

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
DEPARTEMENT DES SCIENCES
PHARMACEUTIQUES

ANNEE: 2024

THESE 2024/TOU3/2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement par

Aurélie VALCARCEL

EVOLUTION DU MAILLAGE OFFICINAL EN OCCITANIE
Analyse détaillée de l'Occitanie-Est

Date de soutenance :
18 avril 2024

Directeur de thèse : Madame le Professeur Florence TABOULET

JURY

Président : Madame TABOULET, Florence
1er assesseur : Monsieur CARRERAS, Fernand
2ème assesseur : Monsieur MORGENROTH, Thomas
3ème assesseur : Monsieur GALAN, Bruno
4ème assesseur : Monsieur FILOCHE, Thierry
5ème assesseur : Monsieur GUILLERMIN, Jean-Marie

PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques
de la Faculté de santé
au 08 mars 2023

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjointe)	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COSTE A.	Parasitologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	Physiologie
Mme DERAËVE C.	Chimie Thérapeutique
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
Mme WHITE-KONING M.	Mathématiques

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie Analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme ECHINARD-DOUIN V. (*)	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
Mme DINTILHAC A.	Droit Pharmaceutique
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
Mme RIGOLET L.	Biologie Cellulaire, Immunologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie Clinique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mme HAMZA Eya	Biochimie
Mme MALLI Sophia	Pharmacie Galénique
M. TABTI Redouane	Chimie Thérapeutique

Remerciements

A ma famille, merci à tous de votre soutien

A mes parents, merci pour votre amour et soutien inconditionnels. Je vous remercie de m'avoir conseillé et encouragé tout au long de mes études. Cette thèse est l'aboutissement de beaucoup de travail, j'espère vous avoir rendu fiers, je vous aime.

A ma petite sœur, Myriam, merci pour ta présence et ta bonne humeur dans mes moments de doutes. Tu es une personne extraordinaire et je sais que tu réussiras avec brio tes études, ne doute pas de toi ! Je t'aime fort.

A mes grands-parents, merci pour vos conseils et de m'avoir toujours poussé à me surpasser.

A mes proches,

A mon copain, Pierre, merci d'être à mes côtés et de me soutenir au quotidien. Merci de faire rire et de m'aider à devenir plus forte. Je t'aime.

A mes meilleures amies, Sara et Isabelle, merci pour votre amitié et votre soutien depuis 10 ans. J'ai de la chance de vous avoir.

A mes amis de toujours, Jean-Pascal et William, je suis heureuse de vous avoir dans ma vie depuis si longtemps, votre amitié m'est chère.

A mes amis rencontrés en PACES, Laurie, Victor et Thomas, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

A tous mes amis de la faculté, et plus particulièrement à Alicia, Anaïs, Lisa-Marie et Lisa, merci pour votre aide et pour tous les moments de joies que vous m'avez apportés.

A mes amies de la Pharmacie du Prat, merci pour votre bonne humeur et vos soirées inoubliables.

A toute l'équipe de la Pharmacie de Merville, merci pour votre accueil, ainsi que pour la transmission de votre savoir et de vos expériences personnelles qui m'ont énormément apporté au cours de ce stage de 6^e année.

A Aurélien, pour m'avoir montré la voie à suivre, pour ton temps et ta gentillesse. Je te souhaite le meilleur.

A mes juges,

Monsieur Fernand CARRERAS, ancien pharmacien Inspecteur de Santé Publique de l'ARS Occitanie,
Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et pour vos idées qui ont permis de rendre ma thèse plus complète. Enfin, merci d'avoir participé à mon jury malgré votre départ.

Monsieur Bruno GALAN, Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens d'Occitanie,
Merci de me faire l'honneur de prendre part au jury de ma thèse pour apporter votre expertise sur ce sujet pour lequel vous êtes fréquemment sollicité.

Monsieur Thomas MORGENROTH, Maître de Conférence des Universités de Droit et économie pharmaceutique, Vice-doyen UFR3S, Faculté de pharmacie,
ULR 4487 - Université de Lille - Centre de Recherche "Droits et Perspectives du droit" (CRDP)
Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'apporter vos connaissances sur un sujet passionnant que vous avez vous-même étudié pour les Hauts-de-France.

Monsieur Thierry FILOCHE, pharmacien titulaire et maître de stage des universités,
Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ma thèse, mais également pour votre accompagnement et votre soutien au cours de mon stage de 6^e année.

Monsieur Jean-Marie GUILLERMIN, Vice-président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens d'Occitanie,
Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'apporter votre analyse approfondie.

A mon Président de thèse et Président du jury,

Madame le Professeur Florence TABOULET, Professeur de Droit pharmaceutique et Economie de la Santé, Faculté des Sciences pharmaceutiques,
UMR 1027 Inserm-Université de Toulouse III, Epidémiologie et analyses en santé publique
Trajectoires d'innovations en santé : enjeux bioéthiques et impact en santé publique
Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour votre investissement sans faille, votre temps et votre bienveillance. Je tiens à vous témoigner toute ma gratitude pour m'avoir guidé et fourni les outils nécessaires à ma réussite. Enfin, merci pour vos enseignements précieux qui m'ont donné le goût du droit et de la législation et qui me seront très utiles pour exercer la profession de pharmacien.

Table des matières

Remerciements	4
Table des matières	6
Liste des abréviations.....	8
Liste des figures.....	9
INTRODUCTION	13
PARTIE I : CADRE JURIDIQUE ET DONNEES DEMOGRAPHIQUES DE LA REGION.....	14
Chapitre I – Evolution du cadre juridique depuis 1941	14
A- DEPUIS 1941 JUSQU’EN 2018.....	14
B- ORDONNANCE N° 2018-3 DU 3 JANVIER 2018	15
Chapitre II – Modalités d’évolution du maillage officinal	16
A- CREATION.....	16
B- TRANSFERT.....	17
C- REGROUPEMENT	17
D- RESTITUTION DE LICENCE	17
E- CRITERES DE PRIORISATION	19
Chapitre III – Procédures et conditions pour le transfert et le regroupement	20
A- PROCEDURE	20
B- CONDITIONS MINIMALES D’INSTALLATION	24
C- CONDITIONS CUMULATIVES POUR LE TRANSFERT ET LE REGROUPEMENT.....	25
Chapitre IV – Description de la population et du territoire.....	27
A- GENERALITES SUR LA REGION OCCITANIE	27
B- DEMOGRAPHIE.....	27
C- LES AIRES URBAINES	29
D- NIVEAU DE VIE ET PAUVRETE.....	30
PARTIE II : ETUDE STATISTIQUE DE L’EVOLUTION DU MAILLAGE OFFICINAL EN OCCITANIE-EST	31
Chapitre I – Méthodologie de collecte et de l’analyse des données	31
Chapitre II - Etude des transferts en Occitanie-Est	32
A- DONNEES GENERALES SUR LES TRANSFERTS EN OCCITANIE-EST	32
B- DONNEES SUR LES TRANSFERTS AUTORISES EN OCCITANIE-EST.....	34
C- DONNEES SUR LES TRANSFERTS REJETES EN OCCITANIE-EST.....	46

Chapitre III - Etude des regroupements en Occitanie-Est	59
A- DONNEES GENERALES SUR LES REGROUPEMENTS EN OCCITANIE-EST	59
B- DONNEES SUR LES REGROUPEMENTS AUTORISES EN OCCITANIE-EST	59
C- DONNEES SUR LES REGROUPEMENTS REJETES EN OCCITANIE-EST	66
Chapitre IV - Etude des fermetures définitives en Occitanie-Est.....	74
A- DONNEES GENERALES SUR LES FERMETURES DEFINITIVES EN OCCITANIE-EST	74
B- REPARTITION PAR COMMUNE DES OFFICINES CONCERNEES PAR UNE FERMETURE DEFINITIVE	75
C- CAUSES DE FERMETURE DEFINITIVE.....	76
PARTIE III : ETUDE STATISTIQUE DU MAILLAGE OFFICINAL EN OCCITANIE	80
Chapitre I – Méthodologie de collecte et de l’analyse des données	80
Chapitre II - Etude des transferts en Occitanie	80
A- DONNEES GENERALES SUR LES TRANSFERTS AUTORISES EN OCCITANIE	80
B- DONNEES CONCERNANT L’ETUDE DE LA COMPROMISSION SUR LES DOSSIERS AUTORISANT LE TRANSFERT	84
C- DONNEES CONCERNANT L’ETUDE DE L’OPTIMISATION	89
Chapitre III - Etude des regroupements en Occitanie	93
A- DONNEES GENERALES SUR LES REGROUPEMENTS EN OCCITANIE	93
B- DONNEES CONCERNANT L’ETUDE DE LA COMPROMISSION SUR LES DOSSIERS AUTORISANT LE REGROUPEMENT	95
C- DONNEES CONCERNANT L’ETUDE DE L’OPTIMISATION SUR LES DOSSIERS AUTORISANT LE REGROUPEMENT.....	97
Chapitre IV - Etude des fermetures définitives en Occitanie	100
A- DONNEES GENERALES SUR LES FERMETURES DEFINITIVES EN OCCITANIE.....	100
B- REPARTITION PAR COMMUNE DES OFFICINES CONCERNEES PAR UNE FERMETURE DEFINITIVE	101
C- CAUSES DE FERMETURE DEFINITIVE.....	102
CONCLUSION	104
Bibliographie	106

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux perforants

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

km : Kilomètre

km² : Kilomètre carré

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

m : Mètre

m² : Mètre carré

USPO : Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine

Liste des figures

<u>Figure 1</u> : Evolution des quotas mis en place pour les créations, transferts et regroupements depuis 1941	14
<u>Figure 2</u> : Carte et tableau représentant la population municipale en Occitanie par département au 1 ^{er} janvier 2020 et son évolution annuelle moyenne entre 2014-2020 et 2009-2014 – INSEE (12)	28
<u>Figure 3</u> : Population municipale des aires d’attraction des villes d’Occitanie de plus de 100 000 habitants – INSEE (12)	30
<u>Figure 4</u> : Tableau et graphiques rapportant la répartition des demandes de transfert et le taux d’acceptation en Occitanie-Est	33
<u>Figure 5</u> : Tableau et carte représentant la répartition des transferts autorisés en Occitanie-Est	34
<u>Figure 6</u> : Graphique illustrant la répartition des transferts selon la taille des communes	35
<u>Figure 7</u> : Tableaux et graphique représentant la répartition des transferts par tranche de populations des communes et par département, exprimée en valeur absolue puis en pourcentage	35
<u>Figure 8</u> : Tableau et graphique représentant la comparaison entre les nombres moyen et médian d’officines dans les communes où sont réalisés les transferts	37
<u>Figure 9</u> : Tableau et diagrammes illustrant la répartition des transferts en fonction des critères de compromission	38
<u>Figure 10</u> : Diagramme illustrant la répartition des types de limites de quartier	39
<u>Figure 11</u> : Tableau et graphique représentant le temps à pied et en voiture ainsi que la distance à pied entre le local d’origine et celui projeté lors du transfert	39
<u>Figure 12</u> : Tableaux et graphiques représentant le nombre de locaux répondant aux critères d’accessibilité en valeur absolue puis en pourcentage, au niveau départemental (1) et au niveau régional (2)	41
<u>Figure 13</u> : Graphique représentant l’évolution de la surface du local de l’officine lors du transfert exprimé en pourcentage de la surface	43
<u>Figure 14</u> : Graphique représentant la taille moyenne du nouveau local lors du transfert exprimé en mètre-carrés	43
<u>Figure 15</u> : Carte de la région Occitanie-Est représentant les transferts dans un local neuf	44
<u>Figure 16</u> : Tableau et graphique représentant la distance à pied du nouveau local jusqu’au médecin ou centre médical le plus proche, exprimé en pourcentage	45
<u>Figure 17</u> : Graphique représentant le nombre de transferts, selon les quotas de population, dans des communes avec un nombre d’officines supérieur égal ou inférieur au nombre théorique nécessaire	46
<u>Figure 18</u> : Graphique illustrant la répartition des transferts selon la taille des communes en Occitanie-Est	47

<u>Figure 19</u> : Tableaux et graphique représentant la répartition des transferts par tranche de populations des communes et par département, exprimée en valeur absolue puis en pourcentage	48
<u>Figure 20</u> : Tableau et graphique représentant la comparaison entre les nombres moyen et médian d'officines dans les communes où les transferts ont été demandés mais refusés	49
<u>Figure 21</u> : Tableau et diagramme illustrant la répartition des transferts refusés en fonction des critères de compromission	50
<u>Figure 22</u> : Tableau et graphique représentant le pourcentage de désaccord a propos de la délimitation du quartier d'accueil entre le demandeur du transfert et l'administration	51
<u>Figure 23</u> : Tableau et graphique représentant le temps à pied et en voiture ainsi que la distance à pied entre le local d'origine et celui projeté lors du transfert	52
<u>Figure 24</u> : Tableaux et graphiques représentant le nombre de locaux des transferts répondant aux critères d'accessibilité en valeur absolue puis en pourcentage, au niveau départemental (1) et au niveau régional (2)	53
<u>Figure 25</u> : Graphique représentant l'évolution de la surface du local de l'officine lors du transfert exprimé en pourcentage de la surface	55
<u>Figure 26</u> : Diagramme représentant la taille moyenne du nouveau local lors du transfert exprimé en mètre-carrés	55
<u>Figure 27</u> : Carte de la région Occitanie-Est représentant les transferts dans un local neuf	56
<u>Figure 28</u> : Tableau et graphique représentant la distance à pied du nouveau local jusqu'au médecin ou centre médical le plus proche, exprimé en pourcentage	57
<u>Figure 29</u> : Graphique représentant le nombre de transferts, selon les quotas de population, dans des communes avec un nombre d'officines supérieur égal ou inférieur au nombre théorique nécessaire	58
<u>Figure 30</u> : Diagramme illustrant la répartition des regroupements selon la taille des communes ...	60
<u>Figure 31</u> : Tableau et graphique illustrant la répartition des transferts en fonction des critères de compromission en valeur absolue et en pourcentage	61
<u>Figure 32</u> : Graphique représentant le temps moyen à pied et en voiture ainsi que la distance moyenne à pied entre le local d'origine et celui projeté lors des transferts et des regroupements	63
<u>Figure 33</u> : Graphique représentant le nombre de locaux des regroupements répondant aux critères d'accessibilité en pourcentage en Occitanie-Est	63
<u>Figure 34</u> : Graphique représentant avant et après regroupement, selon les quotas de population, le pourcentage de communes avec un nombre d'officines supérieur égal ou inférieur au nombre théorique d'officines nécessaire	65
<u>Figure 35</u> : Plan de la ville de Nîmes avec la position des pharmacies dans leur quartier respectif et la position du nouveau local projeté dans le quartier d'accueil potentiel	66
<u>Figure 36</u> : Plan délimitant les limites du quartier de la pharmacie A, remplaçant l'officine A et les autres officines environnantes	68

<u>Figure 37</u> : Plan délimitant les limites du quartier de la pharmacie B, replaçant l’officine B et les autres officines environnantes	68
<u>Figure 38</u> : Plan délimitant le quartier d’accueil selon les demandeurs et selon l’administration, en replaçant le local projeté ainsi que les autres pharmacies environnantes	69
<u>Figure 39</u> : Photographies de la façade du local de la pharmacie A et vue satellite Source : Google Maps (avril 2019)	70
<u>Figure 40</u> : Photographies de la façade du local de la pharmacie B et vue satellite Source : Google Maps (octobre 2022)	71
<u>Figure 41</u> : Photographies de la façade du nouveau local projeté et vue satellite Source : Google Maps (juillet 2017)	73
<u>Figure 42</u> : Tableau et graphiques représentant le nombre de fermetures par année et par département	74
<u>Figure 43</u> : Tableau et graphique illustrant la répartition des fermetures selon la taille des communes	75
<u>Figure 44</u> : Tableau (en valeur absolue) et graphique (en pourcentage) représentant les différents types de fermeture définitive	76
<u>Figure 45</u> : Tableau et graphique comparant les différentes causes de fermeture (en pourcentage et en valeur absolue) en Occitanie-Est sur la période étudiée avec la France entière en 2021 et 2022.....	77
<u>Figure 46</u> : Tableau et graphiques représentant la répartition des transferts en Occitanie	81
<u>Figure 47</u> : Tableaux et graphiques représentant la répartition des transferts selon la taille des communes en valeur absolue et en pourcentage	82
<u>Figure 48</u> : Tableau et graphiques représentant les nombre moyen et médian d’officines dans les communes où sont réalisés les transferts	84
<u>Figure 49</u> : Tableau et diagrammes illustrant la répartition des transferts en fonction des critères de compromission en Occitanie	86
<u>Figure 50</u> : Diagramme illustrant la répartition des types de limites de quartier en (1) Occitanie-Ouest et en Occitanie-Est, puis (2) au niveau régional	87
<u>Figure 51</u> : Tableau et graphiques représentant le temps à pied et en voiture ainsi que la distance à pied entre le local d’origine et celui projeté lors du transfert au niveau départemental (1) et régional (2)	88
<u>Figure 52</u> : Tableau et graphique représentant le nombre de locaux répondant aux critères d’accessibilité en pourcentage au niveau régional	90
<u>Figure 53</u> : Graphique représentant l’évolution de la surface du local de l’officine lors du transfert exprimé en pourcentage de la surface	91
<u>Figure 54</u> : Graphique représentant la taille moyenne du nouveau local lors du transfert exprimé en mètre-carrés	91
<u>Figure 55</u> : Carte de la région Occitanie représentant les transferts dans un local neuf	92

<u>Figure 56</u> : Diagrammes illustrant la répartition des regroupements selon la taille des communes....	94
<u>Figure 57</u> : Graphiques illustrant la répartition des transferts en fonction des critères de compromission en Occitanie	96
<u>Figure 58</u> : Graphique représentant le temps moyen à pied et en voiture ainsi que la distance moyenne à pied entre le local d'origine et celui projeté lors des regroupements	97
<u>Figure 59</u> : Tableau et graphique représentant le nombre de locaux répondant aux critères d'accessibilité en pourcentage au niveau régional	98
<u>Figure 60</u> : Tableau et graphiques représentant le nombre de fermeture par période et par département en Occitanie	100
<u>Figure 61</u> : Tableau et graphiques illustrant la répartition des fermetures selon la taille des communes	102

INTRODUCTION

L'organisation du maillage territorial a pour objectif la bonne répartition des officines sur le territoire, afin que les patients aient un accès rapide aux médicaments, tout en limitant une trop grande concurrence entre les pharmacies, préjudiciable à la santé publique.

Avec l'augmentation du solde naturel et migratoire en France et les modifications d'implantation de la population sur le territoire, le maillage officinal est en perpétuelle évolution pour s'adapter à la population. Il existe plusieurs possibilités : la création d'officine, le transfert, le regroupement ou la fermeture de pharmacie. Ces modalités sont régulées par le code de la santé publique qui, lui aussi, ne cesse d'évoluer selon les besoins. L'ordonnance du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie, définit les dernières conditions d'évolution du maillage territorial des officines.

La région Occitanie résulte de la fusion des ex régions Midi-Pyrénées (Occitanie-Ouest) et Languedoc-Roussillon (Occitanie-Est). Avec 13 départements, c'est la région de France qui en compte le plus grand nombre. Cette vaste région est en constante évolution et possède une répartition de sa population très contrastée, ce qui rend l'optimisation de son maillage officinal complexe.

Nous nous sommes alors questionnés sur l'évolution du maillage officinal en Occitanie-Est. Quelles en sont les modalités et pour quelles raisons sont-elles autorisées ou refusées ? Puis, nous nous sommes demandé si les modalités étaient identiques entre les deux demi-régions, c'est-à-dire entre l'Occitanie-Est et l'Occitanie-Ouest.

Dans un premier temps, nous allons présenter le cadre juridique de l'évolution du maillage officinal et faire un rapide état des lieux démographique de la région Occitanie. Dans un second temps, nous analyserons de manière détaillée les modalités de cette évolution en Occitanie-Est. Enfin, nous comparerons ces données avec celles relatives à l'Occitanie-Ouest créées et commentées par Aurélien STRONOCK dans sa thèse de doctorat en pharmacie, soutenue en 2023 « Evolution du maillage officinal en Occitanie-Ouest » (1).

PARTIE I : CADRE JURIDIQUE ET DONNEES DEMOGRAPHIQUES DE LA REGION

L'évolution du maillage officinal est régulée par un cadre juridique, dont la plupart des textes sont issus du code de la santé publique. Dans un premier chapitre, nous analyserons l'évolution de ce cadre juridique depuis la loi du 11 septembre 1941 relative à l'exercice de la pharmacie. Par la suite, nous verrons les modalités d'évolution de ce maillage officinal puis nous étudierons plus spécifiquement les conditions et procédures relatives aux transferts et regroupements d'officines. (1)

Chapitre I – Evolution du cadre juridique depuis 1941

A- DEPUIS 1941 JUSQU'EN 2018

Depuis la loi du 11 septembre 1941, instituant une limitation du nombre de pharmacies, de nombreuses réformes lui ont succédé dans le but d'obtenir une meilleure répartition des officines sur le territoire français. Au cours du temps, les quotas de population nécessaires à l'ouverture d'une nouvelle officine ont augmenté.

La figure 1 ci-dessous est un tableau récapitulant les différents changements de quotas mis en place pour l'évolution du maillage officinal.

Figure 1 : Evolution des quotas mis en place pour les créations, transferts et regroupements depuis 1941

Date	Population nécessaire pour la 1 ^{ère} officine	Tranches de populations pour les officines supplémentaires	Dérogations aux quotas
1941-1999	2 000	Si < 5 000 : 1 officine pour 2 000 habitants Si < 30 000 : 1 officine pour 2 500 habitants Si > 30 000 : 1 officine pour 3 000 habitants	Voie dérogatoire
1999-2002	2 500	Si < 30 000 : 1 officine pour 2 500 habitants Si > 30 000 : 1 officine pour 3 000 habitants	Transferts en cas de force majeure
2002-2008			
2008-2012	2 500	Tranche de 3 500 habitants par officine supplémentaire	
2012-...	2 500	Tranche de 4 500 habitants par officine supplémentaire	

La dernière réforme en date est l'ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie.

B- ORDONNANCE DU 3 JANVIER 2018

Cette ordonnance modifie les conditions de l'évolution du maillage territorial décrites dans l'article L5125 du Code de la santé publique, dans le but d'avoir une desserte optimale en médicaments, en prenant en compte la localisation et la population. Ce texte est celui qui régit actuellement les règles qui seront développées dans la suite de ce travail de thèse.

En premier lieu, ce texte introduit la notion de quartier. Défini au cas par cas par le directeur général de l'ARS, le quartier d'une commune se présente comme une « unité géographique » contenant une « population résidente » qui se délimite par des « infrastructures de transport » (axe routier, voie ferrée...), des « limites naturelles » (cours d'eau, forêt...) et certaines limites de communes. La notion de quartier est à la base de l'évaluation de la première condition d'acceptation des transferts, regroupements ou créations, qui s'intéresse à la desserte de la population résidente autour du local d'origine de l'officine et à la non-compromission de son approvisionnement en médicaments. L'étude de la compromission sera reprise et développée dans la partie C- du chapitre III de cette première partie.

En deuxième lieu, le gouvernement impose un « caractère optimal » à la desserte en médicaments liés à l'officine en elle-même. Cela passe par l'accès à l'officine, par la qualité des locaux et par la population desservie. L'ordonnance introduit la possibilité d'apprécier la population résidente au regard des recensements mais également de l'évolution démographique prévisible, grâce à la délivrance de permis de construire de logements individuels ou collectifs. Il est à noter que les quotas d'habitants par officine précédemment fixés par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2012 sont repris et inchangés dans cette ordonnance pour la plupart des communes, sauf celles de Guyane, de Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin où la population nécessaire pour l'ouverture d'une première officine passe de 2 500 à 3 500 habitants. La deuxième condition cumulative sera également explicitée dans la partie C- du chapitre III de cette première partie.

En troisième lieu, un allègement des quotas est possible dans certaines communes où la desserte médicamenteuse « n'est pas assurée de manière satisfaisante ». En effet, certaines communes de plus de 2 000 habitants pourraient accueillir un transfert ou regroupement, notamment dans des lieux relativement fréquentés, tel qu'un centre commercial ou bien dans les lieux de santé, comme les maisons ou centres de santé. Les territoires concernés, et par conséquent la liste de ces communes, doivent être définis par arrêté du directeur général de l'ARS après consultation du conseil régional de l'ordre des pharmaciens ainsi que des autres organisations territoriales des pharmaciens. En mars 2024, aucun arrêté à ce propos n'a été pris. Ainsi, cette mesure est, dans l'attente, inapplicable.

En dernier lieu, une précision est apportée concernant les officines dans les aéroports. Les quotas d'ouverture de pharmacies sont de trois millions de passagers par an pour l'implantation d'une officine, puis des tranches de vingt millions de passagers supplémentaires sont appliquées par officine supplémentaire. Chaque officine a le droit d'avoir une annexe pour être ouverte à la fois « côté piste » et « côté ville »¹. (1) (2)

¹ Ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018, relative à l'adaptation des conditions de création, transfert et regroupement et cession des officines de pharmacie

Chapitre II – Modalités d'évolution du maillage officinal

Il existe ainsi différentes modalités conduisant à l'évolution du maillage officinal : la création, le transfert, le regroupement et la fermeture des officines.

A- CREATION

La création d'une officine équivaut à la délivrance d'une licence de pharmacie par le directeur général de l'ARS, après avis du conseil régional de l'ordre des pharmaciens et des syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine. La licence rattache le fonds de commerce au lieu d'exploitation de l'officine.

L'ouverture d'une officine par la voie de création est aujourd'hui très limitée. En effet, elle n'est possible que sous les conditions cumulatives suivantes :

- Un quota de population atteint depuis plus de deux ans à compter de la publication du dernier recensement de la commune. Pour rappel, les quotas actuellement en vigueur sont ceux repris dans l'ordonnance n°2018-3, à savoir 2 500 habitants dans la majorité des communes ne comptant aucune officine, sauf celles de Guyane, de Moselle, du BasRhin et du Haut-Rhin où ce seuil est à 3 500 habitants et une tranche de 4 500 habitants par officine supplémentaire.
- La nouvelle officine doit être située dans des territoires particuliers, à savoir :
 - Les zones franches urbaines-territoires entrepreneurs qui sont des quartiers de plus de 10 000 habitants particulièrement défavorisés dont la liste est établie en annexe de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville. En Occitanie-Ouest, nous ne comptons que cinq quartiers, situés dans la ville de Toulouse : la Reynerie, Bellefontaine, la Faourette, Bagatelle et Bordelongue. En Occitanie-Est, on note quatre quartiers, situés à Montpellier (la Paillade), Nîmes (ZUP Pissevin et Valdegour) et Perpignan (Le vernet).²
 - Les quartiers prioritaires de la politique de la ville définis par une population minimale et le revenu des habitants justifiant un écart de développement économique et social³. Il y a 45 quartiers prioritaires de la politique de la ville recensés en 2022, selon l'agence nationale de la cohésion des territoires. La moitié d'entre eux est située en Haute-Garonne. (3)
 - Les zones de revitalisation rurale qui comprennent des communes « membres d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre » avec une densité et un revenu fiscal inférieurs aux médianes nationales⁴. On retrouve un certain nombre de communes rurales au sein de ces zones en Occitanie. La liste des communes classées en zones de revitalisation rurale est mise à jour par l'agence nationale de la cohésion des territoires.
- La demande de création n'a pas été précédée d'une autorisation de transfert ou de regroupement, qui sont prioritaires. (1) (4)

² Annexe I, loi n° 96-987 du 14 novembre 1996, relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville

³ Article 5, loi n° 2014-173 du 21 février 2014, de programmation pour la ville et la cohésion urbaine

⁴ Article 1465A, Code général des impôts

B- TRANSFERT

Le transfert est, quant à lui, plus commun. Cette modalité consiste, pour une officine de pharmacie, à déplacer son activité officinale d'un local à un autre et ainsi obtenir une nouvelle licence d'exploitation, celle-ci étant rattachée au lieu d'exploitation. Le transfert peut se faire au sein de la même commune ou bien dans une commune différente de celle d'origine.

Le transfert est autorisé par le ou les directeurs généraux des ARS concernées après analyse du dossier de demande et du respect des conditions cumulatives dans le but d'avoir une desserte en médicaments optimale. La procédure et les conditions seront décrites dans le chapitre III de cette première partie. (1) (4)

C- REGROUPEMENT

Le regroupement est une fusion de deux ou plusieurs officines qui vont mettre en commun leur activité pour l'exercer au sein d'un même local. Ce local peut être celui d'une des pharmacies regroupées ou bien un local tiers situé dans une des communes d'origine ou toute autre commune. Dans tous les cas, le regroupement doit satisfaire les mêmes conditions cumulatives que le transfert pour un bon approvisionnement en médicaments de la population, telles que décrites dans le chapitre III, et notamment une commune d'accueil présentant une population supérieure aux quotas.

Une particularité pour le regroupement est à relever. En effet, l'ordonnance du 3 janvier 2018 a introduit, dans l'article L.5125-5 du code de la santé publique, le fait que, suite à un regroupement au sein d'une des communes d'origine, le nombre de licences initial reste pris en compte pendant au moins douze ans. Ainsi, aucune implantation par transfert, regroupement ou création ne peut se faire suite à la diminution du nombre de pharmacies par habitant dans la commune.

Par exemple, si les deux officines d'une commune de plus de 7 000 habitants se regroupent, il n'y aura plus qu'une pharmacie dans cette commune alors que les quotas seraient atteints pour l'ouverture d'une seconde officine. Cette mesure permet d'empêcher l'ouverture d'une autre officine durant les douze années qui suivent le regroupement.

Au-delà de cette période de douze ans, une nouvelle ouverture peut être autorisée par le directeur général de l'ARS « si les besoins en médicaments de la population ne sont plus satisfaits de manière optimale »⁵. (1) (4)

D- RESTITUTION DE LICENCE

Il existe plusieurs modalités conduisant à la restitution de la licence d'exploitation d'une officine, qui peuvent être réparties en quatre catégories : la liquidation judiciaire, la cessation d'activité avec indemnisation, la cessation d'activité sans indemnisation et le regroupement. Les trois premières modalités feront l'objet d'un arrêté de l'ARS « constatant la cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie », tandis que le regroupement sera concerné par un arrêté d'autorisation de la demande de regroupement. (1)

⁵ Ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018, relative à l'adaptation des conditions de création, transfert et regroupement et cession des officines de pharmacie

1- La liquidation judiciaire

La liquidation judiciaire est mise en place lorsqu'une pharmacie n'est plus capable « d'honorer ses créances » et que cette situation n'est pas susceptible d'évoluer favorablement, vers un « rétablissement ». Cette procédure fait suite à une demande auprès du tribunal de commerce de la part d'un créancier, du pharmacien titulaire ou à la demande du procureur de la République. Le jugement prononçant la liquidation judiciaire stoppe l'activité de l'officine et un liquidateur judiciaire est nommé afin de gérer l'entreprise, dans le but de liquider les actifs et de rembourser les dettes. La clôture de la liquidation peut se faire si les dettes ont été remboursées, notamment par une « offre de reprise » qui conduit à un « plan de cession »⁶ ou bien par une impossibilité de la liquidation par « insuffisance d'actif ». Dans ce cas, la fermeture de l'officine est définitive et un arrêté du directeur général de l'ARS est publié afin de le constater. (1) (5)

2- La cessation d'activité contre indemnisation

Cette procédure consiste, dans la plupart des cas, à l'indemnisation d'un pharmacien, par un pharmacien titulaire d'une autre officine, dans le but de cesser définitivement son activité. Celle-ci bénéficie alors au voisin ou à plusieurs confrères qui peuvent récupérer la clientèle de l'officine fermée.

Cette opération a été auparavant interdite par la jurisprudence. Néanmoins, elle a finalement été autorisée par l'article 74 de la LFSS pour 2012 sous contrôle de l'ARS⁷ puis redéfinie par l'ordonnance de 2018⁸. Cette cessation d'activité est désormais qualifiée comme une opération de « restructuration du réseau officinal »⁹.

Elle peut être initiée par un ou plusieurs titulaires d'officines voisines, situées dans la même commune ou dans des communes limitrophes, et conduit à l'indemnisation d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires dans le but qu'ils cessent définitivement l'exploitation de leurs officines. Il faut, pour cette opération qui, dans le fond, présente des similitudes avec le regroupement, demander préalablement l'avis du directeur général de l'ARS. (1) (5)

3- La cessation d'activité sans indemnisation

a) Caducité de la licence

Le pharmacien titulaire d'une officine qui cesse définitivement son activité doit le déclarer au directeur général de l'ARS. Cependant, la cessation définitive d'activité peut aussi être prononcée, en l'absence de déclaration, si aucune activité n'est constatée par le directeur général de l'ARS pendant douze mois consécutifs¹⁰. Le fait de ne passer aucune commande ou bien de ne télétransmettre aucune facturation à l'assurance maladie pendant une année peut permettre de constater cette absence d'activité. La cessation d'activité d'une officine de pharmacie doit être constatée par arrêté par le directeur général de l'ARS afin de rendre la licence caduque.

⁶ Article L.5125-21, Code de la santé publique

⁷ Article 74, loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011, de financement de la sécurité sociale pour 2012

⁸ Ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018, relative à l'adaptation des conditions de création, transfert et regroupement et cession des officines de pharmacie

⁹ Article L.5125-5-1, Code de la santé publique

¹⁰ Article L.5125-22, Code de la santé publique

En outre, après obtention de la licence par voie de transfert, de regroupement ou de création, le délai d'ouverture de l'officine est de deux ans suivant la date de publication de l'arrêté émanant du directeur général de l'ARS. Au-delà, la licence devient caduque sauf en cas de force majeure où une prolongation peut être accordée par le directeur général de l'ARS¹¹.

La caducité de la licence peut également intervenir dans le cas où le délai de gérance après un décès expire. En effet, en cas de décès du titulaire de l'officine, ses héritiers doivent faire gérer l'officine par un pharmacien pendant le temps de la vente de la pharmacie. Le délai est de deux ans et peut exceptionnellement être prolongé d'une année par le directeur général de l'ARS. A l'issue de ce délai, la licence est automatiquement caduque¹². (1) (6)

b) Cessation d'activité imposée par la justice

Un pharmacien titulaire sanctionné pénalement pour une infraction prévue à l'article L5424 du code de la santé publique peut se voir imposer la fermeture définitive de son officine¹³. Cette fermeture définitive conduit à la caducité de la licence d'exploitation. (1) (6)

4- Le regroupement volontaire d'officines

Le regroupement, tel que défini précédemment, est la fusion d'au moins deux pharmacies pour une exploitation conjointe. Elle conduit à la cessation d'activité des officines d'origine et à l'ouverture d'une officine regroupée. Ainsi, au final, il y a, à minima, une pharmacie en moins dans la commune concernée. L'autorisation de la demande de regroupement est arrêtée par le directeur général de l'ARS concernée.

E- CRITERES DE PRIORISATION

L'objectif de la restructuration du réseau officinal étant de diminuer le nombre des officines dans les zones en surnombre, le regroupement est priorisé. En effet, en cas de regroupement, aucun transfert ni création ne sera possible dans la commune pendant au maximum douze ans.

Ainsi, l'ordonnance n°2018-3, avec le même objectif, instaure une priorité des demandes de regroupement par rapport à celles de transfert. Pour une même commune, si deux dossiers sont déclarés complets mais que l'un demande le transfert d'une pharmacie et que l'autre demande un regroupement d'au moins deux officines avec un exercice dans un local de la commune, ce sera le deuxième qui sera choisi, si les conditions cumulatives sont respectées.

Puis, vient la priorisation du transfert par rapport à la création d'officine qui est très limitée. Cette dernière n'est possible, dans une commune où les quotas sont atteints depuis deux ans après la publication du recensement, qu'en l'absence d'autorisation de transfert ou de regroupement et dans certaines zones précisées et décrites précédemment dans la partie A- du chapitre II.

En définitive, il est possible de conclure que le regroupement est la voie prioritaire par rapport au transfert qui l'est par rapport à la création, cette dernière étant autorisée de façon exceptionnelle.

¹¹ Article L-5125-19, Code de la santé publique

¹² Article L.5125-16, Code de la santé publique

¹³ Article L.5424-19, Code de la santé publique

Les transferts et regroupements d'officines étant les modalités d'évolution du maillage officinal les plus fréquentes, nous allons nous intéresser aux procédures puis aux conditions requises pour leur autorisation.

Chapitre III – Procédures et conditions pour le transfert et le regroupement

A- PROCEDURE

1- Dossier de demande

Toute demande de transfert ou de regroupement doit être accompagnée d'un dossier qui sera instruit par l'ARS de la région concernée. Ce dossier doit contenir les pièces justificatives suivantes ¹⁴:

- Les documents justifiant de l'identité et de la qualification du ou des pharmaciens demandeurs,
- L'adresse de la pharmacie souhaitant transférer ou des pharmacies souhaitant se regrouper,
- L'adresse du local envisagé pour l'exploitation de l'officine après le transfert ou le regroupement,
- Les plans des secteurs concernés incluant une délimitation des quartiers d'origine et d'accueil, et le positionnement des locaux d'origine et d'accueil ainsi que ceux des officines voisines. Les distances entre les locaux et les officines les plus proches devront être précisées et des photographies des locaux et de leurs environnements insérés,
- Les documents justifiant les droits des demandeurs sur le local envisagé (titre de propriété, bail locatif, local destiné à un usage commercial). De plus, en fonction de la nature des travaux nécessaires pour la construction et/ou l'aménagement du local, le code de l'urbanisme peut exiger l'obtention d'un permis de construire ou une déclaration de travaux auprès des services de l'urbanisme de la mairie de la commune¹⁵.

