

Chapitre VI

Les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux

PRESENTATION

Ces dernières années, la Cour a consacré à la politique du médicament de nombreux travaux dont elle a rendu compte dans les rapports sur la sécurité sociale : en dernier lieu, la politique du médicament (2004), la réforme de la rétrocession (2006), les dépenses de médicaments (2007). Précédemment, la question de la distribution des médicaments avait fait l'objet d'une insertion au rapport de 1999. Mais elle n'avait traité ni de la question du réseau officinal ni de celles de l'évolution des marges ou des revenus des pharmaciens qui sont ici successivement abordées. Or, la rémunération de l'officine est un enjeu significatif pour l'assurance maladie, la marge des pharmaciens sur les médicaments remboursables représentant environ 5 Md€ par an.

En France, la distribution des médicaments en ville est principalement assurée par deux types d'acteurs : les grossistes-répartiteurs et les pharmaciens titulaires d'officine. Seuls les seconds font l'objet de ce chapitre²²².

I - Un réseau officinal excédentaire au regard de la réglementation

Les données relatives aux officines et aux pharmaciens qui y exercent reflètent le poids des surnombres, les mesures destinées à maîtriser l'évolution du réseau étant très récentes.

A – Les officines et leurs titulaires

1 – Les officines

La France comptait au 1^{er} janvier 2007 22 561 officines soit une officine pour 2 696 habitants et 37,1 officines pour 100 000 habitants, non compris les 590 officines dans les DOM. Cette densité est une des plus fortes de l'Union européenne. Seules la Grèce (85 officines pour 100 000 habitants), la Belgique (51) et l'Espagne (48) ont une densité

222. Ce chapitre ne traite pas non plus des initiatives en cours prises par les autorités communautaires en vue de remettre en question le monopole de la détention du capital de l'officine ainsi que le principe du quorum. En France, le maintien du monopole officinal sur les produits non-remboursables est également contesté au nom des effets de la concurrence sur le niveau des prix. Ce chapitre n'aborde pas enfin les questions touchant à d'autres modes de distribution des médicaments.

supérieure. A l'opposé, l'Allemagne (26), le Royaume-Uni (18), les Pays-Bas (11) ont les densités les plus faibles²²³. La croissance du nombre d'officines a été constante entre 1964²²⁴ et 1987 (avec un rythme variant entre 1,5 % et 3,5 % par an).

A partir de 1987, le nombre d'officines progresse faiblement (moins de 1 % par an). Cette baisse est confirmée depuis (0,84 % en 1998, 0,02 % en 2001). Depuis 2002, le nombre d'officines régresse (-0,13 % en 2002 et -0,22 % en 2006).

2 – Les pharmaciens

La France comptait au 1^{er} janvier 2007 28 194 pharmaciens titulaires d'officine (inscrits en section A²²⁵) dont 12 922 hommes (45,8 %) et 15 272 femmes (54,1 %) et 656 titulaires d'officine dans les DOM (inscrits en section E). L'augmentation du nombre de pharmaciens inscrits en section A se poursuit, mais à un rythme ralenti (entre 2,3 % et 1,85 % par an sur la période 1982-1991 ; moins de 1 % à partir de 1991 ; 0,30 % en 2006). Aux pharmaciens titulaires, il faut ajouter les pharmaciens adjoints qui sont au nombre de 22 499²²⁶. Il y a donc au total 50 693 pharmaciens pour les 22 561 officines, soit en moyenne 2,2 pharmaciens par officine.

La tendance est à l'augmentation du nombre de pharmaciens (titulaires et adjoints) par officine comme le montre le tableau ci-dessous.

223. Il faut remarquer que les pays qui ont la densité de population la plus forte (Pays-Bas : 386 ha/km² ; Royaume-Uni : 344 ; Allemagne : 230) ont la densité officinale la plus faible. C'est l'inverse pour la Grèce (83), l'Espagne (86), la France (110). La Belgique est un contre-exemple : elle a à la fois une densité de population forte (344) et une densité officinale forte pour des raisons historiques (tradition des pharmacies mutualistes). Un net clivage apparaît entre les pays qui conditionnent la création d'une officine à des critères démographiques (Grèce, France, Belgique, Espagne) et les pays dans lesquels cette création est libre (Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas). Un autre facteur explicatif est l'incidence du mode de distribution.

224. Début de la série transmise par le conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP).

225. Au sein du CNOP, qui compte au total 72 322 pharmaciens (1^{er} janvier 2007), la section A regroupe les titulaires d'officine (38,5 %), la section B les pharmaciens de l'industrie (4,5 %), la section C les pharmaciens de la distribution en gros (2 %), la section D les pharmaciens salariés (35,7 %), la section E les pharmaciens des DOM et TOM (2 %), la section G les biologistes tous secteurs (10,9 %) et la section H les pharmaciens des établissements de santé (6,7 %).

226. En exercice dans les officines.

Evolution du nombre de pharmaciens par officine 1999-2006

Pharmacien par officine	1 pharmacien	2 pharmaciens	3 pharmaciens	4 pharmaciens	5 et plus
1999	34,4 %	46,4 %	15,7 %	3,4 %	1,1 %
2006	21,6 %	44,7 %	23,7 %	7,2 %	2,8 %

Source : CNOP

Cette situation s'explique principalement par la féminisation du réseau et le vieillissement de la profession (l'âge moyen du pharmacien d'officine est de 48 ans et 3 mois). Ces facteurs ont entraîné la hausse du numerus clausus ces dernières années. Stabilisé à 2 250 inscriptions en 1^{ère} année de pharmacie durant toute la période 1986-2002, le numerus clausus remonte régulièrement depuis : 2 400 en 2003, 2 600 en 2004, 2 790 en 2005 et 2 990 en 2006.

La réglementation oblige un titulaire à recruter un adjoint dès lors que le chiffre d'affaires de l'officine est supérieur au seuil de 1,22 M€ (fixé par le dernier arrêté en vigueur de 14 février 2008). Une enquête menée par le ministère de la santé en 2003 a montré que cette obligation n'était pas pleinement respectée²²⁷. Sur 1 715 pharmacies inspectées (7,3 % des officines), 318 étaient en déficit de pharmacien adjoint par rapport à la réglementation, soit 18,5 % des officines inspectées²²⁸. L'enquête a montré de fortes disparités en la matière. Dans le Nord-Pas-de-Calais, le déficit de pharmacien adjoint touchait 38 % des officines (62 officines sur 163 inspectées). Cette situation peut s'expliquer par plusieurs raisons : pénurie de pharmaciens, difficultés du recrutement²²⁹, souci de rentabilité, nombre excédentaire d'officines.

227. Cette obligation, dont le but est de pouvoir réaliser dans des conditions optimales la dispensation des médicaments, gagnerait à être fondée sur des critères plus fins que la seule évolution du chiffre d'affaires.

228. Enquête effectuée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en 2003. L'enquête montrait aussi l'absence, au moins momentanée, de pharmacien (titulaire ou adjoint) dans 52 pharmacies, soit 3 % de l'échantillon. Ces constats n'ont été suivis d'aucune sanction, ni administrative ni ordinaire.

229. Il convient de noter que la rémunération du pharmacien adjoint n'est pas élevée, par rapport à celle des titulaires : 2 370 € brut pour 35 heures en début de carrière (indice 400 concernant 60 % des adjoints).

