

## **Les pharmacies dans l'organisation du système de soins.**

### **Évolution des répartitions géographiques d'après l'exemple des Pays de la Loire**

**Jean RENARD**

UMR 6590 CNRS – CESTAN, Nantes

BP. 81227

44312 – NANTES Cedex 3

**Résumé :** L'objet de cet article est double. Il s'agit d'une part de décrire la répartition des officines dans l'espace national, et de mesurer les évolutions depuis les années soixante, ce à partir du cas des Pays de la Loire. Il s'agit d'autre part de montrer les liens et les relations entretenus entre l'implantation des officines et les structures et configurations des espaces géographiques, ce dans la mesure où la création d'une officine pharmaceutique sur le territoire obéit à une réglementation particulière. Aussi la répartition des officines sur le territoire national est un problème géographique particulier qui mérite attention pour plusieurs raisons.

**Mots-clés :** Services de santé. Répartition géographique. Officines pharmaceutiques. Quorum. Législation. Aménagement du territoire. Desserte des populations.

**Abstract :** This paper is written with a double meaning. Firstly, it describes the distribution of chemist's shops in France, with the evolution during the last forty years, in the region of "Pays de la Loire". Secondly, it shows the links and relations between chemist's shops and geographical structures, because of particular rules about their localization. So, the distribution of chemist's shops is a special geographical problem which is worth investigating.

**Key words :** Health Services. Chemist's Shops. Rules of localization. Planning.

#### **I – LE CADRE LÉGAL**

La création ou le transfert d'une officine, et depuis peu leur éventuel regroupement, sont soumis en France à une réglementation dont l'objectif premier est d'assurer une répartition harmonieuse afin de répondre au mieux aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire.

En outre l'exercice de la profession se fait dans un cadre personnel. Un même titulaire ne peut posséder plusieurs officines. Ce qui interdit, contrairement à d'autres pays, la concentration par des distributeurs de type commercial ou par des industriels.

C'est une loi de 1941 qui a institué la réglementation, loi qui a été revue et corrigée en 1999 par une nouvelle législation modifiant sensiblement les conditions d'implantation, de transfert ou de regroupement. Ceci étant, toute ouverture d'une nouvelle officine est soumise à autorisation administrative préalable sous la forme d'une licence, délivrée par le préfet depuis 1965 et antérieurement directement par le ministre.

#### **A - La législation antérieure à 1999 (loi de 1941)**

C'est l'article L 571 du code de la santé publique qui énumère les conditions d'autorisation d'ouverture et donc de création (les articles L 572 et L 573 réglementent les cas des départements bénéficiant du régime particulier de l'est de la France, Moselle, Haut et Bas-Rhin, et ceux d'Outre-Mer).

L'article L 571 : Aucune création d'officine ne peut être accordée dans les villes où la licence a déjà été délivrée à :

- une officine pour 3 000 habitants, dans les villes de plus de 30 000 habitants,
- une officine pour 2 500 habitants dans les villes d'une population égale ou supérieure à 5 000 habitants et inférieure à 30 000.

(L. n° 57-220 du 25-02-1957) "Dans les communes de moins de 5 000 habitants, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 2 000 habitants recensés dans les limites de la commune. Une création d'officine peut toutefois être accordée dans une commune dépourvue d'officine et d'une population inférieure à 2 000 habitants lorsqu'il sera justifié que cette commune constitue pour la population des communes avoisinantes un centre d'approvisionnement sous réserve que l'officine à créer et les officines voisines déjà existantes puissent être assurées chacune d'un minimum de 2 000 habitants à desservir".

(D. 65-1128 du 22-12-1965) "La population dont il est tenu compte... est la population municipale totale, telle qu'elle est définie par le décret ayant ordonné le dernier dénombrement général de la population".

Si les besoins de la population l'exigent, des dérogations à ces règles peuvent être accordées. "Les dérogations visées à l'article L 571 du code de la santé publique peuvent être accordées par le préfet sur la proposition du chef du service régional de l'action sanitaire, après avis du pharmacien inspecteur général de la santé, du conseil régional de l'ordre des pharmaciens et des syndicats professionnels".

On le constate la législation était avant 1999 très contraignante. Le principe de la répartition est de lier le nombre des officines au nombre d'habitants tel qu'il résulte du dernier recensement général. La distinction faite entre les villes et les campagnes quant au quorum retenu s'explique dans l'esprit du législateur de 1941 par la volonté d'éviter une trop grande distance entre deux officines dans les régions à faible densité de population. Elle pouvait pénaliser les conditions d'exploitation des officines rurales, plus nombreuses par rapport aux populations à desservir. On conçoit qu'avec les moyens de communications modernes, et notamment la généralisation de l'automobile, cette question de la distance au service de santé de proximité se pose différemment aujourd'hui.

## **B - La nouvelle législation (Loi du 27 juillet 1999)**

C'est l'article 65 de la loi 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle qui modifie et précise l'article L 570 de la législation relative à l'implantation des officines.

Article L 570 1 "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 résidente dans les quartiers d'accueil des officines".

Le deuxième alinéa prévoit "la possibilité de transfert d'un département à un autre au sein de la région Île-de-France et la licence est alors délivrée par décision conjointe des deux préfets".

Un troisième alinéa précise "que les demandes de regroupement présentées en application de l'article L 573 bénéficient d'une priorité par rapport aux demandes de transfert et aux demandes de création, tandis que les demandes de transfert bénéficient d'une priorité sur les demandes de création".

En outre parmi les demandes de création, "celles qui sont présentées par des pharmaciens n'ayant jamais été titulaires d'une licence d'officine ou n'étant pas titulaire depuis au moins trois ans bénéficient d'une priorité. Lorsque la demande de création est présentée par une société ou par plusieurs pharmaciens réunis en copropriété, le principe de priorité ne s'applique que si tous les pharmaciens associés remplissent les conditions de priorité".

Les autres alinéas précisent que le préfet peut imposer une distance minimum entre deux officines, que le temps minimum pour une cession totale ou partielle, sauf cas de force majeure, est fixée à cinq ans, et rappellent que la population dont il est tenu compte est la population municipale du dernier recensement général ou le dernier recensement complémentaire.

