

ANNÉE 2021

N° 2021-097

**THÈSE**  
  
pour le  
  
**DIPLÔME D'ÉTAT**  
  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
  
par

*Romain Garcia*

-----

*Présentée et soutenue publiquement 12 Novembre 2021*

***Le pharmacien d'officine en Guadeloupe :***  
*spécificités de l'exercice officinal, problématiques de l'installation*  
*et comparaison avec la métropole*

*Président du Jury :*

**Pr Christos ROUSSAKIS, PU de biologie cellulaire et génétique moléculaire,**

*Membres du Jury :*

**Dr Pascale ROUSSEAU, Docteur en Pharmacie, Enseignant vacataire**  
**Universitaire de Nantes,**

**Dr Antoine LIBEAU, Docteur en Pharmacie, Pharmacien titulaire,**

## **Remerciements :**

### **A mon président du jury, Mr le professeur Christos ROUSSAKIS,**

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. J'ai toujours eu un grand plaisir à assister à vos cours lors de ma première année de pharmacie et échanger avec vous tout au long de mes études.

### **Aux membres du jury,**

#### **Au Docteur, Mr le docteur Antoine LIBEAU,**

Pour l'honneur que tu me fais en assistant à ma thèse et en partageant ce moment si particulier avec moi. On se connaît depuis de nombreuses années, mais nos années de pharmacie ont vraiment consolidé notre amitié, qui est maintenant pour moi inestimable. Merci pour ton soutien indéfectible.

#### **A ma directrice de thèse, Mme le docteur Pascale ROUSSEAU,**

Pour avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir accompagné durant sa réalisation. Merci pour le temps passé aux diverses relectures et corrections, vos contacts, ainsi que vos conseils avisés tout au long de mon travail.

### **Aux différentes personnes qui m'ont aidé à la réalisation de cette thèse,**

#### **A Mr Julien LAPLANCHE, Directeur général du GPG Groupe Cerp BA,**

Merci pour le temps que vous m'avez accordé, ainsi que nos échanges, afin de m'expliquer toute la logistique de l'approvisionnement en médicaments en Guadeloupe, en particulier les retentissements de l'insularité sur la chaîne du médicament.

#### **A Mr Bernard Fernandes, Directeur général du groupe HYGIE-Conseils,**

Merci pour votre grande disponibilité et le temps que vous m'avez consacré pour me faire partager le fonctionnement du Groupe HYGIE-Conseils ainsi que pour les informations et les données précieuses qui m'ont permis de réaliser mon étude comparative sur la rentabilité des pharmacies guadeloupéennes vis-à-vis de celles établies en métropole.

#### **A Mme la Pharmacienne Gilberte SPARTIEN et à toute son équipe officinale,**

Merci de m'avoir permis d'effectuer mon stage d'application de 6<sup>ème</sup> année de pharmacie au sein de votre officine, ce fut une expérience enrichissante tant professionnellement que personnellement. Je garde de très bons souvenirs de cette période sur l'île. Je vous remercie également pour les contacts que vous m'avez fournis qui ont été très précieux pour terminer la réalisation de ma thèse.

#### **Aux pharmaciens Laurence BADE, Ingrid DELEPLACE, Gilles FOUBERT, Hélène PELISSIER et leurs équipes officinales,**

Pour m'avoir toujours extrêmement bien intégré au sein de leur pharmacie et m'avoir permis de m'aguerrir à la fois en tant que pharmacien d'officine et en tant que personne. Je vous remercie également pour les contacts que vous m'avez fournis concernant les grossistes-répartiteurs et les cabinets d'expertise comptable de la Guadeloupe pour la réalisation de ma thèse.

### **A la population guadeloupéenne, marie galantaise,**

Pour avoir toujours été si bienveillante à mon égard lors de mes cinq années sur l'île et qui par leur bonne humeur communicative rende la pratique de l'exercice officinal si agréable.

### **Remerciements personnels,**

**A ma famille,** mon frère, ma mère, mon père de toujours être là pour moi en toutes circonstances. Merci de toujours avoir cru en moi et de m'avoir toujours soutenu jusqu'à présent, particulièrement au cours de mes études où j'ai souvent remis en doute mon avenir professionnel. Aujourd'hui, je peux vous dire que je suis extrêmement épanoui en tant que pharmacien d'officine.

Merci pour les heures incalculables que vous avez passées pour faire avancer cette thèse, les relectures interminables... Papa pour la TDM tu auras essayé, Maman merci d'avoir été là pour voir les innombrables fautes que papa ne voyait pas.

**A Jean Pierre,** pour m'avoir apporté ton aide si précieuse pour conclure cette thèse. Ton organisation, ta méthodologie, ta rigueur ont été salvatrices dans cette dernière ligne droite. Comme par le passé, tu es présent à des moments décisifs de ma vie et si j'en suis là aujourd'hui tu n'y es pas étranger. Du fond du cœur Merci.

**A Mathieu D,** pour m'avoir accueilli à Paris plusieurs semaines pour m'aider à terminer cette thèse. Merci pour les salades diet, pour Top Chef, pour notre entraînement intensif en vue de l'Ardéchoise, pour m'avoir permis de remplacer Perrine le temps d'un instant. Merci d'avoir été là quand j'en avais besoin.

**A Alban, à Antoine,** pour votre amitié tellement précieuse pour moi. Merci d'avoir toujours été là dans tous les moments OFF comme dans les moments ON. 4L Trophy, GR20, la fouffe d'or, le Marathon de NY, coloc Kuhlmann, ... MERCI

**A Ju,** pour m'avoir soutenu à distance dans la dernière ligne droite. Merci pour les moments magiques que l'on a partagés depuis Janvier. Tu es à la fois ma grande force et mon talon d'achille.

**Aux montagnards Alban, Delp, Lib, Donnad, Cru, Tang, Doud, kiki, Sauva** vous êtes une « Team » incroyable que cela soit pour profiter des bons moments ou dans les moments plus compliqués. Je m'estime incroyablement chanceux d'avoir un groupe d'amis comme vous.

**Aux amis présents depuis l'enfance Olivier, Steph, Ju, Rachel, Bat, Juju, Tom, Max.** Nos rythmes de vie nous ont parfois éloignés mais vous êtes toujours là. Merci pour tous les bons moments qu'on a partagés et tous ceux que l'on partage encore aujourd'hui. Petite dédicace à Rachel qui a tablé pour une thèse avant mes 35 ans. Joli. A voir ce que nous réserve la suite. Affaire à suivre...

**Aux pharmaciens de la promo 2013 Hélène, Mélanie, Pierrot, Bouch, Guillemain, Alix, Delphine,** que j'ai lâchement abandonnés pour prolonger ma vie étudiante. Hélène merci pour notre colocation rue Guépin, tes œufs « cocottes », la dépendaison de crémaillère et tous ces bons moments partagés qui rendent notre amitié inestimable. Merci Guillemain, Bouch, Pierrot et Alban pour nos parties de tarot interminables qui nous ont fait délaissé les cours en amphitheâtre (Singlet, 21 de Madagascar, Petit au bout, ...). Delphine merci pour tous les bons moments qu'on a vécus en Guadeloupe (à Montréal aussi). Merci à toute la clique pour nos instants corpo, les soirées pharma, les AG, les CRIT et toutes les bonnes histoires qui en découlent. Merci pour votre amitié précieuse qui a perduré après les études.

**Aux amis de la Gwada, aux amis MG** qui n'y croyaient plus et qui pourtant ont continué à me soutenir pendant toutes ces années. J'ai commencé à vous citer tous et j'ai renoncé...vous êtes trop nombreux. Merci pour ces 5 années. On va pouvoir trouver un prétexte pour se réunir tous et célébrer. Pour ceux qui ont adopté la Gwada, je compte bien revenir très vite vous voir.

## Table des matières

Index des Tableaux.....	7
Liste des figures .....	8
Liste des abréviations.....	10
INTRODUCTION.....	14
I. SANTE ET PHARMACIE EN GUADELOUPE.....	16
1. Historique de la santé et de la pharmacie en Guadeloupe.....	16
1.1. Guadeloupe : Naissance d'un DOM.....	16
1.2. La pharmacie aux Antilles françaises au XIXe siècle : reconnaissance d'une profession.....	16
2. Médecine traditionnelle.....	21
2.1. La phytothérapie.....	22
2.2. Les Guérisseurs.....	26
3. Démographie, éducation et situation économique.....	27
3.1. Une population vulnérable.....	27
3.2. La Sécurité sociale et les aides santé.....	30
4. Santé Publique en Guadeloupe.....	32
4.1. L'état de santé des populations.....	32
4.2. Les priorités de Santé Publique.....	38
4.3. L'offre de soin.....	45
4.4. L'Ordre des Pharmaciens.....	47
II. EXERCICE OFFICINAL EN GUADELOUPE.....	49
1. Pharmacien d'officine.....	49
1.1. Le Pharmacien d'officine et sa formation.....	49
1.1.1. Les effectifs.....	49
1.1.2. Les syndicats d'officine.....	50
1.2. Le Pharmacien d'officine et sa relation avec la patientèle.....	54
1.2.1. Les conseils associés et médication officinale.....	54
1.2.2. L'accompagnement d'une patientèle vulnérable.....	77
1.3. Le pharmacien d'officine et sa relation avec les autres acteurs pharmaceutiques.....	79
1.3.1. Les grossistes-répartiteurs.....	79
1.3.2. Les établissements pharmaceutiques.....	82
2. Retentissement de l'insularité sur l'exercice officinal.....	84
2.1. Le circuit du médicament et approvisionnement.....	84
2.1.1. Le transport.....	84
2.1.2. La Chaîne du froid.....	87
2.1.3. Les ruptures de stock.....	89
2.2. La tarification des produits pharmaceutiques.....	92
2.2.1. Les taxes applicables localement.....	93
2.2.2. Les coefficients applicables au niveau de l'officine et de la répartition... 97	97

III.	INSTALLATION EN GUADELOUPE .....	100
1.	Maillage territorial des officines .....	100
1.1	Le maillage territorial des officines et l'accès aux médicaments de la population.....	100
1.2	La régulation du maillage officinal et l'impact sur l'installation des pharmaciens.....	103
2.	Santé économique de la pharmacie d'officine en Guadeloupe .....	109
2.1	L'activité des officines guadeloupéennes.....	110
2.1.1	La répartition des Ventes.....	110
2.1.2	Les honoraires de dispensation + ROSP .....	110
2.1.3	Le chiffre d'affaires (CA) .....	110
2.1.4	L'analyse de la marge .....	110
2.1.5	Les charges externes .....	110
2.1.6	Les charges internes.....	110
2.1.7	L'analyse des rentabilités .....	111
2.2	L'analyse des moyens pour l'activité (Analyse de la structure financière)..	111
3.	Installation pour un primo accédant en Guadeloupe/métropole .....	112
3.1	L'état des lieux sur l'installation.....	112
3.1.1	Les inquiétudes à l'installation du primo accédant.....	113
3.1.2	Les facteurs en faveur de l'installation du primo accédant.....	117
3.2	Le choix du type de pharmacie d'officine ciblée.....	127
3.3	Le choix de la structure juridique : .....	133
3.4	Le choix du financement du projet d'installation.....	137
3.4.1	Le crédit bancaire .....	137
3.4.2	Les boosters d'apport.....	138
3.4.3	L'association entre pharmaciens .....	140
3.4.4	Les incitations sociales et fiscales : .....	144
	CONCLUSION.....	147
	Annexes .....	149
	Liste de références et bibliographie.....	161

## **Index des Tableaux**

**Tableau I :** Indicateurs démographiques et sociaux, 2011- 2018

**Tableau II :** Revenus nécessaires à l'obtention d'aides de santé en 2018

**Tableau III :** Taux d'ayants droit aux aides de santé en 2018

**Tableau IV :** Mortalité générale et mortalité prématurée, 2008-2013

**Tableau V :** Prévalence du surpoids et de l'obésité, résultats des études réalisées de 2005 à 2014

**Tableau VI :** La démographie des professionnels de santé en 2017

**Tableau VII :** Effectifs des pharmaciens guadeloupéens et métropolitains par métier en 2020

**Tableau VIII :** Résultats des élections URPS 2021 pour les pharmaciens

**Tableau IX :** Liste des options disponibles à l'UFR Santé de l'université des Antilles dans le cadre du PASS

**Tableau X :** Répulsifs pour la protection contre les piqûres d'arthropodes (hors scorpions, scolopendres et hyménoptères) : substances actives et modes d'utilisation (*BEH Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2020*)

**Tableau XI :** Efficacité des moyens de prévention disponibles contre les piqûres de moustiques (*BEH Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2020*)

**Tableau XII :** Taux de TVA applicables en métropole et en Guadeloupe

**Tableau XIII :** Taux d'octroi de mer en Guadeloupe par catégorie de produits présents en officine en 2020

**Tableau XIV :** Coefficients de majoration du prix de vente des médicaments remboursables

**Tableau XV :** Majorations tarifaires applicables aux produits et prestations délivrés dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM)

**Tableau XVI :** Coefficients de vente des médicaments par les répartiteurs guadeloupéens

**Tableau XVII :** Marge sur la vente des médicaments par les répartiteurs métropolitains

**Tableau XVIII :** Seuils démographiques successifs applicables à la création d'officines  
*Source : Code de santé publique (CSP)*

**Tableau XIX :** Classification des formes juridiques selon le type d'exercice et la part de responsabilité engagée par l'entrepreneur

**Tableau XX :** Classification des formes juridiques selon le régime fiscal

**Tableau XXI :** Répartition des officines selon la forme juridique

## Liste des figures

- Figure 1** : Nopal ou Figuier de barbarie, source : Korniyenko V.
- Figure 2** : Cochenilles sur Nopal, source : Pinterest
- Figure 3** : Forêt humide Basse Terre, source : Romain Garcia
- Figure 4** : Forêt humide Basse Terre, source : Romain Garcia
- Figure 5** : Mangrove Petit Canal, source : Romain Garcia
- Figure 6** : Mangrove Petit Canal, source : Romain Garcia
- Figure 7** : Jardin créole, source internet : Kay Karayib
- Figure 8** : Plantes médicinales de guadeloupes entrées à la pharmacopée française, Source : RRz, E. NOSSIN
- Figure 9** : Produits de la gamme Phytobokaz, source : Phytobokaz
- Figure 10** : Le code noir de Colbert 1685, source internet : Assemblée Nationale
- Figure 11** : La migration du sable du Sahara, source : Le Parisien/Infographie, C. TECHE
- Figure 12** : Cartographie des P3S en Guadeloupe, source : Google Maps
- Figure 13** : Affiche Boujé Sé Santé (P3S), source : GIP-RASPEG
- Figure 14** : Bus dépistage Santé Bô Kaz, source : Croix Rouge
- Figure 15** : Villages Santé, source : France Antilles
- Figure 16** : Outil pédagogique : « AvoDé AvoKa », source : Revue HTA-GWAD
- Figure 17** : Pityriasis versicolor, source internet : ekincare
- Figure 18** : Pterois volitans, source : 123RF
- Figure 19** : Diadema antillarum, source : istock
- Figure 20** : Tripneustes ventricosus, source : istock
- Figure 21** : Echinometra lucunter, source : istock
- Figure 22** : Piqûres d'oursin, source : blog surf prévention
- Figure 23** : Hippomane mancinella, source : alamyphoto
- Figure 24** : Pomme de mancenillier, source : alamyphoto
- Figure 25** : Mancenilliers cerclés de rouge, source : Romain GARCIA
- Figure 26** : Panneau de prévention Marie Galante, source : Romain GARCIA
- Figure 27** : LMC au niveau du pied, source internet : Doccheck
- Figure 28** : LMC à la paroi abdominale, source : TisforThan/Shutterstock
- Figure 29** : Logo Sopharma, source : Sopharma Guadeloupe
- Figure 30** : Logo Ubipharm Guadeloupe, source : Ubipharm Guadeloupe
- Figure 31** : Logo GPG, source : GPG
- Figure 32** : Officines métropolitaines – 1er juin 2021, source : Ordre National des Pharmaciens
- Figure 33** : Officines guadeloupéennes – 1er juin 2021, source : Ordre National des Pharmaciens
- Figure 34** : Vue satellite de la répartition des officines, source : Google Earth
- Figure 35** : Evolution du prix de cession, de l'EBE et de l'inflation sur la période 1995 – 2015, source : Interfimo
- Figure 36** : Evolution des déciles et quartiles de CA des officines sur la période 2010-2014 – base de 100 en 2010, source : DGFIP, calculs mission.
- Figure 37** : Evolution de la cotation Banque de France entre 2009 et 2019, source : Banque de France.
- Figure 38** : Cotation BDF 2017 des pharmacies par niveau de CA, source : Banque de France.
- Figure 39** : Cotations régionales BDF de 5+ à P (en %) , source : Banque de France.
- Figure 40** : Evolution du CA des officines entre 2005 et 2019, source : Interfimo.

**Figure 41** : Evolution du taux de marge brute globale des officines entre 2005 et 2019, source : Interfimo.

**Figure 42** : Evolution du taux d'EBE des officines entre 2005 et 2019, source : Interfimo.

**Figure 43** : Nombre de mutations entre 2011-2019, source : Interfimo.

**Figure 44** : Mobilité des pharmaciens en 2019, source : Interfimo.

**Figure 45** : Comparaison de l'âge des pharmaciens titulaires en 2006 et 2016 par tranche d'âge, source : CNOP

**Figure 46** : Départs en retraite (titulaires et anciens titulaires) et décès de titulaires entre 2000 et 2019, source : CAVP

**Figure 47** : Prix de cession moyen France entière en valeur, source : Interfimo

**Figure 48** : Prix de cession moyen en multiple de l'EBE « reconstitué », source : Interfimo

**Figure 49** : Carte de France des prix de cession en multiple de l'EBE « reconstitué », source : Interfimo

**Figure 50** : Evolution du prix de cession moyen (en % CAHT) par niveau de CA, source : Interfimo

**Figure 51** : Carte de France des prix de cession moyen en % CAHT, source : Interfimo

**Figure 52** : Prix de cession par niveau de CAHT, source : Interfimo

**Figure 53** : Dispersion des prix en pourcentage du CAHT, source : Interfimo

**Figure 54** : Analyse des rentabilités par tranches de CAHT, source : CGP

**Figure 55** : Dispersion des prix en pourcentage du CAHT, source : Interfimo

**Figure 56** : Réduction progressive du taux IS selon la loi finance 2017, source : Interfimo

**Figure 57** : Acquisition d'une officine par un primo accédant facilitée par un montage juridique SEL – SPFPL, source : Romain Garcia

**Figure 58** : Evolution des exploitations en nom propre et en société depuis 2008, source : CNOP

## Liste des abréviations

**AASQA** : Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air  
**ACCRE** : Aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise  
**ACS** : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé  
**ADLC** : Autorité De La Concurrence  
**ADOP** : Aide et Dispositifs d'Orientations des Pharmaciens  
**AFIPA** : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable  
**AINS** : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens  
**ALD** : Affection de Longue Durée  
**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché  
**ANEPF** : Association Nationale des Etudiants de Pharmacie de France  
**ANSES** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail  
**APLAMEDAROM** : Association pour la promotion des plantes médicinales et aromatiques de Guadeloupe.  
**ARCE** : Aide à la Reprise ou à la Création d'Entreprise  
**ARE** : Aide au Retour à l'Emploi  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral  
**AVK** : Anti-Vitamine K  
**ATMO** : Fédération des associations de surveillance de la qualité de l'air  
**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral  
**BDF** : Banque De France  
**BEH** : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire  
**CA** : Chiffre d'Affaires  
**CAHT** : Chiffre d'Affaires Hors Taxes  
**CAVP** : Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens  
**CEPS** : Comité Économique des Produits de Santé  
**CERP** : Cooperative d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique  
**CGI** : Code Général des Impôts  
**CGP** : Conseil Gestion Pharmacie  
**CGSS** : Caisse Générale de Sécurité Sociale  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CI** : Contre-Indication  
**CICE** : Crédit d'Impôt pour la Compétitivité et l'Emploi  
**CIRE AG** : Cellule d'Intervention Régionale Antilles-Guyane  
**CODEP** : COmite Départemental d'Éducation Physique  
**COREVIH** : Comité de coordination de la lutte contre les IST et le VIH  
**CMU-B** : Couverture Médicale Universelle – Base  
**CMU-C** : Couverture Médicale Universelle-Complémentaire  
**CNOP** : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens  
**CPEF** : Centre de planification et d'éducation familiale  
**CRDS** : Contribution au remboursement de la dette sociale  
**CSG** : Contribution Sociale Généralisée  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**DAAF** : Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt  
**DFA** : Département Français d'Amérique

**DGFIP** : Direction générale des Finances publiques  
**DM** : Dispositif Médical  
**DOM** : Département d’Outre-Mer  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques  
**DROM** : Département Régional d’Outre-Mer  
**DT2** : Diabète de Type 2  
**DU** : Diplôme Universitaire  
**€.** : euro  
**EBE** : Excédent Brut d’Exploitation  
**EHPAD** : Établissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**EI** : Entreprise Individuelle  
**EIRL** : Entreprise individuelle à responsabilité limitée  
**EURL** : Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité Limitée  
**FSPF** : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France  
**GPG** : Groupement Pharmaceutique Guadeloupéen  
**g.** : gramme  
**h.** : heure  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HPI** : groupement de pharmaciens Humains, Professionnels et Innovants  
**HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoires  
**HT** : Hors Taxes  
**HTA** : HyperTension Artérielle  
**IDE** : Infirmière Diplômée d’Etat  
**IDF** : Ile De France  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**IGF** : Inspection Générale des Finances  
**IMC** : Indice de Masse Corporelle  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
**INVS** : Institut National de Veille Sanitaire  
**IR** : Impôt sur le Revenu  
**IRD** : Institut de Recherche et Developpement  
**IREPS** : Instance Régionale d’Education et de Promotion de la Santé  
**IS** : Impôt sur les Sociétés  
**IST** : Infection Sexuellement Transmissible  
**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse  
**IVQ** : Information et Vie Quotidienne  
**Jafa** : Programme de JArbins Familiaux  
**JO** : Journal Officiel  
**kg.** : kilogramme  
**km.** : kilomètre  
**km<sup>2</sup>** : kilomètre carré  
**K€** : mille euros  
**LAS** : Licence option Accès Santé  
**LAURE** : Loi sur l’Air et l’Utilisation Rationnelle de l’Energie  
**LMC** : Larva Migrans Cutané  
**LPP** : Liste des Produits et Prestations  
**LPPR** : Liste des Produits et Prestations Remboursables  
**m.** : mètre  
**mg.** : milligramme

**MG** : Marie Galante  
**MMOPK** : Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie et Kinésithérapie  
**OC** : Obligation Convertible  
**OCP** : Office Commercial Pharmaceutique  
**OM** : Octroi de Mer  
**OME** : Octroi de Mer Externe  
**OMI** : Octroi de Mer Interne  
**OMR** : Octroi de Mer Régional  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ORSAG** : Organisme Régional à la Santé de Guadeloupe  
**OTC** : Over The Counter  
**P** : Procédure collective  
**P3S** : Parcours Sportifs de Santé Sécurisés  
**PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur  
**PACES** : Première Année Commune aux Etudes de Santé  
**PAHT** : Prix d'Achat Hors Taxes  
**PAM** : Plantes Aromatiques et Médicinales  
**PAP** : Pointe-à-Pitre  
**PAPS** : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé  
**PARADS** : Pôle d'Accueil en Réseau pour l'Accès aux Droits Sociaux  
**PASS (1)** : Parcours d'Accès Spécifique aux Soins  
**PASS (2)** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
**PASS (3)** : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale  
**PCT** : PolyChimioThérapie  
**PDA** : Préparation des Doses à Administrer  
**PEC** : Prise En Charge  
**PET** : Programme d'Education Thérapeutique  
**PFHT** : Prix Fabricant Hors Taxes  
**PHR** : PHarmacie Référence groupe  
**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
**PNNS** : Programme National Nutrition Santé  
**PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis  
**PRS (1)** : Plan Régional Santé  
**PRS (2)** : Programme Régional de lutte contre le SIDA  
**PRSE** : Plan Régional Santé Environnement  
**PRSP** : Projet Régional de Santé Publique  
**PSAGE** : Programme de Surveillance, d'Alerte et de Gestion des Epidémies  
**PTMG** : Praticien Territorial de Médecine Générale  
**PUI** : Pharmacie à Usage Intérieur  
**PUMA** : Protection Universelle MALadie  
**PV** : Prix de Vente  
**RSA** : Revenu de Solidarité Active  
**SA** : Société Anonyme  
**SARL** : Société à Responsabilité Limitée  
**SAS** : Société par Actions Simplifiée  
**SASU** : Société par Actions Simplifiée Unipersonnelle  
**SCA** : Société en Commandite par Actions  
**SEL** : Société d'Exercice Libéral  
**SELARL** : Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée  
**SELAS** : Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée

**SELURL** : Société d'Exercice Libéral Unipersonnelle à Responsabilité Limitée  
**SIDA** : Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise  
**SNC** : Société en Nom Collectif  
**SNIIRAM** : Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie  
**SPA** : Société Pharmaceutique Antillaise  
**SPFPL** : Sociétés de Participation Financière de Profession Libérale  
**SRS** : Schéma Régional de Santé  
**STAPS** : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives  
**TNS** : Travailleur Non Salarié  
**TRAMIL** : Tradicional Medicine of Island  
**TTC** : Toutes Taxes Comprises  
**TVA** : Taxe sur la Valeur Ajoutée  
**UAG** : Université Antilles-Guyane  
**UE** : Union Européenne  
**UFR** : Unité de Formation et de Recherche  
**UNCAM** : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie  
**UNPF** : Union Nationale des Pharmaciens de France  
**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé  
**USPO** : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine  
**VIH** : Virus de l'ImmunoDéficience Humaine  
**ZAC** : Zone d'Aménagement Concerté  
**ZI** : Zone Industrielle  
**ZRR** : Zone de Revitalisation Rurale

## INTRODUCTION

Tout au long de mes études pharmaceutiques, je me suis efforcé de travailler dans plusieurs pharmacies d'officine, me permettant ainsi d'acquérir des connaissances pratiques sur l'exercice officinal. Au cours de ma 6<sup>ème</sup> année d'études, j'ai pris la décision, après acceptation de ma demande auprès de la faculté de Pharmacie de Nantes, de réaliser 4 mois de stage en Guadeloupe et les 2 derniers mois en métropole. Cette expérience fut très enrichissante à la fois d'un point de vue personnel que professionnel. Bien que le diplôme soit le même, j'ai pu apprécier de réelles différences dans la manière d'exercer.

La Guadeloupe est un département d'Outre-mer (DOM) au même titre que la Martinique, la Guyane, La Réunion et Mayotte. Les DOM sont des collectivités territoriales intégrées à la République française au même titre que les départements ou régions de la France métropolitaine. Chacun de ces départements constitue une région mono-départementale, dite « région d'Outre-mer » depuis la révision constitutionnelle de 2003. L'exercice officinal est par conséquent soumis aux mêmes règles qu'en France métropolitaine. Mais qu'en est-il réellement ? Existe-t-il des adaptations pour transposer les normes françaises dans la culture et les traditions locales guadeloupéennes. Le pharmacien d'officine en Guadeloupe fait-il le même métier que son homologue en France métropolitaine ? Quelles sont les spécificités de son activité ?

Située à 6 700 km de l'hexagone, la Guadeloupe présente une double insularité de par son éloignement géographique de la métropole et du continent américain. Quels sont les retentissements de cette insularité sur l'exercice officinal ? Cet éloignement géographique des lieux de production et des centres logistiques de dispensation soulève la question de l'approvisionnement. L'acheminement des médicaments est en effet étroitement dépendant de la situation des transports. De plus, aux délais des transports s'ajoute une difficulté récurrente, liée aux températures élevées : le respect de la chaîne de froid. Ces contraintes logistiques et climatiques favorisent la survenue de ruptures de stock.

Les pharmaciens d'Outre-mer doivent aussi composer avec les caractéristiques économiques propres à leur département. Certaines taxes, tel l'octroi de mer, s'appliquent systématiquement aux produits importés sur le territoire et majorent les prix à la vente. Nous verrons comment ces pharmaciens qu'ils soient répartiteurs ou officinaux, par une bonne gestion de leurs stocks et de leur trésorerie s'efforcent de répondre à ces problématiques.

Autre particularité, certaines parts de marché sont plus dynamiques. Cela est dû en partie à des préférences locales. On constate, par exemple, une forte demande en phytothérapie et en aromathérapie de la population guadeloupéenne. Cela s'explique aussi par une prévalence de certaines pathologies plus présentes aux Antilles qu'en métropole (diabète de type 2, hypertension artérielle, asthme) ou de type tropical (arboviroses). Ces pharmaciens auront, par conséquent, des missions de santé publique différentes de celles qu'on retrouve généralement en métropole. Ils se devront notamment d'aider les habitants à faire face aux épidémies de Dengue, de Chikungunya ou encore de Zika, en expansion dans le bassin caribéen ces dernières années, en mettant en place des mesures préventives et en dispensant des conseils adaptés. La situation économique étant moins favorable en Guadeloupe qu'en métropole, les

pharmaciens d'officine ont aussi un rôle prépondérant à jouer dans la prise en charge des patients défavorisés. L'écoute et l'accompagnement de ces patients prendra une plus grande place au quotidien. En effet, certains patients ayant parlé toute leur vie uniquement le créole, ne sont pas à même de pouvoir lire les diverses informations relatives aux médicaments. Des explications orales en créole ainsi que des dessins sur les boîtes sont parfois nécessaires pour un bon usage du médicament de la part du patient.

A l'heure où nous constatons « une fermeture d'officine tous les deux jours en métropole », ainsi qu'un chiffre d'affaires annuel moyen en baisse constante depuis plusieurs années, il sera intéressant d'analyser la santé financière des officines en Guadeloupe. Leurs particularités économiques leur permettent-elles de survivre plus facilement aux baisses de prix ainsi qu'aux déremboursements ? Quelle est leur rentabilité aujourd'hui ?

Pour répondre à ces questions, nous étudierons dans un premier temps les caractéristiques de la Guadeloupe et des DOM, à travers son système de santé et le type de patientèle rencontrée. Dans un second temps, nous nous pencherons sur l'exercice officinal et les retentissements de l'insularité sur le métier de pharmacien d'officine. Pour ce faire, nous observerons de plus près le circuit du médicament en Guadeloupe ainsi que ses divers acteurs : fabricants, grossistes-répartiteurs, groupements d'achats, officinaux. Nous apprécierons leurs rôles et leurs points de vue. Les particularités du circuit du médicament seront ensuite abordées : acheminement des médicaments, respect de la chaîne du froid ou encore ruptures de stock potentielles.

Enfin, nous nous mettrons dans la « peau » d'un jeune pharmacien désireux de s'installer en Guadeloupe. Nous aborderons les étapes de cette démarche et nous nous attarderons tout particulièrement sur les obstacles éventuels qu'il pourrait rencontrer au cours de son installation. Cela nous permettra par la même occasion d'apprécier la santé financière des officines en Guadeloupe.

## **I. SANTE ET PHARMACIE EN GUADELOUPE**

### **1. Historique de la santé et de la pharmacie en Guadeloupe**

#### **1.1. Guadeloupe : Naissance d'un DOM**

La Guadeloupe fut découverte par Christophe Colomb le 3 novembre 1493. Il baptisera cette île "Guadalupe" du nom du monastère royal de Santa Maria de Guadalupe en Espagne.

L'île devient possession française le 28 juin 1635 et fut colonisée seulement à ce moment-là, soit près d'un siècle et demi après sa découverte. Elle sera consacrée à la production de denrées tropicales à travers le système des plantations. Les conditions de vie et de travail étant difficiles, les colons commencèrent la traite des esclaves pour cultiver la canne à sucre, le café et le cacao essentiellement. Dès 1642, l'esclavage commença, et Louis XIII autorisa la déportation d'esclaves africains vers les Antilles. L'esclavage ne sera aboli en Guadeloupe que le 27 mai 1848.

C'est seulement le 19 mars 1946, grâce à Aimé Césaire que la Guadeloupe est devenue un département français d'Outre-mer. Les DOM sont des collectivités territoriales intégrées à la République française au même titre que les départements ou régions de la France métropolitaine. Chacun de ces départements constitue une région mono-départementale, dite « région d'Outre-mer » depuis la révision constitutionnelle de 2003<sup>1</sup>. Les cinq DOM sont : la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion et Mayotte (depuis avril 2011).

#### **1.2. La pharmacie aux Antilles françaises au XIXe siècle : reconnaissance d'une profession<sup>2</sup>**

En 1830, la France comptait dans les Caraïbes trois colonies : la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe, Saint-Domingue ayant été définitivement perdue en 1803.

Jusqu'aux premières années du XXe siècle, la Guadeloupe est fortement touchée par la fièvre jaune et plus tardivement par l'endémie paludéenne et par la dysenterie amibienne. Le tableau des maladies dites tropicales s'enrichit d'affections à cette époque en expansion mondiale comme la tuberculose et la typhoïde. Les apothicaires, chirurgiens et médecins vont jouer un rôle crucial dans l'accompagnement et la volonté d'éradication de ces maladies. On observe alors leur nombre se multiplier en même temps que croissent la population antillaise et le nombre de ces maladies.

Les pharmaciens militaires vont constituer pendant longtemps la base de la pharmacie des colonies<sup>3</sup>. Cependant, dans toutes les colonies, la pharmacie civile va progressivement prendre sa place, et le plus souvent très tôt dans l'histoire de la colonisation. L'exercice de la pharmacie d'officine dans les colonies, quant à lui, sera d'abord marqué par l'absence initiale de réglementation, puis par l'existence d'ordonnances locales, diverses et plus ou moins respectées, et finalement par le rapprochement progressif et inégal selon les territoires avec la législation métropolitaine.

Sous l'Ancien régime (XVI<sup>ème</sup>-XVIII<sup>ème</sup> siècle), on observe les prémices de réglementation des médicaments. En effet, plusieurs ordonnances ont notamment pour objet de contrôler la circulation des médicaments<sup>4</sup> (ordonnances du 24 février 1724 sur les vénéfices<sup>i</sup> et poisons et celle du 30 avril 1764 sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie). Elles insistent particulièrement sur l'interdiction de vente de certains composants toxiques (arsenic) et sur la visite des stocks des apothicaires par les seuls apothicaires du roi, commissionnés en petit nombre dans chaque île. Ces ordonnances marquent aussi l'interdiction de l'exercice d'aucune branche de l'art de guérir aux « nègres et gens de couleur », si ce n'est pour soigner les morsures de serpent.

Ce contrôle n'empêche guère les apothicaires et droguistes (toutes deux catégories faisant commerce de produits chimiques, mais seuls les premiers ayant vocation à élaborer des médicaments) de se multiplier, attirés par le caractère lucratif de la profession.

La Restauration (1815-1830), dans les colonies comme en métropole, désirent rétablir l'ancien ordre des choses, doit faire face à la situation créée par la législation révolutionnaire et par le contexte politique instable. En matière de médecine, les règlements de 1822 pour la Guadeloupe ont repris l'essentiel des arrêtés de l'époque impériale (comme celui du 22 messidor an XI qui régleme en Guadeloupe l'exercice de la pharmacie). Les réformes de l'époque révolutionnaire ont eu pour but, d'uniformiser la profession en instaurant un minimum de formation et un examen préalable à la réception des pharmaciens. Conformément à la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803), un jury médical<sup>5</sup> est établi dans chaque département, y compris dans les colonies.

En Guadeloupe, les conditions requises pour être reçu sont moins draconiennes : l'obtention du diplôme de pharmacien nécessite six ans de stage alors que huit sont nécessaires en France métropolitaine. Il faut dire que les sollicitations sont nombreuses et les besoins des îles criants. Ainsi, le jury médical consacre une grande part de son temps à examiner les demandes de réception comme pharmacien, les simples dépôts de médicaments ou encore les autorisations de propharmacie<sup>ii</sup>.

Simultanément, pour éviter les débordements et dans la crainte toujours présente des « empoisonnements <sup>6</sup> », les gouverneurs réglementent sévèrement la vente des médicaments, en particulier celle des substances toxiques (vente de l'arsenic très limitée, abolition de la profession de droguiste habilité à vendre des simples<sup>iii</sup> ou des préparations en Guadeloupe par arrêté du 5 août 1863). Cela en est donc fini des apothicaires de l'Ancien régime. Le nouveau système marquant le début de l'ère coloniale connaît lui aussi plusieurs « vitesses », expliquées en partie par l'absence d'établissements d'enseignement supérieur et par la présence du corps de santé de la marine. La rupture dans l'exercice des professions médicales marquée par la période révolutionnaire, si elle n'est pas totale en métropole, l'est encore moins dans les colonies antillaises.

---

<sup>i</sup> Vénéfice : empoisonnement criminel dans lequel on prétend qu'il y a eu du sortilège.

<sup>ii</sup> Propharmacie : vente de médicaments par des officiers de santé

<sup>iii</sup> Simple : se dit d'une drogue constituée d'une seule substance

Il importe donc de distinguer les deux types de pharmaciens présents en Guadeloupe durant cette période coloniale : pharmaciens de marine et pharmaciens civils.

Les pharmaciens de marine servent dans le cadre des hôpitaux militaires de Pointe-à-Pitre et Basse-Terre ou sont embarqués sur les bâtiments de station navale. On distingue parmi eux, les « entretenus », dont le nombre est prévu au « cadre » de chaque colonie, les « auxiliaires », au bas de la hiérarchie médico-militaire, et les « surnuméraires », recrutés temporairement par le gouvernement local en cas de pénurie de praticiens et généralement rémunérés sur les bases du salaire des auxiliaires. En 1817, alors que le cadre de Guadeloupe ne compte que quinze médecins, chirurgiens et pharmaciens, on a fait appel à huit surnuméraires pour cause de fièvre jaune<sup>7</sup>. Les auxiliaires et surnuméraires sont en général choisis parmi des praticiens civils ou des « élèves » qui, surtout en pharmacie, en profitent pour faire valider leurs années de service comme stage, ce qui facilitera leur réception ultérieure comme pharmaciens. Entre 1850 et 1856, treize pharmaciens ont servi dans les hôpitaux militaires. Trois d'entre eux seulement sont créoles : deux sont surnuméraires et le troisième, Daver, natif de Basse-Terre, est le seul à avoir atteint le grade de 2e classe et s'est forgé une certaine notoriété par ses travaux sur le nopal et la cochenille<sup>8</sup>.