B – Le poids des officines en surnombre

1 – Le dispositif en vigueur entre 1941 et 1999

La loi du 11 septembre 1941 a mis en place la première réglementation de l'implantation des officines²³⁰ sur la base d'un principe de proportionnalité entre le nombre des officines et le nombre d'habitants dans la commune (système dit du quorum). Toute nouvelle implantation d'une officine était subordonnée à la délivrance d'une licence par l'autorité administrative²³¹.

La loi avait toutefois institué au profit du ministre de la santé, via les préfets, la possibilité de déroger au quorum en fonction des besoins de la population²³². Conçue initialement comme une mesure de caractère exceptionnel, la voie dérogatoire l'a emporté peu à peu sur l'application stricte de la règle du quorum au point de devenir le mode commun des créations d'officines (dans les quartiers excentrés, près des gares, en périphérie des villes).

2 – L'état des surnombres

En prenant pour référence le nouveau quorum fixé par la LFSS pour 2008 (1 officine pour 3 500 habitants pour toutes les communes d'une population supérieure à 2 500 habitants²³³), 5 172 officines sont en surnombre, soit 23 % des officines.

230. Avant 1941, l'implantation était libre.

231. Les quotas de population étaient les suivants : une officine pour 3 000 habitants dans les villes d'une population supérieure ou égale à 30 000 habitants ; une officine pour 2 500 habitants dans les villes d'une population égale ou supérieure à 5 000 habitants et inférieure à 30 000 habitants. Une loi de 1957 avait prévu un seuil différent (1 officine pour 5 000 habitants) en Alsace-Moselle.

232. Loi du 11 septembre 1941, article 37, §4 : « Si les besoins de la population l'exigent, des dérogations à ces règles peuvent être accordées par le ministre de la santé publique, après avis du conseil régional de l'ordre des pharmaciens, de l'inspecteur divisionnaire de la santé, des syndicats professionnels et du conseil supérieur de la pharmacie ».

233. Il n'est pas pertinent d'inclure les officines dans les communes de moins de 2 500 habitants car depuis 1999 le quorum ne concerne plus les communes mais est apprécié en fonction de zones de desserte pharmaceutique arrêtées par le préfet et qui incluent plusieurs communes.

Dans les régions qui arrivent en tête, le surnombre est très marqué pour les grandes villes : Paris (364 surnombres pour 1 071 officines), Marseille (107 sur 372), Bordeaux (72 sur 143)²³⁴.

Officines en surnombre au 1er janvier 2007

Régions	Surnombre*	Régions	Surnombre*
Ile-de-France	861	Bourgogne	162
PACA	559	Auvergne	159
Rhône-Alpes	461	Lorraine	159
Aquitaine	387	Basse-Normandie	117
Nord-Pas-de-Calais	315	Picardie	108
Midi-Pyrénées	288	Franche-Comté	102
Languedoc-Roussillon	285	Champagne-Ardenne	99
Bretagne	283	Haute-Normandie	96
Pays-de-la-Loire	241	Limousin	83
Centre	173	Corse	47
Poitou-Charentes	172	Alsace	15
Total général		5 172	

*En fonction du quorum en vigueur au 1^{er} janvier 2008

Source : Conseil national de l'ordre des pharmaciens

C – Les mesures prises pour maîtriser l'évolution du réseau et réduire le nombre d'officines

1 – La suppression de la voie dérogatoire

La loi du 27 juillet 1999 constitue la première grande réforme de la réglementation des ouvertures d'officine depuis 1941. Elle met fin à la possibilité pour le préfet d'accorder une licence lorsque le quorum est atteint. Il aura donc fallu attendre près de soixante ans pour que ce dispositif, dont les effets étaient connus de longue date²³⁵, soit supprimé.

2 – Le relèvement des seuils de population

La loi du 27 juillet 1999 n'avait pas modifié sensiblement les règles du quorum. Le relèvement des quotas de population a été décidé

234. Ces surnombres ont été établis par le CNOP avec le quorum de 1 officine pour 3 000 habitants qui était initialement prévu dans la LFSS pour 2008.

235. Parmi ces effets, il convient de relever l'important contentieux engendré par les créations dérogatoires.

dans le cadre de la LFSS pour 2008²³⁶. Désormais, si la première officine peut être créée dès le seuil de 2 500 habitants atteint, les suivantes devront respecter par zone de desserte le seuil de 3 500 habitants par officine supplémentaire (seuil en vigueur en Alsace-Moselle depuis 1999). La distinction entre commune de moins et de plus de 30 000 habitants est supprimée.

3 – Le rééquilibrage du réseau par des transferts

Le régime juridique des transferts d'officines de pharmacie issu de la loi de 1999 interdisait par principe tout transfert, même à très courte distance, à l'intérieur de communes qui n'étaient pas excédentaires au regard du quorum.

La loi de 2002 a assoupli la réglementation en supprimant, pour un transfert au sein de la même commune, le critère de l'excédent d'officines²³⁷. Puis la LFSS pour 2008 a rendu possibles les transferts sur l'ensemble du territoire national²³⁸.

4 – La réduction des surnombres de pharmacies au moyen de regroupements

Pour faciliter les fusions, la loi de 1999 avait prévu des autorisations de regroupement d'officines. Mais ce regroupement était limité à deux officines situées dans la même commune et ne pouvait s'effectuer que dans cette même commune. Le nombre total de pharmaciens, titulaires ou assistants, devait demeurer le même durant cinq ans, sauf cas de force majeure. En outre, la nouvelle pharmacie ne pouvait être vendue avant cinq ans.

Devant le peu de succès de cette mesure²³⁹, la LFSS pour 2008 a rendu possible des regroupements entre officines sans limitation de nombre et de périmètre géographique. Le regroupement de pharmacies

236. Article 59 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 (articles L. 5125-3 à 15 du code de la santé publique).

237. Toutefois, pour un transfert dans une autre commune (mais du même département), la règle des quotas s'appliquait entièrement (excédent dans la commune d'origine et déficit dans la commune d'accueil).

238. L'article L. 5125-14 (CSP) fixe toutefois certaines conditions afin d'éviter que la commune d'origine ne soit plus desservie et que la commune d'accueil soit en surnombre.

239. Selon le CNOP, moins de cinq demandes par an entre 1999 et 2007.

est envisageable y compris en vue de vendre la nouvelle entité à l'un des protagonistes du regroupement ou à un tiers²⁴⁰.

II - La rémunération de l'officine

La rémunération de l'officine ne concerne ici que les produits remboursables, soit plus de 80 % du chiffre d'affaires des officines. L'évolution de ses différentes composantes a contribué à préserver un niveau élevé de marge et donc de rémunération.

A – La rémunération de l'officine en métropole

Le système en vigueur en 2007 est présenté dans un premier temps, puis les mesures, de portée limitée, décidées début 2008.