L'article L 571 modifie les conditions du quorum.

Alinéa 1 : Dans les communes de plus de 30 000 habitants une création d'officine est autorisée si le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 3 000, avec délivrance d'une licence par tranche de 3 000, ce dans les limites de la commune.

Alinéa 2 : Dans les communes de 2 500 à 30 000 une création est autorisée si le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2 500, avec délivrance d'une licence par tranche de 2 500, ce dans les limites de la commune.

Alinéa 3 : Aucune création n'est possible dans les communes de moins de 2 500 habitants lorsque celles-ci disposent déjà d'au moins une officine ou lorsqu'elles ne disposent d'aucune officine mais que leur population a déjà été prise en compte pour la création d'une officine dans une autre commune.

Alinéa 4 : Dans les communes de moins de 2 500 habitants dépourvues d'officine et dont la population n'a pas été ou n'est plus prise en compte pour une création d'officine dans une autre commune, une création peut être accordée dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes contiguës, si la totalité de la population de cette zone est au moins égale à 2 500 habitants. Le préfet précise dans sa décision les communes prises en compte pour l'octroi de la licence. La totalité de la population de ces communes est considérée comme desservie par la nouvelle création.

Enfin l'article L 571-1 rappelle pour les départements à statut particulier que, par dérogation, les quotas de population de 3 000 habitants et de 2 500, mentionnés aux articles L 571, L 572 et L573, sont fixés à 3 500 pour la Guyane, Le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle.

Quant aux articles L 572 et L 573, ils précisent les conditions de transfert et de regroupement. La nouvelle législation innove en ces domaines, tout en reprenant la distinction entre les villes de plus de 30 000 habitants, celles de 2 500 à 30 000, et le cas des communes de moins de 2 500 habitants :

- Un transfert peut s'opérer au sein d'une commune mais également se faire d'une commune à une autre, voire d'un département à l'autre en Île-de-France, à condition qu'une création soit possible dans la commune d'accueil en application de l'article L 571. Toutefois le transfert ne peut, par dérogation, se faire dans les zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles ou de redynamisation, si le transfert compromet l'approvisionnement normal en médicaments de ladite zone.

- Les regroupements d'officines sont autorisés à la demande de leurs titulaires, mais ils ne peuvent intervenir que si le nombre d'habitants par officine est égal ou supérieur à 3 000 ou 2 500 selon la population des villes. Le nombre total des pharmaciens de la nouvelle officine (titulaires et assistants) doit être au moins égal au total des pharmaciens (titulaires et assistants) des pharmacies qui se regroupent.

Enfin l'alinéa 5 de l'article L 573 précise que "pour les communes de moins de 2 500 habitants disposant d'au moins une officine à la date de publication de la loi un arrêté du préfet détermine, pour chacune de ces officines, la ou les communes desservies par cette officine, après avis d'une commission comprenant représentants de l'administration et de la profession. Seules peuvent être retenues les communes dont au moins 50 % des habitants sont desservis par l'officine de manière satisfaisante. Dans ce cas, la totalité des habitants de la commune est considérée comme desservie par l'officine par l'application de l'alinéa ci-dessus."

On le voit, la législation impose des "conditions de type géographique" à la création, au transfert ou au regroupement des officines, et même des conditions de type "géographie sociale" compte tenu des départements à statut particulier et des zones dites sensibles de certaines agglomérations. Il s'agit bien d'assurer une couverture géographique la plus pertinente pour satisfaire les besoins de la population.

## **II - LA RÉPARTITION CONTEMPORAINE DES OFFICINES**

### **A - La démographie pharmaceutique**

Les pharmaciens diplômés inscrits au tableau de l'ordre étaient en 2000 au nombre total de 64 277. Sur ce total, on comptait 27 129 titulaires d'officines (contre 19 625 en 1976) exerçant dans 22 689

pharmacies en métropole. Les autres diplômés se répartissant entre les établissements de soins, au nombre de 3 788 (pharmaciens d'hôpitaux), dans l'industrie (2 054), la distribution, les DOM (1 074), les divers emplois (associations humanitaires, pharmaciens-conseils, biologistes, etc. et les salariés (pharmaciens-assistants) en officine, au nombre de 18 120, puisque les pharmaciens titulaires doivent employer des pharmaciens-assistants en fonction du montant du chiffre d'affaires de l'officine ou s'associer à deux ou plus.

En 2000 on comptabilisait en France métropolitaine, 30 % des pharmacies avec un seul titulaire, 35 % ayant un titulaire et un assistant, ce dernier à plein temps ou à temps partiel, 11 % ayant deux titulaires, et le reste ayant au moins trois diplômés ou plus, titulaire et assistant. Notons la féminisation de la profession avec 53 % de femmes titulaires et 82 % chez les assistants.

En une trentaine d'années si les effectifs totaux de diplômés sont passés de 38 000 à 64 000, l'effectif de titulaires d'officine a progressé de 37 %. Les raisons explicatives tiennent au système de quota mis en place dans les facultés de pharmacie mais surtout à la loi de répartition qui limite le nombre de créations d'officines face aux dynamiques des populations.

Ainsi en 1999 on a compté 53 créations d'officines dont 20 par la voie normale et 33 par voie dérogatoire, ainsi que 12 fermetures, le nombre moyen d'habitants par officine s'établissant à 2 579 en moyenne nationale.

## **B - La géographie des pharmacies : pharmacie des villes et pharmacie des champs**

Il résulte de la réglementation en vigueur depuis 1941 instaurant un quorum différencié selon la population des communes, avec les seuils de 30 000, 5 000 et 2 000 habitants, une répartition originale des officines visant à l'optimum pour desservir les populations. Sur les 22 689 pharmacies de métropole, 20 % sont localisées en zone rurale et 80 % en zone urbaine et dans les petites villes. C'est ainsi que 35 % des pharmacies sont dans des communes de moins de 5 000 habitants et 23 % dans les communes de 5 000 à 20 000. Parallèlement on note la présence de 2 783 officines dans des centres commerciaux, dont 73 % sont des regroupements de petits commerces, et il n'y a que 6 % des officines jouxtant des hypermarchés.

