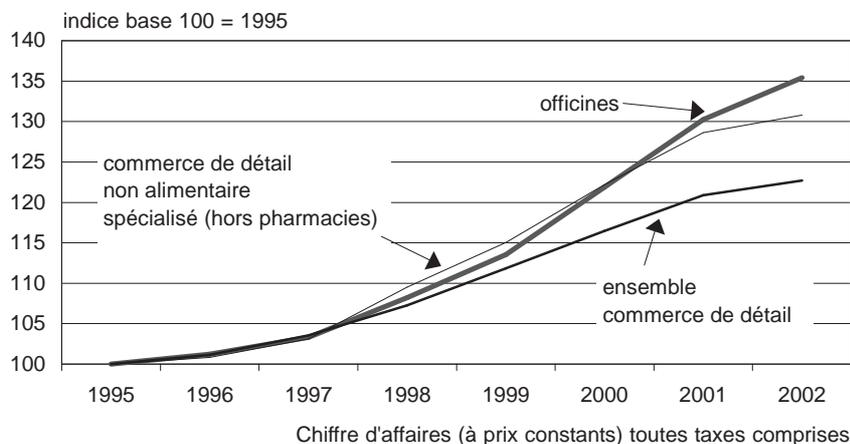
4. De même, après avoir augmenté entre 1982 et 1992, l'indice des prix des produits pharmaceutiques remboursables a poursuivi une très lente décélération depuis 1992 pour revenir en 2001 à un niveau analogue à celui de 1982 (graphique, encadré 2).

2

G•01

évolutions du CA des officines et du CA de l'ensemble du commerce de détails

Chiffre d'affaires (en volume) des officines et du commerce de détail



Source : Insee, comptes du commerce.

Les principales mesures de maîtrise des dépenses de santé, la fixation des prix des médicaments, et les marges perçues par les pharmaciens

Les mesures de régulation des dépenses de santé ayant un impact sur l'activité des officines

Les officines sont directement ou indirectement impliquées dans la maîtrise des dépenses de santé. De nombreuses lois et accords entre l'Etat, l'Assurance Maladie, les médecins, les pharmaciens ou encore les laboratoires pharmaceutiques ont été élaborés au cours de la dernière décennie. 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 (graphique) et/ou le niveau de remboursement (plan Veil de 1993, plan Aubry de 2000, plan Guigou de 2001...) ainsi que sur des restrictions opérées sur la liste des médicaments remboursables (plan Bianco en 1991, plan Guigou...). De nouveaux outils de régulation ont néanmoins émergé dans les années 90. Outre le « bon usage des médicaments », l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a publié, en 1994, 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). Enfin, en 1996, est instauré l'Objectif National d'évolution des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM).

La fixation des prix des médicaments et les marges perçues par les pharmaciens

Le marché pharmaceutique est scindé en deux secteurs distincts en termes de régulation : le secteur du médicament remboursable et celui du non remboursable. Depuis 1986, les prix des médicaments non remboursables comme les marges commerciales des pharmaciens sont entièrement libres. En revanche, les prix des médicaments remboursables sont régulés dans le cadre de conventions « prix-volumes » entre l'Etat (Comité Economique des Produits de Santé) et les laboratoires pharmaceutiques (les laboratoires et le Comité s'accordent sur le prix du nouveau produit ainsi que sur les quantités vendues). La marge des pharmaciens sur les produits remboursables, auparavant fixe et proportionnelle (33,4 % en 1983 puis 30,4 % en 1988), est régulée depuis 1990 selon le système de la marge dégressive lissée (MDL), où 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 (tableau).

Entre 1990 et 1999, six taux de marge étaient appliqués selon le prix du médicament. Avec l'accord conclu le 28 avril 1999, le système de rémunération du pharmacien est composé d'un forfait par boîte de 0,53 euros (+0,30 euros par boîte pour certaines spécialités pharmaceutiques à délivrance particulière) et d'une marge obtenue par l'application de deux taux : entre 0 et 22,90 euros en Prix Fabricant Hors Taxe¹ (PFHT), la marge est de 26,10%, au-delà de 10%. Si le taux de marge moyen diminue à mesure que le prix du médicament augmente, la marge en valeur continue donc à croître.

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

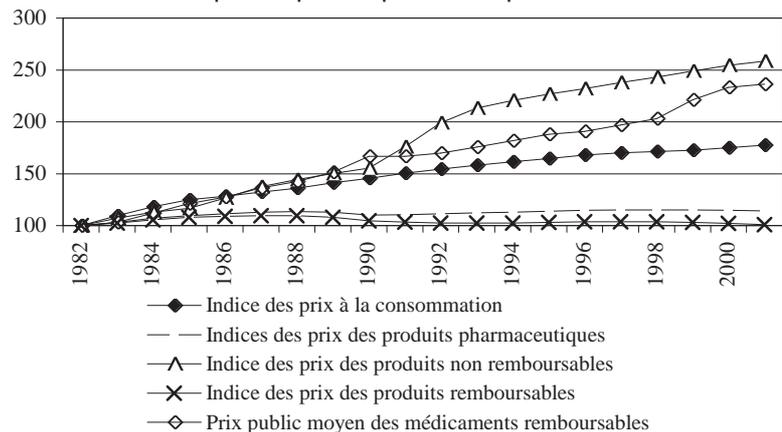
Les médicaments génériques font exception à cette règle puisque leur marge est alignée sur celle du princeps si le PFHT

est au moins inférieur de 30% à celui du princeps. Néanmoins, depuis septembre 2003, l'alignement n'est plus entièrement généralisé au sein du répertoire des génériques.

Par ailleurs, un médicament remboursable n'est pas nécessairement entièrement remboursé. En effet après l'autorisation de mise sur le marché (AMM), la Commission de transparence évalue l'apport thérapeutique des nouveaux produits et formule un avis sur le taux de remboursement approprié (0%, 35%, 65% ou 100%). Il est ensuite inscrit sur la liste des médicaments remboursables après publication au Journal officiel. Pour être remboursé, un médicament doit toutefois 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.

1. Le PFHT correspond au prix de vente de l'industrie pharmaceutique aux grossistes répartiteurs ou aux officines dans le cas de la vente directe.