Figure 1 : Nopal ou Figuier de barbarie  
Source : Korniyenko V.



Figure 2 : Cochenilles sur Nopal  
Source : Pinterest

Les pharmaciens civils, quant à eux, sont nettement plus nombreux et, en fin de compte, mieux lotis. Le nombre des pharmaciens enregistrés au Conseil de Santé<sup>9</sup> (formalité normalement obligatoire pour tous les médecins, officiers de santé, sages-femmes et pharmaciens), s'il a connu l'inflexion du milieu du siècle (juste après la « crise » de l'abolition de l'esclavage), augmente de façon nette à partir des années 1870 et c'est surtout dans la dernière décennie que la profession prend son essor numérique. Cet essor n'est pas harmonieux pour la population guadeloupéenne. On constate en effet que ce sont les villes principales, déjà pourvues en pharmaciens, qui reçoivent de nouvelles officines. A Pointe-à-Pitre, leur effectif passe de 10 en 1844 à 6 en 1854 et remonte à 14 en 1882, alors que seules six communes sur vingt-six ont seulement un pharmacien en 1844. La répartition géographique des pharmaciens reste donc nettement insuffisante.

Le jury médical guadeloupéen autorise alors les officiers de santé à vendre les médicaments qu'ils prescrivent, mais dans un cadre de plus en plus strict. En cela, il respecte l'esprit de la loi du 21 germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie, qui ne sera pourtant promulguée, avec aménagements, qu'en 1890 en Guadeloupe. Dès 1820, en examinant la demande du Sieur Bertrand, le jury médical marque sa volonté de réglementer la profession. Bertrand, domicilié à Saint-François en Guadeloupe a obtenu un diplôme de chirurgien le 2 mai 1817 et exerce simultanément la pharmacie, pour laquelle il est enfin reçu le 5 juillet 1821. Le Conseil de Santé le somme alors de choisir entre les deux états, car il existe déjà un pharmacien dans la commune. Bertrand s'y refuse d'abord, puis opte pour la pharmacie, qui est sans doute plus lucrative.

Après l'abolition de l'esclavage en 1848, les médecins et pharmaciens majoritairement des communes rurales, qui trouvaient une « activité lucrative » dans la dispensation de soins et de médicaments aux propriétaires d'ateliers<sup>10</sup>, pouvant compter plusieurs dizaines d'esclaves, se trouvent alors dépourvus de ce débouché. Ils sont alors nombreux à quitter l'île. Face à cet exil des professionnels de santé, le gouverneur, sur l'avis du Conseil de Santé, interprète de façon moins restrictive la réglementation sur la distribution des médicaments. Il autorise de simples habitants, détenant une autorisation, à tenir un dépôt de médicaments dans les communes dépourvues de pharmacien.

Au cours du dernier tiers du XIXe siècle, l'engouement pour la pharmacie se traduit par une augmentation de demandes et les autorités médicales craignent que de telles pratiques ouvrent la voie à la médecine parallèle. Trop souvent le jury médical de la Guadeloupe constate la vente de médicaments par des non-pharmaciens et même celle « d'objets étrangers à la pharmacie » par les pharmaciens eux-mêmes.

Face à ce constat alarmant et parallèlement à la démarche des pharmaciens en Martinique pour imposer un monopole exclusif de leur profession sur la fabrication et la vente des remèdes simples et composés, une nouvelle réforme des conditions de recrutement paraît s'imposer. L'arrêté du 16 mai 1822 en Guadeloupe, est remplacé par celui du 28 février 1843 sur les conditions de réception des officiers de santé et des pharmaciens civils, appliquant la réglementation métropolitaine. Celle-ci exige « huit années d'exercice dans une pharmacie légalement établie ou trois années dans une pharmacie de la colonie après que l'élève ait toutefois justifié qu'il a suivi, pendant trois ans, les cours dans une école de pharmacie de France ».

Cet arrêté n'accorde aucune faveur particulière aux pharmaciens de la marine qui voudraient établir une officine civile à la Martinique. La Guadeloupe est nettement plus indulgente à leur égard, car elle considère que leur instruction est au départ plus solide et, par conséquent, qu'imposer un temps de stage égal aux autres candidats n'est pas nécessaire. On voit donc que non seulement l'assimilation réglementaire des professions de santé des Antilles à celles de la métropole n'est pas faite, mais que même entre les différentes colonies, il existe encore des différences notables. Cela implique, pour tout pharmacien n'ayant pas suivi un cursus universitaire, d'être examiné par le jury médical de la colonie et d'être agréé par le gouverneur.

Dans un but d'uniformisation dans les colonies des Antilles et de l'océan Indien, une circulaire ministérielle du 25 septembre 1874 trace comme grande ligne d'adopter le décret du 22 août 1854 sur l'exercice de la pharmacie. Ce décret donne protection suffisante au public contre les abus du charlatanisme et une garantie efficace aux personnes qui exercent la pharmacie en vertu d'un diplôme contre toute concurrence illégale. Les pharmaciens non diplômés qui bénéficiaient d'un simple brevet valable uniquement dans la colonie, devront se conformer dorénavant aux exigences de la réglementation métropolitaine. L'évolution réglementaire tend à relever le niveau de la profession. Les connaissances théoriques exigées sont plus étendues en botanique et en minéralogie. C'est donc dans les années 1875-1880 que se fixent des conditions de recrutement des pharmaciens en harmonie avec les exigences renforcées de la législation métropolitaine.

L'exercice de cette discipline devient alors une voie d'ascension sociale, on voit apparaître de véritables dynasties pharmaciennes. Dans le dernier tiers du XIXe siècle, les pharmaciens ont une vraie puissance, que dénoncent les nouveaux arrivants dans la profession. Des syndicats se forment, comme celui, en Martinique, qui cherche à restreindre encore plus que la loi métropolitaine la vente des médicaments en faisant notamment interdire le débit en gros et au détail des « simples » par les capitaines marchands. En Guadeloupe, le syndicat officiellement formé en 1894 par les pharmaciens de Pointe-à-Pitre, issus des vieilles familles blanches créoles est accusé par un concurrent et par le gouverneur de défendre « l'intérêt privé qui spéculé sur la santé publique ». Ces démarches jugées abusives conduisent à la réforme dans les colonies de l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Toutefois, il ne faut pas surestimer la richesse des pharmaciens. Bien réelle dans les villes, où les approvisionnements sont plus faciles et la consommation plus importante, elle reste à prouver dans les communes rurales de la Guadeloupe quasiment constamment dépourvues d'un professionnel de santé pendant tout le siècle. En Guadeloupe, l'administration locale subventionne les pharmaciens qui iraient s'installer hors des villes que sont Point-à-Pitre, Basse-Terre ou Le Moule, à l'instar de ce qui a été fait dès les années 1850 pour les médecins hospitaliers. Le Conseil supérieur de Santé, qui siège à Paris, propose même au ministre de la Marine et des Colonies d'encourager les métropolitains diplômés de l'université à s'établir dans les colonies avec une aide financière. Cette proposition, ayant pour but d'augmenter à la fois l'effectif et le niveau de formation de la profession, est restée sans lendemain...

Cependant une évolution positive s'amorce dans les vingt dernières années du siècle pour le bénéfice d'une meilleure « couverture » des communes rurales avec l'accession d'un plus grand nombre de diplômés à la tenue d'une officine. Cela se produit essentiellement avec la montée sociale de classes longtemps considérées comme inférieures sur des critères raciaux. Les règlements de l'Ancien régime repris en 1822 spécifiaient que « nul, s'il n'est blanc ne pourra distribuer des drogues aux acheteurs, même en présence des pharmaciens ». Il faudra attendre 1831 pour que les « gens de couleur » soient autorisés à exercer la pharmacie en Guadeloupe. La voie légale de l'accession à la profession leur est donc ouverte. Elle ne peut toutefois être empruntée par les intéressés que progressivement avec les bénéfices de l'éducation. Cette formation se fait surtout dans les hôpitaux militaires des colonies, après l'obtention du certificat d'études qui doit garantir une instruction générale. Grâce à des bourses coloniales ou des secours ponctuels, quelques-uns peuvent mener des études dans une

faculté métropolitaine. L'accès au savoir de la pharmacie européenne permet donc à de nouveaux arrivants de s'installer. De plus, avant que l'assistance médicale gratuite ne soit appliquée aux colonies, quelques initiatives dans ce domaine sont prises. Ainsi, à Pointe-à-Pitre, en 1896, Christon, jeune pharmacien, sollicite une subvention pour établir une « pharmacie populaire » qui pratique des tarifs moins élevés que ceux des pharmaciens anciennement établis en ville.

Le XIXème siècle a vu naître la pharmacie antillaise française mais l'évolution de la profession de pharmacien reste cependant limitée. Avant la mise en place de l'assistance médicale gratuite (1893), puis plus récemment de la Sécurité sociale (1946), il apparaît que le recours au pharmacien patenté est encore moins entré dans les habitudes de la majeure partie de la population que le recours au médecin. C'est sans doute ce qui explique la concentration des officines dans les deux principales agglomérations urbaines. De plus, le manque de professionnels de santé dans les communes rurales poussent les antillais à se tourner vers d'autres médecines plus traditionnelles.

## **2. Médecine traditionnelle**

La médecine traditionnelle guadeloupéenne possède des particularités qui lui sont propres mais présente de fortes similitudes avec les autres sociétés créoles et leur médecine, bien que ces pays soient distants parfois de plusieurs milliers de kilomètres. Ces sociétés créoles résultent d'une même histoire naturelle et sociale: elles se sont construites sur les mêmes rapports maître-esclave et colonie-métropole, là où la colonisation est ancienne (XVème et XVIème siècles). Il est possible de distinguer dans le processus historique commun qui mène à toute société créole trois acteurs principaux : un substrat indigène, généralement fortement érodé, une influence européenne qui s'est enracinée pendant la colonisation, une influence africaine, et dans une moindre mesure asiatique et indienne (immigration plus récente).

Ces influences se sont mêlées et sans cesse renouvelées. Elles se sont exprimées dans le cadre socio-économique imposé par l'esclavage et le colonialisme. Le modèle métropolitain fortement valorisé au détriment des valeurs locales, ainsi que les différentes formes qu'a pris l'esclavage dans ces colonies, ont modelé des sous-ensembles culturels différents.

Pendant les premières années de colonisation, et longtemps après, sorciers et guérisseurs étaient les grands dispensateurs de médicaments, chaque territoire ayant sa pharmacopée, aussi variée que pittoresque. Les guadeloupéens avaient recours également à l'usage de plantes sous forme de « tisanes » et de « thés » pour soigner certaines maladies. La majorité de ces plantes se trouvaient dans leur propre jardin de case et étaient utilisées comme moyen d'automédication<sup>11</sup>.

## 2.1. La phytothérapie

La Guadeloupe regorge d'une grande variété de plantes endémiques. Ses divers microclimats, associés à un terrain volcanique riche, ainsi qu'un relief très varié allant de 0 à 1467 m d'altitude, ont donné naissance à une multitude de plantes, fleurs et arbres aux senteurs et couleurs hétéroclites. On observe des écosystèmes forestiers d'une grande diversité. La forêt, qui couvre environ 69.000 ha, se décompose en 4 grands types : la forêt dense humide, la forêt mésophile, la forêt sèche et la mangrove englobant les milieux humides littoraux dont la forêt marécageuse. De nombreuses plantes endémiques de la Guadeloupe ne sont présentes que depuis une ou deux centaines d'années. L'arrivée de colons du monde entier, a favorisé, en premier lieu la naturalisation des plantes européennes ou d'autres plantes tropicales dont les propriétés ou les usages récemment découverts ont pu se développer dans le climat chaud et humide de la Guadeloupe.

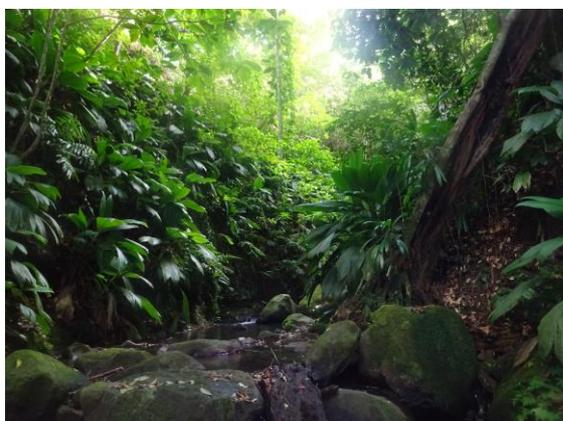


Figure 3 : Forêt humide Basse Terre  
Source : Romain Garcia

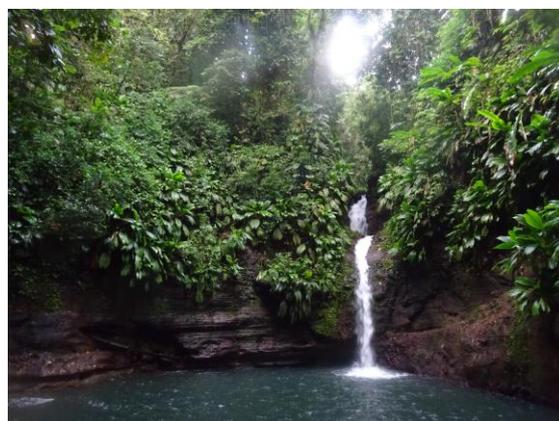


Figure 4 : Forêt humide Basse Terre  
Source : Romain Garcia



Figure 5 : Mangrove Petit Canal  
Source : Romain Garcia



Figure 6 : Mangrove Petit Canal  
Source : Romain Garcia

De nos jours, le goût de plus en plus prononcé pour les médecines douces, les scandales liés aux médicaments de synthèse ramènent de plus en plus les gens vers le jardin médicinal. Retour facilité par les associations qui se penchent de plus en plus vers l'étude des plantes médicinales comme TRAMIL et facilitent leur emploi dans les pays pauvres par tous ceux qui ne peuvent s'offrir les médicaments vendus en pharmacie.

C'est en 1983 que naît TRAMIL, à l'université de Port-au-Prince (Haïti). Il s'agit du « premier réseau caribéen sur la médecine traditionnelle dans les îles pour l'accès aux soins de santé primaires des populations défavorisées de ces régions ». En 1998, après plus de 15 ans de recherche, sort une publication sur la première pharmacopée caribéenne<sup>12</sup> (3<sup>ème</sup> édition parue en 2015). Ces plantes sont réunies dans la pharmacopée végétale caribéenne sous forme de monographies d'usage, faisant également le point sur la connaissance scientifique des espèces et exposant les recommandations du groupe d'experts TRAMIL quant à l'emploi et aux contre-indications de ces mêmes espèces. Sont également présentées sous forme de monographies les quelques espèces (*Argemone mexicana* L., Papavéracées, *Jatropha curcas* L., Euphorbiacées, *Jatropha gossypifolia* L., Euphorbiacées) dont le groupe TRAMIL a décidé qu'il convenait de décourager l'usage traditionnel en raison de leur toxicité éventuelle<sup>13</sup>.

De nombreuses autres associations vont elles aussi contribuer au développement des connaissances et à la valorisation des Plantes Aromatiques et Médicinales (PAM) présentes en Guadeloupe et dans les pays de sa zone géographique. C'est le cas de l'Aplamedarom Guadeloupe (l'Association pour la promotion des plantes médicinales et aromatiques de la Guadeloupe). Composée de scientifiques (chimistes, biologistes, botanistes, phytoécologistes), de professionnels de santé (pharmaciens, médecins) et d'enseignants de l'Université Antilles-Guyane (UAG), elle œuvre pour faire sortir de l'oubli ces plantes qui envahissent les jardins guadeloupéens<sup>14</sup>.



Figure 7 : Jardin créole  
Source internet : Kay Karayib

Depuis plusieurs années, elle mène de nombreuses actions en faveur de l'intégration des plantes des DOM dans la pharmacopée française<sup>15</sup>. Elle a obtenu gain de cause en octobre 2005 avec l'entrée à la pharmacopée française des deux premières plantes d'origine guadeloupéenne qu'elle a proposées : le Dartrier (*Senna alata*) et le Twa Tas (*Lippia alba*). Le 1er août 2013, elle a permis l'entrée de 46 nouvelles plantes à la pharmacopée française. Parmi ces plantes, 15 sont originaires de la Guadeloupe, les autres sont endémiques à la Martinique et à La Réunion<sup>16</sup>.

**Plantes médicinales de Guadeloupe entrées dans la pharmacopée française**

**A tous maux, Lavann blan**  
*Alpinia zerumbet*,  
(Pers.) B.L. Burtt & R.M. Smith  
ZINGIBERACÉES  
Troubles digestifs, états grippaux et hypertension.



**Glycérine, Glisérin**  
*Anredera leptostachys*,  
(Moq.) Steenis,  
BASILLACÉES  
Contre les boutons et pour adoucir la peau et les cheveux



**Pois de bois, Pwa dibwa**  
*Cojanus cajan*,  
(L.) Hutch - FABACÉES  
Coliques, toux et infections cutanées



**Thé pays, Té péyi**  
*Cayratia biflora*,  
L. SCROPHULARIACÉES  
Troubles digestifs, états grippaux, hypertension



**Mahot noir, Bwa nwè**  
*Cordia martinicensis*,  
(Jacq.) Roem & Schult, BORAGINACÉES  
Contre les traumatismes thoraciques (bless)



**Herbe à fer, Chadwon béni**  
*Eryngium foetidum* - L. APIACÉES  
États grippaux, troubles digestifs



**Gwo bonm**  
*Hyptis suaveolens*,  
(L.) Poit. LAMIACÉES  
Contre la fièvre et les règles douloureuses et comme stimulant de l'appétit



**Cochiará, Koklaya**  
*Piperaria pellucida*,  
(L.) Kunth, PIPERACÉES  
Infections dermatologiques, inflammations, infections, hypertension, hypercholestérolémie, Diabète



**Graines en bas feuilles, Grenn anba fèy**  
*Phyllanthus amarus*,  
Schum & Thonn, PHYLANTHACÉES  
Contre les maladies du foie, les pathologies digestives et les rétrécissements



**Bois d'inde, Bwa denn**  
*Pimenta racemosa*,  
(Mill.) J. W. Moore, MYRTACÉES  
Fièvre, rhumatismes, douleurs dentaires, états grippaux



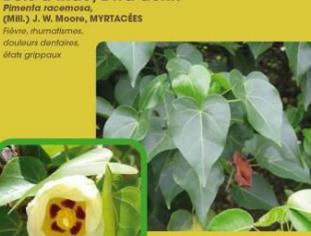
**Goyave, Gouyav**  
*Psidium guajava*,  
L. MYRTACÉES  
Gastroentérite, diarrhée, diabète et hypertension



**Sureau, Siyo**  
*Sambucus canadensis*,  
L. CAPRIFOLIACÉES  
Contre la fièvre la grippe ou la toux



**Catalpa, Kalpata**  
*Thespesia populnea*,  
(L.) Sol. ex. Corrêa, MALVACÉES  
Troubles digestifs, troubles respiratoires et troubles urinaires



**Verveine queue de rat, Vènn karayib**  
*Stachytarpheta jamaicensis*,  
(L.) Vahl, VERBENACÉES  
Fatigue, nervosité et rhume





Crédits photos : BRU, E. NOSSIN

Figure 8 : Plantes médicinales de Guadeloupe entrées à la pharmacopée française, Source : RRz, E. NOSSIN

L'élaboration d'une pharmacopée caribéenne et l'intégration de PAM à la pharmacopée française sont la preuve d'une réelle reconnaissance de la médecine traditionnelle guadeloupéenne. Pourtant l'utilisation de ces remèdes traditionnels, par arrêté du Conseil souverain du 8 mars 1799, avait été interdite sous peine d'amende et de punition corporelle pour les esclaves. Les maîtres tolérant ces pratiques pouvaient se voir priver de leurs esclaves. Depuis cette époque, les régimes se sont succédés sans jamais réhabiliter les plantes endémiques de ces régions. Il aura fallu attendre le 23 février 2011 pour que la modification de l'article L5112-1 du code de la santé publique entre en vigueur. À l'issue de cette modification, l'article stipule que la pharmacopée des Outre-mer intègre la pharmacopée française.

De nos jours, malgré l'importance des laboratoires pharmaceutiques et cosmétiques, il se développe un courant de valorisation des plantes aromatiques et médicinales faisant partie de la flore des Antilles Françaises. Ce courant de valorisation de la biodiversité déjà matérialisé par la gamme des produits de la marque « Fideline 2000 », à la Martinique, prend davantage d'importance avec les produits élaborés par le laboratoire « Phytobokaz » implanté à la Guadeloupe. Cette gamme de produits actuellement commercialisée comporte : l'Huile de Galba, le Rubago, le Bioven, la Banuline, et le Virapic, qui sont obtenus à partir des principes actifs de plantes aromatiques et médicinales faisant partie de la flore de la Guadeloupe. Ces produits sont largement implantés dans les officines guadeloupéennes et très demandé par les habitants.

L'huile de Galba, de couleur jaune or, est extraite d'amandes portées par l'arbre. Le Rumago est un gel à base d'herbe charpentier et de gommier rouge. Le Bioven est un autre gel préparé uniquement à partir d'herbe charpentier. La Banuline est fabriquée uniquement à partir de poudre de banane. Le Virapic, pour finir, utilise les principes actifs de l'herbe à piques.



Figure 9 : Produits de la gamme Phytobokaz  
Source : Phytobokaz

## 2.2. Les Guérisseurs

Les antillais se tournaient vers un spécialiste en cas de maladie surnaturelle ou incurable. Le système colonial et l'esclavage imposèrent les conceptions médicales européennes du colon, centrées sur la théorie des humeurs<sup>17</sup>. L'esclavage représente une rupture profonde avec l'Afrique, et le guérisseur africain constitue un danger pour le maître dans la mesure où il prétend détenir un pouvoir sur le corps de l'esclave. On l'empêchera d'exercer son talent. Ses activités furent strictement interdites par le Code Noir<sup>18</sup> élaboré par Colbert en 1685. L'influence africaine se réfugia dans les pratiques médico-magiques, encore très présentes de nos jours.

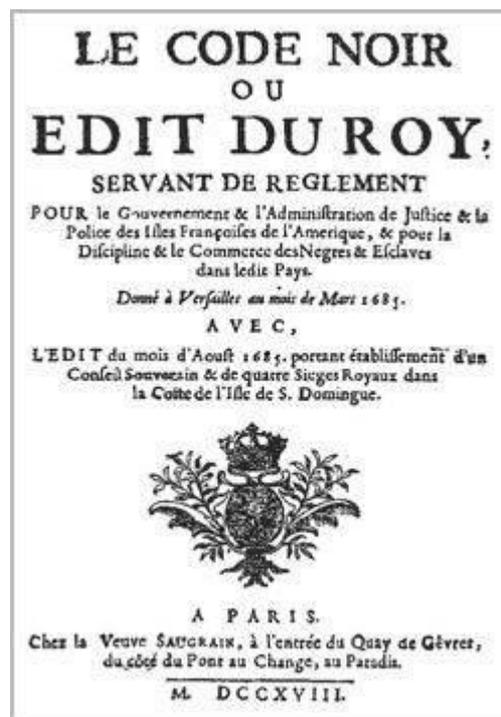


Figure 10 : Le code noir de Colbert 1685,  
Source internet : Assemblée Nationale

La réputation des guérisseurs créoles n'est plus à faire (avec au sommet de leur hiérarchie, les « quimboiseurs » et leur « Science »). D'une façon générale, la médecine créole utilise des mélanges de plantes, parfois nombreuses. Les recettes varient d'une personne à l'autre, l'important étant de suivre scrupuleusement la « recette prescrite », et son ordre de prescription. Le rituel compte plus ici que l'acte thérapeutique.

En Guadeloupe, on l'appelle « séancier » quand il pratique les guérisons ou les divinations, « docteur-feuilles » s'il est spécialisé en plantes médicinales, « gadé-zaffé » lorsqu'il assure le succès en affaire ou encore « quimboiseur » ou « timboisé » lorsqu'il contrôle le « timboi » ou magie, et envoie des « diab » (créatures antillaises). Certains haïtiens ont acquis auprès des créoles antillo-guyanais une solide réputation de guérisseurs car ils passent pour les détenteurs d'un savoir plus authentique.

### 3. Démographie, éducation et situation économique

#### 3.1. Une population vulnérable

Avec 390 253 habitants en 2017, la Guadeloupe présente une densité de population très élevée (240 contre 118 hab/km<sup>2</sup> en métropole)<sup>19</sup>. La population des DOM s'accroît plus vite que celle de la métropole : en 2010, son taux d'accroissement était de 11,2 ‰, contre 5,4 ‰ pour la population métropolitaine<sup>20</sup>. Bien que ces dernières années la tendance est à une décroissance démographique qui résulterait de l'amenuisement de son accroissement naturel et d'un déficit migratoire toujours présent<sup>21</sup>.

Le départ des jeunes natifs vers la métropole est la principale raison du déficit migratoire. En 2012, un départ sur trois concerne un jeune âgé de 15 à 24 ans, départ lié à la poursuite des études et/ou à la recherche d'un premier emploi<sup>22</sup>. Les étudiants en pharmacie ne dérogent pas à cette constatation. Nous aborderons les raisons et les répercussions de cet exode vers la métropole par la suite.

Le taux de natalité, quant à lui, se rapproche progressivement du taux national (12,6‰ contre 12,2‰ en métropole). Cependant, bien que le nombre de naissances chez les jeunes mères aient diminué au fil des générations (-12,5% contre -1,8% en métropole entre 2008 et 2013), la proportion de jeunes guadeloupéennes qui sont déjà mères avant 20 ans est trois fois plus importante qu'en hexagone (6,2% contre 2,1% en métropole en 2013). De plus, l'indicateur conjoncturel de fécondité des jeunes guadeloupéennes de 15-24 ans reste bien plus élevé qu'en hexagone (0,52‰ contre 0,28 ‰)<sup>23</sup>.

On constate aussi que trois enfants sur quatre ne sont pas reconnus par le père avant la déclaration de naissance aboutissant à une forte proportion de familles monoparentales (24 % vs 9,6 % en métropole)<sup>24</sup><sup>25</sup>. Ces familles monoparentales et ces maternités précoces nécessitent une attention toute particulière au comptoir, il en résulte souvent une précarité associée. Le pharmacien se devra d'accompagner ces jeunes mamans durant leur grossesse et les premières années de leur enfant.

Le taux d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) est le plus élevé de France. En 2013, la Guadeloupe est la région française enregistrant un taux d'IVG chez les femmes de 15 à 49 ans de 38,5‰ contre 15‰ de moyenne pour les autres régions françaises<sup>26</sup>. Le pharmacien d'officine, conjointement aux autres professionnels de santé et aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), aura un rôle important à jouer auprès des jeunes. Il contribuera à la prévention des comportements à risque et les informera sur les moyens de contraception mis à leur disposition.

En 2011, la Guadeloupe comptait parmi les régions les plus jeunes de France<sup>27</sup> (28 % des habitants avaient moins de 20 ans contre seulement 24% en métropole). Dix ans plus tard, le constat est tout autre. Elle fait également partie des régions les plus impactées par le vieillissement démographique. Cela résulte de la conjonction de plusieurs phénomènes : forte chute de la fécondité, vieillissement de la génération du baby-boom, accroissement de l'espérance de vie, départs vers la métropole de jeunes étudiants ou actifs et retour en Guadeloupe de natifs d'âge avancé<sup>28</sup>. Face à ce vieillissement de la population guadeloupéenne, le pharmacien d'officine à un rôle prépondérant à jouer dans la prise en charge de la personne âgée. En outre sa

connaissance du médicament, son rôle de proximité et sa disponibilité en font un « interlocuteur privilégié ». Il peut ainsi assurer la liaison avec les autres professionnels de santé et optimiser la prise en charge de cette population vieillissante.

En 2018, la situation économique de la Guadeloupe continue sur une trajectoire d'amélioration. Cependant, cette légère progression de l'activité et de l'emploi n'ont pas suffi à faire refluer le taux de chômage qui reste l'un des plus élevés des Antilles-Guyane (23% contre 9% en métropole)<sup>29</sup>. Il touche surtout les jeunes actifs (47% contre 18% des 15-29 ans en métropole), et les personnes non diplômées (31%). A noter, le taux de chômage des femmes plus élevé que celui des hommes (25% vs 21%), expliqué en partie par le fait que beaucoup d'entre elles sont déjà mères compliquant ainsi leur entrée dans la vie active<sup>30</sup>.

Le niveau de diplôme des jeunes actifs guadeloupéens âgés de 15 à 29 ans peu élevé ne facilite pas leur accès au marché du travail. La moitié d'entre eux est soit titulaire d'un diplôme issu de filière courte (30 %), soit non diplômée (19% vs 46% en 1999) et à peine un tiers possède le baccalauréat (29 %). Pour accéder au marché du travail, le diplôme reste pourtant un atout majeur<sup>31</sup>. L'enquête INSEE-IVQ de 2009 avait permis de constater que 20 % des Guadeloupéens âgés de 16 à 65 ans étaient en situation d'illettrisme<sup>iv</sup> (vs 7% en métropole<sup>32</sup>), les jeunes n'étant pas épargnés (16 % des 16-29 ans)<sup>33</sup>. La scolarisation tend à faire diminuer cette proportion chez les jeunes, mais de nombreuses personnes plus âgées ayant parlé toute leur vie uniquement le créole, ne sont pas à même de pouvoir lire des explications ainsi que les diverses informations relatives aux médicaments. Le pharmacien au comptoir devra être vigilant en essayant de détecter rapidement si le patient sait lire. À défaut, des explications orales en créole ainsi que des dessins sur les boîtes seront nécessaires pour un bon usage du médicament de la part du patient.

D'autres indicateurs de précarité renforcent ce sentiment de vulnérabilité d'une partie de la population guadeloupéenne. En 2011, le niveau de vie<sup>v</sup> moyen d'une personne vivant au sein d'un ménage guadeloupéen s'élevait à 1230 euros mensuels alors qu'en métropole il représentait 1629 euros<sup>34</sup>. Le niveau de vie des ménages les plus aisés (ménages en couple) était sept fois plus élevé que celui des plus pauvres (ménages complexes et familles monoparentales). Par ailleurs, 20,1% des guadeloupéens vivaient sous le seuil de pauvreté local<sup>vi</sup> (soit 598€ par mois), ce qui était le cas de 14,3 % des métropolitains (soit 977€ par mois)<sup>35</sup>. De plus, en 2014, la part de la population couverte par le revenu de solidarité active (RSA) était environ trois fois plus élevée qu'en métropole (24% versus 7,2%). Ces chiffres révèlent de très fortes disparités de revenus entre les revenus des plus aisés et ceux des moins aisés<sup>36</sup>.

---

<sup>iv</sup> On parle d'illettrisme pour des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante. Il s'agit pour elles de réapprendre, de renouer avec la culture de l'écrit, avec les formations de base, dans le cadre de la politique de lutte contre l'illettrisme.

<sup>v</sup> Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC). Il est donc le même pour toutes les personnes d'un même ménage. Les unités de consommation sont calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'« OCDE modifiée » qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans.

<sup>vi</sup> Le seuil de pauvreté local correspond à 60 % du niveau de vie médian local et non national

Les cases et les habitations de fortune représentaient en 1999, 10% des résidences principales. Depuis, les conditions de logement se sont améliorées mais la demande de logement social reste forte<sup>37</sup>.

	<b>Guadeloupe</b>	<b>Métropole</b>
Population au 1er janvier 2017 (habitants)	390 253	66 524 339
Densité en 2017 (habitants/km <sup>2</sup> )	240	118
Part des moins de 20 ans en 2013 (%)	28%	24%
Part des 75 ans et plus en 2013 (%)	7%	9%
Part de familles monoparentales en 2013 (%)	21%	8%
Femmes ayant déjà un enfant avant 20 ans en 2013 (%)	6,2%	2,1%
Taux de recours à l'IVG en 2013 (pour 1000 femmes de 15-49 ans)	39,6%	15,6%
Niveau de vie moyen des personnes vivant dans un ménage en 2011 (euros)	14 800	19 500
Taux de personnes sous le seuil de pauvreté local en 2011	20,1%	14,3%
Taux de chômage parmi la population générale en 2018	23%	9%
Taux de chômage parmi les jeunes actifs 15-29 ans en 2018	47%	18%
Part de la population couverte par le RSA en août 2014 (%)	24%	7,2%
Part de la population couverte par la CMU-C en 2018 (%)	27,2%	7,6%

**Tableau I : Indicateurs démographiques et sociaux, 2011- 2018**

De plus, le niveau général des prix à la consommation est plus élevé dans les DOM qu'en métropole. En Guadeloupe, en mars 2015, il était supérieur de 12,3%. A noter, les écarts de prix plus marqués pour les produits alimentaires (+23%). Dans les domaines de la santé (prix bruts avant remboursement par la Sécurité sociale), cette majoration est de +17%. Ces résultats sont obtenus en se basant sur l'indice Fisher lequel prend en compte le fait que les ménages adaptent leur consommation à celle des prix. Fort est de constater que cet indice est plus pertinent pour apprécier les écarts de prix entre la Guadeloupe et la métropole. Il intègre les différences de modes de vie entre les antillais et les métropolitains ainsi que les habitudes alimentaires qui en découlent.

En effet, les écarts de prix entre les DOM et la métropole sont plus marqués lorsqu'on retient comme référence le panier de consommation métropolitain (+17%). En revanche, en prenant comme référence le panier de consommation guadeloupéen, les ménages qui paieraient leurs consommations aux prix pratiqués en métropole feraient une économie plus limitée (-7,5%). Les produits locaux, qui sont les plus consommés par les guadeloupéens, sont moins chers que les aliments importés. De 1985 à 2015, les écarts de prix ont peu évolué entre la Guadeloupe et la métropole<sup>38</sup>.

Le coût de la vie reste donc plus cher en Guadeloupe et le pouvoir d'achat des guadeloupéens en est largement impacté. Une plus grande attention devra être portée par l'équipe officinale à ces foyers qui ont des moyens financiers plus limités.

### 3.2. La Sécurité sociale et les aides santé

La Guadeloupe étant un DOM, elle est régie par les mêmes normes et réglementations sanitaires que la métropole, y compris pour ce qui est de la Sécurité sociale. Elle est obligatoire et aide les personnes les plus démunies. Depuis le 1er janvier 2016, date d'application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, la CMU-B (couverture médicale universelle – base) a été supprimée et remplacée par la protection universelle maladie (PUMA). Les conditions d'obtention sont moins contraignantes. La PUMA garantit à toute personne le droit à la prise en charge des soins dès la première heure de travail. À défaut, elle doit justifier de résider en France de façon stable et régulière, pour obtenir la prise en charge de ses frais de santé. La notion d'ayant droit majeur est supprimée. La réforme tend à l'individualisation et l'autonomisation des droits. Chaque majeur aura son propre numéro de Sécurité sociale ainsi que son propre décompte de remboursement. Des cotisations sont exigées de la part des assurés au-delà de certains revenus ou d'un certain patrimoine. Les statistiques sur le taux d'affiliation ou le taux de personnes exonérées de cotisations n'existent pas encore, puisque ce système n'a vu le jour qu'en janvier 2016. Il existe en revanche les derniers chiffres d'affiliation à la CMU-B pour l'année 2015<sup>39</sup>. On constate une très nette supériorité du nombre de personnes ayant recours à cette aide avec 19,3% de la population en Guadeloupe contre seulement 3,1% en métropole.

La CMU-C (Couverture Médicale Universelle – Complémentaire) ainsi que l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) ont été maintenues jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 2019<sup>40</sup>. A cette date, elles ont fusionné en un dispositif unique appelé CSS (Complémentaire Santé Solidaire).

La vie étant plus chère en Guadeloupe et le taux de pauvreté plus élevé, les conditions actuelles d'obtention de la CSS et préalablement de la CMU-C et de l'ACS sont légèrement différentes. Le plafond d'attribution de la CMU-C et de l'ACS était majoré de 11,3% dans les DOM<sup>41</sup>. Le tableau II, ci-dessous, résume les revenus nécessaires à l'obtention de la CMU-C et de l'ACS en 2018.

<b>Revenus inférieurs au plafond</b> (Par an pour une personne vivant seule)	<b>Guadeloupe</b>	<b>Métropole</b>
<b>CMU-C</b>	<b>9806 €</b>	<b>8 810 €</b>
<b>ACS</b>	<b>13 238 €</b>	<b>11 894 €</b>

Tableau II : Revenus nécessaires à l'obtention d'aides de santé en 2018

L'ACS nécessite d'avoir des ressources légèrement supérieures au plafond de la CMU-C mais inférieures à ce même plafond majoré de 35%.

	<b>Guadeloupe</b>	<b>Métropole</b>
<b>CMU-C</b>	<b>27,2%</b>	<b>7,6%</b>
<b>ACS</b>	<b>5,3%</b>	<b>2,4%</b>

**Tableau III : Taux d'ayants droit aux aides de santé en 2018**

La patientèle sera différente de celle que l'on retrouve en métropole. On constate en Guadeloupe, 6 fois plus de CMU-B, 3 fois plus de CMU-C ainsi que le double d'ACS comparativement à la métropole. Il y a donc plus de patients défavorisés avec un faible pouvoir d'achat. Les pharmaciens font donc face à une double contrainte : vendre des produits plus chers qu'en métropole à une population pourtant moins fortunée. Ils doivent également être au centre du système de soins en orientant correctement les patients, pour consulter les médecins, prendre contact avec le personnel médical (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme), les informer sur leurs droits aux différentes aides... Il faut toujours prendre en compte que près d'un quart de la population ne sait pas lire, ils n'ont donc pas forcément accès à toutes les informations sur leurs droits.

