



HAL
open science

Régulation du réseau des pharmacies d'officine françaises : enjeux de la définition de quartier. Cas d'étude de l'île de la Réunion

Julie Napieralski

► **To cite this version:**

Julie Napieralski. Régulation du réseau des pharmacies d'officine françaises : enjeux de la définition de quartier. Cas d'étude de l'île de la Réunion. Sciences pharmaceutiques. 2024. dumas-04608683

HAL Id: dumas-04608683

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04608683>

Submitted on 11 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 6 JUIN 2024

PAR

Mme Julie NAPIERALSKI

Né(e) le 29 septembre 1997 à Aix-en-Provence

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

**REGULATION DU RESEAU DES PHARMACIES
D'OFFICINE FRANCAISES : ENJEUX DE LA
DEFINITION DE QUARTIER
*CAS D'ETUDE DE L'ILE DE LA REUNION***

JURY :

Président : Pr. Stéphane HONORE

Membres : Dr. Jean-Yves PERON
Dr. Edouard LAMY
M. Etienne BILLOT

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	M. Jean-Paul BORG
<i>Vice-Doyens :</i>	Mme Florence SABATIER-MALATERRE, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT, Mme Alexandrine BERTAUD
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, Mme Alexandrine BERTAUD, M. David BERGELFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, M. Philippe GARRIGUE, M. Guillaume HACHE, M. Thierry TERME
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE, Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Philippe CHARPIOT, M. Riad ELIAS
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Sylvie BUREAU
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Manon BONIFAY
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT
M. Hervé KOVACIC
M. François DEVRED

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pierre REBOUILLON
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI
Mme Muriel MASI

ENSEIGNANT CDI

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

A.H.U.

PHARMACOTECHNIE

Mme Mélanie VELIER

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN
M. Romaric LACROIX

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Edouard LAMY
Mme Alexandrine BERTAUD
Mme Claire CERINI
Mme Edwige TELLIER
M. Stéphane POITEVIN
Mme Sandra GHAYAD

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Aurélie LEROYER
Mme Sylvie COINTE

MICROBIOLOGIE

Mme Anne DAVIN-REGLI
Mme Véronique ROUX
M. Fadi BITTAR
Mme Isabelle PAGNIER
Mme Sophie EDOUARD
M. Seydina Mouhamadou DIENE

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE

Mme Carole DI GIORGIO
M. Aurélien DUMETRE
Mme Magali CASANOVA
Mme Anita COHEN

BIOLOGIE CELLULAIRE
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE

Mme Anne-Catherine LOUHMEAU
Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Amandine BONIFAY

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

PRATIQUE OFFICINALE

M. Jérôme JOUVE
Mme Emmanuelle TONNEAU-PFLUG

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine BADENS

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. David BERGE-LEFRANC

CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE

M. Pascal RATHELOT
M. Maxime CROZET

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

M. Patrice VANELLE
M. Thierry TERME

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE

Mme Sok Siya BUN

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne FAVEL
M. Quentin ALBERT

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine DEFOORT
M. Alain NICOLAY
Mme Estelle WOLFF
Mme Elise LOMBARD
Mme Camille DESGROUAS
M. Charles DESMARCHELIER
M. Mathieu CERINO

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Duje BURIC
M. Pascal PRINDERRE

CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET
STRUCTURALE

Mme Sandrine ALIBERT
Mme Caroline DUCROS
M. Marc MONTANA
Mme Manon ROCHE
Mme Fanny MATHIAS

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE
HYDROLOGIE

M. Armand GELLIS
M. Christophe CURTI
Mme Julie BROGGI
M. Nicolas PRIMAS
M. Cédric SPITZ
M. Sébastien REDON

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE

Mme Valérie MAHIOU-LEDDET
Mme Béatrice BAGHDIKIAN
M. Elnur GARAYEV

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

Mme Haïfa LAYACHI RAHABI
M. Cyril PUJOL

DROIT ET ETHIQUE

Mme Laurie PAHUS

GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE
ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET
COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET
GESTION DE LA PHARMAFAC

Mme Félicia FERRERA

DISPOSITIFS MEDICAUX

Mme Valerie MINETTI-GUIDONI

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE M. Joseph CICCOLINI
TOXICOLOGIE GENERALE	Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD Mme Marie-Anne ESTEVE
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET
PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA Mme Anne RODALLEC M. Nicolas FABRESSE
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Pierre-Henri VILLARD

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	M. Vincent NAIL
PHARMACIE CLINIQUE	Mme Maeva MONTALEYTANG Mme Charlotte BERARD

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Annie CILIA, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Yann COTTE, Pharmacien Assistant

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Mélanie FALZON, Pharmacie-Adjoint

Mme Nicole FRANCOIS, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Céline HIRSCH, Pharmacien Conseil de l'Assurance Maladie

Mme Christelle LABRANDE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Florence LEANDRO-DIJON, Pharmacien adjoint

Mme Nathalie MARTIN, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie MERLIN, Pharmacien Assistant

Mme Vanessa METZ, Pharmacien hospitalier

Mme Alice PERINEAU, Pharmacien Assistant

Mme Florence PEYRON, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Bertrand POURROY, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 février 2023

REMERCIEMENTS

Je suis reconnaissante envers mes parents qui m'ont toujours soutenu et cru en moi, même avec mon parcours assez atypique. Leur soutien inébranlable me pousse à chercher à les rendre fiers chaque jour.

Je remercie ma famille d'avoir toujours été là malgré un certain éloignement géographique. Leur soutien indéfectible est un précieux réconfort, même lorsque mes projets peuvent sembler complexes à comprendre.

Merci Guillaume pour ta patience et ton soutien. Il paraît que je ne suis pas toujours facile à vivre au quotidien... Je suis reconnaissante de t'avoir à mes côtés. A nos folles aventures à venir, ensemble !

Un remerciement particulier à celle qui a inspiré le sujet de cette thèse, Maïré Kurtkowiak-Dafreville, conseillère juridique de l'ARS La Réunion, pour m'avoir transmis sa passion des quartiers. Merci infiniment ! Tu as été une véritable source d'inspiration et de motivation.

Je remercie le Docteur Jean-Yves Peron, pharmacien inspecteur de santé publique de l'ARS La Réunion, pour la direction de cette thèse. Je suis ravie d'avoir vécu ce projet à tes côtés et d'être la première à soutenir sous ta direction. J'espère avoir été à la hauteur de tes espérances. Je te remercie pour ton enthousiasme, ton écoute et ta bienveillance.

Merci également au Docteur Edouard Lamy qui a accepté la co-direction de cette thèse malgré un emploi du temps chargé.

Je souhaite exprimer ma gratitude au Professeur Stéphane Honoré, président de jury. Je n'aurai pu tenter une sélection à Sciences Po sans une équipe enseignante aussi encourageante.

Je remercie Monsieur Etienne Billot, Directeur Général Adjoint de l'ARS de La Réunion, qui m'a vu évoluer sur l'île de ma fin de 6^{ème} année de pharmacie jusqu'à participer aujourd'hui à ma soutenance de thèse en tant que membre du jury. Merci pour votre confiance au sein de l'équipe PRS.

Je souhaite également remercier l'ARS PACA pour ses conseils avisés, ainsi que l'équipe de la délégation de l'Ordre des pharmaciens de La Réunion - Mayotte pour nos échanges constructifs.

Je remercie mes amis, des premières années de fac à Marseille en passant par Sciences Po à Paris jusqu'à La Réunion aujourd'hui. Vos encouragements et votre amitié sont d'une grande valeur.

Merci aux bureaux de l'AE2P, de 2016 à 2019, ces années nous ont fait grandir sans aucun doute, et qu'est-ce que nous avons profité ! Merci particulièrement à mon bureau ANEPF 2019-2020 avec qui j'ai pu sillonner les villes (surtout les facs de pharma) de France. Ces prochaines années nous réservent encore de belles surprises ensemble.

Merci à tous pour ces années étudiantes, nartrouv' !

*L'Université n'entend donner
aucune approbation, ni improbation
aux opinions émises dans les thèses.*

*Ces opinions doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs.*

TABLE DES MATIÈRES

.....	6
REMERCIEMENTS	7
TABLE DES MATIÈRES	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS EMPLOYÉES	14
LISTE DES ILLUSTRATIONS	15
INTRODUCTION	17
PARTIE I : LA REPARTITION DES OFFICINES EN FRANCE	19
1. HISTORIQUE DE LA REGULATION DU RESEAU OFFICINAL	19
1.1. Évolution du maillage officinal	19
1.1.1. Quelques chiffres sur le secteur officinal français	20
1.1.2. Cartographie du maillage officinal	21
1.2. Une France en surdensité officinale	23
1.3. Mutation économique et restructuration du réseau	24
2. RAPPELS LEGISLATIFS	26
2.1. Retour sur les dates clé de l’histoire de la pharmacie	26
2.2. Loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803)	27
2.3. Loi du 11 septembre 1941 et ordonnance du 23 mai 1945	28
2.4. Loi du 27 juillet 1999 et du 19 décembre 2007	30
2.5. Ordonnance du 3 janvier 2018	31
3. MECANISMES DE REPARTITION DES OFFICINES	33
3.1. Création d’officine	33
3.2. Regroupement	35
3.3. Transfert	36
3.4. Disparition d’une officine	38
PARTIE II : L’EXERCICE OFFICINAL SUR L’ILE DE LA REUNION	39
1. DIAGNOSTIC DE SANTE DE LA REUNION	39

1.1. Contexte sociodémographique et économique	39
1.2. L'offre et le recours aux soins.....	41
1.3. Les particularités d'un territoire insulaire.....	43
2. REPARTITION DES PHARMACIES SUR L'ÎLE.....	44
2.1. Répartition géographique	44
2.2. Diagnostic des officines de l'île	47
2.2.1. Profil des pharmaciens exerçant à La Réunion.....	47
2.2.2. Le coefficient géographique	48
2.2.3. Santé financière des officines de l'île	48
3. DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE	50
3.1. Démographie médicale & paramédicale.....	51
3.1.1. Panorama de la démographie de professionnels de santé à La Réunion.....	51
3.1.2. Répartition des professionnels sur le territoire	52
3.1.3. La particularité du zonage des médecins et des chirurgiens-dentistes à La Réunion	54
3.2. L'essor de l'exercice coordonné.....	55
<i>PARTIE III : LA REGULATION DU MAILLAGE OFFICINAL A LA MAIN DES ARS</i>	58
<i>1. ROLE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS DANS LA STRUCTURATION DU RESEAU PHARMACEUTIQUE</i>	58
1.1. L'Agence Régionale de Santé de La Réunion	58
1.2. Évolution du Code de la Santé Publique et suppression de l'intervention préfectorale	59
1.3. Desserte optimale en médicaments.....	61
1.3.1. Quartier d'origine.....	61
1.3.2. Quartier d'accueil.....	62
1.4. Obligation de définir la notion de quartier	63
1.4.1. Appréhender juridiquement la notion de quartier	64
1.4.2. Préconisations du ministère en charge de la santé dans la définition des quartiers	66
2. ANALYSE DES JURISPRUDENCES A LA REUNION.....	67
2.1. Les jurisprudences relatives à la définition du quartier	68
2.2. Les jurisprudences relatives aux critères démographiques.....	69
3. CONSULTATION DE LA PROFESSION.....	70
3.1. Procédure de consultation.....	70

3.2. Analyse des critères retenus par l'Ordre et les syndicats dans leurs avis	71
4. DEFINITION DE TERRITOIRES FRAGILES	72
4.1. Un décret à venir.....	72
4.2. Impacts pour La Réunion	74
4.3. Exemple d'un territoire isolé, le quartier de Dos d'Âne	74
<i>PARTIE IV : STRATEGIE TERRITORIALE D'IMPLANTATION DES OFFICINES A LA REUNION</i>	76
<i>1. DISCUSSION METHODOLOGIQUE AVEC L'ARS PACA.....</i>	76
1.1. Le maillage officinal en région PACA.....	77
1.2. Organisation interne de l'ARS	78
1.3. Taille des quartiers	79
1.4. Les critères de délimitation des quartiers.....	79
<i>2. LES PARTICULARITES DU TERRITOIRE REUNIONNAIS.....</i>	80
2.1. Communes étendues	80
2.2. Urbanisation rapide.....	81
2.3. Territoires isolés.....	82
<i>3. ETUDE DES CRITERES DE DEFINITION DES QUARTIERS.....</i>	83
3.1. Critères de définition	83
3.1.1. Limites naturelles	83
3.1.2. Les infrastructures de transport.....	85
3.1.3. Population résidente et taille du quartier	88
3.1.4. Outils d'analyse à disposition des ARS	88
3.2. Évolution du quartier	89
<i>4. REFLEXION SUR LES GRANDS QUARTIERS.....</i>	89
4.1. Utiliser les frontières des grands quartiers INSEE.....	89
4.2. Limites des grands quartiers	91
4.2.1. Définition des quartiers dans les territoires urbanisés	91
4.2.2. Définition des quartiers dans les territoires isolés	92
4.3. Mafate et l'impossible définition de quartier	93

5. COORDINATION DE LA STRATEGIE TERRITORIALE D'IMPLANTATION DES OFFICINES.....	96
5.1. Articulation locale avec les autres professions de santé.....	96
5.2. Inclusion des pharmaciens dans les projets régionaux de santé.....	97
5.3. Rendre la répartition des officines plus transparente.....	98
DISCUSSION.....	100
CONCLUSION.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	105
SERMENT DE GALIEN.....	111

LISTE DES ABRÉVIATIONS EMPLOYÉES

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DOM : Département d'Outre-Mer

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PLU : Plan Local d'Urbanisme

PRS : Projet Régional de Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SPRM : Syndicat des Pharmaciens de La Réunion et Mayotte

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

USPO : Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officine

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : nombre d'officines pour 100 000 habitants en 2023 (CNOP).....	22
Figure 2 : Seuils géo-démographiques applicables à la création d'officines depuis 1999	34
Figure 3 : Répartition de la population réunionnaise (ORS).....	40
Figure 4 Répartition géographique des officines à La Réunion.....	45
Figure 5 : Temps d'accès aux pharmacies au 1er janvier 2023 pour la population réunionnaise	46
Figure 6 : Évolution de la densité des pharmaciens exerçant en officine sur l'île de La Réunion en comparaison avec la France hexagonale (pour 100 000 habitants).....	47
Figure 7 : Zones caractérisées par une offre de soin insuffisante ou difficulté d'accès aux soins concernant la profession de médecins généralistes libéraux (arrêté n°248/ARS/2022).....	53
Figure 8 : Zonage par profession de santé libérale à La Réunion	54
Figure 9 : Cartographie des formes d'exercice coordonné à La Réunion en 2024.....	56
Figure 10 : Accessibilité des officines en PACA – Corse.....	77
Figure 11 : Carte typologique des hauts remparts de l'île de La Réunion.....	84
Figure 12 : Carte des rivières et cours d'eau à La Réunion	85
Figure 13 : Carte des infrastructures de transport à La Réunion.....	87
Figure 14 : Réseau des pharmacies d'officines et limites des grands quartiers à La Réunion (données ARS)	90
Figure 15 : Réseau officinal de Sainte-Marie et de Saint-Denis et limites des grands quartiers	91
Figure 16 : Réseau officinal dans le cirque de Salazie et limites des grands quartiers	92
Figure 17 : Les reliefs du cirque de Mafate	94

Figure 18 : Cirque de Mafate et limites administratives (Géoportail) 94

INTRODUCTION

La mission de service public dévolue aux pharmacies d'officines, imposant leur présence selon un maillage optimal du territoire, est crucial pour garantir un accès aux médicaments pour toute la population. L'accessibilité à une pharmacie est considérée comme problématique lorsque le temps de trajet depuis le domicile dépasse 10 minutes car elle représente un facteur essentiel d'accès aux soins. Ainsi, le maillage officinal français se doit d'être robuste.

Source de fierté pour la profession pharmaceutique, il est d'ailleurs l'un des plus solides d'Europe. Son histoire est principalement marquée par une réglementation stricte en matière de création, transfert et regroupement d'officines.

Cette réglementation géo-démographique reflète en partie l'évolution économique et urbaine des communes de France. Malgré une accessibilité généralement satisfaisante des pharmacies sur le territoire, des disparités subsistent entre les zones fortement urbanisées, caractérisées par une densité élevée d'officines, et les zones plus isolées, où la densité officinale est plus faible.

Dans le passé, une interprétation trop souple des critères qualitatifs et géo-démographiques a conduit à une multiplication des pharmacies sans pour autant atteindre l'objectif d'une offre de soins optimale. Cette situation a également entraîné une concurrence exacerbée préjudiciable à la profession pharmaceutique, ce qui a conduit à un durcissement tant de la réglementation que de la jurisprudence.

La complexité résultant de l'enchevêtrement entre le droit de la santé et l'aménagement urbain engendre de nombreux défis. Afin de simplifier le mouvement et le regroupement des pharmacies, l'ordonnance du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie a été promulguée. Ce texte a modifié les conditions générales d'autorisation d'ouverture des officines afin d'assurer un maillage pharmaceutique qui réponde aux besoins de la population.

Bien que cette ordonnance n'ait pas profondément transformé la répartition des pharmacies sur le territoire, elle a entraîné plusieurs changements significatifs : l'Agence Régionale de Santé (ARS) est chargée de réguler l'évolution du maillage pharmaceutique à travers l'échelle du quartier comme référence. Toutefois, cette régulation suscite de nombreux contentieux et particulièrement sur la définition de quartier.

Cette thèse propose d'étudier l'application de l'ordonnance de 2018, également connue sous le nom d'« ordonnance réseau », dans un département d'outre-mer, celui de l'île de La Réunion. L'objectif est d'identifier des critères permettant de faciliter la définition des quartiers et d'optimiser le maillage officinal local. L'île aux intenses reliefs présente de nombreux enjeux en termes de répartition officinale.

Cette étude débutera par un rappel de l'évolution de la législation relative au maillage pharmaceutique en France, suivi d'une présentation des enjeux propres au territoire réunionnais, et enfin une proposition de critères adaptés à cette réalité locale.

PARTIE I : LA REPARTITION DES OFFICINES EN FRANCE

En France, la législation recherche à garantir une accessibilité rapide et aisée aux médicaments pour les patients à travers un réseau de pharmacies d'officine.

Au fil du temps, cette législation a considérablement évolué, façonnant ainsi le maillage territorial en se basant notamment sur la population résidente. Cette répartition de l'offre de santé est devenue un enjeu majeur d'aménagement du territoire, surtout dans le contexte actuel d'accroissement des déserts médicaux. La régulation ancienne de l'installation des officines a permis une répartition plus équitable sur le territoire que d'autres professions de santé avec de faibles écarts d'accessibilité.

Le maillage officinal actuel reflète un équilibre délicat entre les contraintes législatives et le développement économique des pharmacies, dans le but de garantir l'accessibilité aux soins pour tous.

1. HISTORIQUE DE LA REGULATION DU RESEAU OFFICINAL

1.1. Évolution du maillage officinal

Les pharmaciens ont de quoi être fiers de la robustesse du réseau officinal français, deuxième pays d'Europe à avoir le plus de pharmacies après l'Espagne. (1) La densité du réseau français est égale à la moyenne européenne avec actuellement 32 pharmacies pour 100 000 habitants en France en 2022. (2) En janvier 2024, le territoire français compte 20 580 officines, incluant les départements d'outre-mer. On en dénombre 620 dans les territoires ultramarins. (3)

Si l'on remonte quelques décennies en arrière, il est à noter que la croissance du nombre d'officines a été constante entre 1964 et 1987 (avec un rythme variant entre 1,5 % et 3,5 % par an). A partir de 1987, le nombre d'officines progresse plus 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. (4)

1.1.1. Quelques chiffres sur le secteur officinal français

Sur la dernière décennie, la profession de pharmaciens a connu une démographie d'abord croissante, passant de 72 000 professionnels en 2012 à près de 73 700 en 2016, soit +2,2 % en quatre ans. Après ce pic, le nombre de professionnels en activité a décliné pour retrouver, en 2021, son niveau de 2012. Ces évolutions sont en partie liées à celles du *numerus clausus*. Les pharmaciens commençant leur exercice au début des années 2010 sont en effet les premières promotions confrontées à *numerus clausus* fortement relevé, au milieu des années 2000, par rapport au niveau des années 1990. (5)

En 2023, on observe une baisse des inscriptions en section A, avec une diminution de 1,1% par rapport à l'année précédente et de 9,7% sur une décennie. Cette tendance affecte particulièrement la profession de pharmacien titulaire, en raison notamment d'une restructuration du réseau officinal et d'une augmentation des regroupements d'officines. L'âge moyen d'un titulaire de pharmacie est de 49,6 ans, et plus de la moitié des titulaires en France ont 50 ans ou plus, soit près de 12 512 pharmaciens. En 2023, les régions les mieux pourvues en titulaires d'officine sont l'Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine. (3)

En 2021, près de 50 000 pharmaciens exercent en officine. Cela représente 70 % de la profession, une part constante sur la période 2012-2021. Parmi eux, la moitié y exerce en tant que salarié, tandis que l'autre moitié est titulaire de sa propre officine.

Les préparateurs en pharmacie jouent un rôle crucial dans le domaine pharmaceutique. La France compte près de 71 000 préparateurs, dont 90% travaillent en pharmacie d'officine. Malgré leur nombre important, une pénurie de préparateurs est constatée dans les grandes villes avec des offres d'emploi qui restent alors non pourvues. Cette profession est largement féminisée, avec 90% de femmes. (6)

Récemment, la sélection des étudiants après la première année commune d'études de santé ne dépend plus d'un *numerus clausus*. Désormais, les facultés doivent suivre des objectifs nationaux pluriannuels pour déterminer le nombre d'étudiants à former par filière. Parmi les étudiants en pharmacie français diplômés au sein de l'Union européenne, 82% choisissent la filière officine. (7)

En 2024 en Hexagone, le nombre d'officines est passé sous la barre symbolique des 20 000, avec 182 pharmacies ayant fermé leurs portes en 2023 contre 176 en 2022. Cependant, l'Ordre

National des Pharmaciens reste confiant et attribue ces fermetures à une restructuration du réseau en faveur d'officines mieux adaptées aux nouvelles missions des pharmaciens. La réforme de 2018 facilitant les transferts et les regroupements explique également en partie cette baisse du nombre d'officines.

La réglementation sur l'installation des pharmacies vise à assurer une couverture territoriale optimale afin de garantir un accès équitable aux soins de proximité. Ce réseau constitue la base essentielle pour une distribution équitable des médicaments et dispositifs médicaux sur l'ensemble du territoire français, tant en Hexagone qu'en outre-mer, en milieu urbain qu'en milieu rural. En moyenne, la distance jusqu'à la pharmacie la plus proche dans toutes les communes françaises est de 3,8 kilomètres. (3) À ce jour, aucun désert pharmaceutique n'est signalé en France, mais cette situation reste précaire. Bien que le réseau demeure solide, il connaît d'importantes mutations ces dernières années.

Dans la décennie à venir, un nombre accru de pharmaciens devraient prendre leur retraite, en raison du vieillissement des générations ayant intégré des *numerus clausus* élevés au début des années 1980. Cependant, si le nombre de places offertes aux étudiants reste constant au niveau du *numerus* actuel et si le flux de professionnels diplômés à l'étranger se maintient, l'arrivée de nouveaux praticiens pourrait compenser ces départs nombreux.

Pour les prochaines années, une étude de la DREES projette une augmentation de 8 % du nombre de pharmaciens entre 2018 et 2040. On atteindrait ainsi 79 000 pharmaciens en 2040, sous réserve que les comportements et la législation demeurent constants. Si la population française croît au même rythme (8 %) selon l'INSEE, la densité des pharmaciens resterait inchangée. (8)

1.1.2. Cartographie du maillage officinal

En 2012, tout comme en 2006, on constate une répartition inégale des pharmacies sur le territoire malgré la réglementation sur les implantations. En moyenne, il y a une pharmacie active pour 2 700 habitants en France hexagonale en 2012. Cependant, la densité varie d'une région à l'autre notamment dans les régions à statut particulier comme l'Alsace, où une pharmacie est active pour 3 900 habitants. En revanche, dans les régions du sud de la France, la densité pharmaceutique est plus élevée. (9)

La densité pharmaceutique dans les départements d'outre-mer (DOM) est également plus faible, avec 51 pharmaciens en officine pour 100 000 habitants contre 75 en France hexagonale.

Ainsi, certains départements comptent jusqu'à 40 % de pharmacies en plus que les départements les moins bien dotés en officines. La densité varie de 3,2 pharmacies pour 10 000 habitants entre le département le moins bien pourvu en officines qui est les Yvelines et la Charente avec 4,5 pharmacies pour 10000 habitants, département le mieux pourvu. (10)

Malgré les besoins de soins liés à l'âge de la population dans différentes régions, les inégalités de répartition observées ne sont pas directement corrélées à la présence d'une population plus âgée, généralement plus demandeuse de soins médicaux (considérés comme une mesure des besoins en pharmacie).

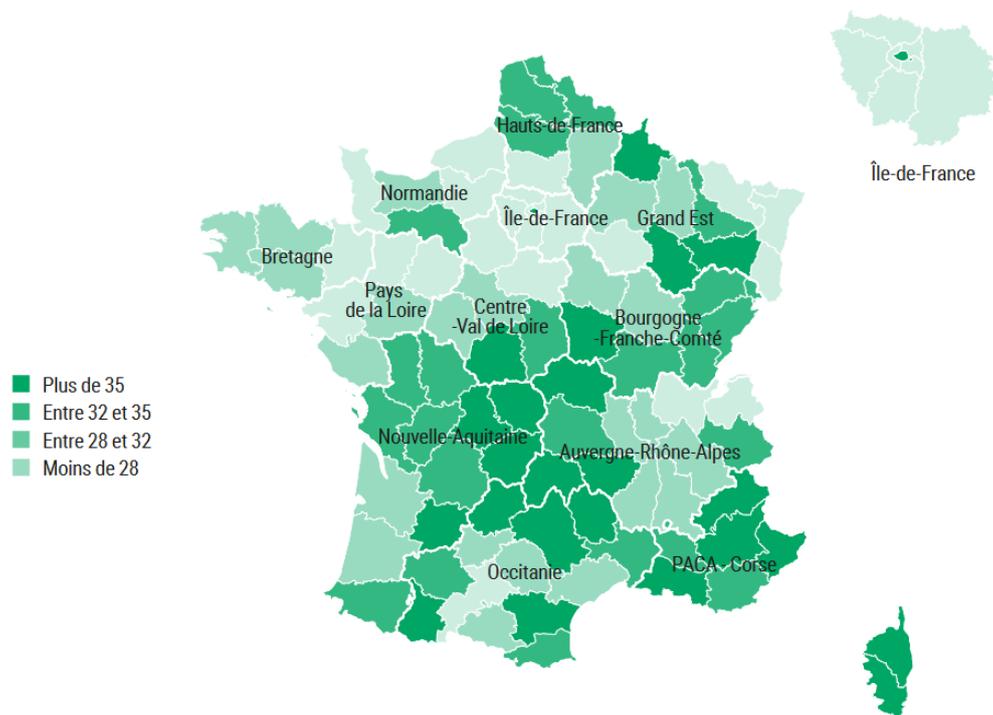


Figure 1 : nombre d'officines pour 100 000 habitants en 2023 (CNOP)

On observe une forte densité de pharmacies en région parisienne, en Corse ainsi que dans les départements du centre de la France. C'est également le cas de la Guadeloupe, de la Martinique et de La Réunion.