Ainsi, doit être inséré dans le dossier :

- Le permis de construire obtenu,
- Ou la non-opposition à la déclaration de travaux effectuée,
- Ou une attestation sur l'honneur du demandeur que les aménagements réalisés ne nécessitent ni permis de construire, ni déclaration de travaux,
- Les documents attestant le respect des conditions d'accessibilité et des conditions minimales d'installation au sein du local envisagé, telles que décrites en partie B- de ce chapitre. On retrouve différents plans des locaux et des bâtiments dans lesquels ils sont situés,
- La liste, fournie par les services de l'urbanisme de la commune, des permis de construire pour des logements individuels ou collectifs accordés dans le quartier ou la commune concernés par la nouvelle implantation de l'officine, afin de prévoir l'évolution de la population résidente.

¹⁴ Arrêté du 30 juillet 2018 fixant la liste des pièces justificatives accompagnant toute demande de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie

¹⁵ Articles L. 421-1, L. 422-1, L. 422-2, code de l'urbanisme

Ce dossier est adressé à l'ARS compétente dans la région concernée par le transfert par voie postale en quatre exemplaires, au minimum, ou par voie dématérialisée. Si l'opération se fait dans deux régions différentes, la demande doit être envoyée à l'ARS de la région où l'exploitation est souhaitée. Le directeur général de l'ARS se chargera alors de transmettre le dossier à l'ARS de la région d'origine.

A la réception du dossier et après vérification, le directeur général de l'ARS enregistre la date et l'heure de complétude du dossier complet et en transmet un récépissé au demandeur¹⁶. Si le dossier est incomplet, le demandeur doit fournir les pièces manquantes afin que sa demande puisse être instruite. (1) (7)

2- Instruction du dossier

L'ARS dispose d'un délai de quatre mois à partir de la date de réception du dossier complet pour instruire le dossier. Durant cette période, seront analysés les éléments de la demande au regard des conditions minimales d'installation et des conditions cumulatives nécessaires, telles que décrites respectivement en partie B- et C- de ce chapitre.

Au cours de l'instruction, des avis sont recueillis. Le directeur général de l'ARS transmet de façon systématique le dossier de demande au conseil régional de l'ordre des pharmaciens concerné, ainsi qu'aux représentants régionaux des syndicats représentatifs des pharmaciens, à savoir la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine (USPO). Un avis positif ou négatif est rendu dans un délai de deux mois par ces instances, délai au-delà duquel l'avis est réputé rendu. Cet avis est consultatif et ne figure pas dans l'arrêté d'autorisation ou de rejet de la demande¹⁷. (1)

3- Réponse

La réponse au dossier de demande de transfert ou de regroupement du directeur général de l'ARS est rendue par un arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région concernée. Deux cas de figure font office de réponse :

- Le transfert ou le regroupement est accepté, auquel cas le directeur général de l'ARS publie un arrêté portant autorisation de transfert ou de regroupement d'une officine de pharmacie. Un nouveau numéro de licence est attribué à la pharmacie transférée ou regroupée,
- Le transfert ou le regroupement est refusé. Est alors publié un arrêté portant rejet de l'autorisation de transfert ou de regroupement d'une officine de pharmacie.

Si aucune réponse n'est rendue dans le délai de quatre mois, cela équivaut à un rejet implicite de la demande. (7)

¹⁶ Article R.5125-1, code de la santé publique

¹⁷ Article R.5125-2, code de la santé publique

En Occitanie, les arrêtés émanant du directeur général de l'ARS portant autorisation de transfert ou de regroupement présentent les données suivantes :

- La référence de l'arrêté : il s'agit un code qui permet de le retrouver facilement, par exemple « ARSOC-DPR-PS-PHAR-BIO n°2019-058 ». L'acronyme ARSOC fait référence à l'ARS Occitanie. La direction concernée est ensuite désignée par DPR, signifiant Direction du Premier Recours. Puis, on retrouve l'unité au sein de la direction : PHAR-BIO, pour pharmacie et biologie. Enfin, un numéro classe l'arrêté par année de publication : « n°2019-058 » signifie qu'il s'agit du 58ème arrêté de l'an 2019 au sein de l'unité concernée,
- La raison de l'arrêté, c'est-à-dire l'autorisation ou le rejet de la demande,
- L'autorité à l'origine de l'arrêté, à savoir : « Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de la Région Occitanie »,
- Une première série de visas : ce sont les textes législatifs et réglementaires sur lesquelles se fondent la décision. Ils sont précédés par le mot « vu ». On y retrouve notamment les articles du code de la santé publique concernés par le transfert et le regroupement, ainsi que les lois, ordonnances et décrets en vigueur, comme l'ordonnance n°2018-3. On y retrouve également le décret portant nomination du directeur général de l'ARS actuel ainsi que la décision de délégation de sa signature,
- Une autre série de visas, également précédés par « vu » : elle détaille la demande avec la date d'enregistrement du dossier complet, les noms et la qualité du demandeur, les adresses concernées par la demande d'autorisation de transfert ou de regroupement,
- Les « considérants » : ils détaillent sur quoi s'appuie la décision, notamment en analysant le respect des conditions cumulatives et des conditions minimales d'installation,
- La décision, organisée en plusieurs articles : le premier rend la décision d'autorisation ou non, le deuxième enregistre le nouveau numéro de licence, le troisième et le quatrième concernent les délais d'ouverture et le cinquième détaille les modalités de recours. (1)

4- Procédure à suivre suite à la réponse de l'ARS

a) Absence de réponse au-delà de 4 mois ou rejet de la demande

En cas de refus de la demande d'autorisation de transfert ou de regroupement ou d'absence de réponse, le demandeur peut, dans un délai de deux mois, réitérer sa demande avec des pièces justificatives actualisées ou complémentaires. Durant ces deux mois, le dossier bénéficie d'un droit d'antériorité par rapport à un autre dossier de demande. Le directeur général de l'ARS examine ensuite à nouveau cette demande en suivant la même procédure que pour la première.

Le directeur général de l'ARS peut également, lors du rejet de la demande, imposer des secteurs de la commune dans lesquels l'officine doit s'implanter. Dans ce cas, le demandeur a un délai de neuf mois pour trouver un nouveau local correspondant aux critères imposés par l'ARS et produire un nouveau dossier avec les pièces justificatives correspondantes, délai pendant lequel le demandeur bénéficie également d'un droit d'antériorité. Suite à cette nouvelle demande, le directeur général de l'ARS dispose de deux mois pour prendre une décision. (1)

b) Autorisation de la demande

L'autorisation ne peut être activée qu'après l'expiration d'un délai de trois mois suivant la date de publication de l'arrêté autorisant la création, le transfert ou le regroupement.

L'ouverture de l'officine dont la licence a été octroyée peut se faire une fois ce délai de trois mois écoulé et au plus tard 24 mois après la date de publication de l'arrêté. Au-delà de ces deux ans, la licence est automatiquement caduque et ne peut plus être utilisée. En cas de force majeure, le directeur général de l'ARS peut prolonger cette période. (1)

5- Recours

Il existe deux voies de recours en première instance contre la décision d'autorisation ou de rejet de la demande de transfert ou de regroupement d'une officine. Ces voies de recours sont ouvertes :

- Au demandeur de l'autorisation, s'il juge que le rejet de sa demande a été fait à tort,
- Ou bien à des personnes tierces intéressées par l'autorisation de transfert ou de regroupement. Il peut s'agir, par exemple, de pharmaciens titulaires des officines voisines qui estiment qu'il s'agit d'une décision abusive qui leur cause un préjudice, du maire de la commune ou bien du conseil régional de l'ordre des pharmaciens. (1)

a) Recours administratif

La première possibilité est de faire un recours gracieux auprès du signataire de la décision, à savoir le directeur général de l'ARS. Pour cela, il faut envoyer une lettre à l'ARS précisant les motifs conduisant à contester la décision dans les deux mois suivant la publication de l'arrêté. Celui-ci dispose d'un délai de deux mois pour répondre au recours administratif par la publication d'un arrêté. Une absence de réponse vaut rejet du recours.

L'alternative est un recours hiérarchique auprès du supérieur de l'auteur de la décision. Dans ce cas, il s'agit du ministre en charge de la santé. La procédure est la même. Si le recours est accepté, un arrêté ministériel annulant la décision de l'ARS est publié au journal officiel de la République. Généralement, le directeur général de l'ARS concernée prend ensuite un arrêté portant attribution d'un numéro de licence à l'officine transférée ou regroupée. (1)

b) Recours contentieux

Pour effectuer un recours contentieux devant le tribunal administratif, il faut saisir le tribunal en déposant une requête, accompagnée de la décision contestée et des pièces justificatives dans le délai imparti. Ce délai est de deux mois suivant l'arrêté d'autorisation ou de refus de la demande de transfert ou de regroupement ou bien de deux mois supplémentaires en cas de rejet d'un recours administratif. Le recours sera instruit puis jugé par un magistrat du tribunal administratif.

Ce type de recours est plus long que le recours administratif, il faut compter une à plusieurs années pour avoir le jugement. La décision prise peut faire l'objet d'un appel en Cour Administrative d'Appel dont la décision peut enfin être portée en cassation devant le Conseil d'Etat.

Le recours contentieux n'a pas de caractère suspensif, c'est-à-dire que le recours n'empêche pas la mise en application l'arrêté d'autorisation. Un recours contentieux peut être fait suite ou simultanément à un recours administratif, ou bien directement, sans passer par un recours administratif. (1) (7) (8)

B- CONDITIONS MINIMALES D'INSTALLATION

Il existe des conditions particulières à respecter afin que le local choisi pour exercer une activité officinale soit adapté à cette activité et que la licence soit délivrée.

Il y a d'abord quelques règles générales. Le local doit permettre le respect des bonnes pratiques de par son aménagement, sa superficie et son équipement. En ce qui concerne le local en lui-même, il doit être conforme au code de la construction et de l'habitation et former un ensemble d'un seul tenant, même dans le cadre d'activités diverses de l'officine telles que l'orthopédie ou l'optique. La seule exception à cette disposition concerne les locaux de stockage qui peuvent être situés dans un local séparé à proximité s'ils ne présentent aucune signalisation. De plus, le local ne doit pas communiquer avec un autre local commercial. En cas de livraison de médicaments en dehors des horaires d'ouverture, un 'sas' doit être prévu afin d'isoler ces produits livrés. Enfin, l'aménagement de l'officine doit faire en sorte que le public n'ait pas accès aux médicaments et autres produits dont la vente est réservée aux officines, hormis certains médicaments en libre accès, dits « de médication officinale »¹⁸.

Ensuite, certains éléments sont indispensables pour une pharmacie d'officine. Premièrement, dans la zone accessible au public, il faut que la zone d'accueil des clients pour la délivrance des ordonnances soit organisée de façon à garantir la confidentialité. De plus, si la pharmacie réalise des activités spécialisées (optique-lunetterie, orthopédie...), un espace dédié, comme une zone d'essayage, sont nécessaires. Deuxièmement, au sein de la partie qui n'est pas accessible à la clientèle, il faut retrouver, dans les plans de l'officine, un préparatoire, une armoire sécurisée pour le stockage des médicaments stupéfiants, une zone de conservation des médicaments non utilisés et des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux perforants (DASRI). En cas de réalisation d'une activité de commerce électronique ou bien de distribution de gaz médical, des zones dédiées doivent être prévues¹⁹.

Des éléments justifiant le fait que le local respecte ces conditions minimales d'installation, notamment le plan de l'officine, sont requis dans le dossier de demande d'une autorisation de transfert, regroupement ou création. Ils seront analysés et l'autorisation dépendra en partie du respect de ces conditions. Une fois la licence délivrée, en cas de modification de la surface, des lieux de stockage ou de l'aménagement, une déclaration au directeur régional de l'ARS et au conseil régional de l'ordre des pharmaciens compétent est nécessaire²⁰. (1) (9)

¹⁸ Article R.5125-8, code de la santé publique

¹⁹ Article R.5125-9, code de la santé publique

²⁰ Article R.5125-2, code de la santé publique

C- CONDITIONS CUMULATIVES POUR LE TRANSFERT ET LE REGROUPEMENT

L'ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018 introduit deux conditions cumulatives qui doivent être obligatoirement respectées pour garantir une desserte en médicaments optimale : il s'agit de l'absence de compromission et de l'optimisation de la desserte. (1)

1- Critères de compromission

Ce premier critère évalue l'absence d'abandon de la population actuellement desservie par l'officine en question. Il s'agit ainsi d'une condition négative : les habitants auparavant desservis par une officine qui se déplace ne doivent pas voir leur approvisionnement en médicaments compromis. (1)

a) La notion de quartier

Pour pouvoir apprécier la compromission dans les communes contenant plusieurs officines, le directeur général de l'ARS doit délimiter le quartier dans lequel se situe l'officine et celui dans lequel le transfert ou le regroupement est projeté. Un quartier est défini « en fonction de son unité géographique et de sa population résidente ». Autrement dit, il doit contenir une population cohérente et être délimité par des limites existantes et logiques telles que des limites naturelles (cours d'eau, relief, forêt...), des infrastructures de transport (axe routier plus ou moins important, voie ferrée...) ou bien des limites communales. Le quartier doit être suffisamment défini dans l'arrêté publié.

Les pharmacies d'officine présentes dans le quartier sont recensées, mais ne sont pas prises en compte dans la délimitation du quartier. Ainsi, on se retrouve avec des quartiers contenant plusieurs officines et d'autres n'en contenant aucune. L'optimisation de l'approvisionnement en médicaments consiste alors à décharger les quartiers en surdensité officinale en faveur des quartiers contenant une population résidente qui n'est pas desservie.

Cette notion de quartier ne doit pas être confondue avec les Ilots Regroupés pour l'Information Statistique, dits zones IRIS, qui sont des zones géographiques définies par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) pour le recensement de la population. Les IRIS d'habitat découpent la commune en unités géographiques contenant une population homogène, entre 1800 et 5000 habitants. Ces ilots sont retrouvés dans toutes les communes de plus de 10 000 habitants et dans la plupart des villes entre 5 000 et 10 000 habitants, les communes de moins de 5 000 habitants ne forment qu'un seul ensemble de population. Les limites des IRIS sont arbitraires et fixées par l'INSEE, contrairement aux quartiers qui sont délimités en fonction des critères définis dans le code de la santé publique. Ainsi, un quartier peut contenir plusieurs IRIS et un IRIS peut être situé dans un ou plusieurs quartiers. (1)

b) Etude de la compromission

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter. Ainsi l'absence de compromission de l'approvisionnement en médicaments peut être abordée de différentes façons.

Premièrement, lorsqu'une pharmacie est la seule de sa commune et souhaite transférer au sein de cette même commune, ou si toutes les pharmacies de la commune projettent de se regrouper, la réponse aux besoins de la population en médicaments reste inchangée et est considérée comme optimale. La condition est alors remplie d'office.

Deuxièmement, lorsqu'une pharmacie demande un transfert au sein du même quartier ou bien lorsque plusieurs pharmacies du même quartier souhaitent se regrouper dans ce même quartier, la desserte reste optimale et la condition est également remplie d'office.

Troisièmement, dans tous les autres cas, que ce soit lors d'un changement de quartier ou même de commune, il va falloir s'assurer de l'absence d'abandon de la population. Pour ce faire, l'étude du quartier au cas par cas est fondamentale. On va se demander si d'autres pharmacies sont présentes dans le quartier, à proximité de l'officine souhaitant se déplacer et pouvant accueillir la clientèle. Si ce n'est pas le cas, l'étude des quartiers ou communes aux alentours est nécessaire. L'approvisionnement est compromis s'il n'existe pas d'autre officine accessible au sein du quartier, de la commune ou de la commune limitrophe. (1) (2) (4)

2- Critères d'optimisation

Avec ce deuxième critère, est prise en compte la desserte optimale des médicaments par la nouvelle officine projetée. Cette condition positive d'optimisation de l'approvisionnement en médicaments de la population prend ainsi en compte le nouveau local et la nouvelle population. Elle se décompose elle-même en plusieurs conditions cumulatives. (1)

a) Accès

L'accès à la nouvelle pharmacie doit être aisé : l'emplacement est ainsi étudié, notamment sa praticité pour pouvoir accueillir facilement la population. Cet accès peut être facilité par le biais d'aménagements tels que des voies piétonnes (trottoirs), des stationnements privatisés ou facilement utilisables par les clients de la pharmacie ou bien des offres de transports en commun à proximité de l'officine. Une amélioration de la visibilité de l'officine est également un critère d'optimisation. (1)

b) Les locaux

Tout d'abord, les nouveaux locaux doivent remplir les conditions minimales d'installation, telles que décrites dans la partie B-.

Ensuite, l'accessibilité doit être conforme au code de la construction et de l'habitation qui requiert que toute personne en situation de handicap puisse entrer, circuler et recevoir les informations diffusées au sein de l'officine. En pratique, cela passe, entre autres, par des aménagements de plain-pied, un espace suffisant entre les rayonnages, des comptoirs adaptés, etc. le tout en garantissant la qualité et la confidentialité des actes pharmaceutiques.

De plus, les locaux doivent être conçus pour permettre la réalisation des missions pharmaceutiques²¹, et notamment les nouvelles missions comme la vaccination ou les activités d'éducation thérapeutique.

Enfin, la réalisation d'un service de garde et d'urgence doit être possible et il faut ainsi que l'officine soit accessible en dehors des horaires standards d'ouverture. Cette exigence s'impose notamment aux pharmacies situées dans un centre commercial pour lesquelles un guichet ou une ouverture vers l'extérieur est nécessaire. (1)

²¹ Article L.5125-1-1, code de la santé publique

c) La population

L'implantation de l'officine doit être choisie de façon à desservir une population résidente dans le quartier. La population de passage n'est pas comptabilisée. Cette population peut être :

- Identique à celle desservie auparavant,
- Une population non desservie par une pharmacie,
- Une population dont l'évolution démographique est prévue, notamment grâce à l'obtention de permis de construire.

En cas de transfert dans une nouvelle commune, la population à desservir doit être supérieure, lors du dernier recensement publié, aux quotas en vigueur. Si tel n'est pas le cas, l'accroissement de la population peut être pris en compte grâce aux permis de construire accordés pour les logements individuels ou collectifs au sein de la commune. (2) (4)

Toutes ces conditions cumulatives sont prises en compte lors de l'acceptation des transferts ou des regroupements. Néanmoins, certaines seront prépondérantes par rapport à d'autres. L'analyse des transferts et regroupements autorisés en Occitanie l'illustre et permet d'observer l'application de la législation concernant l'évolution du maillage officinal. (1) (10)

Chapitre IV – Description de la population et du territoire

A- GENERALITES SUR LA REGION OCCITANIE

La région Occitanie résulte de la fusion des ex régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. C'est la région de France qui, avec 13 départements, en compte le plus grand nombre : l'Ariège (09), l'Aveyron (12), la Haute-Garonne (31), le Gers (32), le Lot (46), les Hautes-Pyrénées (65), le Tarn (81), le Tarn-et-Garonne (82), l'Aude (11), le Gard (30), l'Hérault (34), la Lozère (48) et les Pyrénées-Orientales (66).

Avec une superficie est de 72 700 km², l'Occitanie est la 2^e région la plus vaste de France métropolitaine après la région Nouvelle-Aquitaine. C'est une région très riche au niveau topographique. Elle possède 2 massifs montagneux, le Massif central au nord et les Pyrénées au sud, 220 km de littoral à l'est et un vaste ensemble de plaines et de coteaux à l'ouest. (11)

B- DEMOGRAPHIE

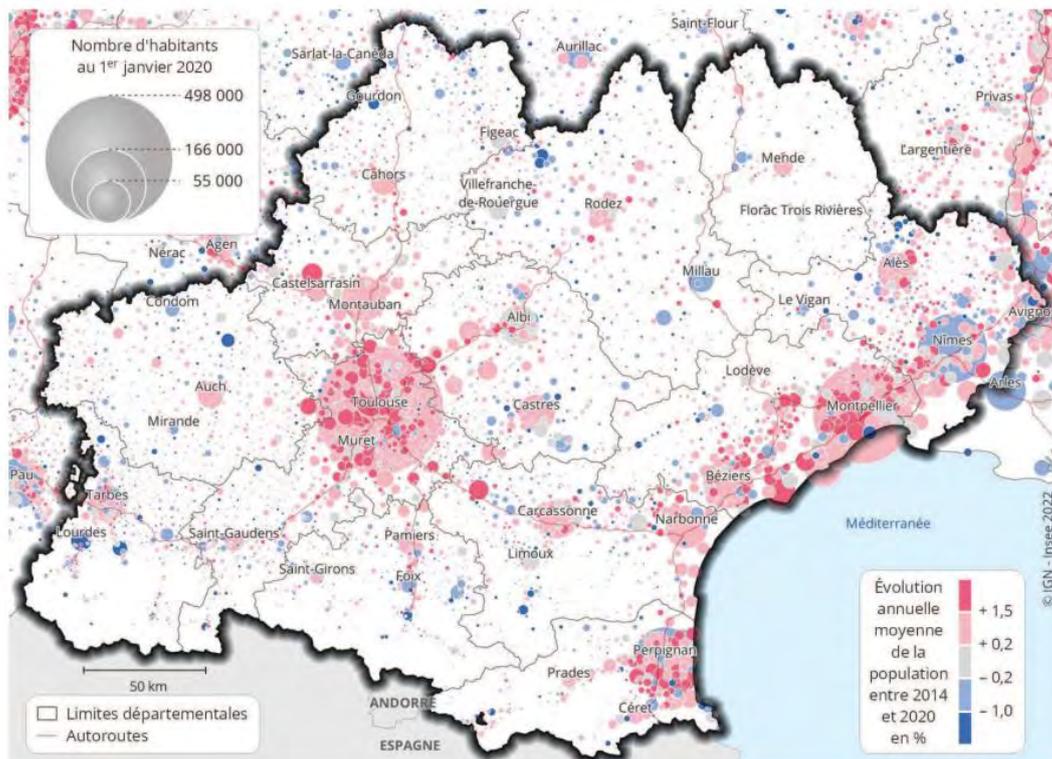
Au 1^{er} janvier 2020, la région Occitanie comptait 5 973 969 habitants, la positionnant ainsi 5^{ème} au niveau national. Entre 2014 et 2020, la population a augmenté en moyenne de 0,7%, soit plus de 40 500 habitants par an. Ce rythme de croissance fait d'elle la 3^{ème} région avec la plus forte augmentation de population sur la période 2014-2020, derrière la Guyane et la Corse. Bien que cette hausse de population soit importante, elle l'est moins que sur la période 2009-2014 dont le taux était de +0,9%. Cela s'explique notamment par le vieillissement et le recul de la fécondité partout en France. En effet, dans la majorité des régions, le solde naturel est nul, c'est-à-dire que les décès et les naissances s'équilibrent. (12)

Le solde naturel étant nul en Occitanie entre 2014 et 2020, l'évolution annuelle moyenne est exclusivement due au solde migratoire (+0,7%). L'Occitanie est la 2^e région la plus attractive après la Corse. (12) (13)

En 2020, la population est légèrement plus importante en Occitanie-Ouest (3 098 924) qu'en Occitanie-Est (2 875 045). Cependant, l'évolution annuelle moyenne entre 2014 et 2020 est plus importante en Occitanie-Est avec +0,5% contre +0,3% en Occitanie-Ouest. Cela s'explique par un solde naturel moins négatif et un solde migratoire un peu plus élevé côté Est. Comme on peut le voir sur la carte de la figure 2 ci-dessous, l'augmentation de la population est très forte le long du littoral méditerranéen et sur l'axe Perpignan-Montpellier.

Enfin, il est intéressant de noter que la Haute-Garonne et l'Hérault sont les 2 départements avec la plus forte croissance, +1,2% chacun, grâce à leurs deux mégapoles, Toulouse et Montpellier, dont l'évolution annuelle est respectivement de +1,3% et +1,5%.

Figure 2 : Carte et tableau représentant la population municipale en Occitanie par département au 1^{er} janvier 2020 et son évolution annuelle moyenne entre 2014-2020 et 2009-2014 – INSEE (12)



	Population 2020	Evolution annuelle moyenne 2014-2020 (en %)			Evolution annuelle moyenne 2009-2014 (en %)		
		Totale	Due au solde naturel	Due au solde migratoire	Totale	Due au solde naturel	Due au solde migratoire
Hérault	1 188 973	+1,2	+0,2	+1,0	+1,4	+0,3	+1,1
Gard	751 457	+0,3	+0,1	+0,3	+1,0	+0,2	+0,7
PO	482 765	+0,6	-0,2	+0,8	+0,9	+0,0	+0,9
Aude	375 217	+0,4	-0,3	+0,7	+0,6	-0,1	+0,7
Lozère	76 633	+0,1	-0,5	+0,5	-0,2	-0,3	+0,1
Haute-Garonne	1 415 757	+1,2	+0,5	+0,7	+1,4	+0,6	+0,8
Tarn	391 066	+0,3	-0,2	+0,5	+0,6	+0,0	+0,6
Aveyron	279 554	+0,1	-0,4	+0,5	+0,1	-0,3	+0,4
Tarn-et-Garonne	262 316	+0,6	+0,0	+0,6	+1,1	+0,2	+0,9
Hautes-Pyrénées	229 788	+0,1	-0,4	+0,5	-0,1	-0,2	+0,2
Gers	191 819	+0,1	-0,5	+0,6	+0,4	-0,3	+0,7
Lot	174 670	+0,1	-0,6	+0,7	+0,0	-0,4	+0,4
Ariège	153 954	+0,2	-0,4	+0,5	+0,2	-0,2	+0,4
Occitanie-Est	2 875 045	+0,5	-0,1	+0,6	+0,7	+0,0	+0,7
Occitanie-Ouest	3 098 924	+0,3	-0,2	+0,5	+0,4	-0,1	+0,5
Occitanie	5 973 969	+0,7	+0,0	+0,7	+0,9	+0,2	+0,8
France hors Mayotte	67 162 154	+0,3	+0,3	+0,0	+0,5	+0,4	+0,1

C- LES AIRES URBAINES

En Occitanie, les ¾ de la population sont regroupés dans les 270 unités urbaines.

Les grandes aires urbaines captent l'essentiel de la croissance.

Les métropoles de la région, Toulouse (806 503 habitants en 2020) et Montpellier (499 761 habitants en 2020), possèdent la dynamique démographique la plus importante parmi les 22 métropoles françaises. (11) (13)

L'aire urbaine de Toulouse, composée de 453 communes, s'étend sur 5 100 km², en 2020 elle abritait près de 1,4 millions d'habitants. C'est aujourd'hui la 4^e aire urbaine de France, derrière Paris, Lyon et Marseille.

Avec une hausse de +1,5% par an entre 2014 et 2020, soit environ 11 300 habitants de plus chaque année, l'aire d'attraction de la ville de Montpellier est celle où le rythme d'accroissement de la population est la plus rapide parmi les 11 aires d'attraction des villes de plus de 700 000 habitants en Occitanie. Elle est donc plus attractive que Toulouse, comme le montre la figure 3 ci-dessous. Cela s'explique à la fois par un excédent des naissances sur les décès et par des arrivées plus nombreuses que les départs (+0,4% solde naturel et +1,0% solde migratoire). (12)

Figure 3 : Population municipale des aires d'attraction des villes d'Occitanie de plus de 100 000 habitants – INSEE (12)

	Population 2020	Evolution annuelle totale moyenne 2014-2020 (en %)
Toulouse (Haute-Garonne)	1 470 899	+1,3
Montpellier (Hérault)	813 272	+1,5
Perpignan (PO)	418 104	+0,7
Nîmes (Gard)	347 033	+0,3
Béziers (Hérault)	198 254	+0,8
Narbonne (Aude)	154 923	+0,6
Montauban (Tarn-et-Garonne)	141 200	+0,7
Albi (Tarn)	138 501	+0,3
Tarbes (Hautes-Pyrénées)	136 460	+0,4
Alès (Gard)	132 041	+0,6
Carcassonne (Aude)	124 405	+0,3
Rodez	112 817	+0,4
Castres	105 009	+0,1

La région se distingue par un grand nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus (3,9 % de la population régionale). La plupart d'entre elles vivent à domicile (81%) et plus de la moitié vivent seules. On peut ainsi souligner l'importance des pharmacies de proximité.

Les jeunes et les cadres sont très présents dans les métropoles alors que les communautés de communes hébergent principalement des familles et des personnes âgées. (13)

D- NIVEAU DE VIE ET PAUVRETE

Avec 2,5 millions d'emplois en 2021 majoritairement portés par le secteur tertiaire (80%), l'emploi augmente fortement en Occitanie (+4,5%). Malgré cela, c'est la 2^{ème} région de France métropolitaine la plus touchée par le chômage après les Hauts-de-France, avec 8,7% de la population active régionale. La pauvreté est très présente avec de fortes disparités départementales. L'Occitanie se situe au 4^{ème} rang des régions de France métropolitaine où les revenus sont les plus faibles, avec un taux de pauvreté à 16,8% en 2020. (12)

PARTIE II : ETUDE STATISTIQUE DE L'EVOLUTION DU MAILLAGE OFFICINAL EN OCCITANIE-EST

A travers cette étude statistique nous allons étudier l'évolution du maillage officinal en Occitanie-Est depuis la mise en application de l'ordonnance du 3 janvier 2018 relative aux conditions de création, transfert, regroupement et cession des pharmacies d'officine.

Dans un premier temps nous présenterons la méthodologie utilisée, puis nous analyserons les autorisations et les refus des demandes de transferts et de regroupements, pour finir par l'étude des arrêtés annonçant les fermetures d'officines en Occitanie-Est.

Chapitre I – Méthodologie de collecte et de l'analyse des données

Pour réaliser cette étude nous avons utilisé les arrêtés publiés dans le recueil des actes administratifs de la région Occitanie, depuis la mise en application de l'ordonnance du 3 janvier 2018, soit à compter du 1^{er} aout 2018 jusqu'au 31 mars 2023.

Les arrêtés publiés après le 1^{er} aout 2018 n'appliquant pas les dispositions de l'ordonnance du 3 janvier 2018 n'ont pas été inclus dans cette étude. En effet, certains dossiers déclarés complets avant le 31 juillet 2018 ont été soumis aux anciennes dispositions du Code de la Santé Publique.

Nous avons classé les arrêtés par type (transfert, regroupement ou fermeture), selon la nature de la décision prise par l'ARS (autorisation ou refus de la demande), ainsi que par numéro de licence pour obtenir un classement par département et par ordre chronologique.

Afin d'analyser les données des arrêtés, nous avons utilisé un tableur Excel dans lequel les informations suivantes ont été exploitées :

- La date de publication de l'arrêté
- Le numéro de licence :
 - nouvellement attribué s'il s'agit d'une autorisation de transfert ou de regroupement
 - supprimé s'il s'agit d'une fermeture
 - inchangé si la décision de l'ARS est un refus
- Les adresses des locaux de départ et celles des locaux projetés
- La distance et le temps de trajet entre les locaux à pied et en voiture, estimée à l'aide de Google Maps
- La surface approximative des locaux d'origine et d'accueil, estimée à l'aide des parcelles cadastrales renseignées sur Géoportail
- L'utilisation d'un local au sein, ou non, d'un bâtiment nouvellement construit

- Le changement de quartier, ou non, ainsi que la délimitation du quartier d'origine et d'accueil (selon le demandeur et selon le directeur de l'ARS)
- La population municipale recensée des communes selon les données de l'INSEE
- Le nombre d'officines dans la commune concernée
- Le nombre d'officines théoriquement autorisé dans la commune concernée, selon les quotas de population
- Le nombre d'officines dans le quartier d'accueil
- Les critères mis en avant pour l'étude de la compromission
- Les caractéristiques des nouveaux locaux pour l'étude de l'optimisation
 - L'accueil des personnes à mobilité réduite (PMR)
 - Les conditions minimales d'installation
 - L'amélioration ou non de la visibilité
 - L'amélioration ou non de l'accès piétonnier, en voiture ou en transport en commun
 - L'accès permanent pour le service de garde et d'urgence
 - La distance séparant le nouveau local du centre médical le plus proche
- Le motif du rejet de la demande ou de la cession définitive d'activité.

Une analyse approfondie des limites utilisées pour définir les quartiers a également été réalisée.

A l'aide de ces données et du tableur Excel, nous avons réalisé l'analyse statistique présentée ci-après sous forme de tableaux et de graphiques.

Tout d'abord, nous allons étudier les demandes de transferts, autorisées ou refusées, en Occitanie-Est selon l'application de l'ordonnance du 3 janvier 2018.

Chapitre II - Etude des transferts en Occitanie-Est

Dans un premier temps, nous verrons quelques données générales sur les demandes de transfert en Occitanie-Est ; puis nous étudierons les statistiques concernant les demandes autorisées de transfert et enfin nous nous intéresserons aux refus de transfert.

A- DONNEES GENERALES SUR LES TRANSFERTS EN OCCITANIE-EST

Depuis la mise en application de l'ordonnance 2018-3 du 3 janvier 2018 et jusqu'au 31 mars 2023, 66 demandes de transfert ont été autorisées et 44 ont été refusées.

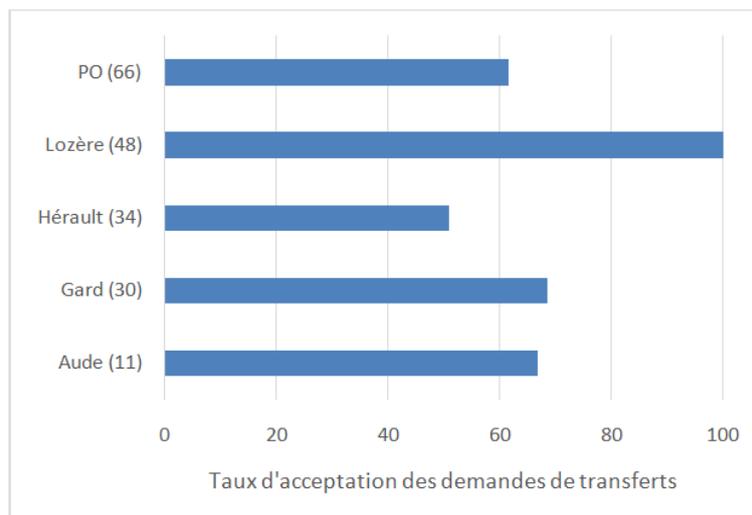
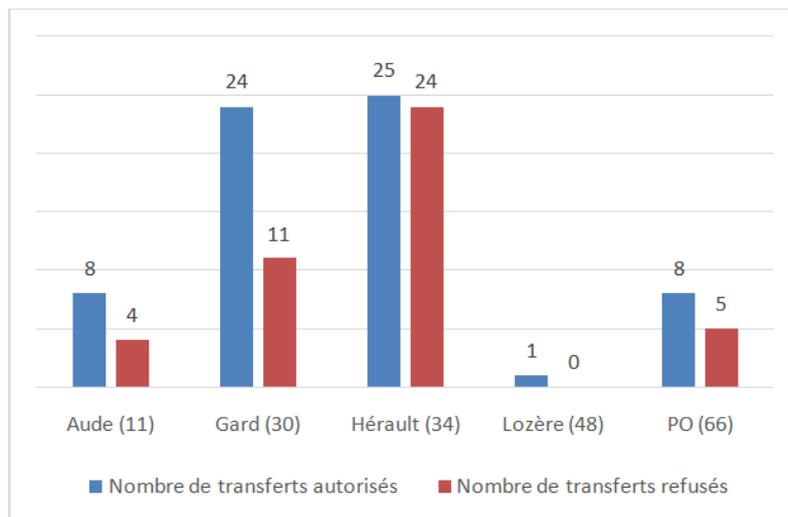
La répartition des demandes de transfert au sein des 5 départements de la région n'est pas homogène. En effet, l'Hérault est le département qui en comptabilise le plus avec 49 demandes dont 25 autorisant le transfert. Au contraire, la Lozère est le département qui en compte le moins avec seulement une demande de transfert qui a été acceptée.

Ainsi, le taux d'acceptation au niveau des demandes de transfert en Occitanie-Est est de 60%.

Au niveau départemental, le taux d'acceptation est le plus haut, mis à part la Lozère qui est à 100% avec 1 seul dossier, dans le Gard avec 69%, suivi de près par l'Aude avec 67%, comme le montre la figure 4 ci-dessous.

Figure 4 : Tableau et graphiques rapportant la répartition des demandes de transfert et le taux d'acceptation en Occitanie-Est

Départements	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)	Occitanie-Est
Nombre de demandes de transfert	12	35	49	1	13	110
Nombre de transferts autorisés	8	24	25	1	8	66
Nombre de transferts refusés	4	11	24	0	5	44
Taux d'acceptation des demandes de transfert	67%	69%	51%	100%	62%	60%



B- DONNEES SUR LES TRANSFERTS AUTORISES EN OCCITANIE-EST

1- Répartition géographique des officines concernées

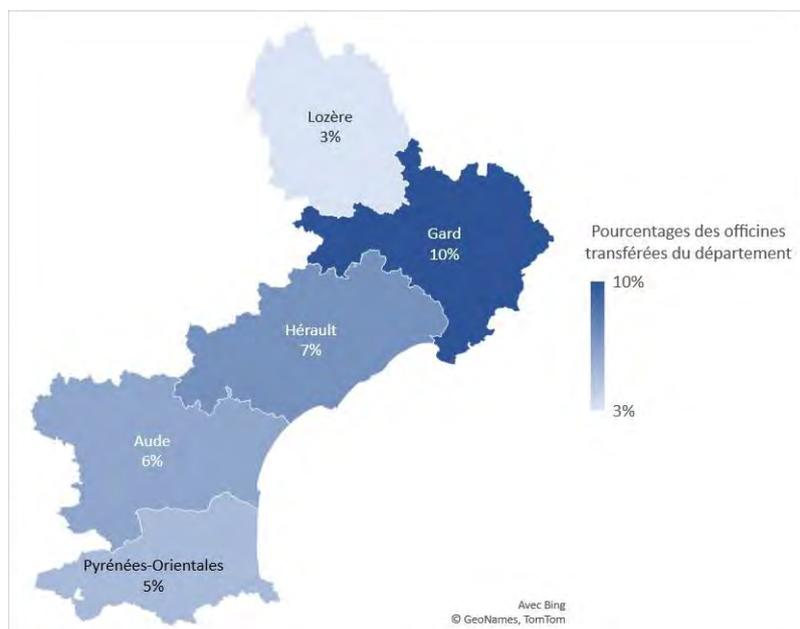
a) Répartition au sein de la région

Comme expliqué précédemment, 66 demandes de transfert ont été autorisées sur la période étudiée en Occitanie-Est. Si l'on s'intéresse au nombre de transfert par rapport au nombre d'officines dans chaque département, on remarque que le Gard et l'Hérault ont la plus grande proportion de transferts, avec respectivement 10% et 7% des pharmacies.