## 4. Santé Publique en Guadeloupe

### 4.1. L'état de santé des populations

L'état de santé de la population s'est largement amélioré ces vingt dernières années grâce, notamment, à l'amélioration globale des conditions de vie, aux progrès médicaux et au développement de l'offre de santé. La loi de départementalisation et parallèlement la mise en place de la Sécurité Sociale en 1946 ont été un vrai tournant en termes de Santé publique dans les DOM. Plus récemment la loi HPST (2009) continue à aller en ce sens, instaurant une politique de santé en région, au plus près des besoins de la population.

L'espérance de vie à la naissance progresse régulièrement. En Guadeloupe, l'espérance de vie n'était que de 74,2 ans pour les hommes et 81,2 ans pour les femmes en 2001<sup>42</sup>. En 2019, elle est passée à 76,4 ans pour les hommes et à 84,7 ans pour les femmes. Elle reste cependant inférieure à celle des métropolitains même si l'écart avec la France métropolitaine continue à se réduire. L'espérance de vie a donc presque rattrapé celle de métropole en ce qui concerne les femmes (85,6 ans) mais cet écart se maintient à 2 ans pour les hommes (79,7 ans)<sup>43</sup>. Cette différence d'espérance de vie chez les hommes sera dure à compenser du fait des pathologies chroniques plus élevées qu'en métropole.

En plus d'une surmortalité liée aux traumatismes, empoisonnements et maladies cardiovasculaires, la Guadeloupe bien qu'ayant un taux de mortalité comparable à la métropole se distingue par une forte mortalité prématurée<sup>44</sup>. Un décès sur trois survient en effet avant l'âge de 65 ans. Ce sont les hommes qui en paient le plus lourd tribut.

Le taux de mortalité des Guadeloupéens de moins de 65 ans est de 2,4 ‰ en 2017, c'est plus qu'en France métropolitaine (1,9 ‰). Les décès prématurés des Guadeloupéens de moins de 65 ans sont dus principalement aux tumeurs (57 sur 100 000 habitants), mais pour les hommes, ce sont les causes externes de blessures (dont les accidents de la route représentant 19 personnes sur 100 000) et d'empoisonnements qui arrivent en tête. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (AVC, infarctus...) qui touchent 37 personnes sur 100 000 de moins de 65 ans.

<b>Principales causes de <u>mortalité générale</u></b>	<b>Guadeloupe</b>	<b>Métropole</b>
Maladies de l'appareil circulatoire	26%	26,2%
Tumeurs	23,7%	29,4%
Causes externes de morbidité et de mortalité <sup>vii</sup>	8,5%	6,8%
Autres	41,8%	37,6%
<b>Principales causes de <u>mortalité prématurée</u></b>	<b>Guadeloupe</b>	<b>Métropole</b>
Tumeurs	25,7%	41,3%
Causes externes de morbidité et de mortalité	20,2%	14,9%
Maladies de l'appareil circulatoire	15,8%	12,7%
Autres	38,3%	31,1%

Tableau IV : Mortalité générale et mortalité prématurée, 2008-2013

Le taux de mortalité infantile en Guadeloupe est de 8,0‰ décès sur la période 2016 à 2018. Malgré une baisse significative ces dernières années (50‰ en 1970, 8,7‰ sur la période 2011-2013)<sup>45</sup>, ce taux reste deux fois plus élevé qu'au niveau national sur la même période (3,8‰)<sup>46</sup>.

Pour l'étude de la morbidité, on s'appuiera sur l'enquête « KANNARI : Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles », réalisée en 2013, afin d'évaluer l'état de santé de la population guadeloupéenne en termes de prévalence du surpoids, de l'obésité et de certaines maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle et asthme). Cette enquête est le fruit d'un partenariat entre l'InVS, l'Anses, les ARS, l'observatoire régional de santé de Guadeloupe et l'Insee.

La prévalence du surpoids et de l'obésité est en constante augmentation. La prévalence de la surcharge pondérale (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) s'établit à 57 % dont 23 % de personnes obèses (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). Les femmes guadeloupéennes sont plus touchées que les hommes (63 % versus 50 %). Le sexe et l'âge sont des facteurs associés à un risque de surpoids et d'obésité plus élevé. De même, les guadeloupéens possédant un niveau de diplôme faible ou bénéficiaire d'un des minimas sociaux ont un risque accru. Les résultats de l'enquête ENNS<sup>47</sup> menée en 2006 en France hexagonale sont sensiblement les mêmes. Ils mettent cependant en évidence une surcharge pondérale et une obésité supérieures dans la population féminine antillaise (CONSANT 2007<sup>48</sup>).

<sup>vii</sup> Les causes externes de morbidité et de mortalité correspondent aux causes responsables de lésions traumatiques, d'intoxications et d'autres effets indésirables. Elles incluent les accidents de la route.

La surcharge pondérale et l'obésité abdominale sont deux indicateurs d'excès de masse grasse, facteurs de risque pour le développement de plusieurs maladies chroniques. Ainsi l'enquête montre que près de la moitié des Guadeloupéens ont un risque majoré de maladies cardiovasculaires (première cause de mortalité en Guadeloupe) et de diabète de type 2 (affection de longue durée générant le plus d'admissions en ALD). Surpoids et obésité sont également associés aux troubles musculosquelettiques, en particulier arthrose et certains cancers (endomètre, sein et côlon). La lutte contre le surpoids et l'obésité, « maladie » non transmissible et évitable, est un enjeu majeur de santé publique en Guadeloupe.

Enquêtes avec examen de santé									
Enquêtes	Territoires	Champ	Année	Surpoids			Obésité		
				Hommes	Femmes	Global	Hommes	Femmes	Global
<b>ENNS</b>	France Hexagonale	18-74 ans	2006	41%	24%	32%	16%	18%	17%
<b>CONSANT</b>	Guadeloupe	25-74 ans	2007	37%	34%	-	14%	31%	-
<b>KANNARI</b>	Guadeloupe	≥ 16 ans	2013	37%	32%	34%	12%	31%	23%

Tableau V : Prévalence du surpoids et de l'obésité, résultats des études réalisées de 2005 à 2014

Concernant les maladies chroniques : l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, les cancers et les troubles mentaux représentent 75 % des admissions en affection longue durée (ALD 30).

Le diabète est une pathologie extrêmement répandue en Guadeloupe, 32 746 patients étaient traités de façon régulière pour diabète en 2013<sup>49</sup>. Sa survenue aux Antilles résulte de différents facteurs de risque : génétiques, environnementaux et comportementaux. L'enquête KANNARI a permis d'estimer la prévalence du diabète au sein de la population adulte guadeloupéenne à 11 %. Cette prévalence varie selon le sexe, l'âge et le niveau de diplôme des Guadeloupéens. Les femmes guadeloupéennes sont plus touchées par le diabète que les hommes (14 % vs 8 %). Etre âgé de 55 ans ou plus et être peu ou pas diplômé sont significativement associés à une probabilité de diabète plus grande.

La mesure de la prévalence du diabète dans l'enquête KANNARI est corroborée par l'analyse de la délivrance de médicaments antidiabétiques issue de l'exploitation des bases de l'Assurance maladie (SNIIRAM). Ainsi, la prévalence standardisée du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 8,3 %. Elle est près de deux fois plus élevée qu'en France hexagonale (4,7 %).

En Guadeloupe, sur la période 2011-2013, le diabète est le premier motif d'admission en Affection de Longue Durée (ALD 8), aussi bien chez les hommes que chez les femmes (respectivement 27 % et 32 %). Le DT2 représente 92 % de ces ALD. Près de six personnes sur dix sont âgées de 40 à 64 ans et plus de la moitié de ces admissions concerne des femmes (55%). Le taux d'admissions régional en ALD 8, tant chez les hommes que chez les femmes, est supérieur au taux de la France hexagonale.

Le montant de la consommation en soins des bénéficiaires d'une ALD 8 s'élève à 108 090 361 euros, ce qui représente 0,08 % de l'ensemble des dépenses de soins de l'année dans la région. La consommation de médicaments est le poste qui génère le plus de dépense (39 %) <sup>50</sup>.

En raison de sa prévalence et de ses complications associées, la lutte contre le diabète constitue un enjeu de santé publique national et régional. Il est, en effet, source de nombreuses complications et d'handicaps tels que des neuropathies, néphropathies, rétinopathies, AVC ou encore infarctus du myocarde pouvant sérieusement réduire l'espérance de vie. La déclinaison dans les Outre-mer de la stratégie nationale de santé priorise la lutte contre le diabète en mettant en place différentes actions tant dans le domaine de la prévention que dans le contrôle de la maladie.

L'hypertension artérielle est l'un des principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (AVC, infarctus), première cause de mortalité en Guadeloupe. La prévalence de l'hypertension artérielle est estimée à 39 % sans différence selon le sexe. A titre de comparaison avec la métropole l'enquête ENNS (2006) menée en France hexagonale établissait que 34 % des hommes et 28 % des femmes âgés de 18 à 74 ans étaient hypertendus. L'âge avancé, l'obésité, la précarité ainsi que l'usage d'un traitement hypocholestérolémiant sont des facteurs fortement associés à l'hypertension artérielle dans notre population guadeloupéenne.

L'estimation de la prévalence de l'hypertension artérielle dans l'enquête KANNARI peut être corroborée par l'analyse de la délivrance d'un traitement antihypertenseur à partir de bases médico-administratives. Pour l'année 2014, la prévalence standardisée du traitement antihypertenseur en Guadeloupe était de 20,4 % contre 18,6 % pour la métropole, plaçant la Guadeloupe comme la troisième région ayant la prévalence la plus élevée.

L'hypertension artérielle sévère (ALD 12) était la première cause d'admission en ALD dans la région. Depuis le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011, l'hypertension artérielle ne fait plus partie de la liste des ALD.

Néanmoins, comme pour le diabète, ces résultats confirment que l'hypertension artérielle demeure une maladie à forte prévalence en Guadeloupe et la lutte contre ce « tueur silencieux » doit être maintenue dans les priorités de santé au niveau régional compte tenu de la forte mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires.

L'asthme, dernier volet de l'enquête KANNARI est aussi très présent en Guadeloupe. La prévalence de l'asthme cumulée est relativement élevée chez les enfants âgés de 3 à 15 ans (18 %) et chez les jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans (27 %). L'analyse des ALD, de la mortalité (1,98 décès pour 100 000 habitants contre 1,19 décès en France hexagonale) et des hospitalisations à partir des données du PMSI montre que la Guadeloupe est l'une des régions de France les plus touchées par l'asthme (brume des sables, pollens et sargasses).

L'Insuffisance Rénale Chronique : 140 à 150 nouveaux cas de néphropathies graves sont enregistrés annuellement dont l'évolution se fait dans la majorité des cas vers l'insuffisance rénale. La prévalence est 2 fois supérieure à la moyenne nationale. Les néphropathies sont deux fois plus fréquentes parmi les populations créoles d'origine africaine et indienne que parmi les populations caucasiennes. Les pathologies pourvoyeuses sont principalement l'HTA et le diabète.

Concernant les cancers, la prostate est l'organe le plus fréquemment atteint chez l'homme (55% des cancers), le sein pour la femme (38% des cancers). Bien que leurs fréquences soient moindres qu'en métropole, les tumeurs représentent en Guadeloupe la deuxième cause de mortalité générale et la première cause de mortalité prématurée (Tableau IV). Il semblerait que l'emploi de l'insecticide organochloré, le chlordécone, de 1973 à 1993 aux Antilles pour lutter contre le charançon du bananier soit une des explications de la prédominance de cancers de la prostate en Guadeloupe<sup>51</sup>.

Par ailleurs, les troubles mentaux les plus fréquemment identifiés sont la schizophrénie, la psychose délirante, les troubles en rapport avec des conduites addictives, mais les données sur la santé mentale manquent, notamment sur le suicide.

S'agissant des pathologies infectieuses :

La priorité concerne le VIH/SIDA, la Guadeloupe est la deuxième région française la plus touchée, après la Guyane et devant l'Île de France. Sur la période 2004-2012, la tendance des taux de découverte de séropositivité était à la baisse, elle s'est stabilisée depuis. En 2015, le nombre de découvertes de séropositivité VIH en Guadeloupe était de 342 ppm<sup>viii</sup>. Ces taux restaient près de quatre fois supérieurs à ceux observés en France entière (89 ppm) et plus de six fois supérieurs à ceux de la métropole hors IDF (51 ppm). Les nouveaux diagnostics d'infections à VIH concernent majoritairement les hommes et les personnes âgées de 25 à 49 ans. La classe d'âge la plus touchée reste les 40-49 ans. Les rapports hétérosexuels demeurent le principal mode de contamination, les femmes sont autant affectées que les hommes. Le défi à relever consiste à inciter au dépistage, la Guadeloupe se trouve dans une situation préoccupante car moins de la moitié des personnes malades connaissent leur séropositivité avant d'entrer dans la maladie<sup>52</sup>.

---

<sup>viii</sup> ppm : Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants

Certaines pathologies infectieuses sont spécifiques à la région Antilles-Guyane parce qu'elles sont quasiment inconnues en métropole (la drépanocytose, la lèpre ou certaines arboviroses).

Les arboviroses telles que la dengue, le chikungunya ou encore le zika sont en pleine expansion dans le bassin caribéen. La dengue est très surveillée en Guadeloupe. Sa forme hémorragique depuis le début des années 80 a été à l'origine de plusieurs centaines de décès. Les experts prévoient une dégradation de la situation dans les années à venir. Des épidémies de dengue et de chikungunya ont eu lieu respectivement en 2010 et 2013. La dernière épidémie en date en Guadeloupe est celle du zika entre décembre 2015 et juin 2016<sup>53</sup>. Actuellement, les situations épidémiologiques de la dengue, du chikungunya et du zika sont calmes en Guadeloupe. Ces virus circulent de façon très sporadique. La situation correspond toujours à la Phase 1 du PSAGE pour ces arboviroses en Guadeloupe : « transmission sporadique »<sup>54</sup>. En l'absence de vaccins et traitements spécifiques, la lutte contre le moustique vecteur demeure la seule méthode pour diminuer l'incidence de la maladie. Or les phénomènes de résistance aux insecticides s'amplifient. Dans la sous-partie « Conseils associés et médication officinale », nous aborderons le rôle central du pharmacien dans la lutte contre les arboviroses.

L'incidence de la lèpre est passée de 24/100 000 en 1970 à 1,1/100 000 en 2007. En 2009, la file active comprenait 54 patients. Cette réduction considérable de la lèpre en 50 ans est due à la polychimiothérapie (PCT)<sup>55</sup>.

La leptospirose sévit à l'état endémique. En France, quelques 600 cas annuels sont diagnostiqués chaque année, dont la moitié provient des Départements et Territoires d'Outre-mer où l'incidence peut être 100 fois plus élevée qu'en métropole. En 2019, le nombre de cas de leptospirose a été estimé à 33 cas pour 100 000 habitants en Guadeloupe, stable depuis ces dernières années<sup>56</sup>. La majorité des cas sont diagnostiqués au cours de la saison des pluies et particulièrement au cours des mois de décembre et janvier. Il est néanmoins probable que la surveillance actuelle sous-estime l'incidence réelle de la maladie. Afin d'estimer l'impact sanitaire réel de la maladie aux Antilles françaises, une étude d'incidence a été conduite en 2011. Celle-ci, estimait l'incidence de la leptospirose à 69 cas annuels pour 100 000 habitants<sup>57</sup>. Le caractère émergent de la leptospirose est principalement dû aux changements climatiques (réchauffement climatique et apparition de plus en plus fréquente de phénomènes climatiques extrêmes) et démographiques (augmentation constante de la population résidant dans des bidonvilles)<sup>58</sup>.

Pour la tuberculose, le taux annuel de déclaration a progressivement diminué pour atteindre 4,5 pour 100 000 hab. en 2013. Néanmoins, on constate une légère résurgence liée notamment à la pathologie VIH. Ce taux est encourageant, il est plus faible que celui en métropole qui est de 7,5 pour 100 000 hab. L'âge moyen des malades est de 50 ans et les hommes sont plus touchés que les femmes (sex-ratio H/F = 1,3)<sup>59</sup>.

## 4.2. Les priorités de Santé Publique

La loi HPST présentée par Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé a été promulguée le 21 juillet 2009. Cette loi affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé.

Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de ville, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences régionales de santé (ARS). Ces ARS sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population.

La Guadeloupe, de par ses spécificités, bénéficie pleinement de la politique de régionalisation. La mise en place d'une ARS sur le territoire guadeloupéen permet de pallier les difficultés liées à sa double insularité (éloignement géographique de la métropole et du continent américain). Sa situation géographique, au sein des petites Antilles, lui confère des spécificités climatiques. Son climat tropical favorise le développement de certains agents pathogènes responsables de certaines maladies infectieuses. C'est le cas par exemple du moustique tigre *Aedes albopictus* impliqué dans la transmission de certaines arboviroses ou encore de l'amibe pathogène *Naegleria fowleri* présente dans les eaux de baignades en rivière responsable de graves infections méningées. Ce département est confronté, par ailleurs, à des risques naturels extrêmes tels que : cyclones, séismes, inondations, éruptions volcaniques, mais également invasion des côtes par les sargasses récurrente depuis plusieurs années. En 2007, un plan Séisme Antilles a même vu le jour, prévoyant notamment la rénovation des bâtiments collectifs, écoles et hôpitaux afin que ces bâtiments atteignent les meilleures normes de résistance sismique<sup>60</sup>. Néanmoins, les cyclones IRMA et MARIA qui ont touché les petites Antilles en septembre 2017 ont été particulièrement dévastateurs. A ces spécificités territoriales et climatiques, s'ajoutent des différences sociales, raciales et culturelles qui ont des retentissements sur la santé de la population guadeloupéenne.

La Guadeloupe doit donc faire face en plus des problèmes de santé publique communs aux autres départements métropolitains, à des problématiques qui lui sont propres. L'ARS Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy, par l'intermédiaire de sa délégation départementale basée en Guadeloupe est chargée de la politique de santé sur le territoire guadeloupéen. Ses deux objectifs fondamentaux sont, d'une part de piloter la politique de santé publique et réguler l'offre de santé en Guadeloupe et d'autre part améliorer la santé de sa population et accroître l'efficacité de son système de santé. Pour mener à bien ses deux grandes missions, elle s'appuie sur le projet régional de santé publique Guadeloupe (PRSP Guadeloupe), véritable outil de stratégie et de pilotage et des plans qui en découlent.

L'une des priorités du PRSP est la réduction de la mortalité prématurée, un impératif qui nécessite un effort accru de prévention, de dépistage et de prise en charge des maladies chroniques. L'objectif est de réduire la mortalité infantile, de lutter contre le surpoids, l'obésité et l'inactivité physique, de réduire les risques sexuels et les addictions, de lutter contre les violences et les traumatismes et de prévenir et dépister précocement les cancers.

Depuis plusieurs années, la lutte contre le surpoids, l'obésité et la sédentarité, facteurs de risque majeur de l'HTA et du DT2, auprès des populations ultramarines a été priorisée au niveau national par l'intermédiaire du plan obésité 2010-2013 et du plan National Nutrition Santé (PNNS 2011-2015). Diverses mesures ont été prises dont l'une des plus marquantes est l'adoption de la loi n°2013-453 pour que les industries agroalimentaires respectent dans les territoires d'Outre-mer la teneur en sucre dans les aliments, notamment les boissons et les laitages.

Au niveau régional, ces plans ont été adaptés et de nombreuses actions concrètes de promotion de la santé ont émergé depuis 2006 afin de promouvoir une alimentation équilibrée et de favoriser une activité physique. Dès 2012, l'ARS de Guadeloupe et ses partenaires ont élaboré une émission télévisée sur la nutrition. Cette dernière avait pour principe de proposer aux téléspectateurs une recette, un conseil alimentaire mais aussi, un exemple d'activité physique facile à pratiquer. Cette initiative a été menée suite à la constatation d'un début de changement dans les habitudes alimentaires, à la source d'un double problème nutritionnel. D'une part, on constate une occidentalisation des régimes alimentaires avec plus de produits agroalimentaires transformés, riches en graisses saturées, sucres, sel, conservateurs, colorants... D'autre part, les habitudes alimentaires traditionnelles, ne favorisent pas toujours une alimentation équilibrée ; poulet coco, poulet boucané, colombos, accras et boudins antillais, restent très consommés par la population guadeloupéenne. Ces plats s'accompagnent systématiquement de riz, souvent très cuit, ce qui dégrade l'amidon en sucres rapides au détriment des sucres lents. Sans parler des camions de restauration rapide présents partout au bord des routes vendant des bokits et agoulous, sandwiches locaux très riches eux aussi en matière grasse.

De plus, afin de faciliter l'accès au sport, des parcours sportifs et d'activités physiques ont été aménagés par le Conseil régional dans toutes les communes. Cette mesure résulte de l'étude APHYGUAD<sup>61</sup>, une étude quantitative et qualitative avec une approche sociologique réalisée en 2009 au sein de la population guadeloupéenne âgée de 15 ans ou plus. Elle révélait que 41,3 % des guadeloupéens n'atteignaient pas le niveau d'activité physique recommandée<sup>ix</sup>.

---

<sup>ix</sup> Le PNNS recommande au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide pour les adultes et au moins l'équivalent d'une heure pour les enfants et les adolescents. Le terme "marche rapide" désigne un rythme plus soutenu que celui adopté pendant une promenade. Votre pas est plus énergique, votre respiration un peu accélérée. Pour autant, vous n'êtes pas essoufflé : vous pouvez toujours parler normalement. Sur terrain plat, cette allure se traduit par une vitesse de 4 à 6 km/h.

L'obésité chez les enfants étant un facteur de risque important de la persistance de l'obésité à l'âge adulte, l'ARS en partenariat avec l'instance régionale d'éducation pour la santé de Guadeloupe (IREPS) a accepté le déploiement de programmes de lutte contre la surcharge pondérale de l'enfant. Deux programmes ont été développés : T'caps, visant à augmenter l'activité physique chez les enfants âgés de 13 à 17 ans et « Les écoles Carambole » visant à promouvoir la consommation de fruits et d'eau ainsi que l'activité physique à la récréation dans les écoles primaires. Une action de partenariat a aussi été initiée avec deux lycées pour améliorer la qualité nutritionnelle de la restauration collective.

D'autres mesures viennent compléter les actions de promotion de la santé et de prévention primaire concernant le surpoids et l'obésité : le renforcement de l'éducation thérapeutique et l'amélioration du suivi des patients atteints de maladies chroniques (DT2, HTA, asthme). Cela apparaît comme un enjeu majeur afin que le malade soit acteur de sa prise en charge.

Ces dernières années, l'ARS Guadeloupe et ses partenaires ont multiplié les actions en ce sens. Depuis 2002, ils ont favorisé le développement de réseaux de santé, comme par exemple le réseau HTAGWAD, premier réseau de soins sur l'hypertension artérielle en France et dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins et de contribuer à une prise en charge de façon coordonnée des patients hypertendus guadeloupéens.

Conjointement à la mise en place de ces réseaux, des programmes pour l'éducation thérapeutique (PET) des patients atteints de maladies chroniques ont également vu le jour ainsi que des formations de niveaux 1 et 2 pour les professionnels de santé chargés de leur prise en charge. Une volonté des professionnels de santé locaux dans cette lutte s'en dégage. Ces Programmes d'Éducation Thérapeutique permettent aux patients d'acquérir des connaissances suffisantes sur leur maladie et sur la stratégie thérapeutique adaptée. Depuis février 2013, les diabétiques guadeloupéens disposent eux aussi du service d'accompagnement SOPHIA de l'assurance maladie. Ce dispositif permet aux diabétiques de mieux connaître leur maladie et d'adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications. En 2014, trois diabétiques sur dix avaient déjà adhéré à ce dispositif en Guadeloupe.

L'enquête KANNARI a aussi permis de confirmer l'existence d'une corrélation étroite entre les personnes en surpoids et atteintes de maladies chroniques (Diabète, HTA, Asthme) et les personnes sous diplômées ou en situation de précarité. Agir sur les facteurs d'inégalités sociales et territoriales de santé est une autre des grandes priorités du PRSP Guadeloupe. Il s'appuie sur le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) en faveur des personnes les plus démunies. Il a permis, ces dernières années, la création du PASS du centre hospitalier de Basse Terre, d'un réseau social santé par la CGSS afin de faciliter l'accès à la CMU ou encore la mise en place du dispositif PARADS (pôle d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux) améliorant la prise en charge de ces personnes en situation de précarité.

La promotion d'un environnement sain constitue un autre axe prioritaire du PRSP Guadeloupe, s'appuyant sur le Plan Régional Santé Environnement (PRSE3). Ces principales actions visent à préserver la qualité de l'eau, à rénover les habitats insalubres et logements indignes (Plan logement Outre-mer), à veiller à la qualité de l'air ou encore à lutter contre la pollution des sols.

L'accès à une eau de consommation humaine de qualité nécessite l'achèvement de la couverture du territoire en captages protégés et l'absence de rupture d'approvisionnement en eau notamment en saison sèche. En réalité, ces coupures d'eau sont très fréquentes, certains foyers peuvent être coupés en eau plusieurs fois au cours de la même semaine et certains foyers reculés, dans les « Grands Fonds » par exemple, ont un accès à l'eau très relatif. Cette discontinuité de la distribution en eau est liée à la vétusté des réseaux responsable d'une perte en eau de 55%. La population a alors recours à une eau dont la qualité n'est pas mesurée (eaux de source, stockages d'eau) à l'origine du développement des stades larvaires de moustiques favorisant la propagation des arboviroses ou d'agents pathogènes responsables de pathologies infectieuses. Le Plan national Eau-DOM a été mis en place récemment pour tenter de répondre à cette problématique.

La qualité de l'air est régulièrement surveillée afin de mesurer l'impact de la pollution de l'air par les fines particules des brumes de sables, les pollens allergisants ou encore l'H2S et autres gaz libérés lors d'échouages de sargasses.

A la fin de la saison sèche et avant la saison des pluies, le désert saharien se réchauffe fortement. Les dépressions thermiques qui en résultent soulèvent d'importantes quantités de sable à haute altitude, poussées par le régime des alizés, ces vents d'est localisés sur l'Atlantique. Sous ce flux, les particules les plus fines (PM10) parviennent jusqu'aux Antilles françaises, les premières îles sur leur route<sup>62</sup>.

## La migration du sable du Sahara

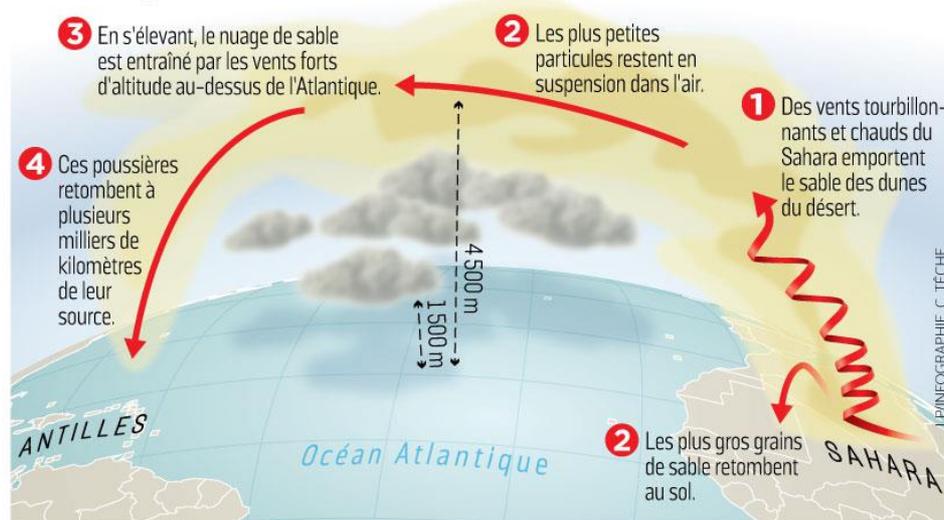


Figure 11 : La migration du sable du Sahara  
Source Le Parisien/Infographie : C. TECHE

L'ARS, pour veiller au contrôle de la qualité de l'air, s'appuie sur GWAD'AIR, l'association agréée de surveillance de la qualité de l'air en Guadeloupe<sup>63</sup>. Créée en 2000 et agréée par le Ministère de l'Environnement du Développement Durable et de l'Energie, elle est née de la LAURE (Loi sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Énergie) promulguée le 30 décembre 1996 qui reconnaît à chaque individu de respirer un air qui ne nuise pas à sa santé. Elle fait partie du réseau national d'Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air (AASQA) regroupées en fédération : la Fédération ATMO France.

Chaque année, GWAD'AIR enregistre régulièrement des taux de PM10<sup>x</sup> dépassant les 50 µg/m<sup>3</sup>/jour, correspondant au niveau d'information et de recommandation auprès des populations à risques (niveau orange sur l'indice Atmo). Plusieurs fois par an, elle enregistre même des taux supérieurs à 80 µg/m<sup>3</sup>/jour correspondant au seuil d'alerte, niveau de concentration de polluants dans l'atmosphère au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé de l'ensemble de la population (niveau rouge sur l'indice Atmo). Il est recommandé pour les personnes à risques d'éviter les déplacements sur les grands axes routiers et aux périodes de pointe, d'éviter les activités physiques et sportives intenses et bien évidemment de favoriser les mesures pour la réduction des émissions de PM10 (réduire la vitesse, privilégier le covoiturage, le transport en commun et les modes de déplacement non polluants et respecter l'interdiction du brûlage des déchets verts). Le pharmacien se devra de relayer ces conseils auprès de la population atteinte de pathologies respiratoires, notamment asthmatique.

Ces dernières années, les épisodes de brumes de sable sont de plus en plus nombreux et persistants sur l'arc antillais. Ces brumes de sable s'aggravent-elles sous l'effet du réchauffement climatique? Aucune étude ne le confirme pour l'instant. Mais elles pourraient être le signe de la déforestation et de la désertification, qui augmentent en Afrique.

La Guadeloupe doit également faire face à des vagues successives d'algues sargasses sur son littoral depuis août 2014. La déforestation apporte d'une part des nutriments via les fleuves Congo et l'Amazonie, d'autre part la brume de sable apporte du fer et du potassium. Ce phénomène est probablement à l'origine de la prolifération de ces algues dans le bassin caribéen. Outre de nombreux effets néfastes à la fois au niveau touristique, économique (dégradation de matériels électriques et électroniques due à l'affinité de l'H<sub>2</sub>S sur l'argent), environnemental (pont de tortue, destruction faune et flore) et sécuritaire (noyade), ces algues ont un impact sanitaire dû à la libération d'H<sub>2</sub>S. Ce gaz est un irritant des voies oculaires et respiratoires mais également un neuro et cardiotoxique à plus forte concentration. Face au nombre croissant de plaintes et d'affections sanitaires, l'ANSES a réalisé en octobre 2015, une expertise relative aux émanations issues d'algues sargasses en décomposition dans les DFA. Ce rapport présente une bibliographie détaillée sur les sargasses et un profil toxicologique actualisé du H<sub>2</sub>S favorisant ainsi la mise en place de mesures de préventions adaptées<sup>64</sup>. Malgré

---

<sup>x</sup> PM10 : particules fines de moins de 10 micromètres de diamètre. Cette pollution est principalement liée au passage des brumes de sables sur l'archipel guadeloupéen, mais également à l'activité humaine (combustion d'énergie fossile, moyens de transport, activités industrielles...). Il est l'un des 4 indicateurs de l'indice ATMO appréciant la pollution atmosphérique. Les autres indicateurs sont l'ozone (O<sub>3</sub>), le dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>), le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>).

un plan d'actions locales axé principalement sur le ramassage rapide de sargasses (les brigades vertes, le Mobitrac, le Sargator et sa barge logistique), les communes sont dépassées par l'ampleur du phénomène. Le maire de Capesterre de Marie Galante espère que l'état de catastrophe naturelle sera déclaré au vu des lourdes conséquences dans sa commune. Le port est envahi d'algues, les pêcheurs ne peuvent plus sortir leurs bateaux et vivre de leur activité. L'air y est devenu irrespirable (lié au dégagement d'H<sub>2</sub>S) obligeant les commerces en bord de mer à fermer. Les habitants résidant également sur le littoral souffrent de problèmes d'irritations respiratoires et pulmonaires.

Le risque de pollution des sols et des aliments par le chlordécone est une autre problématique de Santé Publique aux Antilles, il concerne près d'un cinquième de la surface agricole utile en Guadeloupe<sup>65</sup>. Ses actions sont définies par le plan Chlordécone 3 (2014-2020), et plus largement au sein du futur PRSE 3. Le chlordécone est un insecticide organochloré employé aux Antilles de 1973 jusqu'en 1993, pour lutter contre le charançon du bananier. Sa présence persistante dans les sols, les eaux de rivières et les sédiments est à l'origine de la contamination de certaines denrées alimentaires (viandes, légumes, œufs, poissons). La contamination des populations antillaises par ce pesticide a été montrée par des travaux antérieurs. Le chlordécone est considéré comme perturbateur endocrinien et classé cancérigène possible pour l'homme par l'OMS<sup>66</sup>. Le résultat de l'étude KARUPROSTATE menée par l'Inserm et le CHU de Pointe-à-Pitre en 2010, montre que l'exposition au chlordécone est associée significativement à une augmentation du risque de survenue du cancer de la prostate<sup>67</sup>. Depuis 2002, par l'intermédiaire de plusieurs plans, l'État et ses opérateurs ont mobilisé d'importants moyens, qui ont conduit notamment à la sensibilisation et à la protection de la population, au soutien des professionnels impactés mais aussi à l'amélioration des connaissances sur ce produit. Un Programme Jardins Familiaux (JAFA) auprès des habitants des zones contaminées a été mis en place en 2009, visant à réduire leur exposition au pesticide, poursuivi en 2016, par un nouveau projet d'une maison JAFA de promotion des cultures non contaminantes.

Autre enjeu majeur du PRSP Guadeloupe, les infections sexuellement transmissibles et particulièrement l'infection au VIH. En s'appuyant sur le programme régional de lutte contre le SIDA (PRS), différentes actions de promotion et d'éducation à la santé ont été menées de façon régulière par des associations, vers la population générale et les publics spécifiques (adolescents, prostituées, personnes en situation de précarité). La prostitution est très problématique en Guadeloupe. Les prostituées sont, pour la plupart, étrangères et viennent majoritairement de la région caribéenne (Haïti, République dominicaine, Colombie). En Haïti par exemple, une femme sur deux est touchée par le VIH. De plus, cette population n'a pas accès aux soins de santé globale faute de couverture sociale, parce qu'elles ont peur des contrôles, et du fait de la discrimination dont elles font l'objet. Les caractéristiques socio-historiques et culturelles de la Guadeloupe doivent, elles aussi, être prises en compte, notamment en ce qui concerne le multipartenariat plus répandu qu'en métropole ou encore les échanges économico-sexuels parfois dus à une nécessité financière. Du fait de ce contexte local, les mesures du plan national de lutte contre le VIH et les IST ne doivent pas être les seules privilégiées. Le renforcement de la coordination locale est assuré par le Comité de pilotage pour la communication en matière de lutte contre le VIH-sida (COREVIH) et, au

niveau régional, via le projet de coopération « Pancap » (Pan Caribbean Partnership Against Aids= Association caribéenne de lutte contre le VIH) visant principalement à réduire l'impact de l'infection au VIH/sida aux Antilles et en Guyane.

D'autre part, le PRSP Guadeloupe décline d'autres thèmes : la lutte contre les addictions, la lutte contre le cancer et la prise en charge des personnes drépanocytaires. Il mène des actions de sensibilisation, d'information, de dépistage et d'éducation thérapeutique. Il fait également la promotion d'une meilleure intégration possible des patients dans la société.

Pour mener à bien ces missions, l'ARS Guadeloupe peut s'appuyer sur des partenaires régionaux dont les principaux sont l'ORSAG (Organisme régional à la santé de Guadeloupe), l'IREPS (instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) ou la Cire AG (cellule d'intervention régionale Antilles-Guyane) l'une des 17 cellules du dispositif régional de l'institut de veille sanitaire (InVS). Cette dernière, participe à surveiller l'état de santé de la population guadeloupéenne et à alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique. Elle prolonge l'activité nationale de Santé publique France et apportent à l'ARS Guadeloupe une expertise scientifique et technique, indépendante pour l'aide à la décision dans le champ des missions de Santé publique France. La Cire AG participe également à des études nationales programmées et pilotées par l'InVS. Elle peut être amenée à réaliser des études suite à des sollicitations régionales (étude KANNARI, chikungunya, leptospirose, ...) et à participer à des activités d'enseignement et de formation continue.

Comme nous avons pu le voir, la politique de promotion de la santé menée en Guadeloupe ne peut se faire qu'en intégrant les particularités historiques, sociologiques, culturelles et religieuses des publics visés. Par exemple, la problématique du diabète ne peut être abordée sans prendre en compte les différences comportementales quant à l'expression des goûts alimentaires. L'importance de l'approche magico-religieuse de l'individu et de la société vis-à-vis de la maladie sur les comportements individuels et collectifs doit être tout autant considérée. Il est fondamental de prendre en compte le vécu de la population. Le principal défi pour les décideurs et acteurs œuvrant dans le domaine de la santé publique pour les prochaines années sera d'en être convaincus pour aider nos concitoyens à accepter la responsabilité de la bonne gestion de leur santé.

### 4.3. L'offre de soin

L'offre de soins s'est fortement accrue, toutefois des difficultés particulières liées à l'offre de santé subsistent : une démographie médicale fragile, un retard d'équipement médico-social et une offre hospitalière en tension.

La fragilité de la démographie médicale menace l'accès aux soins : la densité de médecins généralistes est de 142,5 pour 100 000 habitants, contre 153,2 pour 100 000 au niveau national. Plus particulièrement, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, les taux de médecins spécialistes (tous types d'exercice confondus) s'établissent à 139 pour 100 000 habitants en Guadeloupe, contre 185,5 pour 100 000 au niveau national. Ce déficit peut expliquer, en partie, une sous-consommation de soins avec 714 actes médicaux pour 100 habitants en Guadeloupe, contre 994 en France hexagonale (358 versus 524 pour les médecins généralistes). L'attention doit aussi être portée sur certaines professions également déficitaires et notamment les dentistes (densité 45,2 versus 63,8 en métropole), densité faisant de la Guadeloupe la cinquième région française la plus faiblement dotée<sup>68</sup>.