Il y a donc une répartition géographique des officines qui tend à couvrir au mieux le territoire afin de desservir de façon égalitaire les populations. Toutefois, en dépit de cette législation contraignante subsistent, du fait des héritages historiques et de l'inertie des créations ou disparitions des officines face aux évolutions des populations, de sensibles inégalités de répartition, et ce à différentes échelles géographiques.

À l'échelle nationale, on compte 39 pharmacies pour 100 000 habitants, ou si l'on veut il y a 2 579 habitants par pharmacie, avec de gros écarts selon les régions et les départements (fig. 1, 2).

Outre le cas des départements de l'est bénéficiant du statut particulier datant du temps de l'annexion par l'Allemagne et qui n'a pas été remis en cause, avec un quorum par pharmacie plus élevé (désormais 3 500 habitants) que dans les autres régions, on constate l'existence d'un gradient nord-sud.

Les densités les plus faibles se retrouvent en Haute-Normandie, en Picardie et dans l'est du Bassin parisien. La présence de pharmacies de type mutualiste ou de pharmacies minières, nombreuses dans le Nord-Pas de Calais et en Haute-Normandie, contribue mais ne peut suffire à expliquer les faibles densités de pharmacies à statut libéral en ces régions. Les plus élevées sont au sud, de l'Aquitaine à la Provence, mais aussi dans le Massif central. Deux raisons opposées expliquent ces fortes densités. Dans les régions méridionales ceci tient à l'héliotropisme bien connu et aux implantations anciennes déjà nombreuses d'avant la loi de répartition de 1941. Dans le centre du pays, il s'agit de l'inertie des implantations face à une importante dépopulation. Les pharmacies installées lors du maximum démographique se sont maintenues, ce qui est un facteur favorable de bonne desserte et donc d'aménagement du territoire dans des régions à faibles densités. En revanche leur situation économique qui se traduit par la vétusté des installations est souvent problématique. On peut penser

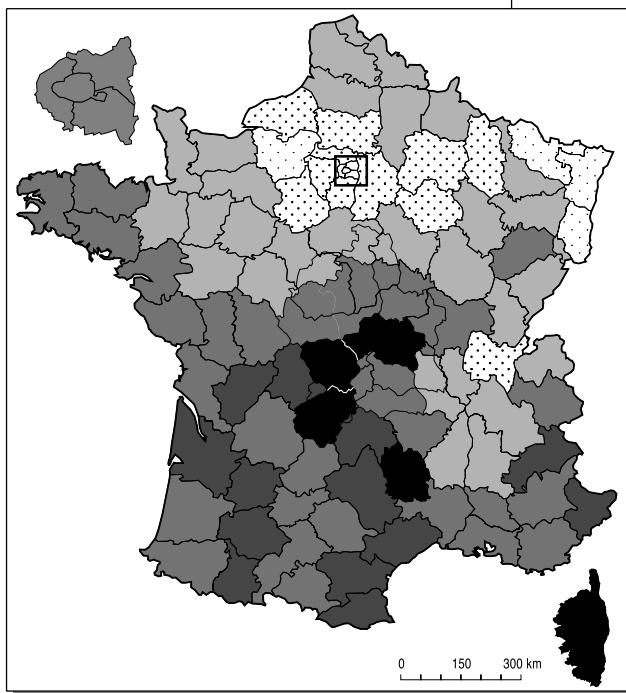
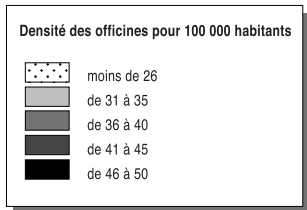
que les possibilités de regroupement offertes par la loi de 1999 modifieront le paysage pharmaceutique dans ces régions en voie de dévitalisation et de vieillissement.

À l'échelle locale, le cas de Paris offre également un bon révélateur de l'effet d'inertie et d'inégale répartition selon les arrondissements (fig. 3) puisque l'écart est de 1 à 4 entre le VIII<sup>ème</sup> et le XIX<sup>ème</sup>. Avec moins de 1 000 habitants par pharmacie, et même 852 dans le VIII<sup>ème</sup>, la vente de médicaments ne peut suffire à rentabiliser ces entreprises, d'où la dérive vers la vente de produits de parapharmacie et l'aspect "drugstore" de ces officines, à l'opposé des pharmacies rurales du cœur de la France !

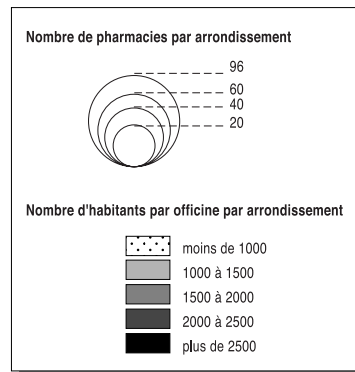
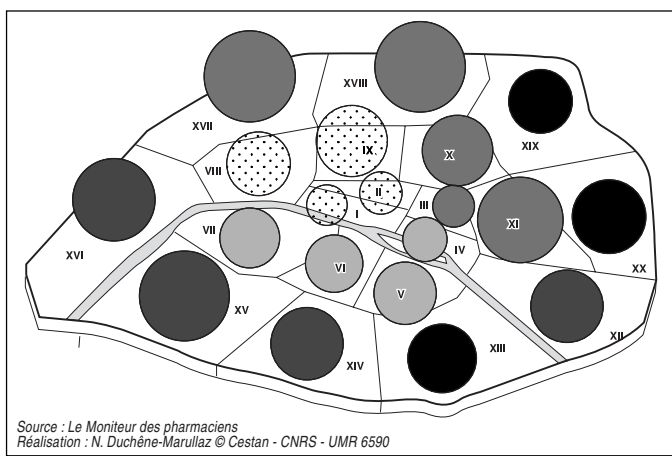
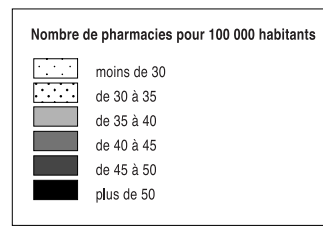
Il y a bien une pharmacie des villes et une pharmacie des champs, ce que la législation et le système du quorum différencié selon la population des communes prennent en compte.