On conclut que 7% des officines de l'Occitanie-Est ont obtenu un accord de transfert, comme l'illustre la figure 5 ci-dessous.

Figure 5 : Tableau et carte représentant la répartition des transferts autorisés en Occitanie-Est

Départements	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)	Occitanie-Est
Nombre de transferts autorisés	8	24	25	1	8	66
Nombre d'officines	137	241	385	33	169	965
Pourcentages des officines transférées du département	6%	10%	7%	3%	5%	7%



b) Répartition par commune

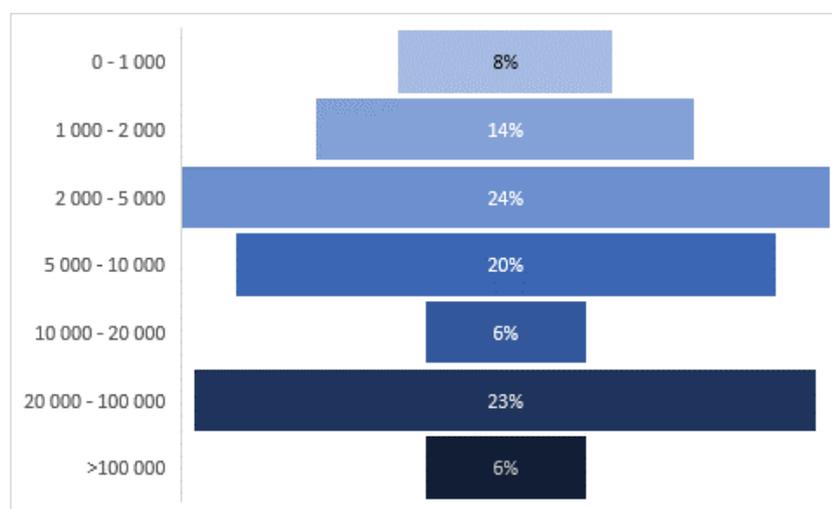
Les tailles des communes dans lesquelles ont eu lieu les transferts sont très variées. On remarque qu'il y a une grande hétérogénéité puisque 5 transferts ont eu lieu dans des communes de moins de 1 000 habitants et 4 dans des communes de plus de 100 000 habitants.

La moyenne du nombre d'habitants par commune est de 21 250 habitants.

La majorité des transferts est survenu dans des communes dont le nombre d'habitants est compris entre 2 000 et 5 000 habitants (24%), suivie de près par les villes comprenant entre 20 000 et 100 000 habitants (23%), et les villes de 5 000 à 10 000 habitants (20%).

La figure 6 ci-dessous illustre cette répartition.

Figure 6 : Graphique illustrant la répartition des transferts selon la taille des communes



De plus, cette distribution n'est pas uniforme au sein de chacun des départements. En effet, 3 transferts sur 4 ayant eu lieu dans une commune de plus de 100 000 habitants l'ont été à Perpignan, dans les Pyrénées-Orientales.

Au niveau départemental, la majorité des transferts autorisés ont eu lieu dans des communes dont la population est comprise entre :

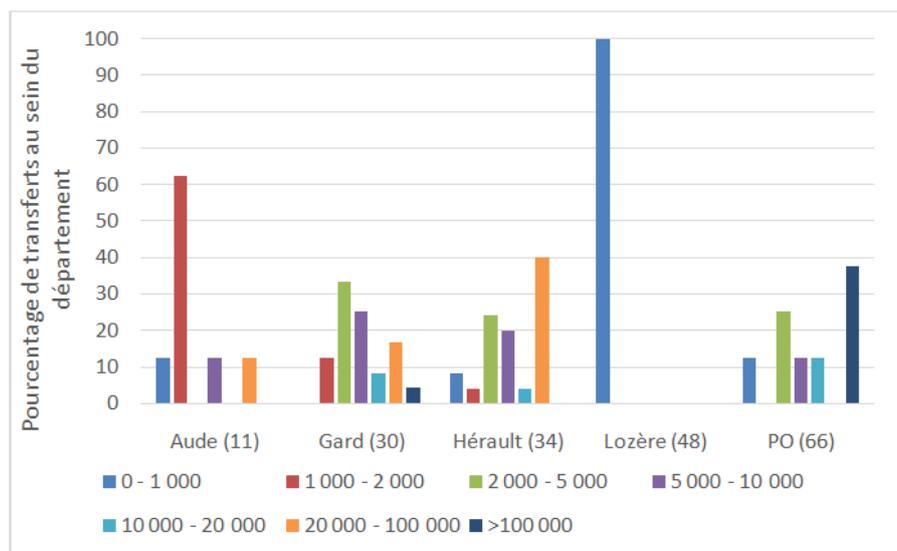
- 1 000 et 2 000 habitants (62,5%) dans l'Aude,
- 2 000 et 5 000 habitants (33,3%) dans le Gard,
- 20 000 et 100 000 habitants (40%) dans l'Hérault,
- plus de 100 000 habitants (37,5%) dans les Pyrénées-Orientales, et plus précisément dans la ville de Perpignan.

Concernant la Lozère, les chiffres ne sont pas interprétables car un seul arrêté autorisant le transfert dans la période étudiée a été recensé, comme l'illustre la figure 7 ci-dessous.

Figure 7 : Tableaux et graphique représentant la répartition des transferts par tranche de populations des communes et par département, exprimée en valeur absolue puis en pourcentage

Valeur absolue	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)	Occitanie-Est
0 - 1 000	1	0	2	1	1	5
1 000 - 2 000	5	3	1	0	0	9
2 000 - 5 000	0	8	6	0	2	16
5 000 - 10 000	1	6	5	0	1	13
10 000 - 20 000	0	2	1	0	1	4
20 000 - 100 000	1	4	10	0	0	15
>100 000	0	1	0	0	3	4

Pourcentage dans chaque département	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)	Occitanie-Est
0 - 1 000	12,5	0,0	8,0	100,0	12,5	8
1 000 - 2 000	62,5	12,5	4,0	0,0	0,0	14
2 000 - 5 000	0,0	33,3	24,0	0,0	25,0	24
5 000 - 10 000	12,5	25,0	20,0	0,0	12,5	20
10 000 - 20 000	0,0	8,3	4,0	0,0	12,5	6
20 000 - 100 000	12,5	16,7	40,0	0,0	0,0	23
>100 000	0,0	4,2	0,0	0,0	37,5	6



2- Données concernant l'étude de la compromission

L'étude de la compromission permet de déterminer si l'approvisionnement en médicaments de la population desservie par l'officine peut être compromis par le transfert, elle détermine en d'autres termes l'absence ou non d'abandon de population. Pour cela, la délimitation des quartiers est primordiale.

Le nombre d'officines dans la commune où a lieu le transfert est important, car si l'unique officine de la commune demande à transférer au sein de cette même commune, la population desservie restera inchangée et l'étude de la compromission ne sera donc pas nécessaire. Le principe est identique pour une officine souhaitant transférer au sein du même quartier.

a) Desserte officinale des communes et transfert

i. Nombre d'officines par commune

Nous avons ici calculé les nombres moyen et médian d'officines dans les communes concernées. Il apparaît que la médiane reflète mieux la réalité car la moyenne, sensible aux valeurs extrêmes, surestime pour certains départements les valeurs, notamment lorsque les transferts ont lieu dans des grandes villes surnuméraires en officines, comme Nîmes ou Perpignan qui comptent respectivement 56 et 50 officines.

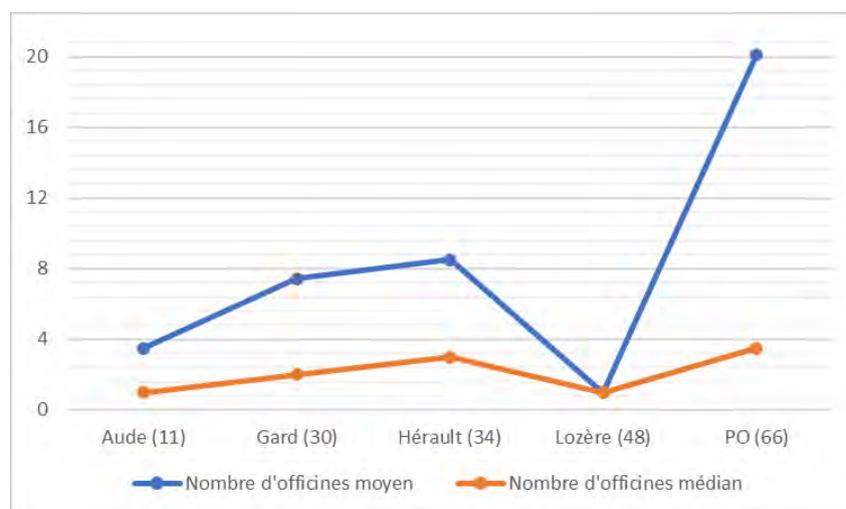
En Occitanie-est, le nombre médian d'officines par commune où un transfert a eu lieu est de 2.

Ce nombre médian est le plus élevé dans le département des Pyrénées-Orientales, avec 3,5 officines, suivi de l'Hérault avec 3 officines. Au contraire, dans l'Aude et la Lozère le nombre médian d'officines par commune est le plus faible avec une seule officine. Encore une fois, nous ne pouvons pas tenir compte des résultats obtenus en Lozère car seulement un transfert y a été réalisé.

Enfin, on peut voir sur la figure 8 ci-dessous, que le plus grand écart entre le nombre médian et le nombre moyen d'officines est de 16,6 dans les Pyrénées-Orientales. Comme nous l'avons vu dans le paragraphe ci-dessus, cela s'explique par le fait que ce département possède un territoire très hétérogène avec de nombreuses communes ne dépassant pas les 10 000 habitants et une très grande ville comme Perpignan qui du fait de son nombre très important d'officines va déplacer la valeur de la moyenne vers un extrême.

Figure 8 : Tableau et graphique représentant la comparaison entre les nombres moyen et médian d'officines dans les communes où sont réalisés les transferts

	Nombre d'officines moyen	Nombre d'officines médian
Aude (11)	3,5	1
Gard (30)	7,4	2
Hérault (34)	8,5	3
Lozère (48)	1	1
PO (66)	20,1	3,5
Occitanie-Est	8,8	2



ii. Principaux critères de compromission

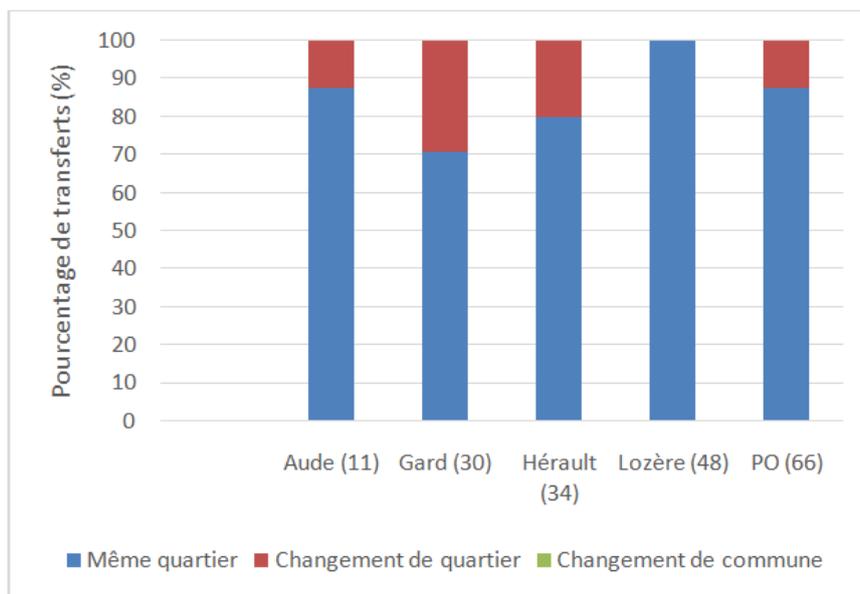
Intéressons-nous maintenant au mouvement du transfert par rapport au quartier, afin de déterminer s'il y a abandon ou non de la population d'origine.

Dans près de 80% des autorisations, le transfert a lieu dans le même quartier et les 20% restants sont des changements de quartier, il n'y a eu aucun transfert extra-communal.

La tendance reste la même lorsque l'on regarde le détail des départements, à savoir que la grande majorité des transferts a lieu dans le même quartier, comme l'illustre la figure 9 ci-après.

Figure 9 : Tableau et diagrammes illustrant la répartition des transferts en fonction des critères de compromission

Pourcentage de transferts	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)
Même quartier	88	71	80	100	88
Changement de quartier	12	29	20	0	12
Changement de commune	0	0	0	0	0



Dans le cas où l’officine est transférée au sein du même quartier, il n’y a aucun abandon de population puisque les patients desservis restent les mêmes, malgré le changement de local.

Cependant, pour les transferts dans un quartier différent, il faudra prouver le non abandon de population, en justifiant que cette dernière pourra toujours s’approvisionner dans une autre officine proche de l’ancien local par exemple.

Dans 39% des cas de transfert, l’officine est la seule de la commune, ainsi peu importe la destination du transfert au sein de cette commune, il n’y aura pas d’abandon de population.

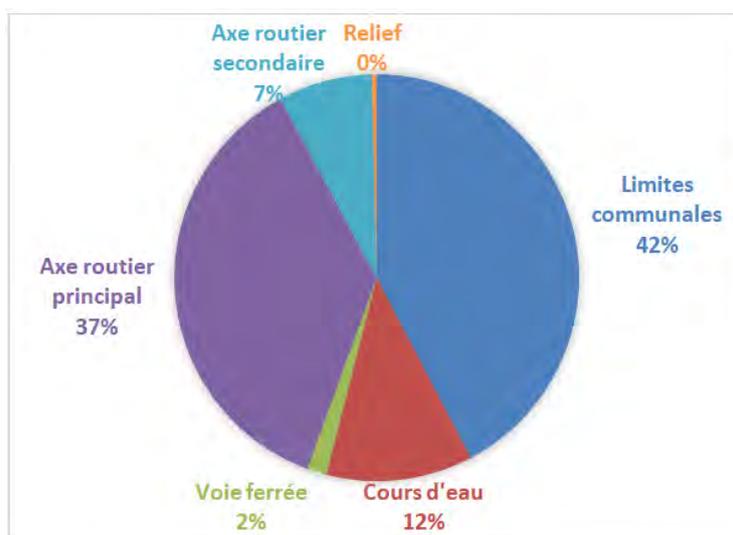
Dans la figure 6 ci-dessus, 50% des transferts de la catégorie « au sein du même quartier » représentent le transfert d’une unique officine au sein de sa commune.

iii. Détermination du quartier

Selon la loi, il existe différents types de limites pour déterminer les frontières d’un quartier dans lequel est située une officine. Il peut s’agir de limites naturelles comme les cours d’eau ou les reliefs, des axes routiers principaux ou secondaires, des voies ferrées ou encore des limites communales.

En Occitanie-Est, comme l’illustre la figure 10 ci-dessous, 42% des limites utilisées sont des frontières communales, 37% représentent des axes routiers principaux, 12% sont des cours d’eau, 7% des limites utilisent un axe routier secondaire et enfin 2% représentent des voies ferrées. Aucun relief n’a été utilisé dans les dossiers étudiés pour délimiter un quartier.

Figure 10 : Diagramme illustrant la répartition des types de limites de quartier



Ainsi, cette étude montre qu'en Occitanie-Est, les types de limites les plus utilisés pour définir un quartier sont les limites communales et les axes routiers principaux.

b) Eloignement de l'officine au cours du transfert

Afin d'argumenter sur l'absence de compromission de la desserte en médicaments du quartier d'origine, il est intéressant de prendre en compte les notions de distance et de temps à pied, ainsi qu'en voiture entre le local d'origine et le local projeté.

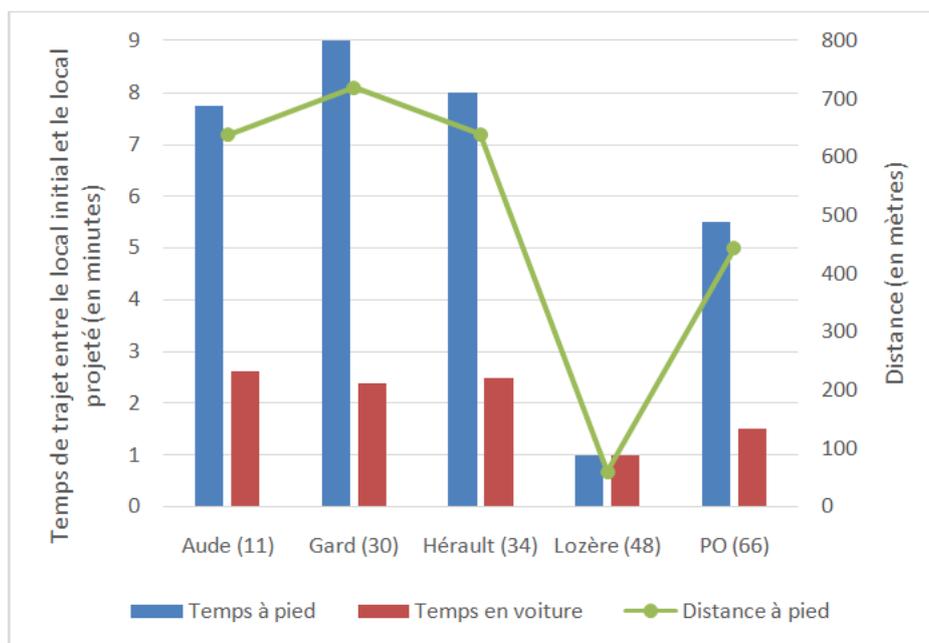
En Occitanie-Est, entre le local d'origine et le local du transfert, le temps de trajet moyen à pied est de 6 minutes environ et de 2 minutes en voiture. Dans les Pyrénées-Orientales et la Lozère, le temps de trajet moyen est inférieur à la moyenne régionale. Dans l'Aude, le Gard et l'Hérault, au contraire, le temps de trajet moyen est supérieur à la moyenne régionale.

La distance à pied entre les 2 locaux est en moyenne de 500 mètres en Occitanie-Est.

Ces données sont illustrées par la figure 11 ci-dessous.

Figure 11 : Tableau et graphique représentant le temps à pied et en voiture ainsi que la distance à pied entre le local d'origine et celui projeté lors du transfert

	Temps à pied (min)	Temps en voiture (min)	Distance à pied (m)
Aude (11)	7,8	2,6	637,5
Gard (30)	9,0	2,4	719,3
Hérault (34)	8,0	2,5	638,6
Lozère (48)	1,0	1,0	60,0
PO (66)	5,5	1,5	443,8
Occitanie-Est	6,3	2,0	499,8



On peut donc dire que les transferts autorisés dans la région se font relativement à proximité du local d'origine, même si aucune notion de temps ou de distance raisonnable n'est donnée dans l'ordonnance n°2018-3.

3- Données concernant l'étude de l'optimisation

La desserte optimale en médicaments passe tout d'abord par un accès aisé et facilité au nouveau local. Elle peut aussi résulter de locaux plus performants avec un environnement propice aux nouvelles missions du pharmacien.

a) Accès à l'officine

Un accès est aisé et facilité par une amélioration de sa visibilité, des aménagements piétonniers pour y accéder, des stationnements à proximité ainsi qu'un accès en transport en commun.

Dans les arrêtés autorisant le transfert, la visibilité est annoncée comme améliorée dans environ 88% des cas. La variabilité entre les départements est faible. En effet dans l'Aude, la Lozère et les Pyrénées-Orientales, le taux d'amélioration de la visibilité est de 100%. Dans le Gard et l'Hérault, les taux sont également très hauts, avec respectivement 88% et 80%.

Concernant les accès piétons et voitures, ils sont facilités dans 100% des cas, quel que soit le département étudié.

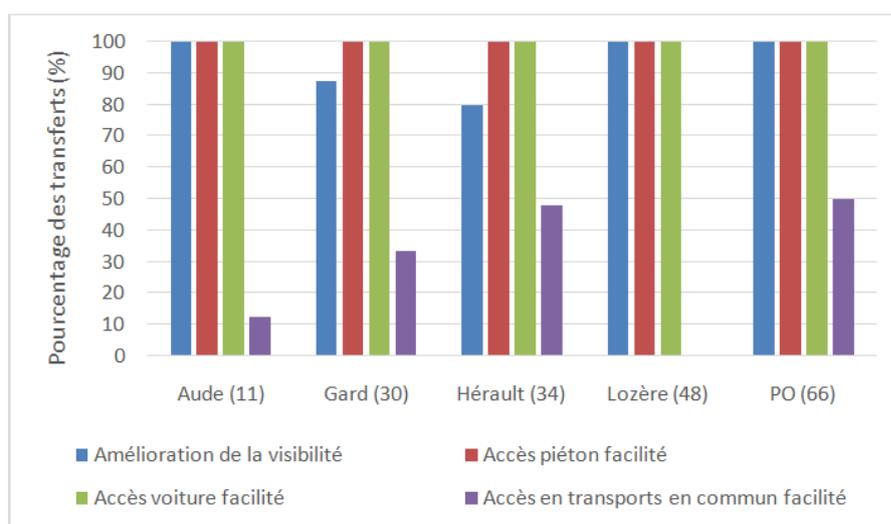
Enfin, l'accès facilité par la desserte en transports en commun est beaucoup moins présent, en effet, seulement 38% des dossiers le mentionne. On remarque que l'accès en transport en commun est présent dans près de 50% des dossiers de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales, 2 départements où les transferts ont souvent lieu dans de grosses villes, comme à Béziers ou à Perpignan. En revanche, la référence à la desserte en transport en commun est faible dans l'Aude, où les transferts ont majoritairement lieu dans des villages de moins de 2 000 habitants.

La figure 12, ci-après, présente toutes ces données.

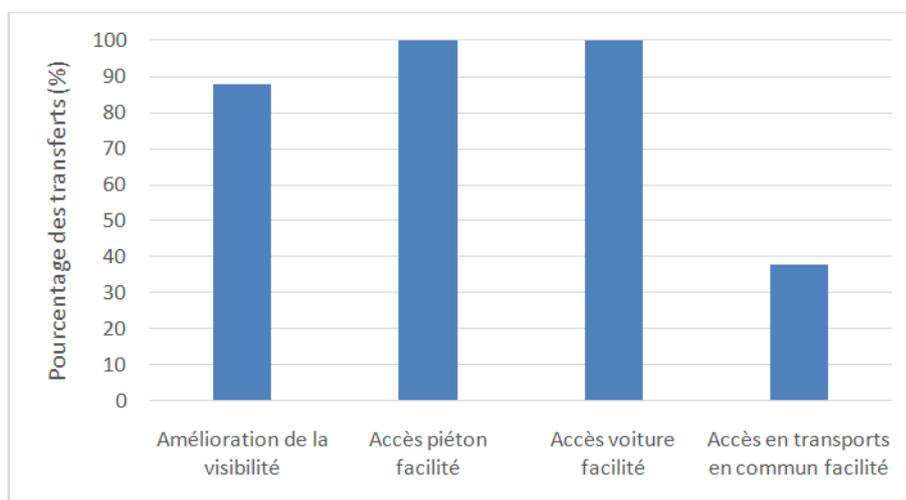
Figure 12 : Tableaux et graphiques représentant le nombre de locaux répondant aux critères d'accessibilité en valeur absolue puis en pourcentage, au niveau départemental (1) et au niveau régional (2)

Valeur absolue	Amélioration de la visibilité	Accès piéton facilité	Accès voiture facilité	Accès en transports en commun facilité
Aude (11)	8	8	8	1
Gard (30)	21	24	24	8
Hérault (34)	20	25	25	12
Lozère (48)	1	1	1	0
PO (66)	8	8	8	4
Occitanie-Est	58	66	66	25

Pourcentage	Amélioration de la visibilité	Accès piéton facilité	Accès voiture facilité	Accès en transports en commun facilité
Aude (11)	100	100	100	13
Gard (30)	88	100	100	33
Hérault (34)	80	100	100	48
Lozère (48)	100	100	100	0
PO (66)	100	100	100	50
Occitanie-Est	88	100	100	38



(1)



(2)

On peut conclure que l'accès facilité à pied et en voiture semble être un argument essentiel en Occitanie-Est pour les autorisations de transfert, suivi de près par l'amélioration de la visibilité, alors que l'accès en transport en commun est, lui, rarement cité.

b) Le local de l'officine

α. Conditions obligatoires

Au niveau du local projeté, certaines conditions doivent impérativement être respectées. Ainsi tous les dossiers dont la demande de transfert a été acceptée se conforment à ces conditions.

Tout d'abord, le local doit satisfaire aux conditions minimales d'installation.

Selon les articles R5125-8 et R5125-9 du Code de la Santé Publique (CSP), le local est ainsi « soumis aux dispositions prévues aux articles L.161-1 et L.162-1 du code de la construction et de l'habitation ». Il doit également être « d'un seul tenant y compris pour ce qui concerne les activités spécialisées d'optique-lunetterie, d'audioprothèse et d'orthopédie ». « Des lieux de stockage peuvent toutefois se trouver à proximité de l'officine, dans les limites de son quartier d'implantation mentionné à l'article L. 5125-3-1 du présent code, à condition qu'ils ne soient pas ouverts au public et ne comportent ni signalisation, ni vitrine extérieure ». Il ne doit y avoir aucune communication directe entre l'officine et un autre local professionnel ou commercial. Enfin, l'officine doit comporter deux zones clairement délimitées : une partie accessible et une autre non accessible au public.

Ensuite, le nouveau local doit permettre l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (PMR). L'officine doit donc être de plain-pied, sans marche pour y accéder, ou alors une rampe d'accès doit être mise en place. Si l'officine possède un parking, des places de stationnement doivent y être réservées. La circulation au sein de l'officine doit être facilitée, notamment avec une largeur des portes suffisante pour laisser passer un fauteuil, mais aussi un éclairage et une signalisation adaptés.

Enfin, la pharmacie doit garantir un accès permanent du public pour les services de garde et d'urgence. Cela peut demander une attention particulière lorsque l'installation a lieu dans un centre commercial fermé la nuit, le dimanche et les jours fériés. Il faudra donc que le local soit placé à un bout du bâtiment, avec un accès vers la rue.

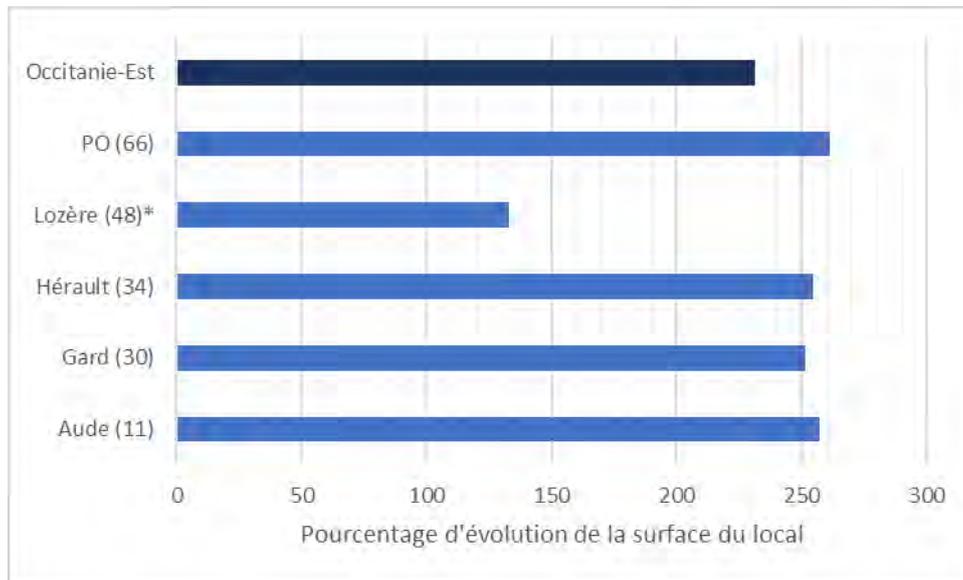
β. Evolution et amélioration du local de l'officine lors du transfert

Selon l'article R5125-8 relatif aux conditions d'installation « la superficie, l'aménagement, l'agencement et l'équipement des locaux d'une officine de pharmacie [doivent être] adaptés à ses activités et permettent le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5 ».

Dans les textes, il n'est pas question d'une surface minimale, mais on peut relever que lors des transferts, il y a une augmentation significative de la taille du local d'environ 230% au niveau régional. Cette augmentation est quasiment identique dans tous les départements, excepté pour la Lozère mais dont le résultat n'est pas interprétable car il ne repose que sur un seul dossier.

L'augmentation de la taille du local, au niveau régional comme départemental, est illustrée par la figure 13 ci-dessous.

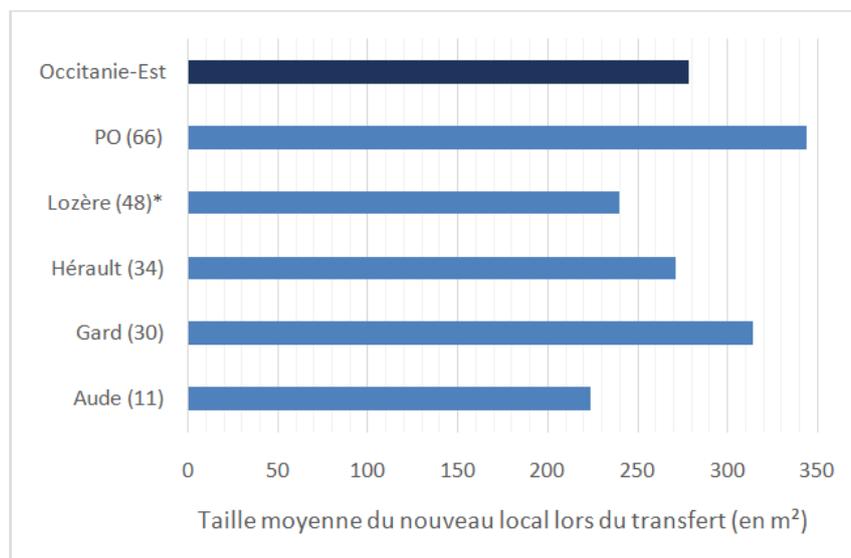
Figure 13 : Graphique représentant l'évolution de la surface du local de l'officine lors du transfert exprimé en pourcentage de la surface



En moyenne, la taille du nouveau local est de 280 m². La plus petite surface est de 96m² et la plus grande de 930m².

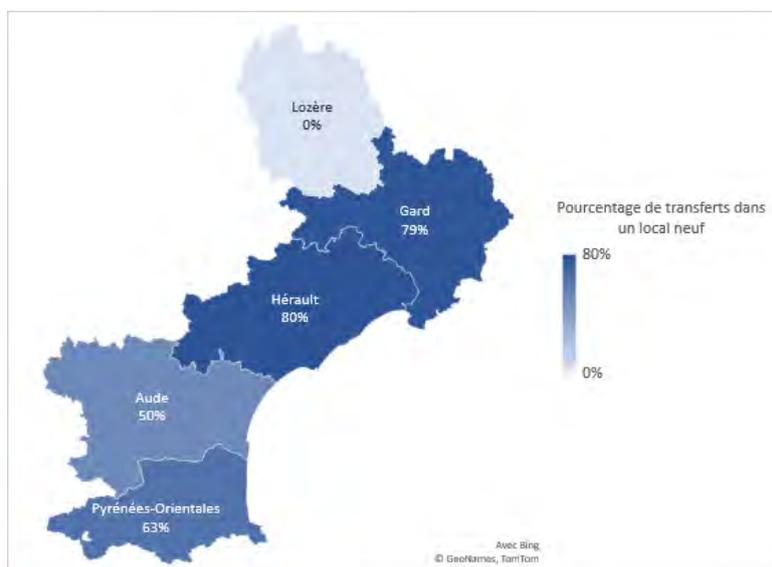
La figure 14 nous montre que dans les Pyrénées-Orientales et dans le Gard la taille moyenne du local est supérieure à la moyenne régionale.

Figure 14 : Graphique représentant la taille moyenne du nouveau local lors du transfert exprimé en mètre-carrés



Ensuite, on remarque qu'environ 73% des transferts autorisés en Occitanie-Est ont lieu dans un local neuf. Ce pourcentage est légèrement plus élevé dans les départements du Gard et de l'Hérault avec respectivement 79% et 80% des locaux projetés nouvellement construits, comme l'illustre la figure 15 ci-après.

Figure 15 : Carte de la région Occitanie-Est représentant les transferts dans un local neuf



Enfin, dans environ 32% des arrêtés, il est précisé que le nouveau local permettra la mise en place des nouvelles missions du pharmacien comme la vaccination, les tests rapides d'orientation diagnostique et les entretiens pharmaceutiques qui nécessitent un espace adapté et isolé de l'espace de vente. Et dans moins de 2% des cas, le dossier mentionne une amélioration de l'accueil de la clientèle.

Ainsi, ces derniers arguments ne sont pas très utilisés en Occitanie-Est pour obtenir une autorisation de transfert.

y. Environnement du nouveau local après le transfert

Enfin, pour qualifier d'optimale la desserte en médicaments d'une officine il faut se pencher sur le nouvel environnement du local après transfert.

Tout d'abord, dans 14% des cas, le transfert a lieu dans un quartier d'accueil sans officine, ce qui permet de toucher une population non desservie jusqu'alors.

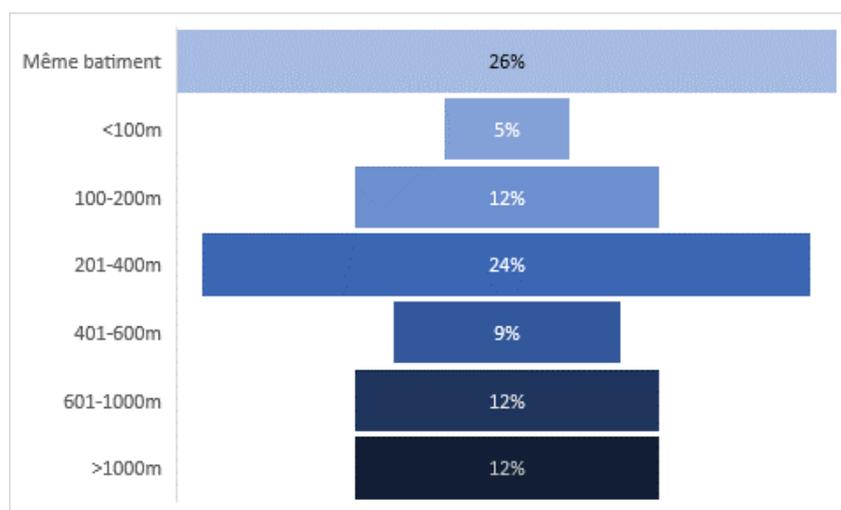
Ensuite, on remarque que dans 3% des cas (soit 2 dossiers sur 66), le nouveau local est situé dans un centre commercial, ce qui reste rare.

Il est également intéressant de regarder l'environnement médical. En effet, une officine qui a à proximité un centre médical permettra une prise en charge plus optimale de sa patientèle.

Au niveau régional, 26% des transferts d'officine ont lieu dans un bâtiment accueillant également un médecin généraliste ou un centre médical. Et dans près de 67% des cas, le nouveau local se trouve à moins de 400 mètres à pied d'un médecin ou d'un centre médical, comme le montre la figure 16.

Figure 16 : Tableau et graphique représentant la distance à pied du nouveau local jusqu'au médecin ou centre médical le plus proche, exprimé en pourcentage

Pourcentage	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)	Occitanie-Est
Même bâtiment	25	33	20	0	25	26
<100m	25	0	4	0	0	5
100-200m	38	8	12	0	0	12
201-400m	13	33	24	0	13	24
401-600m	0	13	4	0	25	9
601-1000m	0	4	20	0	25	12
>1000m	0	8	16	100	13	12



δ. Optimisation de la desserte selon les quotas de population

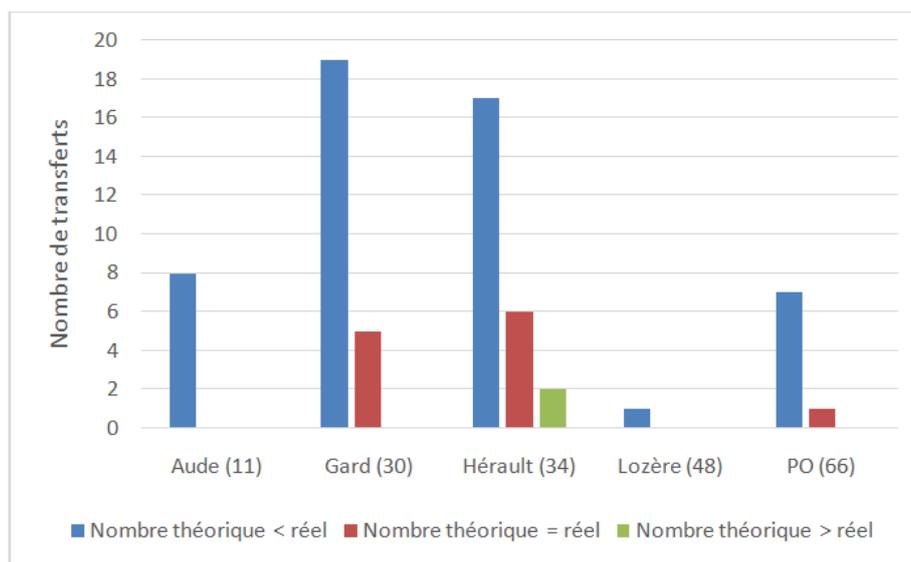
L'organisation du maillage territorial a pour objectif la bonne répartition des officines sur le territoire, c'est-à-dire que les patients ont un accès rapide aux médicaments, tout en limitant une trop grande concurrence entre les pharmacies, préjudiciable à la santé publique. Comme nous l'avons vu précédemment, il y a une condition de quota pour la commune d'accueil : 2 500 habitants pour une première pharmacie d'officine, puis une officine additionnelle par tranche de 4 500 habitants supplémentaires. Cependant, suite à une voie dérogatoire utilisée outre mesure, le nombre de pharmacies en France aujourd'hui est trop élevé par rapport aux quotas.