Malgré ces différences, 97% des Français vivent actuellement à moins de 10 minutes en voiture d'une pharmacie, et 99,5% à moins de 15 minutes (ce qui représente moins de 300 000

personnes à plus de 15 minutes). Ces chiffres mettent en lumière la grande accessibilité des pharmacies en France et la solidité de ce réseau officinal. (11)

1.2. Une France en surdensité officinale

En se basant sur les critères actuels d'installation des nouvelles pharmacies, qui exigent une pharmacie pour chaque tranche de 2 500 habitants et une supplémentaire pour chaque tranche de 4 500 habitants, il est constaté que 91 % des pharmacies sont situées dans des zones de surdensité officinale, selon un rapport de l'IGF et de l'IGAS sur la régulation du réseau des pharmacies d'officines. Cela signifie que 81 % des communes avec des pharmacies sont en situation de surdensité. Seules quelques dizaines de communes en France auraient la taille et le nombre d'habitants nécessaires pour accueillir de nouvelles pharmacies. (11)

Ces critères basés sur la population visent principalement à réguler l'aménagement du territoire plutôt qu'à garantir un accès aux soins concerté localement. En conséquence, depuis les années 2000, le nombre de pharmacies en France a diminué. Cependant, cette diminution n'a pas encore entraîné de difficultés d'accès généralisées aux médicaments pour la population, ni n'est survenue dans le contexte d'une crise économique majeure. En effet, la plupart des fermetures de pharmacies se produisent dans des zones déjà en situation de surdensité officinale.

L'IGAS remet notamment en question la taille des pharmacies, affirmant que le maillage de petites pharmacies en forte concurrence n'encourage pas le développement de nouveaux services nécessitant des espaces et des effectifs suffisants. De plus, l'évolution du modèle économique des pharmacies semble insuffisante pour motiver les équipes officinales, cela est observé en partie via « le faible nombre de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) mises en œuvre » quand bien même les pharmaciens déclareraient « être très attachés à la qualité de professionnels de santé ». (11)

C'est, face à ce constat, que s'explique une législation contraignante d'implantation d'une officine sur le territoire. Ainsi, la tendance actuelle favorise davantage le regroupement et le transfert de pharmacies existantes plutôt que l'installation de nouvelles pharmacies. Les pharmacies de plus grande taille, économiquement plus solides, sont privilégiées pour répondre aux nouvelles missions et continuer à faire face à la réduction des marges sur les prix des médicaments en compensant les pertes de chiffre d'affaires par des économies de structure.

1.3. Mutation économique et restructuration du réseau

La rémunération des pharmaciens en officine est influencée par divers facteurs liés à la structure de l'entreprise et à son environnement local. Ainsi, la répartition des pharmacies sur le territoire revêt une grande importance sur le plan économique pour la profession.

Les titulaires d'officine, propriétaires de la pharmacie, exercent seuls ou à plusieurs, généralement sous un statut de non salarié.

Depuis une dizaine d'années, le modèle économique des pharmacies a connu des changements significatifs, n'étant pas sans impact sur leur implantation. Le secteur est confronté à une croissance plus faible de son chiffre d'affaires, en partie due à la réduction des marges sur la plupart des médicaments. Les politiques de santé récentes ont entraîné une baisse des sources historiques de rentabilité des pharmacies, tout en introduisant de nouvelles missions.

Encore largement dépendant du médicament remboursable prescrit, le chiffre d'affaires des pharmacies repose à 73,2 % sur ce dernier en 2015, même si cela est en diminution (il atteignait 77 % en 2009). (12)

Cependant, le secteur a connu une révolution avec l'arrivée des honoraires de dispensations. Depuis le 1^{er} janvier 2015, l'officine perçoit des honoraires de dispensations payés par la Sécurité Sociale, en plus de la marge dégressive lissée sur chaque médicament délivré. Cette rétribution est variable en fonction de la taille du conditionnement, du nombre de médicaments sur l'ordonnance et de la zone géographique de la pharmacie (coefficient DOM-TOM). L'avenant n°11 à la convention nationale des pharmaciens signées le 20 juillet 2017 par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et l'Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine (USPO) poursuit la réforme engagée de 2015 sur la rémunération des officines avec la mise en place de nouveaux honoraires. Ils permettent de rendre la profession moins dépendante de l'évolution du prix des médicaments. Les honoraires de dispensation constituent désormais la première source de rémunération des pharmaciens. (13)

Il existe différents types d'honoraires de dispensation :

- un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution d'une prescription contenant des médicaments remboursables,
- un honoraire pour les ordonnances dites complexes,

- un honoraire par conditionnement mensuel et un autre par conditionnement trimestriel,
- un honoraire de dispensation pour les médicaments spécifiques,
- un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour les jeunes enfants de moins de trois ans et les patients âgés de plus de 70 ans.

Ainsi, la part des revenus tirée de la marge réglementée a fondu. Alors qu'elle était proche de 81% en 2014, elle atteint 26% en 2019. (14)

Il faut noter que le modèle de pharmacie français est spécifique par rapport à la plupart des pays de l'Union européenne. En effet, en France, tout comme en Espagne et en Grèce, les officines bénéficient d'un monopole de vente sur les médicaments et les produits frontières, tels que les appareillages.

Malgré un cadre législatif protecteur, les pharmacies françaises font face à des attaques répétées notamment sur le marché des médicaments en vente libre, où la grande distribution conteste le monopole pharmaceutique.

Pour compenser la perte de chiffre d'affaires liée aux médicaments remboursables, les pharmacies cherchent à augmenter leur part de produits non remboursables tels que l'automédication, les compléments alimentaires et la parapharmacie, qui représentent actuellement 25% du chiffre d'affaires. Les pharmaciens reconnaissent l'importance d'aller au-delà du traitement des pathologies en favorisant le bien-être et la santé globale des patients, ce qui permet de différencier les pharmacies entre elles, de fidéliser la clientèle et de recentrer le pharmacien sur son rôle de conseil. (15)

Les « nouvelles missions du pharmacien » regroupent des missions de prévention comme la vaccination, le dépistage organisé du cancer colorectal, les tests d'orientation diagnostique des angines mais également des missions d'accompagnement : l'entretien d'accompagnement pharmaceutique des femmes enceintes, l'entretien pharmaceutique en cas de maladie chronique ou le bilan partagé de médication.

Ces nouvelles dispositions élargissent le rôle du pharmacien en matière de prévention, de dépistage de coordination des soins.

Cependant, certaines missions se déploient plus lentement que d'autre au sein des officines. Si une enquête du Quotidien du Pharmacien en 2023 montre que pratiquement 3 pharmaciens sur

4 (74 %) déclarent mettre en œuvre une nouvelle mission, ou promettent de s’y engager bientôt, elle montre également que seulement 25% pratiquent la vaccination et 38% les tests et autres dépistages. (16)

D’après le rapport « Charges et Produits » de l’Assurance Maladie de 2024, en 2022, la rémunération des officines en lien avec la dispensation de médicaments remboursés, les nouvelles missions et les rémunérations en lien avec le Covid-19 s’élevaient à 8,5 milliards d’euros : une rémunération moyenne des officines de 386 000 euros par officine contre 315 000 euros en moyenne en 2020, soit une hausse de plus de 70 000 euros par officine. (17) Ces chiffres peuvent être nuancés par la réalisation des tests antigéniques du COVID-19 dans les pharmacies pendant l’épidémie, ce qui n’est plus le cas aujourd’hui.

Les nouvelles missions et la mutation économique du secteur via les honoraires de dispensation ont dynamisé la rémunération des pharmaciens, qui a crû de 3,2 % par an en moyenne entre 2019 et 2022. L’Assurance Maladie relève que ces hausses ont bénéficié à l’ensemble du réseau, quel que soit le lieu d’implantation des officines ou leur taille estimée par leur chiffre d’affaires. (17)

Désormais, la pharmacie est le lieu où se déploient toute une série de pratiques reposant sur diverses compétences, qu’elles soient individuelles ou collectives, spécifiques au secteur. Les notions de compétences collectives et organisationnelles semblent gagner en importance dans les pharmacies, où la gestion, l’animation et la direction de l’équipe semblent devenir des facteurs de performance de plus en plus cruciaux.

2. RAPPELS LEGISLATIFS

La régulation du réseau officinal est intrinsèquement liée à son histoire. Pour la comprendre, il faut revenir quelque peu en arrière...

2.1. Retour sur les dates clé de l’histoire de la pharmacie

Si Hippocrate est reconnu comme le « père de la médecine » au IV^e siècle avant J-C, il est moins connu qu’il pratiquait également la pharmacie. En accordant en 219 avant J-C à Archagathos, un thérapeute grec, le titre de citoyen romain et le droit d’établir une officine pour soigner les malades avec de nouveaux remèdes, le Sénat romain aurait probablement créé la

première pharmacie occidentale. Cette pharmacie, à la fois cabinet de consultation, officine et centre de soins, ressemblait aux maisons de secours des grandes villes grecques de l'époque. (18)

Galien, un médecin grec, est à l'origine de la pharmacie galénique, qui est l'art et la science de préparer un principe actif de manière à le rendre administrable au patient sous une forme médicamenteuse. Pendant de nombreux siècles, la médecine et la pharmacie étaient confondues et étaient exercées par la même personne qui préparait et prescrivait.

Au Moyen Âge, la pharmacie commence à se détacher de la médecine et acquiert progressivement son autonomie. Des communautés d'apothicaires se forment pour organiser la profession, avec les premiers statuts établis dans le Midi de la France (Arles, Avignon, Montpellier) au XIII^e siècle. Le terme « apothicaire » signifiait à l'origine « boutiquier » puis celui qui vendait des drogues ou des épices. Les enseignes d'apothicaire n'apparaissent qu'à partir du XIII^e siècle. (18)

Sous le règne de Louis XVI, les apothicaires et les épiciers se séparent, alors qu'ils formaient jusqu'alors une seule et même corporation. Le roi reconnaît le monopole de la vente des médicaments aux seuls membres du Collège royal de pharmacie, marquant ainsi l'origine de l'organisation moderne de la pharmacie. Une déclaration royale du 25 avril 1777 consacre la pharmacie comme un « art précieux à l'humanité » et accorde une totale indépendance à la corporation des apothicaires, qui prend le nom de « Collège de Pharmacie », établissant ainsi les devoirs et les droits des « Maîtres en Pharmacie ». (19)

Durant la période révolutionnaire, le terme « apothicaire » est remplacé par celui de « pharmacien ». C'est à partir de 1803 que la profession connaît un véritable tournant.

2.2. Loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803)

La loi du 21 Germinal représente un tournant dans l'histoire de la pharmacie. Elle s'applique à l'ensemble du territoire, confirme le monopole du pharmacien, et aborde toutes les questions pharmaceutiques, de la formation à l'exercice en passant par la régulation, mettant ainsi un terme aux particularismes locaux en instaurant un enseignement national supervisé par l'État. Cette loi fondatrice a réglementé la pratique pharmaceutique tout au long du XIX^{ème} siècle jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. (18)

Elle établit un examen national et officiel pour accéder au titre de pharmacien, avec deux voies d'admission possibles : soit huit ans de pratique en officine avec validation par un jury départemental composé de professionnels de santé, soit trois ans de pratique en officine et trois ans de formation dans une école de pharmacie. Dans ce dernier cas, le candidat obtient le titre de pharmacien de 1^{ère} classe, avec l'avantage supplémentaire de la liberté d'établissement sur l'ensemble du territoire national. Cette liberté d'installation, si précieuse pour la profession, trouve ses origines dans cette loi historique.

Les pharmaciens de 1^{ère} classe ont donc une compétence nationale tandis que les pharmaciens de 2^{ème} classe ont une compétence locale. Cette organisation est symétrique à celle des docteurs en médecine et officiers de santé.

2.3. Loi du 11 septembre 1941 et ordonnance du 23 mai 1945

On espérait que la loi de 1803 contribuerait à rationaliser la profession et à lutter contre le « charlatanisme » associé à l'exercice illégal de la pharmacie ainsi qu'à la prolifération confuse des officines. Cependant, cet objectif n'a pas été atteint. Dès 1819, la profession a appelé à une réaction contre un phénomène que la loi de Germinal an XI n'a pas su endiguer. Malgré le CODEX (un référentiel officiel qui est un livre d'ingrédients et de recettes médicinales), il n'existait aucun mécanisme pour empêcher la mise sur le marché de médicaments imaginaires vendus en dehors de tout cadre déontologique. On a alors observé une prolifération anarchique de remèdes, distribués par des pourvoyeurs informels tels que des herboristes, des colporteurs ou même des religieux. (20)

De là ont émergé deux demandes : la création d'une instance de régulation pour la profession et l'établissement de règles plus claires et strictes pour la délivrance des produits. C'est en partie à ces exigences que répondra l'importante réforme du 11 septembre 1941, promue par le régime de Vichy et confirmée à la Libération par les ordonnances des 5 et 23 mai 1945.

Jusqu'en 1941, tout titulaire du diplôme d'État de pharmacien âgé d'au moins 25 ans pouvait ouvrir une officine où bon lui semblait sans nécessiter d'autorisation administrative. (21)

La loi de 1941 imposait un contrôle strict sur les pharmacies et interdisait l'existence de syndicats. Ces aspects autoritaires ont été supprimés par les ordonnances de 1945. (18) En plus de la création de l'Ordre des pharmaciens chargé de réguler la déontologie de la profession, le

dispositif de 1941, modifié en 1945, instaure un quota d'implantation des pharmacies basé sur la population. Les officines sont créées par arrêté préfectoral et soumises au contrôle de l'inspection de la pharmacie. De plus, l'autorité administrative peut, de manière discrétionnaire, imposer une distance minimale entre les officines.

La loi du 11 septembre 1941 marque ainsi le début d'une régulation du réseau officinal, attribuant une licence à toutes les officines déjà en exploitation et interdisant la création de nouvelles officines sans l'obtention préalable d'une licence. Elle prévoyait même de supprimer les pharmacies là où elles étaient trop nombreuses mais cette disposition ne fut jamais appliquée. L'installation quant à elle d'une officine va dépendre désormais de la population desservie. Il ne sera plus possible d'en créer en dessous de 2 000 à 3 000 habitants selon que l'on se trouve en zone rurale ou en zone urbaine. Les localités où des créations sont à envisagées est établi avec un plan de redistribution des officines. (22)

Les ordonnances du 23 mai 1945 confirment le principe de répartition, bien que le terme préféré soit alors celui de limitation du nombre d'officines. Il est maintenu le principe de n'accorder de nouvelle licence que si le nombre d'officines ne dépasse pas une certaine proportion par rapport à la population. (22)

Bien que cette réglementation limite la liberté d'installation, elle confère aux pharmaciens le monopole de la dispensation des médicaments.

Cependant, la loi avait toutefois institué au profit du ministre de la Santé, via les préfets, la possibilité de déroger au quota en fonction des besoins de la population. 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 quota au point de devenir le mode commun des créations d'officines (dans les quartiers excentrés, près des gares, en périphérie des villes). C'est notamment en partie à cause de cette voie dérogatoire que le nombre d'officines a très fortement augmenté sur le territoire amenant à une forte densité officinale telle nous la connaissons aujourd'hui. (20)

Dès 1953, c'est le Code de la Santé Publique (CSP) qui impose de manière légale les conditions d'ouverture d'une officine.

2.4. Loi du 27 juillet 1999 et du 19 décembre 2007

La loi n°1999-641 du 27 juillet 1999 modifie les règles de répartition des officines sur le territoire. Elle supprime les créations par voie dérogatoire, autorise les regroupements et favorise les transferts. C'est à cette loi que l'on doit la notion de « desserte optimale de la population résidant à proximité ». Les « zones géographiques » de desserte de la population sont fixées par arrêtés préfectoraux.

Jusqu'en 1999, la répartition des officines était réglementée par l'article L571 du Code de la Santé Publique. Il disposait que dans les communes comptant une population égale ou supérieure à 30 000 habitants, une nouvelle officine ne pouvait être ouverte que si le nombre d'habitants par pharmacie était égal ou supérieur à 3 000. Pour les communes avec une population entre 2 500 et 30 000 habitants, une nouvelle officine ne pouvait être autorisée que si le nombre d'habitants par pharmacie était égal ou supérieur à 2 500. De plus, aucune nouvelle officine ne pouvait être créée dans les communes ayant une population inférieure à 2500 habitants si elles avaient déjà au moins une pharmacie, ou si leur population avait déjà été prise en compte pour l'ouverture d'une officine dans une autre commune. (23)

La loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008, à travers son article 59, vise à promouvoir les regroupements tout en restreignant pratiquement toutes les possibilités de nouvelles créations d'officines. Désormais, le transfert d'une officine peut se faire à l'intérieur de la même commune, vers une autre commune du même département, ou même vers une commune d'un département différent (article L5125-14 du CSP), à condition que cela n'ouvre pas la voie à la création d'une nouvelle officine dans la commune d'origine. Cette dernière disposition revêt une importance capitale dans l'optimisation du maillage territorial. (22)

En utilisant le nouveau seuil fixé par la LFSS pour 2008 (1 officine pour 3 500 habitants pour toutes les communes d'une population supérieure à 2 500 habitants), on constate que 5 172 officines sont en surnombre, ce qui représente 23 % du total des officines.

C'est donc en 1999 et en 2008 qu'apparaissent des mesures fortes pour contraindre le nombre d'officines sur le territoire et réduire ce « surnombre officinal » :

- **Suppression de la voie dérogatoire (1999)** : elle met fin à la possibilité pour le préfet d'accorder une licence lorsque le quota est atteint.
- **Relèvement des seuils de population (2008)** : 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 30000 habitants est supprimée.
- **Rééquilibrage du réseau par transfert** : 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'officines. Puis la LFSS pour 2008 a rendu possible les transferts sur l'ensemble du territoire national.
- **Réduction du surnombre d'officines au moyen de regroupement (2008)** : possibilité des regroupements entre officines sans limitation de nombre et de périmètre géographique.

2.5. Ordonnance du 3 janvier 2018

L'ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018, relative à l'adaptation des conditions de création, de transfert, de regroupement et de cession des officines de pharmacie, vise à garantir un maillage optimal des officines et un accès équitable aux soins pour la population. Cette ordonnance découle de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui avait autorisé le Gouvernement à prendre des mesures pour simplifier et renforcer l'accès aux soins de premier recours dans un délai de deux ans.

Elle a pour but de :

- Rééquilibrer le maillage des officines entre les zones sur-denses et sous-denses en allégeant ou en supprimant certaines contraintes pour améliorer l'adéquation des implantations aux besoins ;
- Mettre en place des mesures spécifiques pour préserver le réseau officinal, notamment dans les territoires ruraux ;
- Simplifier et alléger les procédures administratives pour les pharmaciens et les agences régionales de santé concernant l'instruction des demandes d'autorisation de création, de transfert ou de regroupement d'officines, tout en clarifiant les règles applicables.

Cette ordonnance induit des changements significatifs dans les conditions de création, de transfert, de regroupement et de cession d'officines. Les modifications du Code de la Santé Publique poursuivent trois objectifs : sécuriser les implantations en précisant les conditions requises, répondre aux besoins des territoires fragiles, et lever les blocages ponctuels. L'ordonnance clarifie les concepts d'approvisionnement, de desserte optimale et de quartier, des notions qui ont été sujettes à des contentieux par le passé en raison de leur interprétation floue.

Les critères d'attribution d'une licence restent liés aux besoins de la population résidente, avec des seuils démographiques inchangés. Désormais, l'ordonnance confie au directeur général de l'Agence Régionale de Santé la responsabilité d'approuver les demandes d'installation d'officines, en se basant sur des critères assouplis, notamment dans les zones en difficulté qu'il aura identifiées. Dans ces territoires, définies par arrêté, où l'accès aux médicaments est insatisfaisant, des exceptions peuvent permettre les transferts et regroupements à proximité des centres commerciaux, centres et maisons de santé. L'ARS peut également regrouper les populations de communes voisines, dont l'une d'au moins 2 000 habitants, afin d'atteindre le seuil de 2 500 habitants requis pour un transfert ou un regroupement (article L. 5125-6-1).

De nouveaux critères définissent la notion de « desserte en médicaments optimale » à partir de quartiers délimités, offrant ainsi une meilleure clarté. Des mesures spécifiques sont également prises pour des territoires particuliers, comme les aéroports (le nombre d'habitants recensés étant remplacé par le nombre annuel de passagers de l'aéroport). (24)

D'autres mesures concernent les délais pour l'ouverture des nouvelles créations, des transferts et des regroupements qui ont été prolongés de 1 an à 2 ans après l'obtention de l'autorisation. Cela vise à empêcher le transfert avant l'épuisement des délais de recours des tiers. Dans certains cas, des pharmacies ont dû retourner dans leurs anciens locaux à la suite d'une décision de justice, ce qui a eu des conséquences économiques désastreuses pour les pharmaciens ayant investi dans un projet de transfert. L'interdiction de céder ou de se regrouper à nouveau pendant 5 ans après un premier regroupement ou transfert est supprimée afin de favoriser les projets en fin de carrière.

Ces ajustements offrent plus de souplesse, de clarté et de prévisibilité aux pharmaciens dans leurs démarches.

3. MECANISMES DE REPARTITION DES OFFICINES

L'ouverture d'une pharmacie sur le territoire résulte de l'une des trois opérations suivantes : création d'une nouvelle officine, transfert d'une officine existante ou regroupement de deux ou plusieurs officines.

3.1. Création d'officine

Les dispositions concernant le transfert, le regroupement et la création d'officines sont établies par la loi (articles L.5125-3 et suivants du Code de la Santé Publique) afin de garantir une proximité adéquate et un service optimal pour la population résidente. La notion de desserte optimale repose sur l'accessibilité des locaux, la conformité des installations et la population à servir, délimitée par quartiers. La demande d'autorisation doit démontrer que cette création permettra une desserte optimale des besoins médicaux de la population locale.

Selon l'article L.5125-4, les quotas de population sont les suivants :

- 2 500 habitants pour la première licence dans la commune ;
- 4 500 habitants pour les suivantes.

Cependant, dans certaines régions, ces quotas diffèrent : en Alsace, en Moselle et en Guyane, le quota pour la première officine est de 3 500 habitants, tandis qu'à Mayotte, il est de 7 000 habitants dans le territoire de démocratie sanitaire de la commune concernée.

Ces seuils fondés sur la population communale sont dits « géo-démographiques ». Ils n'ont que très peu évolué depuis les années 2010.

Population communale	Condition entre 1999 et 2007	Condition entre 2008 et 2011	Condition entre 2012 et 2018	Condition depuis 2018
Inférieure à 2 500 habitants	Si la population n'est pas déjà desservie et si elle se situe dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes contiguës, dont la population totale est au moins égale à 2 500	En cas de fermeture d'une officine existante qui desservait plus de 2 500 habitants		
Comprise entre 2 500 et 30 000 habitants	2 500 habitants par pharmacie	Une officine à partir de 2 500 puis une de plus par tranche de 3 500 habitants	Une officine à partir de 2 500 puis une de plus par tranche de 4 500 habitants	
Supérieure à 30 000 habitants	3 000 habitants par pharmacie			

Source : commission des affaires sociales du Sénat, rapport de 2016 de l'IGF et de l'IGAS.

Figure 2 : Seuils géo-démographiques applicables à la création d'officines depuis 1999

La création n'est possible qu'à une double condition :

- Les communes comportent des zones franches urbaines, des quartiers prioritaires de la politique de la ville ou des zones de revitalisation rurale.
- Les conditions démographiques doivent être remplies depuis deux ans à compter de la publication du dernier recensement (nouvelle rédaction de l'article L.5125-3 suite à l'ordonnance de 2018).

En outre, le lieu d'implantation doit garantir un accès permanent au public et offrir des services de garde ou d'urgence. De plus, le pharmacien qui souhaite s'installer est soumis à une obligation de non-concurrence pendant deux ans vis-à-vis des confrères qu'il aurait assistés ou remplacés pendant au moins six mois. (25)

Pour exploiter une officine, une licence est requise, délivrée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé après consultation de l'Ordre des pharmaciens et des syndicats représentatifs. Pour exercer la profession, l'inscription au tableau de l'Ordre national des

pharmaciens est également obligatoire, soumise à la satisfaction des conditions légales doivent être remplies, notamment en termes de diplôme, de compétences, de moralité et d'indépendance. (26)

3.2. Regroupement

La restructuration du réseau officinal progresse de manière continue. Le regroupement des pharmacies est une stratégie de plus en plus prisée depuis plusieurs années, contribuant à un rééquilibrage du maillage territorial notamment dans les zones où la densité officinale est élevée. Actuellement, il s'agit du mode d'ouverture privilégié des officines.

Selon le code de la santé publique, une demande de regroupement d'officines bénéficie toujours d'une priorité par rapport à une demande de transfert, pourvu qu'elles soient soumises dans le même délai d'examen (conformément à l'article L.5125-20). Les demandes de transfert conservent quant à elles leur priorité sur les demandes de création. De plus, en cas de demande de création, les pharmaciens qui n'ont jamais été titulaires ou qui ne le sont plus depuis au moins trois ans conservent leur priorité.

C'est l'article L.5125-5 qui traite du regroupement des officines.

Les regroupements peuvent se faire de deux manières : soit sur le site actuel de l'une des pharmacies concernées, soit vers un nouvel emplacement situé sur le territoire national. Pour ce dernier cas, des conditions de quota démographique s'appliquent à la commune d'accueil, les mêmes que celles requises pour l'ouverture d'une nouvelle officine par transfert.

Seules les pharmacies implantées dans des communes où la densité officinale est élevée sont autorisées à demander un regroupement. La demande de regroupement doit garantir une réponse optimale aux besoins en médicaments de la population du quartier d'accueil, tout en préservant l'approvisionnement en médicaments de la population de la commune (ou du quartier) d'origine. (27)

Les conditions démographiques sont précisées à l'article L.5125-4 du CSP :

L'ouverture par voie de transfert ou de regroupement d'une officine dans une commune, ou dans une commune nouvelle définie à l'article [L. 2113-1](#) du code général des collectivités

territoriales ou dans les communes mentionnées à l'article [L. 5125-6-1](#) du présent code peut être autorisée lorsque le nombre d'habitants recensés est au moins égal à 2 500.

L'ouverture d'une officine supplémentaire peut être autorisée par voie de transfert ou de regroupement à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 4 500 habitants recensés dans la commune, dans la commune nouvelle ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1.

Lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle autorisation peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert ou de regroupement dans cette commune. (28)

La qualité de la desserte en médicaments est évaluée en prenant en compte à la fois le quartier d'origine et celui d'accueil des pharmacies regroupées. L'Agence Régionale de Santé a le pouvoir de définir ce quartier en fonction de critères géographiques en mentionnant notamment les voies, les limites naturelles ou les infrastructures de transport qui le délimitent et de la présence de population résidente.

Le dernier alinéa de ce même article L.5125-5 conserve le régime dit du gel des licences délivrées par suite d'un regroupement. Ce gel des licences ne sera levé qu'à l'issue d'un délai de douze ans, le directeur général de l'ARS pouvant à ce moment-là, et après avis des instances syndicales et ordinaires, autoriser une nouvelle officine.

En outre, le lieu d'implantation de la pharmacie doit permettre un accès permanent au public et assurer un service de garde ou d'urgence. Le local proposé doit respecter les normes minimales d'installation et être accessible aux personnes à mobilité réduite.

3.3. Transfert

Il est possible de transférer une officine dans les cas suivants :

- Dans une commune de moins de 2 500 habitants, sous réserve que la dernière officine présente ait cessé définitivement son activité et qu'elle desservait auparavant une population d'au moins 2 500 habitants.
- Dans les communes comptant au moins 2 500 habitants mais dépourvues de pharmacies.

- Dans les communes de plus de 2 500 habitants avec au moins une pharmacie, lorsque la population atteint un seuil de 4 500 habitants supplémentaires recensés.