Dans les villes la question essentielle demeure celle de l'emplacement vis-à-vis des dispensateurs que sont les médecins généralistes et les spécialistes et de l'environnement commercial. Ainsi, a-t-on vu les créations se multiplier dans les centres commerciaux tandis que les pharmacies installées au centre des villes, à proximité des cabinets des spécialistes, souffrent de la mobilité de ces derniers. En revanche le maintien des pharmacies dans les quartiers dits difficiles est posé pour des problèmes de sécurité. La nouvelle loi tente de pallier ces risques de transfert liés aux dangers d'exercer dans les quartiers dits à problème, dans la mesure où les transferts ne doivent pas remettre en cause la bonne desserte des populations.

**Fig. 1 : La densité des officines pharmaceutiques en France, par région en 2000**



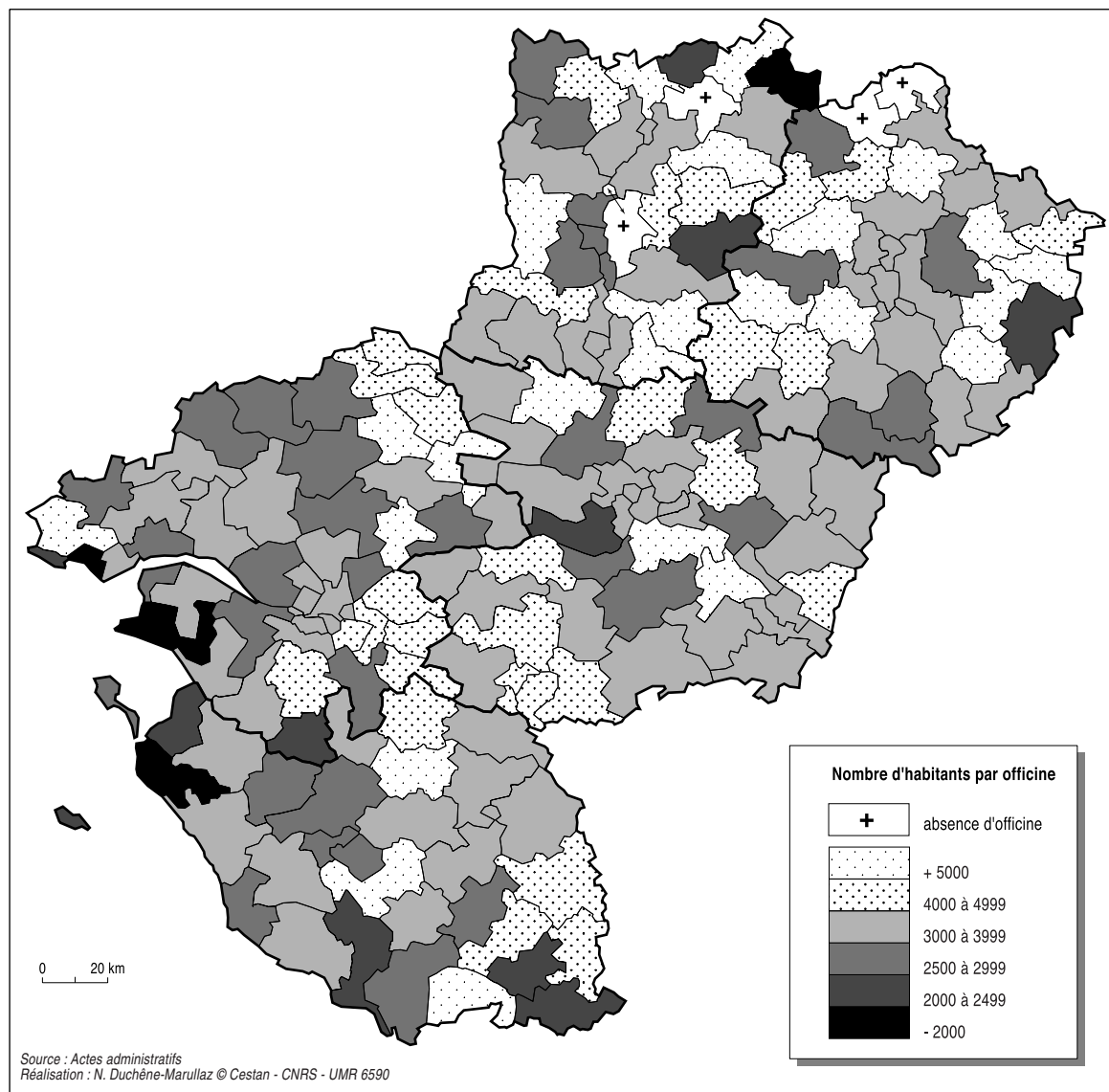
**Fig. 2 : La densité des officines pharmaceutiques par département**



**Fig. 3 : Les inégalités de densité des officines à Paris**

Dans les campagnes, c'est la distance au service qui va être au cœur des problèmes. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte, la densité de population est le plus important, le tissu communal,

l'attractivité des bourgs-centres et des petites villes, la fonction touristique et donc la présence d'une population saisonnière non résidente en sont d'autres<sup>(1)</sup>. Tous ces éléments, de nature géographique on le voit, sont peu ou prou pris en compte depuis la loi de 1941 pour autoriser la création d'une nouvelle officine, notamment lorsque joue la dérogation aux règles fixées par la loi en fonction "des besoins de la population".