Nous avons étudié ici, pour chaque demande de transfert, le nombre d'officines présentes dans la commune concernée par rapport au nombre d'officines théoriquement autorisées dans la commune selon les quotas de population.

Comme nous pouvons l'observer dans la figure 17, dans :

- 79% des cas, le nombre théorique est inférieur à la réalité, c'est-à-dire qu'il y a trop de pharmacies pour le nombre d'habitants dans la commune,
- 18% des cas, le nombre théorique et le nombre réel sont identiques,
- 3% des cas, le nombre théorique est supérieur au nombre réel, c'est-à-dire qu'il y a un manque d'officines au vu du nombre d'habitants de la commune.

Figure 17 : Graphique représentant le nombre de transferts, selon les quotas de population, dans des communes avec un nombre d'officines supérieur égal ou inférieur au nombre théorique nécessaire



Cette étude confirme la surdensité officinale sur le territoire d'Occitanie-Est et l'importance d'un maillage officinal optimisé.

Cependant, tous les transferts étudiés ont eu lieu au sein de la même commune, la grande majorité (80%) est même restée dans le même quartier. Ainsi, les transferts n'ont pas permis de rééquilibrer le nombre de pharmacies au sein des communes concernées.

C- DONNEES SUR LES TRANSFERTS REJETES EN OCCITANIE-EST

Pour rappel, 44 demandes de transfert ont été refusées sur la période étudiée en Occitanie-Est, ce qui représente 40% de demandes rejetées.

Nous allons ici, étudier les mêmes données que pour les demandes autorisées afin de comprendre ce qui différencie un dossier de transfert refusé d'un dossier accepté.

Avant d'exposer les statistiques, il est important de préciser qu'en réalité sur les 44 demandes refusées, seulement 16 sont des dossiers différents.

En effet, certaines pharmacies qui se sont vu refuser un transfert déposent exactement le même dossier plusieurs fois, afin d'être les premiers dans la procédure, une fois le quota de population passé au-dessus du seuil, en vertu du principe d'antériorité.

Dans nos analyses nous avons cependant pris en compte les 44 demandes. Mais il faudra garder à l'esprit que les résultats pourront être légèrement faussés. Par exemple, en moins de 4 ans, une pharmacie à Montpellier a déposé 11 fois la même demande de transfert, qui a toujours été rejetée.

Sur la période étudiée, aucun dossier refusé n'a par la suite été accepté suite à un renouvellement de la demande.

Néanmoins, une pharmacie de l'Île de France de la commune de Drancy (93) dont la demande de transfert dans le Gard (30) avait été rejetée, s'est vu autoriser à transférer dans une autre région.

La demande de transfert dans la commune de Saze dans le Gard (30) a été faite en novembre 2018. En effet, Drancy bénéficiait de 22 officines dont 6 surnuméraires, il n’y avait donc pas d’abandon de population ; et la commune de Saze ne possédait aucune officine. Cependant, le seuil requis de population pour permettre l’ouverture d’une officine n’était pas atteint (2002 habitants) à Saze. Ainsi, cette demande a été refusée.

Une autre demande de transfert de cette officine a alors été faite dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (07). La commune concernée ne possédait, cette fois encore, aucune officine mais sa population était supérieure au seuil de 2 500 habitants, selon les données INSEE.

Au vu de tous les autres critères conformément respectés, cette demande de transfert a été acceptée le 15 janvier 2019.

1- Répartition par commune des officines

Tout comme les transferts qui ont été autorisés, les demandes rejetées se répartissent dans des communes de tailles très diverses.

La moyenne du nombre d’habitants par commune y est cependant plus élevée avec 40 643 habitants, contre 21 250 habitants pour les transferts acceptés.

La majorité des demandes de transfert qui ont été refusées l’ont été dans des communes où le nombre d’habitants est compris entre 2 000 et 5 000 habitants (39%), comme c’est le cas pour les transferts autorisés.

Cette répartition inégale au sein des différentes tailles de commune est illustrée au niveau régional par la figure 18 et au niveau départemental par la figure 19.

Figure 18 : Graphique illustrant la répartition des transferts selon la taille des communes en Occitanie-Est

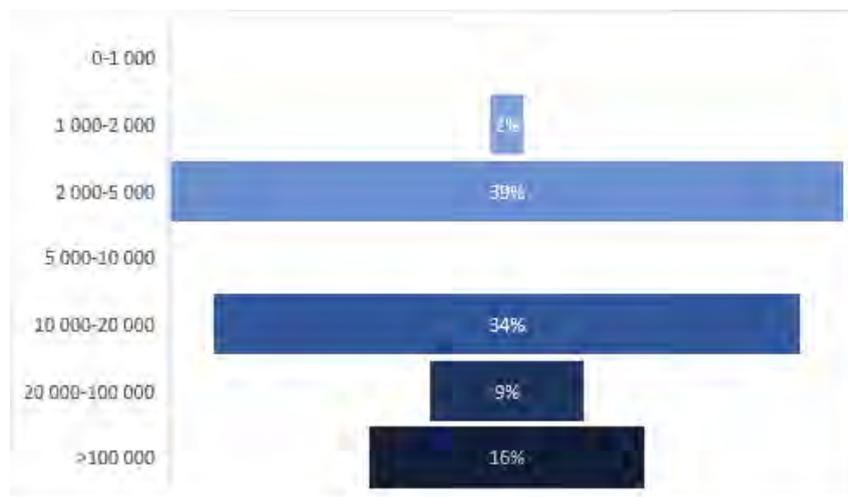
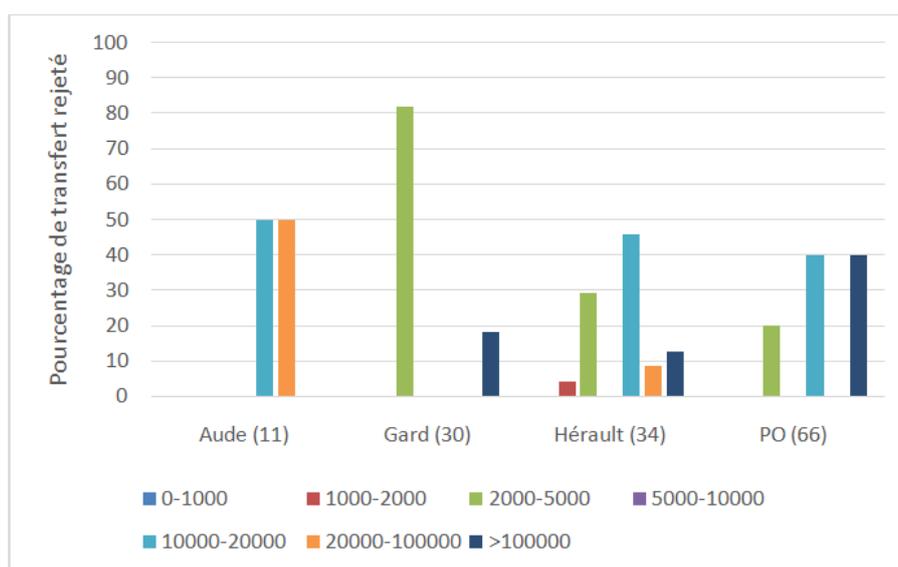


Figure 19 : Tableaux et graphique représentant la répartition des transferts par tranche de populations des communes et par département, exprimée en valeur absolue puis en pourcentage

Valeur absolue	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)	Occitanie-Est
0 - 1 000	0	0	0		0	0
1 000 - 2 000	0	0	1		0	1
2 000 - 5 000	0	9	7		1	17
5 000 - 10 000	0	0	0		0	0
10 000 - 20 000	2	0	11		2	15
20 000 - 100 000	2	0	2		0	4
>100 000	0	2	3		2	7

Pourcentage dans chaque département	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)	Occitanie-Est
0 - 1 000	0	0	0		0	0
1 000 - 2 000	0	0	4		0	2
2 000 - 5 000	0	82	29		20	39
5 000 - 10 000	0	0	0		0	0
10 000 - 20 000	50	0	46		40	34
20 000 - 100 000	50	0	8		0	9
>100 000	0	18	13		40	16



Nous n'avons pas relevé de différence significative avec les transferts autorisés.

2- Données concernant l'étude de la compromission

a) Desserte officinale des communes

α. Nombre d'officines par commune

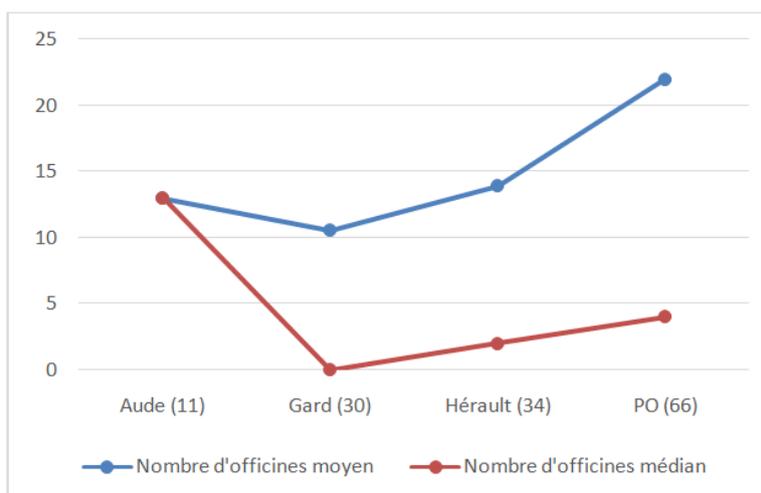
Tout comme nous l'avons fait pour les dossiers acceptés, nous nous sommes intéressés aux nombres d'officines dans les communes. Comme pour les transferts autorisés, le nombre médian d'officines en Occitanie-Est pour les dossiers refusés est de 2. Le nombre moyen est ici plus élevé de 5 unités, mais comme nous l'avons précisé sur les transferts autorisés, la moyenne n'est pas un bon reflet de la réalité du fait de sa forte sensibilité aux valeurs extrêmes.

Les Pyrénées-Orientales sont cette fois-ci en 2^e position lorsqu'on regarde le nombre médian d'officines par commune, à savoir 4, largement dépassé par l'Aude avec 13 officines par commune. Cependant, nous devons prendre en considération que sur les 4 dossiers refusés dans l'Aude, 2 d'entre eux ont fait leur demande à Narbonne, une ville de plus de 55 000 habitants avec 20 officines, d'où les valeurs très élevées.

Le plus grand écart entre le nombre médian d'officines et le nombre moyen est ici aussi dans les Pyrénées-Orientales, comme le montre la figure 20 ci-dessous.

Figure 20 : Tableau et graphique représentant la comparaison entre les nombres moyen et médian d'officines dans les communes où les transferts ont été demandés mais refusés

	Nombre d'officines moyen	Nombre d'officines médian
Aude (11)	13	13
Gard (30)	11	0
Hérault (34)	14	2
Lozère (48)		
PO (66)	22	4
Occitanie-Est	14	2



β. Principaux critères de compromission

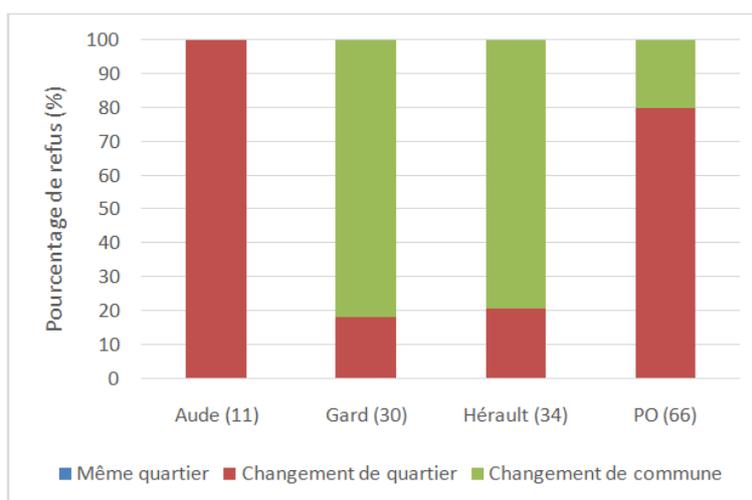
Dans près de 66% des refus, la demande concernait un transfert extra-communal, les 34% restants correspondait à des changements de quartier.

Ainsi, si l'on regarde toutes les demandes de transfert sur la période étudiée en Occitanie-Est, on remarque que toutes celles au sein d'un même quartier ont été acceptées, alors que toutes celles qui demandaient un transfert dans une autre commune ont été refusées. En effet, on comprend aisément que dans le premier cas il n'y a pas de risque d'abandon de population alors que dans le second cas oui.

La figure 21 illustre la répartition des refus de transfert en fonction des critères de compromission au niveau départemental.

Figure 21 : Tableau et diagramme illustrant la répartition des transferts refusés en fonction des critères de compromission

Pourcentage de transferts	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)
Même quartier	0	0	0		0
Changement de quartier	9	5	11		9
Changement de commune	0	20	43		2



Dans 18,2 % des cas de transfert rejetés, l'officine est la seule de la commune et elle souhaite transférer dans une nouvelle commune, ainsi il y a abandon de population, sauf si les demandeurs arrivent à prouver qu'une autre officine proche de la commune peut desservir cette population.

Enfin, concernant les demandes de transfert en extra région, il y en a eu 9, dont une demande en provenance de Drancy (93) vers le Gard (30) et 8 fois la même demande d'une pharmacie Ardéchoise (07) vers le département du Gard également.

y. Détermination du quartier : accord / désaccord avec l'ARS

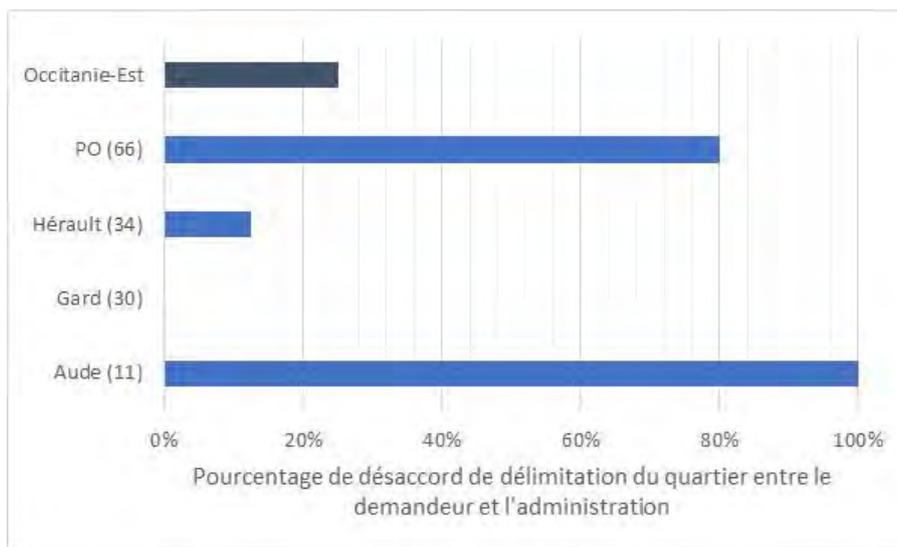
Dans cette partie, nous ne verrons pas comme pour les demandes de transfert autorisées les types de limite utilisés pour la délimitation des quartiers, mais plutôt les statistiques sur les désaccords de la délimitation des quartiers d'accueil entre le demandeur du transfert et le directeur de l'ARS.

Dans les demandes refusées en Occitanie-Est, il y a en moyenne 25% de désaccord.

La variabilité en fonction des départements est grande. En effet, l'Aude et les Pyrénées-Orientales sont respectivement à 100% et 80% de désaccord ; alors que l'Hérault et le Gard sont respectivement à 13% et 0% de désaccord, comme le montre la figure 22 ci-dessous.

Figure 22 : Tableau et graphique représentant le pourcentage de désaccord à propos de la délimitation du quartier d'accueil entre le demandeur du transfert et l'administration

Désaccord délimitation quartier d'accueil	Valeur absolue	Pourcentage
Aude (11)	4	100%
Gard (30)	0	0%
Hérault (34)	3	13%
Lozère (48)		
PO (66)	4	80%
Occitanie-Est	11	25%



b) *Eloignement de l'officine au cours du transfert souhaité mais refusé*

Au niveau régional, on voit que le temps de trajet moyen à pied et en voiture entre le local d'origine et le local du transfert projeté, est respectivement de 1h45 et 17 minutes environ. Rappelons que pour les dossiers de transfert autorisés la moyenne était de 6 et 2 minutes.

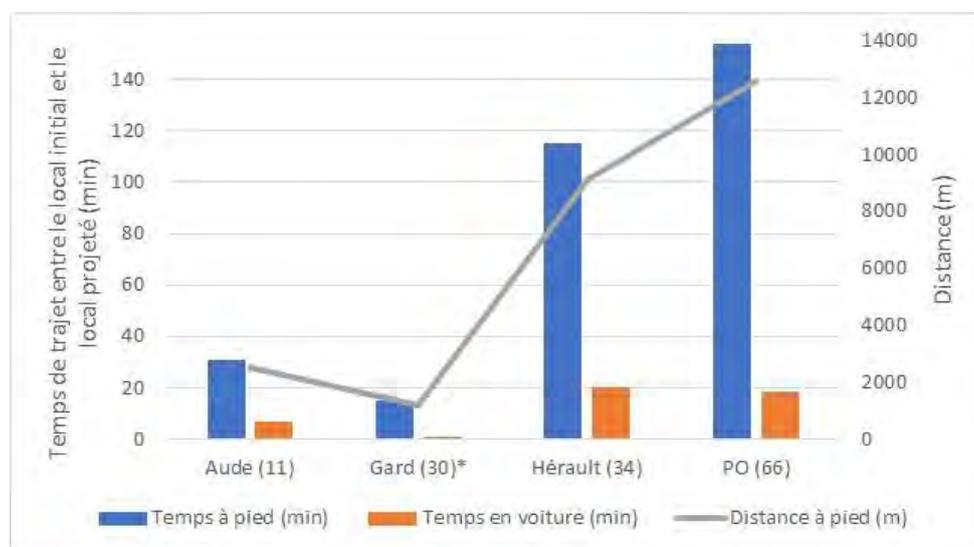
Ensuite, concernant la distance à pied entre les deux locaux, elle est d'environ 8,4 km contre seulement 500 m pour les transferts acceptés.

En moyenne, les demandes de transfert refusées en Occitanie-Est proposent un nouveau local très éloigné du local d'origine comme l'illustre la figure 23, en comparaison des demandes autorisées.

Figure 23 : Tableau et graphique représentant le temps à pied et en voiture ainsi que la distance à pied entre le local d'origine et celui projeté lors du transfert

	Temps à pied (min)	Temps en voiture (min)	Distance à pied (m)
Aude (11)	31	7	2 500
Gard (30)*	15	1	1 200
Hérault (34)	115	20	9 125
Lozère (48)			
PO (66)	154	19	12 580
Occitanie-Est	105	17	8 409

* Les valeurs du Gard ont été calculées en enlevant les valeurs aberrantes c'est-à-dire celles des transferts extrarégionaux



3- Données concernant l'étude de l'optimisation

a) Accès à l'officine

Dans les arrêtés refusant le transfert, la visibilité est annoncée comme améliorée dans seulement 23% des cas, contre 88% pour les transferts autorisés. De plus, la variabilité entre les départements est grande à l'inverse de l'étude sur les demandes acceptées.

Concernant les accès piétons et voitures, ils étaient facilités dans 100% des cas pour les autorisations de transfert, contrairement aux refus où ils ne sont plus facilités que dans 18% et 36% des cas.

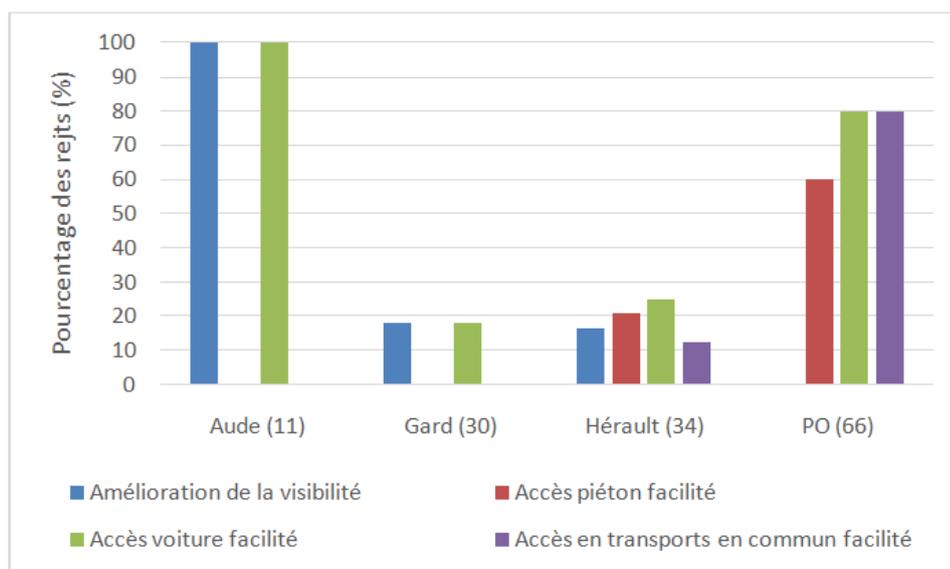
Enfin, l'accès facilité par la desserte en transports en commun qui était déjà peu présente lors des autorisations avec 38%, l'est encore moins au niveau des rejets, figurant dans seulement 16% des dossiers.

Toutes ces statistiques sont illustrées dans la figure 24 ci-dessous.

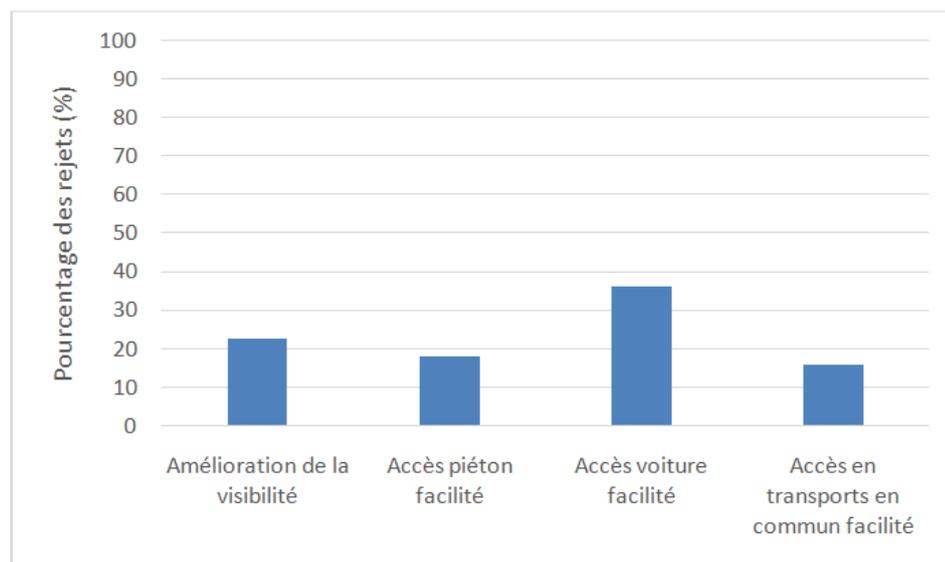
Figure 24 : Tableaux et graphiques représentant le nombre de locaux des transferts répondant aux critères d'accessibilité en valeur absolue puis en pourcentage, au niveau départemental (1) et au niveau régional (2)

Valeur absolue	Amélioration de la visibilité	Accès piéton facilité	Accès voiture facilité	Accès en transports en commun facilité
Aude (11)	4	0	4	0
Gard (30)	2	0	2	0
Hérault (34)	4	5	6	3
PO (66)	0	3	4	4
Occitanie-Est	10	8	16	7

Pourcentage	Amélioration de la visibilité	Accès piéton facilité	Accès voiture facilité	Accès en transports en commun facilité
Aude (11)	100	0	100	0
Gard (30)	18	0	18	0
Hérault (34)	17	21	25	13
PO (66)	0	60	80	80
Occitanie-Est	23	18	36	16

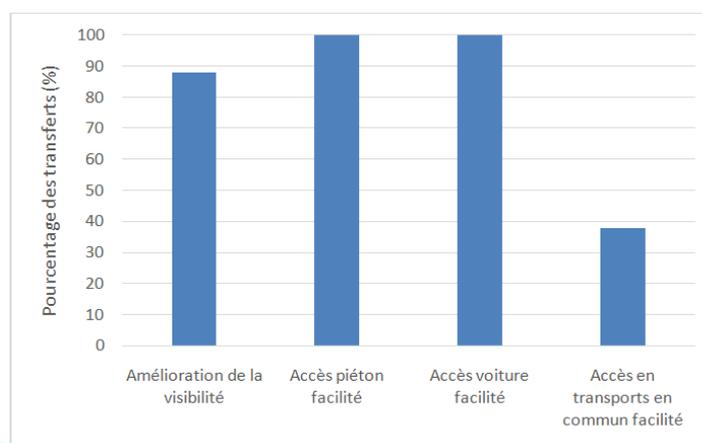


(1)



(2)

Rappel sur les statistiques des transferts autorisés :



Cela confirme l'affirmation selon laquelle l'accès facilité à pied et en voiture est un argument essentiel en Occitanie-Est afin d'obtenir une autorisation de transfert.

b) Le local de l'officine

α. Evolution et amélioration du local de l'officine

On peut relever que lors des transferts refusés, il y a une augmentation très importante de la taille du local envisagé d'environ 320% au niveau régional (Figure 25), alors que lors des transferts autorisés la moyenne était de 230%.

La taille moyenne du nouveau local est de 320 m² (Figure 26), celle-ci est du même ordre de grandeur que pour les autorisations à savoir 280 m².

La plus petite surface est de 220 m² et la plus grande de 730 m². Pour rappel, dans les demandes acceptées, la plus petite surface et la plus grande étaient respectivement de 96 m² et 930 m².

Figure 25 : Graphique représentant l'évolution de la surface du local de l'officine lors du transfert exprimé en pourcentage de la surface

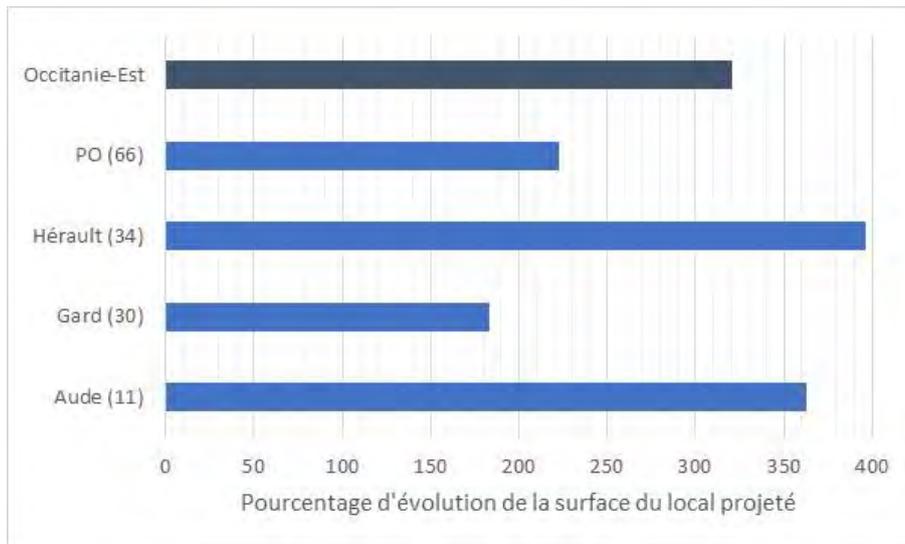
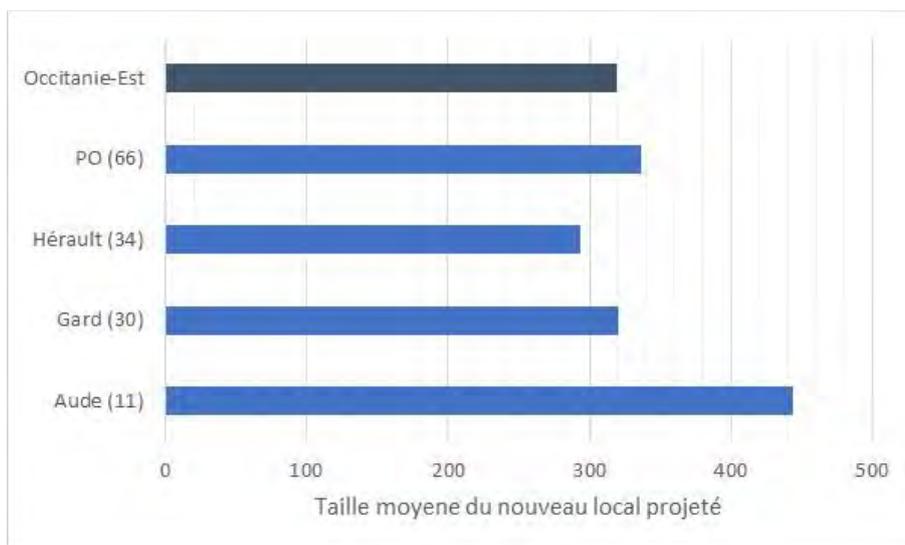
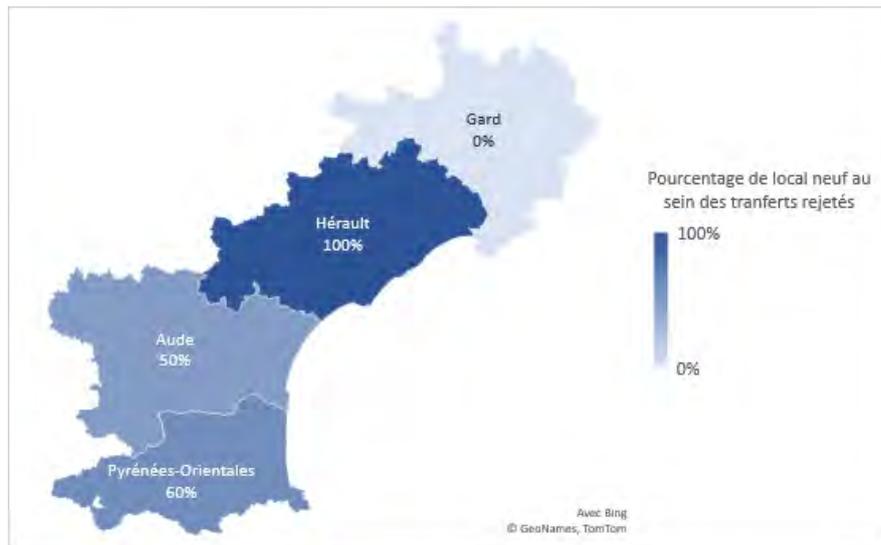


Figure 26 : Diagramme représentant la taille moyenne du nouveau local lors du transfert exprimé en mètre-carrés



Ensuite, environ 66% des transferts refusés en Occitanie-Est mentionnent un local neuf, contre 73% pour ceux autorisés. Ce pourcentage varie beaucoup en fonction du département, comme l'illustre la figure 27 ci-dessous.

Figure 27 : Carte de la région Occitanie-Est représentant les transferts dans un local neuf



Enfin, dans environ 14% des arrêtés, il est précisé que le nouveau local permettra la mise en place des nouvelles missions du pharmacien, alors que ce taux était de 32% pour les demandes autorisées. Concernant l'amélioration de l'accueil, il n'est mentionné dans aucun dossier. La mention était également très faible pour les transferts acceptés avec 2%, ce qui confirme à nouveau que cet argument n'est pas très utilisé en Occitanie-Est.

β. Environnement du local projeté lors des transferts rejetés

Nous allons maintenant nous pencher sur le nouvel environnement du local projeté.

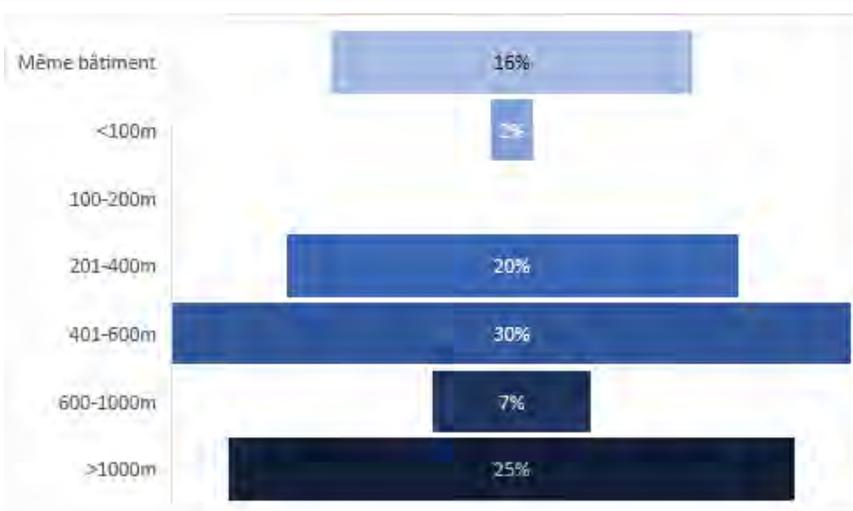
Ainsi, dans 56,8% des demandes refusées, les pharmacies voulaient transférer dans une commune ou un quartier sans officine. Cependant les quotas de population n'étaient pas suffisants pour que la demande soit acceptée. Pour rappel, ce taux était seulement de 13,6% pour les transferts autorisés. On remarque également que dans 4,5% des cas (soit 2 dossiers sur 44), le nouveau local est situé dans un centre commercial. Ce chiffre est légèrement plus élevé que pour les transferts autorisés, 3% des cas.

Concernant l'environnement médical, 16% des refus de transfert en Occitanie-Est concernait un bâtiment accueillant également un médecin généraliste ou un centre médical, contre 26% pour ceux autorisés.

Et dans seulement 38% des cas refusés (Figure 28), le nouveau local se trouvait à moins de 400 mètres à pied d'un médecin ou d'un centre médical, contre 67% pour ceux acceptés.

Figure 28 : Tableau et graphique représentant la distance à pied du nouveau local jusqu'au médecin ou centre médical le plus proche, exprimé en pourcentage

	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)
Même bâtiment	0	0	7		0
<100m	0	0	1		0
100-200m	0	0	0		0
200-400	0	9	0		0
401-600	0	0	12		1
601-1000	0	0	1		2
>1000	4	2	3		2



y. Optimisation de la desserte selon les quotas de population

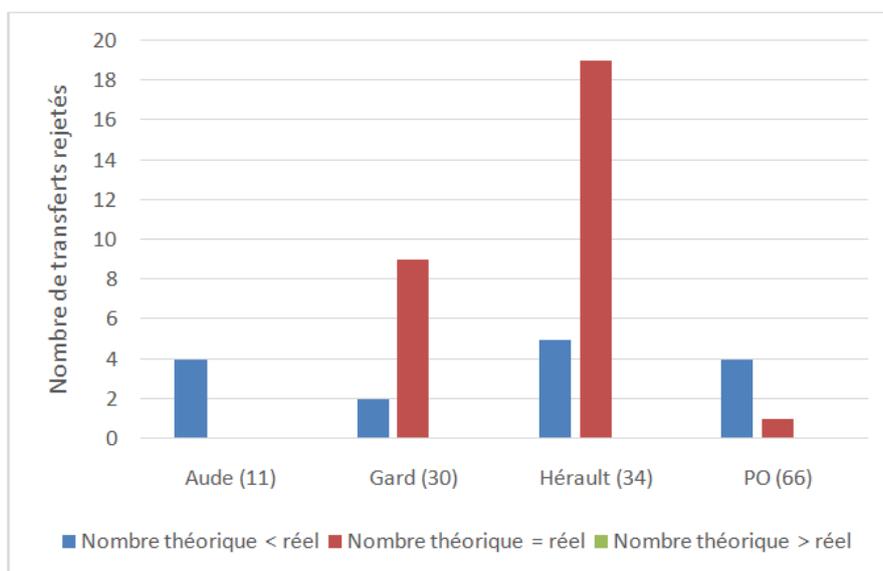
Nous avons étudié pour chaque demande de transfert refusée, de la même manière que pour les demandes autorisées, le nombre d'officines présentes dans la commune concernée par rapport au nombre d'officines théoriquement autorisées dans la commune selon les quotas de population.

Comme l'illustre la figure 29, on observe dans :

- 34% des cas, le nombre théorique est inférieur à la réalité, c'est-à-dire qu'il y a trop de pharmacies d'officine pour le nombre d'habitants dans la commune
- 66% des cas, le nombre théorique et le nombre réel sont identiques.
- Le nombre théorique n'est jamais supérieur au nombre réel, c'est-à-dire qu'aucune demande de transfert n'a été refusée lorsque la commune manquait de pharmacies.

Ainsi, toutes les demandes concernent des communes qui possèdent un nombre suffisant d'officines voire un nombre supérieur par rapport au quota de population.

Figure 29 : Graphique représentant le nombre de transferts, selon les quotas de population, dans des communes avec un nombre d'officines supérieur égal ou inférieur au nombre théorique nécessaire



δ. Motifs de rejet des demandes de transfert

Dans tous les arrêtés publiés notifiant le refus de la demande de transfert, le motif principal avancé était le suivant : le seuil requis de population n'est pas atteint dans la commune d'accueil ou il n'existe pas de population résidente suffisante dans le quartier d'implantation choisi pour y transférer une officine, par manque de population à proximité ou parce que cette dernière est déjà desservie par suffisamment d'officines.