évolution des prix des produits pharmaceutiques entre 1982 et 2001



Données Insee pour les indices de prix, données Leem pour le « prix public moyen des données remboursables ».

Sources : Eco-Santé France 2003, Credes.

évolution de la MDL de 1990 à 2001

Marge dégressive lissée			
entre 1990 et 1999		au depuis avril 1999	
Prix fabricant hors taxe	Taux de marge du titulaire	Prix fabricant hors taxe	Taux de marge du titulaire
0 à 5 francs	90 %	0 à 22,90 euros*	26 %
5 à 10 francs	56 %	Plus de 22,90 euros	10 %
10 à 17 francs	38 %		
17 à 30 francs	26 %		
30 à 70 francs	13 %		
Plus de 70 francs	10 %		

* Soit approximativement 150 francs.

Sources : DGS, LEEM

(graphique 1). Cette croissance des « volumes » est pour partie due à un effet de structure de la consommation : 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 élevés, comme en témoigne pour les médicaments remboursables (qui représentent plus de 80 % du chiffre d'affaires des officines) l'écart entre évolution de l'indice des prix et évolution du prix moyen (graphique de l'encadré 2).

Durant cette période, le commerce non alimentaire spécialisé a également bénéficié d'une croissance élevée de son chiffre d'affaires en valeur (+4,3%, hors pharmacie), de même que l'ensemble du commerce de détail (+4,1 %). Les prix des produits vendus dans l'ensemble du commerce de détail augmentant à un rythme annuel de 1,1 %, le chiffre d'affaires du commerce de détail a ainsi progressé de 3 % en volume. Pour l'ensemble du commerce de détail, la croissance en valeur du chiffre d'affaires résulte donc de la conjonction d'une croissance en volume et d'un effet prix, alors que, pour le secteur

pharmaceutique, elle est uniquement liée à une croissance en volume.

*Une 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, 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). Afin de freiner la croissance des dépenses pharmaceutiques, plusieurs grands plans ont été mis en place dans les années 90, à la suite desquels des inflexions de l'évolution du chiffre d'affaires du secteur ont été constatées (graphique 2). D'autre part, depuis 1999, les pharmaciens sont autorisés et encouragés à substituer des médica-

ments génériques à des médicaments équivalents plus coûteux dont ils reprennent les principes actifs, lorsque leur brevet est tombé dans le domaine public. Cette substitution est neutre financièrement pour les pharmaciens, le montant de la marge des génériques étant aligné sur celle du médicament reproduit ou « princeps ».

Dans le domaine des produits d'hygiène et de beauté, les officines sont confrontées depuis dix 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 entre 1992 et 2002, et se sont recentrées sur la vente des médicaments. Les produits d'hygiène et de beauté ne représentent ainsi en moyenne que 2 % de leur chiffre d'affaires en 2002 ; mais 4 % des officines réalisent encore plus de 10 % de leur chiffre d'affaires sur ces produits et un peu moins de 1 % dépassent le seuil de 20 %.

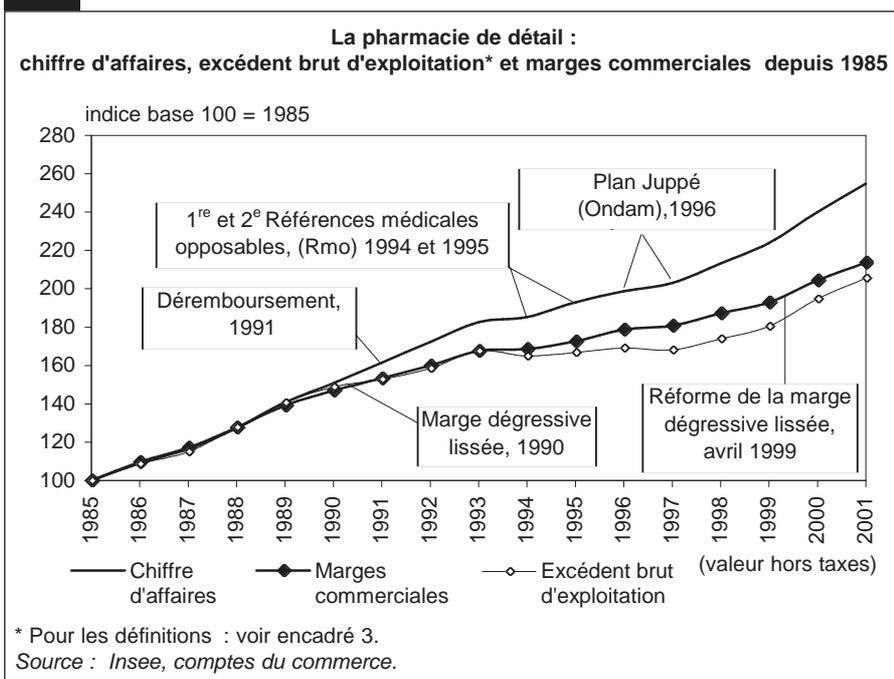
Un taux de marge encadré

Le taux de marge commerciale des officines était de 29 % en 2001, soit un taux supérieur de deux points à celui de l'ensemble du commerce de détail ; il est en revanche inférieur de six points à celui des autres commerces non alimentaires spécialisés. Les pharmacies réalisant l'essentiel de leurs marges commerciales sur les ventes de médicaments, les mesures qui réglementent les taux de marge ont donc un impact important : le système de la « marge dégressive lissée » (MDL) introduit en 1990 permet de tempérer l'effet structurel de la croissance des prescriptions de médicaments récents et onéreux (encadré 2).

Ainsi, entre 1990 et 1997, les marges commerciales en valeur ne se sont accrues que de 3 % en moyenne par an, contre 8 % sur la période 1985-1990. Néanmoins, depuis 1998, les marges commerciales progressent à nouveau (+4,3 % en moyenne par an), et ce, en

G
•02

évolution du CA, de l'EBE et des marges commerciales des officines



dépît de la diminution des prix des produits à service médical rendu (SMR⁵) insuffisant opérée en 2000 (en moyenne -7 %). La structure des achats pharmaceutiques s'est en effet déformée au profit des médicaments les plus récents, commercialisés à des prix plus élevés⁶. 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 pharmaciens⁷. Le taux de marge moyen sur les spécialités remboursables est ainsi passé de 24,3 % en 1998 à 26 % en 2000 (taux calculé sur le prix fabricant hors taxe, ou prix de vente de l'industrie pharmaceutique aux grossistes). Il est toutefois revenu à 25,5 % en 2001.