Le transfert envisagé doit satisfaire deux conditions essentielles :

- Répondre de manière optimale aux besoins médicamenteux de la population résidant dans le quartier d'accueil.
- Ne pas compromettre l'approvisionnement en médicaments nécessaire à la population résidente de la commune (ou du quartier) d'origine.

Tout comme pour les regroupements, c'est le directeur de l'ARS qui détermine le quartier d'une commune.

Le nouvel article L.5125-3-2 dispose que pour qu'une desserte en médicaments soit considérée comme optimale, trois conditions cumulatives doivent être remplies :

1. L'accès à la nouvelle officine est aisé et facile grâce à sa visibilité, aux aménagements piétonniers, aux stationnements et aux dessertes par les transports en commun.
2. Les locaux de la nouvelle officine respectent les conditions d'accessibilité, permettant un accès permanent pour assurer le service de garde et d'urgence.
3. La nouvelle officine approvisionne la même population résidente, une population résidente non desservie jusqu'à présent, ou une population résidente dont l'évolution démographique est avérée ou prévisible en fonction des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collectifs.

Il convient de noter que cette dernière condition n'est pas requise pour le transfert d'une officine dans le même quartier ou dans la même commune si elle est la seule officine sur ladite commune, ni pour le regroupement d'officines d'un même quartier au sein de ce dernier (article L.5125-3-3).

L'ordonnance de 2018 précise la notion d'approvisionnement en médicaments. Il est considéré comme compromis lorsque aucune officine n'est présente dans le quartier, la commune ou la commune limitrophe et qu'elle n'est pas accessible au public par voie piétonnière ou par un mode de transport motorisé conforme aux conditions prévues par décret, et disposant d'emplacements de stationnement.

Si le transfert d'officine est aujourd'hui favorisé, les conditions à remplir sont contraignantes. L'officine ne peut s'implanter dans n'importe quel quartier choisi par le pharmacien et particulièrement s'il existe déjà une pharmacie implantée, quelle que soit la taille de la population résidente à moins de démontrer une éventuelle augmentation démographique à venir notamment au travers des permis de construire.

3.4. Disparition d'une officine

La cessation définitive d'une officine peut résulter de diverses circonstances telles que la cessation volontaire, la liquidation judiciaire, le décès du titulaire ou la caducité de la licence.

Dans certains cas, lorsque le transfert de la pharmacie est impossible ou que la cession du fonds de commerce rencontre des difficultés (par exemple, en raison de l'abandon de la clientèle ou de l'éloignement par rapport aux autres confrères), la fermeture de l'officine peut être la meilleure option. Cependant, avant de procéder à la fermeture, l'avis de l'Agence Régionale de la Santé est requis afin d'éviter tout abandon de clientèle dans le quartier concerné. (29)

Le titulaire de l'officine doit informer l'ARS par courrier de la date prévue ou effective de la fermeture de l'officine et restituer la licence correspondante. Si aucune action n'est entreprise, la cessation d'activité est considérée comme définitive après 12 mois de non-ouverture au public. Dans tous les cas, la cessation définitive d'activité est officialisée par un arrêté de l'ARS.

Parallèlement, le pharmacien titulaire de l'officine doit demander sa radiation du tableau de l'Ordre des pharmaciens auprès du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens compétent. Il est également nécessaire de remettre les ordonnanciers papier et/ou les enregistrements informatisés à un pharmacien désigné par le conseil régional de l'Ordre.

Quant au stock de médicaments en cours de validité présent dans l'officine, à l'exception des stupéfiants, il peut être cédé à un pharmacien d'officine ou repris par le grossiste-répartiteur.

En 2023, 276 officines ont mis fin à leur activité, contre 171 l'année précédente. (30)

PARTIE II : L'EXERCICE OFFICINAL SUR L'ILE DE LA REUNION

L'île de La Réunion, localisée dans l'ouest de l'océan Indien, à l'est de l'Afrique et dans l'hémisphère sud, est une île volcanique qui fait partie de l'archipel des Mascareignes. Elle est à 172 km à l'ouest-sud-ouest de l'île Maurice et à 679 km à l'est-sud-est de Madagascar. La Réunion, à la fois département et région d'outre-mer français (DROM), s'étend sur une superficie de 2 512 km². (31) Avec une population de 868 800 habitants au 1^{er} janvier 2022, elle est principalement peuplée le long des côtes, où se trouvent les principales villes, dont Saint-Denis, le chef-lieu. (32)

1. DIAGNOSTIC DE SANTE DE LA REUNION

1.1. Contexte sociodémographique et économique

La population de La Réunion est répartie sur 24 communes, vivant dans des environnements variés incluant parfois des zones d'habitat très isolées. Plus de la moitié des habitants résident sur le littoral, dans des zones urbaines denses, tandis qu'un quart de la population habite dans les Hauts, à une altitude dépassant les 400 mètres. La Réunion se découpe en entités infrarégionales appelées microrégions au nombre de 4 (Nord, Est, Sud et Ouest), permettant la mise en évidence de différences entre ces territoires.

Répartition de la population à La Réunion

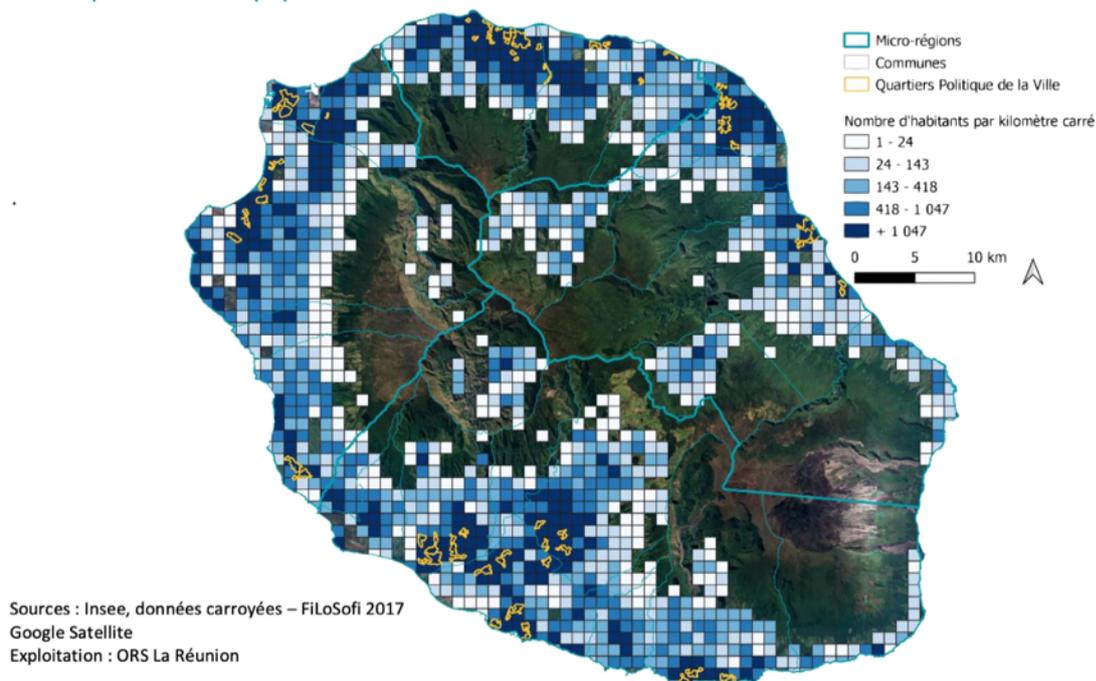


Figure 3 : Répartition de la population réunionnaise (ORS)

Région ultrapériphérique de l'Union Européenne, La Réunion a connu un développement rapide au cours des dernières décennies, mais présente encore des défis majeurs. Parmi ceux-ci, on compte l'insularité, l'éloignement géographique de la France hexagonale, le coût élevé de la vie, la précarité sociale et le chômage persistant, ainsi que la rareté des terres et la pression sur le logement social, sans oublier les difficultés de déplacement.

Devenue un département français en 1946, avec le code départemental 974, La Réunion demeure structurellement vulnérable sur le plan économique, fortement tributaire des transferts nationaux.

La Réunion est une région jeune, avec une proportion de jeunes de moins de 20 ans trois fois supérieure à celle des personnes âgées de 65 ans et plus. (33) La fécondité y est élevée, et la population est en croissance rapide, projetée à dépasser le million d'habitants vers 2044. Cependant, le vieillissement de la population s'accélère également, avec un quart des habitants projetés à dépasser 60 ans d'ici 2050, soit le double de la proportion en 2013. L'espérance de vie reste inférieure à la moyenne nationale.

La précarité financière est un problème majeur, avec un pourcentage élevé de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. Ce seuil est conventionnellement fixé à 60 % du niveau de vie médian de la population. En 2021, il correspondait à un revenu disponible de 1 158 euros par mois pour une personne seule et de 2 432 euros pour un couple avec deux enfants de moins de 14 ans. (34) 36% de la population réunionnaise est en dessous de ce seuil en 2021. (35) De nombreux habitants dépendent des allocations sociales, et le chômage affecte un tiers des personnes en âge de travailler. Un grand nombre de résidents vivent dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville. La précarité socio-économique est plus importante sur l'île qu'en France hexagonale avec un contraste fort entre microrégions et des indicateurs dégradés dans l'Est de l'île particulièrement. (36)

Bien que le niveau de scolarité progresse, il reste inférieur à la moyenne nationale, avec moins de personnes diplômées de l'enseignement supérieur. La santé publique est également un défi, avec une prévalence élevée de maladies chroniques telles que le diabète, l'obésité et les maladies cardiovasculaires. (33)

1.2. L'offre et le recours aux soins

L'île présente une situation sanitaire complexe. Malgré une mortalité générale relativement faible due à sa population jeune, la mortalité prématurée et la mortalité évitable représente près d'un décès sur trois. La population est confrontée à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, notamment le diabète. Il touche une personne sur dix, avec une mortalité 2 à 3 fois supérieure au niveau national. A ces caractéristiques épidémiologiques s'ajoutent celles relatives à l'obésité, aux maladies cardio-neuro-vasculaires et aux pathologies respiratoires chroniques. 15% de la population réunionnaise est affecté en affection longue durée (ALD). (37)

La population adulte de La Réunion consomme globalement moins d'alcool qu'en Hexagone. En revanche, ceux qui consomment de l'alcool en consomment plus que les consommateurs hexagonaux. Les troubles mentaux et du comportement sont également préoccupants, avec une surmortalité régionale observée.

Le système de santé réunionnais est relativement mature et propose une offre de soins conséquente avec des filières de haute qualité dans le secteur public et le secteur privé. Depuis 2012, la région est dotée d'un Centre Hospitalier Universitaire. Les établissements de santé

publics et privés rencontrent généralement moins de difficultés de recrutement qu'en France hexagonale.

Néanmoins des disparités géographiques persistent, notamment en ce qui concerne l'accessibilité aux spécialistes. La microrégion Ouest a les plus fortes densités de professionnels avec une bonne implantation des structures sanitaires. A l'inverse, la microrégion Est reste plus fragile avec des densités médico-soignantes plus faibles que les taux régionaux, hormis pour les infirmiers.

La quasi-totalité des réunionnais (95%) réside à moins de 10 minutes en voiture du médecin généraliste le plus proche et la moitié habite à moins de 10 minutes à pied. Cependant, 117 000 personnes, le plus souvent habitant dans les Hauts, sont à plus de 30 minutes des soins urgents. (38)

Le taux de recours aux soins médicaux est plus élevé qu'au niveau national, tant en nombre d'actes dans l'année (6 consultations de médecine générale par assuré contre 4 en France hexagonale) qu'en proportion d'assurés sociaux consultant leur médecin généraliste (9 assurés sur 10 contre 8 sur 10 en France hexagonale). Globalement, toutes professions médicales ou soignantes confondues, le recours est plus développé à La Réunion, en part d'assurés consultants et en nombre d'actes par assuré. Le taux de recours à l'hospitalisation, publique ou privée, est également plus important (243 séjours pour 1 000 habitants contre 238 en France hexagonale), avec toutefois un moindre recours pour la chirurgie. (39)

En matière de prévention (dépistages, vaccinations...), La Réunion présente des taux de recours inférieurs à ceux de l'Hexagone, malgré des initiatives telles que le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, du sein ou du colo-rectal. Le territoire bénéficie de dispositifs de coordination interprofessionnelle, visant à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

L'ensemble du territoire est couvert par l'une des six communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS) et l'île compte 21 maisons pluri professionnelles (MSP) et plusieurs en projet. L'approche territoriale est de plus en plus plébiscitée et le déploiement de nombreux dispositifs concourt à cet objectif avec la proposition de parcours de santé plus cohérents et adaptés aux problématiques du territoire à l'échelon local. Ces coordinations interprofessionnelles participent à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et contribuent à améliorer la coordination des soins et à répondre aux besoins locaux en matière de santé. (40)

Ce développement soutenu de l'exercice coordonné est un gage de parcours de soins cohérents, notamment pour les patients concernés par les maladies chroniques, le handicap et le vieillissement, et de réponse locale adaptée aux besoins de santé.

Cependant, des défis persistent, notamment en ce qui concerne l'équipement en structures médico-sociales et l'accessibilité aux soins dans certaines microrégions, ce qui souligne la nécessité de poursuivre les efforts pour garantir une offre de soins équitable et de qualité sur l'ensemble du territoire réunionnais.

1.3. Les particularités d'un territoire insulaire

L'île de La Réunion, l'une des régions françaises les plus exposées aux aléas naturels, est confrontée à de nombreux risques en raison de son insularité, de son relief accidenté, de son climat tropical et de sa croissance démographique. Avec les cyclones et les vents violents, les éruptions volcaniques, les inondations, les glissements de terrain, les séismes, les submersions marines et les incendies de forêt, l'île doit faire face à pas moins de 7 aléas naturels majeurs. (41)

Le relief accidenté de l'île présente des défis pour l'occupation humaine et les déplacements. Les communes se sont principalement développées sur le littoral, où la densité de population est élevée, tandis que les zones montagneuses, comme les Hauts et les cirques, sont plus isolées, limitant l'accès aux services de santé.

L'intérieur montagneux, dominé par le Piton des Neiges culminant à 3070 mètres d'altitude, abrite une biodiversité unique au monde. Le Parc National de La Réunion, couvrant 43% de l'île, a été inscrit au patrimoine mondial de l'Unesco pour ses « Pitons, cirques et remparts » en 2010. Les côtes de l'île offrent un littoral varié, allant des lagons aux plages de sable blanc aux côtes plus sauvages et découpées, exposées aux assauts de l'océan Indien. (42)

Le relief escarpé de l'île, avec ses cirques profonds et ses nombreuses rivières et ravines, est le résultat d'une forte activité érosive due aux précipitations et au vent. Les transports sont principalement routiers, avec un réseau souvent saturé.

La qualité de l'eau varie sur l'île et est sujette aux aléas climatiques, en particulier pendant l'été austral. Le climat tropical humide de La Réunion est marqué par de fortes variations

géographiques, influencées par le relief et l'insularité. L'écosystème tropical favorise le développement de maladies vectorielles telles que la dengue et la leptospirose.

Les conditions de vie quotidienne, telles que le logement, la mobilité, la qualité de l'air et de l'eau, ainsi que l'adaptation au changement climatique, sont des enjeux importants pour la santé de la population. L'insularité présente des défis environnementaux et épidémiologiques, mais offre également des opportunités d'innovation et de coopération entre les acteurs de la santé pour répondre aux enjeux démographiques et sociétaux.

2. REPARTITION DES PHARMACIES SUR L'ÎLE

Les pharmaciens exerçants en outre-mer sont de plus en plus nombreux. En 10 ans, les inscriptions à la section E ont bondi de 13%. Cette hausse est principalement liée à celle du nombre de pharmaciens adjoints. Cependant, 2022 enregistre pour la première fois une baisse des inscriptions à la section. C'est à Mayotte que se fait connaître la plus forte hausse du nombre de pharmaciens entre 2012 et 2022 avec une multiplication par deux des effectifs de pharmaciens. A La Réunion, l'évolution est de +10% en 10 ans. L'île est attractive pour les professionnels de santé. (3)

2.1. Répartition géographique

Au 1er janvier 2022, on compte 638 pharmaciens exerçant en officine à La Réunion, hors remplaçants. Un pharmacien sur deux exerce en tant que libéral, dont 292 titulaires d'officine et 346 adjoints. La densité globale des pharmaciens est plus faible à La Réunion qu'en France hexagonale. La Réunion compte 245 officines soit 28 officines pour 100 000 habitants (contre 30,4 officines pour 100 000 habitants en hexagone). (3)

A l'image de la répartition de la population qui s'est faite sur le littoral à La Réunion, on retrouve majoritairement les pharmacies dans ces mêmes zones.

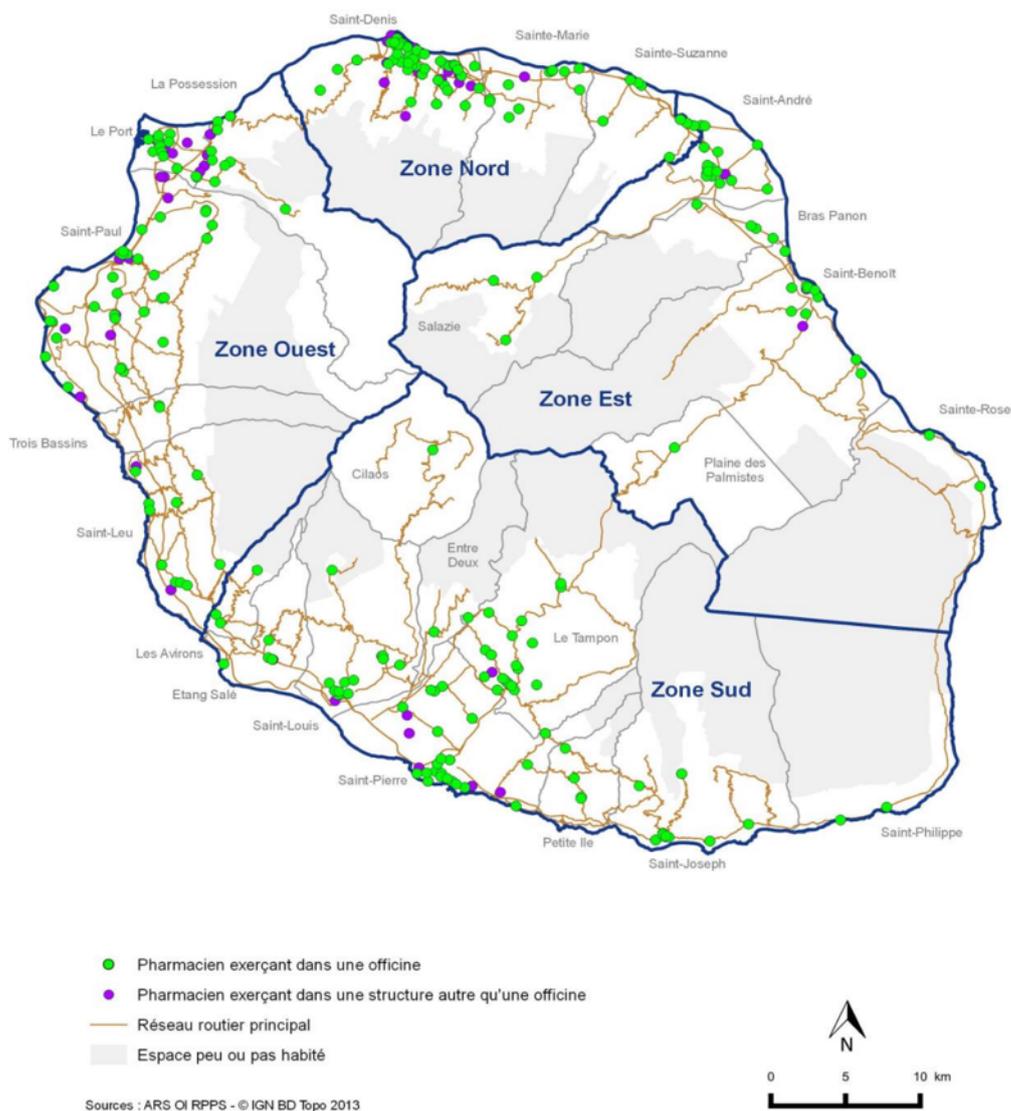


Figure 4 Répartition géographique des officines à La Réunion

Bien que le maillage des officines apparaisse moins dense par rapport à la France Hexagonale, les pharmacies réunionnaises sont en surnombre d'une cinquantaine d'officines au regard des seuils minimaux légaux de population pour les créations.

Avant les années 2000, l'installation d'une officine sur le territoire était plus souple ce qui explique la très forte densité actuelle. Celle-ci concerne quasiment toutes les communes de l'île, à l'exception des Avirons, de l'Entre-Deux, de la Plaine des Palmistes, des Trois-Bassins et de Cilaos.

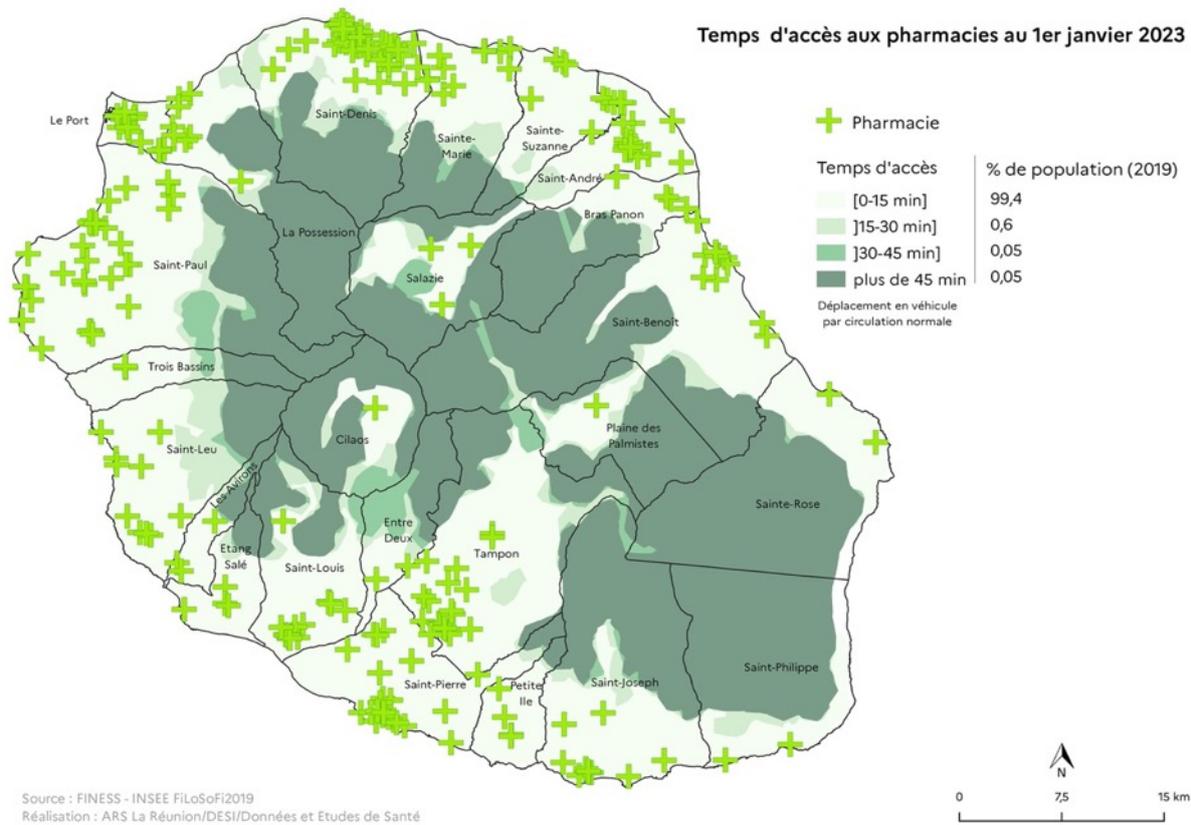


Figure 5 : Temps d'accès aux pharmacies au 1er janvier 2023 pour la population réunionnaise

99,4% de la population réunionnaise se trouve à moins de 15 minutes en voiture d'une pharmacie. Les réunionnais qui résident dans les hauts et dans les cirques sont les plus éloignés de cet accès aux médicaments. C'est d'ailleurs plus spécifiquement le cas dans le Sud et les Hauts de Saint-Joseph et Saint Philippe, les hauts de l'Entre-Deux, les cirques de Salazie, Cilaos et Mafate.

Une situation particulière sur l'île est celle du cirque de Mafate, une véritable enclave isolée nichée sur les communes de La Possession et de Saint Paul. L'accès aux soins de santé est un défi majeur. Dépourvu de routes, ce territoire montagneux n'est accessible qu'à pied via un dense réseau de sentiers (à minima 2h de marche) ou en hélicoptère.

Depuis 2015, la pharmacie de référence pour Mafate se trouve à Dos-d'Âne, sur la commune de La Possession, au Nord-Ouest de l'île. Cette pharmacie joue un rôle crucial en assurant l'approvisionnement en médicaments pour les 850 habitants du cirque. Deux fois par semaine,

des livraisons sont effectuées dans les 7 dispensaires disséminés dans Mafate. Chaque dispensaire est équipé d'un stock de médicaments permettant de traiter la plupart des affections courantes. Lors des consultations médicales, les médecins fournissent aux patients les médicaments nécessaires, et le stock est régulièrement réapprovisionné en prévision des missions suivantes. En cas d'urgence ou de semi-urgence, des traitements peuvent être commandés et acheminés par hélicoptère. Cette organisation exemplaire témoigne d'une gestion des soins de santé dans un désert médical. (43)

2.2. Diagnostic des officines de l'île

2.2.1. Profil des pharmaciens exerçant à La Réunion

Les pharmaciens titulaires sur le territoire sont relativement plus âgés que leurs confrères en France hexagonale. Ils sont âgés de 51 ans en moyenne à La Réunion, quasiment le même âge que leurs confrères en France hexagonale (50 ans). Néanmoins, ceux âgés de plus de 60 ans représentent le quart à La Réunion contre 18 % seulement en France hexagonale. Selon l'Ordre national des pharmaciens, le vieillissement des praticiens devrait se poursuivre. À l'inverse, 7 pharmaciens adjoints sur 10 ont moins de 40 ans dans l'île. Ces derniers constituent un vivier potentiel pour le remplacement des futurs pharmaciens retraités.

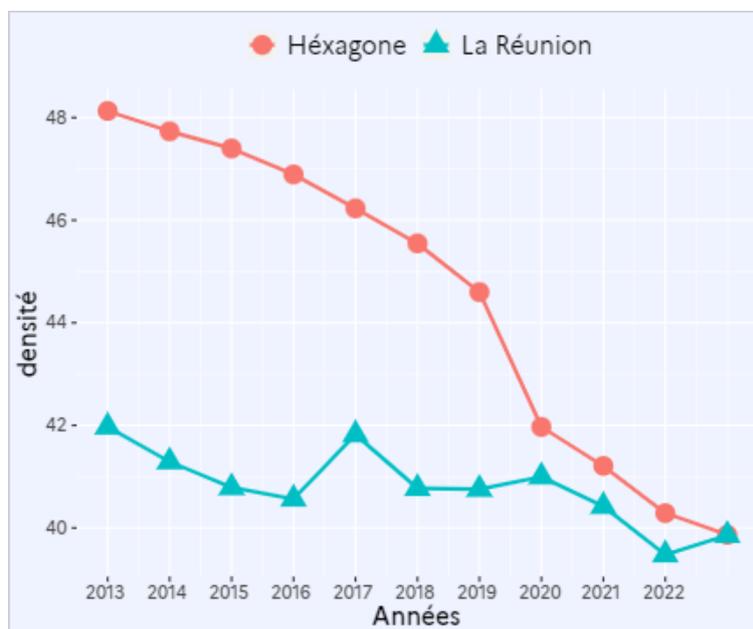


Figure 6 : Évolution de la densité des pharmaciens exerçant en officine sur l'île de La Réunion en comparaison avec la France hexagonale (pour 100 000 habitants)

En diminution dans l'Hexagone ces dernières années, la densité de pharmaciens en officine sur l'île est de 40 individus pour 100 000 habitants. L'écart tend à se réduire ces dernières années avec l'Hexagone, l'île bénéficiant d'une forte attractivité.