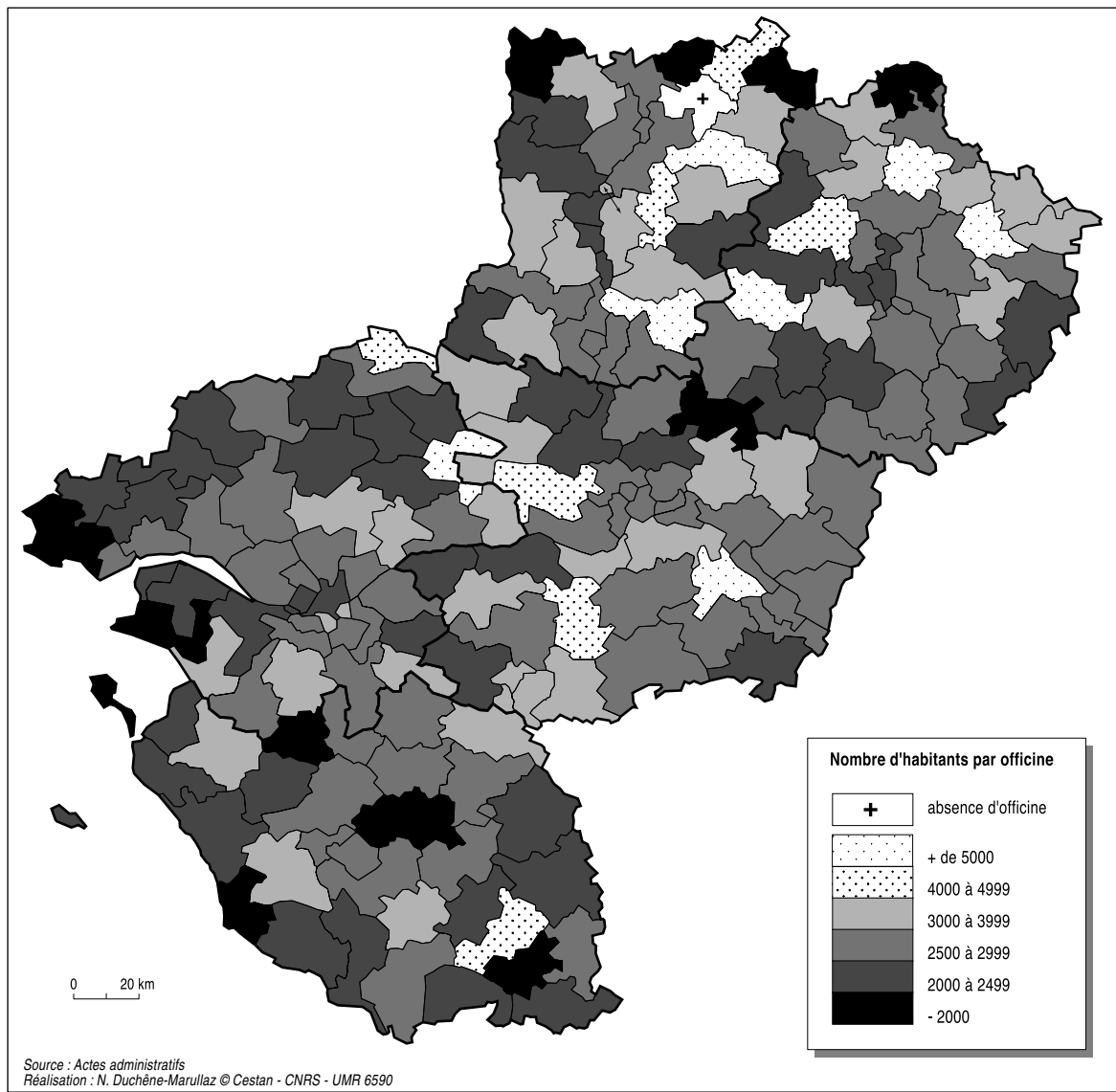


**Fig. 4 : Densité pharmaceutique en 1967-1968 en Pays de la Loire par canton**

Or depuis les années soixante c'est le préfet qui en dernier ressort accorde ou refuse l'autorisation par dérogation. Au plan national, les créations par dérogation l'ont emporté largement vis-à-vis des créations dites normales, l'administration résistant difficilement devant la pression des élus, et les manifestations des populations, soucieux d'obtenir la création d'une officine dans leur commune. En outre le prix, longtemps élevé, des cessions a été une incitation pour les jeunes pharmaciens désargentés à tenter l'aventure d'une création même par dérogation.

### C - La densité des officines et les évolutions : l'exemple des Pays de la Loire

L'examen des cartes de densités calculées en 1967 et en 2000 en nombre d'habitants par pharmacie et par canton (fig. 4, 5) et de la carte de la localisation à la commune des créations d'officines entre ces deux dates (fig. 6), montre que les inégalités d'implantation et de desserte se sont atténuées sans disparaître totalement puisque des écarts importants subsistent. (voir tableau en annexe).



**Fig. 5 : Densité pharmaceutique en 1999-2000 en Pays de la Loire par canton**

En 1967 les écarts intrarégionaux étaient considérables. Plusieurs cantons, au nombre de quatre, étaient totalement dépourvus d'officine, dans le nord de la Sarthe (Sainte-Paterne et Fresnay-sur-Chedouet) à proximité d'Alençon, ainsi que dans le nord de la Mayenne. En d'autres termes, une seule officine desservait un nombre élevé d'habitants, et dans 23 cantons ruraux il y avait plus de 5 000, et même jusqu'à 7 500 habitants par officine. Les agglomérations, grandes ou moyennes avaient des densités plus élevées de pharmacies, mais c'étaient les cantons littoraux qui affichaient les densités les plus fortes du fait d'une réelle concentration dans les stations balnéaires anciennes, La Baule, Pornic, Saint-Jean de Monts et les Sables-d'Olonne.



En 2000, les densités de pharmacie demeurent les plus élevées sur le littoral. Elles sont toujours les plus basses en un certain nombre de cantons ruraux. Les écarts demeurent encore élevés mais ils se sont atténués entre villes et campagnes.