4- Conclusion sur la différence de demande des transferts autorisés et refusés

En conclusion, sur la période étudiée en Occitanie-Est, toutes les demandes de transfert au sein d'un même quartier ont été acceptées alors que toutes les demandes extra-communales ont été refusées. La notion d'abandon de population dans le quartier de départ et la notion de population résidente suffisante dans le quartier d'accueil sont donc primordiales. Par ailleurs, on remarque qu'au niveau des arrêtés refusés, le taux de désaccords entre le demandeur du transfert et le directeur de l'ARS sur la délimitation des quartiers d'accueil est de 25%, alors qu'il était nul pour les transferts autorisés.

Parallèlement, toutes les demandes de transfert refusées concernent des communes qui possèdent un nombre suffisant d'officines voire un nombre supérieur par rapport au quota de population.

Ce qui était également le cas pour les dossiers autorisés à la différence que ceux-ci concernaient des transferts au sein d'une même commune ou d'un même quartier donc dont la population desservie restait inchangée.

Ensuite, le nouveau local dans les arrêtés rejetés est assez éloigné du local d'origine, 8,4 km en moyenne, alors que pour les demandes autorisées il est relativement proche, à 500 m environ. Cela traduit également par le temps de trajet moyen à pied et en voiture entre les deux locaux qui sont respectivement de 1h 45 et 17 minutes pour les rejets de transfert, contre seulement 6 minutes et 2 minutes pour ceux autorisés.

Puis, nous avons relevé que l'optimisation de l'accès à l'officine est bien moindre dans les arrêtés dont le transfert a été refusé. Par exemple, la visibilité est beaucoup moins souvent annoncée comme améliorée : seulement 23% des cas contre 88% pour les transferts autorisés. Aussi, les accès piétons et voitures ne sont que peu facilités lors des refus alors qu'ils le sont dans 100% des cas pour les autorisations de transfert.

Cela nous confirme l'importance de l'accès facilité à pied et en voiture, considéré comme un argument essentiel en Occitanie-Est pour un transfert.

Enfin, nous avons aussi vu que la présence d'un médecin /centre médical à proximité, gage d'un environnement médical optimal, figure davantage dans les arrêtés d'autorisation de transfert que de refus.

De la même manière que nous venons de le faire pour les transferts, nous allons à présent voir l'étude statistique des demandes de regroupement en Occitanie-Est.

Chapitre III - Etude des regroupements en Occitanie-Est

A- DONNEES GENERALES SUR LES REGROUPEMENTS EN OCCITANIE-EST

9 demandes de regroupement au sein de la région Occitanie-Est ont été déposées entre la mise en application de l'ordonnance du 3 janvier 2018 et le 31 mars 2023 :

- 4 regroupements autorisés dans le Gard et une demande rejetée,
- 2 regroupements autorisés dans l'Hérault,
- 2 regroupements autorisés dans les Pyrénées-Orientales.

Ainsi le taux d'acceptation des demandes de regroupement est de 88,89%.

B- DONNEES SUR LES REGROUPEMENTS AUTORISES EN OCCITANIE-EST

1- Répartition géographique des officines

a) Répartition au sein de la région

Parmi les 8 regroupements autorisés, 7 d'entre eux (soit 87,5%) concernent un regroupement entre 2 officines, et le dernier cas de regroupement (soit 12,5%) concerne 3 officines.

On compte donc 17 pharmacies concernées par un regroupement, avec une suppression de 9 licences d'officines dans la région Occitanie-Est.

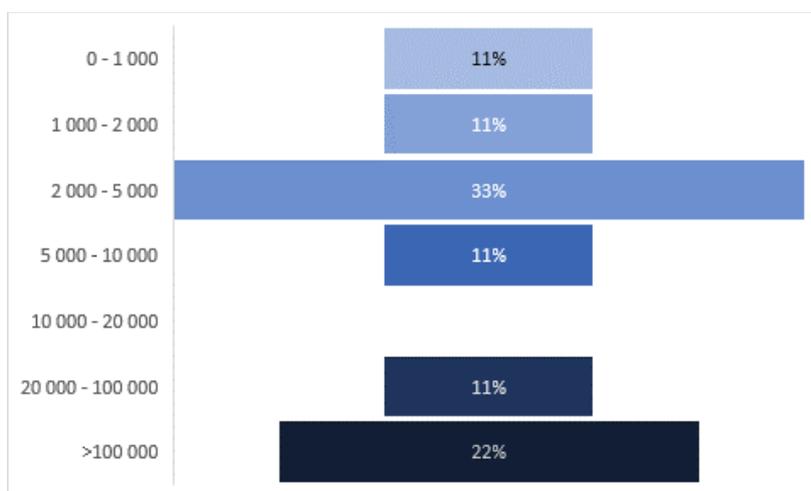
Le nombre total d'officines en Occitanie-Est étant de 965 fin 2023, on peut conclure que 0,8% des officines en Occitanie-Est sont issues d'un regroupement depuis la mise en application de l'ordonnance 2018-3.

b) Répartition par commune

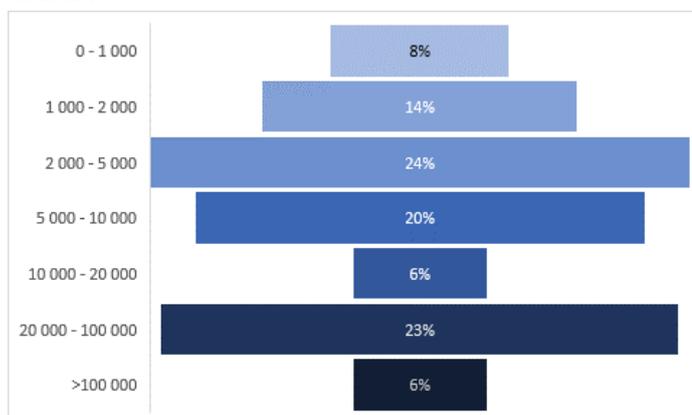
Les officines concernées par les regroupements sont réparties de façon relativement homogène au sein des différentes tailles de communes. La majorité, trois regroupements, ont eu lieu dans des communes dont le nombre d'habitants est compris entre 2 000 et 5 000 habitants, exactement comme pour les transferts acceptés ou rejetés. Puis, vient la classe de plus de 100 000 habitants avec deux regroupements. Enfin, les 4 regroupements restants sont répartis dans 4 autres classes de communes.

Il est impossible d'établir un profil spécifique de commune concernant les regroupements, tout comme pour les transferts, comme le montre la figure 30 ci-dessous.

Figure 30 : Diagramme illustrant la répartition des regroupements selon la taille des communes



Rappel sur les statistiques des transferts autorisés :



La moyenne du nombre d'habitants par commune où a eu lieu les regroupements est de 55 290 habitants, donc plus important que pour les transferts où la moyenne était de 21 250 habitants. Malgré cela, on ne peut pas dire que les regroupements ont été accordés dans de plus petites communes que les transferts car la répartition en pourcentage sur les graphiques ci-dessus montre qu'elle est relativement équivalente.

2- Données concernant l'étude de la compromission

a) Desserte officinale des communes et regroupements

α. Nombre d'officines par commune

Comme pour les transferts, il est important de se renseigner sur le nombre d'officines dans la commune afin de déterminer si une étude approfondie de la compromission est nécessaire.

En moyenne, le nombre d'officines par commune où a eu lieu un regroupement est de 19. Suite aux regroupements, ce nombre moyen n'est plus que de 18 officines. On peut donc conclure, qu'en moyenne, les regroupements réduisent de 5% le nombre d'officines de la commune.

Concernant le nombre médian d'officines par commune, il est de 2 avant le regroupement et il passe à 1 après.

β. Principaux critères de compromission

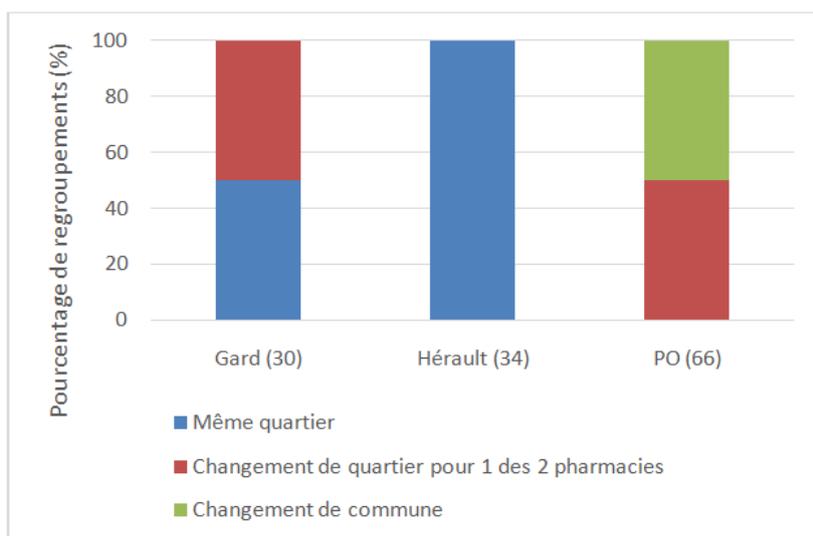
Lorsque l'on s'intéresse au mouvement du transfert par rapport au quartier, afin de déterminer s'il y a abandon ou non de la population d'origine, on remarque que contrairement aux transferts autorisés, il y a un regroupement extra-communal.

Comme l'illustre la figure 31, dans 50% des autorisations, le regroupement a lieu dans le même quartier, dans 38% des cas le regroupement se fait dans un quartier différent pour une des deux officines se regroupant et enfin les 13% restants concernent des regroupements dans une commune différente de celle d'origine.

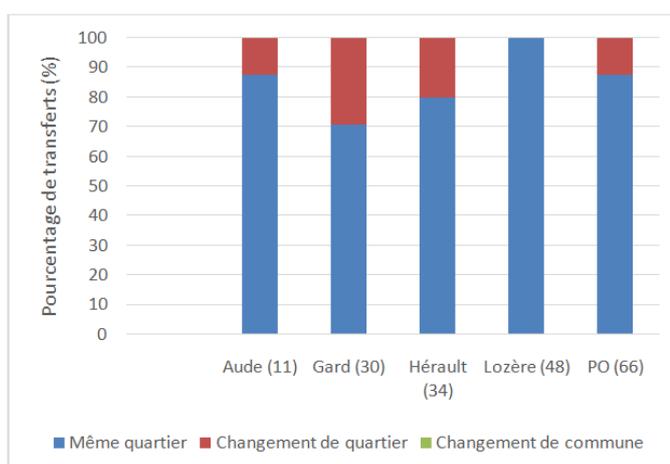
Ainsi, comme pour les transferts, on remarque que les regroupements autorisés le sont majoritairement lorsqu'ils concernent le même quartier de départ.

Figure 31 : Tableau et graphique illustrant la répartition des transferts en fonction des critères de compromission en valeur absolue et en pourcentage

Valeur absolue	Aude (11)	Gard (30)	Hérault (34)	Lozère (48)	PO (66)	Occitanie-Est
Même quartier		2	2		0	4
Changement de quartier pour 1 des 2 pharmacies		2	0		1	3
Changement de commune		0	0		1	1



Rappel sur les statistiques des transferts autorisés :



Dans 38% des cas de regroupement, les officines sont les seules pharmacies de la commune. Ce taux est similaire à celui retrouvé dans les cas de transfert, à savoir 39%.

Enfin, 50% des regroupements sont réalisés dans le local d'origine d'une des officines.

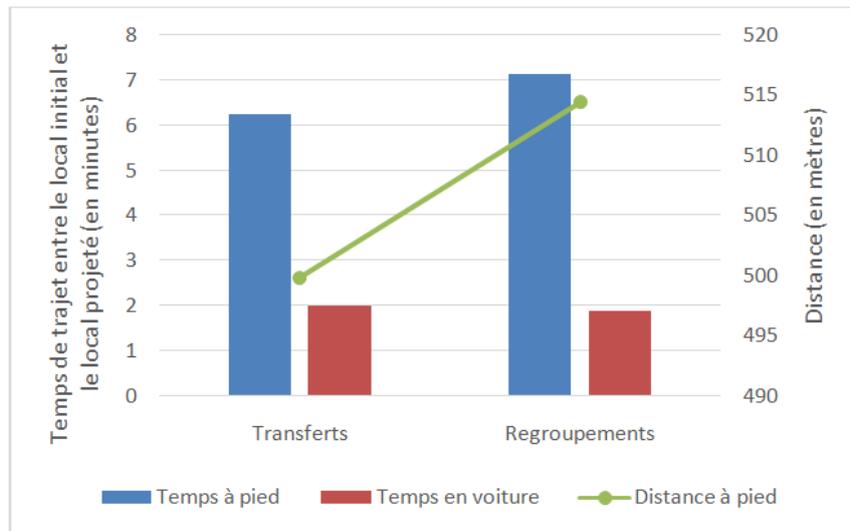
b) Eloignement de l'officine au cours du regroupement

Comme expliqué dans l'analyse des cas de transfert, il est intéressant de prendre en compte les notions de distance à pied ainsi que de temps à pied et en voiture entre le local d'origine et le local projeté, afin d'argumenter sur l'absence de compromission.

Ainsi, le temps de trajet moyen à pied est de 7 minutes environ, le temps moyen en voiture de presque 2 minutes et enfin la distance à pied est approximativement de 515 mètres.

Nous pouvons dire que, concernant l'éloignement de l'officine au cours d'un transfert ou d'un regroupement, les temps à pied et en voiture ainsi que la distance à pied sont pratiquement identiques comme l'illustre la figure 32 ci-dessous.

Figure 32 : Graphique représentant le temps moyen à pied et en voiture ainsi que la distance moyenne à pied entre le local d'origine et celui projeté lors des transferts et des regroupements



Remarque : La moyenne des regroupements a été réalisée en enlevant une valeur considérée comme aberrante car le regroupement a eu lieu dans une commune très éloignée de celle d'origine

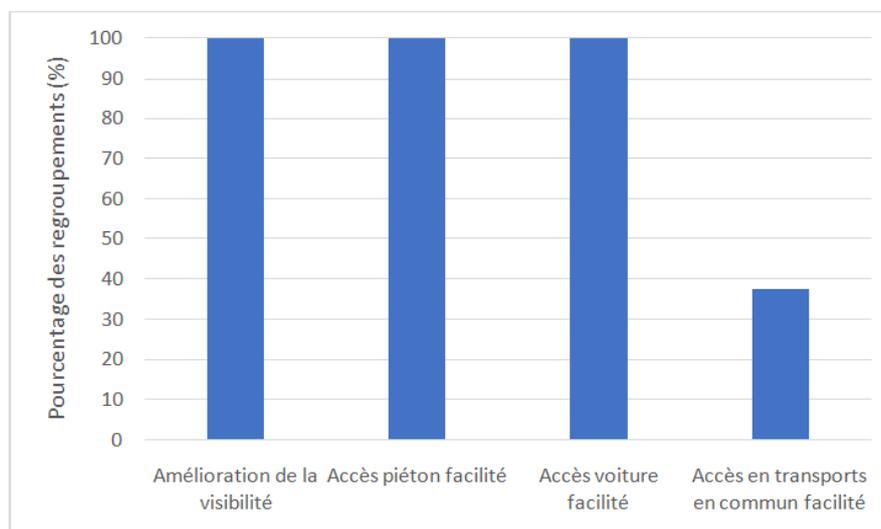
3- Données concernant l'étude de l'optimisation

a) Accès à l'officine

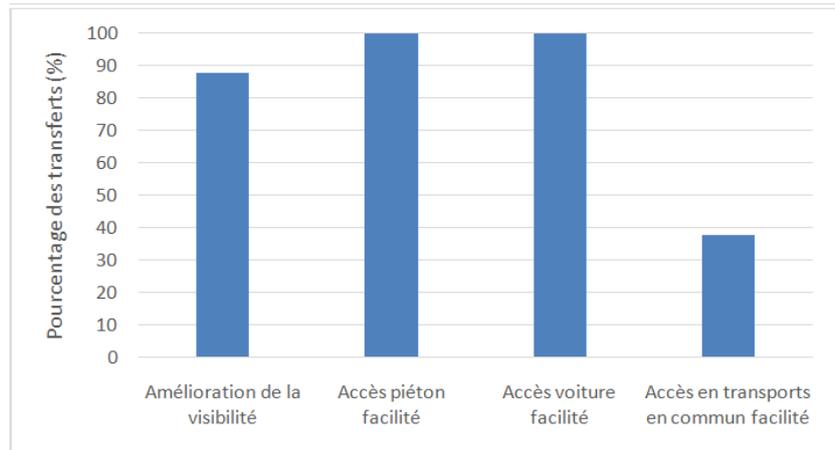
Dans tous les arrêtés autorisant le regroupement, la visibilité est annoncée comme améliorée et les accès piéton et en voiture sont facilités. L'accès est facilité en transport en commun dans seulement 38% des cas, comme le montre la figure 33.

Ces statistiques sont similaires à celles mises en évidence pour les transferts autorisés, mis à part l'amélioration de la visibilité qui n'était que d'environ 88%.

Figure 33 : Graphique représentant le nombre de locaux des regroupements répondant aux critères d'accessibilité en pourcentage en Occitanie-Est



Rappel sur les statistiques des transferts autorisés :



On en conclut donc que les critères de visibilité et d'accessibilité à pied et en voiture sont primordiaux, que ce soit dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement. Par contre, l'ARS est plus indulgente quant à l'accès en transport en commun qui est plus difficile à organiser dans les communes rurales.

b) Le local de l'officine

α. Conditions obligatoires

Le local d'accueil pour un regroupement doit respecter certaines conditions, comme pour les transferts. Par conséquent, tous les arrêtés autorisant les regroupements en Occitanie-Est respectent ces exigences.

Tout d'abord, le local doit satisfaire les conditions minimales d'installation.

Ensuite, le nouveau local doit permettre l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (PMR).

Enfin, la pharmacie doit garantir un accès permanent du public pour les services de garde et d'urgence.

β. Evolution et amélioration du local de l'officine

Lors des regroupements il y a une augmentation moyenne de la surface des locaux d'environ 225%, ce qui est approximativement l'augmentation retrouvée lors des transferts autorisés.

En moyenne, la surface après regroupement est de 300 m², sachant que lors des transferts la surface moyenne calculée était de 280 m².

La plus petite surface du local d'accueil pour les regroupements est de 155 m² et la plus grande de 625 m².

Ensuite, on remarque que 13% des regroupements autorisés en Occitanie-Est ont lieu dans un local neuf, soit un cas sur 8. Ce pourcentage est très faible par rapport à celui retrouvé dans les transferts, à savoir 73%. En effet, rappelons que dans 50% des regroupements, le local d'accueil est le local d'origine d'une des officines.

Enfin, dans 25% des arrêtés, il est précisé que le nouveau local permettra la mise en place des nouvelles missions du pharmacien et dans 13% des cas, le dossier mentionne une amélioration de l'accueil de la clientèle.

γ. Environnement du nouveau local

Enfin, nous allons nous intéresser au nouvel environnement du local après regroupement.

Dans 12,5% des cas, c'est-à-dire seulement un dossier en Occitanie-Est, le regroupement a lieu dans un quartier sans officine.

Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés dans les cas de transferts : *dans 13,6 % des cas le transfert à lieu dans un quartier sans officine.*

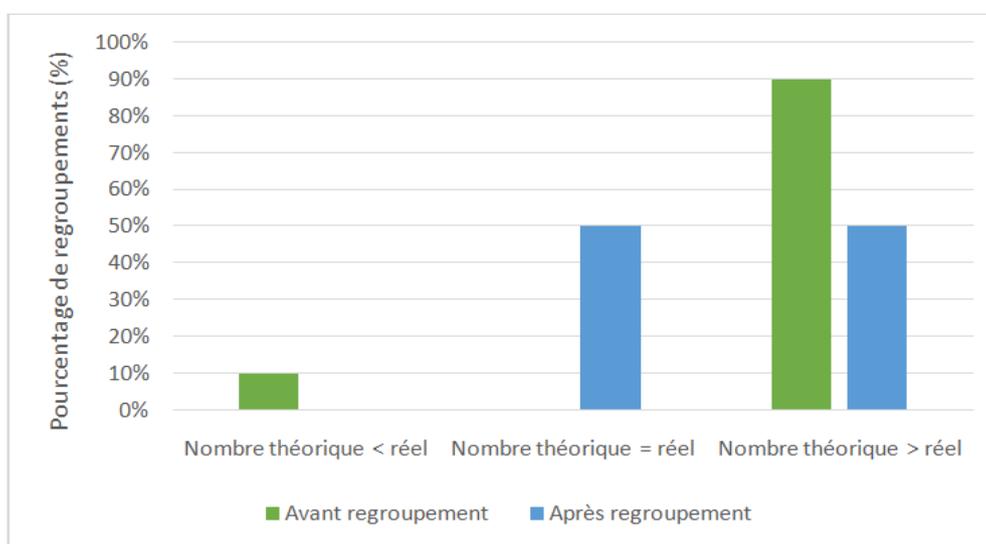
Enfin, aucun des 8 regroupements autorisés n'est situé dans un centre commercial.

δ. Optimisation de la desserte selon les quotas de population

La figure 34 ci-dessous nous montre que les communes de départ du regroupement possèdent un nombre de pharmacies surnuméraires dans 90% des cas et qu'après regroupement, ce taux passe à 50%. Pour les 50% restant, ils représentent les communes avec un nombre d'officines correspondant aux quotas de population.

Ainsi, les regroupements ont permis de rééquilibrer le maillage officinal en Occitanie-Est.

Figure 34 : Graphique représentant avant et après regroupement, selon les quotas de population, le pourcentage de communes avec un nombre d'officines supérieur égal ou inférieur au nombre théorique d'officines nécessaire



C- DONNEES SUR LES REGROUPEMENTS REJETES EN OCCITANIE-EST

A propos des regroupements rejetés en Occitanie-Est sur la période étudiée, il n'y en a eu qu'un seul. Ainsi, il n'y a pas suffisamment de données pour faire des statistiques.

Nous ferons donc à la place, une étude détaillée de ce cas.

Cette demande de regroupement, présentée le 18 février 2019 et complétée le 15 avril 2019, concernait 2 officines à Nîmes dans le département du Gard.

La demande de regroupement a été rejetée et l'arrêté publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie le 24 juin 2019.

1- Implantation officinale de la commune où le regroupement a été refusé

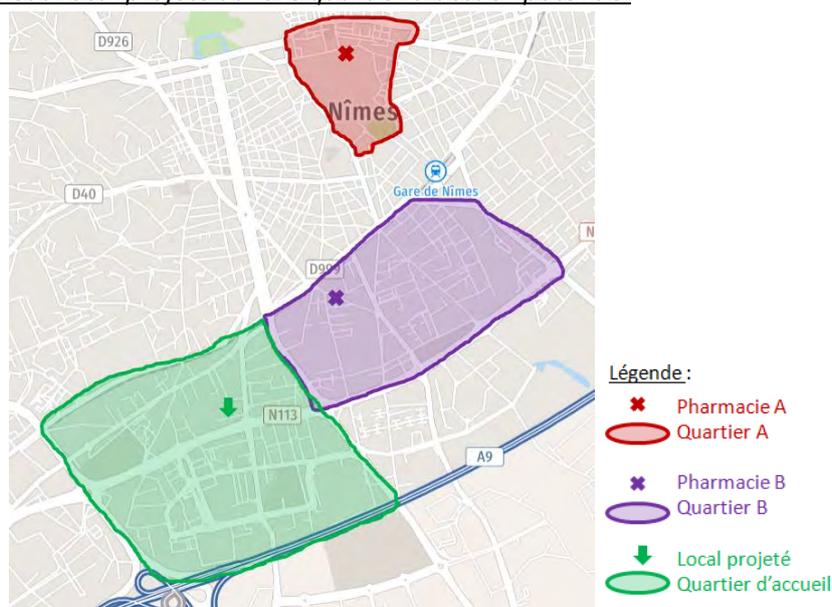
Au 1^{er} janvier 2019, la commune de Nîmes comptait 58 pharmacies d'officine pour une population municipale recensée de 151 001 habitants selon les données INSEE. Nîmes présentait donc un nombre d'officines supérieur aux seuils prévus, puisque selon les quotas la commune n'aurait dû posséder que 34 officines.

- La pharmacie dite « A », est située 8 place aux herbes (30900 Nîmes) en plein cœur du centre historique et du secteur sauvegardé
- La pharmacie dite « B », est située 25 rue André Simon (30900 Nîmes) à la périphérie du centre-ville.

Le regroupement est demandé dans un local accueillant une parapharmacie située au 379 rue de l'archipel dans la même commune.

La localisation des 3 locaux ainsi que leurs quartiers respectifs sont représentés sur la figure 35 ci-dessous.

Figure 35 : Plan de la ville de Nîmes avec la position des pharmacies dans leur quartier respectif et la position du nouveau local projeté dans le quartier d'accueil potentiel



2- Etude de la compromission du dossier rejetant le regroupement

Les 2 officines situées dans 2 quartiers différents souhaitent se regrouper dans un 3^e quartier. Comme il y a un changement de quartier, il faut étudier les critères de compromission afin de s'assurer, dans un premier temps, qu'il n'y a pas d'abandon de population dans les quartiers d'origine et dans un second temps, qu'il y a bien une population résidente suffisante dans le quartier projeté pour y ouvrir une nouvelle officine.

a) Eloignement des officines lors du regroupement projeté

Tout d'abord, les 2 officines souhaitent se regrouper dans un nouveau local relativement éloigné à pied vis-à-vis des populations des quartiers d'origine. En effet, à pied le nouveau local se situe à 2,7km soit à 36 minutes de la pharmacie dite A, ce qui correspond à environ 10 minutes de trajet en voiture. Pour la pharmacie B, elle se trouve à pied à 1,2 km du local d'accueil, c'est-à-dire à 18 minutes à pied ou 3 minutes en voiture.

Rappelons que pour les regroupements acceptés en Occitanie-Est, le temps de trajet moyen à pied est de 7 minutes environ, le temps moyen en voiture de presque 2 minutes et enfin la distance à pied est approximativement de 515 mètres.

La population des quartiers d'origine ne pourra donc plus s'approvisionner aux officines A et B si le regroupement est autorisé.

b) Détermination des quartiers

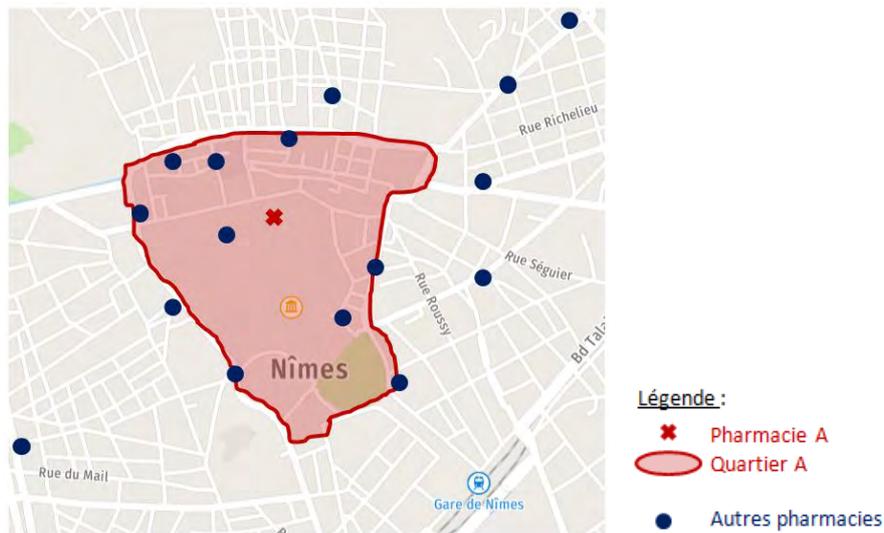
α. Pharmacies d'origine

Voyons maintenant plus en détail la délimitation des quartiers d'origine afin de déterminer si la population pourra continuer de s'approvisionner dans d'autres officines présentes à proximité.

La pharmacie A se situe dans le quartier du centre historique délimité ci-dessous (Figure 36) :

- A l'ouest, par le boulevard Alphonse Daudet et le boulevard Victor Hugo,
- Au sud, par la place des Arènes, l'esplanade Charles de Gaulle et le square de la Couronne,
- A l'est, par le boulevard Amiral Courbet,
- Au nord, par le boulevard Gambetta, le square de la Bouquerie et le square Antonin.

Figure 36 : Plan délimitant les limites du quartier de la pharmacie A, remplaçant l'officine A et les autres officines environnantes

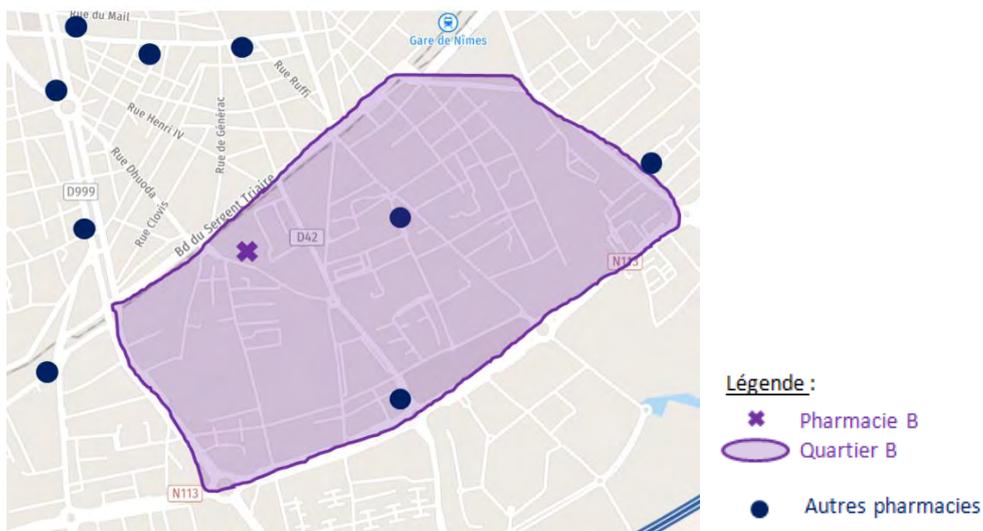


On remarque qu'autour de la pharmacie A, il y a 5 officines situées à moins de 400 m à pied, de telle sorte qu'en cas de regroupement dans un autre quartier la population du quartier du centre historique n'aura pas de difficulté à s'approvisionner dans une autre pharmacie.

Concernant la pharmacie B, elle se trouve dans un quartier délimité comme suit (Figure 37) :

- Au nord, par le boulevard Sergent Triaire,
- Au sud, par le boulevard Président Salvador Allende,
- A l'ouest, par l'avenue de la liberté,
- A l'est, par l'avenue du Général Leclerc et la D42.

Figure 37 : Plan délimitant les limites du quartier de la pharmacie B, remplaçant l'officine B et les autres officines environnantes



On remarque que dans le quartier de la pharmacie B, il y a 2 autres officines situées à moins de 700 mètres à pied, voire même une 3^e officine située non loin de la limite du quartier, qui pourront desservir la population jusqu'alors desservie par l'officine B si elle venait à transférer dans un autre quartier.

En conclusion, le regroupement projeté ne compromettra pas l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente des quartiers d'origine de chacune des officines regroupées car il pourra être assuré par 5 officines dans un rayon 400 m à pied du local d'origine de la pharmacie A et par 2, voire 3 pharmacies situées à moins de 700 m à pied de la pharmacie B.

β. Local projeté

La délimitation du quartier visé par le regroupement est un peu plus complexe. En effet, il y a un désaccord entre les demandeurs et l'administration quant aux limites du quartier, comme l'illustre la figure 38 ci-dessous.

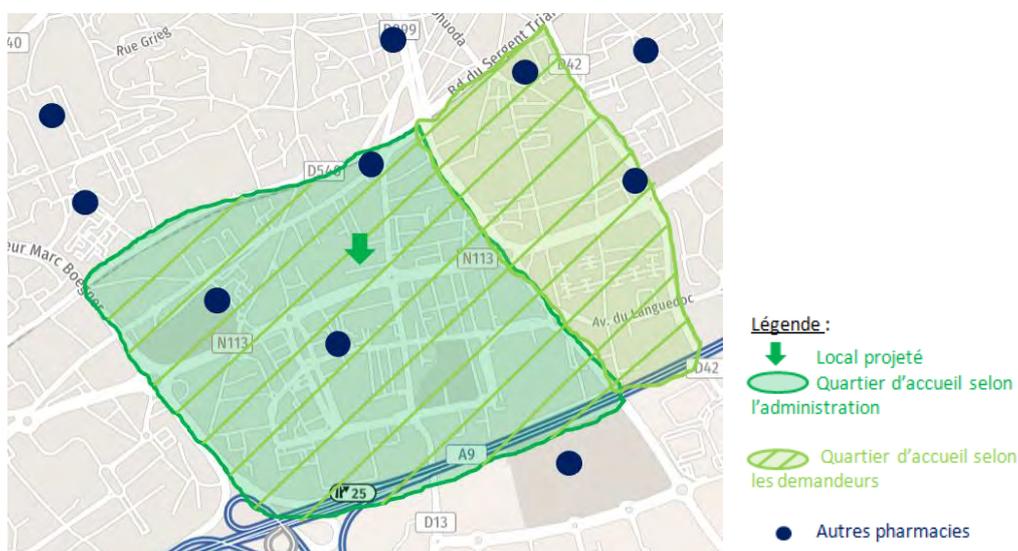
Selon les demandeurs le quartier est délimité de la manière suivante :

- Au nord, par la voie ferrée (située au-delà de l'avenue Maréchal Juin) pour partie aérienne,
- Au sud, par l'autoroute A9,
- A l'est, par l'avenue Pierre Gamel et la rue André Simon,
- A l'ouest, par la nationale 106,

Or, selon l'administration, le quartier est délimité comme suit :

- Au nord, par la voie de chemin de fer située au-delà de l'avenue du Maréchal Juin,
- Au sud, par l'autoroute A9,
- **A l'est, par l'avenue de la liberté,**
- **A l'ouest, par la N106 et plus précisément en contre-allée d'un axe de circulation très important l'avenue président Salvador Allende, entre 2 ronds-points.**

Figure 38 : Plan délimitant le quartier d'accueil selon les demandeurs et selon l'administration, en replaçant le local projeté ainsi que les autres pharmacies environnantes



Les demandeurs du regroupement mettent en avant une population résidente suffisante à l'ouverture d'une nouvelle officine dans le quartier. En effet, ils surestiment tout d'abord la taille du quartier d'accueil et ils avancent que de nouvelles constructions à proximité de l'emplacement proposé suffisent à justifier la création d'une nouvelle population.

Cependant, l'administration n'est pas de cet avis et a donc redéfini les limites du quartier. L'avenue Salvador Allende et l'avenue de la liberté constituent des frontières urbaines ou des axes de circulation importants très fréquentés. Par conséquent, les demandeurs ne peuvent pas revendiquer la desserte de populations des 2 côtés de ces 2 avenues. De plus, les nouveaux immeubles présentés par les demandeurs et censés apporter une nouvelle patientèle sont jugés irrecevables.

Ensuite, comme on peut le voir sur le plan ci-dessus (Figure 35), concernant l'implantation officinale dans le quartier d'accueil : une officine se trouve 650 m plus bas dans le centre commercial Nîmes Etoile (Carrefour), une autre se situe également à 600 m du lieu d'implantation projeté, et enfin une 3^e officine est localisé à 550 m environ dans le centre commercial situé quasiment en face de la future implantation, de l'autre côté de l'axe de circulation (Avenue Président Salvador Allende).

Ainsi, même si l'approvisionnement en médicaments de la population des quartiers d'origine n'est pas compromis par ce regroupement, il n'y a pas dans le quartier d'accueil de population résidente suffisante pour justifier la présence d'une pharmacie supplémentaire.

3- Etude de l'optimisation du dossier rejetant le regroupement

a) Etude des locaux initiaux

α. Pharmacie A

La pharmacie A se situe en plein cœur du centre historique et du secteur sauvegardé, au rez-de-chaussée d'un immeuble ancien sur la place de la cathédrale, comme le montre la figure 39 ci-dessous.

Figure 39 : Photographies de la façade du local de la pharmacie A et vue satellite

Source : Google Maps (avril 2019)





La visibilité semble bonne. Cependant, l'accessibilité est difficile en voiture (pas de parking à proximité et le parking le plus proche est payant et se situe à 200 m) car le centre-ville est majoritairement piéton. On note cependant qu'il y a, à 300 m, un arrêt de bus. Enfin, le local est étroit avec une surface mesurée sur Géoportail d'environ 85 m².

Notons qu'aujourd'hui la pharmacie A est toujours ouverte et elle est à l'heure actuelle encore gérée par le même titulaire.

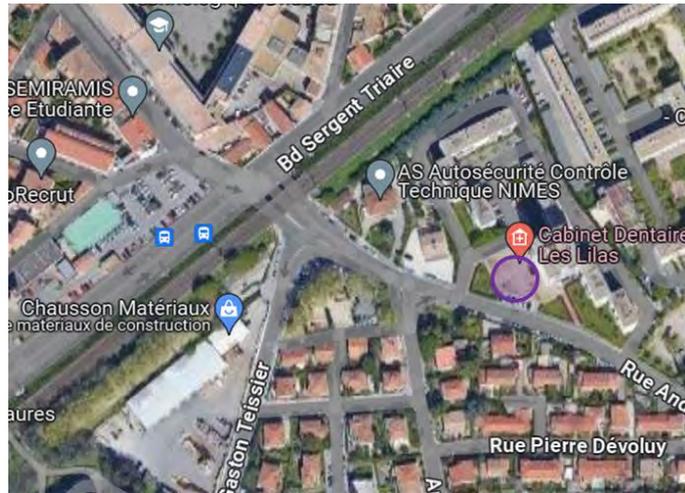
β. Pharmacie B

La pharmacie B se situe au rez-de-chaussée d'un immeuble d'habitat collectif, au sein d'un ensemble immobilier disposant d'une aire de stationnement de 6 places, comme on peut le voir sur la figure 40 ci-dessous.