2.2.2. Le coefficient géographique

Selon un rapport de l'Insee publié en 2022, les prix des médicaments, des dispositifs médicaux et des produits de parapharmacie sont plus élevés dans les départements d'outre-mer. Les écarts de prix pour l'ensemble des dépenses liées à la santé varient entre 13 % et 17 % pour la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et Mayotte, et atteignent 9 % à La Réunion par rapport à l'Hexagone. Cette différence s'explique principalement par les contraintes logistiques liées à l'acheminement des médicaments, entraînant des surcoûts pour les grossistes-répartiteurs. (44)

En outre, une taxe spécifique, l'octroi de mer, est appliquée dans les territoires ultramarins. Le montant de cette taxe, décidée localement, est reversé aux collectivités locales, ce qui conduit à des coûts plus élevés pour les répartiteurs et les officinaux. Face à ces contraintes, il serait difficile de maintenir des prix de vente et de remboursement des médicaments identiques à ceux de la France hexagonale.

Pour compenser cette disparité, le prix de vente TTC des spécialités pharmaceutiques est majoré par l'application d'un coefficient multiplicateur. Chaque territoire d'outre-mer possède un coefficient spécifique, déterminé en fonction du niveau de vie de la population, de l'éloignement géographique par rapport à la France hexagonale, ainsi que des négociations entre les syndicats et la Sécurité sociale. De plus, un coefficient est attribué aux répartiteurs pour compenser les coûts de transport, les frais de douane et les frais associés au stockage supplémentaire.

A La Réunion, un coefficient multiplicateur de 1,264 est appliqué au prix public des médicaments en Hexagone pour compenser les surcoûts résultant de son insularité, de son éloignement par rapport aux fournisseurs et de la taille limitée de son marché.

2.2.3. Santé financière des officines de l'île

La situation financière de la plupart des pharmacies à La Réunion semble plutôt favorable. Selon les travaux de Corentin Sacareau datant de 2017, qui met en lumière les spécificités de l'exercice pharmaceutique sur l'île, les pharmacies génèrent en moyenne un chiffre d'affaires plus élevé qu'en Hexagone, environ 500 000 € de plus. Cette différence s'explique notamment

par des prix d'achat et de vente supérieurs, ainsi que par un nombre d'habitants par pharmacie plus élevé à La Réunion. (45)

Cette différence est également relevée par l'Institut d'Émission des Départements d'Outre-Mer dans son analyse de 2017 du modèle économique des pharmacies réunionnaises. Il a été montré que la moitié des pharmacies réalise un chiffre d'affaires de plus de 1,9 million d'euros, contre 1,7 million d'euros au niveau national. (46) Il est à noter que 26 officines à La Réunion ont un CA inférieur à 1 million d'euros et restent opérationnelles.

On retrouve à La Réunion un meilleur taux de marge et moins de pharmacies avec une évolution négative de ce taux. Comme en France hexagonale, les écarts de taux de marge entre pharmacies sont très importants. Cette rentabilité plus élevée à La Réunion peut s'expliquer par l'application du coefficient multiplicateur au prix des médicaments.

En 2015, les deux tiers des pharmacies sont gérés sous forme de sociétés (la moitié en France hexagonale). Le tiers restant regroupe principalement des officines sous statut d'entreprise individuelle. La forme juridique des officines réunionnaises a connu de profonds changements ces dernières années. Entre 2000 et 2015, la part des pharmacies exploitées sous forme de société a doublé. Elle est ainsi devenue prépondérante, notamment sous la forme de sociétés d'exercice libéral, forme juridique qui permet aux membres des professions libérales d'exercer leur activité sous statut de société de capitaux.

Il faut cependant noter que les pharmaciens réunionnais doivent s'adapter à la population, globalement moins aisée financièrement qu'en France hexagonale (36% de taux de pauvreté). Il est nécessaire de rappeler que 35 % des personnes rapportent un problème de santé chronique ou à caractère durable. (47) Dans ce contexte, les pharmacies jouent un rôle crucial dans l'accompagnement des patients dans leur parcours de santé, en développant des initiatives telles que les dépistages du diabète et les entretiens d'éducation thérapeutique.

La logistique de l'approvisionnement en médicaments présente également des spécificités auxquelles les pharmacies doivent s'adapter. Une analyse approfondie des différentes voies d'importation, de leur durée et de leur coût est nécessaire pour optimiser l'approvisionnement, tout en respectant les normes et en minimisant les coûts. La gestion des stocks et les négociations de délais de paiement avec les fournisseurs sont également des aspects cruciaux à maîtriser pour assurer la viabilité et la rentabilité de l'exploitation.

Malgré une solvabilité généralement satisfaisante pour la moitié des pharmacies, des signes de fragilité apparaissent, se manifestant par des impayés et des procédures collectives. Cette situation reflète les risques associés à l'évolution du modèle économique des pharmacies.

3. DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Obtenir la meilleure adéquation possible entre l'offre en professionnels de santé et les besoins de soins de la population sur l'ensemble du territoire est un enjeu majeur.

Il est important de rappeler que si le nombre de professionnels de santé en exercice est bien sûr un déterminant important pour assurer la couverture sanitaire de la population, il n'est pas suffisant pour assurer une répartition territoriale et un accès aux soins équitables. Les politiques d'amélioration de l'accès aux soins, d'incitation et de régulation de la formation et de l'exercice dans les zones sous-médicalisées sont indispensables pour atteindre cet objectif de répartition.

Un des indicateurs utilisés est la densité médicale qui désigne le nombre de médecins par rapport à la population d'un territoire donné.

Elle permet d'appréhender l'offre de soins en déterminant, pour une population concernée, si elle est excédentaire ou déficitaire par rapport à des moyennes régionales ou nationales. C'est donc une variable essentielle pour analyser l'état du système de santé.

La densité médicale varie entre régions, départements et même bassins de vie. Une faible densité de professionnels de santé au sein d'un bassin de vie peut entraîner :

- des difficultés d'accès liées à l'absence de praticiens ou à leur éloignement ;
- de très longs délais de rendez-vous chez les professionnels de santé présents, ce qui peut conduire certaines personnes à renoncer aux soins ;
- des difficultés de permanence des soins durant les périodes ou les horaires de fermeture des cabinets médicaux. Cela alourdit la fréquentation des services d'urgence des hôpitaux pour des actes ou des pathologies qui ne relèvent pas de leurs missions premières.
- la nécessité de maintenir une permanence de médecins libéraux (médecins de garde).

(48)

Les deux principales sources de données permettant de connaître la démographie des professionnels de santé sont le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et le répertoire Adeli (automatisation des listes).

Il y a une forte corrélation territoriale entre offre officinale et médicale. Il faut noter que 97% des officines de France hexagonale sont installées sur une commune ayant au moins un médecin généraliste. De façon comparable, 92% des médecins généralistes sont installés sur des communes équipées d'une pharmacie. On recense 600 communes équipées d'une officine mais ne possédant pas de médecin généraliste. Dans 92% des cas, ces communes comptent moins de 2500 habitants et dans 98% des cas, il n'y a qu'une seule officine sur la commune. (11)

3.1. Démographie médicale & paramédicale

3.1.1. Panorama de la démographie de professionnels de santé à La Réunion

La Réunion est un territoire globalement attractif pour les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Elle dispose d'une densité médicale proche des moyennes nationales en 2021 :

- 142 médecins généralistes pour 100 000 habitants, densité en hausse constante ces dernières années, contre 133 pour l'hexagone,
- 168 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, contre 178 pour l'hexagone. (49)

La dynamique est positive avec des installations régulières (+13% de médecins généralistes libéraux entre 2010 et 2020), mais présente une répartition inégale sur le territoire avec une forte installation des professionnels dans l'Ouest et le Sud de l'île. Toutefois, la démographie est vieillissante : presque 40% des médecins généralistes libéraux ont plus de 55 ans en 2022 et 26% plus de 60 ans. Ceci laisse craindre une dégradation à terme de la densité de professionnels médicaux, dans un contexte national de baisse de la démographie médicale pour encore quelques années, dans l'attente des effets de la suppression du numéris clausus. (39)

De plus, l'offre de spécialistes libéraux est nettement en deçà des moyennes hexagonales (63 contre 83 en 2020 pour 100 000 habitants) mais progresse chaque année.

De même, la densité de professionnels paramédicaux (infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures podologues et orthoptistes) est supérieure à l'Hexagone. Les

nouvelles installations d'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes sont soumises à des régulations conventionnelles dans les zones sur-dotées qui couvrent actuellement plus de 90% du territoire (100% pour les infirmiers). (39)

Les établissements sanitaires publics et privés rencontrent moins de difficultés à recruter qu'en France hexagonale, même si certaines spécialités sont en tension du fait de la petitesse des effectifs. A contrario, les établissements et services médico-sociaux sont davantage confrontés à des vacances de poste et à un *turn over* important.

Dans l'ensemble, les métiers de la santé disposent d'une formation accessible à La Réunion, à l'exception des cursus d'odontologie, de pharmacie, d'orthophonie et de préparateur en pharmacie.

Depuis 2012, La Réunion dispose d'un CHU et d'une UFR de Santé, permettant de former localement les futurs médecins (1^{er} et 3^{ème} cycles), et dorénavant d'un 2^{ème} cycle complète le cursus de formation depuis la rentrée 2023. Les effectifs des internes en médecine sont en augmentation : 81 internes en 2012, 100 en 2014 et 141 en 2022 mais l'offre de formation sur l'île pour les spécialités médicales et chirurgicales reste incomplète du fait de l'insuffisance d'hospitolo-universitaires. Pour certaines spécialités, le cursus d'internat oblige encore à des stages inter-CHU en France hexagonale.

Les capacités de formation médicale restent cependant insuffisantes par rapport aux besoins anticipés de médecins pour le territoire pour les prochaines années. La Réunion doit rester attractive pour favoriser l'installation de médecins venant des autres régions.

3.1.2. Répartition des professionnels sur le territoire

95 % des Réunionnais sont à moins de 10 minutes en voiture du médecin généraliste le plus proche. Les Réunionnais consultent également plus souvent les praticiens de premier recours que les hexagonaux ou les autres ultramarins, en particulier les infirmiers (deux fois plus).

La répartition territoriale des professionnels de santé libéraux est inégale : l'Ouest présente la plus forte densité de médecins généralistes libéraux (116 praticiens pour 100 000 habitants) alors que les Hauts et l'Est sont en net retrait (83 praticiens pour 100 000 habitants dans l'Est).

Certaines zones de l'île ont été classées comme « zones d'intervention prioritaires » par l'ARS où l'offre de soins est jugée insuffisante notamment en matière de médecins généralistes. Il s'agit des cirques de Cilaos et Salazie, et plusieurs zones de La Possession, Saint-André, Sainte-Suzanne, Sainte-Anne, Saint-Benoît mais aussi Saint-Joseph, Saint-Denis ou encore Saint-Paul. (50)

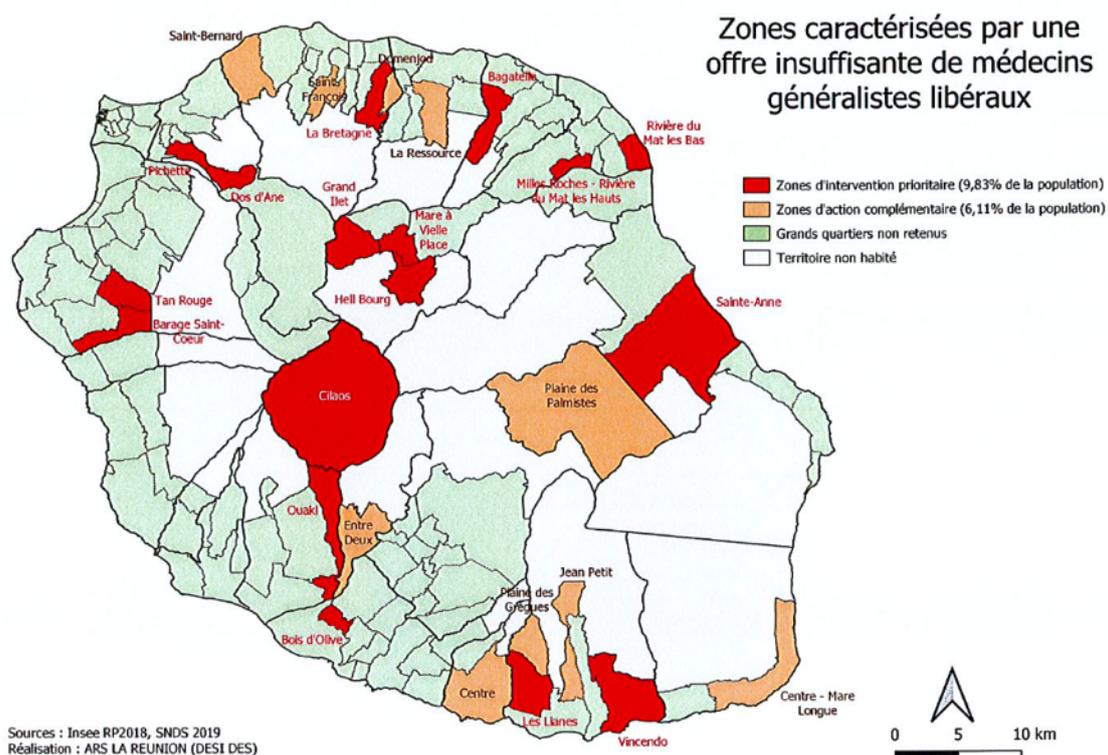


Figure 7 : Zones caractérisées par une offre de soin insuffisante ou difficulté d'accès aux soins concernant la profession de médecins généralistes libéraux (arrêté n°248/ARS/2022)

Des mesures incitatives (aides à l'installation, rémunération complémentaire...) sont déployées à La Réunion pour une meilleure répartition de l'installation des médecins en particulier dans les Hauts et dans les cirques.

Hormis les sage-femmes, les spécialistes (ophtalmologues, psychiatres, gynécologues, pédiatres) sont plus rares à La Réunion. Outre leur faible densité, ils s'installent le plus souvent dans les centres-villes des grandes communes. Les temps d'accès sont alors 3 fois plus longs que pour consulter un généraliste. L'accès aux professionnels de santé est inégalitaire : la situation des habitants de l'Est mais aussi des Hauts de l'île ou du Sud rural est moins favorable que celle du Nord, de l'Ouest et du Sud.

Néanmoins il faut noter que les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes sont plus présents sur l'île que sur le territoire hexagonal et couvrent toutes les microrégions. Ils peuvent représenter un vivier intéressant dans la mise en place de nouveaux modes d'exercice innovants.

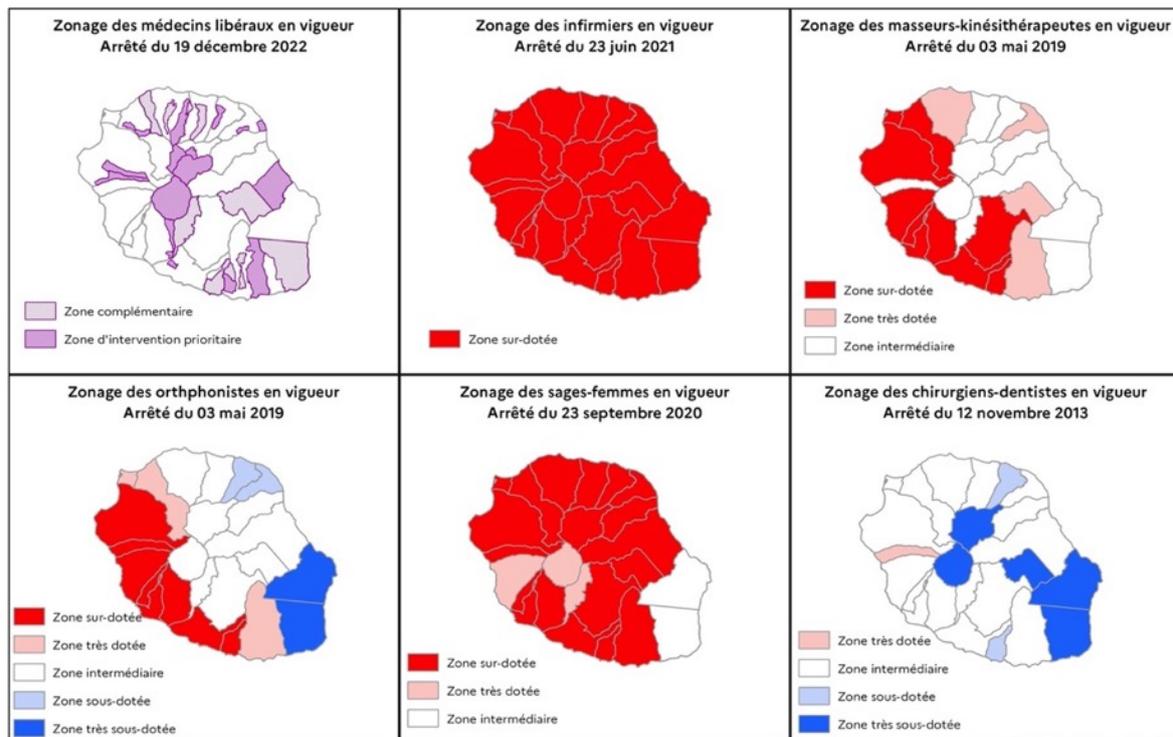


Figure 8 : Zonage par profession de santé libérale à La Réunion

3.1.3. La particularité du zonage des médecins et des chirurgiens-dentistes à La Réunion

La définition des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin à La Réunion bénéficie d'une dérogation par rapport à la méthodologie nationale en se référant aux « grands quartiers » plutôt qu'aux « territoires santé-vie ». Pour les médecins, cette dérogation est acquise depuis 2018 et cela est défini par l'arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Le zonage des chirurgiens-dentistes répond aux mêmes dispositions : « A La Réunion, la sélection des zones peut s'effectuer sur l'ensemble du territoire au niveau des grands quartier » selon l'arrêté du 20 mars 2024 relatif à la méthodologie applicable à la profession de chirurgien-dentiste pour la détermination des

zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Récemment, il n'est pas encore mis en œuvre au niveau local.

Sur l'ensemble du territoire français ces zones sont caractérisées en territoire de vie-santé construit autour d'un pôle d'équipements et de services. Chaque commune appartient à un et à un seul territoire de vie-santé à l'exception des arrondissements de Paris, de Lyon et de Marseille qui constituent des territoires de vie-santé à part entière.

Or, l'échelle communale à La Réunion n'est pas la plus adaptée puisqu'elle ne tient pas compte des reliefs de l'île. Les Bas seront, la plupart du temps, plus pourvus en professionnels que les Hauts sans que cela puisse apparaître à l'échelle de la commune. Les 870 000 habitants se répartissent en effet sur seulement 24 communes.

La notion de « grand quartier » reprise pour les médecins et chirurgiens-dentistes est définie par l'INSEE comme « un groupement de plusieurs îlots contigus à l'intérieur d'une même commune. Lorsque cette commune est partagée en plusieurs cantons, les limites de quartiers peuvent ne pas respecter les limites de cantons. » Ces grands quartiers respectent des normes de population. (51)

Le découpage est donc infra-communal, plus adapté aux reliefs de l'île et à l'étendue des communes qui, pour la plupart, présentent un littoral fortement peuplé avec une bonne densité de professionnels de santé et des Hauts ou écarts avec des îlots d'habitats moins nombreux et une moindre offre de professionnels de santé.

Le zonage des médecins et des chirurgiens-dentistes se définit en grand quartier spécifiquement à La Réunion. Une dynamique d'adaptation du zonage des autres professionnels de santé se dessine ces dernières années à La Réunion.

3.2. L'essor de l'exercice coordonné

Actuellement, le système de santé souffre de cloisonnement, d'un manque de coordination et d'une communication inefficace entre les acteurs. L'exercice coordonné, que ce soit à travers des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des centres de santé ou des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), représente un levier essentiel pour améliorer l'accès aux soins et garantir une présence médicale durable et continue. Il rend l'exercice libéral

plus attractif pour les nouveaux praticiens et facilite la collaboration entre les professionnels de la santé. (52)

L'engouement croissant pour les MSP à La Réunion illustre cette évolution vers un exercice en équipe, répondant aux attentes des professionnels de santé établis ou en cours d'installation. Il est également important de prendre en considération l'évolution des aspirations des professionnels, notamment des nouvelles générations, en ce qui concerne l'équilibre entre vie professionnelle, vie personnelle et le souhait d'un exercice moins solitaire. Il faut également noter que depuis la fin de l'année 2022, six CPTS sont en fonctionnement et couvrent l'intégralité du territoire de La Réunion. Les métiers de la coordination de parcours émergent et nécessitent des formations adaptées.

La crise COVID a également souligné la nécessité de disposer d'une réserve de professionnels de santé pouvant être mobilisés rapidement en renfort. Les protocoles de coopération et le renforcement des compétences des professionnels paramédicaux semblent constituer une réponse à ce défi, en permettant une meilleure coordination des équipes autour des patients et en répondant aux attentes des paramédicaux en matière de responsabilité et d'autonomie. Cependant, ces protocoles ne sont pas encore largement adoptés par les professionnels de santé.

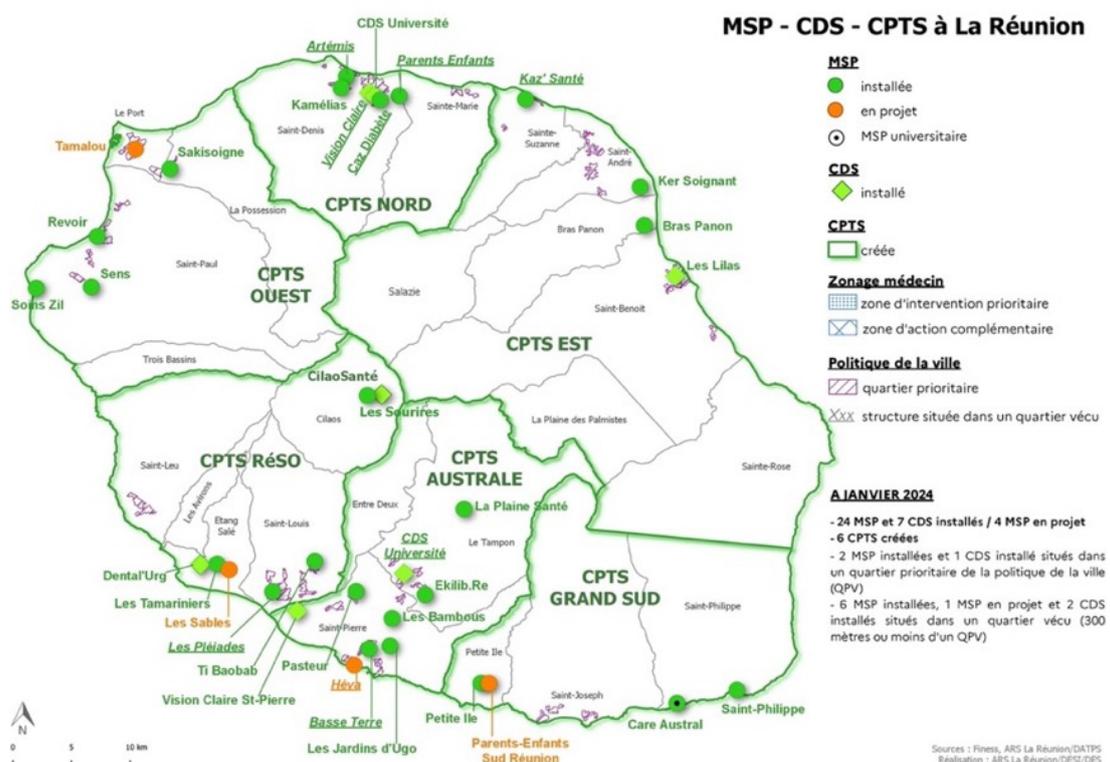


Figure 9 : Cartographie des formes d'exercice coordonné à La Réunion en 2024

Cette pluralité des modes d'exercice qui émergent est une véritable aubaine pour les officines. Cela permet d'optimiser le temps de travail, faciliter les interactions entre les professionnels de santé et de sécuriser l'exercice. S'installer à proximité d'une maison de santé est la meilleure des façons de se protéger contre le risque de désertification médicale, de sécuriser l'économie de l'officine et d'entrevoir des perspectives de développement.

L'organisation en MSP permet également le développement des protocoles de coopération. Tout patient de l'officine peut bénéficier de ces protocoles dans la mesure où il accepte la prise en charge par un binôme pharmacien-médecin ayant signé le protocole et appartenant à la même structure (MSP ou CPTS). Les avantages sont donc aussi pour les patients qui bénéficient alors d'une offre de soins de proximité, d'un lieu de prise en charge la plus globale possible, d'une continuité de soins tout au long de l'année et d'un parcours de soins simplifié.

Cependant, il est à noter qu'aucune réglementation ne contraint l'implantation d'une MSP. Ces dernières bénéficient d'une grande liberté dans le choix de leur lieu d'installation, contrairement aux officines qui doivent respecter des règles strictes. Il est courant que ces maisons s'installent dans des locaux situés en périphérie des centres-villes, où le foncier est moins cher, et parfois sans pharmacie à proximité. Cela pourrait pourtant améliorer l'accès aux soins pour les patients. Les ARS ne disposent d'aucun levier pour mieux articuler ces implantations.

PARTIE III : LA REGULATION DU MAILLAGE OFFICINAL A LA MAIN DES ARS

1. ROLE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS DANS LA STRUCTURATION DU RESEAU PHARMACEUTIQUE

1.1. L'Agence Régionale de Santé de La Réunion

Créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009, les Agences Régionales de Santé (ARS) constituent le relais du ministère de la santé dans les régions.

Créée le 1er janvier 2020, l'Agence Régionale de Santé de La Réunion joue un rôle central dans la coordination et la mise en œuvre des politiques de santé sur le territoire de l'île de La Réunion.

Sous tutelle des ministères de la Santé et de la Prévention, des personnes âgées et handicapées, c'est un établissement public doté d'une autonomie administrative et financière.

Avant 2020, c'était l'Agence de santé Océan Indien qui était compétente à la fois sur La Réunion et sur Mayotte.

L'ARS a deux grandes missions :

- **La protection de la santé des populations en région, par le pilotage et la mise en œuvre :**
 - des dispositifs de veille et de sécurité sanitaire ainsi que d'observation en santé,
 - des actions de prévention et de promotion de la santé,
 - des plans de gestion des crises sanitaires avec la Préfecture.
- **L'amélioration du système de soins et de prises en charge grâce à :**
 - la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier,
 - une meilleure répartition de l'offre pour un meilleur accès aux soins et aux services,

- l'optimisation des ressources de santé. (53)

L'ARS veille ainsi à la cohérence des actions de santé à l'échelle régionale, en collaboration avec les acteurs locaux du secteur médical, paramédical, social et associatif. Elle intervient dans de multiples domaines, tels que la prévention des maladies, la surveillance épidémiologique, la gestion des crises sanitaires, l'organisation des parcours de soins, l'amélioration de l'accès aux soins, la promotion de la santé mentale.