**Fig. 6 : Les créations d'officines pharmaceutiques entre 1967 et 2000 en Pays de la Loire**

La densité va, en 2000, d'une pharmacie pour 1 600 habitants, à une pour près de 6 000, et il y a encore un canton rural mayennais, Le Horps, qui regroupe 3 644 habitants (4 259 en 1968) qui ne possède pas d'officine. Aucune des huit communes ne pouvant jouer le rôle de bourg-centre attractif, puisque le chef-lieu abrite 734 habitants, et les sept autres communes rassemblent chacune de 300 à 500 habitants. Les populations sont donc desservies par les pharmacies des chefs-lieux des cantons voisins. En dépit d'une bonne densité, le tissu communal explique cette apparente anomalie. En revanche dans l'ouest de la région, les départements de Vendée et de Loire-Atlantique ont, à deux exceptions près, une densité cantonale proche de la moyenne et il y a eu un lissage des inégalités. C'est que ces deux départements possèdent de vastes communes suffisamment peuplées, souvent plus de 1 000 habitants, qui ont pu attirer les services de santé de proximité et, après le généraliste, le

dentiste et des infirmières, une pharmacie, cette dernière obtenue souvent par dérogation, justifiée par les services de la préfecture du fait de l'attraction commerciale exercée par ces petits bourgs dans lesquels les services commerciaux de première nécessité sont encore présents.

Dans l'est de la région, le tissu communal, fait de gros bourgs-centres ou de petites villes entourées de nombreuses petites communes rurales, explique que les pharmacies n'ont pu se diffuser dans l'espace et qu'elles demeurent concentrées dans les petites villes, c'est le cas de Mamers, Saint-Calais, Baugé, Noyant, etc.

L'examen de la répartition des créations sur trente-trois années est édifiant (fig. 6). Il y a eu des créations en premier lieu en fonction des accroissements des populations, donc dans les villes, 22 à Nantes, 16 à Angers et au Mans, 7 à Cholet, 6 à La Roche-sur-Yon, et dans le périurbain, 8 à Saint-Herblain, 9 dans le canton de la Chapelle-sur-Erdre, une trentaine dans la périphérie d'Angers, près de 25 autour du Mans, ainsi que sur le littoral, avec 15 créations dans la presqu'île guérandaise, 11 dans le canton des Sables-d'Olonne, trois dans l'île de Noirmoutier, etc. Des créations ont été ensuite obtenues afin de réparer des inégalités d'implantation existantes dans les campagnes en 1967. C'est le cas par exemple du canton de Chaillé-les-Marais, où deux créations ont permis une meilleure desserte, ou bien celui de Saint-Fulgent bénéficiant de trois ouvertures, ou encore du nord de la Sarthe où cinq créations dans deux cantons dépourvus de toute officine ont établi un meilleur équilibre. Il suffit souvent d'une seule création pour modifier considérablement les taux observés.

Toutefois dans 38 cantons, il n'y a eu aucune ouverture. Cette absence de création peut se comprendre du fait d'une diminution des populations alors même que la desserte était déjà correcte, en d'autres cas il y a maintien d'apparentes inégalités. Ainsi en Sarthe, deux cantons voisins conservent des densités pharmaceutiques très différentes sans qu'il n'y ait eu de création. Le canton de Brûlon, a une seule pharmacie pour 5 532 habitants en 1999 (5 515 en 1975) implantée au chef-lieu qui rassemble 1 341 habitants, tandis que dans le canton voisin de Loué il y a trois officines pour 7 483 habitants, deux situées au bourg de Loué (2 042 habitants en 1999) et une autre à Coulaines-sur-Gie, un millier d'habitants.

L'explication tient au tissu communal existant, et à l'absence de bourgs suffisamment attractifs possédant un minimum de services pour être susceptibles d'accueillir une nouvelle pharmacie, aux côtés de celles existantes dans les petites villes ou les gros bourgs marchés traditionnels. À cet égard, l'est et l'ouest de la région offrent deux cas de figure, que l'on retrouverait en d'autres espaces ruraux en France et ce de façon encore plus caricaturale. À l'ouest (Loire-Atlantique et Vendée) où existent des communes de quelques centaines à un millier d'habitants qui étaient dépourvues de services de santé dans les années soixante, la diffusion des services a pu se faire dans ces communes. En revanche, à l'est (Sarthe et Mayenne) là où, hors du chef-lieu de canton déjà bien pourvu, il n'y a dans le canton que de petites communes, ne possédant plus de commerces ou qui ont un bourg trop petit, les services n'ont pu se diffuser et il y a plutôt eu renforcement du chef-lieu. Ainsi en Loire-Atlantique entre 1967 et 2000, 49 nouvelles communes ont bénéficié d'une implantation d'officine, mais aussi de généralistes et d'autres services de santé, et il n'y a plus que 56 communes sur 221 qui ne possèdent pas d'officine. En revanche en Mayenne il n'y a d'officine que dans 54 communes sur 261 et 13 nouvelles communes seulement ont bénéficié d'une implantation. Ailleurs en France, la concentration des officines sur un petit nombre de communes est encore plus grande, ainsi dans le Cantal 222 communes n'ont pas d'officine sur un total départemental de 260 communes. On retrouve un même cas de figure en Haute-Loire ou dans l'est du Bassin parisien.

### III - RÉFLEXIONS D'ORDRE GÉOGRAPHIQUE SUR LES RÉPARTITIONS OBSERVÉES

Les dynamiques de création sur plus d'une génération dans le cadre de la législation confirment que globalement il y a une relation étroite avec les évolutions de population. Que les villes, les espaces périurbains et les zones touristiques aient vu se faire la majeure partie des créations souligne le rôle clef du quorum. Une observation attentive des créations par dérogation qui ont soulevé des

polémiques entre les populations, les élus, les syndicats professionnels et l'administration, montre que très souvent la dérogation n'a fait que précéder une création qui aurait pu se faire quelques années plus tard par la voie normale. L'implantation d'une officine dans une commune qui en était jusqu'ici dépourvue est un enjeu électoral local. On va jusqu'à assister à un curieux double mouvement de fond, avec l'étiollement, voire la disparition des fonctions commerciales en certaines communes, et parallèlement l'installation des services de santé de proximité. Les commerces fuient les bourgades qui sont investies par les services de santé de type libéral.