Figure 40 : Photographies de la façade du local de la pharmacie B et vue satellite

Source : Google Maps (octobre 2022)





Il semble y avoir une bonne accessibilité à pied grâce à la présence de trottoirs. Par ailleurs, l'accès en voiture semble aisé de par les grands axes autour (boulevard Sergent Triaire) et les stationnements à proximité, en plus des 6 places présentes devant l'ensemble immobilier. Il y a également des arrêts de bus à moins de 200 m du local, soit 3 minutes à pied.

Cependant, la visibilité n'est pas optimale.

Enfin, le local n'est pas très grand, on compte environ 110 m² selon la mesure faite sur Géoportail.

b) Etude du local projeté

Tout d'abord, le nouveau local est conforme aux conditions d'installation d'une officine, et il accueille déjà une grande parapharmacie.

α. Accès à l'officine

Située sur l'axe du boulevard du Président Salvador Allende, ce local possède une visibilité nettement améliorée par rapport aux locaux d'origine, comme on peut le voir sur la figure 41 ci-dessous.

Selon les demandeurs du regroupement, le local est facilement accessible pour l'ensemble de la population et plus particulièrement pour les personnes à mobilité réduite. Les demandeurs considèrent que l'accès piéton serait aisé grâce à la présence d'un trottoir et d'une piste cyclable à une voie aménagés autour de la parapharmacie. De plus, ils mettent en avant le fait que l'accessibilité en voiture et en transport en commun est facilitée grâce aux grands axes routiers qui donnent facilement accès au local et au parking situé devant le bâtiment ainsi qu'à l'arrêt de bus situé à proximité, chemin du Capouchiné.

Cependant, l'administration relève que l'accès piétonnier ne peut pas être considéré comme aisé.

En effet, ce local est situé en contre allée (rue de l'Archipel) et entre 2 ronds-points d'une avenue au trafic dense, le seul trottoir présent est étroit et il n'y a pas d'accès piétonnier (absence de trottoir) en provenance du chemin du Capouchiné qui débouche sur l'avenue Allende, très fréquentée. L'accès piéton et notamment pour les PMR est donc difficile et les possibilités d'aménagement restent fort limitées. On note enfin, qu'il n'y a pas de places de parking dédiées aux PMR devant le local projeté.

Figure 41 : Photographies de la façade du nouveau local projeté et vue satellite

Source : Google Maps (juillet 2017)



Enfin, le local est extrêmement grand, avec environ 875 m² de surface, selon la mesure faite sur Géoportail.

β. Amélioration apportée par le local projeté et son environnement

Rappelons que la taille du local de la pharmacie A est de 85 m² et que la surface de la pharmacie B est d'environ 110 m², soit une moyenne de surface de départ de 97,5 m². La taille du nouveau local étant de 875 m², l'augmentation de la surface des locaux est d'environ 900%.

C'est un changement d'ampleur radical, qui pourrait permettre la mise en place des nouvelles missions du pharmacien ainsi que l'amélioration de l'accueil de la clientèle.

Enfin, au niveau de l'environnement médical, on note un médecin à 200 m du local, soit à 3 minutes à pied et 1 minute en voiture, ce qui reste très correct.

4- Conclusion sur la demande refusée de regroupement

En conclusion, la demande de regroupement a été rejetée car elle ne permettait pas d'améliorer la desserte pharmaceutique du quartier d'accueil. En effet, aucun élément du dossier ne permettait d'attester une population résidente suffisante, la population potentielle des nouveaux immeubles et la surévaluation des limites du quartier n'ayant pas été retenus par l'administration. Enfin, malgré le fait que la visibilité et l'accès en voiture soient améliorés avec ce nouveau local, l'accès piétonnier et notamment pour les personnes en situation de handicap restait complexe.

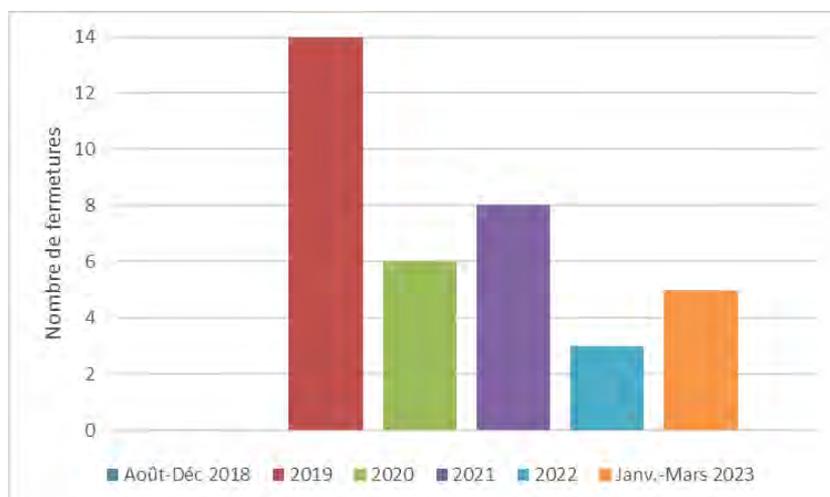
Chapitre IV - Etude des fermetures définitives en Occitanie-Est

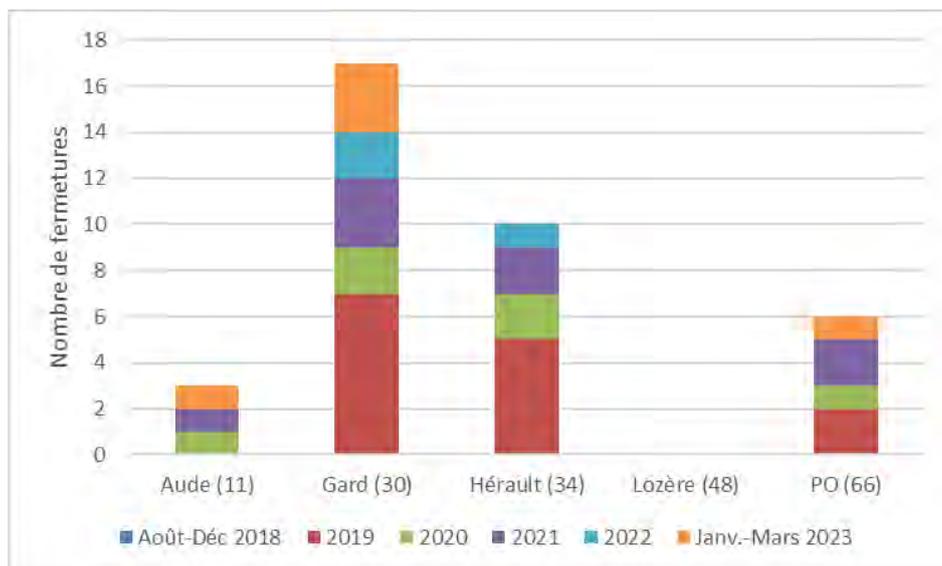
A- DONNEES GENERALES SUR LES FERMETURES DEFINITIVES EN OCCITANIE-EST

Depuis la mise en application de l'ordonnance 2018-3 du 3 janvier 2018 et jusqu'au 31 mars 2023, 36 pharmacies ont fermé en Occitanie-Est, ce qui représente environ 3,7% des officines de la région. Les départements les plus touchés sont le Gard et l'Hérault, où l'on retrouve respectivement 17 et 10 cessations définitives d'activité, comme l'illustre la figure 42 ci-dessous.

Figure 42 : Tableau et graphiques représentant le nombre de fermetures par année et par département

	Août-Déc. 2018	2019	2020	2021	2022	Janv.-Mars 2023	Total
Aude (11)	0	0	1	1	0	1	3
Gard (30)	0	7	2	3	2	3	17
Hérault (34)	0	5	2	2	1	0	10
Lozère (48)	0	0	0	0	0	0	0
PO (66)	0	2	1	2	0	1	6
Occitanie-Est	0	14	6	8	3	5	36





B- REPARTITION PAR COMMUNE DES OFFICINES CONCERNEES PAR UNE FERMETURE DEFINITIVE

Tout comme pour les transferts et les regroupements, si l'on s'intéresse à la taille des communes dans lesquelles étaient situées ces officines, on remarque que toutes les classes sont touchées.

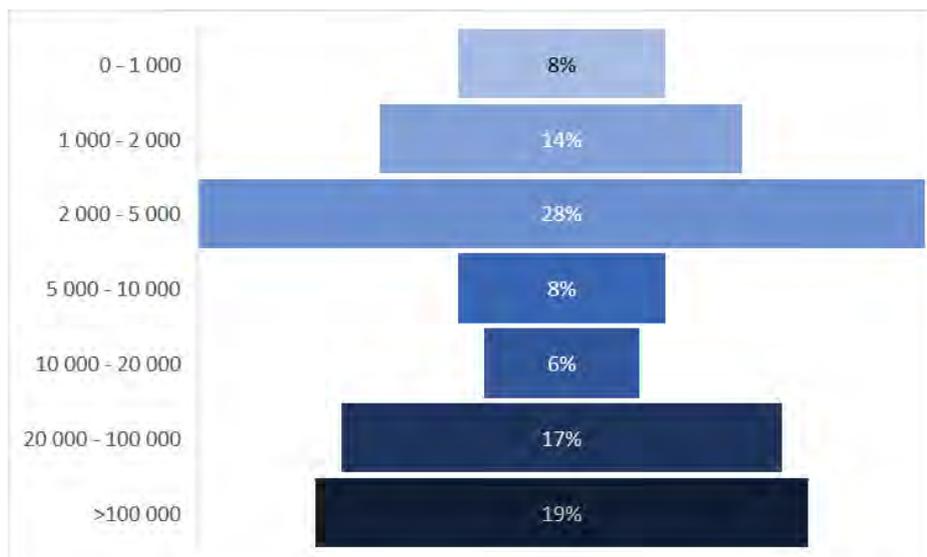
La majorité des fermetures ont eu lieu dans des communes dont le nombre d'habitants est compris entre 2 000 et 5 000 habitants (28%).

Ainsi, le remaniement du maillage officinal concernant les transferts, regroupements ou cessations définitives d'activité a lieu en majorité dans des communes de même taille.

On remarque qu'il y a également beaucoup de cessations définitives d'activité dans les plus hautes tranches d'habitants, à savoir que 19% concernent des communes de plus de 100 000 habitants, comme on peut le voir sur la figure 43 ci-dessous.

Figure 43 : Tableau et graphique illustrant la répartition des fermetures selon la taille des communes

Tranches d'habitants	Nombre de fermetures
0 - 1 000	3
1 000 - 2 000	5
2 000-5 000	10
5 000 - 10 000	3
10 000 - 20 000	2
20 000 - 100 000	6
>100 000	7



C- CAUSES DE FERMETURE DEFINITIVE

Les causes de fermetures sont multiples même si elles restent très souvent économiques.

Il existe plusieurs types de fermetures, telles que détaillées dans la première partie de cette thèse : la liquidation judiciaire, la cessation d'activité contre indemnisation, la caducité de la licence ou la cessation d'activité imposée par les autorités.

Le type de fermeture est, la plupart du temps, précisé dans les arrêtés même si les termes utilisés ne sont pas exactement ceux des textes du CSP. Nous avons donc réalisé des statistiques basées sur les motifs de fermeture avancés dans les arrêtés, comme le montre la figure 44 ci-dessous.

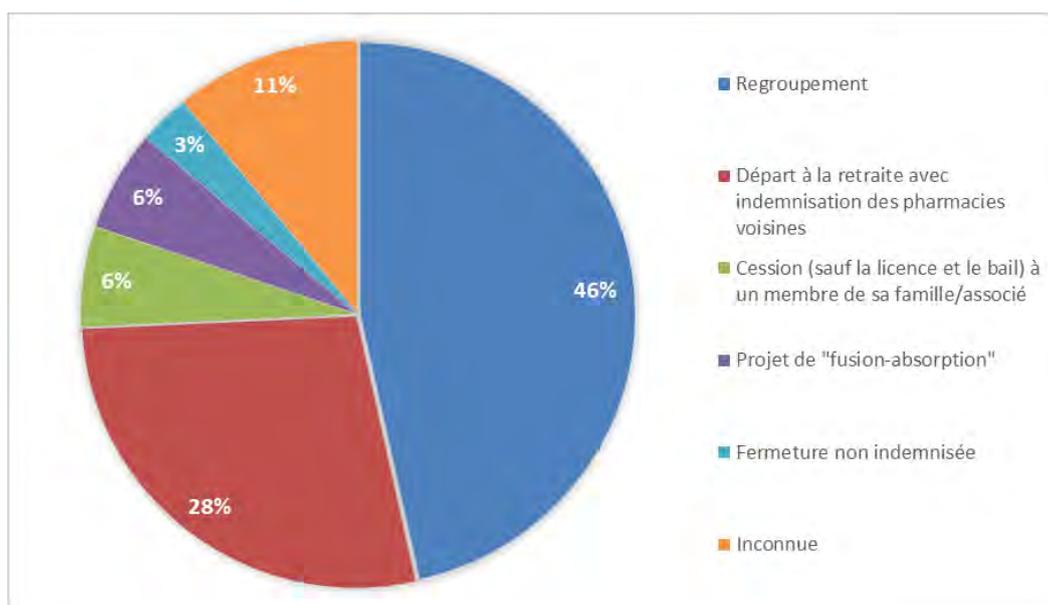
Dans 11% des cas, la cause de la cessation définitive n'est pas indiquée dans les arrêtés.

Ainsi, 46% des causes citées sont des regroupements, 28% sont des départs à la retraite avec indemnisation des pharmacies voisines, 6% sont des cessions de parts (sauf la licence et le bail) à un membre de sa famille ou à un associé, 6% correspondent à des projets de « fusion-absorption », et 3% sont des départs à la retraite en l'absence de repreneur et donc sans indemnisation.

Notons qu'une « fusion-absorption » signifie qu'une société absorbe l'ensemble du patrimoine d'une autre société. Cela a pour conséquence de créer une augmentation de capital pour la société absorbante d'une part, et de dissoudre la société absorbée sans qu'elle soit liquidée.

Figure 44 : Tableau (en valeur absolue) et graphique (en pourcentage) représentant les différents types de fermeture définitive

Causes de fermeture définitive	Valeur absolue
Regroupement	17
Départ à la retraite avec indemnisation des pharmacies voisines	10
Cession (sauf la licence et le bail) à un membre de sa famille/associé	2
Projet de "fusion-absorption"	2
Fermeture non indemnisée	1
Inconnue	4



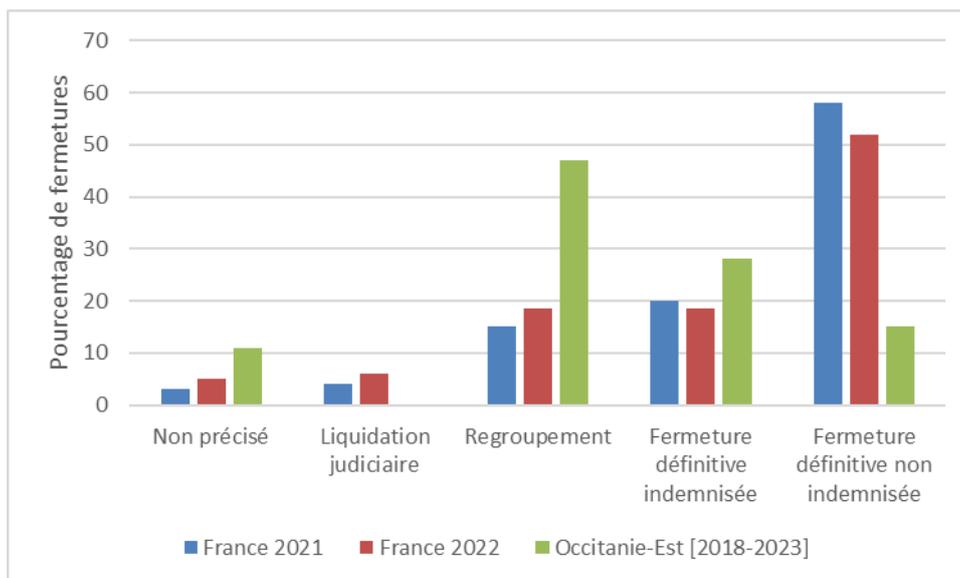
Ainsi on peut dire qu'en Occitanie-Est sur la période étudiée, 80% des fermetures sont volontaires et 20% sont contraintes.

Si l'on compare au niveau national en 2021, 34,5% des fermetures étaient volontaires et 65,5% étaient contraintes. Ces valeurs restent approximativement les mêmes au niveau national en 2022 avec 37% de fermetures volontaires et 63% de fermetures contraintes, comme le montre la figure 45 ci-dessous. (14) (15)

On remarque donc qu'en Occitanie-Est, la tendance est bien plus en faveur des fermetures volontaires au contraire de la tendance nationale. On note également que le taux de regroupement est bien plus élevé que la moyenne nationale.

Figure 45 : Tableau et graphique comparant les différentes causes de fermeture (en pourcentage et en valeur absolue) en Occitanie-Est sur la période étudiée avec la France entière en 2021 et 2022

	France 2021	France 2022	Occitanie-Est [2018-2023]
Non précisé	3%	5%	11%
Liquidation judiciaire	4%	6%	0%
Regroupement	15%	18,5%	47%
Fermeture définitive indemnisée	20%	18,5%	28%
Fermeture définitive non indemnisée	58%	52%	15%
Nombre de fermetures (valeur absolue)	220	211	36



Conclusion Partie II

Pour conclure sur l'évolution du maillage officinal en Occitanie-Est, la restructuration est en bonne voie puisque sur la période étudiée 6,8% des officines d'Occitanie-Est sont issues d'un transfert, 0,8% d'un regroupement et que 3,7% ont fermé.

Les demandes de regroupements, bien que moins fréquentes, ont un taux d'acceptation plus élevé, près de 89%, comparé aux demandes de transfert où il est de 60%. En effet, nous avons vu que dans la très grande majorité des communes concernées par un transfert (80%) ou un regroupement (90%) les quotas de pharmacie d'officine étaient largement dépassés. Ces mouvements ont donc permis de rééquilibrer le maillage officinal pour une optimisation de la desserte en médicaments sur l'Occitanie-Est.

Ensuite, nous avons conclu qu'il était difficile de définir un profil type de commune, car les demandes et les fermetures effectives concernent toutes les tailles. On remarque cependant que la majorité des transferts acceptés ou refusés ainsi que les regroupements acceptés et les fermetures sont survenu dans des communes dont le nombre d'habitants était compris entre 2 000 et 5 000 habitants.

Concernant l'étude de la compromission, quel que soit le type de demande, transfert accepté/refusé ou regroupement accepté, le nombre médian d'officines par commune d'accueil est de 2.

Les distances et temps de trajet entre les locaux d'origine et le local projeté sont faibles et quasiment identiques pour les dossiers acceptés de transfert et de regroupement. Ces chiffres sont beaucoup plus élevés lorsqu'il s'agit de dossiers rejetés. On note aussi que toutes les demandes de transfert au sein du même quartier ont été acceptées et toutes celles extra-communales ont été refusées. Ainsi la proximité entre les locaux initiaux et d'accueil semble très importante.

A propos de la délimitation du quartier d'accueil, dans les transferts autorisés les principales limites utilisées sont les limites communales et les axes routiers principaux. Dans 25% des demandes de

transfert refusées, on observe un désaccord sur la délimitation du quartier entre les demandeurs et l'administration.

Concernant l'étude de l'optimisation, les dossiers acceptés de transfert ou de regroupement sont associés à des accès piétons et voitures toujours facilités. La visibilité est également presque toujours améliorée avec un taux de 88% pour les transferts acceptés et un taux de 100% pour les regroupements autorisés. Cela s'oppose aux dossiers rejetés où les améliorations ne dépassent pas les 36%. L'accès en transport en commun est, quant à lui, considéré comme facilité dans très peu de cas, à savoir seulement 38% pour les transferts et les regroupements autorisés et 16% pour ceux rejetés.

Enfin, la taille moyenne du local d'accueil reste la même, autour des 300 m², que ce soit pour les dossiers de transfert autorisé, refusé ou de regroupement accepté. On note cependant que l'augmentation de la taille du local est beaucoup plus élevée pour les transferts refusés, à savoir 320%, par rapport aux transferts et regroupements autorisés avec un taux de 230% environ.

Concernant les cessations définitives d'activité, les motifs sont variables mais la majorité correspond à des fermetures volontaires.

Enfin, cette étude confirme la surdensité officinale sur le territoire d'Occitanie-Est et l'importance d'un maillage officinal optimisé. Malgré le fait que tous les transferts étudiés ont eu lieu au sein de la même commune ne permettant donc pas de rééquilibrer le nombre de pharmacies au sein des communes concernées, les regroupements ont quant à eux, pu participer à la réduction des officines surnuméraires de la région.

PARTIE III : ETUDE STATISTIQUE DU MAILLAGE OFFICINAL EN OCCITANIE

Tout comme nous l'avons fait dans la Partie II, nous commencerons par présenter la méthodologie utilisée, puis nous analyserons, cette fois-ci sur l'ensemble de l'Occitanie, les transferts, regroupements et fermetures d'officine.

Chapitre I – Méthodologie de collecte et de l'analyse des données

Pour cette seconde étude, nous avons utilisé les données statistiques étudiées par Aurélien STRONOCK dans sa thèse « *Evolution du maillage officinal en Occitanie-Ouest* », soutenue à la Faculté de Pharmacie de Toulouse le 26 juin 2023. Sa thèse étudie les arrêtés autorisant les transferts et regroupements ainsi que les fermetures, publiés dans le recueil des actes administratifs de la région Occitanie, depuis la mise en application de l'ordonnance du 3 janvier 2018, soit à compter du 1^{er} aout 2018 jusqu'au 30 avril 2022.

Ainsi, afin de pouvoir réaliser une étude comparative de l'Occitanie-Est, ancienne région Languedoc-Roussillon, et de l'Occitanie-Ouest, ancienne région Midi-Pyrénées, nous avons repris les données analysées dans la partie II mais en ne tenant compte que des dossiers allant jusqu'au 30 avril 2022.

Le reste de la méthodologie est identique à celle présentée en Partie II. L'analyse sera une fois de plus présentée sous forme de tableaux et de graphiques.

Chapitre II - Etude des transferts en Occitanie

Dans un premier temps, nous verrons quelques données générales sur les demandes autorisées de transfert en Occitanie ; puis nous étudierons la compromission et l'optimisation de ces dossiers. Les demandes de transfert rejetées n'ayant pas été étudiées dans la thèse sur l'Occitanie-Ouest, nous concentrerons uniquement sur les dossiers acceptés.

A- DONNEES GENERALES SUR LES TRANSFERTS AUTORISES EN OCCITANIE

1- Répartition au sein de la région des officines

Depuis la mise en application de l'ordonnance 2018-3 du 3 janvier 2018 et jusqu'au 30 avril 2022, 108 demandes de transferts ont été autorisées, 56 en Occitanie-Est et 52 en Occitanie-Ouest.

La répartition des transferts au sein des 13 départements de la région n'est pas homogène. En effet, le Gard et l'Hérault sont les départements qui en comptabilisent le plus avec respectivement 22 et 21

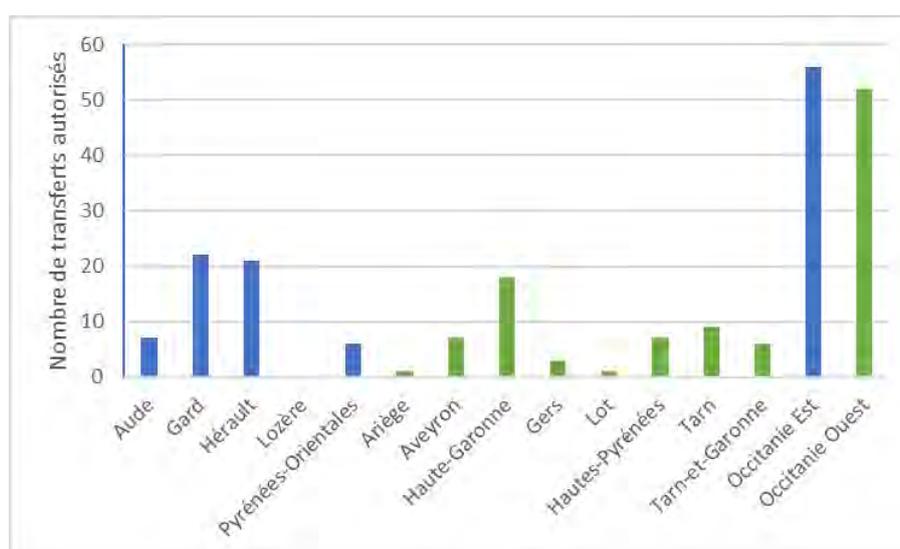
transferts autorisés. Au contraire, il n'y a eu aucun transfert en Lozère sur la période étudiée et seulement 1 seul en Ariège ainsi que dans le Lot.

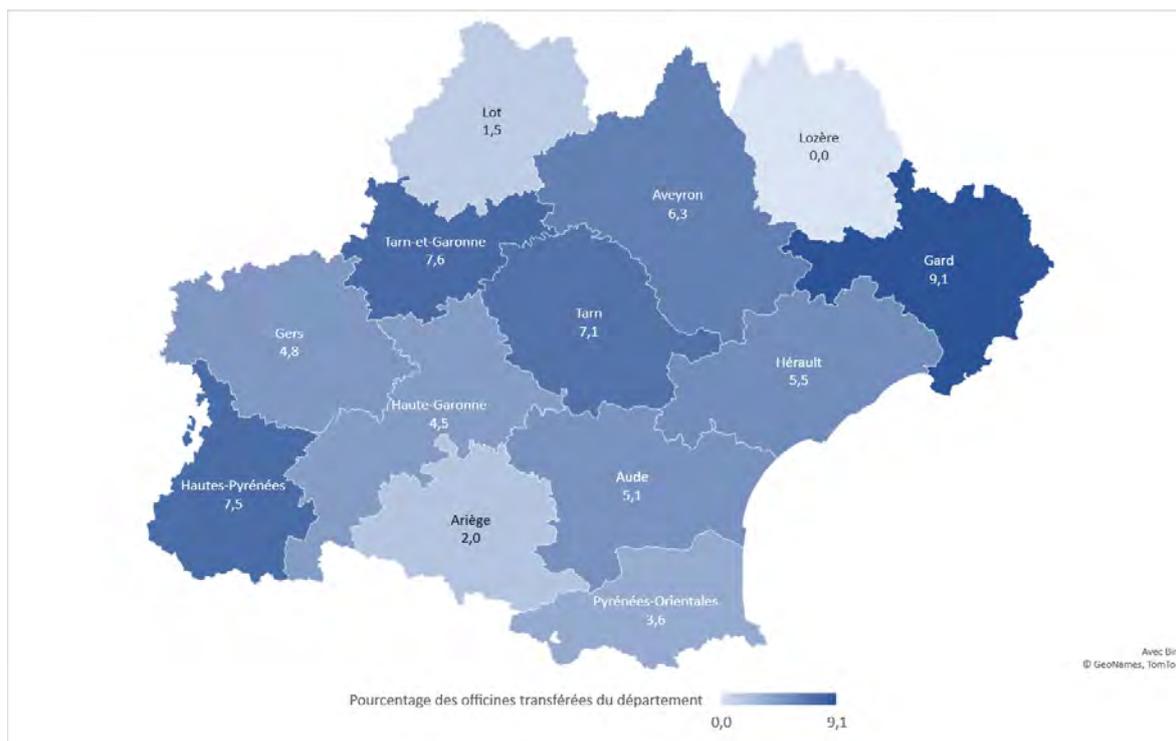
Si l'on s'intéresse au nombre de transferts par rapport au nombre d'officines dans chaque département, on remarque que le Gard a la plus grande proportion de transferts avec 9,1 % des pharmacies, suivi du Tarn-et-Garonne, des Hautes-Pyrénées et du Tarn, avec respectivement 7,6%, 7,5% et 7,1% des officines concernées.

En conclusion, 5,8% des officines ont transférés en Occitanie-Est et 5,2% en Occitanie-Ouest, soit au total 5,5% des officines de la région Occitanie dans son ensemble (figure 46).

Figure 46 : Tableau et graphiques représentant la répartition des transferts en Occitanie

	Nombre de transferts autorisés	Nombre d'officines	Pourcentages des officines transférées du département
Aude	7	137	5,1
Gard	22	241	9,1
Hérault	21	385	5,5
Lozère	0	33	0,0
Pyrénées-Orientales	6	169	3,6
Ariège	1	51	2,0
Aveyron	7	111	6,3
Haute-Garonne	18	404	4,5
Gers	3	63	4,8
Lot	1	66	1,5
Hautes-Pyrénées	7	94	7,5
Tarn	9	126	7,1
Tarn-et-Garonne	6	79	7,6
Total Est	56	965	5,8
Total Ouest	52	994	5,2
Total Occitanie	108	1 959	5,5





2- Répartition par commune des officines

Les tailles des communes dans lesquelles ont eu lieu les transferts sont très variées. On remarque qu'il y a une grande hétérogénéité de répartition dans les différentes classes de communes, que ce soit en Occitanie-Est ou en Occitanie-Ouest.

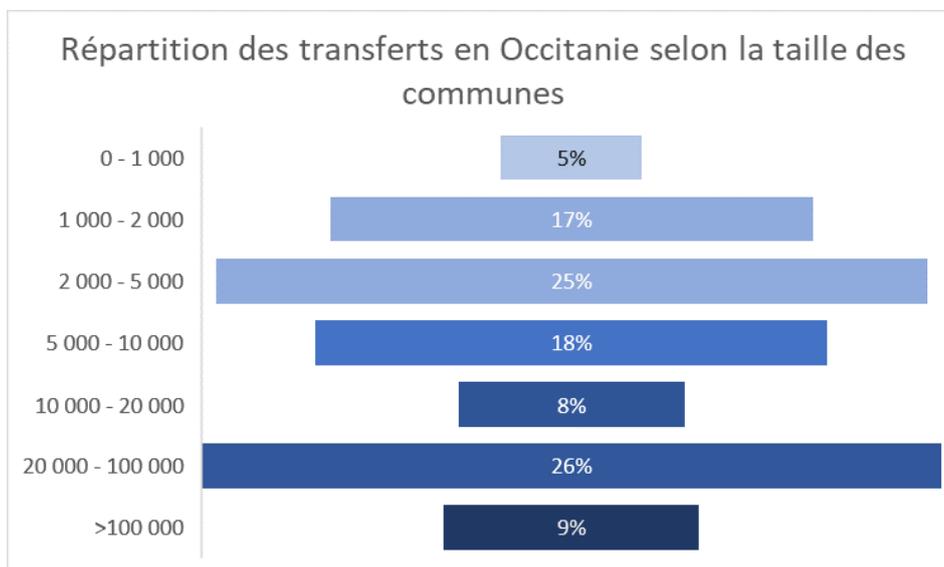
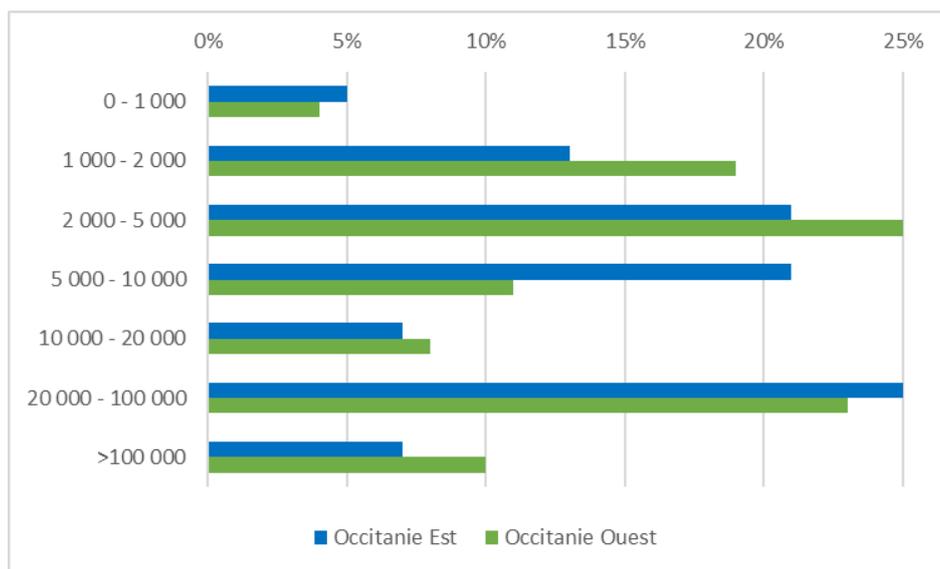
La moyenne du nombre d'habitants par commune où ont eu lieu les transferts est de 40 430 habitants. Les moyennes entre l'Ouest et l'Est de la région sont très différentes. Elle est de 58 000 habitants en Occitanie-Ouest et de 24 115 habitants en Occitanie-Est.

La majorité des transferts ont eu lieu dans des communes dont le nombre d'habitants est compris entre 20 000 et 100 000 habitants (24%), suivies de près par les villes comprenant entre 2 000 et 5 000 habitants (23%), ainsi que les villes de 5 000 à 10 000 habitants (17%). La répartition est très semblable en Occitanie-Est et en Occitanie-Ouest (Figure 47).

Figure 47: Tableaux et graphiques représentant la répartition des transferts selon la taille des communes en valeur absolue et en pourcentage

Répartition des transferts selon taille communes	Occitanie-Est	Occitanie-Ouest	Occitanie
0 - 1 000	3	2	5
1 000 - 2 000	7	10	17
2 000 - 5 000	12	13	25
5 000 - 10 000	12	6	18
10 000 - 20 000	4	4	8
20 000 - 100 000	14	12	26
>100 000	4	5	9

Répartition des transferts selon taille communes	Occitanie-Est	Occitanie-Ouest	Occitanie
0 - 1 000	5%	4%	5%
1 000 - 2 000	13%	19%	16%
2 000 - 5 000	21%	25%	23%
5 000 - 10 000	21%	11%	17%
10 000 - 20 000	7%	8%	7%
20 000 - 100 000	25%	23%	24%
>100 000	7%	10%	8%



B- DONNEES CONCERNANT L'ETUDE DE LA COMPROMISSION SUR LES DOSSIERS AUTORISANT LE TRANSFERT

Comme expliqué dans la Partie II, l'étude de la compromission permet de déterminer si l'approvisionnement en médicaments de la population desservie par l'officine peut être compromis par le transfert à l'aide des limites définissant le quartier et le nombre d'officines par commune.

1- Desserte officinale des communes et transfert

a) Nombre d'officines par commune

Nous avons calculé les nombres moyen et médian d'officines dans les communes concernées, car la médiane reflète mieux la réalité que la moyenne, cette dernière étant trop sensible aux valeurs extrêmes.

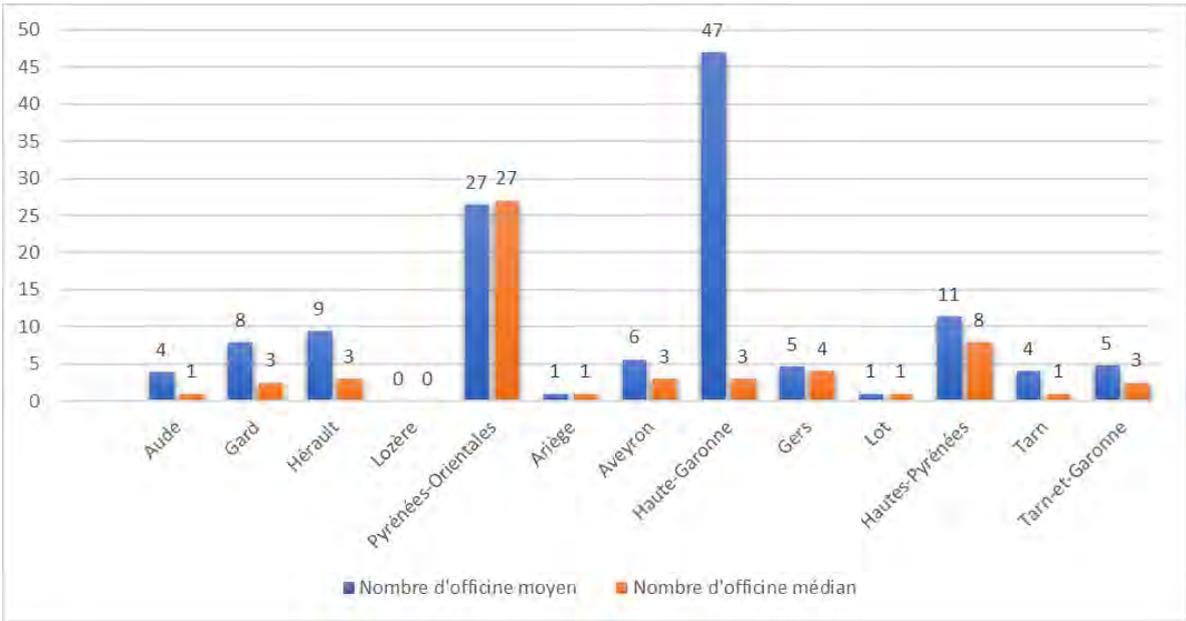
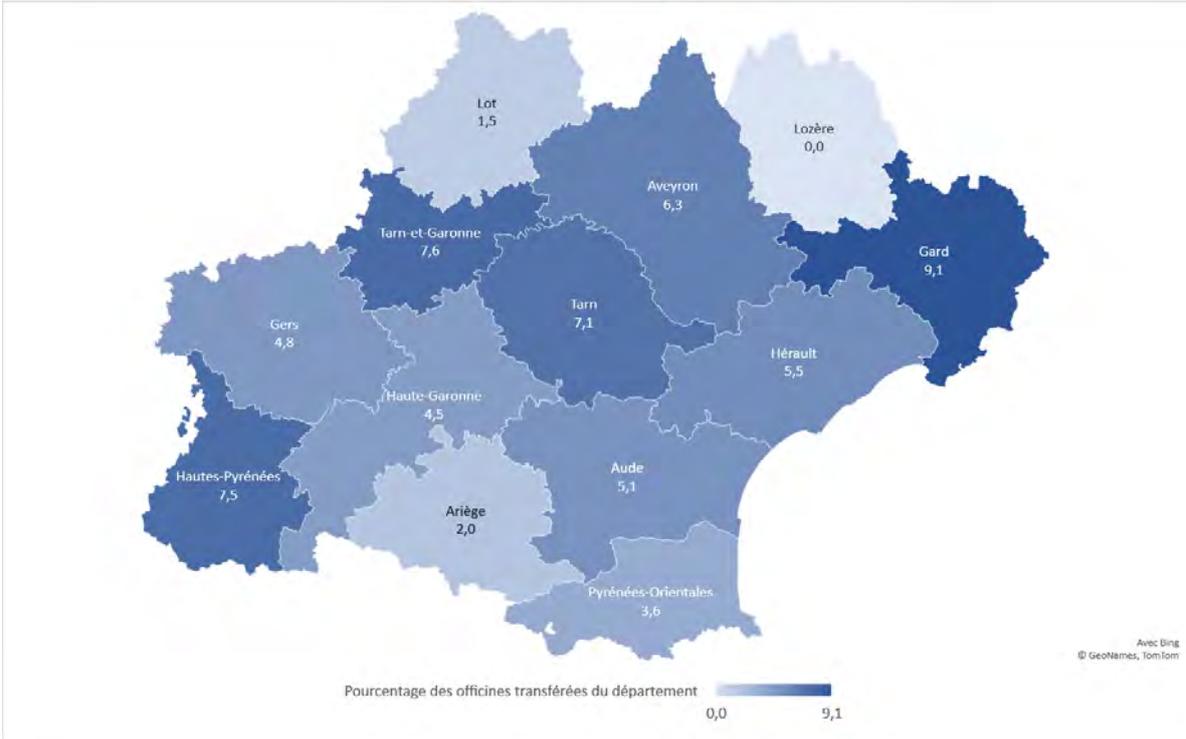
Ainsi, le nombre médian d'officines en Occitanie-Est est de 3 et celui en Occitanie-Ouest est de 2,5 officines. Au total, le nombre médian d'officines sur la région Occitanie est de 3 pharmacies.