1 – Les composantes de la rémunération en 2007

a) *Le dispositif de la marge dégressive lissée (MDL)*

La réforme des marges des pharmaciens d'officine est intervenue en 1990. Un système de tranches avec un taux dégressif de marge²⁴¹ a remplacé un système de marge proportionnelle (de 48,5 %) du prix fabricant hors taxe (PFHT) qui prévalait auparavant. Ce système a été modifié plusieurs fois depuis 1990. Dans la situation actuelle, la formule de la marge associe un montant forfaitaire de 0,53 € par boîte et trois tranches de taux (26,1 %, 10 % et 6 %)²⁴². Les deux graphiques ci-après

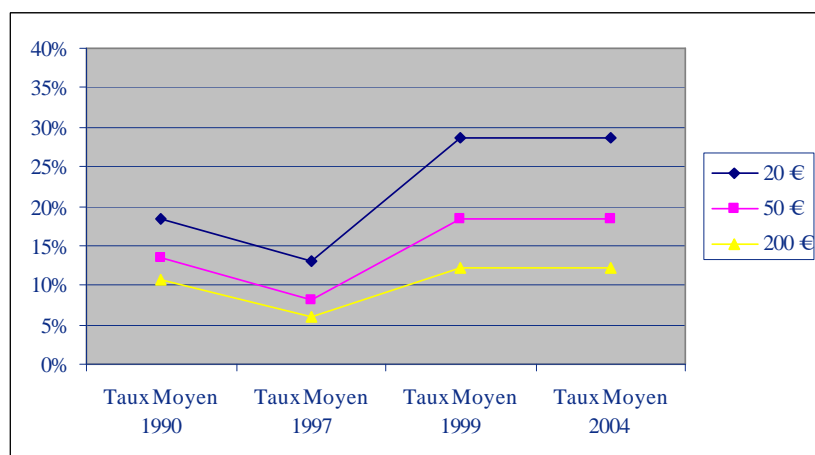
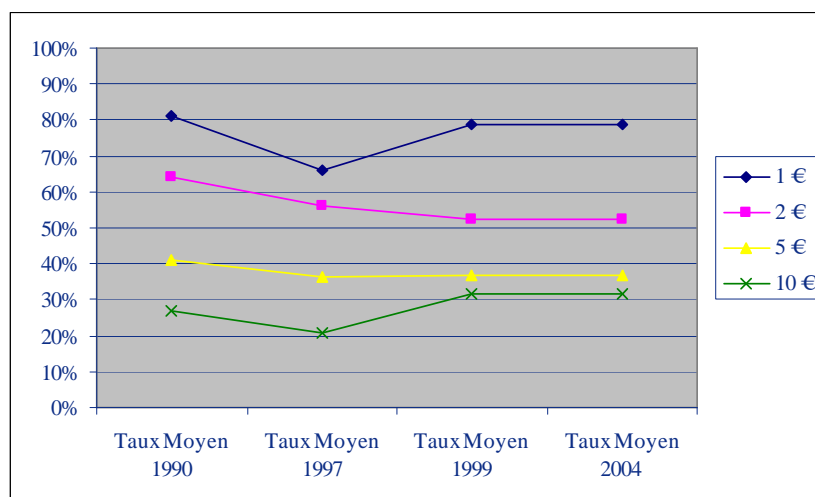
240. En outre, l'article L. 5125-15 organise un gel des licences pendant cinq ans. Le dégel peut être décidé après cette période par le préfet (après avis des syndicats représentatifs et du conseil régional de l'ordre) mais seulement si ce regroupement a eu pour effet de « compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine » (L. 5125-3 auquel renvoie l'article L. 5125-15).

241. Ce système fonctionne comme l'IRPP mais à l'envers. Ce qui signifie par exemple que pour un médicament dont le prix est égal à 200 €, en appliquant les taux en vigueur pour les trois tranches de prix, le taux de marge est de 26,1 % sur la tranche 0-22,90 € (=5,97 €), 10 % sur la tranche 22,90-150 € (150-22,90*10%=12,71), 6 % au-delà de 150 € (200-150*6%= 3 €), ce qui donne : 5,97 + 12,71 + 3 + 0,53 = 22,21 € (taux moyen de 11,1 %).

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

reconstituent, pour les arrêtés de marge pris depuis 1990, les taux de marge moyens pour sept niveaux de prix.

Evolution du taux moyen de marge (1990-2004)



Source : Cour des comptes

Le passage à la marge dégressive lissée visait à déconnecter la marge du prix du produit au motif que la rémunération du service rendu par le pharmacien ne devait pas suivre le prix. Or, l'évolution des taux de marge moyens 1990-2004 montre qu'en dépit d'une diminution des taux de marge en 1997, les pouvoirs publics sont revenus dès 1999 à la situation antérieure à 1997. L'introduction d'une rémunération forfaitaire par boîte de 0,53 €, outre le fait d'encourager la multiplication des

conditionnements, a contribué à augmenter les taux de marge pour les produits dont le prix est supérieur à 10 €. Pour ces derniers, les taux de marge moyens sont supérieurs en 2008 à ce qu'ils étaient à l'issue du premier arrêté mettant en place la MDL.

Ainsi, on note que face au renchérissement du prix des médicaments (le PFHT moyen est passé de 4,30 € en 1996 à 6,20 € en 2006), les pouvoirs publics n'en ont tiré aucune conséquence sur les produits dont le prix HT est compris entre 20 et 150 €. Or, d'après les données du groupement d'études et de recherche sur la santé (GERS) (cf. infra), la part du chiffre d'affaires des fabricants sur les produits 20-150 € est passée de 4,5 % en 1996 à 32,6 % en 2006.

L'introduction d'un élément forfaitaire en 1999, qui aurait pu être le prélude à un passage vers une marge forfaitaire, a cependant laissé subsister le principe de la proportionnalité (même dégressive). En conséquence, cette réforme n'a pu contenir la hausse du niveau de rémunération de l'officine résultant du renchérissement du prix des médicaments.

b) Une marge bonifiée pour les génériques

En vue d'encourager la diffusion des génériques, la marge réalisée sur la vente d'un médicament générique est identique à la marge réalisée sur le princeps²⁴³. Le tableau ci-dessous fait apparaître le doublement du taux de marge qui en résulte, dans le cas très fréquent où le PFHT générique est inférieur de moitié au PFHT princeps.

Comparaison marge princeps/marge générique

PFHT Princeps	PFHT générique	Marge*	Marge/princeps	Marge/générique
10 €	5 €	3,14 €	31,4 %	62,8 %
20 €	10 €	5,75 €	28,75 %	57,5 %
50 €	25 €	9,21 €	18,42 %	36,84 %
200 €	100 €	22,21 €	11,10 %	22,20 %

* La marge inclut le montant forfaitaire de 0,53 €.

Source : Cour des comptes

Selon la CNAMTS, le surcoût brut (qui n'intègre pas les économies dues aux génériques) de l'alignement de la marge du générique sur le princeps a été en 2007 de 150,3 M€.

243. Arrêté du 29 avril 1999 modifié.

c) *Les avantages consentis par les fabricants*

Les fournisseurs peuvent consentir aux pharmaciens divers avantages et d'abord des remises et ristournes. Celles-ci sont définies à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale. Avant la réforme intervenue en 2008, les remises et ristournes ne pouvaient excéder par mois et par ligne de produits (et pour chaque officine) un plafond de 2,5 % du prix des spécialités, mais pouvaient aller jusqu'à 10,74 % du prix fabricant hors taxes pour les spécialités génériques.

Une deuxième forme d'avantage est liée à la rémunération prévue dans le cadre d'un contrat de coopération commerciale. Depuis 2006, un plafond²⁴⁴ a encadré ces avantages financiers (20 % en 2006 puis 15 % en 2007).

Les services de la direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) ont constaté que la distinction entre des remises sur produits et une rémunération pour service commercial était très ténue dans les faits²⁴⁵ et qu'en cas de vente directe des fabricants aux pharmaciens, la marge grossiste de 10,3 % était systématiquement encaissée par le pharmacien, pratique non conforme à

244. Dont le dépassement devait se traduire par une modification des marges applicables au prix du produit, qui ne devait plus dans ce cas être le PFHT mais le prix d'achat effectif du revendeur. Ce plafond correspondait au PFHT net des remises de l'article L. 138-9 (PFHT diminué de 10,74 % pour les génériques). Ainsi, tout dépassement du plafond d'avantages financiers devait entraîner une baisse du prix public, le prix sur lequel devaient être appliqués les taux de marges n'étant plus le prix facial (PFHT) mais le prix réellement supporté par le pharmacien.