Elle est également chargée d'allouer les ressources budgétaires en fonction des besoins de la population et des priorités de santé définies au niveau national. Elle collabore étroitement avec les établissements de santé, les professionnels de la santé, les collectivités locales, ainsi que les associations et organismes œuvrant dans le domaine de la santé.

L'ARS La Réunion s'engage également à adapter les politiques de santé aux spécificités et aux défis du territoire ultramarin. Elle travaille en étroite relation avec les autres ARS de France hexagonale et d'outre-mer, tout en prenant en compte les particularités culturelles, sociales et géographiques propres à La Réunion.

Pour mener à bien ses missions, l'ARS est organisée plusieurs directions :

- Direction Générale (DG)
- Direction de l'Animation Territoriale et des Parcours de Santé (DATPS)
- Direction de la Régulation et de la Gestion de l'Offre de Santé (DRGOS)
- Direction de la Veille, de la Sécurité Sanitaire, Santé et Milieux de Vie (DVSS - SMV)
- Direction des Etudes et des Systèmes d'Information (DESI)
- Direction des Ressources Humaines et Affaires Générales (DRHAG) (54)

C'est au sein de la Direction de la Veille, de la Sécurité Sanitaire qu'est mise en œuvre plus spécifiquement la régulation des officines de l'île.

1.2. Évolution du Code de la Santé Publique et suppression de l'intervention préfectorale

Précédemment à la mise en place des ARS, le représentant de l'État (préfet) avait la charge de la régulation du réseau officinal.

En 1995, l'article L570 précise que « *toute ouverture d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le représentant de l'Etat dans le département après avis du conseil régional de l'ordre des pharmaciens et du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.* »

Seuls les avis du directeur de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), service déconcentré de l'État avant la création des ARS, et du conseil régional de l'ordre des pharmaciens étaient donc requis. Les syndicats ne sont pas consultés.

Par la suite, à partir du 22 juin 2000, c'est l'article L5125-4 qui est en vigueur. Il précise que « *toute création d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre et tout regroupement d'officines sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le représentant de l'État dans le département* ». Cette version est valable jusqu'au 26 février 2010.

Apparaît alors l'avis « *des syndicats représentatifs de la profession et du conseil régional de l'ordre des pharmaciens ou, dans le cas des départements d'outre-mer et de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, du conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens* ». Ces avis sont les mêmes requis aujourd'hui.

La loi HPST du 21 juillet 2009 définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale avec la création d'un nouvel acteur dans le paysage de la régulation de la santé : les Agences Régionales de Santé.

Dès le 26 février 2010, l'article L5125-4 évolue. Désormais, « *toute création d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre et tout regroupement d'officines sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé (...) après avis du représentant de l'État dans le département* »

Entre 2010 et 2018, on observe donc une période où l'ARS a alors la charge de la répartition des officines sur son territoire mais où le préfet de département pouvait également donner son avis.

L'ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018 ne fait plus mention du représentant de l'État. Elle place ainsi le directeur général de l'ARS comme seul régulateur du réseau pharmaceutique et lui confère un rôle essentiel dans l'identification des quartiers nécessitant une attention particulière.

1.3. Desserte optimale en médicaments

La demande de transfert ne sera autorisée que si elle satisfait à l'optimalité en médicament, dans un objectif de santé publique et donc de service public.

Cette desserte optimale par quartier va être envisagée sous deux angles.

Le premier critère qualitatif d'appréciation de la demande de transfert est positif. L'ouverture d'une pharmacie doit **permettre d'assurer une desserte en médicaments optimale** au regard des besoins de la population résidente et du lieu d'implantation : appréciation au regard du quartier d'accueil. Le second critère qualitatif d'appréciation de la demande de transfert est négatif. Les transferts **ne doivent pas compromettre** l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente du quartier, de la commune ou des communes d'origine : appréciation au regard du « quartier d'origine ».

1.3.1. Quartier d'origine

Les transferts et regroupements d'officines seront autorisés sous réserve de ne pas compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente du quartier, de la commune ou des communes d'origine.

Cette compromission est clairement définie à l'article L. 5125-3 du CSP :

« L'approvisionnement en médicaments est compromis lorsqu'il n'existe pas d'officine au sein du quartier, de la commune ou de la commune limitrophe accessible au public par voie piétonnière ou par un mode de transport motorisé répondant aux conditions prévues par décret, et disposant d'emplacements de stationnement. »

Il convient donc d'évaluer les possibilités dont dispose la population pour rejoindre l'officine la plus proche.

L'Instruction DGOS/R2 n° 2015-182 du 2 juin 2015 relative à l'application des articles L.5125-3 et suivants du code de la santé publique concernant les conditions d'autorisation d'ouverture d'une pharmacie d'officine par voie de création, transfert ou de regroupement apporte des précisions sur la notion de compromission :

« Pour apprécier si l’approvisionnement en médicaments du quartier d’origine est ou non compromis, il convient d’évaluer les possibilités dont dispose la population pour rejoindre l’officine la plus proche. En l’absence de jurisprudence, il conviendra d’estimer :

- la densité en officines de la commune, du quartier ou de l’IRIS d’origine;
- la distance, évaluée en temps de trajet, entre l’ancien et le nouvel emplacement de l’officine concernée, s’il s’agit de la seule officine du quartier ou de la commune;
- la distance à laquelle se situe l’officine la plus proche;
- un temps de trajet raisonnable en fonction de l’environnement (rural ou agglomération),
- la proportion des personnes âgées (population âgée de plus de 65 ans) au sein de la population potentiellement desservie par l’emplacement d’origine de l’officine » (55)

1.3.2. Quartier d’accueil

L'article L. 5125-3-2 du CSP énonce trois critères **cumulatifs** essentiels pour évaluer l'optimalité de la desserte pharmaceutique :

1. L'accès à la nouvelle officine doit être aisé eu égard à sa visibilité, aux aménagements piétonniers qui la bordent, à la présence d'emplacements de stationnement et à sa desserte par les transports en commun.
2. Les locaux doivent remplir les conditions nécessaires à l'accessibilité des personnes à mobilité réduite.
3. Si, et seulement si, le transfert s'effectue dans une autre commune ou dans un autre quartier d'une même commune, la nouvelle officine doit approvisionner la même population résidente ou une population résidente jusqu'ici non desservie en médicaments ou une population résidente déjà desservie dont l'évolution démographique est avérée ou prévisible

Si les deux premiers critères sont généralement aisément pris en compte lors des transferts ou regroupements, c’est le troisième critère de l’article 5125-3-2 qui est sujet à discussion. En effet, il est nécessaire que la nouvelle officine approvisionne la même population résidente ou une population résidente jusqu’ici non desservie ou une population résidente dont l’évolution démographique est avérée ou prévisible au regard des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collectifs. Ce troisième sous critère est apparu avec l’ordonnance de 2018. Il est lié à la démographie et implique une analyse des besoins de la population.

L'article L. 5125-3-3 est essentiel car il précise :

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 5125-3-2, le caractère optimal de la réponse aux besoins de la population résidente est apprécié au regard des seules conditions prévues aux 1° et 2° du même article dans les cas suivants :

1. Le transfert d'une officine au sein d'un même quartier, ou au sein d'une même commune lorsqu'elle est la seule officine présente au sein de cette commune ;
2. Le regroupement d'officines d'un même quartier au sein de ce dernier. »

Le troisième sous critère populationnel **n'est donc plus requis par l'ARS lors d'un transfert à l'intérieur d'un même quartier**. C'est donc sur la définition de quartier que repose un certain nombre d'enjeux.

1.4. Obligation de définir la notion de quartier

La notion de quartier est apparue en 1987 dans la réglementation relative aux conditions d'autorisation des officines, par application de la Loi n°87-588 du 30 juillet 1987, au sein de l'article L. 570 du CSP alors en vigueur (recodifié en juin 2000 en L.5125-4) :

« Les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines. »

Communément cité dans de nombreux codes (code général des collectivités territoriales, code général des impôts, code de la sécurité intérieure, code de commerce ...), le « quartier », bien qu'étant l'élément géographique de référence, ne bénéficie d'aucune définition juridique ni indication précise pour le délimiter contrairement aux IRIS ou aux Grand Quartiers.

Une définition correcte du quartier par l'autorité administrative est cependant primordiale en matière de transfert d'officine puisqu'elle conditionne la mise en œuvre du 3° de l'article L. 5125-3-2 relatif au caractère optimal de la desserte.

L'article L. 5125-3-1 du CSP précise que le quartier doit être défini en fonction de son unité géographique et de la présence d'une population résidente, sans pour autant apporter de définition plus spécifique. L'ordonnance de janvier 2018 dispose en outre que cette unité

géographique est déterminée par des limites naturelles, communales ou par des infrastructures de transport.

Cette définition des quartiers, impliquant une cartographie systématique, est essentielle comme le confirme l'article L. 5125-18 du Code de la Santé Publique, puisque toute création, tout transfert ou regroupement d'officine doit prendre la forme d'un arrêté, et ce qu'il s'agisse d'une décision d'autorisation ou de refus. Si les quartiers ne sont pas définis par l'ARS c'est une erreur de droit, et l'arrêté encourt l'annulation.

Les conclusions du rapporteur public du tribunal administratif de Strasbourg Arnaud Lusset mettent en lumière qu'un découpage trop fin des quartiers entraînerait une prise en compte quasi systématique du critère démographique, annulant l'assouplissement introduit par l'ordonnance de janvier 2018. À l'inverse, un découpage trop large masquerait artificiellement ce critère, permettant aux pharmaciens de transférer leurs officines sans tenir compte des besoins de la population. (56)

Le quartier, communément admis en tant qu'échelle de vie humaine et quotidienne, reste pertinent. C'est une échelle appropriée pour représenter les besoins des habitants et donc l'implantation des pharmacies, structures de santé de proximité. Toutefois, tout repose sur la définition précise des quartiers par les directeurs généraux d'ARS, afin d'assurer une répartition équilibrée et donc une desserte pharmaceutique optimale en réponse aux besoins de la population.

1.4.1. Appréhender juridiquement la notion de quartier

La délimitation d'un quartier soulève immédiatement la question des critères permettant de le définir. Pour déterminer sa limite, il est nécessaire de comprendre sa composition.

Selon le dictionnaire des politiques territoriales, les quartiers désignent souvent les zones du territoire bénéficiant de dispositifs spécifiques d'aide de l'État en matière d'action sociale et d'urbanisme dans le cadre de la politique de la ville. Cependant, le quartier revêt diverses réalités. En tant que fragment homogène de la ville délimité dans l'espace, il reflète les relations sociales. De plus, en tant qu'espace vécu, il est un support pour explorer les identités sociales urbaines. (57)

Les caractéristiques sociodémographiques des habitants, la fonction du quartier dans la ville (quartier d'affaires, quartier résidentiel, etc.), et sa morphologie spatiale (type de bâti) sont des éléments permettant d'identifier et de différencier les quartiers dans la ville.

Le quartier est une échelle de travail centrale pour assurer le maillage pharmaceutique, mais sa définition repose souvent sur des références extra-juridiques. Il est souvent couramment défini comme les divisions administratives d'une ville ayant une certaine unité et certaines caractéristiques. (58)

En sociologie, le quartier a longtemps été associé à la communauté, tandis qu'en géographie, il est perçu comme une fraction du territoire d'une ville avec une physionomie propre et des caractéristiques distinctives. Plusieurs critères fluctuants peuvent être utilisés pour le délimiter, notamment la configuration des sites, la période de construction initiale, la typologie des bâtiments, les fonctions principales exercées, la répartition des groupes sociaux ou économiques, et la séparation des groupes ethniques. (59)

Le quartier est donc étudié à travers différentes disciplines, chacune mettant en avant différents aspects tels que la morphologie, l'histoire, les solidarités sociales, les pratiques des habitants, les espaces publics, les limites géographiques, et l'organisation politique et institutionnelle.

En complément des textes, le juge administratif a précisé :

- ce que recouvre l'« unité géographique » en mettant en avant la « spécificité urbaine ou démographique » (Tribunal administratif de Lille, 7ème chambre, 23 septembre 2022, n° 1909077). (60)
- et également les frontières naturelles ou urbaines qui peuvent en délimiter les contours »

Le rapporteur public du tribunal administratif de Strasbourg, Arnaud Luset, dans son analyse sur la contestation d'une demande de transfert, précise que l'ARS Grand Est a défini un quartier étendu comprenant « un centre historique très commerçant, à l'architecture typiquement alsacienne, des friches industrielles, des habitats populaires, des zones résidentielles, ou encore de nouveaux espaces urbains en plein développement économique (ZAC...). » Il conclut que ce quartier ne présente alors « aucune unité géographique et humaine. ». Le rapporteur a axé son analyse sur la nature des quartiers (56)

Cette analyse du rapporteur public a été d'ailleurs reprise dans le jugement du tribunal administratif : « la zone ainsi définie s'étend sur une superficie d'environ six kilomètres carrés, compte près de 30 000 habitants, soit près du tiers de la population mulhousienne, regroupe dix-sept îlots regroupés pour des indicateurs statistiques (IRIS) et concentre dix-huit des trente-cinq officines de pharmacie implantées dans la commune. Ce quartier ne présente ainsi aucune continuité, aucune homogénéité géographique, urbanistique et humaine. »

Le juge administratif par son jugement, vient compléter les dispositions du Code de la Santé Publique sur la taille, la nature d'un quartier afin de préciser la notion d'unité géographique et humaine. (Tribunal administratif de Strasbourg, 22 février 2022, n° 2101392)

1.4.2. Préconisations du ministère en charge de la santé dans la définition des quartiers

La notion de quartier peut recouvrir des réalités différentes et s'adapte à divers types de territoires. De plus, le périmètre d'un quartier n'est pas définitivement figé dans le temps et peut s'agrandir au regard d'une urbanisation croissante.

IRIS et quartiers

Pour les communes bénéficiant d'un découpage en IRIS (îlots regroupés pour l'information statistique) la mention des IRIS concernés par le quartier d'accueil est un élément pouvant être pris en compte pour estimer les besoins de la population dudit quartier. Ainsi, le quartier peut recouvrir un ou plusieurs IRIS. Cependant, l'IRIS n'est pas un élément suffisant et déterminant. Le Directeur de l'ARS ne peut retenir que les seules données chiffrées relatives IRIS, définies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Leur vocation est statistique et n'établit donc pas une unité géographique et humaine aux zones qu'elles comprennent (CAA Nancy, 4e chambre, 13 novembre 2018, n°17NC01154). Il revient donc à l'ARS de délimiter le ou les quartiers concernés par une demande d'autorisation, par une application au cas par cas de ces éléments.

Ce qui ne définit pas un quartier

La notion d'infranchissabilité, souvent retenue pour délimiter un quartier, n'est pas précisée dans les textes. Doivent être étudiées les caractéristiques de la communes, la présence de limites naturelles ou communales et des infrastructures de transport (fleuves, voies ferrées, réseau

autoroutier, voies de communication) afin de déterminer l'unité géographique nécessaire à la définition du quartier. Une évolution jurisprudentielle plus souple a admis qu'en présence d'un passage souterrain ou d'un pont, un même quartier pouvait être réparti de part et d'autre d'un fleuve ou d'une voie ferrée. S'il est admis que les axes particulièrement difficiles à traverser (autoroutes, périphériques...) constituent une délimitation de quartier, une simple voie peut aussi être utilisée pour délimiter un quartier.

De plus, aucune précision sur la densité du quartier n'est faite mention dans les textes. La densité ne peut donc à elle seule définir le périmètre du quartier.

Ce sont les « limites naturelles ou communales ou aux infrastructures de transports » qui permettent de lui reconnaître une unité géographique au sein de laquelle la population résidente peut être plus ou moins importante.

2. ANALYSE DES JURISPRUDENCES A LA REUNION

Les jurisprudences sur les transferts d'officine viennent compléter l'ordonnance de 2018. Nous allons plus particulièrement étudier les jurisprudences relatives à La Réunion bien que l'ensemble des jurisprudences sont en réalité à prendre en compte lors de demandes de création, transfert ou regroupement d'officine.

Les principaux motifs d'annulation retenus par les juridictions sont :

- La définition du quartier : Les demandeurs de transfert cherchent souvent à rester dans le même quartier pour éviter les contraintes liées à la population. Or, cette possibilité ne se limite pas à un à un simple tracé des limites du quartier englobant les locaux d'origine et de destination mais doit précisément résulter d'une absence d'impact sur la desserte en médicaments de la population. Cette difficulté est particulièrement prégnante lors de demandes de transferts urbains de courte distance.
- Incomplétude du dossier
- Absence de desserte en médicaments optimale au regard des besoins de la population résidente : cette notion est étroitement liée à la définition du quartier et en est souvent la conséquence.

2.1. Les jurisprudences relatives à la définition du quartier

La définition de quartier est un élément essentiel afin d'évaluer la desserte optimale en médicaments d'une population :

« Pour l'application de ces dispositions, il appartient à l'autorité administrative d'apprécier les effets du transfert envisagé non sur l'approvisionnement en médicaments à l'échelle de la commune, mais à celle du quartier d'origine et du quartier de destination de l'officine qui doit être transférée ainsi que, le cas échéant, des autres quartiers pour lesquels ce transfert est susceptible de modifier significativement l'approvisionnement en médicaments. » (Tribunal Administratif de La Réunion, 1^{ère} chambre bis, 12 janvier 2022, N°s1900657, 1900661, 1900743, 1901127)

Si les IRIS ont parfois été utilisés afin de définir les quartiers à La Réunion, le Tribunal rappelle que leur vocation n'est que statistique. Ils donnent un aperçu de la population résidente mais ne peuvent à eux seuls définir les quartiers.

« Toutefois, cette circonstance est sans incidence sur la définition du quartier d'accueil dès lors que cette unité IRIS, à vocation statistique, n'a ni pour objet, ni pour effet, de donner une unité géographique et humaine à la zone qu'elle comprend. » (Tribunal Administratif de La Réunion, 1^{ère} chambre bis, 12 janvier 2022, N°s1900657, 1900661, 1900743, 1901127)

Bien que délimités par l'INSEE, la mention des IRIS ne suffit pas à délimiter un quartier :

« Par suite, en se bornant à renvoyer aux zones IRIS, la directrice générale de l'ARS n'a pas défini le nom des voies, des limites naturelles ou des infrastructures de transports qui circonscrivent le quartier et a méconnu les dispositions de l'article L. 5125-3-1 du code de la santé publique. » (Tribunal Administratif de La Réunion, 1^{ère} chambre bis, 30 novembre 2023, N° 2100332)

Le Tribunal accorde de l'importance à la taille des quartiers définis par l'ARS ainsi que leur composition afin d'en définir l'unité géographique et humaine. Ainsi, dans une demande de transfert, le quartier défini n'a pas été retenu par le tribunal au motif qu'il était trop grand et qu'une zone agricole présente dessine en réalité plus d'un seul quartier.

« Toutefois, il ressort des pièces du dossier que le quartier unique proposé par l'ARS est très étendu et regroupe les zones « Centre-ville » et « La Convenance », qui sont séparées par une large zone agricole inhabitée. Dans ces conditions, le quartier unique proposé par l'ARS ne peut être regardé comme constituant une unité géographique au sens de l'article L. 5125-3-1 du code de la santé publique. » (Tribunal Administratif de La Réunion, 1^{ère} chambre bis, 30 novembre 2023, N° 2100332)

2.2. Les jurisprudences relatives aux critères démographiques

Afin de caractériser la desserte optimale en médicaments, le tribunal administratif de La Réunion a pu s'appuyer sur l'évolution démographique caractérisée au moyen de permis de construire délivrés.

« Par ailleurs, il ressort des pièces du dossier que celle-ci est amenée à augmenter, au regard des 96 permis de construire délivrés entre 2016 et 2019 selon la direction de l'urbanisme de (nom de la ville), pour un total estimé de 265 logements. » (Tribunal Administratif de La Réunion, 1^{ère} chambre bis, 12 janvier 2022, N°s1900657, 1900661, 1900743, 1901127)

Dans cette affaire, le transfert reposait essentiellement sur l'évolution de la population, l'article L 5125-3-2 du code de la santé publique disposant que *« 3°La nouvelle officine approvisionne la même population résidente ou une population résidente jusqu'ici non desservie ou une population résidente dont l'évolution démographique est avérée ou prévisible au regard des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collectifs. »*

Cependant, aucune précision juridique ne vient à caractériser un seuil éventuel permettant de caractériser une évolution démographique.

Ici, 96 permis de construire pour 265 logements avaient été délivrés dans le quartier visé par la pharmacie à l'initiative du transfert. Une étude de l'INSEE estime un nombre d'habitant par logement à 2,6 personnes à La Réunion. (61) Ainsi, ces nouveaux logements pourraient potentiellement accueillir environ 689 nouveaux habitants dans ce quartier. Cette évolution a été considérée comme suffisante pour qualifier une évolution démographique significative.

En 2020, un autre dossier de demande de transfert dans la commune du Port attire notre attention. Le quartier d'accueil défini par l'ARS comportait 426 habitants et aucune pharmacie. La population accède déjà à quatre pharmacies dans les quartiers environnants. Ce dossier s'est

soldé par un désistement du requérant. Il aurait été particulièrement instructif d'obtenir une décision sur le fond afin d'évaluer comment cette faible population aurait été interprétée par le tribunal et de déterminer a contrario si elle aurait été jugée suffisante pour justifier l'implantation d'une nouvelle officine. (Tribunal administratif de La Réunion, 1^{ère} chambre bis, 26 juillet 2023, N° 2100755)

3. CONSULTATION DE LA PROFESSION

3.1. Procédure de consultation

L'article. L. 5125-18 du code de la santé publique dispose que : « Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement, le directeur général de l'agence régionale de santé consulte les organisations professionnelles mentionnées à l'article L. 5125-6-1 ou, dans le cas de la Réunion, de la Martinique, de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de la Guyane et de Saint-Pierre-et-Miquelon, le conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens. »

Lorsque le dossier de demande de transfert est déclaré complet, débute alors une phase d'instruction de 4 mois.

C'est lors de cette phase que l'ARS de La Réunion sollicite pour avis :

- le Conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens (spécificité des territoires ultra marins)
- le représentant régional du syndicat SPRM (Syndicat des Pharmaciens de La Réunion et Mayotte)
- le représentant régional du syndicat USPO (Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine)

Ces instances ont un délai de 2 mois pour rendre leur avis consultatif. A l'issue de ce délai, si elles n'ont pas transmis d'avis à l'ARS celui-ci est réputé avoir été rendu.

3.2. Analyse des critères retenus par l'Ordre et les syndicats dans leurs avis

Lors de cette phase de consultation, il est intéressant de noter que le conseil de l'Ordre et les syndicats ne disposent pas de la définition de quartier de l'ARS. Leur analyse est donc fondée sur leur propre définition. Bien souvent, les délimitations proposées ne concordent pas avec celles qui seront retenues par l'ARS. Cela peut compliquer l'analyse de chacun de la demande de transfert soumise.

Les avis sont accessibles publiquement une fois que l'ARS a pris son arrêté de décision dans les dossiers de demandes de transfert.

Dans les avis recueillis, il faut noter que les délimitations du quartier ne sont pas toujours mentionnées : « *considérant que le transfert envisagé s'effectue au sein de la même commune, mais dans un quartier différent* » ou alors simplement « *considérant que le transfert envisagé s'effectue au sein de la même commune* » ou bien « *le transfert ne poserait pas de problèmes dans le quartier de départ, certes dense mais déjà richement pourvu en pharmacies et en transports en commun* » sans apporter la définition du quartier.

L'Ordre et les syndicats étudient donc également la légitimité des demandes de transferts avec des critères tels que l'évaluation de la densité en officines de la commune ou du quartier d'origine, le temps de trajet entre l'ancien et le nouvel emplacement, la distance à laquelle se situe l'officine la plus proche et les moyens d'accès (transports de tous types) du nouveau lieu d'implantation, les conditions de participation au service de garde.

Dans le cadre de ma thèse, j'ai pu participer à une réunion du bureau de la délégation de l'Ordre Réunion-Mayotte pour discuter des critères de définition des quartiers sur l'île. Il a été précisé que la délégation est consultée par le Conseil Central de la section E pour la production des avis, afin de s'appuyer sur une expertise locale. Si les conditions d'amélioration de la visibilité et de l'accessibilité de la nouvelle pharmacie sont particulièrement scrutées, l'Ordre s'attache également à observer les impacts économiques éventuels d'un transfert sur les pharmacies environnantes. Ces critères sont également présents dans les avis fournis par les syndicats. Ainsi, on peut lire dans certains avis : « *ce transfert uniquement spéculatif n'apporte rien en termes de desserte médicale et ne servirait qu'à mettre en danger les pharmacies de proximité qui desservent déjà les patients de la zone* ».

La jurisprudence a cependant confirmé que l'impact économique sur les autres pharmacies de la zone n'a pas à être pris en considération : « *la circonstance que les autres pharmacies du secteur verraient leur activité fragilisée par ce transfert est sans incidence sur la légalité de l'autorisation contestée* » (CAA LYON, 20 octobre 2011, n°11LY00106)

Une analyse du lieu d'implantation peut être également fournie comme nous le voyons ici : « *Le transfert de la Pharmacie X ne peut pas être accordé car en plus de profondément désorganiser le réseau pharmaceutique en s'implantant à proximité directe de deux cliniques, ce transfert ne répond pas aux exigences du code de la santé publique quant à la déserte pharmaceutique du quartier de départ.* » Cependant, il faut noter que le Code de la Santé Publique ne restreint nullement l'emplacement d'une pharmacie et que cette dernière peut se trouver à côté d'établissements de santé.

Les avis émis par l'Ordre et les syndicats révèlent que la notion de quartier est peu retenue pour orienter leur prise de décision, ce dernier étant rarement défini. De plus, les avis peuvent être nourris par des critères allant au-delà du cadre juridique.

4. DEFINITION DE TERRITOIRES FRAGILES

4.1. Un décret à venir

L'ordonnance du 3 janvier 2018 prévoit la publication d'un décret qui détermine les conditions dans lesquelles les territoires où l'accès au médicament pour la population n'est pas assuré de manière satisfaisante soient définis en raison des caractéristiques démographiques, sanitaires et sociales de leur population, de l'offre pharmaceutique et de son évolution prévisible, ou, le cas échéant, des particularités géographiques de la zone. Or, le décret d'application de l'ordonnance n'est pas encore paru.

Il est prévu qu'au sein de ces territoires, le maillage des officines puisse être renforcé grâce à des aides financières en vue de favoriser le maintien ou l'installation d'une officine ou un assouplissement des règles encadrant les autorisations de transfert et de regroupement.

Cet aménagement contribuera au renforcement du maillage des officines dans les communes de moins de 2500 habitants, car elles auront la possibilité d'être regroupées avec des communes

contigües afin qu'une officine soit autorisée à y ouvrir. Ce regroupement de communes devra respecter les conditions suivantes :

- Les communes sont dépourvues d'officine ;
- L'une des communes recense au moins 2000 habitants ;
- Le nombre total d'habitants des communes regroupées dépasse le seuil de 2500 habitants.

Dans les territoires identifiés comme fragiles au regard de leur offre pharmaceutique, les critères permettant d'apprécier la réponse optimale aux besoins en médicaments (prévus par l'article L. 5125-3-2 du code de la santé publique) seront adaptés. En effet, la condition de l'approvisionnement de la population résidente sera supprimée, ce qui permettra d'autoriser une ouverture auprès d'une maison de santé ou d'un centre commercial sans population résidente à proximité.

L'objectif du décret, en cours de rédaction, est donc de mettre en place une méthodologie pour identifier les territoires au sein desquels l'accès au médicament pour la population n'est pas assuré de manière satisfaisante (L. 5125-6 CSP).