Toutefois des inégalités de desserte et d'implantation demeurent, en particulier en espace rural. Elles peuvent se mesurer par la densité du service en fonction du nombre d'habitants (fig. 4, 5) mais aussi par la distance moyenne au service, fonction des densités des populations et des obstacles offerts par les milieux naturels (massifs, vallées, forêts, etc.) dans les départements à faible densité la distance à la pharmacie peut dépasser les quinze kilomètres, voire plus. En revanche dans des départements comme la Vendée ou l'Ille-et-Vilaine il n'y a plus d'écart situé à plus de sept kilomètres à vol d'oiseau d'une officine. Une carte par cercle dont le centre figurerait la localisation de chaque officine permettrait de visualiser les secteurs mal desservis. Dans une perspective d'aménagement du territoire et de desserte égalitaire des populations, ces cartes pourraient être utiles pour tenter de remédier à des éloignements trop importants par des dérogations ou des formules de portage à domicile. Longtemps des médecins-propharmaciens qui avaient l'autorisation de délivrer des médicaments ont pu pallier l'absence de pharmacie dans les zones enclavées et à faible densité pour la délivrance de médicaments urgents. Ils ont pour l'essentiel disparu avec les créations en milieu rural.

Le système du quorum pilote donc les dynamiques de répartition dans l'espace du service pharmaceutique, ce en fonction des densités et des évolutions des populations. On conçoit qu'un certain nombre de professionnels d'autres services aux populations envient ou craignent l'instauration d'un système identique en ce qui les concerne.

Les inégalités de desserte peuvent être, dans les régions rurales en voie de dévitalisation et de forte diminution des effectifs, préjudiciables aux officines installées et aboutir en quelques cas à des fermetures par défaut de rentabilité. Jusque dans les années soixante, il y a eu des disparitions de pharmacie et des regroupements, même dans des régions à bonne densité. Ainsi en Vendée la fermeture de deux officines dans des chefs-lieux de canton a permis aux officines restantes d'avoir une rente de situation.

Il reste à se poser la question de la pertinence des échelles cantonales ou communales pour mesurer les inégalités de desserte et les dysfonctionnements éventuels dans la répartition des services de santé. Un examen purement "géométrique" des distances est insuffisant. Il faut faire reposer les autorisations d'ouverture ou les refus sur une analyse de critères multivariés. La législation a prévu les choses au travers de la notion de commune "centre d'approvisionnement". C'est-à-dire la prise en compte de l'attractivité commerciale d'une commune sur les espaces voisins, et la mesure de la polarisation et de la centralité. Les facilités de circulation, les structures de la population, son vieillissement, le degré de motorisation des ménages, la présence de populations saisonnières, peuvent concourir au jugement. C'est dire qu'une analyse géographique serait nécessaire comme aide à la décision.

Les études localisées montrent de nombreux cas de figure. Ainsi en Loire-Atlantique dans la vaste commune de Guéméné-Penfao, nous avons deux pharmacies au bourg, mais une autre est installée à quelques kilomètres dans un gros hameau, Beslé au bord de la Vilaine, qui serait ailleurs chef-lieu de commune. En Vendée, à Saint-Laurent-sur-Sèvre, la population du hameau de la Trique, situé dans le département voisin, est en fait attirée par le bourg de Saint-Laurent et devrait être comptabilisée dans la population desservie par les pharmacies de cette bourgade laquelle compte également une très importante population "comptée à part" dans les recensements, (plus de 1 200 personnes) avec la présence d'un très gros lycée privé avec internat et d'une congrégation religieuse regroupant plusieurs centaines de nonnes. Nous pourrions multiplier ce type de cas au travers de tout le pays, cas qui assure ici des rentes de situation, ailleurs des difficultés de rentabilité.

Depuis la loi de 1941 et surtout à partir des années soixante, il y a eu diffusion des officines dans l'espace rural au même titre que les autres services de santé de proximité. Jamais les ruraux, contrairement à l'idée reçue, n'ont été aussi bien desservis, alors même qu'en parallèle les hôpitaux ruraux eux ont disparu, et que désormais c'est le cas des hôpitaux de petites villes. On a même pu montrer que les services de santé constituaient en espace rural le secteur dynamique de l'emploi<sup>(2)</sup>.

Les petites villes et les bourgs-centres qui autrefois étaient les seuls à posséder ces services de proximité, en particulier la pharmacie, ont perdu en maintes circonstances leur pouvoir de polarisation. Désormais on ne va plus chercher le médecin et le médicament dans la petite ville, on les trouve sur place ou à proximité immédiate<sup>(3)</sup>. On a même pu penser que désormais le nombre de généralistes était trop important en certains espaces ruraux.

#### IV - QUELS EFFETS À TERME DE LA NOUVELLE LÉGISLATION ?

Un premier effet à attendre est une restructuration du réseau des officines. Désormais la réglementation relative aux créations les rend plus difficiles du fait du relèvement du quota de 2 000 à 2 500, tandis qu'il deviendra impossible de comptabiliser deux fois les mêmes populations, une fois pour une création par dérogation et une autre fois pour préserver la desserte des pharmacies existantes. La nouvelle loi, et ses décrets d'application, prend en compte nombre d'aspects géographiques. Ainsi toute demande de transfert ou de regroupement doit être accompagnée de documents cartographiques faisant clairement apparaître le secteur d'origine de la ou des officines, et le secteur d'implantation de la nouvelle pharmacie, ainsi que la localisation des officines les plus proches. Dans les communes de moins de 2 500 habitants, la liste des communes contiguës dépourvues d'officine dont la desserte est revendiquée ainsi que le secteur d'implantation dans la commune et les officines existantes les plus proches doivent figurer.

On peut donc s'attendre à un tarissement des créations en espace rural du fait du relèvement du quota. L'exemple de l'Alsace qui conserve un quota plus élevé montre qu'en pays à fortes densités rurales la distance à l'officine n'est jamais très grande, et que les populations ont accès aux médicaments. La question qui demeure est celle de la desserte des populations isolées dans les espaces à faibles densités. On peut penser que l'assouplissement du portage à domicile, pratique longtemps interdite, favorisera la satisfaction des besoins.