Il a été procédé en 2006 par la direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes au contrôle de l'application de l'arrêté du 29 décembre 2005. Celle-ci a constaté que ce plafond prévu par l'arrêté du 29/12/05 était bien respecté.

245. En matière de contrat de coopération commerciale (qui donnent lieu à des rémunérations couramment appelées « marges arrière »), la position initiale du ministère de l'économie a été de considérer que *les rémunérations pour service commercial* ne devaient pas être distinguées des *remises* consenties aux officines par leurs fournisseurs. Cette position a changé en 2002. En effet, les contrôles effectués par le ministère sur le respect des plafonds de remises ont montré que ces plafonds étaient rarement respectés par les officines. Sur certains génériques (par exemple l'oméprazole), le ministère a constaté des dépassements très importants (entre 50 % et 80 % du PFHT). En raison du caractère massif de ces pratiques, aucun pharmacien n'a été sanctionné.

l'article 2, III de l'arrêté du 4 août 1987²⁴⁶. Ces deux constats ont contribué au changement de réglementation début 2008 (cf. infra).

d) Le cumul d'avantages pour les génériques

En raison de la marge bonifiée, d'un plafond supérieur de remises et des marges arrière, la rémunération des pharmaciens en matière de génériques leur est très favorable. En outre, 70 % des génériques sont vendus directement par les laboratoires aux pharmaciens qui encaissent ainsi la marge grossiste.

En règle générale, le PFHT du générique est depuis 2006 50 % moins cher que le princeps. Pour un générique à 5 €, dont le prix du princeps est de 10 €, le prix public sera calculé de la manière suivante :

- montant forfaitaire de 0,53 € ;
- marge (=princeps) : 26,1 % de 10 € = 2,61 € ;
- marge grossiste : 10,3²⁴⁷ % de 5 €²⁴⁸ = 0,515 € ;
- le PPHT sera donc de 5 + 0,53 + 2,61 + 0,515 = 8,655 €.

Mais le pharmacien aura pu bénéficier d'une remise et d'une rémunération pour service commercial pour un montant de 1,206 € :

- remise (L. 138-9) : 10,74 % de 5 € = 0,537 €
- coopération commerciale : 15 % de 5 € - 10,74 % = 0,669 €.

Ainsi, un générique dont le PFHT est de 5 € sera acheté 3,794 € directement au fabricant et sera vendu sur la base de 8,655 € HT. Le gain net est de 4,861 €, soit quasiment le prix fabricant HT hors remises et marge arrière.

L'exemple pris pour un générique au prix de 5 € est significatif. En effet, le prix moyen d'un générique est de 6,92 €. 80 % des boîtes de génériques ont un prix compris entre 0 et 5 €. 50 % du CA HT des

246. Il convient de remarquer qu'avant l'introduction de la marge dégressive pour les grossistes en 1999, la marge proportionnelle était pour eux de 10,74 % du PFHT. Ainsi, en portant en 1999 le plafond de remises aux pharmaciens à 10,74 % pour les génériques, les pouvoirs publics avaient de ce fait créé les conditions pour que les fabricants cèdent la marge grossiste aux pharmaciens en cas de vente directe. Dans ce contexte, l'encaissement par les pharmaciens de la marge de 10,3 % (fixée pour les grossistes à partir de 1999) revenait à encaisser deux fois la marge des grossistes.

247. Le taux de 10,3 % était le taux en vigueur avant la réforme de février 2008 qui a modifié les taux de marge des grossistes-répartiteurs.

248. La marge bonifiée ne s'applique pas au grossiste-répartiteur.

fabricants est réalisé sur les ventes de génériques dont le prix est compris entre 0 et 5 €.

La mise en place de conditions financières très favorables s'explique par la volonté des pouvoirs publics de favoriser la promotion des génériques au travers une politique de substitution confiée aux pharmaciens. Toutefois, on peut s'interroger sur le maintien d'un dispositif aussi favorable pour les génériques dès lors que les taux de substitution atteignent en 2008 plus de 80 % du répertoire²⁴⁹. Désormais, les principaux freins à l'accroissement du marché des génériques, qui ne sont pas liés à une éventuelle intervention du pharmacien, sont d'une part le faible taux de prescription dans le répertoire (3,3 % de prescriptions directes de génériques et 11 % des prescriptions en dénomination commune internationale dans le total des prescriptions²⁵⁰) et, d'autre part, la proportion encore faible du répertoire dans le marché des produits remboursables (qui est passée en valeur de 17,4 % en 2005 à 21 % en 2007).

2 – Des réformes récentes d'ampleur très limitée

a) La réforme des remises et ristournes (2008)

La volonté des pouvoirs publics de réformer le dispositif des marges arrière dans la grande distribution a eu une conséquence directe sur le système de rémunération des pharmaciens. L'article 3 de la loi « pour le développement de la concurrence au service des consommateurs ²⁵¹ » réforme en effet le dispositif des contrats de coopération commerciale en l'intégrant dans le dispositif des remises.

Les taux de 10,74 % (plafond des remises pour les génériques) et de 15 % (plafond des contrats de coopération commerciale) sont supprimés au profit d'un taux, nouveau et unique, de 17 %. Les contrats de coopération commerciale ne sont pas interdits en tant que tels mais leur rémunération n'est plus distincte des remises.

Il convient de souligner que le plafond de 17 % ne s'applique pas seulement aux génériques mais également aux princeps sous tarif

249. Le répertoire des génériques se définit comme l'ensemble des médicaments de marque généricables et des génériques qui leur sont attachés. C'est au sein de ce répertoire que s'exerce le droit de substitution des pharmaciens.

250. « Baromètre de la prescription en DCI », Observatoire du médicament de la Mutualité française (FNMF), d'après des données IMS Health, novembre 2007.

251. Loi n° 2008-3 du 3 janvier 2008, dite loi Chatel.

forfaitaire de responsabilité²⁵² (TFR). La baisse du plafond des remises s'est donc accompagnée d'un élargissement de l'assiette des produits pouvant bénéficier de remises. La baisse de marge exprimée en taux devrait donc être partiellement compensée par une augmentation de la marge en valeur.

b) L'attribution de la marge du grossiste

Afin de compenser la perte résultant de la diminution des plafonds de remises et marge arrière, il a été décidé de faire bénéficier le pharmacien de la marge du grossiste en cas de vente directe. De plus, la sortie de cette marge du plafond des remises intervient pour la totalité des médicaments remboursables et non plus seulement pour les génériques comme précédemment.

Au total, l'évolution des taux de marge et remises devrait porter ceux-ci à un maximum de 53,3 % contre 62,04 % précédemment (pour un produit dont le prix est inférieur à 22,9 €).

Comparaison taux de marge complet avant et après la loi Chatel

Rémunération	Avant Loi « Chatel »	Après Loi « Chatel »
Marges arrêté 4 août 1987	26,1 %	26,1 %
Remises art. L. 138-9	10,74 %	17 %
Coopération commerciale	15 %	
Marge grossiste	10,3 %	9,93
Total	62,14 %	53,03 %

Source : : *Cour des comptes*

Néanmoins, si on considère que le bénéfice de la marge grossiste était illégal dans l'ancien dispositif, la réforme n'a pas été défavorable aux pharmaciens.