L'avenir des officines en territoires fragiles est également soutenu par l'Assurance Maladie dans le cadre des négociations conventionnelles avec les syndicats de pharmaciens.

Cela est inscrit aux articles :

- L. 5125-6 du CSP : « Dans les territoires définis au I du présent article, la convention mentionnée à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale peut prévoir des mesures destinées à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique. »
- L. 162-16-1 du CSS : « La convention détermine notamment : (...) 12° Des mesures tendant à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique dans les territoires définis à l'article L. 5125-6 du code de la santé publique. »

Les conditions d'éligibilité ne sont pas encore définies. Des pistes de travail évoquent que ces pharmacies répondent aux critères suivants : être dans un des territoires listés par les arrêtés, être dans une zone ZIP médecin et avoir un chiffre d'affaires inférieur à un seuil qui reste à définir. De même, la sélection prendra en compte l'offre locale et l'expertise sur la situation

financière de ces pharmacies. Elles feront par ailleurs l'objet d'un contrat tripartite avec l'ARS et la CPAM. (62)

4.2. Impacts pour La Réunion

Les réflexions actuellement menées devraient prendre en compte un territoire qui soit au minima celui de la commune. Ce décret semble donc être un levier qui sera difficilement applicable à La Réunion. Les communes sont, en effet, étendues et peuplées, et les difficultés d'accès aux soins sont bien souvent plus importantes dans les Hauts qui ne constituent pas des communes, sauf exception, en tant que tels. Un régime dérogatoire spécifique pourrait être bénéfique s'il permettait au directeur général de l'ARS d'affiner l'échelle d'analyse pour identifier un territoire fragile qui soit infra-communal.

4.3. Exemple d'un territoire isolé, le quartier de Dos d'Âne

Le quartier de Dos d'Âne de 1495 habitants (recensement 2008), situé sur la commune de La Possession, a vu son offre médicale décliner au fil du temps. Le cabinet dentaire a fermé en 2005, le cabinet médical et infirmier en 2009. Les pouvoirs publics se mobilisent pourtant afin de maintenir un accès aux soins par la mise en place d'un local municipal de permanence de médecins exerçant à titre principal dans un autre cabinet.

À la suite de différentes demandes déposées, la pharmacie située dans ce quartier rencontre des difficultés à transférer au motif qu'elle compromet la desserte en médicament de la population du quartier d'origine si elle venait à bouger dans un autre quartier.

Pour rappel l'alinéa 3 de l'article L 5125-3 du Code de la Santé Publique précise que :

« L'approvisionnement en médicaments est compromis lorsqu'il n'existe pas d'officine au sein du quartier, de la commune ou de la commune limitrophe accessible au public par voie piétonnière ou par un mode de transport motorisé répondant aux conditions prévues par décret, et disposant d'emplacements de stationnement ; (...) »

Le Tribunal administratif de La Réunion dans son jugement n°1300620 du 13 mai 2015 précise qu'« il n'est pas contesté que les pouvoirs publics tiennent à maintenir un accès aux soins dans ce secteur isolé » et « que si la société requérante fait valoir que sa situation financière est compromise par la désertification de Dos d'Âne, une telle situation, pour regrettable qu'elle

soit, n'est pas de nature, à elle seule, à justifier le transfert sollicité » tout en précisant que les instances consultées ont « *majoritairement émis un avis défavorable à la demande de transfert* » et que « *c'est sans commettre d'erreur d'appréciation que l'Agence Régionale de Santé a estimé qu'un tel transfert aurait pour effet de compromettre l'approvisionnement normal en médicaments de la population de la zone considérée* ».

Cette pharmacie se retrouve ainsi dans l'incapacité à pouvoir transférer dans un quartier différent. En fournissant des médicaments à la population de Dos d'Âne ainsi que, de façon plus originale, au cirque de Mafate, elle joue un rôle essentiel pour les habitants, étant la seule à répondre à leurs besoins pharmaceutiques.

Dans certaines situations, le critère de compromission de la population peut donc être un obstacle au transfert vers un autre quartier, même s'il contribue à maintenir un réseau pharmaceutique efficace et à éviter les déserts pharmaceutiques. Les petites pharmacies rurales se retrouvent souvent confrontées à ce type de situation.

En l'absence de critères définissant les territoires fragiles, il est à espérer que le décret attendu sur ces territoires permettra à ce type de pharmacie de disposer des moyens d'une viabilité économique, condition de la poursuite de leur fonctionnement.

PARTIE IV : STRATEGIE TERRITORIALE D'IMPLANTATION DES OFFICINES A LA REUNION

La stratégie de régulation du réseau officinal ne peut être uniforme sur l'ensemble du territoire français. Les territoires ultramarins et ceux de l'Hexagone sont des territoires bien différents avec des caractéristiques qui leur sont propres. La Réunion ne fait pas exception.

La définition des quartiers doit répondre à ces spécificités territoriales.

1. DISCUSSION METHODOLOGIQUE AVEC L'ARS PACA

Pour établir des critères de définition des quartiers en collaboration avec l'ARS de La Réunion, il a été jugé opportun d'étudier l'action d'autres ARS depuis l'application de l'ordonnance de 2018. Dans cette optique, un échange a été mené avec les équipes de l'ARS La Réunion et le Dr Stéphanie BASSO, Pharmacien Inspecteur de Santé Publique à l'ARS Provence – Alpes – Côte d'Azur (PACA).

Le choix de la région PACA s'est avéré pertinent en raison de sa taille étendue et de sa diversité démographique et géographique. La région se distingue par des disparités socio-économiques marquées, avec d'un côté une économie dynamique et de l'autre des poches importantes de pauvreté, créant ainsi des inégalités territoriales notables.

Le territoire de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) s'étend sur une superficie de 31400 km² et se caractérise par un relief contrasté. Sa topographie influe sur son aménagement territorial et son développement économique, avec près de la moitié de sa superficie occupée par des montagnes et un littoral s'étendant sur 700 km. Un parallèle peut être fait avec La Réunion avec une concentration élevée de population et d'activités sur son littoral, une forte prédominance des zones urbaines et une expansion notable des zones périurbaines, tout en présentant une part importante de son territoire en montagne avec alors une dispersion de zones

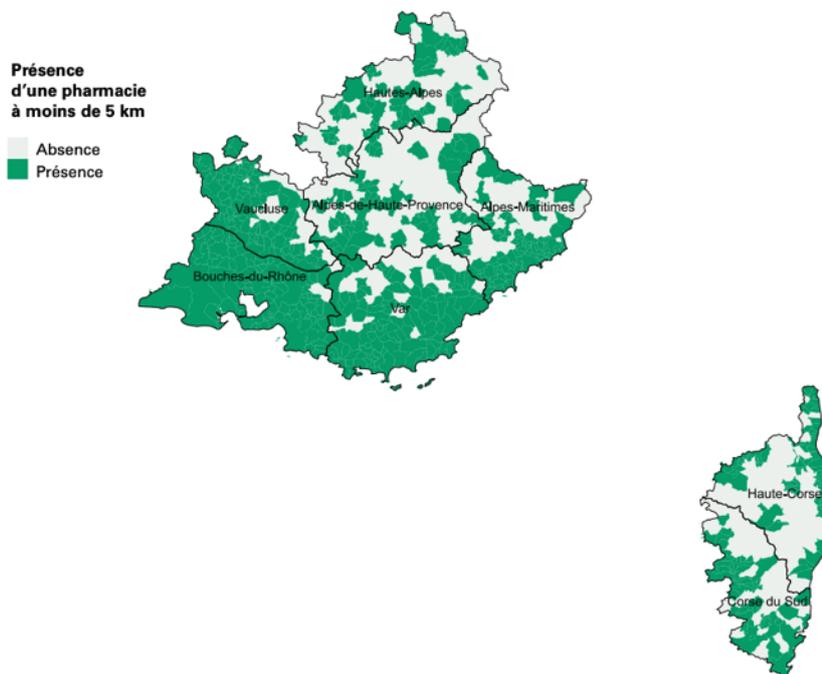
d'habitat isolées. Les quatre principales aires urbaines de PACA (Marseille et Aix-en-Provence, Nice, Toulon, Avignon) rassemblent environ 80% de la population régionale. (63)

1.1. Le maillage officinal en région PACA

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est particulièrement bien dotée en officines.

1839 pharmacies sont dénombrées sur les départements des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes, des Alpes-Maritimes, du Var, des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse. Ces 6 départements regroupent 8,3 % des officines françaises. Le nombre de personnes par pharmacie en Provence-Alpes-Côte d'Azur est de 3136. On retrouve en moyenne 36 officines pour 100 000 habitants en Provence-Alpes-Côte d'Azur – Corse tandis que la moyenne en France hexagonale est de 31 officines pour 100 000 habitants et de 28 officines pour 100000 habitants à La Réunion. (64)

ACCESSIBILITÉ DES OFFICINES : PRÉSENCE D'UNE OFFICINE À MOINS DE 5 KILOMÈTRES (À VOL D'OISEAU) PAR COMMUNE



Source : INSEE base des équipements en santé (données 2020), traitement Crédoc.
Champ : ensemble des communes de PACA - Corse.

Figure 10 : Accessibilité des officines en PACA – Corse

Comme à La Réunion, les territoires les moins bien dotés sont également ceux où l'on observe de forts reliefs. C'est également dans les régions les plus montagneuses que l'on retrouve les plus faibles densités d'habitants.

1.2. Organisation interne de l'ARS

En termes d'organisation, l'ARS PACA comporte de plus grandes équipes que l'ARS de La Réunion et dispose de plus de moyens humains. Une juriste est notamment affectée dans le service « Pharmacie et Biologie » pour les procédures d'autorisations et le traitement des recours et contentieux afférents. Trois gestionnaires sont mobilisés sur les dossiers relatifs aux transferts.

A La Réunion, la cellule produits de santé et activités biologiques comporte deux pharmaciens inspecteurs de santé publique et une gestionnaire administrative. A l'ARS PACA, c'est une dizaine de pharmaciens inspecteurs qui exercent leur fonction au sein de l'agence.

Au vu la taille du territoire, l'ARS PACA traite également plus de demandes que l'ARS La Réunion avec une cinquantaine de demandes par an contre moins de dix demandes à La Réunion.

Une méthodologie spécifique a donc été mise en place en PACA.

À chaque demande de transfert, l'intégralité des quartiers de la commune sont délimités, et non seulement le quartier d'origine et celui envisagé pour accueillir la pharmacie. Cette définition des quartiers est conçue pour demeurer stable dans le temps, afin d'être réutilisée pour de futures demandes dans la même commune.

Le processus de demande de transfert suit plusieurs étapes rigoureuses. Tout d'abord, l'ARS procède à la définition des quartiers, puis analyse la population résidante en se basant sur les IRIS. Ensuite, elle évalue également les évolutions démographiques potentielles à venir, notamment en examinant les demandes de permis de construire.

1.3. Taille des quartiers

L'ARS PACA ajuste la taille des quartiers en fonction de la densité de la population. Plus un quartier sera peuplé plus il aura tendance à être petit. Ainsi, les centres-villes sont souvent définis par des quartiers plus restreints tandis que les quartiers périphériques seront plus étendus. Les IRIS sont ainsi utilisés afin d'avoir un nombre approximatif d'habitants commun par quartier. Lorsque les frontières de l'IRIS ne coïncident pas avec celle du quartier, ce qui est le cas la plupart du temps, c'est un pourcentage de l'IRIS qui est utilisé. Il est ainsi produit un certain ratio du nombre d'habitants par officine. Si l'approche reste différenciée par commune, l'ARS tente d'appliquer ce ratio afin de maintenir un maillage optimal du réseau officinal.

Dans le cas d'une petite commune, les frontières communales peuvent suffire à définir le quartier.

1.4. Les critères de délimitation des quartiers

L'ARS PACA a retenu trois principaux critères géographiques pour la délimitation des quartiers, notamment la présence de :

- Voie ferrée
- Cours d'eau visible (les cours d'eau enterrés ne sont donc pas pris en compte)
- Infrastructures de transport telles que les autoroutes (les doubles voies et les grandes artères constituent également dans la plupart des cas une limite de quartier)

Les critères relatifs à l'existence de prescripteur, l'âge de la population, la population saisonnière ou bien la santé financière des officines environnantes ne sont pas pris en compte. En effet, ces critères ne sont pas réglementaires.

L'ARS fonde sa définition des quartiers sur l'unité géographique et la présence d'une population résidente. Lorsque le transfert est jugé inopportun par l'ARS, il n'est pas rare que cette dernière propose un autre quartier d'accueil à la pharmacie qui souhaite transférer afin que la desserte en médicaments soit plus optimale pour la population.

Par ailleurs, il a été constaté que la réalité de région PACA diffère celle de La Réunion : la majorité des demandes de transfert concernant la périphérie.

2. LES PARTICULARITES DU TERRITOIRE REUNIONNAIS

Après avoir recueillie l'expérience d'une Agence Régionale de Santé hexagonale concernant la délimitation des quartiers, il est crucial de reconnaître les particularités propres à La Réunion, qui pourraient nécessiter une adaptation des critères précédemment mentionnés.

2.1. Communes étendues

Les communes de La Réunion présentent une grande étendue territoriale. En effet, 95 % de la population réunionnaise réside dans des communes de plus de 10 000 habitants, ce qui place l'île juste après Paris, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne en termes de densité urbaine. Parmi ces communes, Saint-Denis au Nord et Saint-Paul à l'Ouest sont les plus peuplées, chacune comptant plus de 100 000 habitants. (32)

La plupart des communes réunionnaises se caractérisent par une partie urbaine située sur le littoral et à mi-pentes, ainsi que par des Hauts présentant une configuration plus rurale.

En 2016, la moitié de la population de l'île résidait sur le littoral, à une altitude inférieure à 150 mètres. Un quart habitait à mi-pente (entre 150 et 400 mètres), et un autre quart vivait dans les "Hauts" (à plus de 400 mètres d'altitude). La population des Hauts est généralement plus modeste, composée en majorité d'ouvriers, d'agriculteurs et de retraités. En revanche, le littoral présente une diversité plus marquée, avec de nombreux quartiers relevant de la politique de la ville, mais aussi des zones résidentielles accueillant des ménages plus aisés.

Le nombre de villages et de bourgs regroupés au sein de chaque commune est lui aussi important.

Chaque commune de l'île présente des caractéristiques distinctes. Saint-Denis, en tant que capitale de la région-département, est située au nord de l'île, en bordure du littoral, et compte près de 150 000 habitants. C'est le principal pôle économique de l'île, se classant ainsi au 19^e rang des communes de France.

Saint-Paul, quant à elle, est la commune la plus vaste de l'île. Elle abrite les plages les plus prisées de La Réunion à Saint-Gilles et à l'Hermitage, tout en englobant une partie du cirque

de Mafate et d'autres secteurs. La superficie de la ville de Saint-Paul est de 241,28 km². A quelques kilomètres, la ville du Port est, quant à elle, la commune la moins étendue de l'île avec 16,62km² mais comporte une forte densité de population. (65)

Saint-Benoît dispose du deuxième plus vaste territoire communal de l'île, s'étendant de la côte Est au cœur de l'île. C'est un territoire encore largement rural. (66)

Il n'est pas possible de faire de distinction entre communes rurales ou urbaines à La Réunion. La plupart des communes comprennent une aire urbaine et une aire rurale de fait de leur grande taille. Chacune a des spécificités significatives. Le découpage en quartiers, nécessaire pour réguler le réseau officiel, prend en compte les limites communales, mais doit également être plus précis pour refléter la diversité des territoires infra-communaux. Par conséquent, il n'est pas possible de délimiter des quartiers de la taille d'une commune, comme cela peut être observé en France hexagonale.

2.2. Urbanisation rapide

Le phénomène de périurbanisation, amorcé à partir du milieu des années 1980, a considérablement contribué à un étalement urbain sur l'île, une tendance qu'il est désormais nécessaire de contenir. Entre 1989 et 2008, l'expansion des zones urbaines s'est étendue de 5 800 hectares à 25 000 hectares. L'urbanisation a progressé de 2,1 % en moyenne par an, consommant en moyenne 525 hectares par an (5 000 hectares supplémentaires d'ici 2020), mais seulement la moitié de cette expansion s'est produite à l'intérieur des zones urbaines denses, avec 22 % d'espaces denses et 56 % en zones étalées. (67)

Aujourd'hui, le phénomène de périurbanisation est désormais davantage pris en compte. Dans la perspective d'un développement durable dans un espace aussi contraint que celui de La Réunion, il est devenu une préoccupation majeure. En effet, en raison des enjeux, la maîtrise de ce phénomène et la recherche d'alternatives face à une urbanisation agressive représentent des défis pour l'avenir des espaces ruraux, et plus largement pour celui de l'île.

La construction d'axes de contournement autour de certaines agglomérations (comme Sainte-Suzanne, Étang-Salé, Bras-Panon, etc.) et la voie rapide de la route des Tamarins ont contribué à rendre ces communes plus attractives. Ces nouvelles infrastructures ont encouragé la création de nouveaux espaces périphériques. La construction de la route quatre-voies dans l'Est a

également considérablement accru l'urbanisation de la ville principale au-delà de ses limites communales.

La périurbanisation a rapidement transformé les paysages ruraux de La Réunion, notamment avec une expansion notable sur le littoral, les pentes périphériques des villes, et même dans des zones de plus en plus élevées en altitude.

Cette expansion périurbaine ne remet pas directement en question les critères définis pour les quartiers dans la régulation du réseau officinal. Cependant, les pharmacies se sont principalement concentrées dans les centres-villes de l'île. Face à cette croissance démographique rapide, il peut être judicieux de décentraliser les pharmacies pour mieux répondre aux besoins de la population. Ce déplacement des pharmacies hors des centres-villes constitue un défi majeur. Néanmoins, l'étalement urbain offre des opportunités pour les transferts de pharmacies, car les pharmacies sont moins présentes en périphérie, répondant ainsi aux besoins d'une population qui a moins d'accès aux médicaments en dehors des centres urbains.

L'étude de l'évolution démographique est particulièrement importante pour la répartition des pharmacies sur l'île. Bien que les quartiers soient censés être aussi stables que possible, cette croissance démographique peut remettre en question cette stabilité.

2.3. Territoires isolés

Si La Réunion abrite de grandes villes, c'est un territoire très contrasté qui héberge également de petites communes.

Situées dans les Hauts, les Cirques et le Sud Sauvage, les petites communes de Cilaos, Entre-Deux, la Plaine des Palmistes, Salazie, Saint-Philippe, Sainte-Rose et Trois-Bassins sont bien loin des grands centres de l'île de La Réunion. En 2020, 180 000 personnes résident dans les Hauts, soit un habitant sur cinq de La Réunion. (36) Isolées et difficiles d'accès, ces territoires sont soumis à des contraintes financières importantes en raison d'une population souvent modeste et d'un contexte économique peu favorable.

Le relief, les écarts isolés et difficiles d'accès, la concentration de la population sur le littoral, la cherté du foncier, un réseau routier saturé et une insuffisance des transports collectifs sont autant de contraintes pesant sur l'accès aux soins. En effet, les personnes plus vulnérables sur

le plan socio-économique sont également plus exposées au risque de diabète et de maladies chroniques en général ainsi qu'aux risques environnementaux et aux addictions.

Le maillage officinal réunionnais doit donc chercher à réduire ces inégalités d'accès aux soins.

3. ETUDE DES CRITERES DE DEFINITION DES QUARTIERS

*« Le directeur général de l'agence régionale de santé définit le quartier d'une commune en fonction de son **unité géographique** et de la **présence d'une population résidente**. L'unité géographique est déterminée par des limites naturelles ou communales ou par des infrastructures de transport. »*

L'article 5125-3-1 du CSP précise éléments mobilisable par les ARS pour tracer les limites des quartiers. Cependant, aucune autre précision n'est disponible et le quartier en tant que telle ne repose pas sur une délimitation de référence administrativement prescrite et univoque.

3.1. Critères de définition

3.1.1. Limites naturelles

La limite naturelle désigne une ligne de démarcation naturelle ou convenue qui sert à séparer un terrain, un territoire, d'un terrain, d'un territoire contigu ou voisin. La démarcation est claire, les repères visuels évidents afin de l'identifier facilement. Les limites naturelles sont également relativement stables dans le temps. Les cours d'eau, lacs et montagnes constituent la plupart de ces limites. Ainsi, les limites naturelles retenues dans la définition des quartiers à La Réunion sont les suivantes :

- **L'océan** : bien qu'évident, l'Océan Indien qui borde l'île constitue une démarcation et la limite communale maritime.
- **Les remparts** : le terme « rempart » utilisé en géographie est une particularité de La Réunion. Il désigne des parois vertigineuses, d'âges et d'origines variées qui marquent incontestablement le relief en de grandes lignes directrices. (68) Ils peuvent se

rencontrer en bordure de rivière comme à la Rivière des Remparts ou à la Rivière des pluies. Ils délimitent également les trois cirques de l'île (Mafate, Cilaos et Salazie).

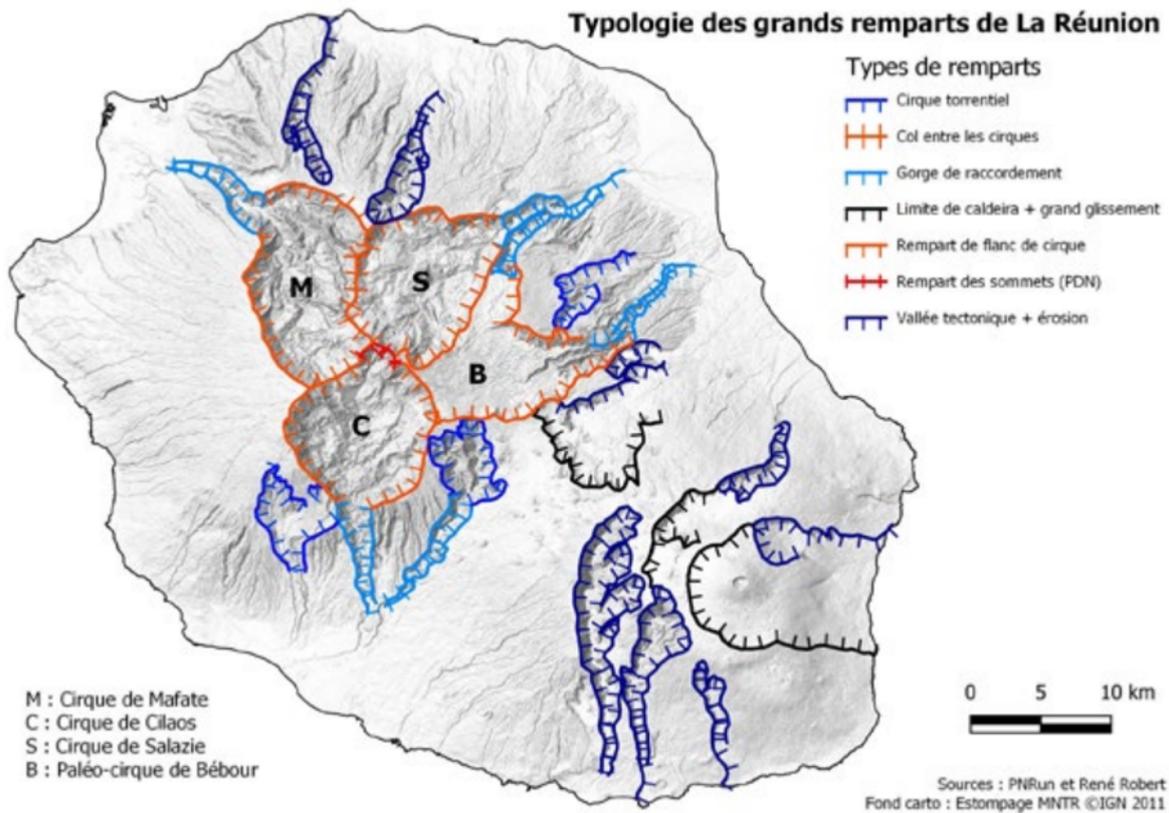


Figure 11 : Carte typologique des hauts remparts de l'île de La Réunion

- **Les ravines** : La Réunion compte 24 cours d'eau principaux (de 4 à 35 km) et 13 rivières pérennes qui évacuent l'eau des massifs du Piton des Neiges et de celui du Piton de la Fournaise par d'innombrables bras, ruisseaux et ravines, qui sont alimentées des centaines de cours d'eau secondaires et se déversent ensuite dans l'océan. (69)
Si certaines ravines ont fait l'objet d'aménagement d'infrastructures, d'autres demeurent difficilement franchissables avec leurs rigoles larges et profondes, aux flancs hérissés de roches.

25 MASSES D'EAU
24 COURS D'EAU PRINCIPAUX
13 RIVIÈRES PÉRENNES

RIVIÈRES PÉRENNES

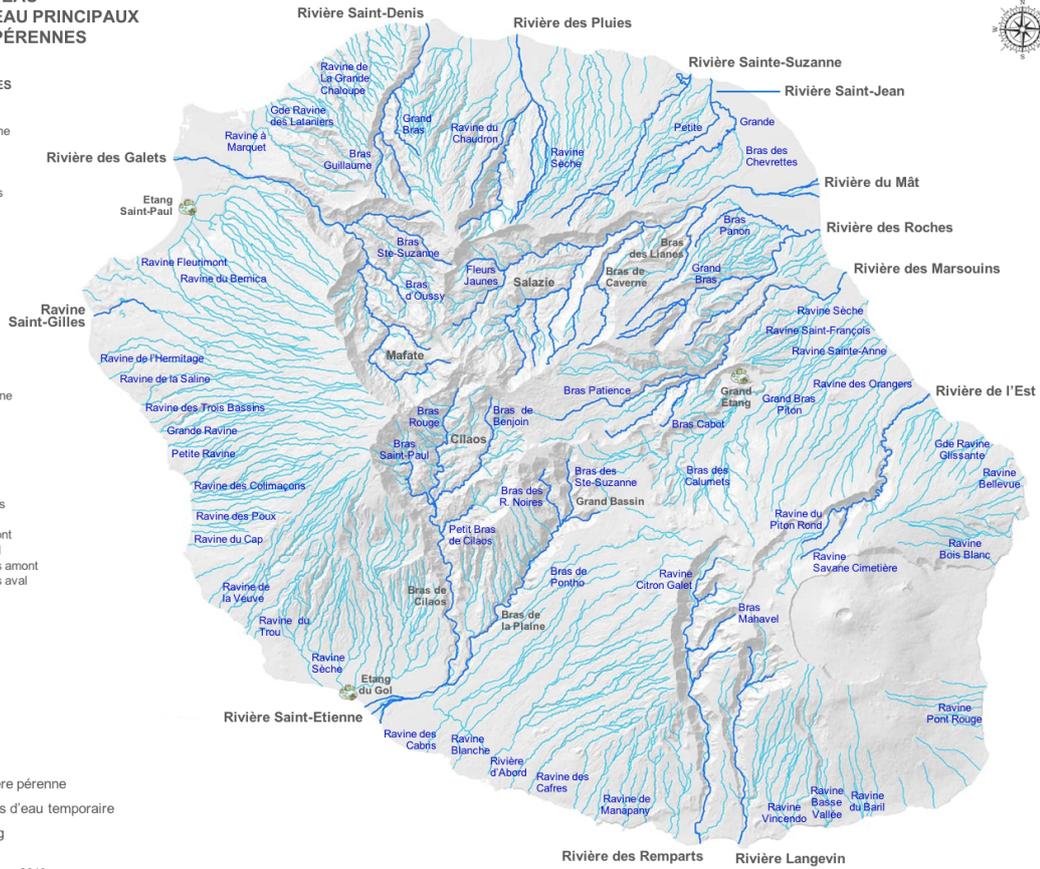
- Rivière Saint-Denis
- Rivière des Pluies
- Rivière Sainte-Suzanne
- Rivière Saint-Jean
- Rivière du Mât
- Rivière des Roches
- Rivière des Marsouins
- Rivière de l'Est
- Rivière Langevin
- Rivière des Remparts
- Rivière Saint-Etienne
- Ravine Saint-Gilles
- Rivière des Galets

MASSES D'EAU

- Rivière Saint-Denis
- Rivière des Pluies
- Rivière Sainte-Suzanne
- Rivière Saint-Jean
- Cirque de Salazie
- Bras de Caverne
- Bras des Lianes
- Rivière du Mât Aval
- Rivière des Roches
- Rivière des Marsouins
- Rivière de l'Est
- Rivière Langevin amont
- Rivière Langevin aval
- Rivière des Remparts amont
- Rivière des Remparts aval
- Grand Bassin
- Bras de la Plaine
- Cirque de Cilaos
- Bras de Cilaos
- Rivière Saint-Etienne
- Ravine Saint-Gilles
- Cirque de Mafate
- Grand Etang
- Etang du Gol
- Etang Saint-Paul

-  Rivière pérenne
-  Cours d'eau temporaire
-  Etang

© Habiter-la-reunion.re - 2018



LA RÉUNION- CARTE DES RIVIÈRES ET COURS D'EAU

Figure 12 : Carte des rivières et cours d'eau à La Réunion

L'observation de cette carte rend compte de la densité du réseau fluvial réunionnais. Si les limites des remparts et des ravines sont donc des critères précieux dans la définition des quartiers, les aménagements sur les ravines doivent être particulièrement étudiés. Ces dernières ne peuvent constituer une limite systématique et ce notamment lorsqu'une voie de franchissement a été aménagée.