Professionnels de Santé	Guadeloupe		Métropole	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Médecins Généralistes	564	142,5	99 294	153,7
Médecins spécialistes	550	139	119 852	185,5
Ophtalmologues	33	8,3	5 818	9,0
Endocrinologues	9	2,3	1 875	2,9
Néphrologues	15	3,8	1 656	2,6
Chirurgiens - dentistes	179	45,2	41 248	63,8
Infirmiers	4 020	1016	663 162	1 026,5
Opticiens-lunetiers	162	81,9	35 082	108,6
Masseurs-kinésithérapeutes	587	146,7	83 479	129,9
Pédicures-podologues	69	17,4	13 823	21,4
Pharmaciens	383	96,8	72 701	112,5

Tableau VI : La démographie des professionnels de santé en 2017

Les taux d'équipements sont bas, voire insuffisants, dans le domaine des soins de suite et de l'offre médico-sociale : les structures d'accueil et d'hébergement de personnes handicapées ou âgées sont ainsi largement déficitaires.

La situation financière de la plupart des centres hospitaliers du territoire est critique car ils doivent assumer le poids financier d'activités difficiles à équilibrer, notamment du fait de territoires aux aires de recrutement limitées et aux volumétries de public à accompagner limitées.

Le sondage « Baromètre santé DOM 2014 » confirme ces difficultés liées à l'offre de santé et pouvant aller chez certains guadeloupéens jusqu'au renoncement aux soins. Près d'un cinquième des Guadeloupéens (18 %) déclarent avoir renoncé, pour des raisons financières, à des soins dentaires, proportion comparable à celle observée en métropole (17 %). Le renoncement à des lunettes, verres, montures ou lentilles, apparaît en revanche légèrement plus fréquent en Guadeloupe (15 % vs 12 %), de même que le renoncement à une consultation de médecin (généraliste ou spécialiste), qui concerne plus d'un Guadeloupéen sur dix (11 %), situant ce département à un niveau de renoncement supérieur à celui observé en métropole (8 %), mais comparable à celui observé dans les autres DFA.

Parmi les raisons non financières de renoncement à des soins ou examens, 6 % des Guadeloupéens ont renoncé car le cabinet était trop éloigné (7 % en métropole), 7 % à cause de difficultés de transport pour s'y rendre (6 % en métropole). Les plus jeunes sont les plus nombreux à déclarer ces difficultés de transport : 11 % parmi les 15-30 ans (7 % en métropole). D'autre part, 19 % ont déclaré que le délai pour obtenir un rendez-vous était trop long, proportion inférieure à celle observée en métropole (22 %) ou dans les autres DFA.

#### 4.4. L'Ordre des Pharmaciens

L'article L4232-1 du code de la santé publique (CSP) définit la section E de l'ordre des pharmaciens comme étant : « l'ensemble des pharmaciens exerçant leur art dans les départements d'Outre-mer et dans les collectivités territoriales de Saint Pierre et Miquelon ainsi que de Wallis et Futuna ».

L'ordre des pharmaciens est représenté en Guadeloupe par une délégation et non par un conseil régional. Cette délégation est constituée d'un secrétaire qui assure une permanence, ainsi que de plusieurs élus pharmaciens représentant les différents corps de métiers (titulaires, adjoints, biologistes, hospitaliers, industriels...). Ces élus se réunissent une fois tous les deux mois pour aborder les sujets propres à la Guadeloupe. Le délégué (représentant métropolitain) travaille et réside souvent en métropole. Il n'appartient donc pas à la section E mais est représentant d'une délégation de cette section. Cela a été autorisé pour des raisons pratiques afin de s'affranchir des contraintes de distance, et ainsi de s'assurer de la présence au conseil de l'ordre d'un représentant de la délégation dès que cela s'avère nécessaire.

Le président de la délégation ainsi que son délégué métropolitain se rendent une fois tous les deux mois à Paris, au Conseil national de l'ordre afin de faire valider certaines décisions. Par exemple, seul le conseil central peut prendre les décisions relatives aux inscriptions à l'ordre, aux autorisations d'achat d'officine (bien que cela nécessite aussi une autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et du représentant de l'Etat dans le Département) ou aux modifications de statuts. La délégation fait remonter à la section E du conseil central tout évènement justifiant des poursuites pénales (si la Sécurité Sociale décide de poursuivre le pharmacien fraudeur), ou disciplinaire (si un confrère poursuit le pharmacien pour non respect des règles professionnelles). En cas de poursuites disciplinaires, le rapporteur sera un pharmacien d'un autre DOM afin de s'affranchir de tout conflit d'intérêt. En effet avec seulement 160 officines en Guadeloupe, beaucoup de pharmaciens se connaissent et différents intérêts personnels peuvent alors émerger.

La délégation n'ayant pas les mêmes pouvoirs que les conseils régionaux, certaines missions comme « l'aide et dispositif d'orientation des pharmaciens » (ADOP), ne pourront pas être appliquées localement par la délégation. Ces aides logistiques, organisationnelles ou financières que l'on retrouve dans les régions métropolitaines, tendent à subvenir aux besoins des confrères en difficulté financière, administrative ou psychologique. Les pharmaciens, en tant que libéraux, n'ont ni médecine du travail ni direction des ressources humaines. En cas de doute, ils sont seuls à y faire face. C'est pourquoi cette mission avait été créée en métropole et revenait à la charge des conseils régionaux.

La section E de l'ordre se subdivise en sept sous-sections composées de quatre délégations locales (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion) ainsi que de trois délégués afin de représenter Saint Pierre et Miquelon, Mayotte et Wallis et Futuna. Depuis 2005 il n'y a plus la Polynésie française qui possède maintenant son propre Ordre des pharmaciens, tout comme la Nouvelle Calédonie. Quant aux collectivités d'Outre-mer comme Saint Barthélemy ou Saint Martin, elles sont dépendantes de la sous-section de Guadeloupe et appartiennent donc à la section E.

## II. EXERCICE OFFICINAL EN GUADELOUPE

### 1. Pharmacien d'officine

#### 1.1 Le Pharmacien d'officine et sa formation

##### 1.1.1. Les effectifs

Au vu de leur éloignement de la métropole et des spécificités de leur activité, les pharmaciens d'officine ainsi que l'ensemble des pharmaciens exerçant en Guadeloupe appartiennent à la section E de l'ordre national des pharmaciens. On abandonne les critères de l'activité professionnelle pour celui de l'implantation géographique de ladite activité.

En 2020, la section E de l'ordre national des pharmaciens a recensé 466 pharmaciens en Guadeloupe, dont 363 titulaires ou adjoints d'officine. Les pharmaciens d'officine représentent 75% de l'ensemble des pharmaciens présents sur le territoire guadeloupéen, tendance confirmée dans les autres DOM. Les autres sont biologistes, ou exercent dans des établissements de santé, ou dans l'importation et la distribution en gros de produits de santé<sup>69</sup>.

	Titulaires d'officine	Adjoints d'officine	Pharmaciens de l'industrie	Pharmaciens de la Distrib. en gros	Biologistes	Pharmaciens des établissements de santé	Total
<b>Nb. de pharmaciens guadeloupéens</b>	174 (37,3%)	189 (40,6%)	0 (0%)	14 (3,0%)	49 (10,5%)	40 (8,6%)	<b>466 (100%)</b>
<b>Nb. de pharmaciens d'Outre-Mer</b>	689 (36,3%)	742 (39,1%)	3 (0,2%)	56 (3,0%)	205 (10,8%)	202 (10,6%)	<b>1897 (100%)</b>
<b>Nb. de pharmaciens métropolitains</b>	25518 (35,4%)	27014 (37,1%)	4111 (5,7%)	1182 (1,6%)	6858 (9,5%)	7517 (10,4%)	<b>72000 (100%)</b>

Tableau VII : Effectifs des pharmaciens guadeloupéens et métropolitains par métier en 2020

Ces pharmaciens en Guadeloupe représentent 24,6% des pharmaciens inscrits à la section E, qui regroupe 1897 pharmaciens exerçant également dans les DOM que sont, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte ainsi que les collectivités d'Outre-mer comme Saint Pierre et Miquelon, ainsi que Wallis et Futuna. La répartition des effectifs des pharmaciens par métier est sensiblement identique en Guadeloupe et en métropole. Les principales différences concernent les secteurs de la distribution en gros et de l'industrie pharmaceutique. Comme en atteste l'absence de pharmaciens dans le secteur industriel dans le tableau VII, l'industrie pharmaceutique est inexistante en Guadeloupe, secteur jugé peu rentable par les laboratoires pharmaceutiques. L'approvisionnement en produits pharmaceutiques est par conséquent tourné quasi-exclusivement vers la métropole.

En revanche, il est plus difficile pour un jeune pharmacien de trouver du travail en Guadeloupe du fait de son attractivité. En effet, de nombreux jeunes essaient de vivre quelques années dans les DOM après l'obtention de leur diplôme, afin de profiter du cadre de vie plaisant tout en commençant à acquérir de l'expérience sur le marché du travail. La demande est bien plus forte que l'offre, ainsi les opportunités d'emplois qui étaient nombreuses il y a encore 15 ans, deviennent de plus en plus rares.

### 1.1.2. Les syndicats d'officine

En Guadeloupe, comme dans chaque région, une union régionale des professionnels de santé (URPS) rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions ont été créées lors de la promulgation de la loi HPST. Leurs missions sont les mêmes qu'en métropole. Les pharmaciens d'officine élus ont pour mission de contribuer à l'organisation de l'offre de santé régionale et de développer les nouvelles missions du pharmacien. La durée du mandat des membres des assemblées des unions régionales des professionnels de santé est de cinq ans, renouvelable, à compter de la première réunion de l'assemblée.

	<b>Guadeloupe</b>	<b>Métropole</b>
<b>FSPF</b>	<b>100% (3 sièges)</b>	<b>58,96%</b>
<b>USPO</b>	<b>0%</b>	<b>41,04%</b>

Tableau VIII : Résultats des élections URPS 2021 pour les pharmaciens<sup>70</sup>

En Guadeloupe, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)<sup>71</sup> est le seul syndicat présent actuellement (annexes 1 et 2). Avec seulement 11,4% des suffrages, l'USPO n'a aucune représentativité et par conséquent n'a pas le droit de négocier avec l'assurance maladie. A l'échelle nationale, la FSPF reste également la première organisation professionnelle représentative des pharmaciens libéraux conventionnés.

### 1.1.3. La formation

Au lendemain de la Restauration, en 1815, le gouvernement français se préoccupe de l'enseignement au sein de ses colonies. Il faudra attendre cependant plusieurs décennies avant qu'un enseignement supérieur soit mis en place, et plus encore pour l'enseignement de la pharmacie. Les pharmaciens coloniaux occupèrent une place importante dans l'enseignement supérieur dispensé Outre-mer<sup>72</sup>.

En Guadeloupe, contrairement à l'enseignement des études médicales<sup>73</sup> qui a vu le jour en 1988, date de création de la faculté Hyacinthe Bastaraud et de nomination des premiers professeurs, il n'est toujours pas possible pour les jeunes guadeloupéens de suivre une formation pharmaceutique aux Antilles.

La faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud de l'université des Antilles, établie sur le campus de Fouillole (Annexe 3) à Pointe-à-Pitre offre depuis de nombreuses années, aux jeunes guadeloupéens désireux de devenir pharmaciens, la possibilité d'effectuer leur 1<sup>ère</sup> année d'étude en Guadeloupe. Toutefois, en cas de validation de cette 1<sup>ère</sup> année, ils devront poursuivre leurs études en métropole à la faculté de Bordeaux ou celle de Toulouse.

Depuis l'année universitaire 2020-2021, comme le précise le décret du 4 novembre 2019<sup>74</sup>, le Parcours d'Accès Spécifique aux Soins (PASS) est une des nouvelles voies d'accès aux études de santé : Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie et Kinésithérapie (MMOPK). Il remplace la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES).

Comme les autres universités de métropole, l'UFR Santé de l'université des Antilles a dû se conformer à cette nouvelle réforme. Le PASS est une formation en un an délivrant 60 crédits avec un tronc commun (la majeure) en Sciences de la Santé et une option (la mineure) dans une discipline autre que celles de la santé, à choisir obligatoirement lors de son inscription via Parcoursup.

A ce jour, les options disponibles à l'UFR Santé de l'université des Antilles sont les suivantes :

<b>En Guadeloupe :</b>	<b>En Martinique :</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Option Droit</li><li>• Option Économie Gestion</li><li>• Option Sciences Politiques</li><li>• Option Mathématiques</li><li>• Option Informatique</li><li>• Option Physique-Chimie</li><li>• Option Sciences pour la Santé</li><li>• Option Sciences de la Vie et de la Terre</li><li>• Option STAPS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Option Droit</li><li>• Option Économie Gestion</li><li>• Option Sciences Politiques</li><li>• Option Sciences de l'éducation</li><li>• Option Information et communication</li><li>• Option Géographie et aménagement</li><li>• Option Mathématiques</li><li>• Option Physique-Chimie</li><li>• Option Sciences de Vie</li></ul>

Tableau IX : Liste des options disponibles à l'UFR Santé de l'université des Antilles dans le cadre du PASS

L'objectif de cette réforme est de diversifier les profils des étudiants qui seront admis dans les formations de santé et de favoriser la poursuite des études pour ceux qui auront validé les 60 crédits du PASS et ne seront pas admis en 2<sup>ème</sup> année des études de santé de leur choix. En fonction de l'option qu'ils auront choisie, ils pourront intégrer la Licence Accès Santé (LAS 2<sup>ème</sup> année) correspondante. Le redoublement en PASS ne sera pas autorisé.

Les enseignements du PASS se déroulent en distanciel pour les unités d'enseignement de la majeure Santé. Les supports de cours sont disponibles sur la plateforme numérique de l'Université des Antilles. Les cours des mineures disciplinaires sont organisés en présentiel directement dans les UFR partenaires.

Chaque année, l'Université des Antilles détermine, en fonction des besoins du territoire, sa capacité de formation, c'est-à-dire le nombre d'étudiants admis en 2<sup>ème</sup> année de pharmacie, comme pour chaque filière de santé, en lien avec l'ARS. Le numérus clausus est dorénavant remplacé par le numérus apertus. Contrairement au numérus clausus, nombre déterminé d'avance, rigide, non modifiable, il se veut plus flexible. En effet, il se veut plus rationnel pour s'adapter aux besoins en offre de soins de chaque territoire.

A noter que la filière restera toujours aussi sélective, le nombre de places devrait être sensiblement le même qu'aujourd'hui. Bien qu'ayant gagné 2 places, le numérus clausus Pharmacie aux Antilles, pour l'année universitaire 2019-2020 était de 7. Parallèlement, les effectifs en PACES n'ont cessé de croître, passant de 751 guadeloupéens en 2011 à 1104 en 2018 (dont 793 femmes soit 72% des candidats)<sup>75</sup>.

Au cours de son 1<sup>er</sup> semestre, l'étudiant guadeloupéen désireux de devenir pharmacien optera pour la filière Pharmacie parmi les 5 qui lui sont proposées (MMOPK). Il peut éventuellement être candidat à plusieurs filières. Par la suite, il sera soumis à 2 sessions d'examens, l'une en janvier et l'autre en mai. A l'issue de cette 2<sup>ème</sup> session d'examens, un jury d'admission désigné pour la filière pharmacie se réunit et classe tous les candidats qui ont validé les 60 crédits. Sur l'ensemble des candidats admissibles, 50% des candidats seront admis directement en 2<sup>ème</sup> année, en se basant sur les meilleurs résultats. Les 50% restants seront convoqués aux épreuves orales (épreuves portant sur 3 mini entretiens).

Bien que l'admission en 2<sup>ème</sup> année des études de santé ne se présente plus sous forme d'un concours en tant que tel, elle demeure sélective avec un nombre de places limitées. Il est, par conséquent, vivement conseillé aux étudiants guadeloupéens de suivre cette filière initiale locale. Auparavant, lorsque ces étudiants se présentaient aux concours en métropole ils ne bénéficiaient pas d'une égalité des chances avec leurs camarades autochtones. En effet, à la difficile transition du lycée vers l'université, qui concernait tout le monde, s'ajoutaient la séparation des parents, celle des amis, le décalage horaire, la confrontation à des conditions météorologiques défavorables en particulier la baisse de la luminosité dont on sait les effets délétères sur le moral, l'immersion dans une grande ville, des habitudes de vie, une alimentation différente, sans parler de la gestion quotidienne des contingences matérielles et du surcoût supporté par les familles. Tout cela dans une ambiance d'âpre compétition conduisait le plus souvent à l'échec.

La possibilité pour les jeunes guadeloupéens de réaliser leur 1<sup>ère</sup> année d'étude de santé en Guadeloupe a rétabli l'égalité des chances. Avec le recul, nous observons que les étudiants issus de cette filière et qui ensuite poursuivent leurs études en métropole le font avec le même succès que leurs collègues issus des concours métropolitains, témoignant ainsi de la qualité de la formation qu'ils ont reçue et de la sélectivité comparable de concours et/ou examens.

## 1.2 Le Pharmacien d'officine et sa relation avec la patientèle

### 1.2.1 Les conseils associés et médication officinale

#### ❖ Problèmes majeurs de Santé Publique inscrits au PRS<sup>76</sup>

- **Maladies chroniques (diabète et HTA)**

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la Guadeloupe est l'une des régions les plus touchées par les maladies chroniques, notamment celles liées aux comportements et aux conditions de vie (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, AVC).

Il existe en effet plusieurs déterminants principaux de santé (Lalonde, 1974) : les habitudes de vie (qui entrent à hauteur de 43% dans la détermination de l'état de santé), les facteurs d'environnement (19%), les facteurs biologiques (27%) et le système de santé (11%) qu'il faut prendre en considération de façon systémique.

Suite à ce constat, les autorités de santé ont donc décidé d'agir sur ces déterminants, particulièrement les deux premiers, en renforçant la prévention, la promotion de la santé et le dépistage, mais également en agissant sur les facteurs biologiques pouvant avoir un impact sur la santé de la population. Le PRS 2018-2023 affirme l'objectif de réorienter la dépense de soins vers la prévention et la promotion de la santé pour favoriser l'éducation à la santé de tous.

Le pharmacien d'officine guadeloupéen a un rôle majeur à jouer dans ce domaine. De par sa proximité et sa disponibilité, le pharmacien d'officine est un interlocuteur privilégié pour la population guadeloupéenne. D'autant plus, que la Guadeloupe doit faire face à des difficultés particulières liées à l'offre de santé (démographie médicale fragile, offre hospitalière en tension, retard équipements médico-sociaux).

Le pharmacien d'officine guadeloupéen doit porter une attention toute particulière à la prévention et à la promotion de la santé en renforçant au sein de son officine les actions de prévention aussi bien primaire, secondaire que tertiaire.

#### *Prévention primaire<sup>xi</sup>*

Dans le cas de l'HTA ou du DT2, le trouble apparaît insidieusement et silencieusement, d'autant plus précocément que le sujet est exposé à certains facteurs de risque. Parmi ces facteurs de risque, le vieillissement qui favorise la perte d'élasticité des artères ou encore les prédispositions génétiques (antécédents familiaux) constituent des facteurs de risque non modifiables. Mais d'autres facteurs de risque sont déterminés par des habitudes ou une hygiène de vie qu'il est possible de modifier : le surpoids, la sédentarité, une consommation élevée de sel, le tabac ou encore l'alcool. C'est sur ces facteurs de risque que le pharmacien doit alerter sa patientèle.

---

<sup>xi</sup> Prévention primaire : Action de prévention en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque)

Le pharmacien d'officine doit insister sur l'importance des règles hygiéno-diététiques. Il doit encourager ses patients à avoir une activité physique régulière et une alimentation saine pour éviter la survenue de maladies chroniques.

### *Activité physique régulière*

Le surpoids et l'obésité sont des véritables fléaux en Guadeloupe.

Au cours de la dispensation des médicaments, le pharmacien d'officine doit continuer à faire passer certains messages initiés par les autres professionnels de santé sur l'importance de pratiquer une activité physique régulière et d'éviter la sédentarité.

Certains patients ne prennent aucun plaisir dans la pratique du sport et l'intégrer dans leur vie quotidienne leur paraît insurmontable. Le pharmacien doit dédramatiser la situation et faire comprendre au patient que l'activité physique ne se limite pas à la pratique sportive et qu'il n'est pas nécessairement obligé de pratiquer une activité physique d'intensité élevée. Il peut se contenter d'activités plus modérées : se déplacer, porter une charge, monter ou descendre les escaliers, tondre la pelouse, bricoler, être actif à son domicile.

Le pharmacien doit également encourager ces patients à réduire leurs comportements sédentaires, en réduisant la durée totale passée quotidiennement assis et en interrompant les temps prolongés de sédentarité par des pauses actives. C'est la concomitance de l'augmentation de l'activité physique et de la réduction des temps cumulés et continus de sédentarité qui produira les effets les plus marqués sur la santé.

Depuis le mois de mars 2011, avec le concours du Conseil Régional et des collectivités, l'ARS Guadeloupe Saint Martin Saint Barthélemy permet à tous les guadeloupéens de disposer dans leur commune d'un parcours de santé sportif sécurisé (P3S). Parce que le P3S est destiné avant tout au public « non sportif », il est animé 3 heures par semaine par un professeur en activité physique adaptée, animation pilotée par l'association " Groupe HTA-Guadeloupe " qui coordonne le réseau HTA-GWAD. Leur accès est libre et gratuit.

L'animation des ateliers est assurée essentiellement par le Comité Départemental d'Education Physique (CODEP), aidé par d'autres associations sportives telles que l'Association « FIT FORM CONCEPT » intervenant depuis le mois de novembre 2019 sur les communes de Sainte-Rose et du Lamentin. Le planning (annexe 4) est diffusé sur le site de HTA-GWAD et sur la page Facebook « Boujé Se' Santé' »<sup>77</sup>. On y retrouve également des informations qui font la promotion des manifestations sportives en Guadeloupe ainsi que divers contenus favorisant l'exercice physique pour tous (annexes 5-6). Comme l'atteste le rapport Virolan, les P3S sont une véritable réussite. Les usagers sont quasi-unanimes sur le fait que l'installation des parcours sportifs de santé sécurisés est une bonne initiative du conseil régional qui œuvre pour la santé des Guadeloupéens<sup>78</sup>.

Le pharmacien doit impérativement s'engager aux côtés de la région et des divers acteurs oeuvrant dans la lutte contre le surpoids et l'obésité. Il doit s'efforcer de relayer les informations et les initiatives mises en place par ces différents acteurs.



Figure 12 : Cartographie des P3S en Guadeloupe  
Source : Google Maps



Figure 13 : Affiche Boujé Sé Santé (P3S)  
Source : GIP-RASPEG

Au cours de l'exercice physique, les patients atteints de diabète de type 2 devront prévenir et maîtriser le risque d'hypoglycémie en adaptant leurs apports glucidiques et leur insulinothérapie, tout en surveillant leur glycémie.

### Alimentation saine et équilibrée

Depuis plusieurs décennies, la Guadeloupe connaît ainsi une transition nutritionnelle avancée, avec le recul des féculents, des aliments végétaux, la montée des protéines animales, des glucides rapides et des produits nouveaux (fast-foods, produits issus de l'industrie agroalimentaire), mais aussi une offre alimentaire plus diversifiée. Cette tendance est plus marquée chez les jeunes. Ainsi, chez les 16-29 ans, les apports sont faibles en fruits, légumes et produits laitiers. La diminution des glucides complexes manifeste le recul du modèle traditionnel. Le riz renvoie aux plats de la tradition guadeloupéenne, avec la viande et la volaille. Les jeunes semblent se détourner des produits de la pêche et tendent à acheter du poisson surgelé importé, moins onéreux.

Cette perte des habitudes alimentaires traditionnelles et la disparition progressive de l'agriculture locale expliquent en partie le constat alarmant fait par l'Institut de Recherche et Développement (IRD) concernant l'obésité et maladies chroniques liées à l'alimentation<sup>79</sup>. A cela, s'ajoute le coût des produits de meilleure qualité ou frais ainsi que la teneur en sucre des produits de l'industrie alimentaire, bien trop importante.

Le pharmacien d'officine doit rappeler à ses patients que bien manger, cela revient à adopter une alimentation variée et équilibrée. Il doit insister sur le fait qu'on peut manger de tout, mais en quantités adaptées, en privilégiant les aliments bénéfiques à notre santé (fruits, légumes, féculents, poissons...) et en limitant la consommation de produits sucrés (confiseries, boissons sucrées...), salés (gâteaux apéritifs, chips...) et gras (charcuterie, beurre, crème...). Les patients diabétiques doivent être également vigilants à bien étaler leurs apports en glucides sur la journée. Ils ne doivent pas grignoter, « sauter des repas » au risque de perturber leur équilibre glycémique. En fonction des résultats des autocontrôles glycémiques, il peuvent ajouter aux principaux repas 1 à 3 collations par jour, notamment des fruits riches en fibres alimentaires. Ces fibres ont des effets bénéfiques : elles ralentissent l'absorption des sucres et du cholestérol, permettent d'éviter une hyperglycémie après le repas, améliorent le transit intestinal et réduisent par ailleurs les fringales.

Le changement des habitudes alimentaires est vu par les patients diabétiques et les patients hypertendus comme un processus contraignant ayant un fort impact sur leur vie quotidienne, souvent à l'origine de frustrations. Les activités et sorties à risque de tentation alimentaire sont particulièrement redoutées, et souvent évitées de peur de « céder » pouvant entraîner une désocialisation des patients. Au comptoir, de nombreux patients m'ont expliqué que la difficulté à « résister à la tentation », « l'envie de se faire plaisir », « l'envie de manger comme tout le monde », ou la lassitude étaient à l'origine des écarts alimentaires.

Pour ne pas accentuer ce sentiment, le pharmacien d'officine doit adapter ses conseils au patient. Il faut lui faire comprendre qu'il n'y a pas d'aliments interdits : se priver complètement d'aliments que l'on aime ne fait qu'augmenter son envie de les consommer. En revanche, il faut qu'il soit attentif à la fréquence à laquelle il les mange et à la portion ingérée. Le pharmacien doit fixer avec le patient des objectifs personnalisés et réalistes qu'il pourra tenir sur le long terme. Il doit faire prendre conscience ou rappeler aux patients que le repas est un moment de partage convivial en famille ou entre amis et l'importance de se réunir autour de repas réguliers (3 repas/jour). Il doit valoriser la notion de plaisir alimentaire : « plaisir de cuisiner », « plaisir de manger ».

La gastronomie guadeloupéenne est une cuisine riche basée sur un modèle créole métissé d'influences indiennes, africaines et caribéennes. La cuisine antillaise n'est pas incompatible avec les recommandations alimentaires, bien au contraire. Du fait de la situation insulaire du territoire, elle valorise les produits issus de la mer et privilégie les fruits de mer (crevettes, lambis, langoustes, crabes) et les poissons comme le vivaneau, la dorade, le thon. Pour ce qui est de la viande, les Antillais sont de grands amateurs de poulet qu'ils cuisinent de nombreuses manières (en grillade, en sauce, en curry,...). On retrouve également dans les plats antillais, nombreux produits locaux : fruits tropicaux, manioc, légumes, racines. La diversité d'épices, plantes aromatiques (bois d'Inde, clou de girofle, laurier, ...) et piments, utilisés en marinade pour relever viandes et poissons pourront venir remplacer l'apport en sodium contre-indiqué chez les patients hypertendus. Tous ces aliments : poissons, viandes maigres (poulet), légumes, fruits qui font partie intégrante de l'alimentation traditionnelle guadeloupéenne sont également des aliments de choix, recommandés pour une bonne alimentation.

Autre point important que le pharmacien doit encourager est de manger local : favoriser les circuits courts et l'alimentation non transformée. La Guadeloupe dispose de nombreux aliments locaux aux qualités nutritionnelles exceptionnelles avec un indice glycémique faible. Le soleil inonde ces fruits et légumes de vitamines. Il faut privilégier les produits frais et non transformés car ils contiennent plus de vitamines, sont moins chers tout en étant plus respectueux de notre environnement. Le pharmacien peut également encourager son patient à l'autoproduction dans son propre jardin créole permettant dans le même temps de favoriser l'activité physique. La région mène également de nombreuses initiatives soutenant cette marche en avant vers l'autonomie alimentaire comme le projet « Jaden bocaz » qui a vu le jour en décembre 2020. La communauté Cap Excellence, appuyée par l'aide financière et le soutien de la DAAF a distribué des plants maraîchers de saison tels que du chou, des tomates, des courgettes ou du persil aux habitants volontaires des villes membres de la communauté d'agglomération<sup>80</sup>.

De plus, pour certains, cuisiner et manger varié est un plaisir voire une passion. Pour d'autres, c'est une vraie corvée ! Le pharmacien peut accompagner ces patients en leur fournissant des outils et des astuces pour cuisiner plus facilement. Il peut ainsi leur communiquer « la fabrique à Menus » que l'on retrouve sur le site « Manger Bouger » proposant des menus de saison variés pour manger équilibré toute la semaine en accord avec les repères nutritionnels du PNNS<sup>81</sup>. Ces menus sont accompagnés de la liste de courses adaptée, personnalisable et modulable. On retrouve également sur ce site des calendriers de saison ou encore une table de conversion bien pratique au moment de composer ces repas. Si le patient veut préparer des repas plus traditionnels, le pharmacien peut l'orienter vers les livrets de recettes du programme Jafa<sup>82</sup> (Livret fruits, légumes & féculents de Guadeloupe, Livret recettes Bananes (pòyò, plantain...), Livret recettes Fruit-à-Pain, Livret recettes Pois-Pays), les recettes du programme TITIRI<sup>83</sup> tournées vers les produits de la mer et des rivières ou encore le magazine trimestriel guadeloupéen Kannari Pann<sup>84</sup>. Toutes ces recettes et conseils sur la consommation de certains aliments sont consultables et téléchargeables gratuitement sur leurs sites respectifs. Les programmes Jafa et TITIRI ont essentiellement pour vocation de sensibiliser la population guadeloupéenne au chlordécone.

Autre difficulté pour le pharmacien dans sa PEC du surpoids et de l'obésité au comptoir est la difficulté financière de certains ménages impactant leur budget alimentaire. Le coût élevé des produits de meilleure qualité ou frais est une réalité et certains ménages peinent à manger sainement. La faiblesse de la production locale fait que 80 à 90% des produits alimentaires sont importés dans ces territoires. Ils viennent essentiellement de l'hexagone et coûtent selon le rapport de l'IRD entre 20 et 30% plus cher qu'à Paris ou Marseille. Le pharmacien d'officine doit adapter son discours et communiquer sur les actions solidaires de la région en faveur des guadeloupéens les plus démunis : dispositif « Epicerie solidaire » ou encore le dispositif « Panier Pays » ciblant les bénéficiaires du RSA ayant une problématique de santé : diabète, obésité, hypertension artérielle, nécessitant un régime alimentaire adapté.

#### *Prévention secondaire<sup>xiii</sup>*

Le pharmacien d'officine participe à la prévention secondaire des maladies chroniques en réalisant des tests de glycémie et en effectuant des prises de tension régulières à l'officine. C'est l'occasion pour le pharmacien de familiariser son patient à l'usage d'un tensiomètre (brassard ou poignet). Il pourra ainsi s'il le souhaite en acheter un et mesurer soi-même sa tension artérielle à domicile. En cas d'hypertension ou d'une glycémie anormalement élevée, le patient pourra alors être orienté vers un généraliste ou un spécialiste.

Le pharmacien pourra également informer sa patientèle de l'existence d'autres centres de dépistage mis à sa disposition par la région. Parmi ces belles initiatives, on retrouve les villages Santé et rencontres sportives ou encore le bus dépistage santé de la croix rouge qui sillonne les routes guadeloupéennes pour aller au plus près des populations socialement et/ou géographiquement éloignées du système de santé. Ces deux manifestations mettent à disposition des IDE pour informer, sensibiliser et dépister les personnes hypertendues, diabétiques ou en surpoids. Le dépistage du VIH est également possible.

---

<sup>xiii</sup> Prévention secondaire : Action à un stade précoce de l'évolution de la maladie (dépistages)



Figure 14 : Bus dépistage Santé Bô Kaz  
Source : Croix Rouge



Figure 15 : Village Santé  
Source : France Antilles

### ✚ Prévention tertiaire<sup>xiii</sup>

Le pharmacien a également un rôle prépondérant à jouer dans la prévention tertiaire qui consiste à éviter la survenue de complications. Le pharmacien devra donc s'assurer de la bonne compréhension par le patient de sa maladie et du traitement qui en découle. Il devra s'appuyer sur les outils déjà existant en Guadeloupe comme le réseau HTA-GWAD et le Programme d'Éducation Thérapeutique à l'hypertension artérielle « PET-HTA ». Ces mesures visent à rendre le patient toujours plus acteur de sa pathologie. Ce programme se compose de plusieurs séances consacrées au diagnostic éducatif, au suivi de la pathologie, à l'éducation à l'automesure tensionnelle, à la connaissance de la maladie et du traitement, à des prises en charge diététique, à des prises en charge psychologique, à des prises en charge par un éducateur sportif. Le programme s'adapte aux besoins du patient et à son projet.

Depuis décembre 2016, le PET pour les patients sous anticoagulants a été agréé par l'ARS et est un nouveau programme sur lequel le pharmacien peut s'appuyer pour accompagner ses patients sous anticoagulants. Ce PET est accompagné d'un outil pédagogique très novateur intitulé « AvODé AVoKa », utilisé pour consolider l'acquisition des connaissances du patient en fin de programme.



Figure 16 : Outil pédagogique : « AvODé AVoKa »  
Source : Revue HTA-GWAD

<sup>xiii</sup> Prévention tertiaire : Action de prévention sur les complications et les risques de récidence

Les pharmaciens d'officine guadeloupéens qui en ont la possibilité doivent s'efforcer de mettre en place des entretiens pharmaceutiques visant à accompagner les patients sous anticoagulants oraux et plus particulièrement ceux sous médicaments AVK. Ces entretiens pharmaceutiques, bien que très appréciés par les patients, sont insuffisamment développés par les pharmaciens, faute de temps, de locaux adaptés et d'une rémunération jugée insuffisante.

Toutefois, la non observance thérapeutique n'est pas corrélée uniquement au niveau de connaissance de la maladie des patients guadeloupéens. Comme en métropole, on retrouve les freins récurrents à la prise d'un traitement chronique. Certains sont liés aux patients (âge, contraintes socio-professionnelles, croyances, ...), à la maladie (durée, complications, ...), au traitement en lui-même (contraignant, efficacité, tolérance, ...) ou encore au système de santé (manque de communication, isolement médical, ...).

Cependant, les guadeloupéens atteints de pathologies chroniques semblent moins observants que leurs homologues métropolitains. Nombreux patients guadeloupéens au comptoir nous ont révélé avoir un avis négatif sur les médicaments et arrêter volontairement leur traitement afin de « nettoyer leur corps ». Pendant ces interruptions de traitement, certains patients nous ont confié avoir recours à des traitements alternatifs essentiellement des remèdes traditionnels à base de plantes médicinales. En Guadeloupe, les plantes « amères » sont réputées pour le traitement du diabète ou de l'hypertension : Liane Serpent (*Tinospora crispa* L.), le Paroka (*Momordica charantia* Linn.), le Caillemite (*Chrysophyllum cainito* L.), la Grenn anba fèy (*Phyllanthus amarus* S. et T.) et l'Aloès (*Aloë vera* L.). Parmi celles-ci, certaines possèdent des propriétés antidiabétiques, antihypertensives et hypolipémiantes confirmées par plusieurs études<sup>85</sup>. Certains guadeloupéens nous ont confié également avoir des doutes sur l'efficacité du traitement et craignent que les médicaments soient nocifs à long terme et s'accumulent dans l'organisme. Les croyances d'ordre magico-religieuses sont également bien présentes au sein de la population guadeloupéenne (pied diabétique dans le DT2) mais ne paraissent pas être un frein à l'observance médicamenteuse.

Au vue de l'incidence des maladies chroniques en Guadeloupe, il est fortement recommandé aux pharmaciens d'officine guadeloupéens de renforcer leurs connaissances en nutrition. La réalisation d'un DU de nutrition et/ou micronutrition appliqué à la pratique officinale pourrait être un plus pour aborder la problématique de la nutrition en Guadeloupe et plus largement dans les DOM. On peut retrouver sur le site de l'ANEPF l'ensemble des DU abordant le thème de la Nutrition élaboré par les universités<sup>86</sup>.

- **Arboviroses**

Les arboviroses telles que la dengue, le chikungunya ou encore le zika sont en pleine expansion dans le bassin caribéen. Elles sont transmises par des moustiques qui appartiennent au genre *Aedes* (essentiellement *Aedes aegypti* aux Antilles) et piquent habituellement le jour. En l'absence de vaccins et traitements spécifiques, la lutte contre le moustique vecteur demeure la seule méthode pour diminuer l'incidence de la maladie. La meilleure protection contre les piqûres de ces moustiques est l'application de répulsifs cutanés sur les parties non couvertes du corps, l'utilisation de vêtements couvrants, voire imprégnés d'insecticides, et de la moustiquaire (imprégnée ou non) lorsque cela est possible. Or les phénomènes de résistance aux insecticides s'amplifient.