En revanche, les taux de marge sur les médicaments non remboursables, ainsi que ceux des autres produits, sont entièrement libres et peuvent atteindre 35 à 40 %, expliquant ainsi le taux de marge global de 29 % observé sur l'ensemble des ventes.

5. Pour plus de précisions sur l'évaluation du SMR, voir LANCRY Pierre-Jean, « Médicaments : approche économique et institutionnelle », CNAMTS, 2000.

6. Direction de la Sécurité Sociale, « Commission des comptes de la sécurité sociale », septembre 2003.

7. Selon le rapport des Comptes de la Sécurité Sociale de 2003, le prix des médicaments serait 0,6 % moins élevé avec le précédent mode de calcul de la marge des pharmaciens d'officine.

8. Guide des prestataires et des fournisseurs de l'officine, 1998.

9. 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, Danièle Lévy (« L'avenir démographique de la profession pharmaceutique (1990-2020) », 1991, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, xxxi^e année, n° 3) et les statistiques publiées annuellement par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.

Une densité d'officines élevée mais en voie de stabilisation

Avec une densité d'une officine pour 2 560 habitants (Adeli), la France dispose en 2001 d'un réseau particulièrement dense qui la situe au premier rang européen en la matière. La moyenne européenne se situait, en 1999, autour d'une officine pour 3 300 habitants, allant jusqu'à 1 pour 4 500 habitants au Royaume-Uni ou en Allemagne voire même 1 pour 10 000 habitants au Danemark et aux Pays-Bas⁸. Sur les 30 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 dans les années 90 (+2,2 % entre 1991 et 2001, soit une augmentation annuelle moyenne de 0,2 % qui, au fil des ans, se rapproche de plus en plus de la stabilité⁹).

Davantage de pharmaciens adjoints et d'officines organisées en sociétés

Fin 2001, 48 500 pharmaciens, soit 77% des professionnels actifs, travaillaient dans une officine, 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, 29 000 exercent en qualité de titulaires ou co-titulaires et 19 500 en tant que pharmaciens adjoints (salariés). En outre, environ 33 000 personnes exerçant comme préparateurs en pharmacie secondent les pharmaciens dans la préparation et la délivrance des médicaments. Au total, les officines françaises emploient près de 106 000 personnes, soit, en moyenne par officine, 5 personnes dont 2 pharmaciens (1,2 titulaire et 0,8 pharmacien adjoint).

Depuis 1990, l'effectif total de pharmaciens (tous secteurs confondus) a augmenté d'un peu plus de 20 %, ce qui correspond à une augmentation annuelle moyenne de 1,6 % et, par conséquent, à un ralentissement de la forte croissance démographique enre-

gistrée par la profession dans les années 70 et 80. Ce phénomène est directement lié à l'introduction en 1980 d'un *numerus clausus*. La part des pharmaciens exerçant en officine est restée relativement stable dans la dernière décennie (74 % des pharmaciens inscrits à l'Ordre en 1987), mais la quasi impossibilité d'ouvrir de nouvelles officines a bouleversé la physionomie des postes occupés : depuis 1980, le nombre de titulaires n'a en effet progressé que de 1 % par an. Une part importante des jeunes pharmaciens d'officine demeurent donc salariés : le poste de pharmacien adjoint salarié, autrefois transitoire, tend à se pérenniser, et leur nombre a crû, entre 1980 et 2001, de 7 % par an. 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 : le nombre de sociétés a été multiplié par deux depuis 1991, alors que celui des entreprises individuelles diminuait de 15 % sur la même période. Une telle expansion est principalement le fait des sociétés en nom collectif (SNC) dont le nombre a doublé en 10 ans, et qui représentent désormais 60 % de l'ensemble des sociétés en 2001.

Le revenu brut moyen d'un titulaire d'officine : 120 000 euros par an en 2001

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 » : encadré 3, tableau, ligne 15). Ces bénéfices comprennent à la fois les résultats directs de l'exploitation et les rémunérations que s'attribuent les exploitants, ainsi que leurs cotisations sociales personnelles, tant obligatoires que facultatives. On rapporte ensuite le résultat au nombre moyen de titulaires observé dans la catégorie d'officine considérée (1,2 toutes catégories juridiques confondues).

En 2001, le revenu annuel brut d'un titulaire, ainsi calculé, s'élevait en moyenne à 120 000 euros. Il était constitué en moyenne à 75 % par les bénéfi-

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 523A). Ces comptes sont issus des Comptes du commerce et sont présentés à la Commission des comptes commerciaux de la Nation. Les informations comptables sont issues du Système Intermédiaire d'Entreprises (SIE) et du Système Unifié de Statistiques d'Entreprises (SUSE). Celui-ci résulte à la fois de l'exploitation des déclarations fiscales des entreprises et des Enquêtes Annuelles d'Entreprises (EAE). Les informations issues 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. Le champ d'étude a été restreint aux seules officines ayant déclaré une activité pleine sur l'année 2001, soit 22 296 officines parmi les 23 450 recensées. Les officines n'ayant déclaré aucune vente de biens, services ou marchandises ainsi que celles qui ont été créées ou ont cessé leur activité au cours de l'année 2001 ont donc été exclues¹.

Les données démographiques et géographiques, au 1^{er} janvier 2002, sur les officines, les pharmaciens ainsi que le nombre moyen de titulaires par catégorie juridique et selon le niveau géographique d'analyse (national,

régional...) sont estimées à partir du répertoire des professionnels de santé Adeli de la Drees. En revanche, le répertoire Adeli étant plus limité pour les analyses temporelles, les éléments portant sur les évolutions démographiques de long terme sont extraits des données du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.