3.1.2. Les infrastructures de transport

Les infrastructures linéaires de transport sont définies comme des « installations fixes destinées au transport de voyageurs ou de marchandises, de longue distance et de proximité. ». Ces infrastructures linéaires de transport prennent différentes formes selon le type de besoin de transport auxquelles elles répondent : réseau routier (autoroutes ; routes nationales/départementales/communales), réseau ferroviaire, réseau ferré de transport urbain (métros et

RER), réseau fluvial, réseau de transport d'électricité et réseau de transport de gaz (conduites). (70) A noter que les infrastructures de transport énergétique impactent peu, de par leur réseau aérien ou enterré, la délimitation des quartiers.

A La Réunion, le réseau routier reste le plus développé. D'anciennes voies ferrées ne sont aujourd'hui plus utilisées. 395 km de routes nationales assurent notamment le tour et la traversée de l'île, mais subissent un trafic routier important.

L'île comporte 11 routes nationales dont trois routes nationales principales permettent de faire le tour et la traversée de l'île :

- **RN1** : elle relie Saint-Denis (Nord) à Saint-Pierre (Sud) par l'Ouest. Cette liaison comprend notamment la Route du Littoral qui longe la falaise entre Saint-Denis et la Possession, et fait régulièrement l'objet de fermetures partielles (basculement) notamment en raison des pluies et des risques d'éboulements.
Entre Saint-Paul et l'Etang-Salé, la RN1 emprunte depuis 2009 la Route des Tamarins, large 2×2 voies située sur les mi-pentes qui comprend de nombreux ouvrages d'art, et qui a largement permis de fluidifier le trafic sur le littoral Ouest et notamment la région de Saint-Gilles. L'ancienne RN1 devenue RN1A ou Route des Plages qui longe le littoral du Cap La Houssaye à l'Etang-Salé subit de fait un trafic moins important.
- **RN2** : elle relie Saint-Denis (Nord) à Saint-Pierre (Sud) par l'Est. Elle dispose d'une portion 2×2 voies de Saint-Denis à Saint-Benoît mais devient ensuite une 2×1 voies plus sinueuses. Elle permet l'accès au Sud sauvage et comprend notamment la Route des Laves dans le Sud-Est parfois coupée en raison des coulées de lave qui la traverse.
- **RN3** : elle est la seule route qui traverse l'île de Saint-Benoît (Est) à Saint-Pierre (Sud) par la Route des Plaines qui traverse la Plaine des Palmistes et la Plaine des Cafres. C'est une 2×1 voies qui subit un trafic routier important, particulièrement dès qu'un incident se produit sur le reste du réseau.

Le reste du réseau routier est assez dense dans les zones moins montagneuses et en bon état, même si dans les hauts, routes étroites, virages nombreux et autres bas-côtés profonds compliquent assez vite la conduite. Il n'est pas rare de voir des éboulements à certains endroits

3.1.3. Population résidente et taille du quartier

Le quartier défini par l'ARS doit comporter une population résidente. Le Code de la Santé Publique ne précise pas de seuil de population minimal pour définir ce dernier.

Bien souvent, les centres-villes sont plus densément peuplés que les périphéries de ville. Les quartiers sont donc plus petits dans les centres et plus étendus dans les périphéries. Les zones industrielles et commerciales posent question lorsqu'elles sont entourées d'une population résidente relativement faible. La population de passage ne doit pas être prise en compte ; seule la population résidente est considérée.

Échelle de vie de proximité, la taille du quartier doit être raisonnable. Il doit être facile de le parcourir à pied. Cette distance peut exclure les zones agricoles ou industrielles, souvent étendues et dénuées d'intérêt dans la vie quotidienne des habitants.

3.1.4. Outils d'analyse à disposition des ARS

Bien que ne pouvant être directement superposé à la définition des quartiers par les ARS, certains outils peuvent être utilisés comme :

- Les IRIS : créés en 1999, les « Ilots Regroupés pour l'Information Statistique » ont vocation à découper le territoire en mailles de taille homogène avec une taille visée de 2 000 habitants par maille élémentaire. (72)
- Plan Local d'Urbanisme (PLU) : élaboré par la commune, c'est un document d'urbanisme qui, à l'échelle du groupement de communes ou de la commune, traduit un projet global d'aménagement et d'urbanisme et fixe en conséquence les règles d'aménagement et d'utilisation des sols. Il peut donc identifier et localiser les éléments de paysages et délimiter des quartiers. (73)

3.2. Évolution du quartier

Bien que les quartiers définis par l'ARS soient destinés à rester stables de l'examen d'une demande à une autre, des évolutions peuvent amener à devoir le redéfinir.

De nouvelles infrastructures de transport peuvent par exemple justifier de redécouper un quartier. De plus, l'évolution de la population résidente, amenant à revoir la desserte optimale de la population en médicament peut également remettre en cause ce dernier.

Une évolution démographique avérée peut également être un argument justifiant la nécessité d'une nouvelle pharmacie que l'on soit dans le même quartier dans lequel la pharmacie souhaite transférer ou non.

Pour certaines communes, l'évolution de la population pourrait conduire à l'installation d'une nouvelle officine si les seuils sont atteints (1 officine pour 2 500 habitants et 1 officine par tranche de 4 500 habitants supplémentaires). Cela pourrait bientôt être le cas à la Plaine des Palmistes à La Réunion qui compte 6 703 habitants en 2020. (74) Des transferts pourraient être également possibles en provenance d'autre commune.

4. REFLEXION SUR LES GRANDS QUARTIERS

4.1. Utiliser les frontières des grands quartiers INSEE

L'île de La Réunion est découpée administrativement en 4 régions (arrondissements), 5 établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), 24 communes, 25 cantons et environ 130 grands quartiers. Le « grand quartier » est un regroupement d'IRIS (quartier d'environ 2000 habitants) qui permet de découper le territoire.

La répartition des professionnels de santé sur l'île n'est pas uniforme, et l'application des critères communaux soulève souvent des questions, notamment pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. En effet, le découpage communal ne tient pas compte du relief et de la verticalité des communes, qui s'étendent généralement des Bas vers les Hauts. Le zonage des médecins et des chirurgiens-dentistes à La Réunion constitue une exception, car il repose largement sur les limites des grands quartiers définis par l'INSEE. Ces grands quartiers présentent l'avantage de suivre en grande partie des frontières géographiques naturelles, telles

que les ravines, et de respecter certaines normes de population, favorisant ainsi l'homogénéité. Dans cette perspective, la réflexion vise à s'inspirer des frontières des grands quartiers définis par l'INSEE et à les adapter aux quartiers que l'ARS doit définir, dans le but d'optimiser le maillage territorial officinal.

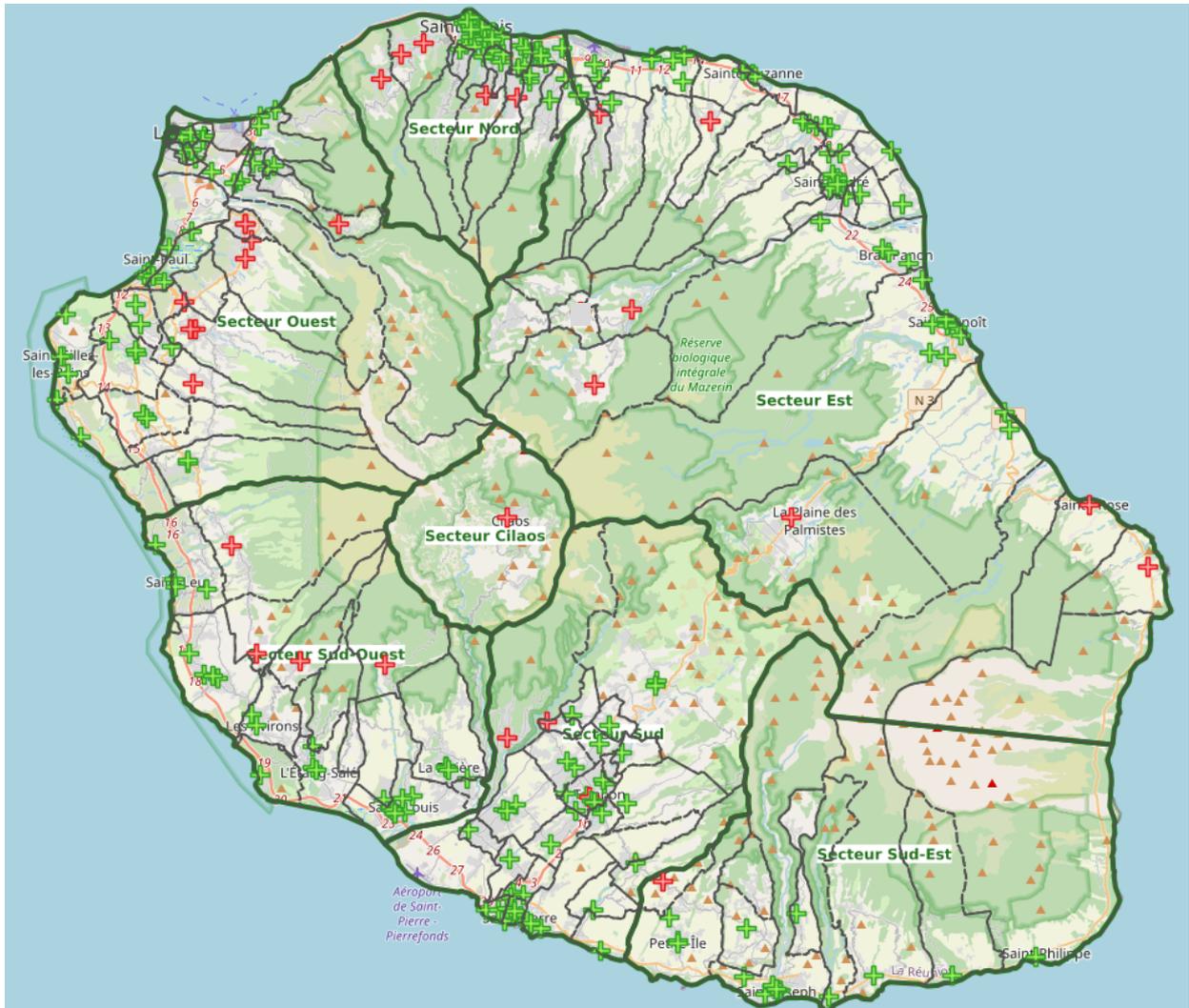


Figure 14 : Réseau des pharmacies d'officines et limites des grands quartiers à La Réunion (données ARS)

Cette carte illustre la répartition des pharmacies d'officine dans les grands quartiers définis par l'INSEE. Les pharmacies non assujetties à la permanence de garde sont indiquées en rouge. Il est immédiatement apparent que certains grands quartiers sont trop vastes pour correspondre à une unité démographique et géographique cohérente mais ils fournissent néanmoins une première base de travail.

4.2. Limites des grands quartiers

Pour ses enquête, l'INSEE s'appuie généralement sur 114 « grands quartiers ». En effet, parmi les 130 grands quartiers de La Réunion, certains, trop petits, ont été regroupés ; d'autres, trop grands, ont été redécoupés (Saint-Denis, Saint-Benoît, Saint-Louis). Les critères de définition des grands quartiers sont principalement démographiques. Ils prennent également en compte certaines limites naturelles et les frontières communales.

Cependant, les grands quartiers ne prennent pas toujours en compte la construction d'infrastructures de transport sur l'île comme certaines routes nationales récentes (route des Tamarins, route du littoral ou quatre-voies de l'Est), voies rapides difficilement franchissables. Plus petits que les communes, ils restent cependant étendus par endroit comme le grand quartier de la Montagne à Saint-Denis qui s'étend de la Grande Chaloupe à l'Ouest jusqu'au quartier de Petite-Ile, et monte jusqu'à la Plaine d'Affouches et la Roche Écrite, et trop peu à d'autres, comme dans le cirque de Salazie au regard de la population résidente.

4.2.1. Définition des quartiers dans les territoires urbanisés

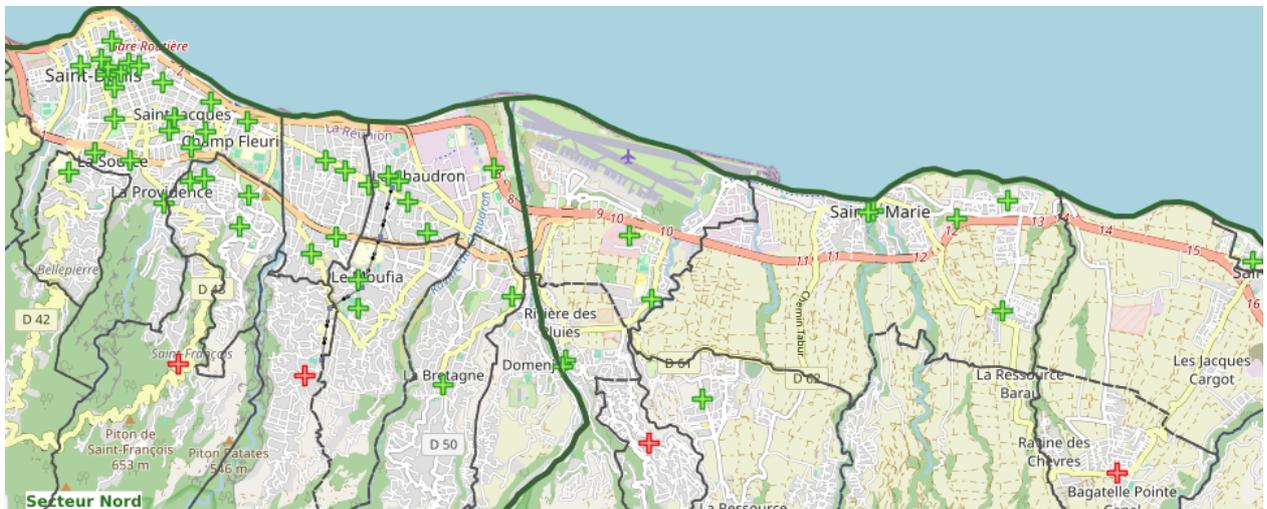


Figure 15 : Réseau officiel de Sainte-Marie et de Saint-Denis et limites des grands quartiers

Sur cette carte, la voie rapide en orange, bien que non reconnue comme une limite par l'INSEE, semble être un obstacle difficile à franchir pour les piétons en raison de son aménagement limité. Il est donc suggéré de considérer la voie rapide comme une limite à prendre en compte. De plus, il est observé que les ravines n'ont pas été prises en compte par l'INSEE. Il pourrait être pertinent de réévaluer leur caractère franchissable ou non pour définir les quartiers.

L'expansion démographique et l'émergence de nouveaux quartiers résidentiels à La Réunion ces dernières années nécessitent également une étude approfondie. Même si les grands quartiers définis par l'INSEE respectent des normes de population, ils ont été établis il y a plusieurs années. Ainsi, il est primordial, pour adapter le maillage officinal aux besoins actuels de la population en médicaments, d'être particulièrement attentif au critère populationnel.

4.2.2. Définition des quartiers dans les territoires isolés

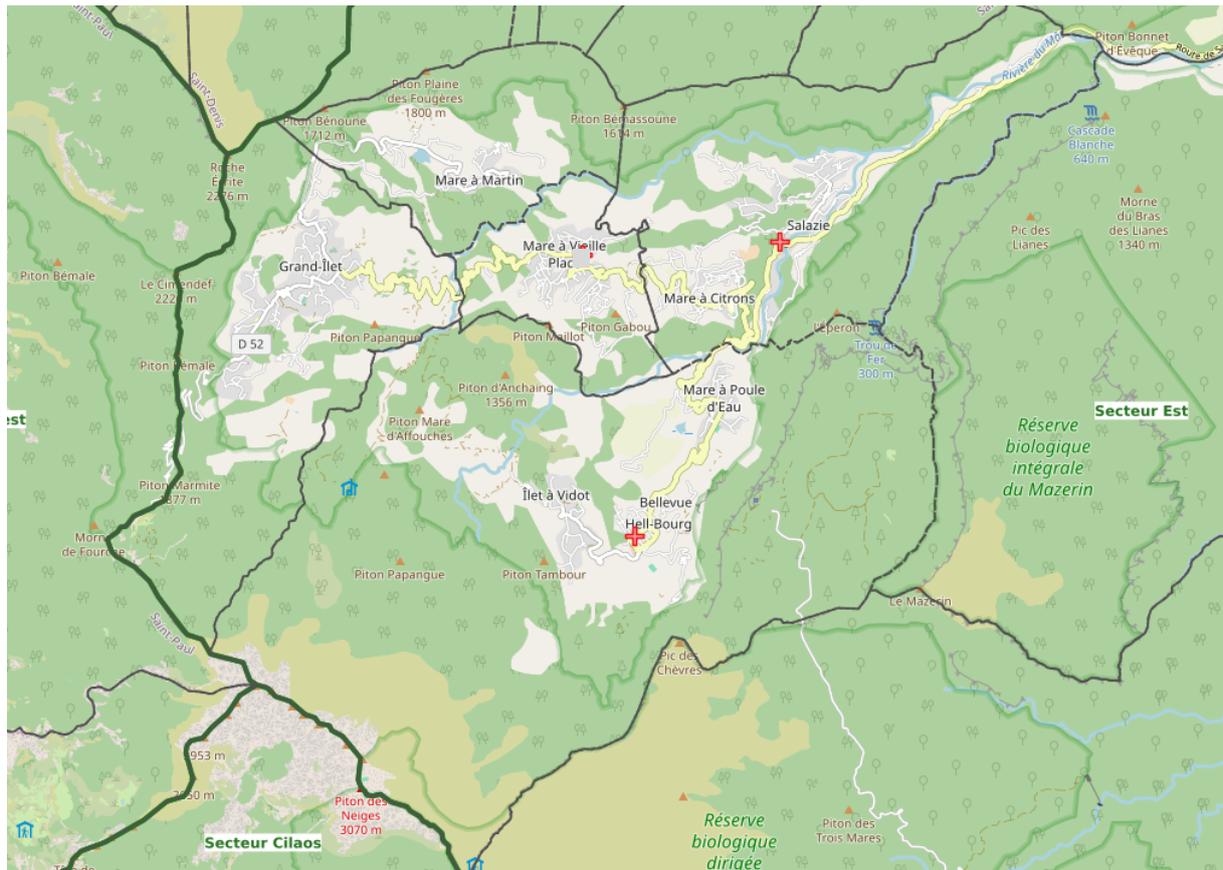


Figure 16 : Réseau officinal dans le cirque de Salazie et limites des grands quartiers

Nous nous situons à présent dans le cirque de Salazie composé d'une seule commune : la commune de Salazie. L'INSEE propose 5 grands quartiers différents pour une population totale du cirque de 7 500 habitants. (75)

Si ce découpage peut sembler limité, il a été dicté par les limites naturelles telles que les cours d'eau et les remparts, sans tenir compte des routes. Les routes ne sont pas considérées comme des limites puisqu'elles traversent les différents villages de part et d'autre. En ce qui concerne l'unité géographique nécessaire, elle pourrait être définie par les différents bourgs du cirque,

qui constituent de véritables noyaux organisationnels de la population. En suivant cette logique, Mare à Citron et Mare à Poule d'eau pourraient également être considérés comme des quartiers.

Nous disposons donc de sept quartiers pour le cirque de Salazie, avec une population totale de 7 500 habitants, ce qui représente en moyenne 1 071 habitants par quartier, bien que la répartition de la population ne soit pas uniforme. Il serait difficile d'implanter une pharmacie dans chacun de ces quartiers, car elles seraient probablement peu viables. Même si l'approche économique ne constitue pas un critère juridique dans l'examen des demandes de création, transfert et regroupement, elle ne peut être écartée dans une démarche visant à favoriser la bonne répartition des officines et donc la couverture l'installation dans certains territoires.

Il est également important de mentionner le cas d'une pharmacie du cirque qui a récemment fermé ses portes en 2024 faute de repreneur. En raison du nombre d'habitants limité dans la commune de Salazie, seules deux officines sont désormais autorisées. À la fin de 2022, le cirque a été désigné comme une zone prioritaire par l'ARS afin de favoriser l'installation de médecins. L'installation d'un médecin dans une zone dépourvue de pharmacie en proximité est peu réaliste ; à l'inverse, l'ouverture d'une pharmacie dans un quartier sans médecin est peu viable. La fermeture d'une pharmacie vient donc compliquer davantage la situation médicale du cirque. La définition des quartiers proposée ne constitue pas un obstacle à l'installation d'une officine ; seul le critère démographique et le maillage des cabinets médicaux posent des difficultés dans ce cas.

4.3. Mafate et l'impossible définition de quartier

S'il existe une exception qui confirme la règle, c'est bien le cirque de Mafate qui y répond !

Mafate, le deuxième plus grand cirque de La Réunion après Cilaos, s'étend sur un territoire d'un peu plus de 100 km². Sa population totale est d'environ 850 habitants, répartis dans les 10 îlets qui le composent.

Ce cirque reste encore aujourd'hui accessible uniquement à pied ou en hélicoptère, sans route ni voiture. Bien qu'un projet de route desservant l'îlet de La Nouvelle depuis le Col des Bœufs ait été envisagé, il a été abandonné. Mafate se distingue par sa géographie et son relief spectaculaires, caractérisés par des ravines profondes, des à-pics vertigineux, des pitons acérés et des remparts impressionnants, façonnés par la construction géologique et l'érosion marquée

de l'île. Son climat est plutôt sec, avec un phénomène de convection diurne sur ses remparts, mais le centre du cirque reste généralement dégagé.



Figure 17 : Les reliefs du cirque de Mafate

Situé dans le centre-ouest de l'île, Mafate relève administrativement des communes de Saint-Paul et de La Possession. La limite communale entre ces deux communes est marquée par la Rivière des Galets, qui traverse le cirque. L'ensemble de son territoire est inscrit sur la liste du patrimoine mondial de l'UNESCO et fait partie du cœur du Parc National de La Réunion.

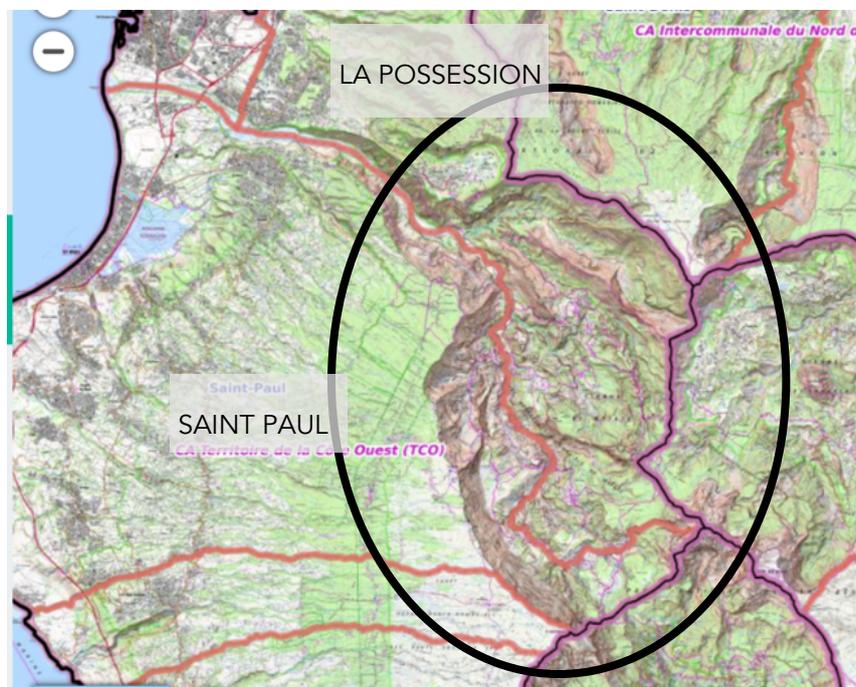


Figure 18 : Cirque de Mafate et limites administratives (Géoportail)

Dépourvu de pharmacie et de médecin, isolé géographiquement, l'accès aux soins est un défi qui ne peut reposer sur l'offre de santé libérale classique. Ceci a motivé une organisation spécifique avec un maillage de dispensaire, la présence d'infirmiers salariés et des vacations médicales héliportées, l'ensemble relevant de la gestion du CHU.

S'il fallait définir des quartiers à Mafate selon les critères couramment utilisés nous aurions une situation bien particulière. Si des remparts bordent le cirque, 4 grandes rivières abondent le cirque en eau créant de grandes ravines : La rivière des Galets, Le Bras des Merles, le Bras Ste-Suzanne et le Bras Détour.

Si l'on retient les limites communales et les remparts, le cirque de moins d'un millier d'habitants serait divisé en deux quartiers :

- Toute la partie située à l'Est de Rivière des Galets (la Nouvelle, Aurère, Grand-Place, îlet à Bourse, îlet à Malheur ainsi que la Plaine aux sables) qui dépend de La Possession
- Le secteur ouest de la rivière, (Marla, Roche-Plate, Ilet-des-Orangers) qui dépend de la commune de Saint-Paul.

Au vu de la petite taille du territoire et des contraintes en termes d'accès aux soins, cette définition ne serait pas pertinente. De plus, aucune route ou infrastructure de transport ne peut venir préciser une unité géographique. Ou c'est bien justement cette absence de routes qui justifie l'unité géographique du cirque de Mafate. Toujours est-il que l'installation d'une officine dans ce cirque présenterait de très nombreux défis. Juridiquement, rien ne l'empêche. Les communes de Saint Paul et de La Possession sont surdotés en officine. Un transfert pourrait être envisageable. Cependant, les contraintes en termes d'approvisionnements et la faible taille de la population à desservir rendraient l'exercice officinal difficilement viable.

5. COORDINATION DE LA STRATEGIE TERRITORIALE D'IMPLANTATION DES OFFICINES

5.1. Articulation locale avec les autres professions de santé

L'accès aux médicaments est intrinsèquement lié à l'accès aux soins. Cependant, la réglementation du maillage officinal ne suit pas les mêmes principes que le zonage des autres professionnels de la santé.