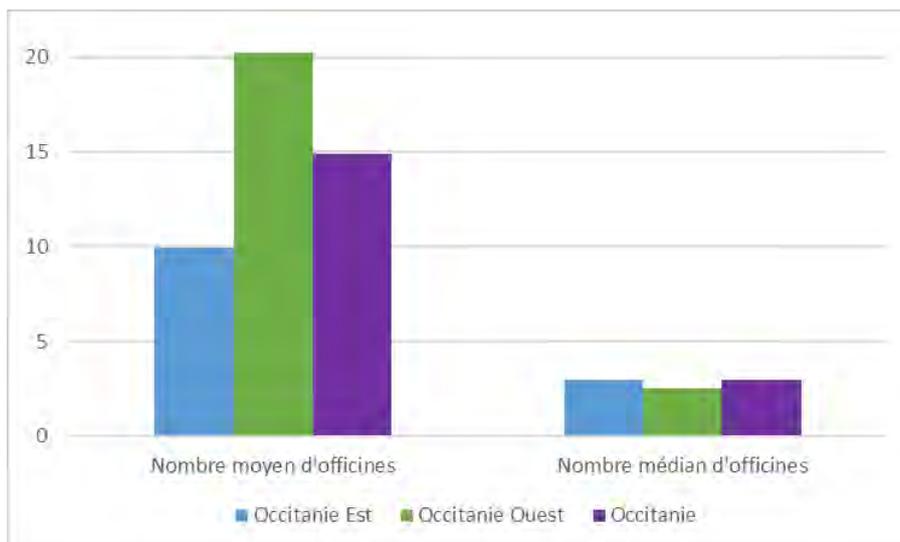
Comme nous pouvons l'observer sur la figure 48 ci-dessous, ce nombre médian est le plus élevé dans le département des Pyrénées-Orientales avec 27 pharmacies, suivi de loin par les Hautes-Pyrénées avec 8 officines. Au contraire, dans l'Aude, l'Ariège, le Lot le Tarn le nombre médian d'officines par commune est le plus faible avec une seule officine. Encore une fois, nous ne pouvons pas tenir compte des résultats obtenus en Lozère car aucun transfert n'y a été réalisé.

Enfin, le plus grand écart, et de loin, entre le nombre médian d'officines et le nombre moyen est de 44 en Haute-Garonne. Comme l'expliquait très justement Aurélien STRONOCK dans sa thèse, ce département possède une vraie hétérogénéité des communes avec à la fois des petites communes peu dotées et une métropole Toulousaine surnuméraire en officines qui pousse la moyenne vers un extrême.

Figure 48 : Tableau et graphiques représentant les nombre moyen et médian d'officines dans les communes où sont réalisés les transferts

	Nombre moyen d'officines	Nombre médian d'officines
Aude	3,9	1
Gard	8,0	2,5
Hérault	9,4	3
Lozère		
Pyrénées-Orientales	26,5	27
Ariège	1,0	1
Aveyron	5,6	3
Haute-Garonne	47,0	3
Gers	4,7	4
Lot	1,0	1
Hautes-Pyrénées	11,4	8
Tarn	4,1	1
Tarn-et-Garonne	4,8	2,5
Occitanie-Est	10,0	3
Occitanie-Ouest	20,2	2,5
Occitanie	14,9	3





b) Principaux critères de compromission

Intéressons-nous maintenant au mouvement du transfert par rapport au quartier, afin de déterminer s'il y a abandon ou non de la population d'origine.

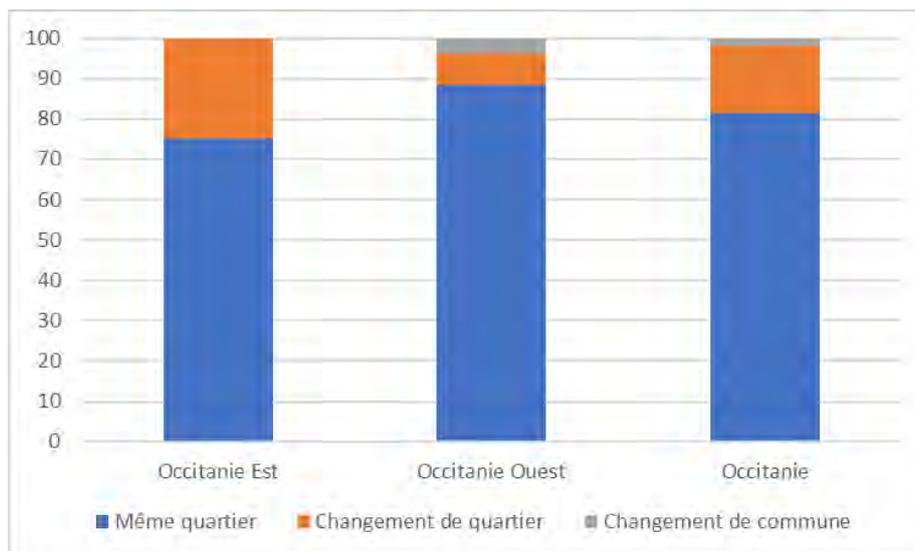
Dans plus de 80% des autorisations en Occitanie le transfert a lieu dans le même quartier, près de 17% représentent des changements de quartier, et moins de 2% sont des transferts extra-communaux.

La tendance reste la même lorsque l'on compare le côté Est et Ouest de la région, à savoir que la grande majorité des transferts a lieu dans le même quartier et que les changements de communes se font très rarement (Figure 49).

Dans 36% des cas de transfert, l'officine est la seule de la commune, ainsi peu importe la destination du transfert au sein de cette commune, il n'y aura pas d'abandon de population.

Figure 49 : Tableau et diagrammes illustrant la répartition des transferts en fonction des critères de compromission en Occitanie

Pourcentage de transferts	Occitanie-Est	Occitanie-Ouest	Occitanie
Même quartier	75	88	81
Changement de quartier	25	8	17
Changement de commune	0	4	2



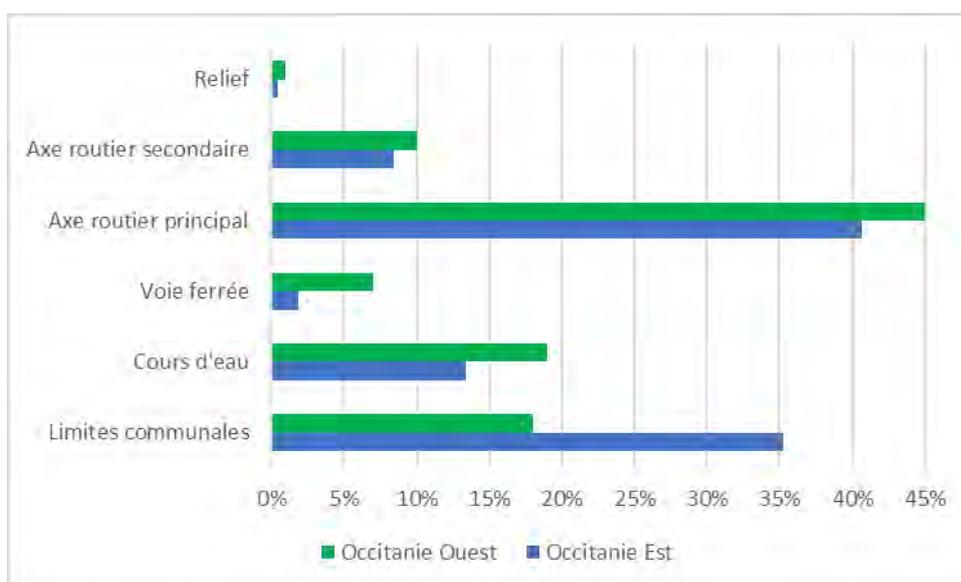
c) Détermination du quartier

Nous allons maintenant étudier les différents types de limites utilisés pour définir un quartier.

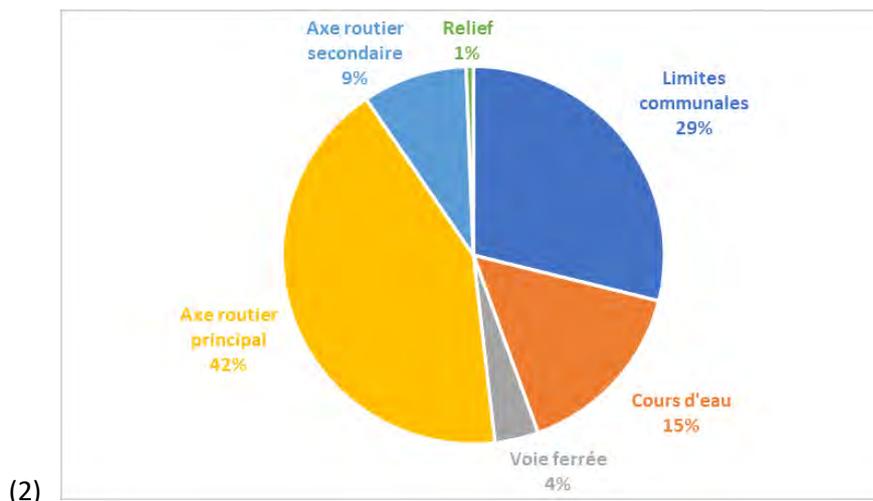
En Occitanie, comme l'illustre la figure 50 ci-dessous, 42% des limites utilisées sont des axes routiers principaux, 29% représentent des frontières communales, 15% sont des cours d'eau et 9% des limites utilisent un axe routier secondaire. Enfin, les voies ferrées et les reliefs sont très peu utilisés, représentant respectivement 4% et 1% des limites utilisées.

En comparant, l'Occitanie-Est de l'Occitanie-Ouest, on remarque que la principale limite utilisée par les 2 moitiés de région est l'axe routier principal, mais que les autres types de limites ne sont pas répartis de façon très homogène entre les 2 demi-régions. Par exemple, les limites communales sont beaucoup moins utilisées en Occitanie-Ouest (18%) qu'en Occitanie-Est (35%).

Figure 50 : Diagramme illustrant la répartition des types de limites de quartier en (1) Occitanie-Ouest et en Occitanie-Est, puis (2) au niveau régional



(1)



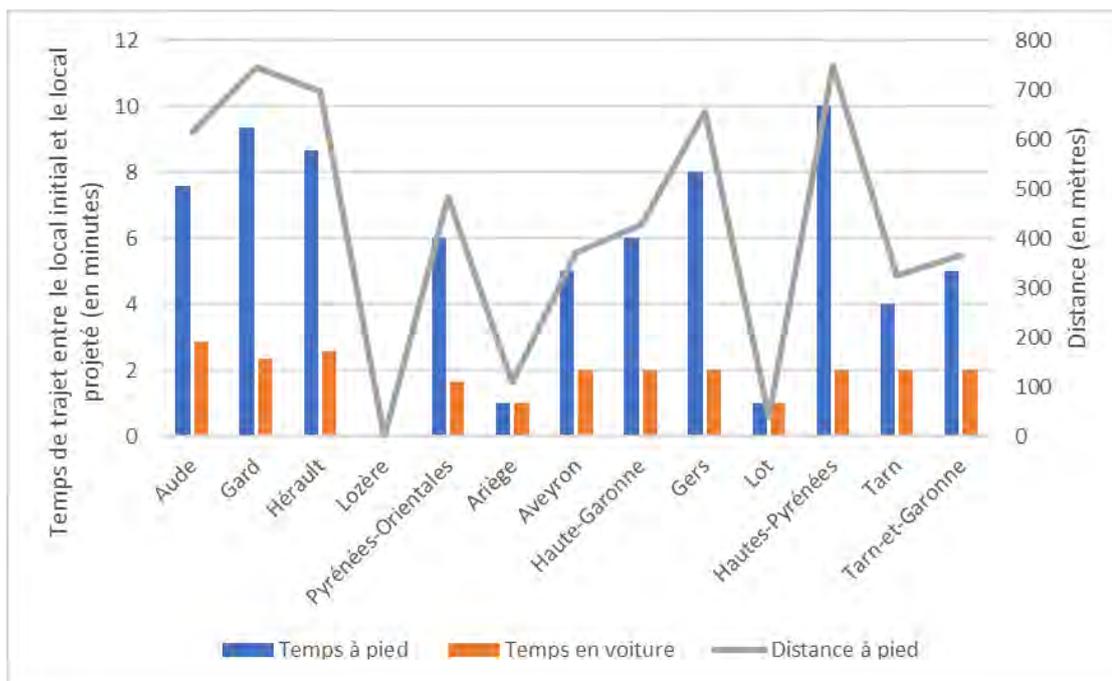
4- Eloignement de l'officine au cours du transfert

Nous allons désormais nous intéresser à la distance et au temps à pied, ainsi qu'en voiture entre le local d'origine et le local projeté, afin d'argumenter sur l'absence de compromission de la desserte en médicaments du quartier d'origine.

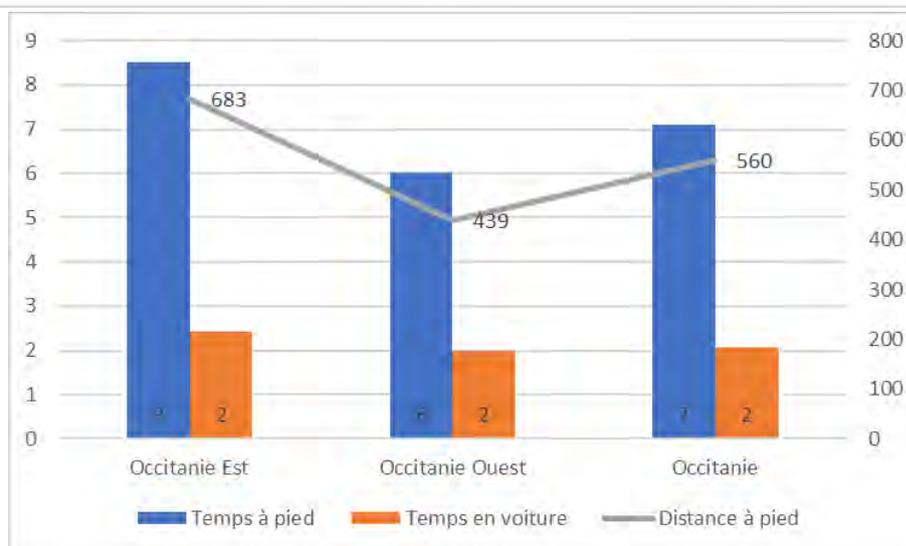
Sur l'ensemble de la région Occitanie, entre le local d'origine et le local du transfert, le temps de trajet moyen à pied est de 7 minutes environ et de 2 minutes en voiture. Ce temps à pied est légèrement plus important en Occitanie-Est (9 min) qu'en Occitanie-Ouest (6 min). Enfin, La distance à pied entre les 2 locaux est en moyenne de 560 mètres en Occitanie. Tout comme le temps, la distance moyenne à pied diffère légèrement entre les 2 moitiés de région, une différence négligeable de 240 mètres entre l'Occitanie-Est et Ouest, comme on peut le voir sur la figure 51 ci-dessous.

Figure 51 : Tableau et graphiques représentant le temps à pied et en voiture ainsi que la distance à pied entre le local d'origine et celui projeté lors du transfert au niveau départemental (1) et régional (2)

	Temps à pied (min)	Temps en voiture (min)	Distance à pied (m)
Aude	8	3	614
Gard	9	2	746
Hérault	9	3	697
Lozère			
Pyrénées-Orientales	6	2	483
Ariège	1	1	110
Aveyron	5	2	371
Haute-Garonne	6	2	428
Gers	8	2	657
Lot	1	1	40
Hauts-Pyrénées	10	2	749
Tarn	4	2	324
Tarn-et-Garonne	5	2	367
Occitanie-Est	9	2	683
Occitanie-Ouest	6	2	439
Occitanie	7	2	560



(1)



(2)

C- DONNEES CONCERNANT L'ETUDE DE L'OPTIMISATION

La desserte optimale en médicaments, suppose un accès aisé et facilité au nouveau local. C'est aussi des locaux plus performants et cela dans un environnement propice à la réalisation des missions de santé publique du pharmacien.

1- Accès à l'officine

Dans les arrêtés autorisant le transfert, la visibilité est annoncée comme améliorée dans environ 70% des cas en Occitanie. On remarque qu'elle est nettement plus importante en Occitanie-Est (86%) qu'en Occitanie-Ouest (59%).

Concernant les accès piétons, ils sont facilités dans 100% des cas, quel que soit le département étudié.

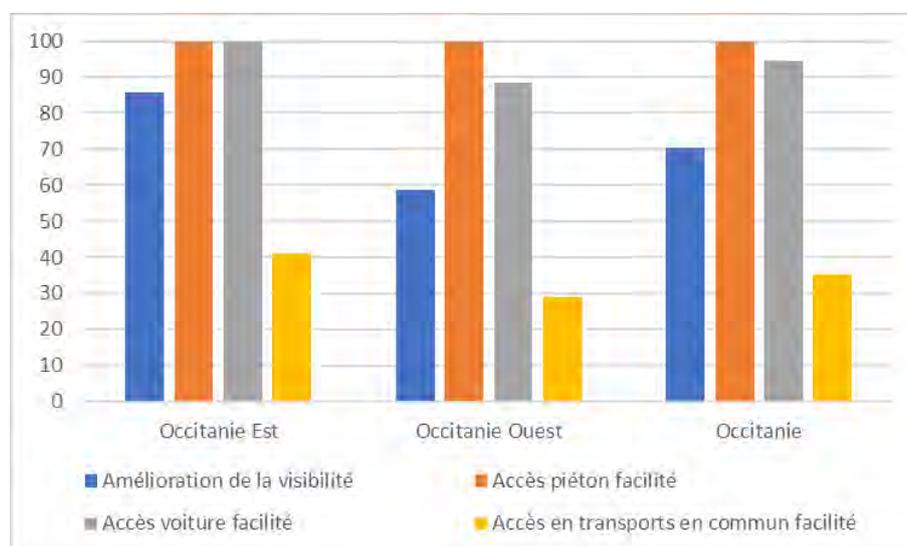
Ensuite, l'accès en voiture est facilité dans près de 95% des cas. En Occitanie-Est, il est toujours facilité, alors qu'en Occitanie-Ouest seuls 88% des arrêtés le mentionne.

Enfin, l'accès facilité par la desserte en transport en commun est peu présent, seulement 35% des dossiers d'Occitanie le mentionne. A l'Est de la région, le taux d'accès facilité en transport en commun est de 41% et il est de près de 29% sur le côté Ouest de la région.

La figure 52, ci-dessous, présente toutes ces données.

Figure 52: Tableau et graphique représentant le nombre de locaux répondant aux critères d'accessibilité en pourcentage au niveau régional

Pourcentage	Amélioration de la visibilité	Accès piéton facilité	Accès voiture facilité	Accès en transport en commun facilité
Occitanie-Est	86	100	100	41
Occitanie-Ouest	59	100	89	29
Occitanie	70	100	94	35



On peut conclure que l'accès facilité à pied et en voiture est un argument essentiel sur l'ensemble de l'Occitanie pour les autorisations de transfert, suivi par l'amélioration de la visibilité. L'accès en transport en commun, est en revanche rarement cité.

2- Le local de l'officine

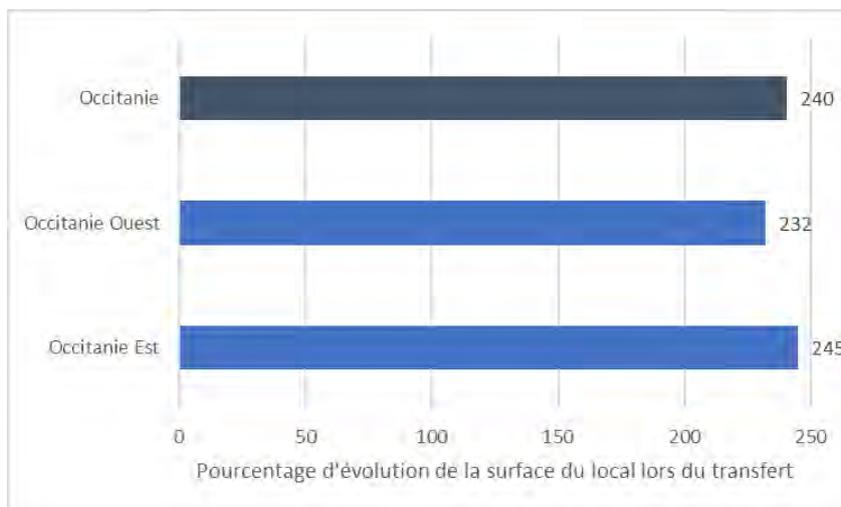
a) Conditions obligatoires

Comme vu dans la Partie II, certaines conditions doivent impérativement être respectées. Ainsi tous les dossiers dont la demande de transfert a été acceptée se conforment à ce prérequis.

b) Evolution et amélioration du local de l'officine lors du transfert

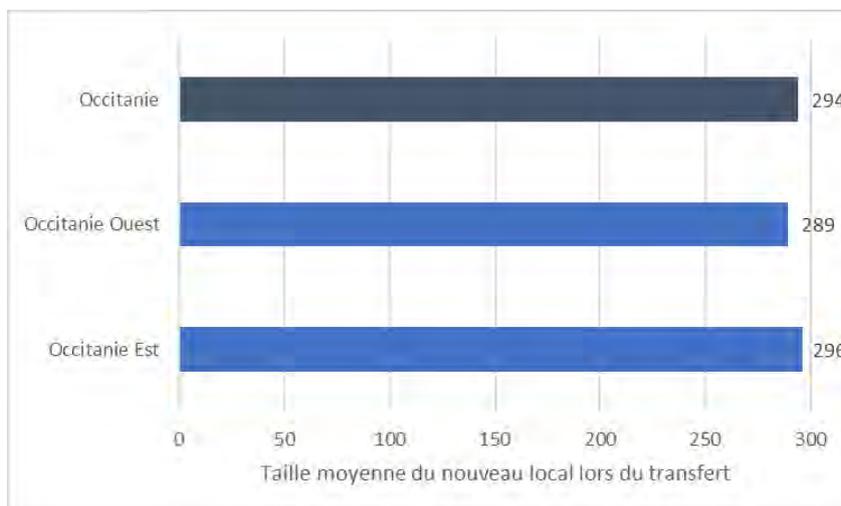
On relève une augmentation significative de la taille du local d'environ 240% au niveau régional. En Occitanie-Est et en Occitanie-Ouest, on retrouve le même ordre de grandeur, à savoir respectivement 245% et 232% (Figure 53).

Figure 53 : Graphique représentant l'évolution de la surface du local de l'officine lors du transfert exprimé en pourcentage de la surface



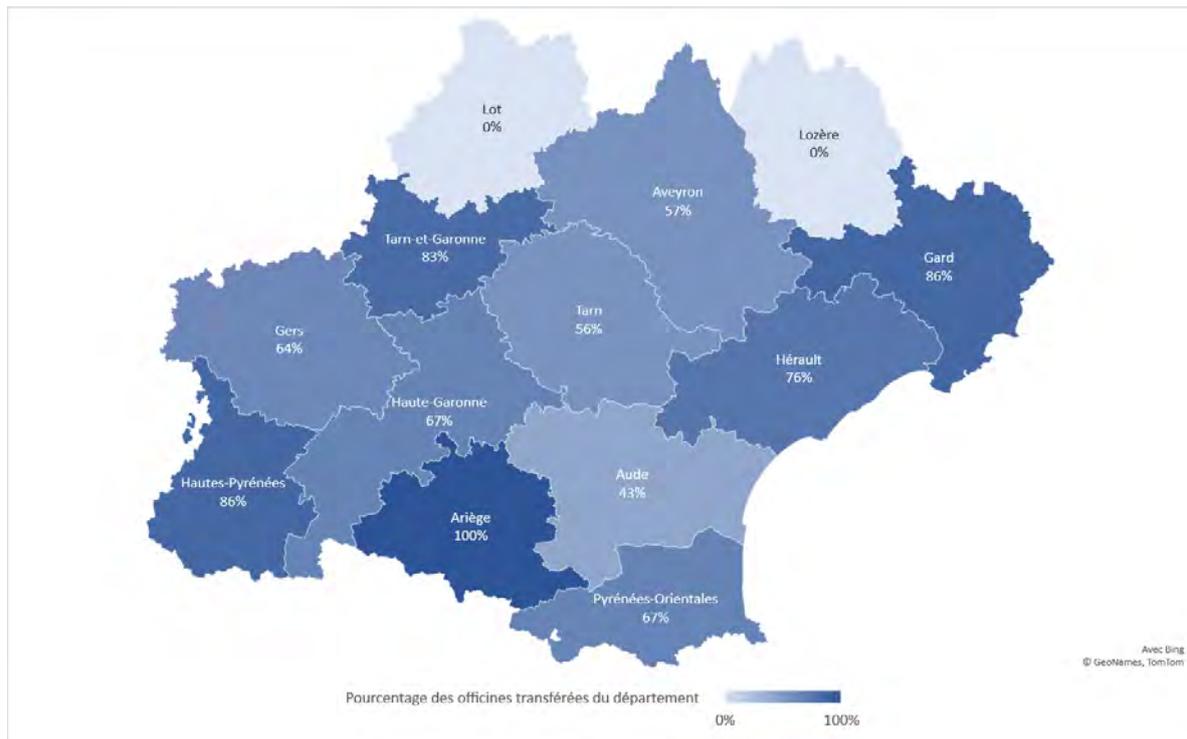
En moyenne, la taille du nouveau local est de 294 m² sur l'ensemble de la région. La moyenne est légèrement plus élevée en Occitanie-Est avec 296 m², comparé à l'Occitanie-Ouest où la moyenne est de 289 m² (Figure 54). La plus petite surface est de 96 m² et la plus grande de 668 m².

Figure 54 : Graphique représentant la taille moyenne du nouveau local lors du transfert exprimé en mètre-carrés



Ensuite, on remarque que 71% des transferts autorisés en Occitanie ont lieu dans un local neuf. Ce pourcentage est relativement similaire du côté Est et Ouest de la région, avec respectivement 73% et 69% des locaux projetés nouvellement construits (Figure 55).

Figure 55 : Carte de la région Occitanie représentant les transferts dans un local neuf



Enfin, dans environ 29% des arrêtés, il est précisé que le nouveau local permettra la mise en place des nouvelles missions du pharmacien. Ce taux est de 21% en Occitanie-Est et de 37% en Occitanie-ouest. Dans 36% des cas, le dossier mentionne également une amélioration de l'accueil de la clientèle. On remarque une différence considérable entre les deux côtés de la région. En effet, alors qu'en Occitanie-Ouest ce taux s'élève à 73%, il reste extrêmement bas en Occitanie-Est, avec seulement 1,8%.

c) Environnement du nouveau local après le transfert

Enfin, pour qualifier d'optimale la desserte en médicaments d'une officine il faut prendre en compte le nouvel environnement du local après le transfert.

Tout d'abord, dans 16 % des cas, le transfert a lieu dans un quartier sans officine donc pour toucher une population non desservie jusqu'alors.

Ensuite, on remarque que dans 8% des cas (soit 9 dossiers sur 108), le nouveau local est situé dans un centre commercial, ce qui reste rare. Il existe une différence entre la partie Est et Ouest de la région car le taux de transfert dans un centre commercial est de 13% en Occitanie-Ouest (7 dossiers sur 52) et de seulement 3% en Occitanie-Est (2 dossiers sur 56).

Il est également intéressant de regarder l'environnement médical. En Occitanie, environ 30% des transferts ont lieu dans un bâtiment accueillant également un médecin généraliste ou un centre médical ou dans un bâtiment à moins de 100 m de distance.

Ce pourcentage est très similaire en Occitanie-Est et Ouest avec respectivement 32% et 29% des nouveaux locaux situés à moins de 100 m d'un centre médical.

Chapitre III - Etude des regroupements en Occitanie

A- DONNEES GENERALES SUR LES REGROUPEMENTS EN OCCITANIE

1- Répartition au sein de la région des officines concernées par une autorisation de regroupement

13 demandes de regroupement au sein de la région Occitanie ont été autorisées entre la mise en application de l'ordonnance du 3 janvier 2018 et le 30 avril 2022, 7 en Occitanie-Est et 6 en Occitanie-Ouest :

- 3 dans le Gard,
- 2 dans l'Hérault,
- 2 dans les Pyrénées-Orientales,
- 2 dans le Tarn,
- 1 en Aveyron,
- 1 en Haute-Garonne,
- 1 dans le Gers,
- 1 dans les Hautes-Pyrénées.

Parmi les 13 regroupements autorisés, 5 d'entre eux (soit 38%) concerne un regroupement entre 3 officines, et les 8 autres cas (soit 62%) concernent des regroupements entre 2 officines.

Cette tendance n'est pas la même entre les deux demi-régions. En effet, en Occitanie-Ouest la majorité des regroupements concernent 3 officines (67%), alors qu'en Occitanie-Est il y a majoritairement des regroupements entre 2 officines (86%).

Le nombre total d'officines en Occitanie étant de 1959, on peut conclure que 0,66% des officines en Occitanie sont issues d'un regroupement depuis la mise en application de l'ordonnance 2018-3.

A l'échelle de l'Occitanie-Est cela représente 0,7% des officines et à l'échelle de l'Occitanie-Ouest 0,6%.

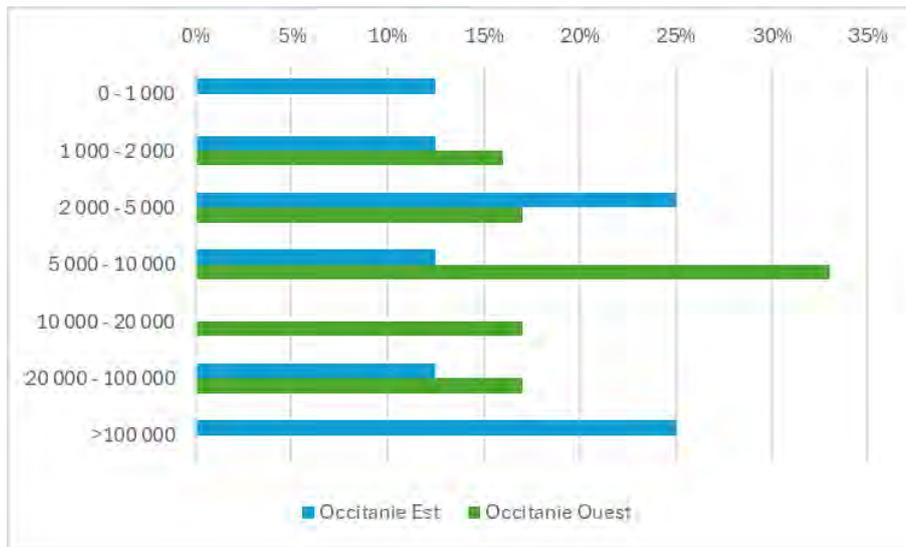
2- Répartition par commune des officines concernées par une autorisation de regroupement

Les officines concernées par les regroupements sont réparties de façon relativement homogène au sein des différentes tailles de communes.

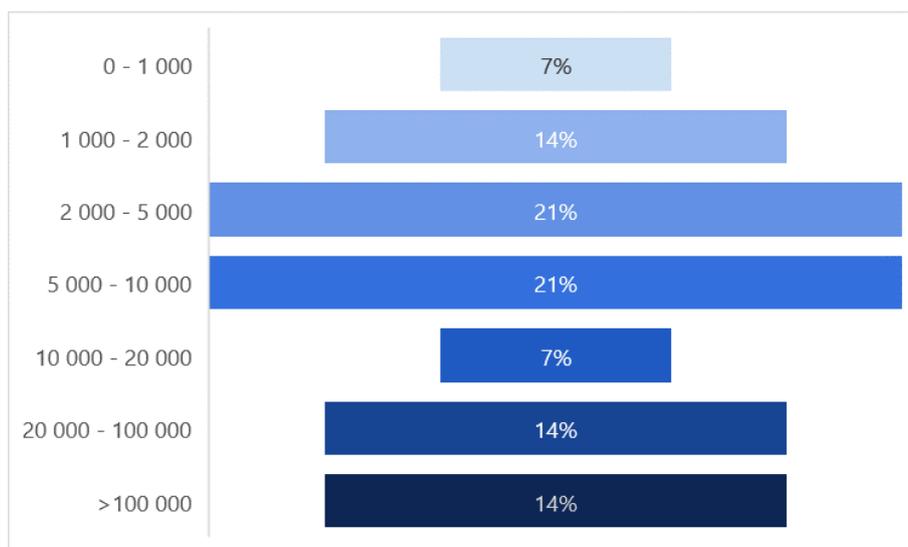
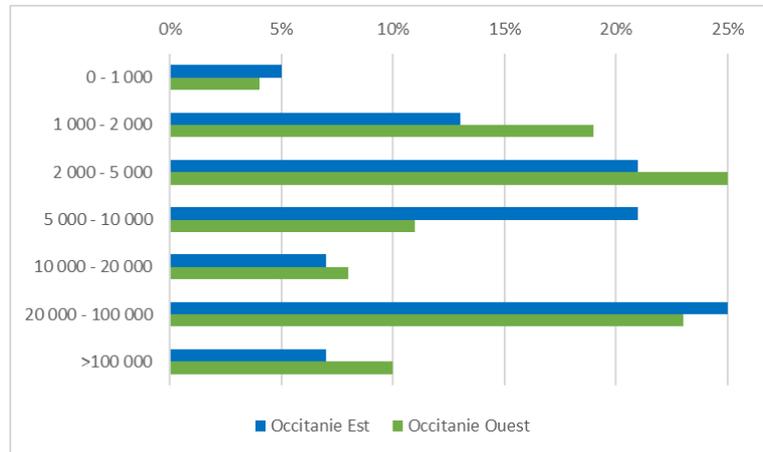
La majorité des regroupements en Occitanie a eu lieu dans des communes dont le nombre d'habitants est compris entre 2 000 et 5 000 habitants (21%), et 5 000 et 10 000 habitants (21%).

On remarque qu'en Occitanie-Ouest la classe dont le nombre d'habitants est comprise entre 5 000 et 10 000 habitants a le plus fort taux de regroupement (33%). Alors qu'en Occitanie-Est, les 2 classes ayant le plus haut taux de regroupement (25%) sont celles comprises entre 2 000 et 5 000 habitants et celle avec plus de 100 000 habitants (Figure 56).

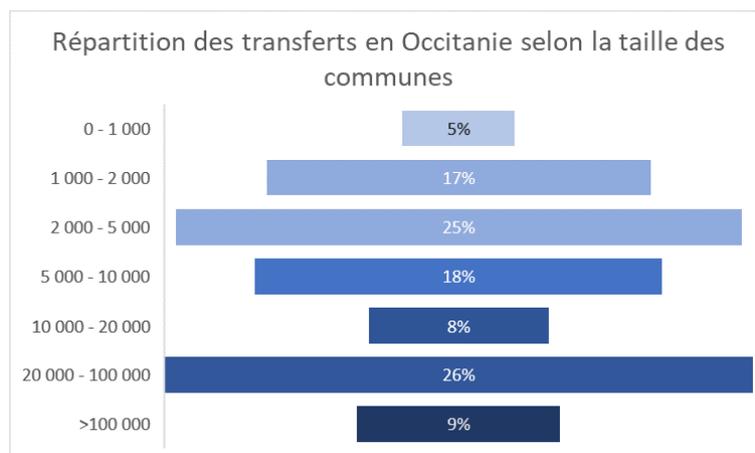
Figure 56 : Diagrammes illustrant la répartition des regroupements selon la taille des communes



Rappel sur les statistiques des transferts :



Rappel sur les statistiques des transferts :



La moyenne du nombre d'habitants par commune où ont eu lieu les regroupements est de 43 830 habitants, donc quasiment identique à la moyenne retrouvée pour les transferts qui était de 40 430 habitants. La répartition est relativement équivalente, comme le soulignent les graphiques ci-dessus (Figure 56).

Cependant, les moyennes entre l'Ouest et l'Est de la région sont très différentes. En Occitanie-Ouest, elle est de 12 700 habitants alors qu'en Occitanie-Est la moyenne est beaucoup plus élevée avec 70 500 habitants. C'est la tendance opposée que nous avons relevée pour les transferts.