B – Les déterminants de l'évolution de la rémunération

Au-delà des marges réglementées et des remises, plusieurs facteurs sont favorables à la rémunération des pharmaciens.

252. Pour certains princeps génériques, il est appliqué un tarif de remboursement spécifique. Le TFR permet de réaliser directement des économies sur le prix des médicaments lorsque le taux de substitution n'est pas jugé satisfaisant.

1 – Des dépenses de médicaments et une prise en charge en hausse

La croissance de la consommation de médicaments a été la plus forte de tous les postes de la consommation de soins et biens médicaux : 5,9 % de taux de croissance annuel moyen entre 1995 et 2006 (pour une moyenne CSBM de 2,9 %). En outre, le taux de prise en charge par l'assurance maladie a augmenté ces dernières années. Il est passé, sur le champ des médicaments présentés au remboursement, de 70,6 % en 1995 à 76,3 % en 2006²⁵³.

2 – Un important effet-structure

Comme le montre le tableau ci-dessous, la répartition du chiffre d'affaires des fabricants en fonction du prix unitaire du médicament montre le poids pris par les médicaments dont le prix est supérieur à 20 €.

Répartition du CA en fonction du prix unitaire du médicament

Tranche PFHT	CA 1996	CA 2006
< 1 €	1,7 %	2,0 %
De 1 à 5 €	42,2 %	18,5 %
De 5 à 10 €	27,9 %	12,8 %
De 10 à 20 €	23,4 %	22,2 %
De 20 à 150 €	4,5 %	32,6 %
>150 €	0,3 %	12,0 %
PFHT moyen	4,30 %	6,90 %

Source : GERS, 2007.

Cet effet-structure est renforcé par la sortie progressive de médicaments de la réserve hospitalière²⁵⁴. Les médicaments remboursables issus de la réserve hospitalière ont représenté 6 % du marché remboursable (CA PPTTC cumulé 2005-2007) et à fin 2007 0,36 % des boîtes vendues concernaient des produits issus de la réserve. Fin 2007, la marge brute des produits issus de la réserve représentait 2,6 % de la marge brute des produits remboursables. La part de la réserve hospitalière dans le marché du remboursable n'a cessé de croître. En cumulé, elle a

253. Eco-santé, CNAMTS, 2007.

254. Décret n° 2004-546 du 15 juin 2004.

atteint 1 451 M€ en 2007²⁵⁵. Le prix public moyen des produits vendus y est de l'ordre de 170 €/unité.

3 – Un marché des génériques en progression constante

Le marché du répertoire s'est accru de 1,2 Md€ entre 2000 et 2006 (montants remboursables), décomposé entre une hausse de 1,84 Md€ pour les génériques et une diminution de 740 M€ pour les princeps. Comme le montre le tableau ci-dessous, le marché des génériques augmente ainsi de manière régulière depuis 1999.

Evolution du marché des génériques 1999-2007 (champ GEMME)

En M€

Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
CA M€	110	240	388	453	601	853	1 109	1 439	1 644	1 960	2 215
Variation		118%	61%	16,7%	32,7%	42%	30,1%	29,7%	14,2%	19,2%	13%

Source : GEMME

L'accroissement régulier des volumes de vente de génériques a donc bénéficié aux pharmaciens, à la fois en raison de la marge bonifiée et d'un plafond de remises supérieur jusqu'à fin 2007 au plafond en vigueur pour les princeps.

4 – Le montant des remises ne devrait pas diminuer de manière significative

Les montants ci-dessous ont été communiqués à la Cour par la fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l'association « génériques même médicament » (GEMME), pour les années 2006, 2007, 2008. Selon les chiffres du GEMME, les montants 2006 (440 M€) et 2007 (426 M€) sont quasiment identiques en valeur alors même que le plafond de la coopération commerciale a baissé (de 20 à 15 % du PFHT), en raison de la croissance du marché (+19,2 % entre 2006 et 2007) liée à l'extension du périmètre sur lequel s'applique le nouveau taux de remises.

255 .Source : fédération des syndicats pharmaceutiques de France (d'après Pharmastat).

Remises et marges arrière 2006-2008 (p)*En M€*

	2006	2007	2008 GEMME	2008 FSPF
Remises	163	182	377	459
Marge arrière	277	244	0	0
Marge grossiste	150 (FSPF)	196 (FSPF)	220	250
Total	590	622	597	709

Source : GEMME, FSPF

Même si l'on considère que les chiffres FSPF sont surévalués²⁵⁶, on constate néanmoins que dans la prévision 2008 du GEMME, la totalité des rabais²⁵⁷ consentis par les fabricants ne diminue que faiblement en valeur (25 M€ soit -4 %) en dépit de la suppression de la rémunération pour coopération commerciale. L'économie résultant de cette suppression a néanmoins été évaluée par le comité économique des produits de santé (CEPS) à 100 M€ pour l'assurance maladie, puisqu'elle s'est accompagnée de baisses de prix sur les médicaments génériques (-25 % pour 2006 et 2007).

5 – La structure économique de l'officine

Le tableau ci-dessous réalise une estimation moyenne pour une officine, par type de produit, du pourcentage des ventes, de la contribution à la marge et du taux de marge (incluant remises et marges arrière).

256. En effet, l'hypothèse est que l'ensemble des achats des officines épuise le plafond de remises.

257. On considère que la marge grossiste dont bénéficie le pharmacien s'apparente à un rabais effectué par le fabricant.

Structure économique de l'officine

	Pourcentage des ventes	Contribution à la marge	Taux de marge brute (marge complète incluant la coopération commerciale)
Princeps	74 %	67 %	27 %
Génériques	9 %	13 %	44 %
OTC ²⁵⁸	5 %	6 %	39 %
Autres*	12 %	14 %	34 %

*Dont : médicaments non remboursables à prescription obligatoire et parapharmacie. La marge du princeps et du générique est réglementée ; la marge des produits OTC et autres est libre.

Source : Smart Pharma Consulting (données IMS Health 2007, FSPF). Cette estimation montre ainsi le potentiel de croissance des produits non-remboursables et de la parapharmacie, dès lors que la suppression du monopole officinal sur ces produits a été écartée par le ministre de la santé²⁵⁹.

C – La rémunération de l'officine dans les départements d'outre-mer

Le dispositif des marges dans les DOM a longtemps été en vigueur sans aucune base légale. Réformé très récemment (mais très partiellement), il reste malgré quelques mesures correctives ? particulièrement avantageux.

1 – Des arrêtés sans base légale (1990-1998)

Le dispositif des marges dans les DOM a été mis en place en 1990. Il fonctionnait sur la base de coefficients de majoration, fixés par les préfets, des prix publics et de la marge des grossistes- répartiteurs de

258. On appelle produits OTC (« over the counter ») ceux qui sont vendus en officine en accès libre (« devant le comptoir »). Depuis un décret du 1^{er} juillet 2008, outre la parapharmacie, la cosmétique et les compléments alimentaires, certains médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire sont désormais directement accessibles aux consommateurs.

259. Néanmoins, le développement de ce segment du marché de l'officine risque de rester limité en raison de l'étroitesse des produits à prescription médicale facultative (PFM) non-remboursables. Cette étroitesse est liée au fait que la très grande majorité des produits à PFM est remboursable.