Définitions des principaux agrégats comptables utilisés

Le chiffre d'affaires (CA)

Produit 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.



1. Deux principaux arguments légitiment ce choix méthodologique : premièrement, parmi les officines « fermées » et « créées » au sens de SIREN, il peut s'agir de (ou des) même(s) titulaires (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).

du chiffre d'affaires au PBCAI des pharmacies en 2001 (en milliards d'euros)

		2001 (en milliards d'euros)		
		Entreprises individuelles	Sociétés	Total
Chiffre d'affaires (hors TVA)	(1)+(4)	15,3	10,2	25,5
Ventes de marchandises	(1)	15,2	10,1	25,3
- Coût d'achat des marchandises	(2)	10,8	7,1	18,0
= Marge commerciale	(3)=(1)-(2)	4,4	2,9	7,3
+ Production vendue de biens et services	(4)	0,1	0,1	0,2
+ Production stockée et immobilisée	(5)	0,0	e	e
= Production totale	(6) = (3)+(4)+(5)	4,5	3,0	7,5
- Consommations intermédiaires de matières et de services	(7)	0,7	0,5	1,2
= Valeur ajoutée	(8) = (6) - (7)	3,8	2,6	6,4
+ Subventions d'exploitation	(9)	e	e	e
- Frais de personnel, dont : *	(10) = (10.1) + (10.2)	1,4	1,0	2,4
salaires versés yc cotisations des salariés	(10.1)	1,0	0,8	1,8
charges sociales patronales	(10.2)	0,4	0,2	0,6
- Impôts et taxes sur la production	(11)	0,2	e	0,2
= Excédent brut d'exploitation	(12) = (8)+(9) - (10)-(11)	2,2	1,5	3,7
+ Autres produits d'exploitation yc intérêts et produits assimilés	(13)	e	e	e
- Autres charges d'exploitation yc intérêts et charges assimilées**	(14)	0,2	0,2	0,4
= Profit brut courant avant impôt	(15) = (12)+(13)-(14)	2,0	1,4	3,4
- Cotisations personnelles des exploitants	(16)	0,3	0,2	0,5
Estimation du revenu net de l'ensemble des pharmacies	(17) = (15)-(16)	1,7	1,2	2,9

* Ne sont pas prises en compte dans ce poste : les rémunérations 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.

Sources : INSEE, Comptes du commerce et SUSE.



ment de son exploitation. Il est obtenu en soustrayant à 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 95, les frais de personnel ne comprennent ni la rémunération que s'octroie(nt) le(s) exploitant(s), 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). Par construction, le PBCAI comprend donc les rémunérations et les cotisations personnelles des exploitants pour eux et leur famille.

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

En ce sens, le PBCAI peut être considéré comme une estimation proche du revenu brut de l'ensemble des exploitants puisqu'il inclut à la fois les bénéfices dégagés par l'exploitation et les rémunérations brutes que les titulaires se sont accordés au cours de l'exercice. Le revenu brut individuel des titulaires d'officine est donc estimé en rapportant le profit brut courant avant impôt de l'officine au nombre moyen de titulaires observé selon la catégorie juridique dont relève l'officine et pour un échelon géographique d'analyse défini (national, régional, taille d'unité urbaine...).

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 peut aller jusqu'à 8 800 euros²). Or, les déclarations fiscales ne permettant pas de distinguer les parts de 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.

2. CNAVPL, « Guide 2002 de l'Assurance Vieillesse des Professions Libérales », 2002, pp. 98-103.

ces dégagés par l'exploitation, à 10 % par les rémunérations que le titulaire s'est accordé et à 15 % par ses cotisations sociales personnelles.

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'estimé : il s'élève approximativement à 102 000 euros par titulaire en 2001. Il apparaît plus élevé que celui que retirent la majorité des médecins 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).

10. 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 ne sait pas, à un niveau fin, quelle est la règle de partage des revenus entre titulaires dès lors que leur nombre peut être supérieur à 1.

Ces résultats recouvrent toutefois de fortes disparités. 250 officines, soit 1 % des établissements, apparaissaient, en 2001, dans une situation financière déficitaire. Ces structures se caractérisent par un niveau d'activité près de deux fois inférieur à celui observé pour l'ensemble des officines (en chiffre d'affaires hors taxe moyen). 25 % d'entre elles sont situées dans l'agglomération parisienne (contre 16 % de l'ensemble des pharmacies) et, en particulier, 10,2 % à Paris et 5 % dans les Hauts-de-Seine (contre respectivement 4,7 % et 2,3 % de l'ensemble). Les officines sises dans les autres grandes agglomérations (200 000 à 2 000 000 habitants, hors Paris) semblent également davantage connaître des situations difficiles (32 % des officines ayant un profit négatif alors que sur l'ensemble des officines, seules 23 % sont implantées dans ces agglomérations).

Plus généralement, la dispersion du revenu individuel autour de la moyenne, mesurée pour les seuls titulaires d'entreprises individuelles et unipersonnelles¹⁰, apparaît forte. En effet, si le revenu des titulaires exerçant dans ce type d'officines s'élève en moyenne à 130 000 euros, la courbe de distribution est assez concentrée pour les plus bas niveaux de revenus et très allongée pour les plus hauts niveaux. 25 % des titulaires d'officine organisées en EI ou EURL ont ainsi gagné moins de 78 000

euros en 2001 (et 10 % moins de 50 000 euros), alors qu'une proportion équivalente ont perçu des gains de plus de 167 500 euros (et 10 % plus de 228 000 euros). L'écart entre les plus bas et les plus hauts niveaux de revenus individuels est donc très important puisque le quart des pharmaciens titulaires les mieux lotis dispose d'un revenu brut moyen plus de deux fois supérieur à celui du quartile inférieur.

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 130 000 euros pour les titulaires qui exercent dans les 15 000 entreprises individuelles, et 111 000 euros pour ceux qui relèvent des 7 350 sociétés, soit un écart de 15 %, avec des divergences marquées selon le type de société. Deux effets inverses 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.