B- DONNEES CONCERNANT L'ETUDE DE LA COMPROMISSION SUR LES DOSSIERS AUTORISANT LE REGROUPEMENT

1- Desserte officinale des communes et transferts

a) Nombre d'officines par commune

Comme pour les transferts, il est important de se renseigner sur le nombre d'officines dans la commune afin de déterminer si une étude approfondie de la compromission est nécessaire.

En moyenne, le nombre d'officines par commune où a eu lieu un regroupement est de 15,5. Suite aux regroupements, ce nombre moyen n'est plus que de 14,4 officines. On peut donc conclure, qu'en moyenne, les regroupements réduisent de 7,28% le nombre d'officines de la commune.

En Occitanie-Ouest, ce taux est très élevé puisqu'on estime que les regroupements ont réduit de près de 21% le nombre d'officines. Alors qu'en Occitanie-Est, ce taux est seulement de 4%.

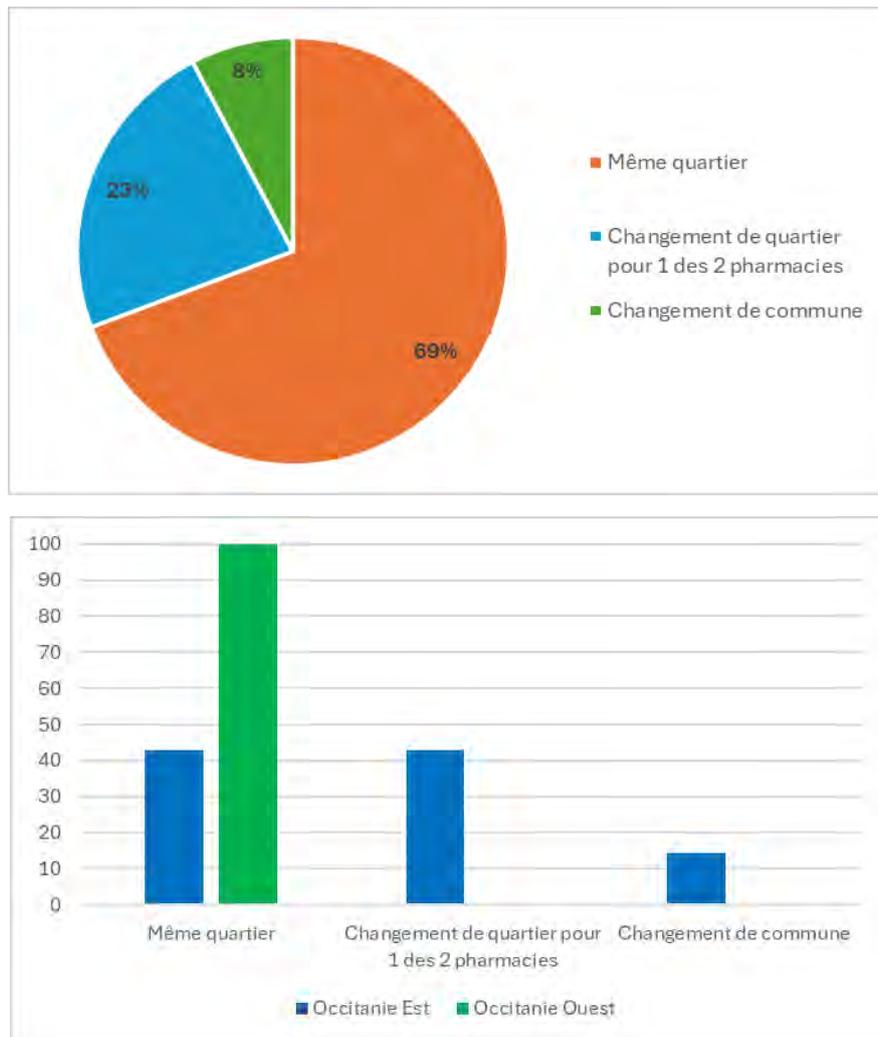
Concernant le nombre médian d'officines par commune en Occitanie, il est de 3 avant le regroupement et ensuite il passe à 1.

b) Principaux critères de compromission

Sur l'ensemble de l'Occitanie, 69% des regroupements ont eu lieu dans le même quartier, dans 23% des cas au moins une des 2 officines a changé de quartier et les derniers 8% concernent des changements de communes (Figure 57).

Si l'on s'intéresse plus précisément à l'Occitanie-Ouest, tous les regroupements ont eu lieu dans le même quartier. En Occitanie-Est, 43% des regroupements ont eu lieu dans le même quartier, 43% ont nécessité un changement de quartier pour une des 2 pharmacies se regroupant et enfin dans 14% des cas il y a eu un changement de commune.

Figure 57: Graphiques illustrant la répartition des transferts en fonction des critères de compromission en Occitanie



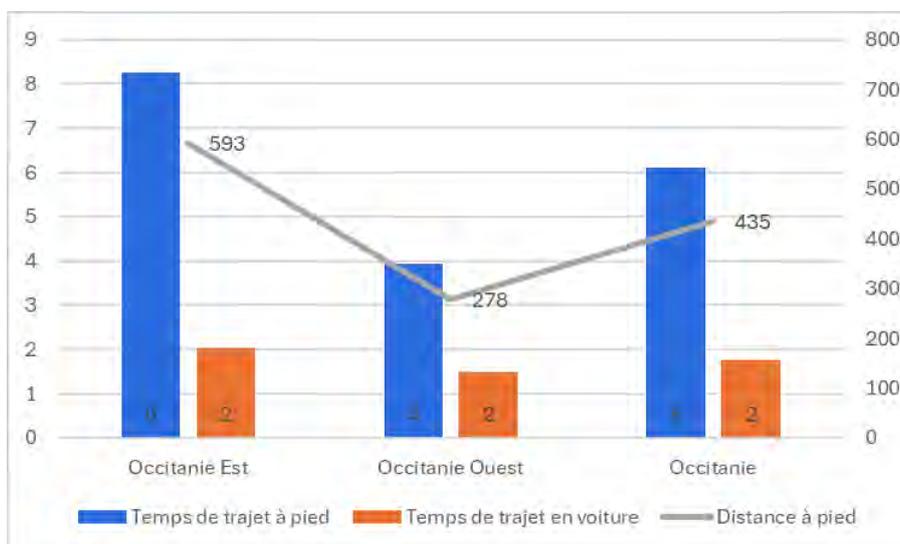
2- Eloignement de l'officine au cours du regroupement

Le temps de trajet moyen à pied est de 6 minutes environ, le temps moyen en voiture de moins de 2 minutes et enfin la distance à pied est approximativement de 435 mètres.

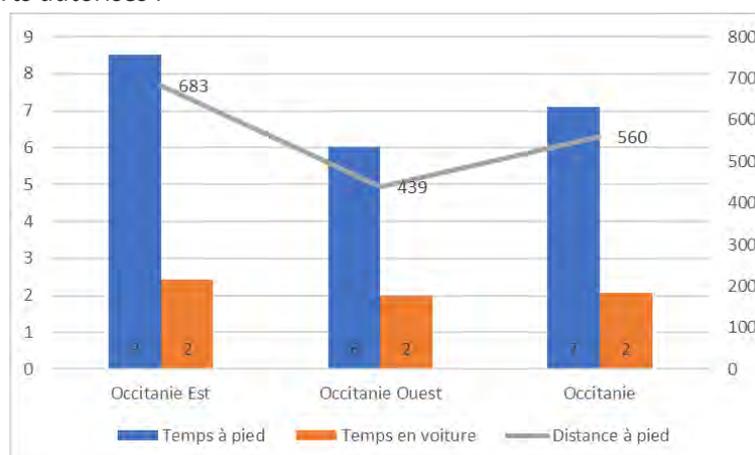
Nous pouvons dire que l'éloignement est pratiquement le même que ce soit pour les transferts et les regroupements, et qu'il est relativement faible (Figure 58).

On remarque que les temps et distances à pied sont légèrement plus élevés en Occitanie-Est qu'en Occitanie-Ouest nous avons fait le même constat lors de l'étude des transferts.

Figure 58 : Graphique représentant le temps moyen à pied et en voiture ainsi que la distance moyenne à pied entre le local d'origine et celui projeté lors des regroupements



Rappel sur les statistiques des transferts autorisés :



C- DONNEES CONCERNANT L'ETUDE DE L'OPTIMISATION SUR LES DOSSIERS AUTORISANT LE REGROUPEMENT

1- Accès à l'officine

Dans les arrêtés autorisant le regroupement, la visibilité et les accès piétons sont annoncés comme améliorés dans environ 85% des cas. On remarque, que ces taux sont nettement plus importants en Occitanie-Est (100%) qu'en Occitanie-Ouest (67%), comme pour les transferts.

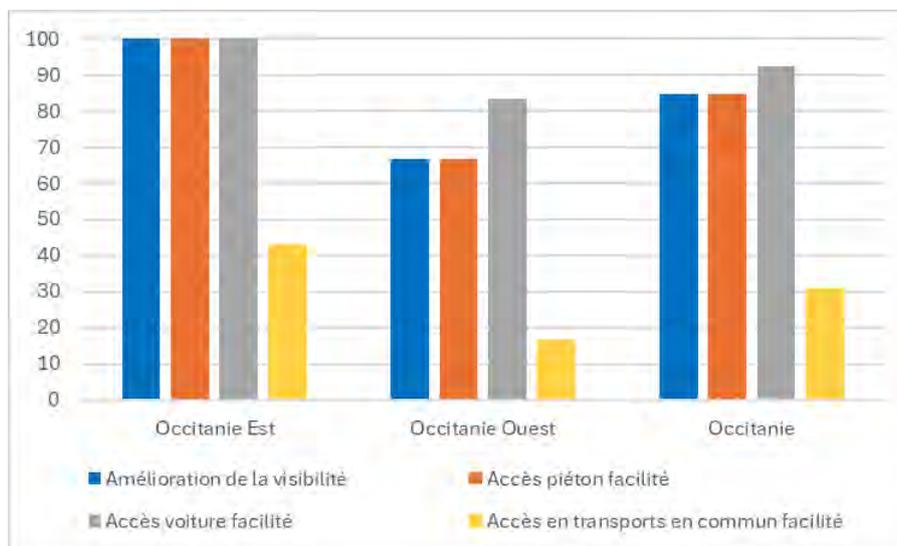
Ensuite, l'accès en voiture est facilité dans 92% des cas. En Occitanie-Est il est toujours facilité, alors qu'en Occitanie-Ouest, seuls 83% des arrêtés le présentent comme tel.

Enfin, l'accès facilité par la desserte en transport en commun est peu présent, seulement 31% des dossiers d'Occitanie le mentionnent. A l'Est de la région, le taux d'accès facilité en transport en commun est près des 43% et il est d'environ 17% sur le côté Ouest de la région.

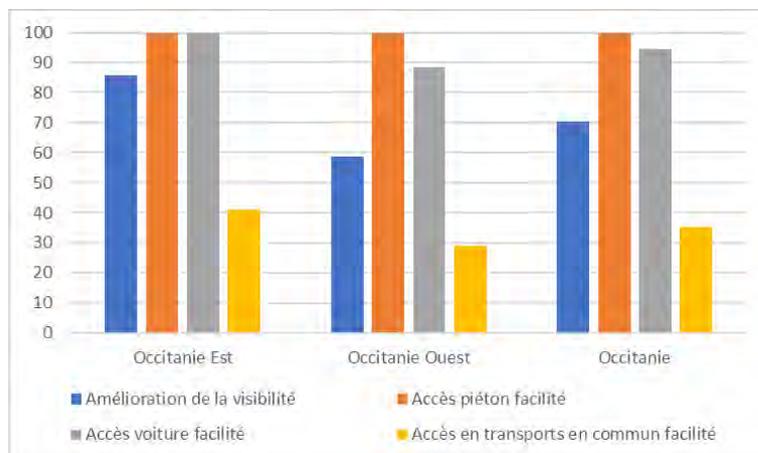
Globalement, les taux obtenus pour les regroupements sont les mêmes que pour les transferts, comme on peut le voir sur la figure 59 ci-dessous.

Figure 59: Tableau et graphique représentant le nombre de locaux répondant aux critères d'accessibilité en pourcentage au niveau régional

Pourcentage	Amélioration de la visibilité	Accès piéton facilité	Accès voiture facilité	Accès en transports en commun facilité
Occitanie-Est	100	100	100	43
Occitanie-Ouest	67	67	83	17
Occitanie	85	85	92	31



Rappel sur les statistiques des transferts autorisés :



2- Le local de l'officine

a) Conditions obligatoires

Comme vu dans la Partie II, certaines conditions doivent être réunies. Ainsi tous les dossiers dont la demande de regroupement a été acceptée se conforment à ces prérequis.

b) Evolution et amélioration du local de l'officine lors du regroupement

On relève une augmentation significative de la taille du local d'environ 226% au niveau régional. Cette augmentation est identique aussi bien en Occitanie-Est qu'en Occitanie-Ouest. Pour rappel, au niveau des transferts, l'augmentation est un peu plus importante avec un taux d'environ 240%.

En moyenne, la taille du nouveau local est de 310 m² sur l'ensemble de la région, ce qui se rapproche de la moyenne obtenue pour les locaux accueillant un transfert, à savoir 294 m². La plus petite surface est de 175 m² et la plus grande de 450 m². La moyenne est légèrement plus élevée en Occitanie-Est avec 322 m², comparé à l'Occitanie-Ouest où la moyenne est de 295 m².

On remarque que seul 15% des regroupements autorisés en Occitanie ont lieu dans un local neuf. Ce pourcentage est relativement similaire du côté Est et Ouest de la région, avec respectivement 14% et 17% des locaux projetés nouvellement construits.

Ces taux sont très différents de ceux calculés pour les transferts. En effet 71% des transferts autorisés ont eu lieu dans un local neuf.

Ce faible taux de regroupement dans un local nouvellement construit peut s'expliquer par le fait que 38% des regroupements sont réalisés dans le local d'origine d'une des officines (soit 5 regroupements sur 13).

Dans environ 15% des arrêtés, il est précisé que le nouveau local permettra la mise en place des nouvelles missions du pharmacien, soit près de 2 fois moins que lors d'un transfert. Ce taux est de 14% en Occitanie-Est et de 17% en Occitanie-Ouest. Dans 38% des cas, le dossier mentionne également une amélioration de l'accueil de la clientèle. Tout comme pour les autorisations de transfert, on remarque une différence considérable entre les deux côtés de la région. En effet, tandis qu'en Occitanie-Ouest ce taux s'élève à 67%, il reste très bas en Occitanie-Est avec seulement 14%.

Enfin, aucun des 13 regroupements autorisés en Occitanie sur la période étudiée n'a eu lieu dans un centre commercial.

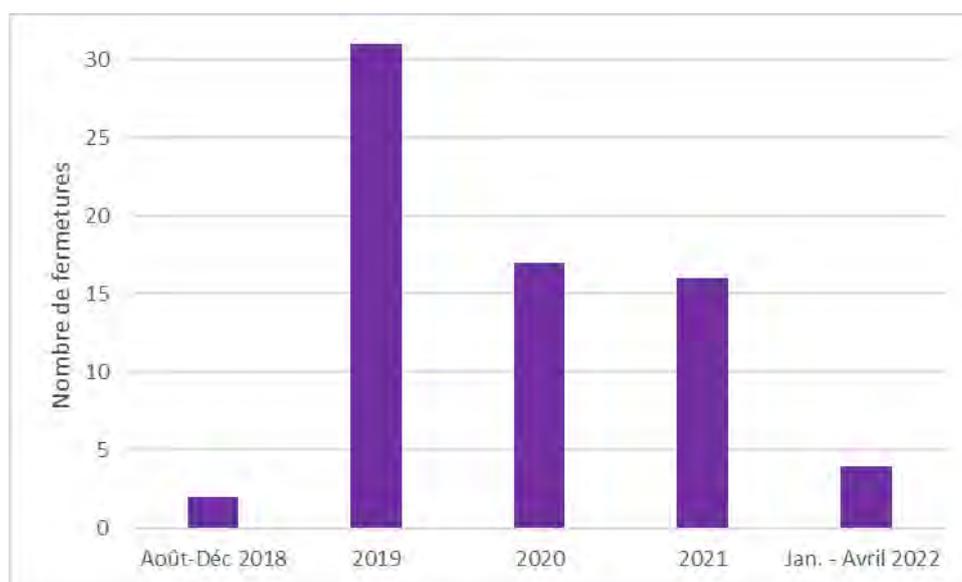
Chapitre IV - Etude des fermetures définitives en Occitanie

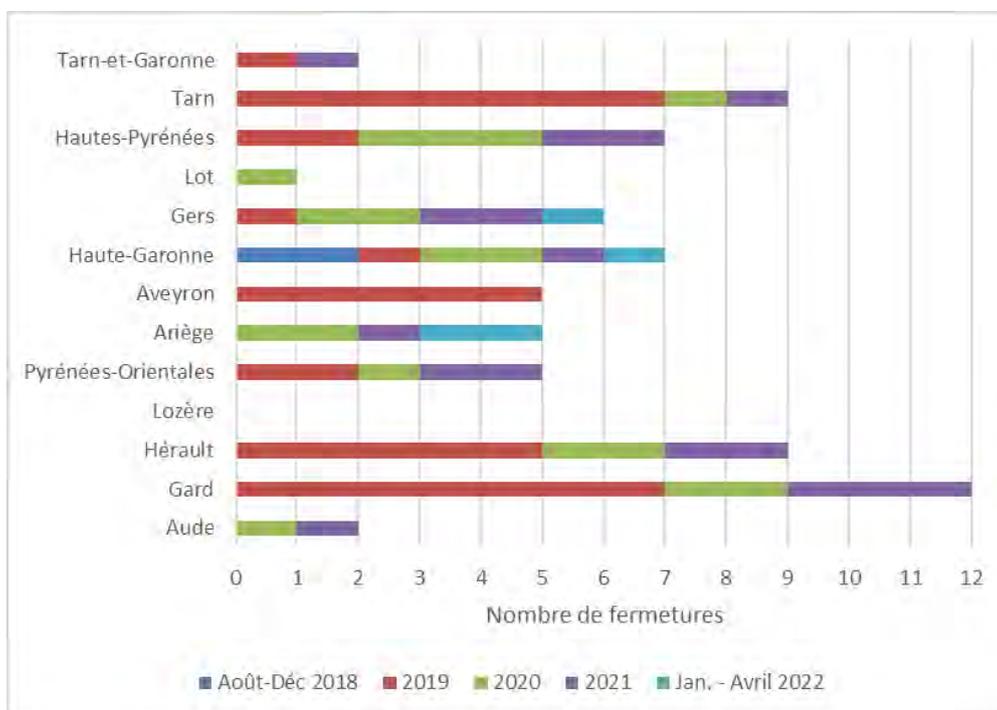
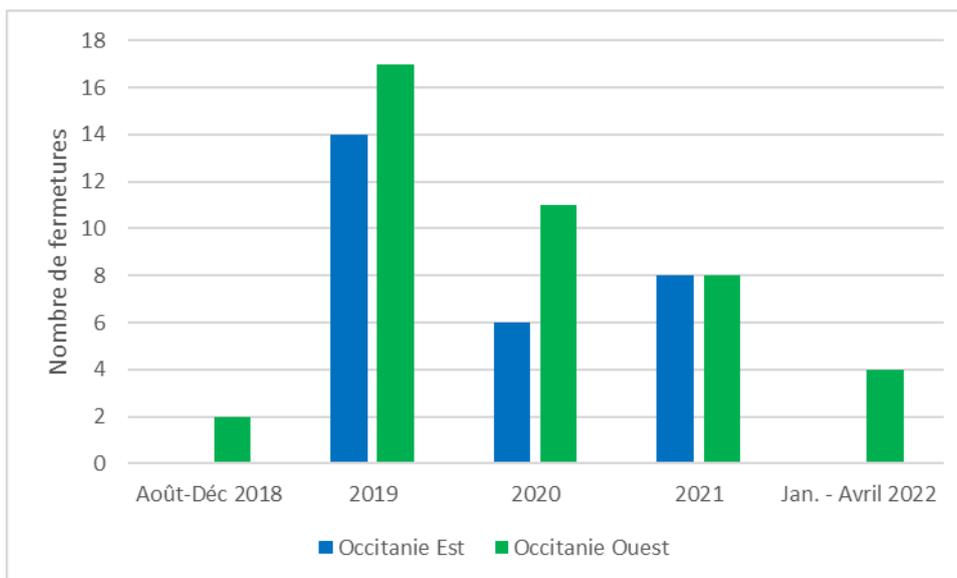
A- DONNEES GENERALES SUR LES FERMETURES DEFINITIVES EN OCCITANIE

Depuis la mise en application de l'ordonnance 2018-3 du 3 janvier 2018 et jusqu'au 30 avril 2022, 70 pharmacies en Occitanie ont fermés (Figure 60), ce qui représente environ 3,6% des officines de la région. On remarque également qu'il y a eu plus de cessations définitives d'activité en Occitanie-Ouest (4,2% des officines) qu'en Occitanie-Est (2,9% des officines).

Figure 60 : Tableau et graphiques représentant le nombre de fermetures par période et par département en Occitanie

	Août-Déc. 2018	2019	2020	2021	Jan. - Avril 2022	Total
Aude	0	0	1	1	0	2
Gard	0	7	2	3	0	12
Hérault	0	5	2	2	0	9
Lozère						
Pyrénées-Orientales	0	2	1	2	0	5
Ariège	0	0	2	1	2	5
Aveyron	0	5	0	0	0	5
Haute-Garonne	2	1	2	1	1	7
Gers	0	1	2	2	1	6
Lot	0	0	1	0	0	1
Hauts-Pyrénées	0	2	3	2	0	7
Tarn	0	7	1	1	0	9
Tarn-et-Garonne	0	1	0	1	0	2
Occitanie-Est	0	14	6	8	0	28
Occitanie-Ouest	2	17	11	8	4	42
Occitanie	2	31	17	16	4	70





B- REPARTITION PAR COMMUNE DES OFFICINES CONCERNEES PAR UNE FERMETURE DEFINITIVE

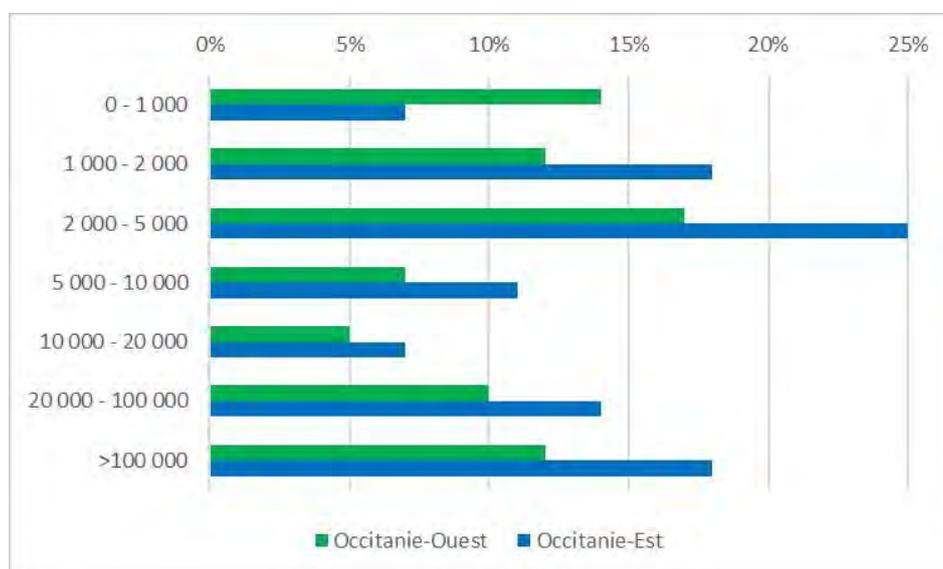
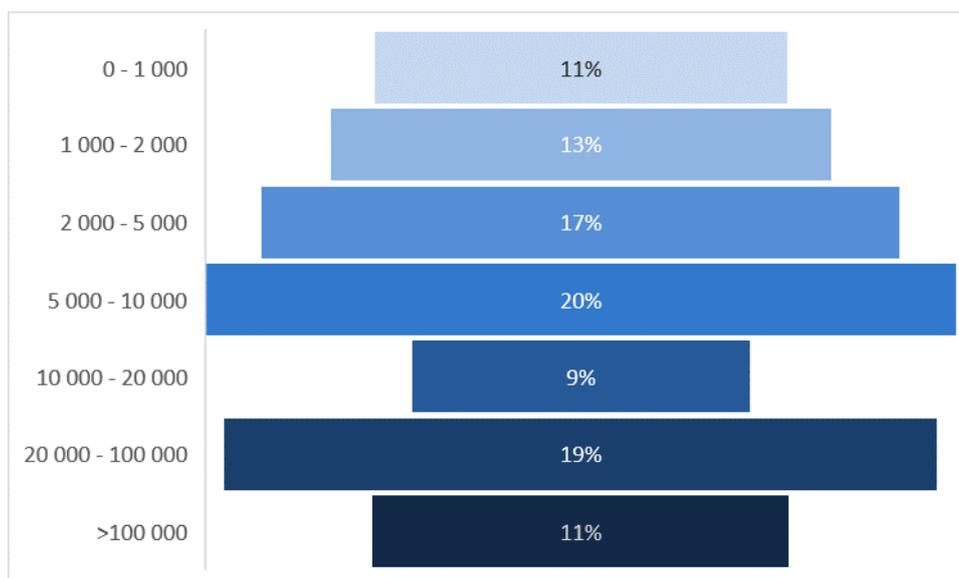
Tout comme pour les transferts et les regroupements, si l'on s'intéresse à la taille des communes dans lesquelles étaient situées ces officines, on remarque que toutes les classes sont touchées.

La majorité des fermetures en Occitanie a eu lieu dans des communes dont le nombre d'habitants est compris entre 5 000 et 10 000 habitants (20%).

On remarque qu'il y a également beaucoup de cessations définitives d'activité dans de plus grandes communes, à savoir que 19% concernent des communes dont le nombre d'habitants est compris entre 20 000 et 100 000 habitants, comme l'illustre la figure 61 ci-dessous.

Figure 61 : Tableau et graphiques illustrant la répartition des fermetures selon la taille des communes

Valeur absolue	Occitanie-Est	Occitanie-Ouest	Occitanie
0 - 1 000	2	6	8
1 000 - 2 000	5	4	9
2 000 - 5 000	7	5	12
5 000 - 10 000	3	11	14
10 000 - 20 000	2	4	6
20 000 - 100 000	4	9	13
>100 000	5	3	8



C- CAUSES DE FERMETURE DEFINITIVE

Les causes de fermeture n'ayant pu être étudiées pour la partie Occitanie-Ouest, il nous est donc impossible de faire une étude sur l'ensemble de l'Occitanie ou une comparaison avec le côté Est.

Conclusion Partie III

Pour conclure sur l'évolution du maillage officinal sur l'ensemble de l'Occitanie, la restructuration est en bonne voie puisque sur la période étudiée 5,5% des officines d'Occitanie sont issues d'un transfert, 0,7% d'un regroupement et que 3,6% ont fermées. Malgré une répartition non homogène au sein des divers départements, ces taux sont équivalents coté ouest et est de la région.

Ensuite, nous avons conclu qu'il était difficile de définir un profil type de commune, car les autorisations et les fermetures effectives concernent toutes les tailles, quelque soit la demi-région étudiée.

En majorité, les transferts et de regroupements autorisés le sont dans les communes dont le nombre d'habitants est compris entre 2 000 et 5 000 et la répartition au sein des autres classes est très semblable en Occitanie-Est et en Occitanie-Ouest.

En revanche, on note que la majorité des fermetures en Occitanie a eu lieu dans des communes dont le nombre d'habitants est compris entre 5 000 et 10 000 habitants et que la répartition entre les deux demi-régions n'est pas tout à fait semblable.

Concernant l'étude de la compromission, que ce soit pour les transferts ou regroupements acceptés en Occitanie-Est ou Ouest, le nombre médian d'officines par commune d'accueil est d'environ 3.

Les distances et temps de trajet entre les locaux d'origine et le local projeté sont faibles et quasiment identiques pour les dossiers acceptés de transfert et de regroupement en Occitanie.

On remarque, cependant, que les temps et distances à pied sont légèrement plus élevés en Occitanie-Est qu'en Occitanie-Ouest.

Puis, on note que la majorité des mouvements d'officines ont lieu dans le quartier d'origine, 80% pour les transferts et 69% pour les regroupements, quelque soit le côté de la région. Ainsi la proximité entre les locaux initiaux et d'accueil semble très importante.

Concernant l'étude de l'optimisation, les critères d'accessibilité sont améliorés dans au moins 70% des cas de transferts et de regroupements, sauf pour l'accès en transport en commun qui ne dépasse pas les 30% en moyenne. Cette amélioration de l'accessibilité est globalement plus élevée en Occitanie-Est qu'en Occitanie-Ouest.

Enfin, la taille moyenne du local d'accueil reste la même, autour des 300 m², que ce soit pour les transferts ou les regroupements acceptés et aussi bien en Occitanie-Est que Ouest.

On relève une augmentation significative de la taille du local d'environ 240% pour les transferts et d'environ 226% pour les regroupements. Cette augmentation est identique aussi bien en Occitanie-Est qu'en Occitanie-Ouest.

CONCLUSION

L'évolution du maillage officinal est régulée par un cadre juridique. La dernière réforme en date, issu du CSP, est l'ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie. Cette ordonnance apporte des conditions cumulatives qui sont indispensables pour pouvoir autoriser la demande de transfert ou de regroupement. Les critères d'absence de compromission et d'optimisation de l'approvisionnement en médicaments pour la population résidente de la commune et/ou du quartier sont étudiés par l'ARS. Leur mise en application est parfois complexe, notamment lors de la délimitation du quartier, de la caractérisation d'absence d'abandon de la population et de l'étude des caractéristiques du local pour définir l'optimisation apportée par le transfert ou le regroupement. Certaines décisions peuvent faire l'objet de recours et ainsi être remises en cause. (1)

L'étude réalisée lors de ce travail de thèse nous permet d'affirmer que le maillage officinal en Occitanie est en constante mutation et a tendance à évoluer vers une optimisation des locaux pour en améliorer la visibilité et l'accès, le but étant d'améliorer la qualité de l'exercice officinal.

Entre le 1^{er} août 2018, date de la mise en application de l'ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018, et le 30 avril 2022, ont eu lieu 108 transferts, 8 regroupements et 70 cessations définitives d'activité. Ainsi, en moins de quatre ans, ce sont 9,8% des officines de la région Occitanie qui ont subi une des modalités conduisant à l'évolution du maillage officinal.

De fortes similitudes ont été constaté entre la partie Ouest et Est de l'Occitanie. En effet, la majorité les transferts et des regroupements autorisés l'ont été dans les communes dont le nombre d'habitants est compris entre 2 000 et 5 000. Le nombre médian d'officines dans les communes d'accueil est d'environ 3, de part et d'autres de la région. Ensuite, les mouvements autorisés de pharmacies ont lieu en grande majorité dans le quartier d'origine, ce qui démontre l'importance de la proximité entre les locaux initiaux et d'accueil sur l'ensemble du territoire d'Occitanie.

Néanmoins, nous avons relevé quelques différences notamment au niveau de l'étude des fermetures d'officines. Par exemple, le nombre de fermetures en Occitanie-Ouest est bien plus important qu'en Occitanie-Est et la répartition au sein des classes de communes n'est pas tout à fait semblable.

Concernant l'analyse détaillée de l'évolution du maillage officinal en Occitanie-Est, depuis la mise en application de l'ordonnance 2018-3 du 3 janvier 2018 et jusqu'au 31 mars 2023, 66 demandes de transfert ont été autorisées et 44 ont été refusées, soit un taux d'acceptation de 60% et un taux d'officines transférées au sein de la demi-région d'environ 7%.

Ensuite, 9 demandes de regroupement ont été déposées sur la période étudiée dont une rejetée, ce qui correspond à un taux d'autorisation de 89%.

Enfin, 36 officines ont fermé sur la période étudiée, soit 3,7% des officines de la région.

Ces fermetures ont lieu dans des communes où le nombre d'officines est largement supérieur aux quotas, mais aussi dans des villages peu attractifs, où la population n'augmente plus et qui ne devraient théoriquement plus posséder de pharmacie.

En effet, cette étude a confirmé la surdensité officinale sur le territoire d'Occitanie-Est et l'importance d'un maillage officinal optimisé. Nous avons vu que les regroupements ainsi que les fermetures ont permis de rééquilibrer en partie le nombre d'officines au sein des communes surnuméraires. Tous les transferts étudiés ayant eu lieu au sein de la commune d'origine, le nombre

d'officines dans les communes concernées n'a pas diminué. Cependant, ces transferts, souvent depuis un centre-ville surnuméraire en officines vers un quartier périphérique peu desservi, ont permis une meilleure répartition au sein des quartiers et une meilleure accessibilité des nouveaux locaux.

Il convient de se demander si l'évolution du maillage officinal et les tendances mises en évidence au niveau des demandes autorisées sont similaires au sein des autres régions de France.

Bibliographie

- (1) Stronock Aurélien. Evolution du maillage officinal en Occitanie-Ouest. Thèse d'exercice du doctorat de pharmacie de Toulouse. 26 juin 2023.
- (2) Peigné J. Le nouveau régime d'implantation des officines de pharmacie. Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie. Pages 58-62. 31 juillet 2018.
- (3) Le Breton Y. Atlas des quartiers prioritaires des politiques de la ville. Agence nationale de la cohésion des territoires. Pages 11-40. 1 janvier 2022.
- (4) Duneau M, Siranyan V. Ouverture des officines de pharmacie : conditions générales d'autorisation créations, transferts, regroupements. LexisNexis SA 2021 - Droit pharmaceutique. Pages 1-14. 1 sept 2021.
- (5) Administration française, Service-public. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique. 26 novembre 2022. Disponible sur le site.
- (6) Duneau M, Siranyan V. Ouverture des officines de pharmacie : utilisation et disparition de la licence. LexisNexis SA 2021 - Droit pharmaceutique. Pages 1-11. 1 septembre 2021.
- (7) ARS Nouvelle-Aquitaine. Demande de transfert d'une officine. Direction de la santé publique – Pôle « Qualité, sécurité des soins et des accompagnements ». Pages 1-8. 1 décembre 2018.
- (8) Charriere C. La création d'officine : de la législation à l'installation. Thèse d'exercice du doctorat de pharmacie de Limoges. 30 juin 1999.
- (9) Duneau M, Siranyan V. Ouverture des officines de pharmacie : obtention de la licence, aménagement de l'officine. LexisNexis SA 2021 - Droit pharmaceutique. Pages 1-22. 1 sept 2021.
- (10) Morgenroth Thomas. Maillage territorial des pharmacies. Cours de droit et économie pharmaceutique de la faculté de Lille. 11 mars 2022.
- (11) Insee. Panorama de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées - Forte croissance démographique mais situation socio-économique contrastée - Analyses Occitanie n°26.
- (12) Insee. Dossier complet – Région d'Occitanie (76). 27 février 2024. Disponible sur le site
- (13) Insee. L'essentiel sur... l'Occitanie. 29 février 2024. Disponible sur le site.
- (14) Ordre national des pharmaciens. « Démographie des pharmaciens - Panorama au 1^{er} janvier 2018 ». Disponible sur le site.
- (15) Ordre national des pharmaciens. « Démographie des pharmaciens - Panorama au 1^{er} janvier 2020 ». Disponible sur le site.

EVOLUTION DU MAILLAGE OFFICINAL EN OCCITANIE

Analyse détaillée de l'Occitanie-Est

RESUME :

L'évolution du maillage officinal résulte de transferts, regroupements et fermetures de pharmacies encadrés par des règles du Code de la santé publique. L'ordonnance du 3 janvier 2018 introduit des conditions cumulatives d'absence de compromission et d'optimisation de l'approvisionnement en médicaments. Par une analyse statistique détaillée des mouvements opérés en Occitanie-Est - 110 demandes de transfert, 9 demandes de regroupement et 36 cessations définitives d'activité relevées entre le 1^{er} août 2018 et le 31 mars 2023 - des précisions sont apportées sur la manière de définir les quartiers dans lesquels sont situées les officines, sur les raisons qui conduisent à conclure à une absence ou non de compromission de la desserte en médicaments et sur les optimisations requises lors des transferts et regroupements. Bien souvent, la proximité entre l'ancien et le nouveau local apparaît primordiale. Ainsi, on observe une diminution de la densité des officines dans les centres-villes permettant une amélioration de leur répartition. Enfin, dans une deuxième étude statistique nous avons comparé l'évolution du maillage officinal de l'Occitanie-Est et de l'Occitanie-Ouest, entre le 1^{er} août 2018 et le 31 avril 2022. Cette étude a montré une certaine homogénéité des tendances sur l'ensemble du territoire régional.

MOTS-CLES : pharmacie, transfert, regroupement, fermeture, maillage officinal, quartier, optimisation, Occitanie.

PHARMACEUTICAL NETWORK'S EVOLUTION IN OCCITANIA

Occitania-East's detailed analysis

SUMMARY :

Pharmaceutical network's evolution especially consist of drugstores' transfer, merging or closing, which regulation is based on Code of Public Health. An order published on the 3rd of January of 2018 introduces two cumulative qualifications: to not compromise and to optimize drugs' supply for the population. Through an Occitania-East's detailed statistical analysis, based on 110 transfer requests, 9 merging requests and 36 closings between August, 1st of 2018 and March, 31st of 2023, some clarifications are added to the way to define neighbourhoods, to conclude that drugs' supply is or isn't compromised and which optimizations are requested. Most of the time, the proximity between the new and the former local is essential. Then, it is observed a decreasing of pharmacies' density in downtowns allowing a better distribution. Lastly, in a second statistic study we compared the pharmaceutical network's evolution in East- and West-Occitania, between August, 1st of 2018 and April, 31st of 2022. This study shows some homogeneity throughout the whole territory of Occitania.

KEYWORDS : pharmacy, transfer, merging, closing, pharmaceutical network, neighbourhood, optimization, Occitania.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Pharmacie

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : Faculté des Sciences Pharmaceutiques,
35 chemin des Maraichers, 31062 Toulouse Cedex 09

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Professeur Florence TABOULET