- **La dengue**

<b>Epidémiologie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ épidémie en Guadeloupe survenue en 2010</li> <li>✓ délai d'incubation : 4 à 7 jours (manifestation brutale), brève rémission (J3-J4) puis les symptômes s'intensifient</li> </ul>
<b>Signes cliniques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ formes asymptomatiques</li> <li>✓ syndrome grippal sévère (fièvre élevée, maux de tête, douleurs musculaires et articulaires)</li> <li>✓ nausées et vomissements</li> <li>✓ éruption cutanée ressemblant à celle de la rougeole</li> <li>✓ hémorragies conjonctivales, saignements de nez, ecchymoses</li> </ul>
<b>Formes sévères et complications</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dengue hémorragique (1% des cas) <ul style="list-style-type: none"> <li>- le plus souvent à l'occasion d'une deuxième exposition</li> <li>- Hémorragies multiples, notamment gastro-intestinales, cutanées et cérébrales, surviennent souvent.</li> </ul> </li> <li>✓ Dengue avec syndrome de choc <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat de choc hypovolémique peut s'installer (refroidissement, moiteur de la peau et pouls imperceptible signalant une défaillance circulatoire), douleurs abdominales</li> <li>- Potentiellement mortelle sans perfusion</li> </ul> </li> </ul>
<b>Personnes à risques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ enfants de moins de 2 ans</li> <li>✓ drépanocytaires,</li> <li>✓ femmes enceintes,</li> <li>✓ personnes âgées,</li> <li>✓ immunodéprimées ou ayant subi une intervention chirurgicale ou un AVC récent (terrain favorisant les formes sévères),</li> <li>✓ patients sous insuline, anticoagulants et antiagrégants plaquettaire.</li> </ul>
<b>PEC thérapeutique</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ repos</li> <li>✓ réhydratation orale</li> <li>✓ antalgiques et antipyrétiques</li> <li>✓ pas de vaccins, ni traitements spécifiques</li> <li>Δ Anti-inflammatoires à proscrire (effet anti-coagulant) Δ</li> </ul>

- **Le chikungunya**

<b>Epidémiologie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ épidémie en Guadeloupe survenue fin 2013</li> <li>✓ délai d'incubation : 2 à 10 jours</li> </ul>
<b>Signes cliniques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ atteintes articulaires ++, souvent très invalidantes, concernant principalement les petites ceintures articulaires (poignets, doigts, chevilles, pieds) mais aussi les genoux et plus rarement, les hanches ou les épaules.</li> <li>✓ syndrome grippal (maux de tête, fièvre et douleurs musculaires importantes)</li> <li>✓ éruption cutanée (au niveau du tronc et des membres)</li> <li>✓ inflammation d'un ou plusieurs ganglions lymphatiques cervicaux</li> <li>✓ conjonctivite</li> <li>✓ saignements gencives et nez</li> </ul>
<b>Formes sévères et complications</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ formes neurologiques graves : <ul style="list-style-type: none"> <li>- méningo-encéphalites</li> <li>- atteintes des nerfs périphériques</li> </ul> </li> </ul>
<b>Personnes à risques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ personnes âgées ou au système immunitaire affaibli</li> <li>✓ nouveau-nés infectés in utero lors de l'infection de la mère (terrain favorisant les formes sévères)</li> </ul>
<b>PEC thérapeutique</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ antalgiques et anti-inflammatoires</li> <li>✓ +/- corticothérapie dans les formes sévères d'évolution subaiguë – chronique.</li> <li>✓ pas de vaccins, ni traitements spécifiques, ni traitements préventifs</li> </ul>

- **Le zika**

<b>Epidémiologie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Epidémie en Guadeloupe survenue entre décembre 2015 et juin 2016</li> <li>✓ Délai d'incubation : 3 à 12 jours</li> </ul>
<b>Signes cliniques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ formes symptomatiques (70-80% des cas)</li> <li>✓ syndrome grippal (fatigue, fièvre, maux de tête, douleurs musculaires et articulaires dans les membres)</li> <li>✓ différents types d'éruption cutanée (au niveau du tronc et des membres)</li> <li>✓ conjonctivite, douleur derrière les yeux</li> <li>✓ troubles digestifs</li> <li>✓ oedèmes des mains ou des pieds</li> </ul>
<b>Formes sévères et complications</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ complications neurologiques post-infectieuses de type syndrome de Guillain-Barré<sup>xiv</sup></li> <li>✓ cas de microcéphalie chez des nouveaux nés infectés in utero lors de l'infection de la mère (1er trimestre le plus critique)</li> </ul>
<b>Personnes à risques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ femmes enceintes (1er trimestre ++)</li> </ul>
<b>PEC thérapeutique</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ antalgiques</li> <li>✓ pas de vaccins, ni traitements spécifiques</li> </ul>

Le pharmacien participe à la veille sanitaire en orientant vers les médecins les cas suspects se présentant à l'officine. Il doit rechercher les signes d'alerte et sensibiliser le malade et son entourage sur la reconnaissance des symptômes et des signes de complication. L'officinal doit faire preuve d'une vigilance accrue face aux patients à risques (personnes âgées, enfants, femmes enceintes, personnes ayant un système immunitaire affaibli, personnes sous anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires, sous insulinothérapie, ...) <sup>87</sup>.

L'éducation de la population et la prévention ont une place importante dans la lutte contre les épidémies. Le pharmacien doit conseiller d'éliminer les déchets pouvant générer des gîtes larvaires et les eaux stagnantes à proximité des habitations (vider les divers récipients (pots de fleurs, soucoupes, pneus usagers, ...), vérifier l'écoulement des gouttières, respecter les jours de collecte des déchets). Face à un cas d'arbovirose, les organismes de lutte anti-vectorielle vont procéder à la démolition de l'habitation du cas suspect par épandage à J1, J3 et J8. La décontamination se fait dans un rayon de 100 mètres autour du foyer du malade.

Pour se protéger des piqûres de moustiques du genre *Aedes*, piquant essentiellement en soirée ou en journée, l'usage de répulsifs cutanés est fortement recommandé. Le pharmacien doit encourager l'utilisation de répulsifs sur les parties découvertes du corps tout en rappelant de ne pas les appliquer sur une blessure, une peau irritée ou au niveau de la bouche. Il est nécessaire de renouveler l'application plus souvent en cas de transpiration, de bains ou de douches. Les crèmes solaires doivent être mises avant le

<sup>xiv</sup> Syndrome de Guillain-Barré : se caractérise par une paralysie ascendante progressive qui peut atteindre les muscles respiratoires

répulsif, celui-ci peut diminuer leur efficacité. Il faut rappeler aux patients de se laver les mains après l'application et de ne pas appliquer de produit sur les mains des jeunes enfants. L'utilisation de répulsif est particulièrement importante pour les patients virémiques afin de protéger leur entourage contre un risque de transmission secondaire.

Nombre maximal d'application(s) quotidienne(s)						
Substance active et concentration		À partir de 6 mois et tant que l'enfant ne marche pas	Dès que l'enfant marche et jusqu'à 24 mois	De l'âge de 24 mois à 12 ans	>12 ans	Femmes enceintes
DEET <sup>2</sup> (N,N-diéthyl-m-toluamide)	10 à 20%		Posologie en fonction des indications de l'AMM	Posologie en fonction des indications de l'AMM	Posologie en fonction des indications de l'AMM	Utilisable uniquement si risque de maladie vectorielle  Posologie en fonction des indications de l'AMM
	30 à 50%			Posologie en fonction des indications de l'AMM	Posologie en fonction des indications de l'AMM	Utilisable uniquement si risque de maladie vectorielle  Posologie en fonction des indications de l'AMM
IR3535 <sup>3</sup> (N-acétyl-N-butyl-β-alaninate d'éthyle)	20%	1*	2*	2*	3*	3*
	25 à 35%			2*	3*	*
KBR3023 <sup>4</sup> ou icaridine ou picaridine (Carboxylate de Sec-butyl 2-(2-hydroxyéthyl) pipéridine-1)	20%			2	3	3
	25%			2	3	
Huile d'Eucalyptus citriodora, hydratée, cyclisée, précédemment dénommée PMD <sup>4,5</sup>	19 à 20%	1	2	2	3	3
	25%	1	2	2	3	

Source : BEH « Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2020 »

Tableau X : Répulsifs pour la protection contre les piqûres d'arthropodes (hors scorpions, scolopendres et hyménoptères) : substances actives et modes d'utilisation

Les vêtements et les toiles de tente peuvent également être imprégnés par spray ou trempage dans une solution insecticide disponible en pharmacie ou dans les magasins spécialisés du voyage. Pour les enfants avant l'âge de la marche, l'utilisation de moustiquaires, sur les berceaux et les poussettes, reste la méthode la plus efficace. Les moustiquaires peuvent être imprégnées d'insecticide, il est alors important d'éviter que les enfants en bas âge soient au contact direct et puissent attraper la moustiquaire, ou la mettre à la bouche.

En revanche, il est fortement recommandé de ne pas utiliser :

- les bracelets anti-insectes pour se protéger des moustiques et des tiques
- les huiles essentielles dont la durée d'efficacité, généralement inférieure à 20 minutes, est insuffisante
- les appareils sonores à ultrasons, la vitamine B1, l'homéopathie, les rubans, papiers et autocollants gluants sans insecticide

<b>Moyens recommandés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moustiquaire imprégnée d'insecticides pour berceau, poussette ou lit, selon l'âge et les vecteurs ;</li> <li>• Moustiquaires grillagées aux fenêtres et aux portes ;</li> <li>• Répulsifs cutanés sur les parties du corps non couvertes, en complément du port de vêtements amples, couvrants et légers.</li> </ul>
<b>Moyens recommandés en appoint</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vêtements imprégnés d'insecticide (dans les zones à densité de moustiques élevée, lors d'une épidémie dont le vecteur est le moustique) ;</li> <li>• Diffuseur électrique d'insecticide (à l'intérieur) ;</li> <li>• Raquettes électriques ;</li> <li>• Pulvérisation intradomiciliaire de « bombes » insecticides (disponibles dans le commerce) ;</li> <li>• Climatisation ;</li> <li>• Ventilation ;</li> <li>• Serpentin fumigène (extérieur) ;</li> <li>• Moustiquaire non imprégnée d'insecticide.</li> </ul>
<b>Moyens non recommandés (efficacité non démontrée - à ne pas utiliser)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les bracelets anti-insectes pour se protéger des moustiques et des tiques ;</li> <li>• Les huiles essentielles dont la durée d'efficacité, généralement inférieure à 20 minutes, est insuffisante ; [à noter que le PMD (ou « huile d'eucalyptus citronnée ») n'est pas une huile essentielle à proprement parler] ;</li> <li>• Les appareils sonores à ultrasons, la vitamine B1, l'homéopathie, les rubans, les papiers et autocollants gluants sans insecticide.</li> </ul>

Source : BEH « Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2020 »

### Tableau XI : Efficacité des moyens de prévention disponibles contre les piqûres de moustiques

La fièvre et les douleurs sont traitées par du paracétamol. L'acide salicylique, l'ibuprofène et autres AINS sont fortement déconseillés dans les arboviroses tant que le diagnostic de dengue hémorragique n'a pas été exclu. Le pharmacien doit rester vigilant devant chaque délivrance de ces spécialités qu'elles soient prescrites ou non. Pour prévenir la déshydratation et la perte de sel, il peut conseiller des mesures hygiéno-diététiques ou la prise de soluté de réhydratation orale.

## ❖ Pathologies spécifiques rencontrées en Guadeloupe

Certaines pathologies n'existent pas en métropole, le pharmacien doit pouvoir réaliser un conseil associé. Pendant mon expérience professionnelle en Guadeloupe, j'ai également rencontré des cas de comptoirs récurrents ou singuliers qui relèvent de la médication officinale et j'ai découvert des remèdes locaux très utilisés sur le territoire.

### • La Ciguatera

La ciguatera, communément appelée « gratte » ou « grattelle », est une intoxication alimentaire provoquée par la consommation de poissons contaminés par des toxines appelées ciguatoxines. Elles proviennent d'une micro-algue, *Gambierdiscus toxicus*, vivant sur les surfaces coralliennes mortes ou dégradées.

Les ciguatoxines sont accumulées par les poissons le long de la chaîne alimentaire. Elles sont ingérées par des poissons herbivores qui sont à leur tour consommés par des poissons carnivores. Les poissons les plus vieux et les plus gros présentent plus de risque d'être contaminés. Le comportement des poissons contaminés est caractéristique et facilement identifiable ; ils nagent lentement, leurs réflexes et leur agilité sont diminués les rendant facilement capturables. Les toxines s'accumulent préférentiellement dans certains organes comme le foie, la tête et les gonades. Elles peuvent être retrouvées dans les chairs à des concentrations moins élevées. Ces toxines sont très résistantes à la chaleur et ne sont pas détruites lors de la cuisson.

Le diagnostic se base sur les signes cliniques, aucun examen de laboratoire n'existe à ce jour. Les signes cliniques sont classés selon quatre grands axes :

- ✓ **Signes généraux** : asthénie, céphalées, douleurs articulaires et musculaires
- ✓ **Signes digestifs** : nausées, douleurs abdominales, vomissements, diarrhée
- ✓ **Signes neurologiques** : prurit (d'où le nom de « gratte »), paresthésie, fourmillements, picotements, troubles de la sensibilité thermoalgésique (inversion des sensations chaud-froid), engourdissement des extrémités, asthénie musculaire, vertiges, ataxie
- ✓ **Signes cardio-vasculaires** : bradycardie, hypotension

Les symptômes sont gênants mais restent bénins. Les patients souffrent de prurit et ne supportent plus le contact de l'eau sur leur peau. La sensibilité du malade dépend de la quantité de toxine ingérée lors du repas. Les toxines sont difficilement éliminées par l'organisme humain et s'accumulent, passé un certain seuil la « gratte » apparaît. Les symptômes se déclarent en moyenne 1 à 4 heures après la consommation de poissons contaminés puis s'atténuent et disparaissent en une dizaine de jours.

Le traitement de la ciguatera est symptomatique, la consultation d'un médecin n'est pas une nécessité et les patients se tournent souvent vers l'officine pour se soigner. Le pharmacien contribue à la prévention de cette intoxication en informant les pêcheurs ou consommateurs sur les espèces pouvant présenter un risque (pagres, carangues, barracudas,...) et les organes de ces poissons qu'il est préférable d'éviter de consommer. Il peut rappeler aux consommateurs l'importance d'être vigilants quant à l'origine du poisson qu'ils achètent, en évitant notamment l'achat d'espèces qu'ils ne connaissent pas

auprès de vendeurs itinérants. En cas d'achat d'espèces dont on n'a pas l'habitude, il convient d'interroger le poissonnier ou le pêcheur afin de se faire préciser l'espèce ainsi que le lieu de pêche. S'il compte parmi sa clientèle des adeptes de chasse sous-marine, il peut également les sensibiliser sur le comportement des poissons contaminés<sup>88</sup> (annexe 7).

D'après le tableau clinique et si le patient a consommé du poisson, le pharmacien peut identifier les symptômes comme appartenant à la ciguatera et effectuer un conseil pharmaceutique. En médication officinale, il peut conseiller un traitement suivant les symptômes du patient : antiémétique, antidiarrhéique, antispasmodique, antalgique, antiprurigineux et complément vitaminique. Pour faciliter l'élimination, les ampoules d'artichaut et les huiles essentielles de romarin, de thym et de sauge sont également utilisées.

Parmi les remèdes traditionnels, la plante tropicale *Heliotropium foertherianum* appelée aussi « faux tabac » a donné des résultats concluant contre la fixation des toxines. Les recherches à l'Institut de Développement pour la Recherche (IRD) de Nouméa en Nouvelle Calédonie ont mis en évidence la présence d'une molécule détoxifiante : l'acide rosmarinique qui traiterait non seulement les symptômes de la ciguatera mais aiderait aussi à l'élimination de la toxine.

Aux Antilles, la Martinique et la Guadeloupe sont soumises à une procédure de recensement depuis respectivement 1997 et 2004. Les suspicions d'intoxication liées à la ciguatera, même isolées, sont à déclarer à l'ARS et à la DAAF<sup>xv</sup>. Chaque année plusieurs cas de ciguatera sont signalés à l'ARS de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint Barthélemy. En Guadeloupe, sur la période 2004-2008, 52 cas ont été signalés dont 3 hospitalisations pour une population de 400 736 en 2006<sup>89</sup>. L'incidence annuelle y est d'environ 2,6/100 000 habitants.

---

<sup>xv</sup> En cas de troubles digestifs ou autres après un repas, il convient de consulter son médecin rapidement et de conserver les restes du repas au congélateur ce qui permettra la réalisation d'analyses afin d'identifier l'origine de l'intoxication. En cas de problème vous pouvez contacter l'ARS au 05 90 41 02 00.

- **Infections et mycoses**

Le climat chaud et humide guadeloupéen facilite le développement d'infections. Au comptoir, de nombreux cas d'abcès, de panaris et de mycoses sont observés et les plaies, même les plus bénignes et superficielles, s'infectent facilement. Le pharmacien est plus vigilant et conseille la désinfection par des antiseptiques locaux. Il dirige le patient vers un médecin si une intervention ou une crème antibiotique sont nécessaires.



Figure 17 : Pityriasis versicolor  
Source internet : ekincare

Le pityriasis versicolor est une mycose cutanée superficielle dont l'incidence sur le territoire est plus élevée qu'en métropole. L'infection due à l'espèce *Malassezia furfur* se fait surtout à partir de la microflore cutanée commensale, la contagion interhumaine et la transmission indirecte sont peu fréquentes. Elle est caractérisée par des taches achromiques touchant toute la surface cutanée sauf les paumes et les plantes de pieds.

Le pharmacien conseille un décapage local et l'application d'antifongiques azolés, principalement le ketoconazole. Cette spécialité appartient à la liste I et nécessite une prescription médicale mais la maladie est si fréquente que le dépannage est courant et toléré. Elle doit être appliquée sur peau humide, le patient doit faire mousser le gel sur l'ensemble du corps en insistant sur les lésions puis laisser reposer 5 à 10 minutes avant de rincer. Une deuxième application est possible 15 jours plus tard. Une fois le traitement terminé, la dépigmentation persistera six à douze mois. Si le patient souhaite accélérer la repigmentation cutanée, il peut s'exposer à des radiations ultra-violettes (soleil ou photothérapie). Certains guadeloupéens peuvent avoir recours à des remèdes traditionnels aux propriétés antifongiques et antiseptiques reconnues tels que l'huile de coco, l'huile de théier, l'huile d'origan, le curcuma ou encore l'aloé vera.

- **Envenimations et blessures**

Les îles de Guadeloupe, situées dans l'arc antillais, représentent une destination de choix pour de nombreux voyageurs français et étrangers. Ses eaux cristallines regorgent d'une multitude d'espèces marines. Certaines d'entre elles représentent un danger potentiel pour les baigneurs, pêcheurs sous-marins ou plongeurs. De par sa proximité et sa disponibilité, le pharmacien d'officine peut être confronté à une victime d'accident plus ou moins grave. Grâce à la connaissance des risques associés aux animaux marins, le pharmacien d'officine de Guadeloupe peut participer à la prise en charge des patients victimes d'un accident traumatique ou d'envenimation liés à la faune marine et mettre en place des mesures de prévention adaptées et nécessaires pour limiter ces risques.

Voici quelques espèces marines potentiellement dangereuses rencontrées en Guadeloupe et les conduites à tenir :

- **Poisson-lion**

Le poisson-lion, *Pterois volitans*, est la rascasse volante, « raskas » en créole, la plus fréquemment rencontrée en Guadeloupe. Son introduction involontaire aux Antilles par l'Homme remonte à l'année 1992 lorsque l'ouragan Andrew a endommagé un des aquariums du sud de la Floride, et a permis à 6 spécimens de poissons-lions de s'introduire dans les eaux marines de la baie. Depuis cette année, le poisson-lion a largement colonisé le bassin caribéen.



Figure 18 : *Pterois volitans*  
Source : 123RF

Aux Antilles, le poisson-lion est considéré comme nuisible. Des études ont montré qu'il se nourrissait de plus de 50 espèces de poissons, notamment des herbivores responsables du maintien des récifs coralliens. Leur disparition entraîne donc un déséquilibre environnemental avec une prolifération importante d'algues au détriment des coraux. S'ajoute à cela qu'il existe peu de prédateurs des poissons-lions et les rares prédateurs (mérus, carangues et sérioles) connaissent malheureusement une surexploitation commerciale. Depuis 2010, afin de limiter son expansion, les plongeurs et pêcheurs sont autorisés à le chasser.

Le poisson-lion possède de nombreuses épines dorsales, anales et pelviennes renfermant une toxine responsable d'envenimations. La composition du venin est complexe. Sa nature protéique en fait un venin thermolabile à 50-60°C, mais qui garde

toute sa toxicité jusqu'à 48h après la mort de l'animal. La présence d'acétylcholine favorise également la pénétration de la neurotoxine et participe à la réponse douloureuse.

Généralement indifférent envers les plongeurs, les épines du poisson-lion sont pourtant souvent la cause d'accidents liés à la manipulation d'animaux capturés, vivants ou morts. Lors d'une piqûre, l'envenimation occasionne une douleur immédiate et violente, celle-ci pouvant être à l'origine d'un malaise. En fonction de la quantité de venin injecté, la douleur de type lancinante peut persister plusieurs jours et se propager à tout le membre atteint. Localement, on voit apparaître une cyanose au point d'injection et sa région périphérique devient rouge et gonflée. Un état de choc plus ou moins important se met en place et se manifeste par divers symptômes : désorientation, vertiges, nausées, hypothermie, chute de la pression artérielle, évanouissement. Des cas d'envenimations sévères s'accompagnant de symptômes systémiques, troubles cardiaques, détresse respiratoire, convulsions ainsi que des chocs anaphylactiques en cas de récurrence ont été reportés.

Les blessures par poissons-lions sont classées en 3 grades :

Grade 1 : Apparition d'un érythème, d'une pâleur, d'ecchymose ou d'une cyanose

Grade 2 : Formation de cloques ou de vésicules

Grade 3 : Nécrose cutanée pouvant apparaître plusieurs jours après la piqûre

Les piqûres par poisson-lion arrivant le plus souvent en plongée ou en activité de randonnée aquatique, il est impératif en premier lieu de sortir la victime de l'eau, la piqûre pouvant engendrer des malaises responsables de noyades. Les envenimations par poisson-lion (de tout grade) se traitent premièrement par l'immersion de la zone piquée dans une eau chaude à au moins 45°C pendant 30 à 90 min jusqu'à ce que la douleur et les symptômes locaux cessent. La chaleur désactive le venin et réduit ainsi grandement la douleur. Il faut penser à enlever tout bracelet ou bague en cas de piqûre à la main, ainsi que la combinaison de plongée en cas de piqûre d'un membre, et ce, pour éviter une compression de la zone. La suite de la prise en charge repose sur les principes généraux du traitement des plaies : rinçage au sérum physiologique, désinfection, et prophylaxie anti-tétanique préventive. Des antibiotiques seront administrés si une infection est présente ou dans le cas de blessures profondes. Une plaie résultant d'une piqûre par un poisson-lion peut prendre des mois à guérir.

Afin d'éviter les accidents, il est vivement recommandé au plongeur de porter des gants épais dans l'eau et lors de la découpe du poisson mort (toxicité du venin présente jusqu'à 48h après la mort de l'animal). Nombreux plongeurs, pour limiter les risques lors de leurs sorties, se munissent d'une nasse et d'une paire de ciseaux et découpe immédiatement les épines une fois le poisson-lion attrapé.

- Oursins

Les oursins sont également largement représentés sur les rivages guadeloupéens. Toutes ces espèces ne sont pas venimeuses, la plupart provoquent des accidents traumatiques. En Guadeloupe, on retrouve à la fois des espèces responsables d'envenimations et celles qui provoquent des piqûres simples. Parmi les espèces responsables d'envenimations, on peut citer l'oursin-diadème (*Diadema antillarum*), l'oursin de récif (*Echinometra lucunter*) ou encore l'oursin blanc (*Tripneustes ventricosus*)



Figure 19 : *Diadema antillarum*  
Source : istock



Figure 20 : *Tripneustes ventricosus*  
Source : istock



Figure 21 : *Echinometra lucunter*  
Source : istock

Les cas d'accidents impliquant *Diadema antillarum* et *Echinometra lucunter* sont majoritairement traumatiques. Typiquement, le nageur, chasseur ou plongeur marche accidentellement sur un oursin. Les piquants pénètrent profondément dans la peau et se cassent en plusieurs morceaux. L'envenimation causée par *Diadema antillarum* peut provoquer des rougeurs, un œdème localisé, ou une paralysie du membre mais est souvent de faible gravité. En fonction de la profondeur de pénétration des piquants, des atteintes articulaires ou nerveuses peuvent être rencontrées. Du fait de ses piquants plus réduits, la pénétration dans la peau de *Echinometra lucunter* reste plus superficielle. En revanche, son venin est plus toxique. Le tableau clinique retrouvé est plus marqué avec douleur immédiate et intense lors de la piqûre associée à des saignements, un érythème et des douleurs myalgiques. La présence prolongée des fragments peut entraîner la formation de granulomes et des infections secondaires.

L'envenimation liée à *Tripneustes ventricosus* serait beaucoup plus toxique que celui des espèces citées plus haut : il contiendrait des toxines de haut poids moléculaire telles que des hémolysines, protéases, sérotonine et des substances cholinergiques entraînant des effets locaux et généraux plus marqués. Ces toxines seraient sensibles à la chaleur. Dans certains cas rares, associés à l'érythème et la brûlure suite à la piqûre, peuvent apparaître des nausées, des paresthésies, une atteinte musculaire avec paralysie de la langue, des lèvres et du pharynx. L'oursin blanc des Antilles est toutefois une espèce comestible très appréciée des antillais qui le consomment en blaff, en accras ou grillé au barbecue pendant la saison annuelle de récolte.

La plupart des cas de comptoir impliquant des accidents causés par des oursins sont d'ordre traumatique. Les piquants, de nature calcaire, sont généralement absorbés par le corps, ou expulsés naturellement par réaction de suppuration quelques jours ou semaines après la piqûre. Il convient cependant d'enlever, dans la mesure du possible, les morceaux de piquants incrustés sous la peau. Pour accélérer la dissolution des piquants, la victime pourra faire tremper la partie atteinte dans une solution acide (jus de citron ou vinaigre).

Le pharmacien peut conseiller l'application de corps gras (compresses de vaseline, Bepanthen®,...) qui permet de ramollir la peau, et ainsi faciliter l'extraction naturelle des fragments. Une méthode empirique très utilisée par les guadeloupéens consiste à appliquer de la cire de bougie sur les plaies d'oursin. Laisser refroidir et renouveler l'opération si besoin est. Les épines d'oursin se détacheraient en même temps que la cire.



Figure 22 : Piqûres d'oursin  
Source : blog surf prévention

La piqûre d'oursin est un accident banal, toutefois il existe des risques secondaires d'infection, souvent fréquente, donc le pharmacien réalisera une désinfection complète de la zone. L'administration d'antibiotiques par voie orale pourra être faite en préventif dans les atteintes importantes. Dans le cas de pénétrations profondes des piquants avec atteinte articulaire ou nerveuse, on pourra réaliser une radiographie qui permettra de connaître leur emplacement exact. Une excision de ces derniers par chirurgie pourra être entreprise dans les cas à risque (pénétration dans une capsule articulaire, lésions d'un nerf).

- Autres poissons responsables de blessures, morsures ou piqûres

#### ✓ Responsables de blessures : marlins, espadons, orphies

Certains poissons peuvent être la cause de blessures traumatiques. C'est le cas des orphies, des marlins et des espadons. Les accidents impliquant les marlins et les espadons sont relativement rares, ces espèces évoluent au large et concernent essentiellement les pêcheurs lors de la remontée de ces poissons sur leurs bateaux. En revanche, les blessures d'orphies sont plus courantes. Ils sont la proie de plus gros poissons : thons rouges, barracudas, bonites voire de mammifères tels que le dauphin. Quand ils sont chassés et se sentent menacés, ils peuvent bondir hors de l'eau (vitesse atteignant 60 km/h) et ainsi rentrer en contact avec des baigneurs en surface ou des pêcheurs dans leur embarcation.

### ✓ Responsables de morsures : balistes, barracudas, murènes

Le pharmacien d'officine peut également être amené à constater des morsures de poissons sur des pêcheurs ou des touristes lors de leurs sorties au cœur de la barrière de corail. Ces morsures résultent souvent de poissons cherchant à défendre leur territoire. Elles sont d'autant plus fréquentes qu'approche la période de reproduction et de nidification (de janvier à avril aux Antilles). Les morsures par des poissons de récif sont relativement bénignes, étant donné la taille et la faiblesse de leur appareil buccal (sergents major, demoiselles, poissons soldats, balistes). Toutefois, les plongeurs doivent se méfier des murènes et des barracudas.

La murène n'est pas un animal de nature agressive, la morsure sera occasionnée dans un contexte de défense ou de menace, notamment si un plongeur ou un pêcheur introduit sa main dans une cavité où elle se trouve. La murène, une fois la morsure initiée, lâche difficilement prise. Il faut très souvent décapiter cette dernière pour qu'elle se détache. Elle possède des dents acérées au niveau de la bouche et du palais pouvant entraîner des lacérations profondes des tissus souvent hémorragiques mais peut aussi toucher les tendons, nerfs ou ligaments. Lors de la morsure, la murène libère également un venin ayant des propriétés hémolytiques, nécrotiques et paralysantes.

Le barracuda, en revanche est un animal possédant un tempérament agressif et imprévisible. Le plongeur peut le rencontrer dans seulement quelques mètres d'eau. Ces poissons sont attirés, comme les orphies, par les lumières vives et les surfaces réfléchissantes, pouvant leur faire penser à la présence d'une proie. La vue d'un poisson blessé, ou mort, les rend agressifs envers les personnes alentours. Il est recommandé aux plongeurs d'éviter donc de porter des bijoux lors de leurs baignades et aux chasseurs d'entreposer leur butin de chasse dans un filet déporté à une bouée de signalisation et non dans un filet accroché à la ceinture.

### ✓ Responsables de piqûres : balistes, diodons, cardinaux, chirurgiens

Ces poissons, lorsqu'ils se sentent menacés peuvent également mettre en place des mécanismes de défense pouvant occasionner des accidents chez les baigneurs et les chasseurs.

Les accidents traumatiques (morsures, blessures accidentelles, piqûres) venimeux ou non sont rencontrés moins fréquemment à l'officine, car d'aspect impressionnant (plaie profonde, saignements abondants, gonflement localisé) et/ou avec symptômes généraux donc avec grande probabilité d'intervention des secours d'urgence. Toutefois, ils se doivent d'être connus par le pharmacien.

De manière générale, lors d'une envenimation il faut sortir la personne de l'eau, la placer en position semi-assise afin de ralentir la fréquence cardiaque et le débit sanguin et prévenir les personnes des alentours du danger. Il faut essayer d'identifier l'animal responsable, laver la plaie à grande eau afin d'éliminer une partie du venin, extraire minutieusement le dard (raie), la dent (cône), les filaments (méduses) ou les épines et ne pas faire de garrot.

En officine, si la blessure ne nécessite pas de consultation médicale, l'identification de l'espèce est essentielle pour traiter la lésion. Le pharmacien peut également conseiller une trousse de premier secours comportant une pince à épiler pour extraire le dard, les filaments ou les épines, un antalgique tel que le paracétamol codéiné car certaines envenimations sont très douloureuses et un antiseptique (et du citron ou vinaigre !).

- **Intoxication au mancenillier**

Le mancenillier, *Hippomane mancinella*, est un arbre haut de 8 m environ, qui borde les plages de Guadeloupe et Martinique produisant des fruits à grosses graines ressemblant à de petites pommes vertes ou jaunes. Aux Antilles françaises, le mancenillier a de nombreux noms locaux : pomme zombi, arbre de mort, figuier vénéneux.



Figure 23 : *Hippomane mancinella*  
Source : alamyphoto



Figure 24 : Pomme de mancenillier  
Source : alamyphoto

Bien connu des guadeloupéens, le mancenillier est un arbre potentiellement toxique pour l'homme. Le pharmacien d'officine guadeloupéen est régulièrement confronté à des patients, des touristes principalement, présentant des brûlures après s'être abrités par mégarde sous cet arbre. En effet, son latex irritant est susceptible d'entraîner des brûlures cutanéomuqueuses et oculaires. De même, l'ingestion de fruits ou de graines peut être dangereuse du fait de la présence de toxalbumines.

Le pouvoir irritant de cet arbre est lié à la présence dans toutes ses parties d'une physostigmine et d'une sapogénine et au niveau de la sève d'acide prussique. Le contact cutané ou oculaire peut provoquer une dermatite bulleuse ou une kératoconjunctivite sévère. L'ingestion de fruits induit dans l'heure qui suit des atteintes digestives majeures avec gastro-entérite, stomatite, lésions labiales érosives hémorragiques et œdème pharyngé pouvant nécessiter une intubation. Le pollen emporté par le vent peut également causer de douloureuses dermatites lorsqu'il se colle sur la peau.

Il est recommandé d'éviter de s'abriter sous cet arbre d'autant plus en temps de pluie. Si l'incident vient d'avoir lieu, des gestes simples peuvent être pratiqués. En cas d'atteinte cutanée, il est conseillé à la victime de laver abondamment sa peau pendant 30 min à l'eau et au savon et de nettoyer ses vêtements et en cas d'atteinte oculaire de laver

abondamment à l'eau tiède. Si l'intoxication est due à l'ingestion d'une pomme de mancenillier, les vomissements provoqués sont recommandés uniquement chez les sujets conscients en évitant tout risque d'inhalation. Il ne faut pas faire vomir les petits enfants (âgés de moins de 6 mois).

Si ces mesures n'ont pas été mises en œuvre immédiatement le patient doit être orienté rapidement vers un centre de santé ou l'hôpital le plus proche pour procéder à l'évacuation du toxique (lavage gastrique si < 1h et absence de CI, absorption du toxique par charbon végétal activé officinal<sup>xvi</sup>) et administration d'un traitement symptomatique (pansements gastriques, réhydratation).



Figure 25 : Mancenilliers cerclés de rouge  
Source : Romain GARCIA



Figure 26 : Panneau de prévention Marie Galante  
Source : Romain GARCIA

Aux Antilles, le mancenillier est moins représenté que par le passé. Devant le nombre élevé d'incidents, une grande partie des mancenilliers de l'archipel ont été abattus. Toutefois, on en retrouve encore aux Saintes et à Marie Galante. Ces arbres sont désormais cerclés de peinture rouge et les autorités locales ont installé des panneaux explicatifs de prévention pour informer la population de sa toxicité.

<sup>xvi</sup> Traitement à base de charbon végétal activé (Carbomix®) : absorbe les alcaloïdes, les hétérosides cardiotoxiques. La posologie est de 1 g par kg de poids. Il faut l'administrer uniquement chez une personne consciente et qui le restera pendant la période du traitement.

- **Larva migrans cutanée (LMC)**

Le larva migrans cutanée (LMC), communément appelé « ver à chien » en Guadeloupe est une affection dermatologique due à la pénétration sous la peau humaine de larves d'un ankylostome animal, du chien le plus souvent. Encore appelée *larbish*, dermatite rampante, ou *creeping disease* dans les pays anglo-saxons. C'est la dermatose spécifique la plus fréquente chez les patients vivant ou séjournant en zones tropicales : Amérique intertropicale, Afrique noire, Madagascar, Afrique du nord, sous-continent Indien, Sud-est Asiatique et Australie. Il s'agit d'une affection bénigne, mais qui est souvent vécue de manière anxieuse par le patient, lequel de plus imagine qu'il a contracté « une filaire ».



Figure 28 : LMC au niveau du pied  
Source internet : Doccheck



Figure 28 : LMC à la paroi abdominale.  
Source : TisforThan/Shutterstock

Chez le chien, cette infestation est due aux nématodes *Ankylostoma caninum* et *Ankylostoma brasiliense* (également retrouvé chez le chat et d'autres carnivores). Les larves déposées sur le sol (plages, places de jeux) avec les excréments des chiens pénètrent dans la peau après un contact direct. Par exemple, un baigneur marche pieds nus ou s'allonge directement sur la plage, sans natte ni vêtements permettant ainsi la pénétration trans-cutanée de la larve. La larve d'helminthe, égarée chez l'homme, se trouve dans une "impasse parasitaire" : elle cheminera sous sa peau, sans trouver d'issue pour son développement, laissant derrière elle une trace érythémateuse et prurigineuse.

Une papule prurigineuse se forme rapidement au site d'entrée, suivie après une à deux semaines d'un tunnel serpiginoux, érythémateux et prurigineux dû à la migration de la larve de plusieurs millimètres par jour. A noter, un prurit particulièrement marqué la nuit. L'affection est bénigne et disparaît spontanément après quelques semaines ou mois, toutefois des médicaments antiparasitaires l'accélèrent. Après l'avoir rassuré, le pharmacien d'officine orientera son patient vers un médecin afin qu'il lui prescrive de l'Albendazole (Zentel®) 400 mg en prise unique ou Ivermectine (Stromectol®) 12 mg également en prise unique. Le pharmacien pourra également conseiller à son patient un anti-prurigineux pour soulager ses démangeaisons.

En guadeloupe, les cas de « ver à chien » se multiplient notamment en raison des chiens errants sur les plages. Afin d'éviter tout contact avec le parasite, il est recommandé de marcher avec des tongs en permanence, de ne pas poser sa serviette directement sur le sable, mais de la protéger avec une rabane ou une natte.

## 1.2.2 L'accompagnement d'une patientèle vulnérable

Voilà ce qu'écrivait ATD Quart Monde dans un article en mai 2010<sup>90</sup>.

*« Que le pharmacien soit pivot de santé n'est pas un vain mot quand on observe les pathologies graves dont sont atteintes certaines personnes en situation de précarité. Pour eux, le contact avec le pharmacien est au minimum mensuel. Il est indispensable qu'un contact de confiance s'établisse. Il est le professionnel qu'on peut rencontrer facilement quand on en a besoin. » L'article poursuivait, « il a un rôle de proximité, est à l'écoute et permet de créer une relation privilégiée avec les personnes qui le souhaitent, il s'attribue une fonction sociale et d'éducation à la santé. »*

En Guadeloupe, ces mots prennent tout leur sens. Face à la grande précarité d'une partie de la population guadeloupéenne, le pharmacien d'officine est un interlocuteur privilégié jouant un rôle médico-social fondamental.

Le premier rôle du pharmacien est par essence de délivrer des prescriptions. Au cours de la dispensation des médicaments, il est important que le pharmacien se mette à la portée des patients en situation de précarité comme par exemple en écrivant les prises ou en indiquant les maladies pour lesquelles les médicaments sont prescrits, voire d'attirer l'attention sur les incompatibilités. Il doit également avoir à l'esprit que l'illettrisme est extrêmement présent en Guadeloupe même au sein des jeunes générations : 30% des jeunes antillais de 17 ans présentent des difficultés de lecture<sup>91</sup>. Le pharmacien devra adapter sa dispensation en dessinant sur les boîtes si besoin. Il peut arriver également que certains patients parlent imparfaitement le français, une maîtrise du créole est parfois indispensable pour communiquer avec eux.