Les partisans de la suppression du monopole officinal sur certains produits de parapharmacie dits « produits frontières » ne manquent pas d'arguments. A la demande du conseil national de la consommation, la DGCCRF a mené une enquête en 2005 qui a montré que les principaux produits de parapharmacie, vendus dans les trois types de circuits de distribution (grande et moyenne surface, parapharmacie, officine), le sont à des prix inférieurs en grande surface d'au moins 20 % à 30 % par rapport à ceux pratiqués par les officines.

métropole. De plus, contrairement à la métropole, la marge des grossistes-répartiteurs est restée proportionnelle au PFHT. La marge du pharmacien est donc la différence entre le prix de vente du grossiste et le prix local du médicament²⁶⁰.

En 1995 cependant, l'arrêté préfectoral en vigueur à la Réunion a été annulé par le Conseil d'Etat²⁶¹ au motif que la fixation des prix et des marges des médicaments dans les DOM ne relevait pas de la compétence du préfet mais des ministres des affaires sociales et de l'économie. En effet, l'article L. 593 du code de la santé publique ne donnait pas compétence au préfet pour fixer les prix et les taux de marge des médicaments soumis à autorisation de mise sur le marché.

2 – Une base légale sans arrêtés (1998-2008)

Afin de donner une base légale aux majorations, l'ordonnance n° 98-731 du 20 août 1998 a introduit dans le code de la sécurité sociale l'article L. 753-4, qui prévoit qu'un « arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables aux prix, fixés en application de l'article L. 162-16-1 ou de l'article L. 162-38, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ». Selon cet article, ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre-mer, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole.

L'article omettait cependant de mentionner la possibilité de majorer, outre le prix du médicament, le taux de marge des grossistes et des pharmaciens d'officine. Ceci explique (en partie) qu'aucun arrêté nouveau n'ait été pris sur le fondement de cet article pour remédier à la situation d'illégalité qui prévalait depuis l'arrêt du Conseil d'Etat. Les

260. Le calcul de la marge dans les DOM suppose de connaître le coefficient de majoration du PFHT et du PPTC. Pour prendre l'exemple de la Guadeloupe et de la Martinique, le coefficient de majoration du PFHT métropole était de 1,3863 (avant la réforme de 2008). Pour un médicament au prix fabricant de 10 €, le prix vendu au pharmacien était donc de $10 \times 1,3863 = 13,863$ €. Et le coefficient multiplicateur du prix public y était de 1,364. Ainsi, le prix public hors taxe était de $13,14 \times 1,364 = 17,922$. La marge du pharmacien était donc égale à $17,922 - 13,863 = 4,059$ €. Le calcul de la marge pour un pharmacien en métropole était de 2,11 ($13,14 - 11,03$ [prix d'achat au grossiste]). La marge en Guadeloupe et Martinique était donc de 92 % supérieure à celle du pharmacien en métropole pour un produit au PFHT de 10 €.

261. Arrêt n° 118278, Mme An Hot et autres, 15 septembre 1995.

arrêtés préfectoraux de 1990 ont donc continué à s'appliquer sans aucune base légale.

Il a fallu attendre la loi de finances pour 2005 pour qu'un arrêté ministériel puisse majorer à la fois le prix et la marge des distributeurs. Un arrêté du 2 mai 2005, pris sur le fondement de l'article L. 753-4, a ainsi pu légalement majorer de 16 % le prix des médicaments rétrocedés.

Cet arrêté n'était toutefois valable que jusqu'au 31 août 2005 car une enquête permettant d'apprécier au plus juste les surcoûts liés à l'éloignement devait être menée pour déterminer définitivement la majoration de prix. Or, les ministres de la santé, de l'économie et de l'outre mer n'ont missionné l'IGAS et à la DGCCRF sur ce thème qu'au printemps 2008.

3 – D'importantes rentes de situation

Avant la réforme de février 2008, les marges des grossistes répartiteurs et des pharmaciens (fin 2007) étaient nettement supérieures à la stricte application de la majoration du PPTTC.

Ecart de prix et de marge Métropole/DOM (année 2007)

	Métropole*	La Réunion	Ecart
PPTTC*	237 694 604	309 716 069	+30 %
Marge grossiste	15 094 361	52 587 256	+248 %
Marge pharmacien	51 716 215	76 463 692	+47,8 %

	Métropole*	Guadeloupe	Ecart
PPTTC*	139 906 097	190 831 917	+36,4 %
Marge grossiste	8 622 402	29 205 041	+238 %
Marge pharmacien	28 148 394	47 919 619	+70,2 %

	Métropole*	Martinique	Ecart
PPTTC*	121 057 876	165 122 943	+36,4 %
Marge grossiste	7 684 317	24 894 532	+223 %
Marge pharmacien	25 423 517	43 253 324	+70,1 %

* A structure de consommation comparable

Source : DSS.

4 – La réforme en trompe l'œil de 2008

Pour remédier à une situation marquée ainsi par diverses carences (illégalité persistante, absence de dégressivité pour les grossistes, prix élevés), une réforme est intervenue mais de portée réduite : l'arrêté du 7 février 2008 a régularisé le dispositif tout en le réformant a minima.

Certes, la diminution du coefficient multiplicateur aboutit à une baisse de 3 % du PPTTC²⁶². Mais la dégressivité instituée pour les grossistes reste symbolique : à structure de consommation comparable, l'écart de la marge avec la métropole reste à +206 % pour La Réunion, +192 % pour la Guadeloupe et +179 % pour la Martinique. Pour les pharmaciens, l'écart avec la métropole reste à +42,5 % pour La Réunion, +64,3 % pour la Guadeloupe et la Martinique²⁶³. En Guyane, le coefficient de majoration de prix et la marge grossiste n'ont pas été modifiés. Selon le ministère de la santé, cela s'expliquerait par la volonté de ne pas fragiliser les officines rurales. Or, cet ajustement ne tient pas compte du revenu moyen du pharmacien en Guyane qui est le plus élevé des quatre DOM (plus de 130 000 € en 2006).

III - Les revenus des pharmaciens

L'examen de l'évolution du revenu des pharmaciens titulaires porte ici sur la totalité de leur revenu d'activité (ce qui inclut les médicaments remboursables, non-remboursables, la parapharmacie et les autres produits vendus en officine). Il fait apparaître le maintien des résultats malgré une légère diminution du taux de marge commerciale. Mais la dispersion croissante peut constituer un frein à une baisse des marges administrées, du moins si n'est pas engagé un effort plus volontariste de regroupement des officines.

A – Le maintien de la rentabilité officinale

A partir des informations de la fédération des centres de gestion agréés concernant 11 000 officines déclarant un bénéfice industriel et commercial (BIC), la Cour a pu établir des indicateurs financiers par tranches de BIC pour les années 2003 à 2006.

262. Le coefficient multiplicateur passe de 1,364 à 1,323 pour la Guadeloupe et la Martinique, de 1,303 à 1,264 pour la Réunion et reste inchangé pour la Guyane (1,34).
263. Le calcul détaillé ci-dessous explicite les déterminants de la marge des pharmaciens. Pour reprendre l'exemple figurant à la note n° 253 page 207, le calcul peut être fait avec le nouveau coefficient multiplicateur (1,348 pour le grossiste dans la tranche <22,9 € et 1,323 pour le prix public). Marge grossiste-répartiteur : $10 \times 1,348 = 13,48$; prix public (HT) : $13,14 \times 1,323 = 17,384$. $17,384 - 13,48 = 3,904$, ce qui représente une marge du pharmacien en Guadeloupe et Martinique de 76,6 % supérieure à la métropole pour un produit au PFHT de 10 € [Marge métropole : $13,14 - 10,93 = 2,21$].