Le développement des officines en sociétés ne semble donc pas avoir été

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 (Bénéfices Non Commerciaux ou « BNC » 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 car les praticiens peuvent choisir de les déclarer sur leur déclaration de revenus (et non sur les déclarations BIC-BNC). D'un autre côté, il leur est possible de déduire des cotisations non obligatoires (loi Madelin) que l'on ne peut isoler.

L'exercice de comparaison est ici réalisé sur le champ des « actifs à part entière » (APE). Cette approche consiste à exclure les professionnels qui se sont installés ou ont cessé leur activité en cours d'année. Cependant, quelques différences à la marge demeurent. Ainsi, pour les seuls médecins, ont également été retirés de l'analyse les praticiens hospitaliers à temps partiel dont l'activité libérale hospitalière ne procure qu'un revenu d'appoint, les médecins non conventionnés et ceux âgés de plus de 64 ans. Enfin, si les revenus négatifs sont pris en compte dans le calcul du revenu moyen des titulaires d'officine, ce n'est pas le cas pour les médecins déclarant des honoraires nuls ou des charges négatives.

Si les champs d'analyse se révèlent donc 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 permettent d'avoir un com-

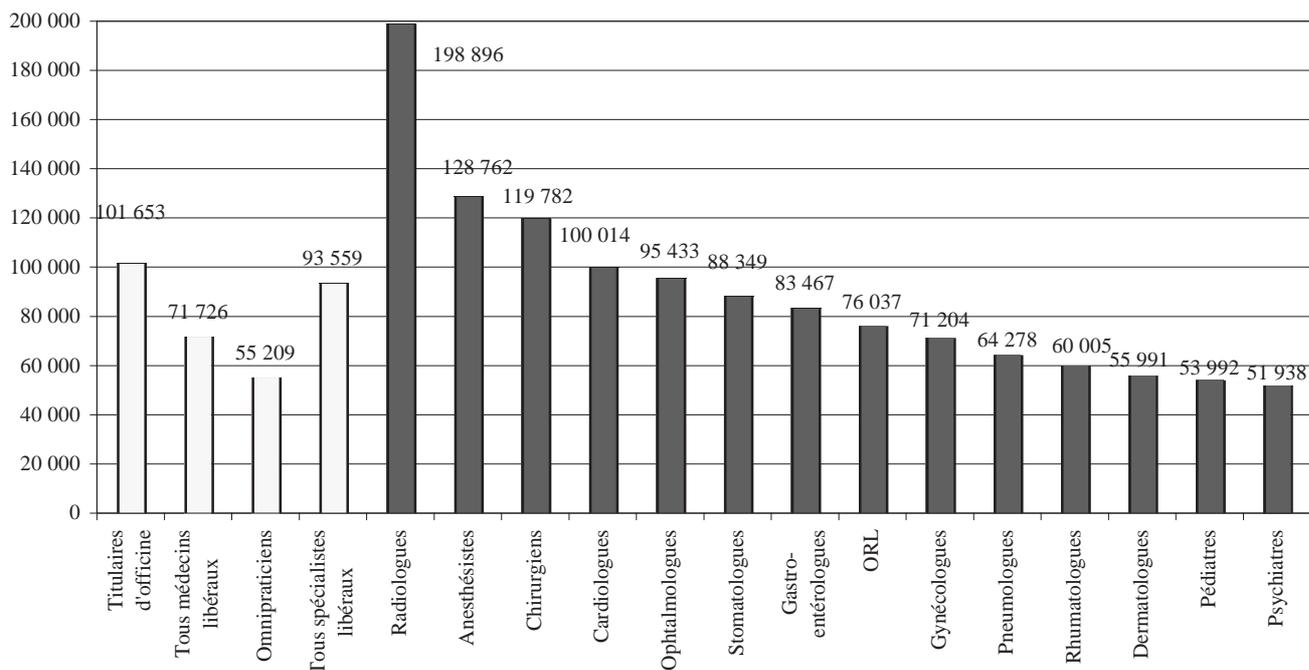
plément de revenus. Un tel cas de figure est en revanche très marginal parmi les titulaires d'officine puisque, en 2001, seuls 1,5 % d'entre eux exerçaient une seconde activité, principalement au sein de l'hôpital. Un peu plus du tiers des « généralistes libéraux » déclaraient percevoir également des salaires mais ces rémunérations représentaient une part très marginale du revenu global de l'ensemble de ces médecins. Pour leur part, la moitié des spécialistes « libéraux » déclaraient avoir en réalité une activité mixte mais, là encore, les salaires perçus représentaient moins de 10 % des revenus d'activité libérale de l'ensemble des spécialistes libéraux¹.

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 nous 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 « réel » 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 2001, le prix de cession d'une officine s'élevait à 85 % de son chiffre d'affaires toutes taxes comprises, soit approximativement 1 million d'euros². D'un point de vue purement financier, cet argument demeure néanmoins plus contestable 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 récupérera 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).



1. AUDRIC Sophie, « L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000 », Drees, *Études et Résultats*, n° 200, novembre 2002.
2. INTERFIMO, « Prix de cession des pharmacies », mars 2003. Les prix de cession enregistrent, ces dernières années, une hausse 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.

revenu moyen net d'un titulaire d'officine par rapport à celui provenant de l'activité libérale des médecins (en 2001 et en euros)



Champ des actifs à part entière.

Sources : SUSE 2001 (DGI / INSEE) / fichiers SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI / INSEE).



En 2001, le revenu net moyen d'un titulaire d'officine est estimé à 102 000 euros, soit 42 % de plus que le revenu moyen provenant de l'activité libérale de l'ensemble des médecins (72 000 euros par an³). Plus précisément, il apparaît 1,85 fois plus important que le revenu libéral moyen des omnipraticiens (55 000 euros) mais l'écart reste légèrement en deçà des 10 % par rapport à celui des spécialistes (93 500 euros). Il est intéressant d'approfondir la comparaison avec les spécialistes tant, pour ces derniers, le revenu se révèle

le extrêmement variable selon les 14 grands groupes de discipline étudiés (du simple au triple). Leur activité libérale apparaît largement moins lucrative que celle des radiologues et, dans une moindre mesure, que celle des anesthésistes et des chirurgiens. Néanmoins, avec un revenu moyen analogue à celui des cardiologues (100 000 euros) et des ophtalmologues (95 500 euros), les titulaires d'officine se placent dans les tous premiers rangs avec un revenu supérieur de 20 000 à 50 000 euros aux autres spécialistes (graphique).