Le pharmacien d'officine guadeloupéen doit s'efforcer de développer la délivrance à domicile. Nombreuses personnes en situation de précarité ne peuvent pas se rendre en pharmacie pour diverses raisons : incapacité de se déplacer, transport public insuffisamment développé, absence de moyen de transport, habitation reculée, ... De plus, certaines personnes dans la misère (autant affective que sociale) n'osent pas se montrer ou faire appel à d'autres. Se rendre au domicile de ces patients permet également de mieux apprécier la précarité dans laquelle ils vivent et ainsi pouvoir prendre des mesures adaptées.

En présence de patients en situation de précarité, le pharmacien d'officine doit adapter son discours, ses conseils. Certains patients sont décontenancés face aux multiples aides mises en place par l'état et ont parfois du mal à comprendre leurs droits, leurs mutuelles. Le pharmacien s'engage quotidiennement auprès de ces patients, pour effectuer des démarches administratives, pour conseiller et expliquer les courriers. De par sa condition sociale précaire, le patient peut ressentir un sentiment d'infériorité, de faiblesse, de honte. Certains patients refusent catégoriquement de se faire aider, refusant de rentrer en contact avec les services sociaux, freinant l'accès aux aides de l'état, aux soins pourtant indispensables. Le pharmacien doit faire preuve de discrétion, de pudeur, de délicatesse, de compréhension afin de ne pas créer ou accentuer un sentiment de mal être chez son patient.

De plus, de par son rôle de conseil, le pharmacien d'officine est vu par les patients démunis comme une personne rassurante, de confiance à qui ils vont pouvoir demander des informations autour de leur problème de santé. Ces patients en situation de précarité sont pour la plupart « fidèles » à leur pharmacien, qui connaît, leur situation, leur pathologie, quelquefois leurs problèmes. Bien que ces patients fassent moins appel à la médication officinale, ils recherchent auprès de leur pharmacien des informations sur leurs analyses de santé, sur leurs pathologies ou les pratiques de soin.

Le pharmacien ne doit pas briser ce lien de confiance avec ces patients en situation de précarité. Nombreux de ces patients ne vont pas voir de médecins, ni d'autres professionnels de santé. Le pharmacien est parfois le seul interlocuteur dans le milieu de la santé. Il permet d'établir un lien social avec ces personnes isolées et peut également instaurer des relais avec les voisins, le facteur ou encore les infirmières.

La majorité des pharmaciens avec qui j'ai travaillé en Guadeloupe sont conscients de la vulnérabilité d'une partie de leur patientèle et assument cette fonction sociale. Ils font souvent passer l'accès aux soins avant les problèmes administratifs ou financiers. Ils accordent facilement des crédits, remplacent des produits par des moins chers ou remboursés. Les personnes démunies apprécient fortement ces attitudes bienveillantes de la part de leur pharmacien. Si la situation l'impose il pourra orienter ces patients vers la PASS, vers un assistant social ou d'autres acteurs régionaux oeuvrant pour les plus démunis. D'ailleurs, l'ARS Guadeloupe, bien consciente de la corrélation entre la situation sociale et divers aspects de l'état de santé de sa population, y a consacré un large volet au sein du PRAPS<sup>92</sup>.

Toutefois, cette fonction sociale n'est pas toujours facile à assumer par le pharmacien. Le pharmacien est certes un professionnel de santé désireux d'aider ses patients dans le besoin mais de l'autre il doit assurer la pérennité de son entreprise et assumer les contraintes économiques qui y sont attachées. D'autant que ses relations avec la Sécurité sociale sont de plus en plus compliquées, expliquées par la volonté du gouvernement de réduire les coûts de santé (déremboursement des médicaments, augmentation des rejets par la Sécurité sociale, ...).

Le pharmacien se sent parfois désarmé. Il a le sentiment de ne pas être assez soutenu dans cette mission de santé publique. Nombreuses pharmacies guadeloupéennes n'ont pas de contacts avec les services sociaux. Elles aimeraient l'aide de personnes neutres pour prendre en charge ces patients. Les pharmaciens guadeloupéens soulignent également un manque de communication des autorités de santé sur la politique du médicament générique. Nombreux patients expriment un manque de confiance à l'égard du générique : ils ne veulent pas des médicaments qui ne sont pas prescrits par le médecin ou d'une « médecine au rabais »<sup>93</sup>.

## 1.3 Le pharmacien d'officine et sa relation avec les autres acteurs pharmaceutiques

### 1.3.1 Les grossistes-répartiteurs

Les grossistes-répartiteurs occupent une position stratégique au cœur du circuit de la distribution du médicament puisqu'ils sont les interlocuteurs incontournables entre les laboratoires et les pharmacies d'officine.

Ils achètent aux laboratoires fabricants, gèrent et stockent dans leurs établissements répartis sur l'ensemble du territoire national (194 sites en métropole et DOM), livrent et mettent à disposition des officines plus de 30 000 références de médicaments dans les plus brefs délais et au moindre coût et ce, en respectant des obligations de service public. L'activité de répartition est réglementée et placée sous la responsabilité de pharmaciens.

La métropole comptabilise sept entreprises de répartition (soit 181 établissements) qui desservent plus de 21 264 officines et assurent la mise à disposition de 97,45% des références auprès des officines<sup>94</sup> :

- OCP Répartition
- CERP Rouen
- Alliance Healthcare
- CERP Rhin-Rhône-Méditerranée
- Phœnix Pharma
- CERP Bretagne Atlantique
- Giphar Groupe

En Guadeloupe, on dénombre 3 grossistes-répartiteurs :

- Groupement Pharmaceutique Guadeloupéen (GPG)
- Sopharma Guadeloupe
- Ubipharm Guadeloup

- **Sopharma Guadeloupe**



Figure 30 : Logo Sopharma  
Source : Sopharma Guadeloupe

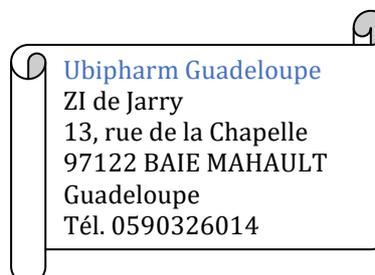


La Sopharma, anciennement SPA (Société Pharmaceutique Antillaise) est un grossiste-répartiteur présent aux Antilles (Martinique-Guadeloupe) depuis 1952. Dès 1979, l'entreprise rejoint le groupe Eurapharma, qui est l'un des leaders de la distribution de produits pharmaceutiques en Afrique, ainsi que dans les collectivités, territoires et départements d'Outre-mer. Cette collaboration lui a permis de bénéficier de l'expertise métier, de nouveaux services et d'un outil informatique performant. Depuis cette date, des pharmaciens locaux sont entrés dans le capital et ont acquis la majorité de l'actionnariat. Aujourd'hui la Sopharma représente 90 personnes travaillant sur les départements et fait partie des 10 premières entreprises antillaises. Les collectivités et territoires d'Outre-mer représentent 25% du CA d'Eurapharma<sup>95</sup>.

- **Ubipharm Guadeloupe**



Figure 30 : Logo Ubipharm Guadeloupe  
Source : Ubipharm Guadeloupe

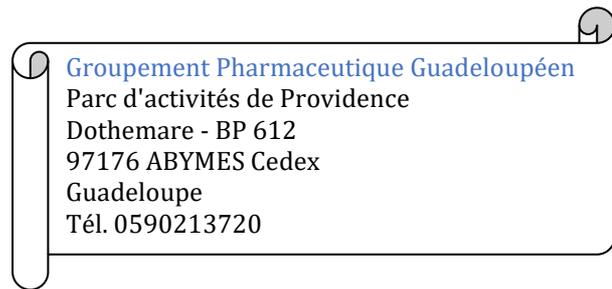


Ubipharm Guadeloupe est un grossiste-répartiteur présent en Guadeloupe depuis 2005, dont le capital est détenu à 100% par les pharmaciens. C'est une société appartenant au groupe Ubipharm S.A. également présent en Guyane (1995), en Martinique (2010) et plus récemment à Mayotte (2019). Tout comme Eurapharma, le Groupe Ubipharm est devenu un partenaire stratégique de l'industrie pharmaceutique et un maillon essentiel de la distribution du médicament en Afrique. Les collectivités et territoires d'Outre-mer représentent 14% de son CA<sup>96</sup>.

- GPG



Figure 31 : Logo GPG  
Source : GPG



Le GPG est un grossiste-répartiteur présent en Guadeloupe depuis 1975. En 2016, le GPG intègre à 100% une coopérative française de pharmaciens. Le GPG devient une filiale du Groupe CERP Bretagne-Atlantique, répartiteur pharmaceutique et coopérative au service de ses pharmaciens depuis 1938. Le Groupe est implanté dans 12 pays sur 70 établissements et livre 40 000 officines. Il est présent dans les DOM depuis plusieurs années. Cela a commencé avec l'acquisition de Pharmar à La Réunion (2001) puis Cerpol en Polynésie française (2002)<sup>97</sup>.

Le fait d'être rattaché à une structure métropolitaine est une aide primordiale pour les grossistes guadeloupéens, qui leur permet de s'adapter plus aisément à certaines situations comme une augmentation d'octroi de mer ou une baisse du coefficient multiplicateur et faire face à des crises sanitaires éventuelles. Certains services comme la comptabilité ou les ressources humaines peuvent être mutualisés et optimisés. Les achats sont réalisés par le grossiste-répartiteur présent sur le territoire métropolitain qui peut passer une commande globale pour l'ensemble de ses établissements. Il adaptera certaines de ces commandes en fonction des besoins des DOM ou des pays étrangers où il est établi. On aura des équipes entraînées et hautement qualifiées pour gérer ce stock à plus de 7000 km.

La principale activité de ces grossistes est leur activité commerciale de répartition. Pour exercer cette activité, ils ont l'obligation de déclarer un territoire de répartition (ici, la Guadeloupe entière a été choisie par les répartiteurs), sur lequel ils ont une obligation de service public. « Ils assurent l'approvisionnement continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients sur leur territoire de répartition. »<sup>98</sup>.

Le répartiteur métropolitain effectue des achats aux laboratoires, les réceptionne et les répartit entre ses différentes officines clientes. Le grossiste guadeloupéen, quant à lui, doit exercer en plus de son activité de répartition un travail « d'importation ». Il organise au départ le chargement, le fret, le dédouanement et le déchargement au port d'arrivée, ainsi que gérer les imprévus provoquant des retards de livraisons ou des ruptures de stocks.

Certains répartiteurs se diversifient en exerçant en plus des activités commerciales de grossistes-répartiteurs pharmaceutiques, des activités des centrales d'achat pour les médicaments de l'OTC et la parapharmacie, ainsi qu'une activité de depositaire pour les laboratoires.

Les pharmaciens d'officine transmettent leurs commandes au grossiste-répartiteur, le plus souvent, par l'intermédiaire de leur logiciel de vente ou éventuellement par téléphone en cas de demande ponctuelle. Ils sont généralement livrés deux fois par jour par des chauffeurs-livreurs. A noter que les officines des dépendances de la Guadeloupe (Marie Galante, Les Saintes, La Désirade) sont également livrées 2 fois par jour, bénéficiant des navettes reliant ces îles à la Guadeloupe. Par ailleurs, à chaque livraison, les chauffeurs récupèrent les bacs vides de la précédente tournée ainsi que les retours et les réclamations des pharmaciens d'officine. Ils récupèrent également les médicaments périmés en vue d'être recyclés par Cyclamed<sup>xvii</sup>.

### 1.3.2 Les établissements pharmaceutiques

Pour des raisons économiques, on retrouve très peu de fabricants de médicaments installés en Guadeloupe. Avec ses 400.000 habitants et son isolement géographique, le marché est bien trop petit pour les gros laboratoires, pour qui l'exportation des médicaments à partir de la Guadeloupe coûterait beaucoup trop cher. Les fabricants préfèrent installer leurs usines là où le marché est le plus grand, c'est à dire en France métropolitaine et en Europe, au sein d'un marché de plus de 500 millions d'habitants. Par conséquent, les pharmaciens d'officine passent essentiellement commande auprès de leurs grossistes-répartiteurs. Les achats dits « en direct » sont moins développés qu'en métropole, d'une part parce que les remises offertes par les 3 grossistes sont sensiblement plus importantes qu'en métropole, mais surtout parce que l'éloignement des laboratoires oblige à des commandes très importantes. Il existe quelques distributeurs sur place, mais là, à contrario ces distributeurs manquent de stock. Dans la plupart des cas mêmes les produits « génériques » sont commandés aux grossistes. Pour pallier ce problème, les groupements avec plate-forme (stocks constitués auprès des laboratoires « en Direct »), fonctionnent avec, en moyenne, environ 30 adhérents par groupement. Enfin, si les achats en direct sont plus limités qu'en métropole, c'est aussi parce qu'aux prix d'achats s'ajoute le coût de l'octroi de mer important.

En cas de commandes directes passées auprès des laboratoires pharmaceutiques métropolitains, les pharmaciens d'officine devront anticiper leurs besoins plusieurs mois à l'avance.

- L'exception : Boiron Caraïbes

Parmi les quelques laboratoires présents dans le bassin caribéen, on retrouve le laboratoire Boiron installé en Martinique du côté du Lamentin. Cependant, plusieurs raisons permettent à Boiron de s'installer localement contrairement aux autres laboratoires de médicaments allopathiques. Tout d'abord, les médicaments homéopathiques restent appréciés par la population française et étaient jusqu'à cette année encore remboursés par l'assurance maladie. Boiron n'a pas de concurrents directs

---

<sup>xvii</sup> C'est la société CYCLAMED qui valorise à des fins énergétiques les déchets issus des médicaments incinérés, qui prendra en charge le container à son arrivée à la métropole et assurera la destruction des médicaments périmés.

dans le domaine de l'homéopathie et couvre l'ensemble des officines contrairement aux marques de médicaments allopathiques en vente libre qui font face à une concurrence plus rude. Le prix de fabrication est plus élevé pour les médicaments allopathiques qui nécessitent moins de main d'œuvre mais plus de machines industrielles coûteuses. Les préparations homéopathiques nécessitent des manipulations humaines. La grande variété des préparations ne permet pas toujours l'usage de machines industrielles. En effet, certaines préparations sont commandées à l'unité et du fait du caractère extemporané exigé, seule une manipulation locale permet de les réaliser rapidement. Les machines industrielles sont plus adaptées pour produire un grand nombre d'unités, de manière répétitive et rapide.

Aux antilles, les adeptes de ces traitements alternatifs aux médicaments sont nombreux. En moyenne, un antillais consomme chaque année, 2 de ces petits tubes : c'est plus que la moyenne nationale. Tous ces éléments expliquent que Boiron peut se permettre d'avoir une production locale, qui s'avère indispensable pour les préparations extemporanées. En effet, ces dernières ne pourraient pas être importées de métropole en moins de trois jours. La seule solution serait le transport en avion qui doublerait le prix de vente des médicaments homéopathiques. Grâce à leur site de production locale, une officine guadeloupéenne est livrée en moins de 24 heures si nécessaire, sans envolée des prix<sup>99</sup>.

Toutefois, la HAS jugeant l'efficacité de ces granules insuffisantes a décidé de dérembourser l'homéopathie par la Sécurité sociale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Depuis janvier 2020, le taux de remboursement des médicaments homéopathiques était déjà passé de 30 à 15%. L'annonce du déremboursement a eu un effet rapide sur la consommation pour les laboratoires Boiron. En un an, Boiron Caraïbes a perdu 19,5% de son CA et anticipe une poursuite de cette baisse pour 2021. L'entreprise compte une douzaine de salariés au sein de son siège caraïbéen. Les départs à la retraite pourraient ne plus être remplacés. Quel avenir pour Boiron aux Antilles ?

## 2. Retentissement de l'insularité sur l'exercice officinal

Les répartiteurs pharmaceutiques et les officinaux guadeloupéens sont confrontés au retentissement de l'insularité sur le circuit du médicament et son approvisionnement. Afin de mieux apprécier les contraintes logistiques, organisationnelles et financières qui en découlent, nous avons sollicité les grossistes-répartiteurs guadeloupéens. Le pharmacien responsable du GPG a accepté d'échanger sur le fonctionnement de son établissement, des différents aspects de la répartition, ainsi que des spécificités de cette activité en Guadeloupe (Annexe 8). Nous prendrons ce répartiteur afin de mieux appréhender le retentissement de l'insularité sur le circuit du médicament et son approvisionnement au travers d'exemples précis : le transport, la chaîne du froid ou encore le cas des ruptures de stock.

### 2.1. Le circuit du médicament et approvisionnement

#### 2.1.1 Le transport

Le transport, son coût, et ses délais impacteront toute la chaîne du médicament en modulant les prix à travers différents coefficients, des répartiteurs jusqu'aux officines.

#### *Approvisionnement :*

Le GPG s'approvisionne exclusivement de médicaments achetés sur le territoire français directement auprès de 400 laboratoires ou distributeurs pharmaceutiques agréés ou de leur plateforme. Il achète ces médicaments au même prix que ses concurrents métropolitains. Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment, le GPG est maintenant une filiale de la CERP Bretagne Atlantique. Il travaille, bien évidemment, conjointement avec la CERP BA mais également avec l'ensemble des CERP du territoire. Il peut ainsi bénéficier de commandes groupées des répartiteurs du groupe CERP et des accords commerciaux plus avantageux associés.

La fréquence des approvisionnements est hebdomadaire. Le responsable des approvisionnements, pour définir les quantités à commander pour chaque fournisseur et par références de produits, s'appuie sur des progiciels qui prennent en compte les paramètres de l'export : le délai moyen de préparation du laboratoire, le temps de transport, le temps de dédouanement, ... De plus, les quantités à commander sont dépendantes des saisons mais aussi d'autres facteurs comme la typologie des clients ayant acheté ce produit. Par exemple, le fait que des clients n'étant pas numéro 1 GPG commandent un produit à GPG est vraisemblablement le signe d'une rupture chez le concurrent. L'algorithme le prend en compte.

A noter, que pour les produits à faible rotation (<20 unités/mois) ou besoin ponctuel en cas de rupture de stock, le GPG essaie de travailler au colissage.

### *Acheminement :*

Le GPG bénéficie de la filiale spécialisée Médical Export (MEX) du groupe CERP BA, créée en 1998. En qualité d'établissement pharmaceutique, MEX est un distributeur en gros à l'exportation de produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques agréé par l'ANSM. Il coordonne l'approvisionnement et la logistique (sourcing<sup>xviii</sup>, supply chain<sup>xix</sup>, traçabilité<sup>xx</sup>) pour les sociétés grossistes-répartiteurs du Groupe CERP BA.

MEX apporte des solutions logistiques personnalisées en fret aérien, maritime ou en dépannage express. Il fait appelle aux compagnies sur place, Air France notamment. Pour réduire les coûts de transport de la marchandise, le transitaire regroupe les commandes.

Les marchandises mettent généralement de 9 à 10 jours au départ du Havre pour arriver à destination contre une journée par transport aérien. Cependant, de nombreux aléas peuvent retarder le départ du produit. Par exemple, le médicament n'étant pas considéré comme une marchandise prioritaire, il peut arriver qu'une partie du chargement soit débarquée à l'aéroport d'Orly. Cela oblige le GPG à détenir un stock surabondant par rapport aux normes métropolitaines.

Compte tenu du coût du transport aérien, en terme de volume, 80% des produits sont acheminés par bateau sur des navires porte-conteneurs et 20% par avion. Le choix entre un mode de transport ou l'autre va dépendre du volume, du poids et du prix de vente de la marchandise. Ainsi, pour les produits volumineux, l'acheminement par bateau sera privilégié alors que les produits nécessitant des conditions de conservation entre +2 et +8°C orientent systématiquement vers l'avion. Les médicaments de la catégorie des stupéfiants et médicaments d'exception sont également acheminés en aérien afin d'éviter la casse et de raccourcir les délais. En terme de valeur, le fret aérien représente 50% tout comme le fret maritime. En effet, les produits onéreux de plus de 150 € sont également orientés par avion, la valeur du produit permettant un surcoût de transport.

L'acheminement des médicaments ne se résume pas seulement au transport. Au délai de transport s'ajoute le temps de préparation du laboratoire (3-10 jours), le temps d'empotage<sup>xxi</sup> (2-7 jours), la traversée de l'Atlantique (9 jours), le dédouanement (2 jours). Les marchandises mettent généralement 1 semaine à arriver en avion et jusqu'à 2 mois par bateau.

---

<sup>xviii</sup> Sourcing : du suivi de commandes jusqu'à la facturation

<sup>xix</sup> Supply chain : de l'empotage jusqu'à l'expédition des commandes

<sup>xx</sup> Traçabilité : contrôle de la livraison jusqu'à destination

<sup>xxi</sup> L'empotage est l'opération de chargement des marchandises à l'intérieur d'un conteneur.

L'éloignement de la Guadeloupe vis-à-vis de la métropole entraîne comme nous l'avons vu précédemment des contraintes logistiques pour le grossiste-répartiteur, entraînant par conséquent un surcoût concernant l'acheminement des médicaments.

Ces frais d'approche sont constitués de 2 composantes :

- le coût du transport (assurance comprise)
- l'octroi de mer

Ces frais d'approche vont entraîner une réduction de la marge du répartiteur et de l'officinal par rapport à son activité en métropole. Pour y remédier, ont été mis en place des coefficients applicables répartiteurs et officinaux. Une autre alternative, souhaitée vivement par les grossistes-répartiteurs serait de taxer moins fortement leur activité via la taxe ACOSS.

Les médicaments éthiques, non remboursés ont un prix fixe. Qu'importe les frais d'approche ils doivent être vendus au prix fixé par l'état. Cela arrive donc fréquemment que des médicaments soient vendus à perte. Pour les produits non remboursés, suivant les frais d'approche, le grossiste-répartiteur ajuste à la hausse ou à la baisse le prix de vente.

#### *Réception des produits, gestion de l'entrepôt et stock*

Les produits, une fois acheminés suivent les mêmes étapes de réception qu'au sein d'un établissement de répartition métropolitain, en termes de contrôle, de traçabilité ou encore concernant les procédures en cas de non-conformité (quantité /qualité).

Les locaux d'un répartiteur aux Antilles sont également similaires à ceux d'un répartiteur en métropole (Annexe 9). En revanche, le GPG a un stock 4 à 8 fois plus conséquent pour pallier les problèmes de distance et d'insularité. Rappelons que l'obligation légale est de 15 jours de stock pour les grossistes-répartiteurs métropolitains.

#### *Distribution des médicaments*

Les pharmaciens d'officine transmettent leurs commandes au grossiste-répartiteur, le plus souvent, par l'intermédiaire de leur logiciel de vente ou éventuellement par téléphone en cas de demande ponctuelle. Ils sont livrés une à quatre fois par jour par des chauffeurs-livreurs. A noter que les officines des dépendances de la Guadeloupe (Marie Galante, Les Saintes, La Désirade) sont également livrées 2 fois par jour, bénéficiant des navettes reliant ces îles à la Guadeloupe. Par ailleurs, à chaque livraison, les chauffeurs récupèrent les bacs vides de la précédente tournée ainsi que les retours et les réclamations des pharmaciens d'officine. Ils récupèrent également les médicaments périmés en vue d'être recyclés par Cyclamed<sup>xxii</sup>.

---

<sup>xxii</sup> C'est la société CYCLAMED qui valorise à des fins énergétiques les déchets issus des médicaments incinérés, qui prendra en charge le container à son arrivée en métropole et assurera la destruction des médicaments périmés.

### 2.1.1 La Chaîne du froid<sup>100</sup>

Avant toute autorisation de mise sur le marché (AMM), les médicaments sont soumis à des essais de stabilité dans des conditions standardisées et internationalement reconnues. La durée et les conditions de conservation sont fixées en fonction des résultats de ces essais de stabilité. Les conditions de conservation figurent sur le conditionnement des médicaments :

- médicaments à conserver entre +2 et +8°C
- médicaments à conserver à une température inférieure à 25 ou à 30°C
- médicaments sans mention particulière : conservation à température ambiante (climat français ou similaire).

Aux Antilles, les températures les plus élevées se produisent durant la saison sèche, de décembre à avril et sont comprises entre 30 et 34°C. En cas d'exposition des médicaments à ces fortes chaleurs, lors d'une période de canicule ou lors de transports dans des conditions où la température n'est pas contrôlée ou maîtrisée, les recommandations suivantes peuvent être faites :

#### **Médicaments à conserver entre +2 et +8°C**

Ces médicaments sont conservés dans des réfrigérateurs ou des chambres froides, les températures élevées devraient être sans conséquence sur leur stabilité s'ils sont utilisés assez rapidement une fois sortis du réfrigérateur. La température des réfrigérateurs doit être régulièrement contrôlée.

Le transport de ces médicaments, dont font partie les MDS, se fait majoritairement par avion car leur volume est peu important et leur prix souvent élevé, or l'approvisionnement par avion permet justement de moins stocker ces médicaments sensibles et coûteux, afin de limiter le risque de perte. Le grossiste-répartiteur GPG utilise des bacs qualifiés avec des plaques eutectiques permettant de conserver les médicaments 24 heures à une température inférieure à +8°C. Pour l'expédition dans les îles du nord, le GPG envoie les médicaments par l'intermédiaire des Qualibox de fournisseur réutilisables. Ce sont des boîtes isolantes contenant des pains de glace.

Elles garantissent une température inférieure à +8°C pendant 96 heures, sans provoquer de congélation (il ne doit pas y avoir de contact entre le médicament et les pains de glace). La principale contrainte de ces boîtes est leur volume important, car la boîte de médicaments, même si elle est petite, sera entourée et espacée de plusieurs pains de glace, le tout dans une boîte isolante encore plus grosse. Or le tarif du transport aérien étant fixé en fonction du volume et du poids transporté, l'importation de cette boîte aura un coût relativement élevé dû à son emballage spécifique. Ils peuvent également être importés en bateau, dans des containers réfrigérés. Ces derniers sont alimentés en électricité durant les longs mois de trajet, ce qui peut s'avérer très coûteux également. C'est pour ces raisons que le transport de ces médicaments se fait principalement par avion. Des sondes déposées dans ces Qualibox relèvent les températures tout au long du transport. Lors de la réception des médicaments par le répartiteur, il doit connecter la sonde en réseau pour envoyer les relevés de température au laboratoire. Ni le transitaire, ni le répartiteur n'ont accès directement aux résultats de ces sondes.

Seul le laboratoire, peut à distance, regarder les valeurs et décider ou non de la libération du lot si ces résultats sont conformes aux exigences.

#### **✚ Médicaments à conserver à une température inférieure à 25 ou à 30°C**

Le dépassement ponctuel, de quelques jours à quelques semaines, de ces températures n'a pas de conséquence sur la stabilité ou la qualité de ces médicaments. En effet, en cas de vague de chaleur, les médicaments stockés dans des conditions normales au domicile des patients ou dans les pharmacies sont exposés à des conditions de stress thermique inférieures aux températures des épreuves de stabilité (qui ont montré l'absence de dégradation après exposition de plusieurs semaines à une température constante de 40°C).

Parmi ces médicaments, on a également les médicaments biologiques (insuline, somatropine...) en présentation multidose qui se conservent hors du réfrigérateur après ouverture à des températures ne dépassant pas 25°C ou 30°C.

En cas d'exposition à des températures supérieures, il est recommandé de se rapprocher, éventuellement avec l'aide d'un pharmacien, du laboratoire dont le nom et les coordonnées figurent sur l'emballage extérieur et la notice du médicament.

Ces médicaments sont livrés par le GPG dans des véhicules climatisés.

#### **✚ Médicaments sans mention particulière de conservation (conservation à température ambiante)**

Dans les conditions habituelles de conservation (armoire à pharmacie, entrepôt normalement ventilé), ces médicaments ne craignent pas une exposition aux températures élevées telles qu'observées aux Antilles (les essais de stabilité ont montré l'absence de dégradation après exposition pendant 6 mois à une température de 40°C).

Pour certaines formes pharmaceutiques particulières (suppositoires, ovules, crèmes, ...) sensibles à la chaleur, l'aspect du produit à l'ouverture permet de juger relativement facilement du maintien de la qualité après exposition à la chaleur. Tout produit dont l'apparence extérieure est visiblement modifiée ne devrait pas être utilisé, cette altération de l'aspect extérieur pourrait indiquer une modification des propriétés de la forme pharmaceutique (indépendamment de la qualité de la substance active).

Les fortes chaleurs de la Guadeloupe ne nécessitent pas pour le répartiteur la mise en place de mesures supplémentaires en terme de logistique pour ces médicaments thermosensibles. Toutefois, le répartiteur doit réaliser des efforts très conséquents pour maintenir des températures entre 15 et 25°C au sein de son entrepôt.

### 2.1.1 Les ruptures de stock

Les ruptures de stock sur un médicament, bien que les contraintes logistiques et organisationnelles soient plus complexes, sont relativement rares, du fait de la présence sur le territoire guadeloupéen de 3 répartiteurs. Comme en métropole, la cause principale est la rupture laboratoire. Le nombre, la durée et le type de médicaments concernés par ces ruptures sont variables selon les laboratoires.

Toutefois, certains évènements extérieurs non maîtrisables peuvent impacter l'acheminement des médicaments aboutissant à la survenue de ruptures de stock. Comme nous l'avons vu précédemment, l'acheminement des médicaments se compose de différentes étapes : le temps de préparation du laboratoire, le temps d'emportage, la traversée de l'Atlantique, le dédouanement. Un contre-temps au niveau d'une de ces étapes peut être à l'origine d'un phénomène de rupture (des intempéries au niveau du Havre, l'éruption du volcan islandais Eyjafjöll en 2010, la survenue de grèves, un dédouanement trop lent, des avaries de bateaux, l'annulation de vols, ...)

Les grèves dans les ports de départ, d'escale ou d'arrivée peuvent paralyser fortement l'acheminement des médicaments. Les négociations syndicales pour une ré-ouverture du port peuvent parfois prendre du temps. Une fois la situation débloquée, les bateaux doivent également attendre qu'il y ait des moyens humains suffisants pour les décharger, ce qui peut encore retarder la livraison de plusieurs semaines. Lorsque des grèves durent longtemps, les répartiteurs utilisent prioritairement l'approvisionnement par avion pour compenser, bien que les frais d'approche soient plus élevés et les volumes disponibles limités. En temps normal, le transitaire réserve à l'avance les volumes dont il a besoin, il n'est pas toujours évident pour lui de trouver dans l'urgence un excédent de place pour l'acheminement des médicaments sur la Guadeloupe. Un « effet de panique » vient s'ajouter aux grèves. Les officines, vont massivement commander certains médicaments, de peur que la grève ne bloque trop longtemps l'approvisionnement et ne crée de longues ruptures. Les premières officines à commander étant les premières servies, les officines suivantes se retrouvent en rupture et ne peuvent plus commander chez le répartiteur qui a déjà vendu tout son stock aux premières officines.

L'étape de dédouanement peut elle aussi être retardée. La législation des douanes pose parfois une règle de priorité établissant les denrées périssables comme devant passer avant les médicaments. Il peut arriver certaines situations où des palettes de médicaments sont débarquées des avions ou des bateaux afin d'être remplacées par des denrées alimentaires festives comme des huîtres en décembre.

D'autres situations peuvent être à l'origine de ruptures de stock. C'est le cas des médicaments à faible rotation, un nouveau patient peut potentiellement entraîner une rupture. Les épidémies, elles aussi peuvent perturber les besoins en certains médicaments. Lors des épidémies de Zika, de Dengue ou encore de Chikungunya, les ventes de Doliprane® explosent, jusqu'à 10 fois la normale.

De plus, pour les médicaments en OTC comme le Doliprane®, de nombreuses officines ont du flux direct en commandant directement au laboratoire. Les répartiteurs n'ayant pas accès à ces informations et basant leurs prévisionnels en fonction des demandes actuelles, ils ne peuvent pas toujours anticiper l'explosion des demandes de Doliprane®. Lorsque les stocks de flux direct sont terminés, toutes les officines se rabattent sur les répartiteurs, qui se retrouvent dévalisés en quelques jours.

Enfin, une erreur de commande d'un des trois grossistes peut déséquilibrer l'approvisionnement d'un médicament. En effet, si l'un des répartiteurs commet une erreur et ne commande pas assez d'unités d'un certain médicament, les officines clientes vont alors se déplacer chez les deux autres grossistes pour obtenir ce médicament. Ces derniers n'ayant pas prévu une augmentation de vente aussi significative, se retrouvent à leur tour dépourvus.

Des erreurs provenant des officines, des répartiteurs, des laboratoires ou des transitaires se répercutent très rapidement sur les autres acteurs du circuit du médicament, créant des ruptures de stock ou des retards dans l'approvisionnement. Pour se prémunir de ces ruptures, les répartiteurs détiennent des stocks plus conséquents, ce qui leur permet de limiter considérablement le nombre de ruptures malgré des retards d'approvisionnement. Le GPG détient 2 à 3 mois de stock, 2 mois de stock au sein de son établissement et un mois « flottant »<sup>xxiii</sup>. Concernant la collection des médicaments<sup>xxiv</sup>, il y a une tolérance dans les DOM s'expliquant par le fait que certains médicaments ne sont jamais utilisés en Guadeloupe. Le GPG possède 9000 références en stock pour les 400 000 habitants.

Ce stockage plus important de médicaments au sein de leurs établissements présente pour les répartiteurs un coût très élevé. Pour entreposer davantage, les grossistes-répartiteurs doivent s'équiper de locaux bien plus grands qu'en métropole (3000m<sup>2</sup> en moyenne), ceux du GPG ont une superficie de plus de 5000m<sup>2</sup>. A noter que les charges locatives ou d'accès à la propriété sont plus élevées qu'en métropole ce qui augmente encore les frais des répartiteurs. De plus, pour répondre aux exigences de qualité concernant la conservation et le transport des médicaments soumis à de forte chaleur, les grossistes doivent assumer également un coût de climatisation très élevé. Les conséquences de ce stockage plus important sont certes une grosse immobilisation financière mais également des pertes qui sont bien plus conséquentes qu'en Métropole. Certains médicaments rares et chers ne sont distribués qu'à deux ou trois patients sur toute l'île. Si un patient change de traitement, est hospitalisé ou décède, le répartiteur peut encaisser une perte sèche de 15000 euros car le médicament ne peut pas toujours être renvoyé en Métropole ou dans d'autres régions éloignées. On ne peut compter que 160 officines à qui revendre ce médicament contre plusieurs dizaines de milliers en Métropole. Il y a encore quelques années, les laboratoires étaient obligés de reprendre les médicaments périmés, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui, laissant l'impact financier de la perte aux répartiteurs et aux officinaux. Tous ces coûts supplémentaires sont pris en charge par le seul coefficient répartiteur.

---

<sup>xxiii</sup> Stock flottant : stocks immobilisés dans des containers en transit vers la Guadeloupe par bateau

<sup>xxiv</sup> Les répartiteurs ont pour obligation légale de détenir 95% des médicaments référencés sur le marché français

Parallèlement au stockage plus conséquent de médicaments, les répartiteurs vont également pratiquer des commandes immédiates dès qu'un produit est retourné en stock. Les GPG fonctionnent également avec l'utilisation de DHL ou Chronopost via des grossistes en métropole pour récupérer quelques unités de médicaments en rupture.

Bien que les causes de ruptures soient plus diversifiées en Guadeloupe, ce fonctionnement des grossistes guadeloupéens leur permet d'obtenir un nombre de ruptures similaires à leurs homologues métropolitains.

## 2.2. La tarification des produits pharmaceutiques

Dans les DROM, tout comme en métropole, les médicaments remboursables aux assurés sociaux sont soumis à une réglementation prévue par le code de la Sécurité sociale. Les prix fabricants hors taxes (PFHT) sont fixés par convention entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé (CEPS), représentant l'Etat, et, à défaut, par arrêté ministériel, après avis de la Commission de Transparence. Le CEPS est chargé notamment de fixer les prix des médicaments remboursables et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Concernant le prix des médicaments non remboursables par la Sécurité sociale, il est fixé librement par les fabricants depuis le 1er juillet 1986. Début 2008, les industriels ont signé avec les syndicats de pharmaciens et l'association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (Afipa), un accord de bonnes pratiques de gestion des prix des médicaments en libre accès en officine, lequel prévoit deux engagements : prendre en compte, dans les niveaux de prix, l'accessibilité à ces médicaments pour tous, et offrir des conditions commerciales transparentes, dans le sens des principes de la loi Chatel. La rémunération de la distribution est également libre.

Toutefois, le patient guadeloupéen en se rendant à son officine peut constater que les prix, qui concernent les médicaments remboursables ou non, les dispositifs médicaux, la parapharmacie, la phytothérapie ou l'aromathérapie, sont beaucoup plus élevés que dans une officine métropolitaine. Bien que bénéficiant d'une TVA plus clémente, les guadeloupéens doivent composer avec une imposition spécifique l'Octroi de Mer expliquant en partie ces prix à la hausse. Le patient guadeloupéen pourrait également se retrouver décontenancé au moment de régler son ordonnance de médicaments remboursés. Le pharmacien pourrait lui réclamer un montant différent de celui étiqueté sur la spécialité pharmaceutique qu'il achète. Ces différences de prix soulèvent également l'existence de coefficient de majoration en officine et dans le domaine de la répartition.

## 2.2.1 Les taxes applicables localement

- **TVA, délais pour baisse de prix et remboursements**

En tant que département français, la Guadeloupe se doit, d'appliquer une TVA sur l'importation et la vente de produits de santé ou de biens. Seules la Guyane et Mayotte ont une exonération provisoire de TVA. L'article 296 du Code Général des impôts (CGI)<sup>101</sup> précise les conditions d'application de la TVA aux importations et exportations. Cet article précise, que toute expédition depuis la Guadeloupe vers la métropole ou un autre pays de l'U.E, est considérée comme une exportation de biens. Il en est de même pour toute expédition depuis la France métropolitaine vers la Guadeloupe. La TVA est également applicable sur les activités de transport des produits de santé. Toutefois, les taux de TVA sont réduits par rapport à la métropole pour compenser le coût de la vie plus élevé en Guadeloupe et ainsi préserver le pouvoir d'achat des guadeloupéens.