Toutefois l'abaissement du quota à 3 500 habitants en Alsace et en Moselle devrait permettre de nouvelles installations dans ces trois départements. La presse professionnelle fait état de ce contre-coup de l'abaissement du quorum sur les prix de vente des pharmacies existantes, tombés à 81 % du chiffre d'affaires, contre 94 et 92 % dans le Sud-Ouest. Un autre problème est celui des communes touristiques dans lesquelles l'afflux massif de populations saisonnières provoque des dysfonctionnements dans les services de santé. On peut penser que la prise en compte de ces populations par un système d'équivalent habitant permanent, ou encore des autorisations plus souples d'ouverture saisonnière des officines, tant en montagne que sur les littoraux, répondront aux besoins des populations, tout en permettant aux titulaires des officines d'obtenir une activité rémunératrice.

Enfin dans les villes, les dynamiques des populations sont également à prendre en compte. L'exemple parisien (fig. 3) a montré ci-dessus les aberrations d'une inertie face aux nécessaires regroupements et transferts. Dans la plupart des agglomérations, le centre-ville possède un nombre d'officines bien supérieur au quota autorisé alors que les quartiers périphériques sont nettement moins bien desservis. L'impact des grandes surfaces est aussi un facteur discriminant. La comparaison des chiffres d'affaires des officines, et notamment de la vente des seuls médicaments, est éclairante et ne fait que confirmer les inégalités constatées. La nouvelle législation autorise des évolutions et devrait permettre un rééquilibrage interne au sein des grandes agglomérations.

On peut penser à des regroupements ou à des transferts auprès des grandes surfaces commerciales et à des départs des centres-villes, ce qui ne ferait que suivre l'exemple des prescripteurs. Ces questions de

mobilité au sein des agglomérations est un problème pour le maintien ou l'amélioration d'une bonne desserte des populations.

Ces quelques réflexions confirment le rôle que pourraient jouer les géographes professionnels dans les conseils auprès des candidats à des créations ou des élus soucieux d'avoir dans leurs communes une meilleure répartition des officines puisque nombre de problèmes soulevés sont du ressort d'une géographie bien comprise.

### **Note**

Ce texte a fait l'objet d'une communication au onzième Festival International de Géographie de Saint-Dié, consacré à "La Géographie et la santé", le 6 octobre 2000.

### **Bibliographie**

1- RENARD J., 1978, Répartition des pharmacies et géographie : le cas de la Vendée, *Comité des travaux historiques et scientifiques*, section de géographie, Tome 83, pp. 185-201.

2 – NEGRO Y., 1996, Le secteur sanitaire et social en milieu rural : un secteur d'avenir. *Économie rurale*, n° 232 et P. Chevalier, 1999, Les activités sanitaires et sociales : leur rôle dans la dynamique de l'espace rural lozérien, *Revue d'économie méridionale*, n° 184.

3 – JOUSSEAUME V., 1998, *L'ombre d'une métropole : les bourgs-centres de Loire-Atlantique*, Rennes, PUR, 209 p.

## Annexe

Les évolutions de la densité pharmaceutique en Vendée en nombre d'habitants par pharmacie, par canton :

1962	1978	2 000
Fontenay le Comte 1949	Les Sables d'Olonne 1955	Noirmoutier 1599
Maillezais 2079	Saint-Jean-de-Monts 2013	Les Sables d'Olonne 1855
Saint-Jean-de-Monts 2195	Moutiers-les-Mauxfaits 2020	Fontenay-le-Comte 1926
Beauvoir 2240	Talmont 2048	Les Essarts 1936
Les Sables d'Olonne 2370	Fontenay-le-Comte 2048	Moutiers-les-Mauxf 2013
Moutiers-les-Mauxfaits 2517	Yeu 2283	Beauvoir 2014
Le Poiré-sur-Vie 2586	Beauvoir 2394	Maillezais 2048
Palluau 2610	Maillezais 2399	Talmont 2051
Noirmoutier 2650	Saint-Gilles-sur-Vie 2460	Palluau 2152
Luçon 2796	Les Essarts 2504	Saint-Jean-de-Monts 2165
La Mothe-Achard 2870	Rocheservière 2504	La Chataigneraie 2263
Challans 2847	Palluau 2580	Pouzauges 2321
Sainte-Hermine 3029	<i>Moyenne département</i> 2670	Chaillé-les-Marais 2390
<i>Moyenne département</i> 3075	Le Poiré-sur-Vie 2687	Yeu 2394
Pouzauges 3297	Noirmoutier 2698	<i>Moyenne département</i> 2464
La Roche-sur-Yon 3270	Sainte-Hermine 2708	Sainte-Hermine 2465
Chantonay 3278	Chantonay 2739	Saint-Gilles-sur-Vie 2476
Les Herbiers 3343	La Roche-sur-Yon 2791	Le Poiré-sur-Vie 2522
Rocheservière 3386	Montaigu 2901	La Roche-sur-Yon 2585
La Chataigneraie 3456	Pouzauges 2914	Chantonay 2595
Saint-Gilles-sur-Vie 3512	Luçon 2977	Montaigu 2655
Talmont 3527	Saint-Fulgent 3063	Saint-Fulgent 2702
Mortagne-sur-Sèvre 3541	Les Herbiers 3119	Luçon 2783
Mareuil-sur-lay 3546	Mareuil-sur-Lay 3153	Rocheservière 2935
Montaigu 4111	Challans 3186	Les Herbiers 2960
Saint-Hilaire-des-Loges 4371	La Chataigneraie 3217	Saint-Hilaire des L. 2982
L'Hermenault 4537	Mortagne-sur-Sèvre 3333	Mortagne-sur-Sèvre 3033

Yeu 4739		La Mothe-Achard 3637	La Mothe-Achard 3045
Les Essarts 5829		Saint-Hilaire-des-Loges 3960	Challans 3083
Saint-Fulgent 6108		L'Hermenault 4060	Mareuil-sur-Lay 3578
Chaillé-les-Marais 7116		Chaillé-les-Marais 6189	L'Hermenault 4130
<b>Total des pharmacies</b>	<b>133</b>	<b>168</b>	<b>219</b>