3. AUDRIC Sophie, « L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001 et ses perspectives en 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 284, janvier 2004.

T •01 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 par officine (en milliers d'euros)** (a)	Nombre moyen de titulaires par officine** (b)	Nombre moyen adjoints par officine**	Revenu moyen brut par titulaire (en milliers d'euros)** c= a / b
EI	14 951	1 002	131	1,0	0,7	129
Sociétés	7 345	1 336	180	1,6	0,7	111
<i>Entreprise Unipersonnelle</i>	1 859	1 165	139	1,0	0,9	138
<i>Société en Nom Collectif</i>	4 400	1 407	208	1,9	0,6	111
<i>Société Anonyme à Responsabilité Limitée / Société Anonyme</i>	592	1 268	138	1,7	0,7	83
<i>Société d'Exercice Libéral</i>	393	1 425	136	1,4	0,8	97
<i>Autres sociétés</i>	101	1 433	159	1,9	0,5	85
Toutes CJ confondues	22 296	1 112	147	1,2	0,7	120

* Intégrant les rémunérations que l'exploitant s'octroie mais hors cotisations personnelles.

** Les chiffres présentés ici sont des résultats arrondis à 0 ou 1 chiffre après la virgule.

Champ : Officines ayant déclaré une activité complète en 2001.

Sources : SUSE 2001, ADELI 2001.

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 85 % du chiffre d'affaires toutes taxes comprises en 2001, 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 rémunérations personnelles que le titulaire se verse représentent 21 % du revenu individuel des pharmaciens organisés en société (26 % pour les entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée) contre seulement 3 % pour les titulaires d'entreprises individuelles. Au contraire, la part prise par les cotisations sociales personnelles s'avère plus élevée pour ces derniers (18 % de leur revenu brut avant impôt contre 11 % pour les titulaires de sociétés). Enfin, en termes de modes d'imposition, l'ensemble des pharmaciens titulaires optent très majoritairement pour l'impôt sur le revenu

(96 % des officines). Seules certaines officines organisées en société choisissent de verser l'impôt sur les sociétés (13 % d'entre elles), mais cette proportion reste très variable selon leur catégorie juridique (de 1 % pour les sociétés en nom collectif à 44 % pour les sociétés anonymes et même 62 % pour les sociétés d'exercice libéral).

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 sont marquées (coefficient de variation de 12 %). Elles sont comparables à celles observées pour les médecins généralistes, mais moindres que pour les spécialistes¹¹. En dehors des régions à statut particulier, les densités d'officines s'échelonnent de 1 pour un peu plus de 3 000 habitants en Picardie et en

11. Les coefficients de variation des densités régionales des médecins se situaient, en 2000, à 12,5% pour les généralistes et à 25% pour les spécialistes (NIEL Xavier, « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahier de la socio-démographie médicale*, Avril - Juin 2001, pp.142-172).

T
•02

décomposition du revenu annuel brut des titulaires d'officine
selon la catégorie juridique

Catégorie Juridique	Nombre officines	Nombre moyen de titulaires par officine**	Revenu moyen brut par titulaire (en milliers d'euros)** (a)	Cotisations sociales personnelles moyennes par titulaire (en milliers d'euros)** (b)	Dont rémunérations personnelles moyennes versées par titulaire (en milliers d'euros)**	Revenu moyen net estimé par titulaire (en milliers d'euros)** c=b-a	Régime imposition : % Impôt sur les sociétés
EI	14 951	1,0	129	23	3	106	0,0 %
Sociétés	7 345	1,6	111	13	24	98	12,6 %
<i>Entreprise Unipersonnelle</i>	1 859	1,0	138	19	35	119	15,4 %
<i>Société en Nom Collectif</i>	4 400	1,9	111	12	22	99	1,0 %
<i>Société Anonyme à Responsabilité Limitée / Société Anonyme</i>	592	1,7	83	10	23	73	44,8 %
<i>Société d'Exercice Libéral</i>	393	1,4	97	9	18	88	61,8 %
<i>Autres sociétés</i>	101	1,9	85	12	0	73	85,2 %
Toutes CJ confondues	22 296	1,2	120	18	12	102	4,1 %

Champ : Officines ayant déclaré une activité complète en 2001.

* Intégrant les rémunérations que l'exploitant s'octroie mais hors cotisations personnelles.

** Les chiffres présentés ici sont des résultats arrondis à 0 ou 1 chiffre après la virgule.

Sources : SUSE 2001, ADELI 2001.

Haute-Normandie à 1 officine pour 2000 habitants en Corse et dans le Limousin. La densité est sensiblement plus faible dans les régions septentrio-