Métropole		Guadeloupe	
Taux de TVA	Produits concernés	Taux de TVA	Produits concernés
2,1%	✓ Médicaments remboursables	2,1%	✓ Médicaments remboursables ou non ✓ Vente matériel médical* ✓ Petit appareillage
5,5%	✓ Vente et location matériel médical*		
10%	✓ Médicaments non remboursables	8,5%	✓ Location matériel médical* ✓ Parapharmacie ✓ Médicaments vétérinaires
20%	✓ Parapharmacie ✓ Médicaments vétérinaires		

\*Appareillages handicapés, lits médicalisés, tire-laits, aérosols, ...

\*\*Autopiqueurs, lecteurs glycémiques, sondes, stomies, ...

**Tableau XII : Taux de TVA applicables en métropole et en Guadeloupe**

Lors des changements de taux de TVA ou des remboursements de médicaments, les officinaux disposent comme en métropole de délais pour écouler leurs stocks achetés aux grossistes ou aux laboratoires avant le changement de prix. Par la suite, toute nouvelle commande du médicament concerné devra être vendue au nouveau prix ou sans remboursement. Les stocks étant plus conséquents en Guadeloupe comme expliqué précédemment, les officinaux disposent d'un délai supplémentaire afin de mettre en application ces changements. La Sécurité sociale effectue régulièrement des contrôles au sein des officines afin de s'assurer que, bien que leur stock soit écoulé, certaines pharmacies, ne continuent pas à vendre des médicaments à l'ancien prix, plus élevé. Bénéficiant d'un prix d'achat du médicament plus avantageux auprès de son répartiteur, le pharmacien améliorerait sensiblement sa marge en conservant son prix de vente.

A titre indicatif, rappelons que la TVA réglée lors de l'achat d'un médicament par un grossiste ou un pharmacien, est déductible de la TVA due par ces derniers lors de la revente de ce produit. Voici un exemple afin d'illustrer ce propos.

Un grossiste-répartiteur achetant un médicament 100€ Hors taxe (HT) au fabricant, paiera 102,1€ TTC soit 2,1€ de TVA perçu par l'Etat. Il pourra ensuite le revendre au pharmacien d'officine 132,7€ HT, après application du coefficient répartiteur que nous développerons par la suite. La TVA de 2,1% s'applique à nouveau sur cette vente. Le prix de vente du répartiteur au pharmacien est de 135,50€, le répartiteur récupérant au passage 2,80€ de TVA. Mais il en a déjà réglé 2,10€ lors de l'achat au fabricant. Cette somme va donc venir en déduction de la TVA qu'il reste au répartiteur à régler à l'Etat. Il devra donc régler 0,70€ à l'Etat qui correspond à la taxe sur la valeur ajoutée que le répartiteur a produite.

- **Octroi de mer**

L'octroi de mer est l'une des plus anciennes taxes du système fiscal français<sup>102</sup>. Elle est utilisée à la fin du Moyen Age, le Roi accordait à certaines villes dont les revenus ne suffisaient pas à couvrir leurs besoins, la possibilité de lever des impôts à leurs profits.

Par extension, ce terme sera repris dans les colonies au XVIIIème siècle. Apparue pour la première fois en Martinique en 1670, l'octroi de mer était une taxe d'une valeur de 1% dénommée « *droit des poids* », et qui s'appliquait exclusivement aux produits importés dans les colonies. Cette taxe a été maintes fois modifiée, supprimée, et rétablie depuis la Révolution française et n'a été appliquée que tardivement à la Réunion et en Guadeloupe.

Depuis la loi du 2 août 1984 relative aux compétences des régions d'Outre-mer, ce sont les conseils régionaux qui fixent les taux (et pour Mayotte, c'est le conseil général), il est ensuite collecté par les douanes<sup>103</sup>. Cette taxe est appliquée uniquement aux produits importés jusqu'à la loi de 1992, qui a étendu la taxation aux productions locales pour mettre en conformité cette taxe avec le principe de non-discrimination contenu dans l'Acte Unique Européen de 1986. Aussi, seuls les DROM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Mayotte) conservent cet impôt, sur l'importation et la livraison de biens dans leurs territoires, pour compenser les handicaps structurels auxquels ils doivent faire face. Par ailleurs, cette loi laisse aux régions la possibilité d'accorder des exonérations de taxes à certaines productions locales pour des motifs de développement économique, soumis à l'accord de la Commission européenne. Les produits de première nécessité ne sont pas taxés.

La différenciation entre les produits locaux et importés permet de soutenir la production locale, mais aussi d'alimenter les budgets des communes. En 2018, les recettes totales de cette taxe s'élevaient à 1,2 milliard d'euros, tous départements confondus. En Guadeloupe, cette recette moyenne d'octroi de mer représenterait 250 à 260 millions d'euros par année<sup>104</sup>.

Les octrois de mer se décomposent en deux taxes qui s'appliquent sur la valeur marchande du produit importé : l'octroi de mer (interne ou externe) ainsi que l'octroi de mer régional.

- L'octroi de mer (OM) :

En Guadeloupe, le taux moyen d'OM est de 7% mais varie fortement selon les produits, allant de 0% sur les produits sanguins à 50% pour les cigares et cigarillos par exemple. L'importation de produits pharmaceutiques ou d'autres articles vendus en officine fait partie des nombreuses exceptions à la règle. Les revenus sont reversés aux communes locales finançant ainsi une grande partie de leur budget. En 2016, la part de la taxe « octroi de mer » représentait 42,3% des recettes fiscales pour la commune Guadeloupe.

- L'octroi de mer régional (OMR) :

L'OMR est une taxe additionnelle à l'OM ajoutée par les conseils régionaux, d'un maximum légal de 2,5%, et destinée à la collectivité régionale. Elle représentait 41,4% des recettes fiscales de la région en 2016.

	Taux OM	Taux OMR
Produits pharmaceutiques*	7%	2,5%
Parapharmacie (huiles essentielles, cosmétiques)	7%	2,5%
Dentifrices	5%	2,5%
Maquillage (yeux, lèvres), parfums et eaux de toilette, préparations capillaires, ...	15%	2,5%
Couches, petits pots pour bébé, lait	0%	0%
Equipements ou appareils destinés à l'usage de personnes handicapées	0%	0%
Articles d'orthopédie	0%	0%

**Sauf :**

- Pansements adhésifs et autres articles ayant une couche adhésive (OM=5% ; OMR =2,5%)
- Barrières anti-adhérence stériles pour la chirurgie ou l'art dentaire, résorbables ou non (OM=10% ; OMR =2,5%)

**Tableau XIII : Taux d'octroi de mer en Guadeloupe par catégorie de produits présents en officine en 2020**

Depuis, l'Octroi de Mer est prolongé tous les 5 à 10 ans par les sénateurs et députés. La dernière reconduction a été votée en mai 2021 afin de proroger l'octroi de mer jusqu'en 2027. La loi de reconduction de 2004 a autorisé les écarts de taxation, voire des exonérations au bénéfice des productions locales, dans les conditions fixées par le conseil. En effet, une distinction est faite entre l'octroi de mer interne (OMI) concernant les biens produits localement et l'octroi de mer externe (OME) pour les biens importés. L'OMI bénéficie de taux plus faibles. Les revenus générés sont reversés aux communes locales.

L'objectif principal n'est plus seulement d'améliorer les recettes fiscales mais également de garantir la protection de la production ainsi que celle de l'emploi local. Rappelons que le taux de chômage en Guadeloupe est le plus élevé des Antilles-Guyane (24% contre 9% en métropole), des démarches de protection de l'emploi local paraissent indispensables. Toute exonération de taxe sur une quelconque production locale entraîne une amélioration des finances, et peut ainsi permettre un maintien voire des créations d'emplois.

Le prix des produits pétroliers au détail par exemple, est identique sur toute l'île quelle que soit la station-service. Le prix est fixé selon des coefficients que les importateurs appliquent sur le cours du baril de pétrole. Le taux de marge brute des importateurs est donc assuré quelles que soient les variations impactant le prix du baril. Cette activité est protégée, tout comme l'est l'activité de la répartition pharmaceutique.

En conservant des taxes faibles, le gouvernement s'assure que l'importateur puisse maintenir son activité lucrative et conserver un intérêt économique pour cette activité. Dans le cas contraire, il pourrait se détourner de cette activité déficitaire et l'île se retrouverait isolée, sans importateurs de produits pétroliers ou de médicaments. Le gouvernement, en garantissant des taxes abordables, espère également voir les importateurs investir. La marge de l'importateur conservée, il va pouvoir employer des pompistes dans ses stations essence en Guadeloupe, et ainsi participer à réduire le chômage, principalement chez les jeunes qui sont particulièrement touchés.

Pourtant, lors de la crise des « gilets jaunes » initiée en octobre 2018, leurs homologues ultra-marins ont eux aussi exprimés certaines revendications propres à leurs territoires. Et, il semblerait que l'octroi de mer ne fasse pas l'unanimité au sein de ces populations. Certains guadeloupéens remettent en cause voire désiraient la suppression de l'octroi de mer, qui selon eux est responsable de la hausse des prix dans leurs territoires. Cependant, les économistes affirment que les communes ne seraient pas en mesure de survivre si l'octroi de mer était supprimé, faute d'alternatives. En effet, cette taxe revient directement à l'économie locale et non à l'Etat. La supprimer reviendrait à baisser le budget des collectivités locales et donc à limiter ses services.

### 2.2.2 Les coefficients applicables au niveau de l'officine et de la répartition

Comme nous avons pu le voir précédemment, les répartiteurs pharmaceutiques et les officinaux guadeloupéens sont confrontés au retentissement de l'insularité sur le circuit du médicament et son approvisionnement. Les contraintes logistiques, organisationnelles et financières qui en découlent ne pourraient pas être supportables si les prix de vente et de remboursement des médicaments étaient les mêmes que ceux de la métropole. Les marges commerciales seraient insuffisantes voire inexistantes, rendant ces activités non lucratives, et donc non viables.

Dans les départements d'Outre-mer, afin de pallier ce manque à gagner pour les répartiteurs et officinaux, il existe de nombreux coefficients de majoration de prix de vente et de remboursement, fixés par la législation, en fonction du produit pharmaceutique vendu.

- **Coefficients de majoration en officine**

Concernant les spécialités pharmaceutiques, comme le stipule l'arrêté du 7 Février 2008<sup>105</sup>, le prix de vente au public TTC est majoré par application d'un coefficient au prix public TTC pratiqué en métropole. En Guadeloupe, le coefficient de majoration officinal est 1,323. Chaque DOM a un coefficient qui lui est propre, déterminé en fonction du niveau de vie, de l'éloignement de la métropole, des négociations entre les syndicats locaux et les organismes de Sécurité sociale, ainsi que de nombreux autres facteurs.

DOM	Coefficient de majoration du prix public TTC pratiqué en métropole
Martinique	1.323
<b>Guadeloupe</b>	<b>1.323</b>
La Réunion	1.264
Guyane	1.34

Tableau XIV : Coefficients de majoration du prix de vente des médicaments remboursables

Ce coefficient vient compenser le prix d'achat plus élevé des médicaments chez les répartiteurs locaux par rapport au même médicament acheté en métropole afin de conserver une marge commerciale satisfaisante pour l'économie officinale guadeloupéenne.

De façon similaire, les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ne sont pas tous remboursés avec la même majoration, selon les produits et selon les DROM. Les officinaux ultra-marins peuvent retrouver les coefficients de majoration correspondant à ces produits dans le taresx ou sur le site de l'assurance maladie « Ameli.fr ». Ils sont identifiables grâce au code ou à la désignation des produits ou des prestations , répartis en chapitre.

Département	Titre I, chapitre 3	Titre I, autres chapitres	Titre II, chapitre 1	Titre II, chapitre 2	Titre II, chapitre 3	Titre II, chapitre 4	Titre III	Titre IV
Guadeloupe	30%	30%	30%	30%	15%	30%	16%	30%

**Tableau XV : Majorations tarifaires applicables aux produits et prestations délivrés dans les départements et régions d’Outre-mer (DROM)**

Par exemple, les produits appartenant au chapitre « DM POUR TRAITEMENTS, AIDES A LA VIE, ALIMENTS ET PANSEMENTS » (sparadrap, coton, compresses, bandes, pansements hydrocolloïdes, pansements secs ou humides, ...) sont soumis à des majorations de prix de remboursement vis-à-vis de ceux pratiqués en métropole. Cette majoration est de 30%.

- **Coefficient de majoration répartiteur**

L'arrêté du 7 février 2008 fixe également les coefficients de majoration applicables aux spécialités pharmaceutiques dans les territoires d’Outre-mer sur le prix fabricant hors taxes (PFHT) pratiqué en métropole. Ces coefficients sont accordés aux répartiteurs afin de compenser les coûts du transport, les frais de douanes ainsi que les coûts associés au surstockage. Une fois de plus, ces coefficients de majoration sont variables en fonction des DOM.

Comme pour les officinaux, ces différences de coefficients entre les DOM s’expliquent par une différence, de coûts des routes maritimes empruntées, des négociations entre les syndicats locaux et la branche locale de la Sécurité sociale, ainsi que du niveau de vie et du pouvoir d’achat des habitants. Contrairement aux officines qui appliqueront toujours le coefficient de 1,323, les répartiteurs guadeloupéens ont plusieurs coefficients de majoration, variant en fonction de la tranche de prix dans laquelle se situe le médicament concerné.

Pour un prix fabricant HT (pratiqué en métropole compris entre)	Coefficient de majoration
0 et 22,90€	1.348
22,91€ et 150€	1.346
150,01€ et 1890€	1.344
Au-delà de 1890€	1.344 pour les 1890 premiers euros puis 1,323 au-delà

Tableau XVI : Coefficients de vente des médicaments par les répartiteurs guadeloupéens

En Guadeloupe, la marge rémunérant la vente en gros est de type dégressive lissée. En effet, l'augmentation des PFHT s'accompagne d'une légère diminution du coefficient de majoration. Sa valeur est comprise entre 1,348 et 1,344 pour les médicaments inférieurs à 1890€ (selon 3 tranches) et de 1,323 pour les médicaments dont le prix est supérieur à 1890€, équivalent au coefficient de majoration officinal.

Ce mode de rémunération est différent de celui que l'on peut retrouver en métropole. La marge des répartiteurs métropolitains est proportionnelle et égale à 6,68% de la partie du PFHT compris entre 0 et 450€, avec un minimum de 0,30€ par boîte. En revanche, sa marge est nulle pour la partie du PFHT supérieure à 450€.

Pour un Prix Fabricant HT (pratiqué en métropole compris entre)	Marge des répartiteurs en métropole
0 et 4,50€	0,30€
4,50€ et 450€	1,0668
Au-delà de 450€	30,06€

Tableau XVII : Marge sur la vente des médicaments par les répartiteurs métropolitains

### III. INSTALLATION EN GUADELOUPE

#### 1. Maillage territorial des officines

##### 1.1 Le maillage territorial des officines et l'accès aux médicaments de la population

La structuration actuelle du réseau officinal est plus le produit de l'histoire que de la réglementation actuelle. Le code de la santé publique autorise aujourd'hui les nouvelles installations d'officine uniquement dans les communes comptant au moins 2500 habitants. Or, la majorité des communes équipées d'une officine en France compte justement moins de 2500 habitants : si une officine ferme sur ces communes, la réglementation empêche donc toute réouverture une fois la licence correspondante supprimée. Au-delà de 2500 habitants sur la commune, la réglementation autorise l'installation d'une officine supplémentaire par tranche de 4500 habitants. Un deuxième critère réglementaire essentiel à la détermination du lieu d'installation des nouvelles officines porte sur l'obligation de choisir une implantation infra-communale permettant une « desserte optimale de la population résidente ».

Au regard des critères populationnels réglementaires, sur les 21037 officines françaises, 91% des officines sont implantées dans des territoires en sur-densité officinale. La Guadeloupe n'échappe pas à ce constat. Que l'on retienne la densité en fonction du nombre d'habitants ou en fonction de la superficie, la Guadeloupe est l'un des départements français où la densité officinale est la plus forte. Le maillage officinal guadeloupéen est particulièrement dense avec 41 officines en moyenne pour 100 000 habitants (versus 31,4 en métropole). Le nombre d'habitants par officine y est par conséquent moins élevé avec 2438 habitants par officine contre 3185 pour la France entière.

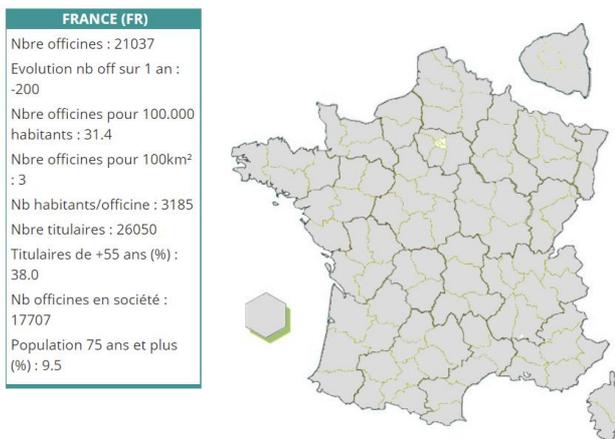


Figure 32 : Officines métropolitaines – 1er juin 2021  
Source : Ordre National des Pharmaciens

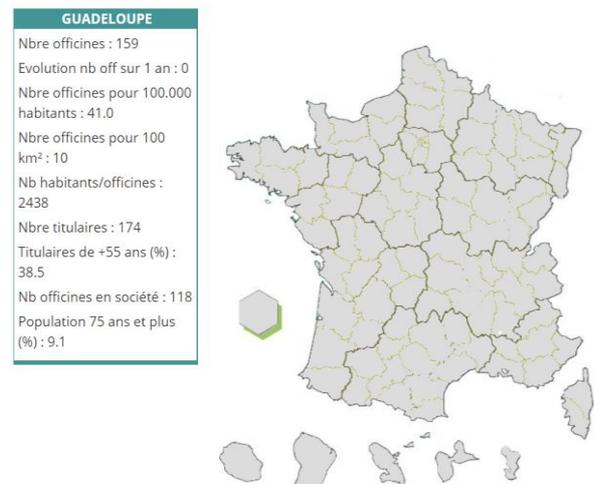


Figure 33 : Officines guadeloupéennes – 1er juin 2021  
Source : Ordre National des Pharmaciens

Son nombre d'officines par carreaux de 100 km<sup>2</sup> est supérieur à 10 alors qu'il est seulement de 3 pour la France entière<sup>106</sup>. L'aménagement du territoire guadeloupéen actuel, induit par la Départementalisation en 1946, explique en partie ce chiffre. En vue de rattraper le large retard socio-économique de l'époque, des mesures furent prises pour le développement de l'équipement administratif, des services et la modernisation des infrastructures de transports. Ces mesures ont conduit à une hiérarchisation et une polarisation urbaine. Exceptées, la communauté d'Agglomération de Cap Excellence (Abymes, Pointe-à-Pitre, Baie-Mahault) et dans une moindre mesure Basse Terre qui concentre l'activité économique et administrative du département, la plupart des communes sont vastes et leur activité est cantonnée à des petits bourgs, véritables relais entre l'espace rural et la capitale régionale Pointe-à-Pitre (PAP). Il n'est pas rare que, en raison de l'absence de restrictions géographiques quant à l'installation des officines par le passé, l'ensemble des officines d'une commune soit concentré dans ces petits bourgs.

Des études menées par la DREES en 2009<sup>107</sup>, puis plus récemment en 2016<sup>108</sup>, révèlent que les pharmaciens forment le service en santé le mieux réparti sur le territoire français, devant les médecins généralistes libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers, et ce, que l'on prenne en référence les lieux de vie de la population en générale ou uniquement ceux des plus de 75 ans. On relève néanmoins de fortes disparités entre territoires, illustrées précédemment par les cartes départementales sur la répartition officinale.



Figure 34 : Vue satellite de la répartition des officines  
Source : Google Earth

Au-delà de ces disparités, comme le montre le rapport conjoint de l'IGAS & IGF<sup>109</sup>, en 2016, 97% de la population métropolitaine vit aujourd'hui à moins de 10 minutes en voiture d'une officine (0,5% se situant à plus de 15 min). Malheureusement, cette enquête se limite à la métropole et ne permet pas d'apprécier aussi précisément l'accessibilité aux médicaments en Guadeloupe. Toutefois, la Guadeloupe présente des similitudes avec la Corse (insularité, reliefs montagneux, aménagement du territoire), région intégrée à l'étude et dont les résultats sont moins favorables (15,5%, 10,20% et 6,50% se situant respectivement à plus de 10min, 15min et 20min). Ces statistiques, bien qu'elles illustrent la grande accessibilité des officines en France, mesurent cependant de façon imparfaite cette accessibilité : en effet, elles ne prennent pas en compte les situations différenciées que peuvent connaître les individus au regard de leurs capacités (possession ou non du permis de conduire, fréquence des déplacements, présence de proches pouvant faciliter les retraits de médicaments en pharmacie) et de leurs besoins (fréquence d'utilisation des services à la pharmacie). Ces réserves s'appliquent tout particulièrement aux guadeloupéens vivant dans certaines zones reculées et mal desservies par les transports en commun (zone montagneuse de la Basse Terre, « Grands Fonds » en Grande Terre, Marie Galante).

Du point de vue du pharmacien titulaire guadeloupéen, cette sur-densité officinale (en fonction de la population et de la superficie) est un réel désavantage : il compte moins de clients potentiels et doit faire face à la proximité des officines de ses concurrents. Elle reflète la forte concurrence sectorielle des titulaires d'officines exerçant en Guadeloupe.

## 1.2 La régulation du maillage officinal et l'impact sur l'installation des pharmaciens

L'accessibilité aux médicaments étant satisfaisante, il n'apparaissait pas nécessaire pour le gouvernement de mener des actions nationales d'envergure sur le réseau. Néanmoins, divers facteurs pourraient détériorer l'accessibilité aux médicaments dans certains territoires par le futur : les départs massifs en retraite des pharmaciens dans les dix années à venir, la santé économique fragile d'un certain nombre d'officines, la faible attractivité de certains territoires pour d'éventuels repreneurs pharmaciens ou encore les départs non remplacés de médecins généralistes.

De plus, les administrations de santé locales et régionales n'étaient plus réellement en capacité de réguler le réseau officinal et de l'articuler avec le reste de l'offre de soins de premier recours. Elles se heurtaient à une réglementation contraignante : celle-ci obligeant l'implantation des officines à proximité du lieu de résidence des populations sans prise en compte des lieux où se situent les autres professionnels de santé du territoire (maison, centre ou établissement de santé). Cette réglementation répondait plus à une logique d'aménagement du territoire que de stratégie concertée d'accès aux soins. En effet, l'articulation entre offre officinale et offre médicale est forte mais demeure imparfaite. En 2016, on recensait 600 communes équipées d'une officine mais ne possédant pas de médecins généralistes.

Face à ce constat, il était impératif d'apporter quelques modifications à la loi en vigueur. Toute la difficulté pour le gouvernement résidait dans la mise en place d'une réglementation devant faire face à un double enjeu. Celui de répondre de façon satisfaisante à la problématique de la sur-densité officinale tout en garantissant une accessibilité aux médicaments de la population et favoriser l'installation de pharmaciens en zones déficitaires en rendant ces zones plus attractives. Cela impliquait une véritable stratégie concertée d'accès aux soins afin que certains pharmaciens repreneurs aient envie de s'installer dans ces zones.

Le gouvernement, par l'ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018<sup>110</sup>, réforme les conditions d'implantation des pharmacies d'officine sur le territoire métropolitain et ultramarin. Elle simplifie les dispositions relatives aux créations, transferts, regroupements et cessions des officines de pharmacie, afin de rééquilibrer le maillage officinal entre les zones saturées et les zones déficitaires, tout en allégeant certaines règles procédurales.

Cette « ordonnance réseau » a été très bien accueillie par l'ensemble de la profession. Voyons comment cette ordonnance contribue favorablement à l'installation du pharmacien d'officine.

## ❖ Impact de la nouvelle « ordonnance réseau » sur l'installation officinale

L'installation officinale est fortement impactée par la régulation du maillage officinal. Le pharmacien désireux de s'installer peut soit acquérir une pharmacie auprès d'un confrère qui vend la sienne soit décider d'ouvrir sa propre pharmacie. Cependant, à la différence des professions médicales gouvernées par le principe de la liberté d'installation, les pharmaciens d'officine ne peuvent s'installer et ouvrir une officine que s'ils bénéficient d'une autorisation accordée par le directeur de l'ARS. Pour être accordée, cette licence doit satisfaire des conditions générales d'autorisation d'ouverture qui impliquent des critères d'ordre qualitatif et d'ordre quantitatif.

Si le pharmacien opte pour l'ouverture d'une pharmacie, celle-ci ne peut résulter que de l'une des trois opérations suivantes : la création d'une nouvelle officine, le transfert d'une officine existante ou le regroupement de deux ou plusieurs officines. L'ordonnance fait toujours du transfert et du regroupement la voie privilégiée de la restructuration du maillage officinal.

Les créations d'officine restent donc une exception et ne sont permises qu'à une double condition. D'une part, elles ne peuvent concerner que des communes comportant des zones franches urbaines<sup>xxv</sup>, des quartiers prioritaires de la politique de la ville ou des zones de revitalisation rurale (ZRR). D'autre part, les conditions démographiques exigées pour une ouverture doivent être remplies depuis deux ans à compter de la publication du dernier recensement, sous réserve qu'aucun transfert ou regroupement n'ait été autorisé dans ces zones durant cette période.

### ► Clarification des critères d'ordre qualitatif

Cette « ordonnance réseau » clarifie les critères d'ordre qualitatif apportant d'utiles précisions sur les notions de desserte optimale, d'approvisionnement et de quartier, l'interprétation de ces notions ayant donné lieu, par le passé, à plusieurs contentieux.

En premier lieu, l'ouverture d'une pharmacie doit permettre d'assurer « une desserte en médicaments optimale » au regard des besoins de la population résidente et du lieu d'implantation. Le caractère optimal de la desserte en médicaments est satisfait dès lors que trois conditions sont réunies :

- L'accès à la nouvelle officine doit être aisé ou facilité par sa visibilité, par des aménagements piétonniers, des stationnements, le cas échéant, par des dessertes de transports en commun. Les locaux de la nouvelle officine doivent également remplir les conditions d'accessibilité pour personnes handicapées.
- L'emplacement de l'officine doit garantir un accès permanent au public en vue d'assurer les services de garde et d'urgence.
- La nouvelle officine doit approvisionner la même population résidente, une population résidente jusqu'ici non desservie ou une population résidente dont l'évolution démographique est avérée ou prévisible (permis de construire délivrés).

---

<sup>xxv</sup> Les zones franches urbaines sont des quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des périmètres géographiques sensibles et défavorisés. Il en existe une centaine sur le territoire français.

En second lieu, les transferts ou les regroupements d'officines ne doivent pas compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente du quartier, de la commune ou des communes d'origine. L'approvisionnement en médicaments est compromis lorsqu'il n'existe pas d'officine au sein du quartier, de la commune ou de la commune limitrophe, accessible au public par voie piétonnière ou par un mode de transport motorisé et disposant d'emplacements de stationnement. Les besoins d'approvisionnement en médicaments pour la population du territoire sont évalués par le directeur de l'ARS dans le cadre du schéma régional de santé (SRS)<sup>111</sup>.

Le quartier d'une commune, est défini, quant à lui, en fonction de la présence d'une population résidente et d'une unité géographique, cette dernière étant déterminée par des limites naturelles, les voies communales ou les infrastructures de transport qui circonscrivent le quartier.

### ► **Maintien des critères d'ordre quantitatif**

L'octroi de la licence est également conditionné par des critères quantitatifs (géo-démographiques), déterminés en fonction de la population municipale issue du dernier recensement publié au JO. Les fondamentaux sont conservés, les quotas restent identiques à ceux qui prévalaient jusqu'à présent.

L'ouverture d'une officine par voie de transfert ou de regroupement ne peut être autorisée que si la commune d'accueil comprend au moins 2500 habitants (3500 dans les départements de la Guyane et les départements alsaciens-mosellan). Au-delà de 2500 habitants sur la commune, la réglementation autorise l'installation d'une officine supplémentaire par tranche de 4500 habitants (2 installations à partir de 7000 habitants, et ainsi de suite)<sup>112</sup>.

<b>Nombre d'habitants total de la commune</b>	<b>Condition entre 1999 et 2007</b>	<b>Condition entre 2008 et 2011</b>	<b>Condition depuis 2012</b>
Population < 2 500	Si la population n'est pas déjà desservie et si elle se situe dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes contiguës, dont la population totale est au moins égale à 2 500 habitants	En cas de fermeture d'une officine existante qui desservait plus de 2 500 habitants	
2 500 ≤ population < 30 000	2 500 habitants par pharmacie	1 officine à partir de 2 500 habitants	1 officine à partir de 2 500 habitants
Population ≥ 30 000	3 000 habitants par pharmacie	puis une de plus par tranche de 3 500 habitants	puis une de plus par tranche de 4 500 habitants

Source : Code de santé publique (CSP)

**Tableau XVIII : Seuils démographiques successifs applicables à la création d'officines**

Dans le cas d'une commune de moins de 2 500 habitants, si la dernière officine cesse définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants (population de la commune et des communes limitrophes), une nouvelle autorisation peut être délivrée pour l'installation d'une officine, par voie de transfert ou de regroupement.

Le regroupement de deux officines, ou plus, n'est possible que si leur commune d'origine présente un nombre d'officines excédant les quotas d'habitants, le lieu de regroupement de ces officines étant l'emplacement de l'une d'elles ou tout autre emplacement situé sur le territoire national. Si le regroupement s'opère dans un lieu nouveau, la nouvelle officine ne peut être effectivement ouverte au public qu'après la fermeture des locaux d'origine de chacune des officines regroupées.

L'ordonnance conserve le régime du gel des licences libérées à la suite d'un regroupement. Le gel des licences ne peut être levé qu'à l'issue d'un délai de 12 ans, le directeur de l'ARS pouvant, après avis des instances syndicales et ordinales compétentes, autoriser une nouvelle officine si les besoins en médicaments de la population ne sont plus satisfaits de manière optimale.

#### ► **Ouverture d'officine dans les territoires défavorisés**

Des dispositions spécifiques ont été introduites en faveur des territoires au sein desquels l'accès à une pharmacie n'est pas assuré de manière satisfaisante. Il incombe au directeur de l'ARS de déterminer, par arrêté, les territoires concernés.

Pour ces territoires, le directeur de l'ARS arrête la liste des communes contiguës dépourvues d'officine afin de totaliser un nombre d'habitants conforme aux quotas démographiques. Dans ce cas, l'ouverture d'une officine, par voie de transfert ou de regroupement, peut être autorisée dans l'une de ces communes, notamment auprès d'un centre commercial, d'une maison de santé ou d'un centre de santé. L'appréciation du caractère optimal de la desserte s'effectue alors au regard des seuls critères d'aménagement urbain (accessibilité extérieure de l'officine) et d'installation immobilière (accessibilité intérieure de l'officine) et non du critère de la population résidente, l'officine n'ayant donc pas à desservir immédiatement la population résidente d'un quartier mais pouvant viser une population de passage.

L'ARS peut également adopter des mesures destinées à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique au titre des expérimentations ou des actions prises en charge par le fonds d'intervention régional.

### ► **Ouverture d'officine en zone aéroportuaire**

L'ordonnance institue des dispositions particulières pour les ouvertures de pharmacies dans les aéroports, le nombre d'habitants recensés étant remplacé par le nombre annuel de passagers de l'aéroport. Une annexe de l'officine peut également être ouverte dans la zone piste ou la zone ville, selon le site d'implantation de l'officine dans l'aéroport. Lorsque plusieurs officines sont implantées au sein d'un aéroport, un service de garde et d'urgence doit être organisé.

### ► **Règles gouvernant la délivrance et la fin de la licence**

Certaines règles procédurales concernant les autorisations ont été modifiées. Le directeur de l'ARS conserve la faculté de déterminer le ou les secteurs de la commune dans lequel l'officine devra être située. En revanche, le pouvoir qu'il détenait en vue d'imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour la future officine et l'officine existante la plus proche lui a été retiré.

Les règles de priorité thématique ont été maintenues : les demandes de regroupement l'emportent sur les demandes de transfert et les demandes de transfert l'emportent sur les demandes de création. Une nouvelle priorité est introduite au bénéfice des pharmacies des communes limitrophes sollicitant l'ouverture d'une officine au sein d'une commune nouvelle ou d'une commune figurant sur la liste arrêtée par le directeur de l'ARS au titre des territoires défavorisés. Celle-ci ne porte pas préjudice aux priorités thématiques précédentes. La règle de l'antériorité, donnant priorité chronologique au premier dossier complet déposé à l'ARS pour des demandes de même nature (création, transfert ou regroupement), est conservée.

Le régime de l'entrée en vigueur de la licence subit pour sa part quelques modifications. L'autorisation d'ouverture ne prend effet qu'à l'issue d'un délai de trois mois suivant la notification de l'arrêté au pharmacien. A l'issue de ce délai, l'officine doit être effectivement ouverte au public dans les deux ans contre un an auparavant. Ce délai pouvant toujours être prorogé en cas de force majeure.

L'interdiction de cession, de transfert ou de regroupement d'une officine autorisée avant un délai de cinq ans a été supprimée. L'ordonnance précise que la cession d'une officine est possible au cours d'une procédure de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire. La licence devenant caduque à compter de la date du jugement de clôture.

Le régime de caducité des autorisations est reconduit. En cas de cessation définitive d'activité de l'officine, le titulaire (ou ses héritiers en cas de décès) doit déclarer cette cessation auprès de l'ARS. A défaut, la cessation d'activité est définitive dès lors qu'aucune activité n'a été constatée pendant douze mois consécutifs. Le directeur de l'ARS prononce par arrêté la caducité de la licence.

Au regard de la sur-densité officinale du département guadeloupéen, même si ce texte constitue une véritable évolution en assouplissant et clarifiant les conditions générales d'ouverture des pharmacies, la cession restera la voie privilégiée à l'installation du pharmacien en Guadeloupe. Actuellement, le transfert et le regroupement y sont encore peu utilisés mais il pourrait devenir une possibilité crédible à l'avenir pour renforcer la santé économique de certaines officines fragiles du territoire.

## 2. Santé économique de la pharmacie d'officine en Guadeloupe

A l'heure où nous constatons une fermeture d'officine tous les deux jours en métropole, ainsi qu'un chiffre d'affaires annuel moyen en baisse constante depuis plusieurs années, il sera intéressant d'analyser la santé financière des officines en Guadeloupe. Leurs particularités économiques leur permettent-elles de survivre plus facilement aux baisses de prix ainsi qu'aux déremboursements ? Quelle est leur rentabilité aujourd'hui ?

Pour apprécier l'activité des officines guadeloupéennes nous nous appuyerons sur l'expertise comptable du groupe HYGIE-CONSEILS. Son directeur M. Fernandes Bernard nous a accordé de nombreux entretiens téléphoniques afin de nous partager le fonctionnement du groupe HYGIE-CONSEILS ainsi que les indices sectoriels guadeloupéens et métropolitains à la pharmacie. Ces analyses statistiques nous ont permis de réaliser une étude comparative entre l'activité des pharmacies guadeloupéennes et métropolitaines.

HYGIE-CONSEILS est un groupe d'expertise comptable regroupant 3 bureaux : un situé à Saint Mandé en région parisienne, un autre à Châlons en Champagne et le troisième en Guadeloupe. Jusqu'à présent implanté à Sainte Anne, ce bureau est dorénavant établi depuis le 25 septembre 2021 dans la zone de Dothémare Les Abymes.

Bien que HYGIE-CONSEILS a vu le jour en février 2009, M. Fernandes a pris, depuis 30 ans, le chemin de la spécialisation fiscale, comptable, droit du travail-social, économique, auprès des Pharmaciens d'officine. A ce jour, HYGIE-CONSEILS suit tous ces domaines avec 800 clients exclusivement titulaires d'officines, dont 70 en Guadeloupe (cabinet acquis en septembre 2016) et 8 en Martinique (où s'implantera prochainement bientôt un bureau).



## 2.1 L'activité des officines guadeloupéennes

### 2.1.1 La répartition des Ventes

La moyenne par catégorie de produits est :

- Médicaments remboursables (TVA : 2,1%) : 72% CA
- Produits conseils (TVA : 5% - 10%) : 15% CA
- Produits parapharmaceutiques et autres matériels (TVA : 20%) : 13% CA

Cette ventilation varie plus fortement qu'en métropole selon les zones géographiques.

### 2.1.2 Les honoraires de dispensation + ROSP

*Les données concernant les honoraires de dispensation et les ROSP seront incorporés prochainement dans la version numérique*

### 2.1.3 Le chiffre d'affaires (CA)

La moyenne du CA TTC/12 mois, des officines de Guadeloupe est de : 1 910 k€ avec le plus petit CA à 200k€ et le plus important à 9 000k€. Les officines de ville réalisent des CA TTC moyens de 2 250k€, celles dites « rurales » réalisent en moyenne 1 400k€ TTC, celles en zone très touristique réalisent des CA TTC moyens de 2 500k€ (plus fluctuants suivant les saisons).

### 2.1.4 L'analyse de la marge

Cependant, les marges commerciales en ratio sur les chiffres d'affaires sont en moyenne aussi importantes qu'en métropole (même supérieures). En effet, elles ressortent à 32,4% du CAHT, en excluant de cette moyenne celles très faibles et celles très fortes (toujours à cause des forts écarts selon la zone géographique).

### 2.1.5 Les charges externes

Les loyers des pharmacies (hors centres commerciaux importants, mais peu nombreux) représentent en moyenne, entre 1 et 2.5% du CAHT.

### 2.1.6 Les charges internes

*Les données concernant les charges internes seront incorporés prochainement dans la version numérique*

### **2.1.7 L'analyse des rentabilités**

Les excédents bruts d'exploitation reconstitués sont en moyenne de 14% du CAHT, plus forts qu'en métropole, ce bon EBE est aussi lié au fait que les charges sociales sur salaires sont moins fortes (en moyenne), grâce aux lois dites « lodeom ».