Indicateurs économiques 2003-2006

	<800 000 € 2 000 officines	<1 100 000 € 2 800 officines	<1 500 000 € 2 700 officines	<2 000 000 € 2 000 officines	<3 500 000 € 1 300 officines
CA HT moyen 2003-2006	566 681	911 201	1 005 611	1 658 497	2 357 872
TCAM CA HT	4,1 %	4,4 %	4,4 %	4,5 %	4,8 %
Taux de marge moyen 2003/2006	28,7%	28,7%	28,8%	28,9%	29,1%
Diminution du taux de marge	-2,7 %	-2,7 %	-2,4 %	-1,7 %	-2,3 %
Résultat 2005/2004	-3,3 %	-1,9 %	-1,0 %	-0,3 %	-0,2 %
Résultat 2006/2005	1,9 %	0,2 %	0,6 %	2,3 %	2 %
Résultat 2006/2003	4,2 %	2 %	3,8 %	6 %	7,4 %

Source : FCGA. Calculs Cour des comptes

Ces informations font apparaître qu'en dépit des mesures d'économies prises dans le cadre du « plan médicament » depuis 2005, le résultat des officines a augmenté de manière régulière sur la période 2003-2006. On constate également que ces mesures ont eu un impact sur les officines plus fort en 2005 qu'en 2006 alors que les économies²⁶⁴ pour l'assurance maladie ont été nettement supérieures en 2006 (1,1 Md€) qu'en 2005 (500 M€). L'hypothèse est que les facteurs d'évolution de la rémunération décrits supra (II, B) ont joué favorablement sur la rentabilité de l'officine.

B – Les revenus soumis à cotisations sociales

Les données disponibles ne permettent pas de passer d'une façon aisée des résultats bruts des officines aux revenus des pharmaciens titulaires.

1 – La référence retenue

La Cour a demandé directement à la caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) des informations sur les revenus déclarés par les pharmaciens qui servent de base au calcul des cotisations sociales²⁶⁵.

En effet, la disponibilité des revenus fiscaux est incertaine. Certes, cette disponibilité ne présente pas de difficultés particulières pour un pharmacien déclarant un revenu entrant dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC). Néanmoins, plus du quart des officines

264. Ne sont comptabilisées que les mesures relatives aux génériques et aux baisses de prix ciblées.

265. Informations issues de la déclaration commune des revenus (DCR) des professions indépendantes, transmis annuellement à la CAVP par le RSI.

sont des sociétés de capitaux (EURL, SARL, SEL²⁶⁶) assujetties à l'impôt sur les sociétés. Dans ce cas, le revenu fiscal du titulaire est constitué d'un revenu de gérance (ou de co-gérance) et de dividendes. Pour reconstituer ce revenu global, il faudrait donc identifier les titulaires d'officine dans les déclarations de revenus et isoler dans la rubrique des revenus mobiliers ce qui a trait exclusivement au revenu tiré du bénéfice fiscal de l'officine. Les systèmes d'information de la DGI ne permettent pas d'opérer cette identification.

Les revenus déclarés à la CAVP ne comprennent pas davantage les revenus mobiliers tirés de l'activité officinale et pour cette raison peuvent être qualifiés de revenus « minorés ». On observe en effet depuis quelques années un très fort développement des sociétés d'exercice libéral (SEL). Alors qu'en 2000, un peu plus de 10 % des inscriptions et reprises d'officines l'étaient en SEL, près de 50 % l'ont été en 2007. En stock, les SEL étaient moins de 500 en 2000, elles sont au nombre de 3 637 en 2007.

Une explication avancée par la profession tient au fait qu'en raison du vieillissement de la profession, la SEL offre plus de facilités à un pharmacien, qui souhaite diminuer progressivement son activité professionnelle, de s'associer tout en abaissant régulièrement le nombre de ses parts voire en conserver à sa retraite. Cette explication est pertinente en ce qu'une création de SEL sur deux concerne des pharmaciens déjà titulaires de leur officine. Néanmoins, elle est très incomplète.

Le développement des SEL s'explique aussi pour des raisons d'optimisation fiscale²⁶⁷ et sociale²⁶⁸. Sur le plan du revenu individuel, la SEL permet d'augmenter la capacité de remboursement de l'emprunt contracté pour l'achat de parts d'une officine. En effet, la SEL permet à son ou ses gérants (dans le cas d'un collège de gérants égalitaires) de

266 . Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée, société à responsabilité limitée, société d'exercice libéral.

267. Depuis la réforme de l'impôt fiscal en 2004, les sociétés soumises à l'IS sont taxées au taux réduit de 15 % pour la partie du bénéfice inférieure à 38 120 € même si elles décident de distribuer le bénéfice. Auparavant, ce taux réduit était réservé aux sociétés qui gardaient en réserve le bénéfice plutôt que de le distribuer sous forme de dividendes. Même si le résultat moyen d'une officine est supérieur à 38 120 €, pour un nombre non négligeable d'officines, une partie importante du bénéfice est ainsi soumise au taux de 15 %.

268. C'est le cas aussi pour certains médecins, cf. le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, chapitre VIII, « Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins », pages 210-211.

s'octroyer une faible rémunération de gérance et de se distribuer des dividendes. Cette stratégie est efficace puisque ni le RSI, ni l'ACOSS, ni la CAVP n'appellent de cotisations sur les dividendes, considérés par le Conseil d'Etat comme de stricts revenus mobiliers²⁶⁹. Il faut y voir là une des raisons de l'essor de cette forme sociétaire²⁷⁰.

Cependant, la Cour de cassation a dans un récent arrêt confirmé sa jurisprudence selon laquelle les dividendes perçus dans le cadre d'une SEL sont des revenus d'activité professionnelle soumis à cotisations sociales²⁷¹. Ces jurisprudences discordantes n'assurent pas une sécurité juridique aux organismes désireux d'appeler des cotisations sur de tels revenus et appellent une évolution de la législation.

269. Les caisses des médecins (CARMF) et des avocats (CNBF) appelaient des cotisations sur les dividendes (au motif qu'étant des revenus libéraux ils doivent être considérés comme des revenus professionnels) jusqu'à une décision récente du Conseil d'Etat du 14 novembre 2007 qui a exclu les dividendes de l'assiette sociale au motif que la définition de l'assiette sociale (article L. 131-6 du CSS) se limite au revenu professionnel « pris en compte » pour le calcul de l'IR. Voir le rapport du conseil des prélèvements obligatoires sur les prélèvements obligatoires des indépendants, p. 115 et suivantes.

270. C'est ce qui explique également l'augmentation du prix de cession des officines ces dernières années. Le prix de cession 2006 s'est établi en moyenne nationale à huit fois l'excédent brut d'exploitation (contre cinq à six fois l'EBE en moyenne depuis 2000). Ce renchérissement de l'officine explique et nourrit à la fois l'endettement des pharmaciens. Il témoigne d'un mouvement de « patrimonialisation » de l'officine qui peut constituer un frein à toute recomposition du réseau.