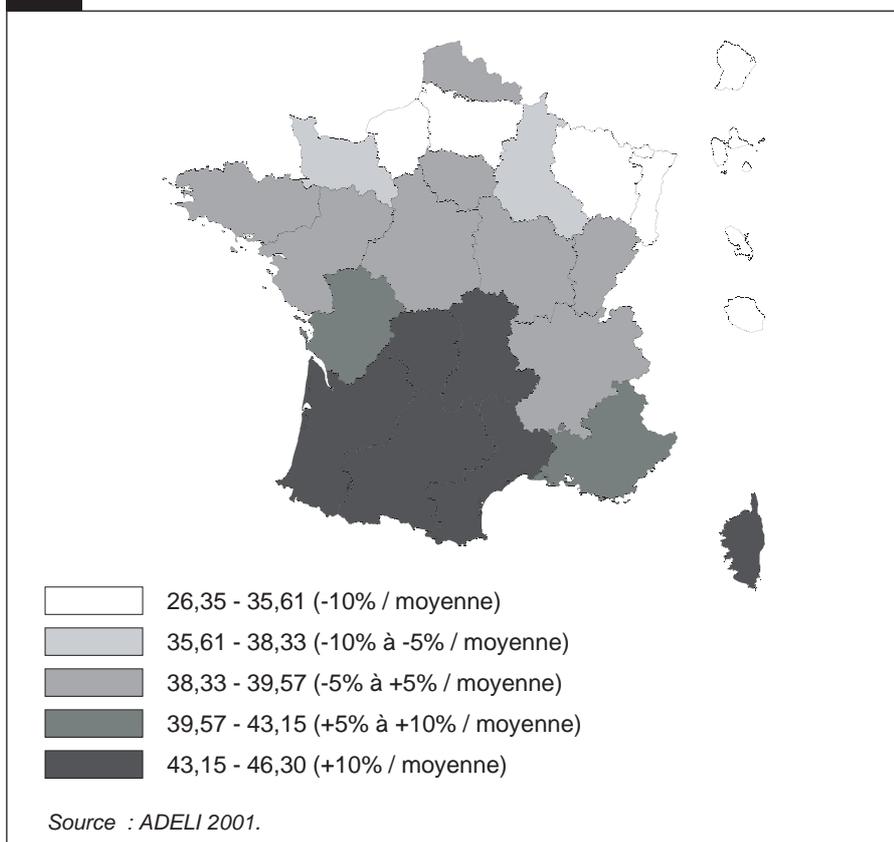
nales (carte 1), avec un gradient d'augmentation qui s'observe nettement du nord vers le sud. Ce type de répartition, plus favorable aux régions du Sud, se

retrouve pour d'autres professions de santé¹². Les dispositions particulières à certains départements induisent des densités encore plus faibles en Alsace, en Lorraine et dans les DOM. 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 (412 € 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, région PACA, Languedoc-Roussillon, Aquitaine...); au contraire les régions à densité réduite enregistrent des chiffres d'affaires par habitant généralement inférieurs à la moyenne (DOM, Alsace, Haute-Normandie...). Ainsi, bien que

10

C
•01

densité régionale d'officines (pour 100 000 habitants)



12. DARRINÉ Serge, « Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice », Drees, *Études et Résultats* n° 156, février 2002.

l'installation des officines soit réglementairement fixée en fonction du nombre d'habitants, elle semble de fait correspondre aux dispersions constatées dans le niveau de consommation par habitant.

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 disparités en termes de besoins et/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 »¹³).

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

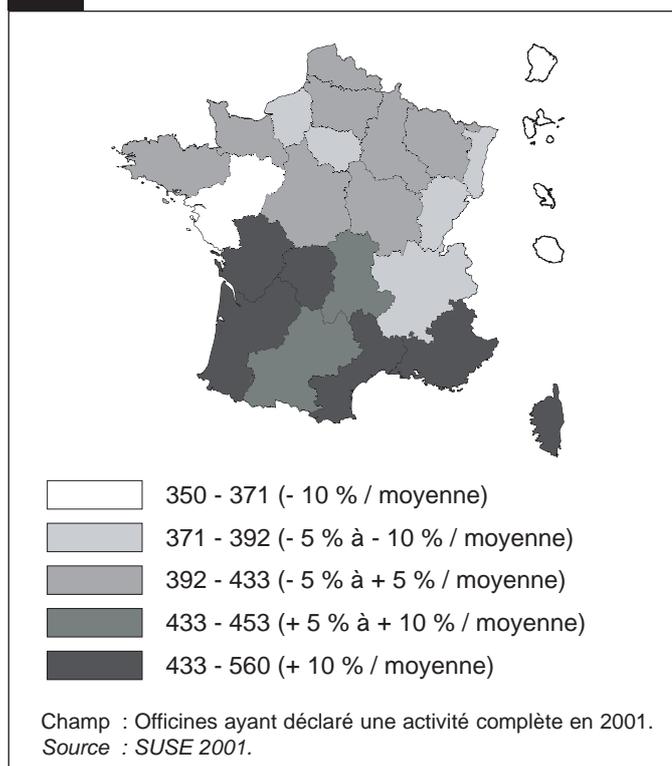
Conjointement, d'importantes disparités régionales peuvent être observées concernant les revenus des pharmaciens titulaires d'officines (carte 3)¹⁴. En termes de revenus bruts moyens, ces derniers s'échelonnent de 111 000 euros en Aquitaine à 147 000 euros en Picardie. La tendance constatée va dans le sens d'une nette gradation du niveau de revenu des régions du sud vers les régions du nord, à l'exception de l'Île-de-France et des DOM (respectivement 104 000 et 153 000 euros). 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.

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 (voire plus faible) mais avec une densité d'officines nettement 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 entre pharmacies 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 quatre régions (Limousin, Auvergne, Poitou-Charentes et Corse), cette concurrence apparaît compensée par le haut niveau des dépenses pharmaceutiques. Enfin, il faut souligner la particularité des pharmaciens titulaires de la région Île-de-France qui, avec une densité proche de la moyenne nationale et un chiffre d'affaires par habitant inférieur de 7 %, perçoivent des revenus moyens sensiblement plus faibles que dans les autres régions (104 000 euros). Si pour tous les départements de cette

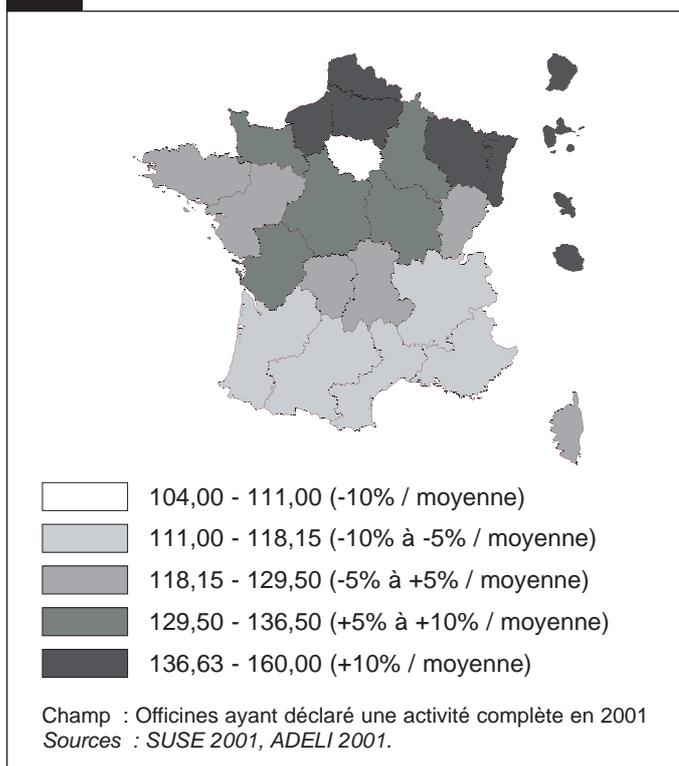
13. ROCHAIX L., JACOBZONE S., « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », 1997, *Economie et Prévisions* n° 129-130, p. 25-33.