Afin de répondre aux besoins de la population et à ses habitudes de consommation et de soins, il pourrait être souhaitable d'adopter une réglementation encourageant l'ouverture de pôles de santé où tous les professionnels travailleraient de manière coordonnée. Bien qu'à La Réunion, il soit courant d'observer l'implantation des cabinets médicaux à proximité des pharmacies, cette configuration répond davantage à des considérations économiques qu'à des choix politiques. Dans cette même optique, l'IGAS recommande de tenir compte autant que possible de l'emplacement des pharmacies dans la détermination des sites optimaux pour l'installation de maisons et de centres de santé, surtout lorsque l'offre médicale est difficile d'accès dans une région donnée.

Les pharmacies dynamisent les quartiers et contribuent à leur attractivité. Elles représentent ainsi un élément important pour assurer la continuité des services aux patients et également dans le cadre de l'aménagement du territoire.

Il est donc nécessaire non seulement d'identifier les pharmacies potentiellement fragiles, dont la fermeture pourrait perturber le maillage territorial, mais aussi d'évaluer l'ensemble de l'offre en professionnels de santé sur une région donnée.

Cette réflexion peut être menée conjointement avec les collectivités lorsque cela est possible. Certains projets de communes peuvent impacter les officines. La Région Auvergne-Rhône-Alpes dédie un axe de son Plan Santé de la Région au soutien des officines de proximité en milieu rural. La région souligne que « l'officine constitue une véritable porte d'entrée dans le système de santé, grâce au maillage territorial qu'elle offre avec une ouverture 6 jours sur 7 (et même au-delà en appui sur les pharmacies de garde), et l'accès à un professionnel de santé de

proximité sans rendez-vous ». La Région propose ainsi l'aide à l'aménagement des locaux, à l'installation d'équipements de télémédecine et à l'acquisition de véhicules. (76)

Une stratégie locale commune et coordonnée permettrait alors de renforcer à la fois l'offre officinale et médicale sur un territoire.

5.2. Inclusion des pharmaciens dans les projets régionaux de santé

Le Projet Régional de Santé (PRS) constitue le document de référence et d'orientation de la politique de santé conduite par l'ARS pour une période de 10 ans. Il est élaboré en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé et sa déclinaison pour les outremer. Il porte l'ambition d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités en servant de référence aux acteurs de santé à La Réunion.

Si le Projet Régional de Santé La Réunion (2023-2033) adopté fin octobre 2023 a une conception large de la santé en incluant la prévention, l'accès aux soins, la répartition de l'offre de soins sur le territoire, la qualité de vie et la participation des patients, l'accès au médicament sur le territoire n'est pas évoqué.

Pourtant, lors de la phase de construction du PRS, les instances telles que le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens et l'URPS Pharmaciens ont été conviés aux groupes de travail. Les problématiques inhérentes aux pharmacies et l'accès au médicament pour la population ne ressortent pas des discussions. Cela est d'autant plus étonnant que La Réunion est soumise à de fortes contraintes en matière d'importation des produits de santé.

Pour optimiser le maillage des pharmacies, l'IGAS recommande de traduire les différentes priorités des PRS (Prévention, Accès aux Soins, Parcours de Santé Coordonné...) en mesures concernant l'offre pharmaceutique.

Bien que l'importance de la coordination entre les diverses professions de santé et de l'accès aux médicaments pour tous soit largement reconnue, il est essentiel de fournir aux ARS les outils nécessaires pour suivre cette stratégie locale d'implantation des pharmacies. De plus, il est important que les acteurs du domaine comprennent comment ces politiques de santé sont mises en œuvre afin de pouvoir y participer efficacement.

5.3. Rendre la répartition des officines plus transparente

Afin de diminuer le nombre de contentieux auxquels font face les Agences Régionales de Santé, pourrait-on envisager une publication de la cartographie des quartiers dans une région ?

Cette transparence sur les quartiers identifiés par l'ARS permettrait de repérer facilement ceux présentant une surdensité officinale et ceux dépourvus d'officines. Il est plausible que cela encourage éventuellement les transferts vers les quartiers sans pharmacie. Bien sûr, cette publication ne garantirait pas les transferts, mais elle faciliterait les mouvements des officines sur le territoire.

Les enjeux liés à cette pré-définition des quartiers sont significatifs. Cependant, cette visibilité sur la cartographie des quartiers n'est pas exigée par le Code de la Santé Publique. Il est également envisageable que cette définition soit, de fait, remise en question dans le cadre contentieux, mais n'est-ce pas déjà le cas ?

De plus, cela permettrait à l'Ordre et aux syndicats de partager les définitions de quartiers avec l'ARS ce qui contribuerait à une base de discussion commune, qu'ils adhèrent ou non à ces définitions.

Actuellement, lorsqu'une décision est rendue par l'ARS sur une demande de transfert, les quartiers d'origine et d'accueil sont systématiquement définis dans son arrêté et donc rendus publics, mais ceci se fait au cas par cas, et sans nécessaire stabilité dans le temps.

Cette approche plus transparente pourrait être une proposition intéressante à considérer. Pour qu'elle soit un véritable outil au service d'une stratégie optimale de régulation du réseau officinal, et éviter toute contestation incidente à une création, un transfert ou un regroupement, il pourrait être pertinent que cette cartographie complète du territoire régional en quartiers soit opposable et annexée au PRS devenant un volet du schéma régional de santé (SRS).

Le SRS définit les évolutions attendues de l'offre de soins, de prévention et d'accompagnement médico-social à travers trois volets :

- Objectifs opérationnels et actions
- Objectifs quantifiés de l'offre de soins inhérents aux activités de soins et des équipements matériels lourds

- Permanence des soins en établissements de santé

Organisant l'offre de soins sur le territoire, l'inscription de la cartographie des quartiers visant à mieux réguler la répartition des officines serait donc pertinente dans ce document.

De plus, le PRS est publié au terme d'une large concertation avec les acteurs et partenaires locaux. Cette méthode permet répondre aux attentes des professionnels de santé et est également partagée avec la population.

DISCUSSION

Les règles régissant l'installation des pharmacies semblent s'assouplir en France avec l'ordonnance de 2018, visant à simplifier les procédures et favoriser le mouvement des officines. Bien que la notion de quartier ait été présente dans les textes avant cette réforme, elle a désormais acquis une importance capitale. Le législateur, en optant pour une échelle de proximité, a cherché à placer l'accès aux soins de la population au cœur de la répartition des pharmacies sur le territoire. Cependant, le flou entourant la définition des quartiers a entraîné une augmentation significative des contentieux, en particulier à La Réunion, où elle est remise en cause dans la plupart des dossiers.

Pour autant, l'élaboration de critères nationaux stricts ne résoudrait probablement pas les problèmes rencontrés, car chaque territoire possède ses propres caractéristiques, et cela est d'autant plus vrai dans les territoires ultramarins comme La Réunion. Il est donc nécessaire que ces critères soient définis localement par les Agences Régionales de Santé.

Plusieurs défis concernant la cartographie des quartiers peuvent être relevés.

La stabilité des quartiers définis peut être remise en question par les évolutions démographiques. En effet, les limites des quartiers risquent de devenir caduques au fil du temps s'ils connaissent de forts changements populationnels, des transformations urbaines ou de la création de nouvelles infrastructures.

En 1960, La Réunion comptait 597 000 habitants. En 2021, ce chiffre est passé à 871 000 personnes vivant sur l'île. (32) Si les tendances démographiques perdurent, le million d'habitants pourrait être atteint en 2044. (77) Actuellement, la population augmente de 0,4 % en moyenne par an depuis 2015, un peu plus vite que dans l'Hexagone (+0,3 %). Avec de telles évolutions démographiques, une cartographie dès maintenant de l'ensemble des quartiers de l'île devra pouvoir être révisable et adaptée dans le temps.

Le Nord de l'île enregistre la croissance populationnelle la plus forte ces dernières années, ce qui peut éventuellement remettre en question la stabilité des quartiers déjà définis. Cette

dynamique souligne l'importance d'observer attentivement l'évolution de la population lors de chaque demande de transfert d'une officine. Il est essentiel d'analyser la construction de nouveaux immeubles et l'octroi de permis de construire pour ajuster de manière précise le maillage officinal sur l'île.

La réglementation en vigueur ne requiert pas non plus que les quartiers définis retiennent d'autres aspects essentiels tels que la répartition des autres professionnels de santé sur le territoire ou encore les habitudes de consommation et de déplacement de la population. Il est expressément mentionné que la population de passage ne peut être considérée pour l'installation d'une officine. Alors que la collaboration entre professionnels de santé est aujourd'hui encouragée, aucune disposition réglementaire ne facilite l'installation à proximité d'autres professionnels.

Par ailleurs, il faut également noter que le Code de la Santé Publique ne prend pas en compte les réalités économiques des pharmacies pour leur répartition sur le territoire. Alors que le décret sur les territoires fragiles à venir a pour vocation de protéger les pharmacies les plus en difficulté, les critères économiques ne sont pas pris en considération lors des demandes de création, transferts ou regroupement. Pourtant, l'IGAS recommande une réduction du nombre de pharmacies en France tout en favorisant les structures plus importantes capables de diversifier leurs missions et donc plus robustes économiquement. De plus, le Ministère en charge de la santé semble être sensible à la question. En effet, en séance publique en 2013 un sénateur plaide pour l'ouverture d'une officine dans une petite commune rurale du Var. Le ministère répond qu'il faut « veiller à ce que les pharmacies puissent conserver une taille suffisante, qui leur permette à la fois de développer de nouveaux services à la population et de maintenir un équilibre économique. » (78) Bien que cette préoccupation ne soit pas explicitement abordée dans les textes, elle constitue un enjeu vital pour les pharmacies. Certains territoires isolés, comme le quartier de Dos D'âne à La Réunion, rendent l'exercice particulièrement difficile. Pour assurer un approvisionnement en médicaments adéquat à la population, il est indispensable que les pharmacies soient économiquement viables. Il serait donc pertinent que les administrations mènent un diagnostic des pharmacies de leur territoire en prenant en compte des critères financiers dans leur stratégie de répartition des pharmacies.

De plus, le seuil minimal de 2 500 habitants, actuellement requis pour l'installation d'une nouvelle officine dans une commune nous interpelle. En deçà de ce seuil, il est raisonnable de

supposer qu'une officine pourrait rencontrer de sérieuses difficultés économiques. Cependant, aucune population minimale n'est requise pour un quartier. Ces seuils démographiques pourraient être une des pistes permettant d'étudier la viabilité d'une officine tout en prenant en compte la répartition officinale dans les quartiers environnants.

Ces éléments plaident pour, qu'au-delà des critères juridiques limités de la définition des quartiers, une concertation régionale soit menée, sous l'égide de l'ARS, pour définir a priori la cartographie des quartiers servant alors de référence pour les pharmaciens dans leurs projets de création, transfert ou regroupement d'officine et pour l'instruction de ces demandes.

Cette concertation permettrait d'intégrer dans la réflexion des critères actuellement ignorés par la loi mais essentiels pour garantir un réseau officinal optimal, tels que la présence de professionnels de santé ou la viabilité économique de la zone de chalandise potentielle.

La souplesse de la définition légale des quartiers doit permettre une délimitation de ces derniers juridiquement défendable et adaptée aux circonstances locales.

Une telle démarche permettrait de faire émerger une réelle stratégie de régulation du réseau officinal au niveau local issue d'une concertation de la profession et de la population.

CONCLUSION

La répartition des pharmacies sur le territoire français semble être relativement équilibrée, en grande partie grâce à une réglementation ancienne régissant leur installation. Cependant, des tensions sont apparues récemment entraînant une tendance à la fermeture des pharmacies, surtout dans certaines régions confrontées à une diminution de l'offre médicale. De même, la large pratique antérieure de dérogations a conduit à constater aujourd'hui une concentration d'officine sur certaines parties du territoire, au niveau local, sans lien direct avec les exigences d'une répartition homogène en relation avec les populations résidentes.

De plus, la démographie des pharmaciens d'officine montre une proportion significative de professionnels âgés, avec plus de 50 % des titulaires ayant au moins 50 ans et une augmentation du nombre de titulaires de plus de 60 ans au cours des dernières années. (3) Parallèlement, les facultés de pharmacie rencontrent des difficultés à remplir leurs effectifs, avec de nombreuses places vacantes en deuxième année.

Malgré ces défis, une modification des critères juridiques régissant l'ouverture, le regroupement ou le transfert des pharmacies risquerait de perturber l'équilibre du réseau. Bien que la définition des quartiers puisse sembler éloignée des enjeux de santé, elle affecte directement l'accès aux soins de proximité, essentiel pour la population.

Il convient cependant de noter que les critères utilisés pour définir les quartiers peuvent être complexes et difficiles à appliquer de manière uniforme, ce qui peut entraîner des incohérences dans le maillage officinal et nourrir un contentieux important. Une première étape est de définir localement, en collaboration avec les parties prenantes concernées, une stratégie d'implantation des pharmacies sur le territoire avec des critères de définition des quartiers partagés.

La définition juridique du quartier comme une unité géographique disposant d'une population résidente et délimitée par des limites naturelles, communales ou des infrastructures de transport, sans référence à un découpage administratif ou géostatistique prédéterminé, peut être perçue comme une contrainte et une fragilité en ne donnant pas aux acteurs la sécurité d'une délimitation univoque des quartiers. Les exemples analysés, et notamment la possibilité du recours aux « grands quartiers » de l'INSEE, montrent qu'il ne peut y avoir d'approche uniforme au vu de la diversité des situations territoriales locales.

La jurisprudence relative aux demandes de transfert de pharmacies s'enrichit progressivement, témoignant de l'évolution de la réglementation dans ce domaine.

La souplesse ouverte par les textes régissant la délimitation des quartiers doit permettre d'arbitrer des délimitations préservant un maillage officinal optimal et permettant l'évolution des implantations d'officine, lorsque nécessaire, pour assurer la bonne desserte d'une population en évolution.

En poursuivant leurs travaux de délimitation des quartiers, aujourd'hui uniquement réalisés à l'occasion de l'examen d'une demande de création, transfert ou regroupement, les Agences Régionales de Santé devraient être en mesure de cartographier leur territoire régional. Cela leur permettrait d'afficher une réelle stratégie de régulation du réseau officinal, partagée avec les acteurs locaux, lisible par les pharmaciens souhaitant mener des projets d'implantation et sortir d'une réponse administrative au cas par cas lors de l'examen de chaque demande.

Cette approche est également de nature à intégrer à la réflexion l'articulation territoriale évidente entre les pharmaciens et les autres professionnelles de santé ou les enjeux de viabilité des officines qui ne peuvent être ignorés. C'est également dans ce contexte que le rôle des ARS dans la définition des territoires fragiles devient de plus en plus important en permettant notamment d'identifier, à travers la cartographie des quartiers, les zones au sein desquelles l'accès aux médicaments pour la population n'est pas assuré de manière satisfaisante et, plus globalement, les zones où l'accès aux soins est menacé.

Cette démarche ambitieuse pourrait répondre aux impératifs d'amélioration de la répartition des professionnels de santé et d'accessibilité aux soins. Elle ne pourra atteindre ses objectifs sans une large concertation locale et un partage du diagnostic territorial local, deux éléments clés déjà intégrés dans la construction du Projet Régional de Santé. L'inclusion de cette cartographie dans le PRS lui conférerait une assise juridique et une opposabilité, renforçant ainsi une véritable stratégie de régulation régionale du réseau officinal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Statista [Internet]. [cité 26 mai 2024]. Nombre de pharmacies en Europe 2022. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/513482/nombre-pharmacies-par-pays-europe/>
2. Statista [Internet]. [cité 26 mai 2024]. Densité pharmaceutique par pays Europe 2022. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/530038/nombre-pharmacies-par-habitants-par-pays-europe/>
3. Ordre National des Pharmaciens - CNOP [Internet]. [cité 22 févr 2024]. Etude Cnop 2023 - Démographie des pharmaciens PANORAMA 2022. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0024493959437f8597cf5>
4. Pharmacies-officine-titulaires-liberaux.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Pharmacies-officine-titulaires-liberaux.pdf>
5. Anguis M, Bergeat M, Pissarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
6. préparateur en pharmacie - préparatrice en pharmacie [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.onisep.fr/ressources/univers-metier/metiers/preparateur-preparatrice-en-pharmacie>
7. Chiffres clés sur les pharmaciens et professionnels d'officine [Internet]. 3S Santé. 2023 [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.3ssante.com/chiffres-cles-pharmaciens-france/>
8. 8 % de pharmaciens en plus entre 2018 et 2040, et une densité stabilisée | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/8-de-pharmaciens-en-plus-entre-2018-et-2040-et-une-densite>
9. Les pharmacies depuis 2000 - Insee Première - 1525 [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281354>
10. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 26 mai 2024]. Les besoins réels de la population sont-ils satisfaits ? Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/les-besoins-reels-de-la-population-sont-ils-satisfaits>
11. La régulation du réseau des pharmacies d'officine.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_IGAS-IGF-_Regulation_du_reseau_des_pharmacies_d_officine.pdf
12. 20170920-rapport-securite-sociale-2017-cout-distribution-medicaments.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017-cout-distribution-medicaments.pdf>
13. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 24 mai 2024]. L'honoraire sauvera-t-il la

marge ? Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/lhonoraires-sauverait-il-la-marge>

14. Les Echos [Internet]. 2019 [cité 26 févr 2024]. Les pharmaciens tirent les trois quarts de leur rémunération des honoraires. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/les-pharmaciens-tirent-les-trois-quarts-de-leur-remuneration-des-honoraires-1003135>

15. Fédération Nationale de l'Information Médicale [Internet]. [cité 24 mai 2024]. Les officines en profonde mutation. Disponible sur: <https://www.lafnim.com/actualite/les-officines-en-profonde-mutation/71.htm>

16. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Nouvelles missions : pourquoi 1 pharmacien sur 4 n'y va pas. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/nouvelles-missions/nouvelles-missions-pourquoi-1-pharmacien-sur-4-ny-va-pas>

17. 2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf

18. CNOP [Internet]. [cité 4 mars 2024]. L'Ordre et son histoire. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/l-ordre/l-histoire/l-ordre-et-son-histoire>

19. Académie Nationale de Pharmacie - Accueil [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/seances/page.php?rb1=30&id_doc=1

20. index.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.editions-ellipses.fr/index.php?controller=attachment&id_attachment=31408

21. Charrière C., La création d'officine: de la législation à l'installation, 1999

22. Morvillers L. le maillage territorial des officines.

23. Article L571 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006693620/1995-02-05

24. 2018-02-08-creation-transfert-regroupement-ordonnance.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/sites/3/2019/02/2018-02-08-creation-transfert-regroupement-ordonnance.pdf>

25. CNOP [Internet]. [cité 20 mai 2024]. S'installer - Officine. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/je-suis-pharmacien-titulaire-d-officine/mon-parcours-et-mes-demarches/s-installer-officine>

26. Création et vie d'une officine [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/exercice-officine/creation-vie-officine>

27. Le regroupement d'officines [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur:

<https://www.iledefrance.paps.sante.fr/le-regroupement-dofficines-9>

28. Article L5125-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408349
29. Officine_Pharma_2019_Restitution_Licence.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-01/Officine_Pharma_2019_Restitution_Licence.pdf
30. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Alerte sur le maillage officinal. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/gestion-de-lofficine/alerte-sur-le-maillage-officinal>
31. Situation et géographie de l'île de la Réunion [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: <https://guide-reunion.fr/ile-de-la-reunion/situation-geographie/>
32. L'essentiel sur... La Réunion | Insee [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4482473#en-six-questions>
33. Académie de La Réunion [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Le portail des territoires : Le contexte socio-éducatif de La Réunion. Disponible sur: <https://www.ac-reunion.fr/le-portail-des-territoires-le-contexte-socio-educatif-de-la-reunion-127941>
34. L'essentiel sur... la pauvreté | Insee [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>
35. En 2021, le taux de pauvreté s'élève à 36 % à La Réunion - Insee Flash Réunion - 268 [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7767624>
36. Des territoires contrastés en termes d'emploi, de pauvreté et d'habitat - Insee Analyses Réunion - 86 [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7761572>
37. ors_chiffres_diabete_reunion_2022.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/ors_chiffres_diabete_reunion_2022.pdf
38. Accès aux soins à La Réunion - 84 000 Réunionnais à plus de 30 minutes des urgences - Insee Analyses Réunion - 19 [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2422206>
39. Cadre d'Orientations Stratégiques (COS) 2023-2033.pdf.
40. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) [Internet]. 2023 [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-cpts-2>
41. Les risques naturels à La Réunion [Internet]. Les Risques Naturels à La Réunion. [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.risquesnaturels.re/acceuil/>
42. Habiter La Réunion [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Découvrir l'île de La Réunion. Disponible sur: <https://habiter-la-reunion.re/decouvrir-ile-de-la-reunion/>

43. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 22 févr 2024]. À Mafate, la pharmacie par hélico. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/mafate-la-pharmacie-par-helico>
44. En 2022, les prix restent plus élevés dans les DOM qu'en France métropolitaine, en particulier pour les produits alimentaires - Insee Première - 1958 [Internet]. [cité 24 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7648939>
45. Sacareau C. Les particularités de l'exercice officinal à l'Ile de la Réunion.
46. IEDOM les pharmacies à la réunion, n°459, Juillet 2017.
47. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - La Réunion. 2014;
48. Professionnels de santé : quelle densité médicale ? | vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37856-professionnels-de-sante-quelle-densite-medicale>
49. Les médecins généralistes à La Réunion, 2021, Données RPPS - Diamant, ARS La Réunion.pdf.
50. Arrêté n°270/ARS OI portant détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin, pour La Réunion et pour Mayotte
51. Définition - Grand quartier / Quartier / Quartier | Insee [Internet]. [cité 23 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1008>
52. Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) [Internet]. 2023 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/maisons-de-sante-pluri-professionnelles-msp-4>
53. Présentation de l'ARS La Réunion [Internet]. 2023 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/presentation-de-lars-la-reunion>
54. Organigrammes des directions de l'ARS La Réunion [Internet]. 2024 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur: https://www.lareunion.ars.sante.fr/organigrammes-de-lars-la_reunion-0
55. Instruction DGOS/R2 n° 2015-182 du 2 juin 2015 relative à l'application des articles L.5125-3 et suivants du code de la santé publique concernant les conditions d'autorisation d'ouverture d'une pharmacie d'officine par voie de création, transfert ou de regroupement [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0062.pdf
56. Lusset A. La subtile modification du régime juridique du transfert des officines de pharmacie.
57. Zegnani S. Quartier. In: Dictionnaire des politiques territoriales [Internet]. Paris: Presses de Sciences Po; 2020. p. 459-63. (Références; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-territoriales--9782724626001-p-459.htm>
58. Larousse É. Définitions : quartier - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18

mars 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/quartier/65536>

59. Mériaudeau R. Pierre Merlin, Françoise Choay. — Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement. Rev Géographie Alp. 1988;76(3):304-5.

60. Doctrine [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Tribunal administratif de Lille, 7ème chambre, 23 septembre 2022, n° 1909077. Disponible sur: <https://www.doctrine.fr/d/TA/Lille/2022/TABD11A806B2E44472BC49>

61. En 50 ans, deux fois moins d'habitants par logement - Insee Flash Réunion - 209 [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422656>

62. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Assurance-maladie : 20 000 euros par an pour les pharmacies en territoires fragiles. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/assurance-maladie-20-000-euros-par-pour-les-pharmacies-en-territoires-fragiles>

63. Provence-Alpes-Côte d'Azur, une région riche, mais inégalitaire. Le Monde.fr [Internet]. 26 nov 2015 [cité 25 avr 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/elections-regionales-2015/article/2015/11/26/paca-une-region-riche-mais-inegalitaire_4818333_4640869.html

64. brochure-2022-demographie-pharmaceutique-paca-corse.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/fichiers/les-autres-publications/reprise-ancien-site/elements-demographique-ancien-site/panorama-1er-janvier-2022/brochure-2022-demographie-pharmaceutique-paca-corse.pdf>

65. Base du comparateur de territoires | Insee [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2521169#consulter>

66. Réunion HL. Habiter La Réunion. 2020 [cité 2 avr 2024]. Les 24 communes de La Réunion. Disponible sur: <https://habiter-la-reunion.re/les-24-communes-de-la-reunion/>

67. Ninon J. Un défi pour La Réunion : une dynamique périurbaine mieux maîtrisée. Proj Paysage Rev Sci Sur Concept L'aménagement L'espace [Internet]. 7 juill 2012 [cité 2 avr 2024];(8). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/paysage/15114>

68. Les Remparts | Parc national de la Réunion [Internet]. [cité 23 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.reunion-parcnational.fr/fr/des-decouvertes/patrimoine-mondial/les-remparts>

69. Habiter La Réunion [Internet]. [cité 23 mars 2024]. Rivières et cours d'eau de La Réunion. Disponible sur: <https://habiter-la-reunion.re/les-rivieres-de-la-reunion/>

70. Géoconfluences [Internet]. École normale supérieure de Lyon; 2023 [cité 8 avr 2024]. Infrastructures linéaires de transport. Disponible sur: <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/infrastructures-lineaires-de-transport>

71. Habiter La Réunion [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Transports à La Réunion. Disponible sur: <https://habiter-la-reunion.re/transport-a-la-reunion/>

72. Définition - IRIS | Insee [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1523>

73. Les plans locaux d'urbanisme | collectivites-locales.gouv.fr [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/competences/les-plans-locaux-durbanisme>

74. Dossier complet – Commune de la Plaine-des-Palmistes (97406) | Insee [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-97406>

75. Ville de Salazie - Qui sommes nous ? [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://ville-salazie.fr/decouvrir/qui-sommes-nous>

76. Santé : la Région soutient les officines de proximité en mil [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.auvergnerhonealpes.fr/actualites/sante-la-region-soutient-les-officines-de-proximite-en-milieu-rural>

77. Une population en hausse et vieillissante, malgré des naissances nombreuses - Insee Analyses Réunion - 77 [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6664672>

78. Sénat [Internet]. 2013 [cité 4 mai 2024]. Transfert d'une officine de pharmacie dans la commune de Régusse (Var). Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ13020333S.html>

SERMENT DE GALIEN

JE jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ◆ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.
- ◆ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.
- ◆ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.
- ◆ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.

La régulation du réseau des pharmacies en France est ancienne et a façonné leur répartition actuelle. Ce système, basé sur des critères géo-démographiques, véritable enchevêtrement entre le droit de la santé et l'aménagement urbain, est singulier. Cette thèse se propose de revenir sur les principales étapes de cette régulation et d'analyser les répercussions des récentes réformes.

L'ordonnance du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie, sans créer de profonde révolution, a modifié les conditions générales de cette régulation en institutionnalisant l'échelle du quartier.

Désormais définis par les Agences Régionales de Santé, les quartiers sont difficiles à appréhender juridiquement et leur délimitation est souvent source de contentieux dans les demandes de transferts d'officines.

L'exemple de l'île de La Réunion, aux spécificités propres, illustre particulièrement ces enjeux. La tâche a été d'analyser la délimitation des quartiers sur l'île, avec une réflexion avancée sur l'utilisation des grands quartiers définis par l'INSEE, déjà utilisés de manière dérogatoire pour le zonage des médecins et des chirurgiens-dentistes, dont il ressort qu'ils sont une référence parmi d'autres à mobiliser mais que leur application ne peut être uniforme.

Les Agences Régionales de Santé cartographient aujourd'hui progressivement l'ensemble du territoire français, au gré des demandes de transfert. Une approche, portant une cartographie régionale complète des quartiers, en concertation avec les acteurs locaux, permettrait de disposer d'une vue globale des besoins de santé locaux et de produire une stratégie lisible de régulation d'un réseau officinal optimal, améliorant la répartition des officines et renforçant l'accessibilité en identifiant les zones d'implantation prioritaire.