271. Cour de cassation, deuxième chambre civile, 15 mai 2008.

2 – Analyse des revenus

Revenus nets des pharmaciens d'officine en métropole hors revenus mobiliers (2003-2006²⁷²)

Revenus 2003					
Effectif	Moyen	Ecart-type	1er quartile	médiane	3ème quartile
25058	95 654 €	65 905 €	52 249 €	83 510 €	124 004 €
Revenus 2006					
Effectif	Moyen	Ecart-type	1er quartile	médiane	3ème quartile
24641	96 186 €	71 549 €	48 149 €	82 563 €	125 897 €

Source : CAVP (DCR). Les revenus dans les DOM ont été écartés en raison du coefficient multiplicateur. Les pharmaciens des DOM (section E) représentent moins de 2 % de l'ensemble des pharmaciens.

a) Le décrochage des résultats et des revenus déclarés

Bien que les résultats des officines aient augmenté entre 2003 et 2006, les revenus réels pris pour base de calcul des cotisations sociales ont régressé en termes réels. Si cette évolution tient pour partie à des raisons économiques, la création des SEL a pu également y contribuer en augmentant la part du revenu mobilier dans le revenu personnel du pharmacien titulaire.

b) Les revenus des pharmaciens sont marqués par une dispersion croissante

On observe un net décrochage du premier quartile. En 2003, le quart des pharmaciens avaient un revenu compris entre 0 et 52 309 €. En 2006, la fourchette s'est rétrécie, passant de 0 à 48 155 €. Cette forte dispersion peut s'expliquer par l'érosion de la rentabilité des officines dont le CA HT est inférieur à 1,5 M€ (cf. infra). La CAVP constate une

272. Les revenus forfaitaires ou taxés d'office ne sont pas pris en compte. L'effectif des cotisants des deux premières années, pour lesquels l'assiette de cotisations est constituée respectivement de 18 et 27 fois le montant de la base mensuelle des allocations familiales (BAMF), n'est également pas pris en compte pour déterminer les revenus moyens.

augmentation depuis 2005 des régularisations de cotisations négative²⁷³. L'écart entre le 1^{er} quartile et la médiane reste stable de 2003 à 2006, autour de 30 000 €.

C – Densité officinale et revenus des pharmaciens

Le tableau ci-dessous permet, pour les neuf départements²⁷⁴ où le revenu est le plus élevé²⁷⁵, de mettre en corrélation un fort revenu avec un taux de surnombre peu élevé (en moyenne 16,3 %).

Le cas des départements à revenu moyen plus élevé

Départements	Revenu	Surnombre
Aisne	135 635	18,4 %
Eure	124 646	12 %
Pas-de-Calais	124 238	16 %
Manche	120 955	20 %
Landes	120 952	25,7 %
Loir-et-Cher	120 817	9,0 %
Somme	120 709	7,9 %
Eure et Loire	120 049	19,2 %
Indre	119 554	19,2 %

Source : CNOP, CAVP (calcul Cour des comptes)

A l'inverse, dans le tableau ci-dessous, il apparaît que dans les dix départements pour lesquels le revenu moyen est le plus faible, le taux moyen de surnombre est près du double (29,7 %) de celui des dix départements au revenu moyen le plus élevé.

273. En 2008, 35,3 % des affiliés à la CAVP (pharmaciens et directeurs de laboratoires) ont eu une régularisation négative lors de l'appel de leurs cotisations 2006, contre 31,0 % en 2007 (appel sur revenus 2005) et 26,7 % en 2006 (appel sur revenus 2006). Dans le même temps, les affiliés ayant eu une régularisation positive sont passés de 55,6 % du total des affiliés en 2006 à 45,5 % en 2008 (diminution de dix points).

274. Le cas de la Moselle (128 155 €) n'a pas été retenu. En effet, l'application dès 1941 d'un quorum plus élevé en Alsace-Moselle aboutit à une situation de sous-nombre par rapport au quorum appliqué dans le reste du territoire français.

275. Les données disponibles du CNOP n'ont permis cette corrélation que sur le champ des villes de plus de 10 000 habitants avec un quorum de 1 officine pour 3 000 habitants.

Le cas des départements à revenu moyen moins élevé

Départements	Revenu	Surnombre
Loire-Atlantique	86 678	12,3 %
Gironde	86 560	26,6 %
Hautes-Pyrénées	85 118	43,2 %
Isère	83 826	16,5 %
Corse	82 535	48,4 %
Rhône	81578	17,0 %
Bouches-du-Rhône	80 719	22,2 %
Alpes-Maritimes	79 368	33 %
Haute-Garonne	77 464	44,1 %
Paris	76 060	34 %

Source : CNOP, CAVP (calcul Cour des comptes). Les départements franciliens qui ont un revenu moyen de 87 000 € (hors Paris) n'ont pas été pris en compte en dépit d'un taux de surnombre faible. En effet, selon une étude de l'ordre des pharmaciens, une officine francilienne ne touche que 40 % de la population située dans sa zone de chalandise.

Le niveau du revenu des pharmaciens paraît donc clairement corrélé aux taux d'officines en surnombre. Le dispositif de rémunération de l'officine aboutit ainsi à créer des rentes de situation au bénéfice des uns pour préserver les revenus des autres, cela à la charge de l'assurance maladie.

—SYNTHÈSE—

Pendant près de soixante ans, des officines ont pu être créées en dépit des règles du quorum. En ne modifiant pas le réseau existant, la réglementation mise en place en 1941 a ouvert la voie au surnombre. Pour contourner les effets négatifs d'une réglementation initiale qui a figé et protégé l'existant, l'administration s'est donnée les moyens de la contourner. Ainsi, en appliquant les nouveaux quotas de population définis par la LFSS pour 2008, il apparaît que près du quart des officines sont en excédent et les mesures prises en 2008 pour réduire les surnombres ne paraissent pas de nature, par elles-mêmes, à changer cette situation.

En parallèle, la rémunération de l'officine en métropole est très avantageuse pour le pharmacien. Les taux de marge pour les produits supérieurs à 10 € sont plus élevés en 2008 que ce qu'ils étaient en 1990. La marge du générique a été alignée sur celle du princeps. Les remises se situent à des niveaux élevés. L'impact de la réforme des remises et marges arrière intervenue début 2008 sera très limité. Dans les DOM, des rentes de situation ont prospéré à l'abri d'un dispositif resté très longtemps illégal et dont la réforme récente est en trompe l'œil.

En outre, la fixation des marges n'a nullement tenu compte de plusieurs facteurs favorables à l'officine tels que la croissance des ventes, l'élévation du prix des médicaments, le maintien à un niveau élevé des remises et marge arrière ainsi que le potentiel de croissance des produits non-remboursables et de la parapharmacie.

L'appréciation des revenus personnels est biaisée en raison de l'essor des sociétés de capitaux, permettant aux pharmaciens de diminuer leur rémunération de gérance au profit de revenus mobiliers qui ne figurent pas dans l'assiette sociale. Dès lors, la stagnation du revenu moyen déclaré montre que les décisions prises pour réaliser des économies sur les médicaments ont peu affecté le revenu moyen des pharmaciens. Bien que sous-estimé, ce revenu reste élevé puisqu'il atteint presque 100 000 € en 2006 (96 186 €).

Ainsi, les mesures récentes prises pour faciliter les regroupements ne sont pas à la hauteur des enjeux. Il est vain d'attendre que ces regroupements se produisent, pour dans un second temps, réformer les marges. C'est au contraire en ajustant les marges que l'on incitera les pharmaciens à se regrouper.

RECOMMANDATIONS

24. Ajuster les marges en métropole pour accélérer les regroupements d'officines.

25. Réviser à la baisse les modalités d'incitation en faveur des génériques, à l'exception des spécialités pharmaceutiques nouvellement génériquées.

26. Ajuster les marges dans les DOM afin de les rendre strictement proportionnelles à la majoration du prix public local.

27. Evaluer l'impact de la création des SEL sur les revenus des pharmaciens déclarés à la CAVP.

28. Incrire dans la loi le principe d'assujettissement aux cotisations sociales des revenus mobiliers perçus dans le cadre d'une SEL.