14. 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.

C
•02 disparités régionales du chiffre d'affaires des officines par habitant



C
•03 dispersion des revenus individuels bruts des titulaires selon la région



région, le revenu moyen des pharmaciens titulaires est en deçà de la moyenne nationale, des disparités fortes demeurent cependant (entre 92 000 et 100 000 euros pour les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val de Marne contre 112 000 à 118 000 euros dans le Val d'Oise, la Seine-Saint-Denis et la Seine et Marne).

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 3). C'est dans les unités urbaines¹⁵ faiblement peuplées que leurs revenus individuels sont les plus élevés (plus de 150 000 euros dans les unités urbaines de moins de 10 000 habitants et plus de 140 000 pour les unités urbaines de 10 000 à 19 999 habitants). Au contraire, 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 taille¹⁶, 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 sou-

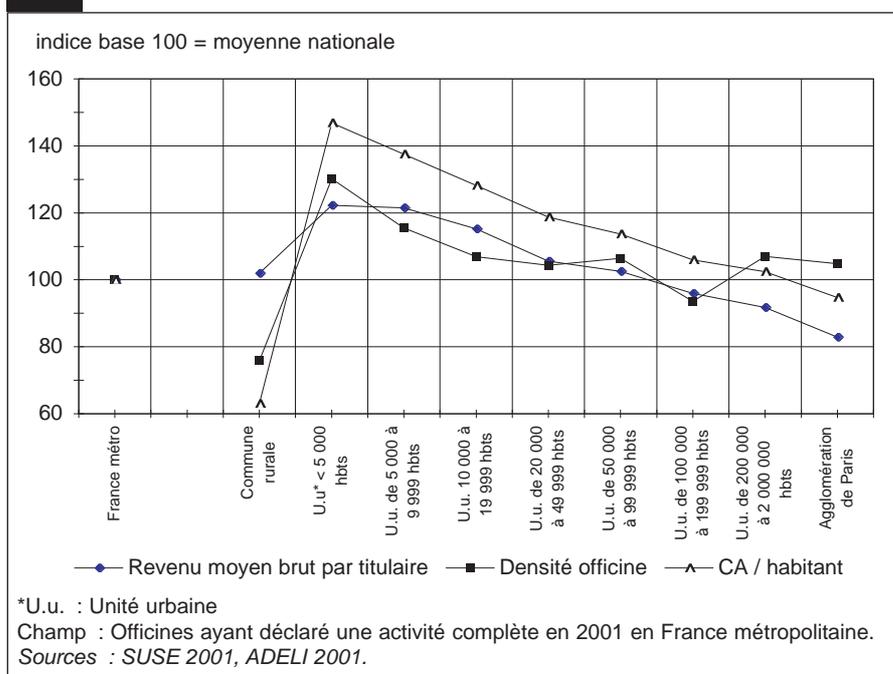
mis. Dans les agglomérations les plus importantes, les effets cumulés d'une densité plus forte et d'un niveau de dépense par habitant plus faible aboutissent à des revenus moyens par titulaire très inférieurs à la moyenne (-17 % pour l'agglomération parisienne et -8 % pour les autres agglomérations de plus de 200 000 habitants).

Les communes rurales, qui regroupent un quart de la population française d'après le recensement de 1999 (Insee), se distinguent par une densité d'officines plus faible que la moyenne nationale (1 officine pour 3500 habitants contre 1 pour 2 560 habitants à l'échelle nationale, soit 25 % de moins), mais qui se conjugue à un faible niveau de dépenses pharmaceutiques par habitant (le chiffre d'affaires par habitant est inférieur de près de 40 % à 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 (126 000 euros).

Leur revenu individuel se distingue donc du continuum descendant observé selon la taille d'unité urbaine. Néanmoins, ce constat sur les communes rurales doit être relativisé : ainsi, si l'on raisonne en termes non plus d'unités urbaines, mais « d'aires urbaines », typologie qui repose sur les déplacements domicile - travail, les « espaces à dominante rurale » se caractérisent au contraire par des densités, des niveaux de dépenses pharmaceutiques et des revenus par pharmacien titulaire sensiblement plus élevés que la moyenne nationale.

Il apparaît donc de ces analyses que, si le revenu des pharmaciens reste lié à la densité d'officines, la demande de médicaments par habitant semble également un facteur déterminant. 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 omnipraticiens¹⁷, avec des écarts toutefois plus marqués pour les titulaires d'officine. ●

G 03 dispersion des revenus des titulaires suivant la taille d'unité urbaine



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

16. Seules les plus grandes agglomérations font exception à cette règle (densités supérieures d'un peu plus de 5 % par rapport à la moyenne nationale).

17. BREUIL-GENIER Pascale, « Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain », *Études et Résultats*, n° 254, août 2003.

- BERNADET S., COLLET M., « *Activité des pharmacies et revenus des pharmaciens* », Insee Première n° 955, avril 2004, Insee.
- Insee, « *Le commerce en 2002* », Synthèses à paraître.
- Insee, « *Le commerce en France édition 2003-2004* », collection références.
- BRIANDA A., CHAMBARETAUD S., « *La consommation des médicaments*

- non prescrits* », Études et Résultats n° 105, mars 2001, DREES.
- Direction de la sécurité sociale, « *Commission des comptes de la sécurité sociale* », septembre 2003.
- AUDRIC S., « *L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001 et ses perspectives en 2002* », Études et Résultats n° 284, janvier 2004.