### **2.2 L'analyse des moyens pour l'activité (« Analyse de la structure financière »)**

*Les données concernant l'analyse des moyens pour l'activité nous seront communiquer prochainement par le cabinet d'expertise comptable HYGIE-Conseils. Nous les joindrons à la version numérique pour étayer notre propos sur la structure financière des officines guadeloupéennes.*

### 3. Installation pour un primo accédant en Guadeloupe/métropole

#### 3.1 L'état des lieux sur l'installation

Depuis les années 2000, on assiste à une profonde restructuration du secteur officinal en France, s'accompagnant de nombreuses fermetures d'officines. Cette mutation économique rapide du secteur a mis en difficulté certains titulaires et a provoqué de nombreuses inquiétudes au sein de la profession quant à son avenir<sup>113</sup>.

Ces incertitudes ressenties actuellement par les acteurs du secteur proviennent incontestablement de la conjugaison de deux phénomènes : premièrement l'existence d'une bulle sur le prix d'achat des officines qui a culminé en 2008 et deuxièmement les effets de la politique accrue de maîtrise des dépenses de médicaments couplée à la réforme du calcul de la rémunération.

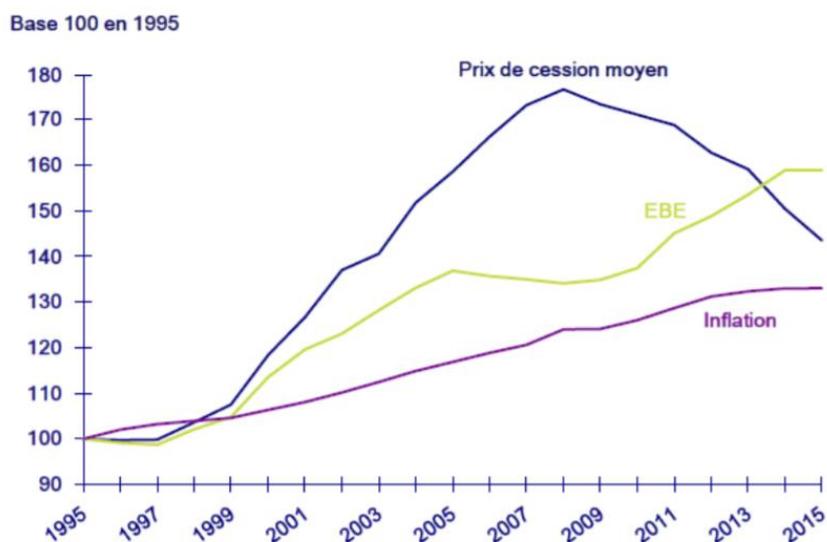


Figure 35 : Evolution du prix de cession, de l'EBE et de l'inflation sur la période 1995 – 2015

Source : Interfimo

Les anticipations de forte croissance du chiffre d'affaires ont conduit banques et pharmaciens à contracter des prêts importants au début des années 2000. Le remboursement de ces prêts est devenu difficile pour certains pharmaciens du fait de la diminution non anticipée du taux de croissance du chiffre d'affaires liée à la politique de maîtrise des dépenses de médicaments.

A ces fermetures préoccupantes pourraient s'ajouter d'autres inquiétudes pour le futur accédant : la remise en cause du monde officinal actuel, la désertification médicale, l'émergence de la vente en ligne, la concurrence des PUI et des officines se spécialisant dans les PDA pour les EHPAD ou encore l'incertitude des prix du médicament couplée à la réforme sur la rémunération (avenant 11). Mais qu'en est-il réellement ?

Après avoir abordé et tenté de dissiper de façon la plus objective possible les craintes que pourrait rencontrer le primo accédant face à sa future installation nous essaierons d'évaluer si la conjoncture économique et politique actuelle est propice à son installation.

### 3.1.1 Les inquiétudes à l'installation du primo accédant

Depuis les années 2000, on observe effectivement une réduction continue du nombre d'officines en France (sur les cinq dernières années, -2,6%). En 2017, cette tendance se poursuit et s'accroît : 240 officines ont fermé leurs portes (-14 dans les DOM et -1 en Guadeloupe), soit 4 pharmacies par semaine<sup>114</sup>. Mais ces fermetures ne sont pas pour autant le reflet d'une crise économique majeure traversée par le secteur dans la mesure où les cas de liquidation judiciaire sont rares (6%). Plus de la moitié (53%) concernaient des restructurations dites « actives » à l'initiative des pharmaciens eux-mêmes (21% de regroupement et 32% de rachats-fermetures). Les évolutions réglementaires ont permis notamment, à certaines officines fragiles de se consolider économiquement par le biais du regroupement. Enfin, parmi les restitutions sèches de licences, plusieurs concernent des cas de pharmacies où la fermeture de l'officine n'a rien à voir avec une difficulté liée à une défaillance du modèle économique officinal (décès ou maladie du titulaire, non renouvellement du bail, revalorisation du pas de porte, expropriation, annulation de licence). Finalement, les fermetures intervenues fautes de repreneur représentent seulement 39%.

Une autre source d'inquiétude majeure pour les pharmaciens titulaires est la remise en cause du modèle officinal actuel (capital des pharmacies à des pharmaciens et monopole pharmaceutique de la distribution de médicaments). La pression du secteur de la grande distribution est indéniablement forte (en attestent les nombreuses publicités d'E.Leclerc). Toutefois le gouvernement, à l'occasion de la loi de modernisation du système de santé en 2016, a décidé de ne pas remettre en cause ce modèle, volonté reconduite par le gouvernement actuel.

L'incertitude des prix du médicament couplée à la réforme sur la rémunération<sup>115</sup> (avenant 11) pourrait interroger également les titulaires d'officine sur l'évolution de leur chiffre d'affaires à l'avenir. Effectivement, la répartition du chiffre d'affaires des officines a progressivement évolué vers une diminution du médicament remboursable, même si celui ci représente encore près des trois quarts du chiffre d'affaires moyen des officines. L'INSEE constatait ainsi une érosion de la part du chiffre d'affaires associée au médicament, et en particulier au médicament remboursable entre 2000 et 2012 (de 93,2% à 87,4% pour le médicament ; de 85% à 75,8% pour le médicament remboursable uniquement). Les résultats de l'étude plus récente du rapport conjoint de l'IGAS et l'IGF sont cohérents avec ceux de l'INSEE et attestent de la poursuite du phénomène (part du médicament remboursable dans le chiffre d'affaires passant de 76,7% à 73,4% sur la période 2010-2014).

Cependant, le pharmacien d'officine s'est adapté. On assiste à l'augmentation très rapide de la part du CA associée à d'autres ventes telles que les « médicaments OTC », les dispositifs médicaux et la parapharmacie. De plus, dans l'avenant 11 de la convention nationale conclu en 2012, l'USPO et l'UNCAM confirment leur volonté de continuer la réforme du mode de rémunération fondé sur l'honoraire de dispensation, et d'élargir le périmètre des rémunérations perçues par les pharmaciens en contrepartie d'engagements individualisés de santé publique, dont l'objectif est de favoriser la qualité et l'efficacité du parcours de soin du patient.

Outre, le fait que le CA du secteur ne connaît plus les croissances fortes qu'il a connues dans le passé, les performances d'exploitation du secteur officinal continuent d'être satisfaisantes. En dépit des baisses de prix des médicaments et des réformes de son calcul (en 2015, un honoraire de dispensation pour la vente de médicaments remboursables complète la marge dégressive lissée mise en place en 2009), la marge commerciale des pharmacies a continué de progresser (de plus de 1% par an entre 2010 et 2013 et dans une moindre mesure en 2014 (+0,4%)) grâce à la substitution croissante des médicaments génériques aux médicaments princeps. Sa progression étant plus rapide que celle du CA, le taux de marge commerciale a augmenté, passant de 27,6% à 28,7%.

Néanmoins, la dynamique de la marge commerciale présente des disparités en fonction de la commune d'implantation, phénomène qui s'est accru depuis 2010. Les officines des communes isolées ou multipolarisées ont vu leur marge commerciale diminuer de 0,7% par an en moyenne. On assiste à une recomposition qui s'accompagne d'une croissance des grosses officines et d'un déclin des petites officines, en témoigne le graphique ci-dessous sur l'évolution des CA des officines sur la période 2010-2014.

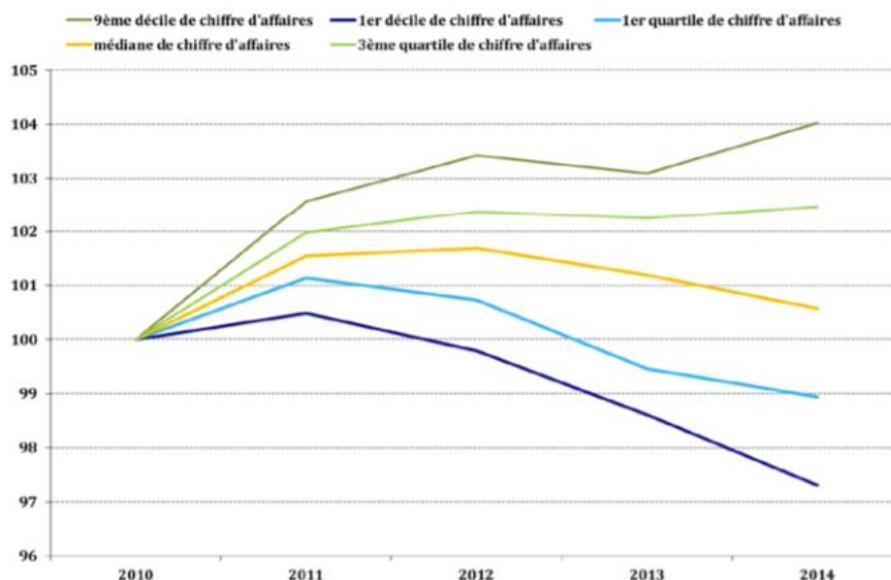


Figure 36 : Evolution des déciles et quartiles de CA des officines sur la période 2010-2014 – base de 100 en 2010 – Source : DGFIP, calculs mission.

Certains titulaires d'officine dont l'approvisionnement des EHPAD constitue une partie de leur CA voient d'un très mauvais œil la concurrence des PUI et des officines se spécialisant dans les PDA<sup>xxvi</sup>. Ils craignent que l'approvisionnement des EHPAD soit détourné des officines de proximité au profit de ces établissements. Les résidents des EHPAD ont un droit fondamental au libre choix de leur professionnel de santé ; toutefois, en l'absence d'expression du choix du patient, ce choix revient à l'EHPAD. Traditionnellement, la pharmacie la plus proche était retenue. Mais, si certaines officines investissaient dans le développement de robot à PDA, véritable gage de qualité (traitement personnalisé, traçabilité, observance), ces pharmacies de proximité pourraient être mises en difficulté par la perte éventuelle de marché d'un EHPAD.

L'émergence de la vente en ligne cristallise elle aussi de vives réticences. Elle est autorisée depuis 2011 au niveau européen et a fait l'objet d'une transposition dans le droit français fin 2012. Les modalités de la vente en ligne font l'objet d'échanges intenses entre d'une part le ministère de la santé qui veut inscrire celles-ci dans une démarche de qualité renforçant le rôle de professionnel de santé des pharmaciens avec des garanties fortes accompagnant ce type de vente et d'autre part l'Autorité de la concurrence (ADLC) qui estime que les enjeux dépassent les seules considérations de santé publique, notamment de limitation des risques de commercialisation de contrefaçon. L'ADLC déplore qu'elle soit aujourd'hui freinée dans son développement par des contraintes excessives qui brident le développement des acteurs installés en France par rapport à leurs homologues européens<sup>116</sup>. La vente en ligne de médicaments sans ordonnance est actuellement faiblement développée en France (seules 301 officines ont ouvert un site de vente en ligne en 2016). De nombreux pharmaciens d'officine estiment que, même en assouplissant la législation française, la population resterait fortement attachée à l'interaction avec son pharmacien et à l'accès au médicament sans délai de livraison. Par ailleurs, elle craindrait les risques de fraudes en ligne (vente de faux médicaments). Chez ses voisins européens qui composent pourtant avec une législation moins restrictive, la vente de médicaments en ligne représente une part très résiduelle des ventes (au Royaume Uni la vente en ligne de médicaments sur ordonnance est de 4%, en Allemagne l'automédication sur Internet représente 7% du CA de l'automédication et en Belgique elle représentait 1,7% de l'activité des pharmaciens en 2012).

Nombreux pharmaciens désireux s'installer restent très préoccupés par la désertification médicale. Les pharmaciens des communes rurales s'inquiètent des départs à la retraite non remplacés des prescripteurs à proximité de leurs officines et des conséquences économiques associées qui pourraient en découler. La législation ne contraint pas l'installation des médecins, comme pour les officines de pharmacie, expliquant en partie cette situation. Le gouvernement pour remédier à la désertification médicale a mis en place différents dispositifs incitatifs à l'installation de médecins dans certains territoires<sup>117</sup> : aides financières et facilitation des démarches d'installation (PAPS<sup>118</sup> et « référents-installation »). Les aides financières s'assimilent tantôt à un complément direct de revenu (PTMG, option « santé solidarité territoriale, option

---

<sup>xxvi</sup> PDA (Préparation des Doses à Administrer) désigne le reconditionnement à l'avance des médicaments dans des piluliers nominatifs, selon la posologie et la durée du traitement. Elle ne concerne que les médicaments de forme orale solide anhydre stable (comprimés et gélules essentiellement)

« démographie »), tantôt à une aide fiscale (ZRR et zones fragiles). Malgré ces mesures, plusieurs centaines d'officines en France n'ont pas de médecins généralistes dans leur commune. Les pharmaciens sont très alarmistes sur ce sujet considérant que la perte du ou des prescripteurs condamne à plus ou moins long terme l'officine concernée. Pour pallier cette absence de médecins dans certains territoires, les titulaires de ces officines devront probablement s'en remettre à des techniques de visioconférence ou à d'autres solutions innovantes mais encore très coûteuses telles que les cabines de télémédecine.

Ces différents constats montrent que les inquiétudes concernant l'installation sont à nuancer. Le primo accédant doit éviter de suivre démesurément l'évolution du CA et privilégier les indicateurs de performance d'exploitation qui sont plutôt bien orientés. Le primo accédant au moment d'évaluer les différentes offres d'installation qui se présenteront à lui devra tout de même être vigilant à tous ces facteurs qui pourraient influencer la rentabilité de sa future officine.

### 3.1.2 Les facteurs en faveur de l'installation du primo accédant

#### ❖ Environnement officinal<sup>119</sup>

La plupart des acteurs de la profession s'accordent à dire que la pharmacie d'officine reste un excellent investissement. Ces dernières années, l'évolution de la cotation Banque de France<sup>xxvii</sup> des pharmacies est favorable. Entre les années 2008 et 2013, on observait une proportion plus importante de notes dégradées (5+ à P). Depuis 2013, on assiste à une progression des cotes positives (0 à 4) : 54% en 2013 à 61% en 2019 (un certain nombre de pharmacies ayant disparu des statistiques).

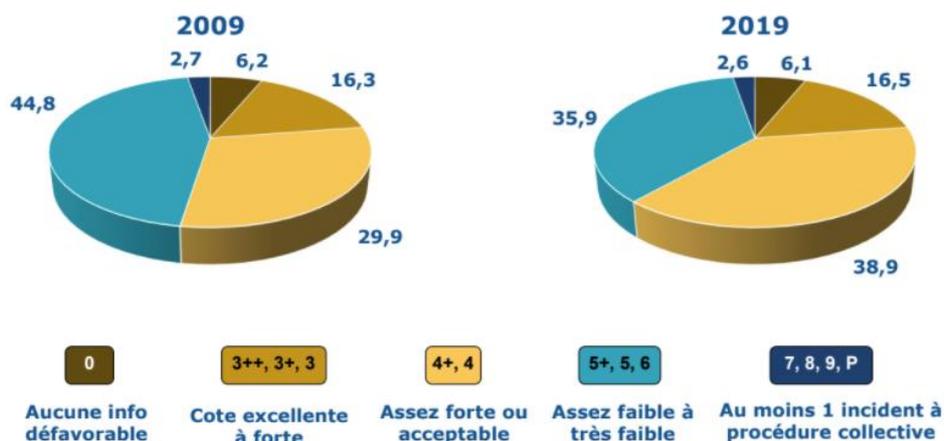


Figure 37 : Evolution de la cotation Banque de France entre 2009 et 2019  
Source : Banque de France.

Il est toutefois important de souligner que 46% de notes dégradées représentent les plus petites pharmacies contre 38 à 41% pour les autres catégories d'officines.

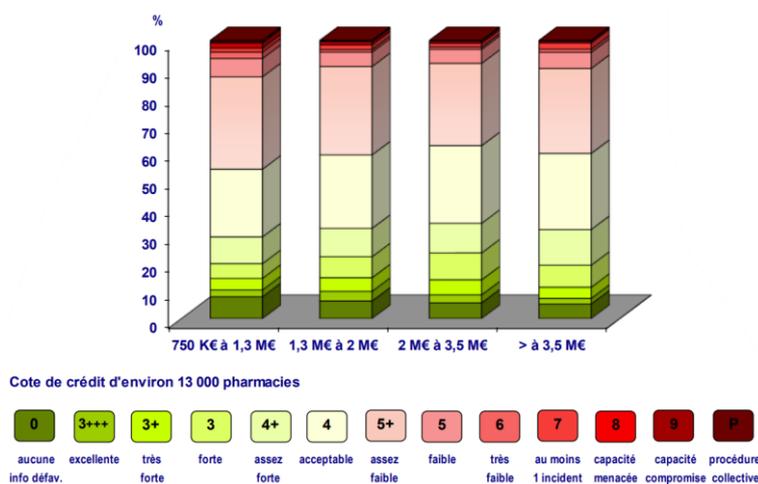


Figure 38 : Cotation BDF 2017 des pharmacies par niveau de CA  
Source : Banque de France.

<sup>xxvii</sup> La cotation de la Banque de France est une appréciation sur la capacité d'une entreprise à honorer ses engagements financiers à un horizon d'un à trois ans.

A noter qu'en 2019, en IDF, en PACA et dans les DOM (48%), près de la moitié des pharmacies ont une note dégradée contre 39% en France (vs 43% en 2013).

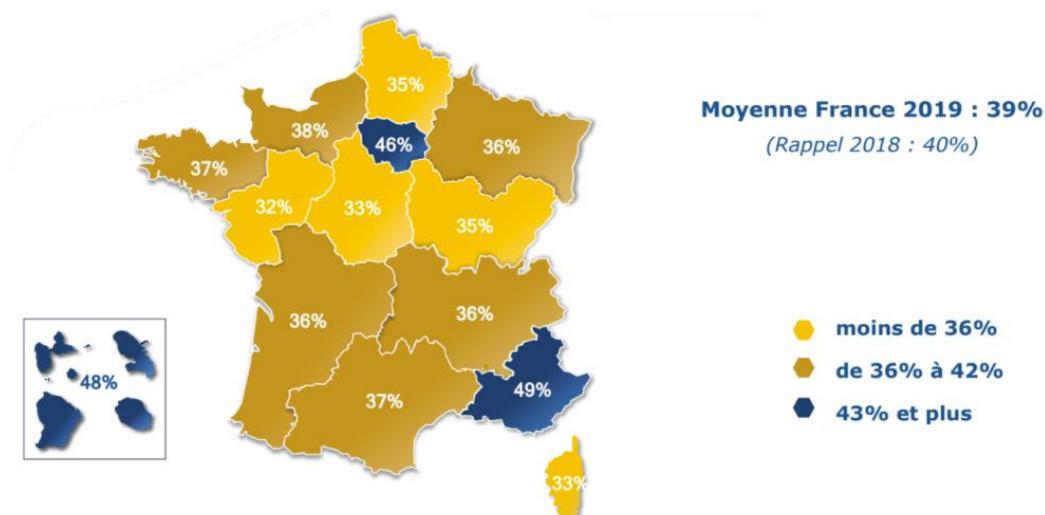


Figure 39 : Cotations régionales BDF de 5+ à P (en %)  
Source : Banque de France.

Le taux de défaillance des pharmacies est de 5/1000 versus 12/1000 pour l'ensemble des entreprises françaises, révélateur que le secteur officinal reste porteur.

Notre enquête menée sur « l'activité des officines métropolitaines et guadeloupéennes » atteste, elle aussi, de cette bonne santé économique du secteur officinal. Même si le chiffre d'affaires des pharmacies n'a plus la croissance forte qu'il a connue dans le passé, les performances de gestion du secteur restent satisfaisantes.

En 2019, le chiffre d'affaires progresse plus fortement que les années précédentes (+2% environ).

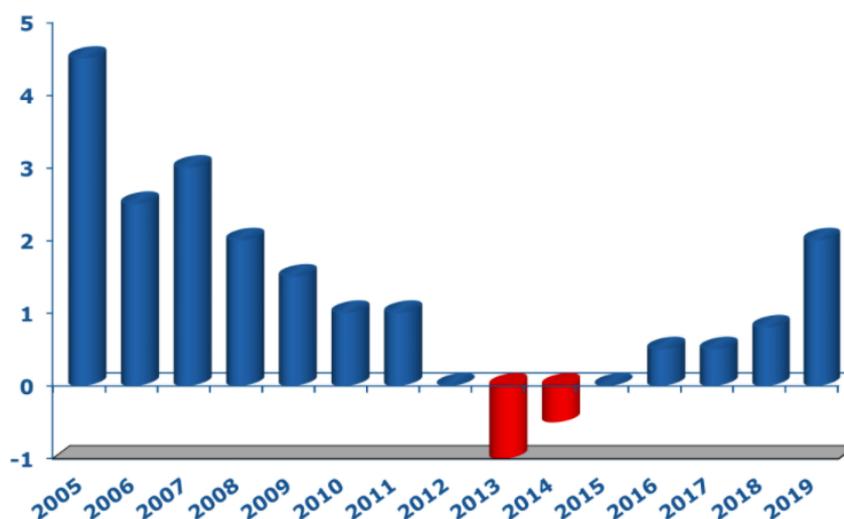


Figure 40 : Evolution du CA des officines entre 2005 et 2019  
Source : Interfimo.

Après une amélioration jusqu'en 2017, le taux de marge brute globale diminue en 2019 comme en 2018.

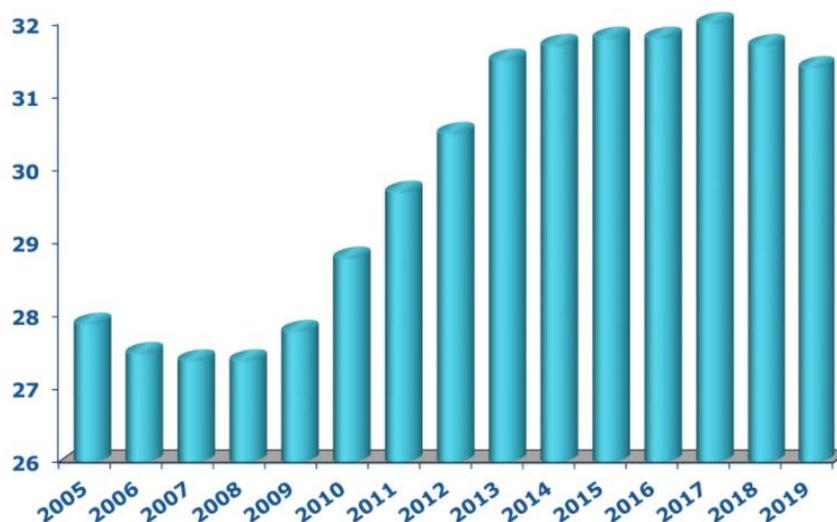


Figure 41 : Evolution du taux de marge brute globale des officines entre 2005 et 2019  
Source : Interfimo.

En 2019, le taux d'excédent brut d'exploitation (après cotisations sociales des titulaires et leur rémunération en cas de SEL) suit la baisse du taux de marge avec la progression des frais généraux et de personnel.

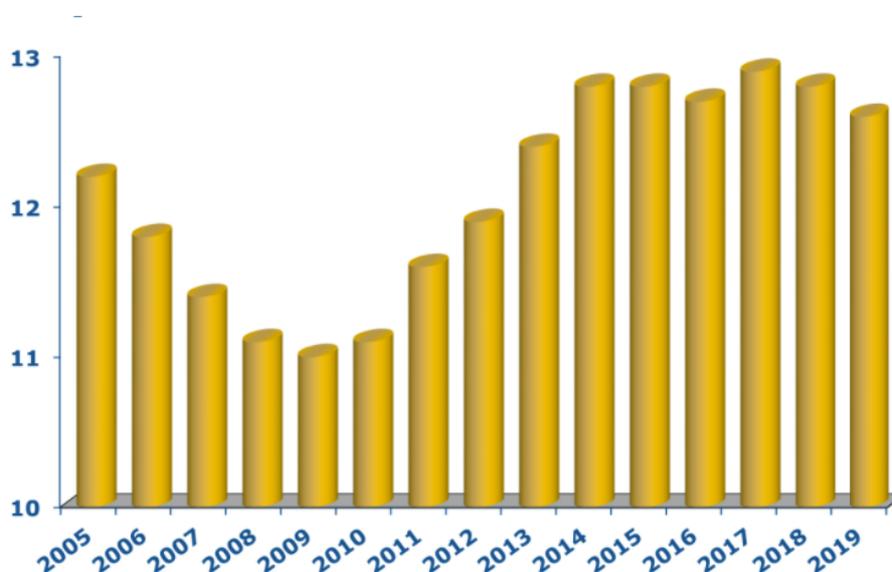


Figure 42 : Evolution du taux d'EBE des officines entre 2005 et 2019  
Source : Interfimo.

Néanmoins, comme nous avons pu le voir précédemment cette évolution correcte des chiffres d'affaires et des rentabilités des officines est à nuancer. Elle concerne essentiellement les entreprises de taille moyenne et supérieure.

### ❖ Animation du marché :

L'animation du marché est un autre indicateur, témoin de la bonne santé du secteur officinal, traduisant la restructuration du paysage officinal. Elle est mise en évidence par l'accroissement du nombre de mutations d'officines et la progression de la mobilité des pharmaciens.

En 2019, 1520 mutations ont été enregistrées soit 73 mutations / 1000 officines (75 mutations / 1000 en 2018). Le nombre de mutations (fonds + parts) est en légère baisse (-4%) après 2 années consécutives de hausse (+9%, +8% fonds uniquement). La majorité des régions connaît une progression de la mobilité.

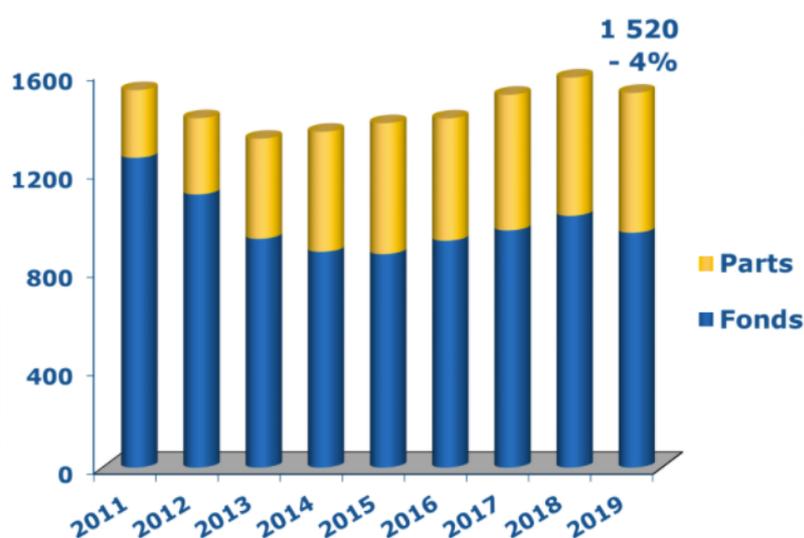


Figure 43 : Nombre de mutations entre 2011-2019  
Source : Interfimo.

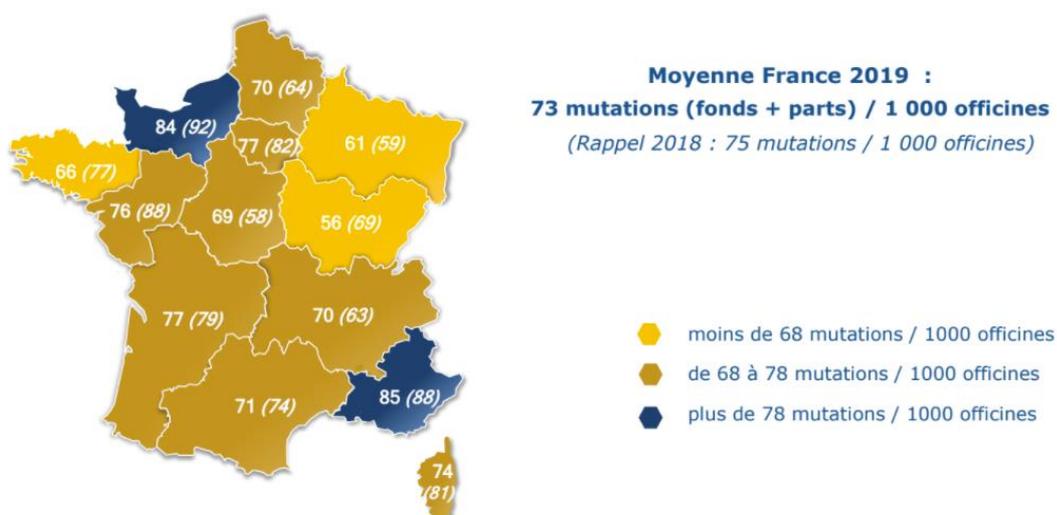


Figure 44 : Mobilité des pharmaciens en 2019  
Source : Interfimo.

Cette tendance devrait se poursuivre et s'accroître dans les 5 à 10 prochaines années liée aux nombreux et inéluctables départs en retraite de titulaires. En 10 ans, les effectifs des pharmaciens titulaires de 56 à 65 ans ont augmenté de 60%.

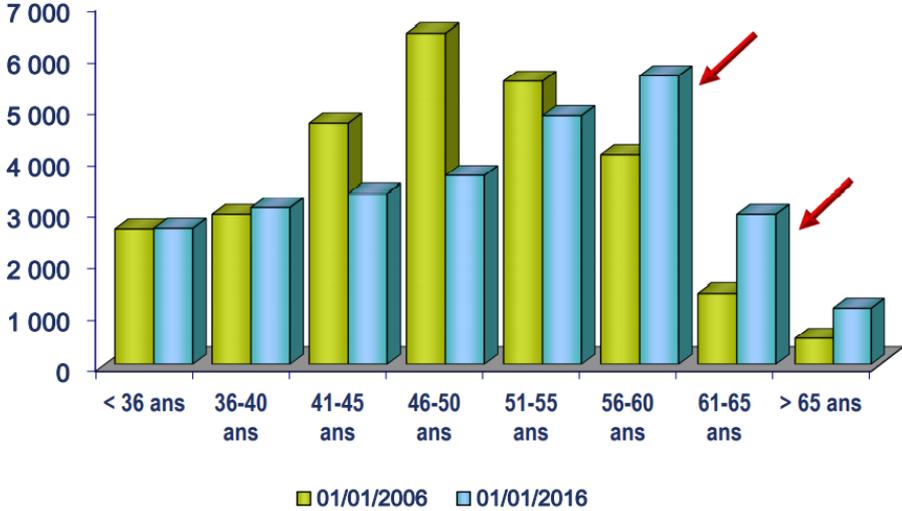


Figure 45 : Comparaison de l'âge des pharmaciens titulaires en 2006 et 2016 par tranche d'âge  
Source : CNOP

Après les effets temporaires de la réforme des retraites entre 2013 et 2015, les départs en retraite s'élèvent à 1670 en 2019 et sont donc la principale cause de transmission (Source originale CAVP).

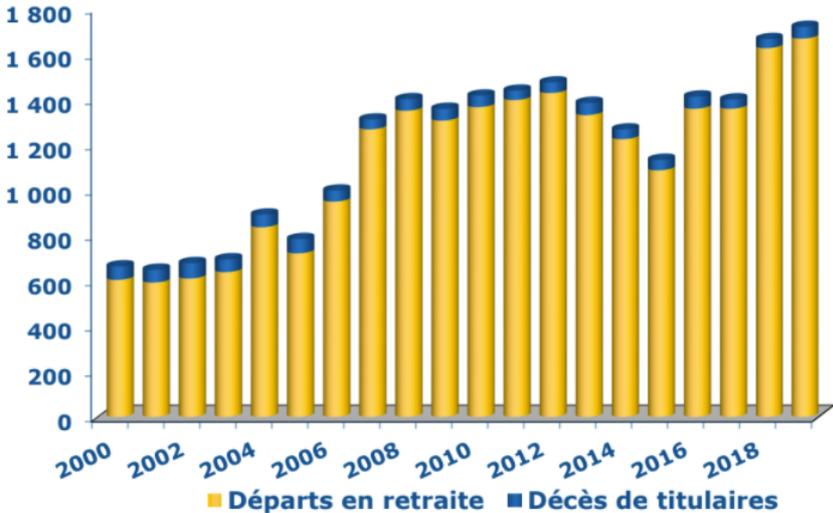


Figure 46 : Départs en retraite (titulaires et anciens titulaires) et décès de titulaires entre 2000 et 2019  
Source : CAVP

## ❖ Prix de cession

Autre argument en faveur de l'installation du primo-accédant est l'évolution du prix de cession des officines. Depuis 2015, on observe un retour à une corrélation entre prix et rentabilité, signe d'un marché mature.

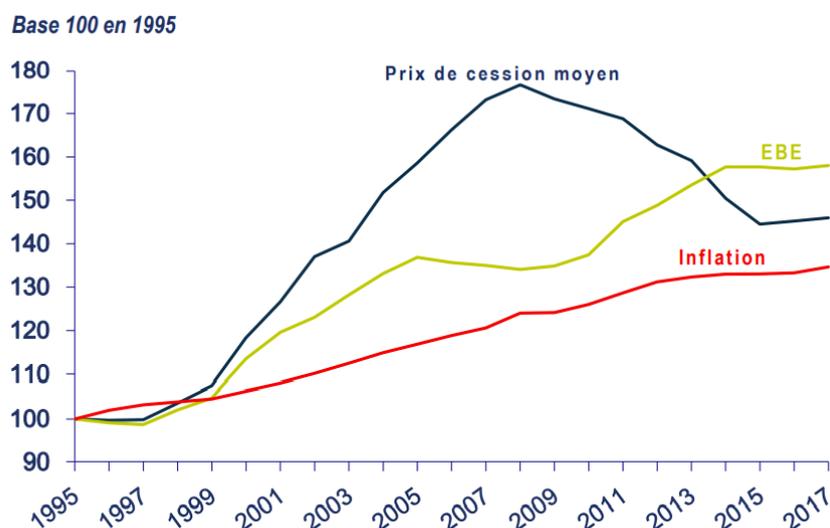


Figure 47 : Prix de cession moyen France entière en valeur  
Source : Interfimo

Depuis 2008, que l'on s'appuie sur un % du CAHT ou un multiple de l'excédent brut d'exploitation (EBE), on assiste à une baisse relative du prix de cession des officines.

Afin d'évaluer les fonds officinaux, deux méthodes de valorisation sont utilisées, l'une basée sur le CAHT et l'autre sur l'EBE. On privilégiera la méthode de valorisation basée sur l'EBE, reposant d'avantage sur des critères de rentabilité.

### **Evolution du prix de cession moyen en multiple de l'EBE « reconstitué »**

Cela implique de bien s'accorder sur la signification de l'EBE. En effet, il y a plusieurs façons de retraiter un EBE, ce qui explique les écarts des prix que l'on peut constater en parcourant les statistiques professionnelles de différentes sources. Certains reconstitueront l'EBE avant rémunération et cotisations sociales des titulaires, alors que certains cabinets d'expertise comptable utiliseront un prix de cession exprimé en multiple de l'EBE prévisionnel de l'acquéreur, déduction faite du coût de travail du titulaire calculé sur la base d'un coefficient 600 chargé. Ils jugent, certainement à juste titre, que l'acquisition d'une officine doit être regardée comme l'acquisition d'un outil de travail rémunérant en premier lieu correctement son titulaire et procédant, seulement ensuite, au remboursement de l'emprunt. Le risque de l'installation est réel et comme nous le verrons par la suite la capitalisation est incertaine.

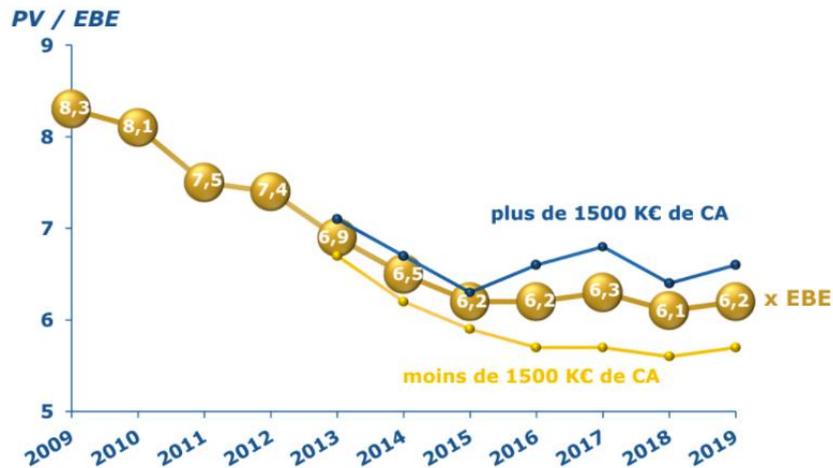


Figure 48 : Prix de cession moyen en multiple de l'EBE « reconstitué »  
Source : Interfimo

Dans le cas présent, Interfimo a opté pour un EBE « reconstitué » avant rémunérations et cotisations sociales des titulaires cédants. Même si, depuis 2015, le prix de cession moyen en multiple de l'EBE progresse très légèrement (6,2 x l'EBE en 2019), on constate une baisse significative depuis 2009. Entre 2009 et 2019, il a perdu environ 2 points.

Le Grand Est, la Corse, l'IDF et Paris affichent les prix moyens les plus élevés en multiple de l'EBE (DOM 6,4 x EBE, Guadeloupe 7 x EBE selon HYGIE-Conseils).

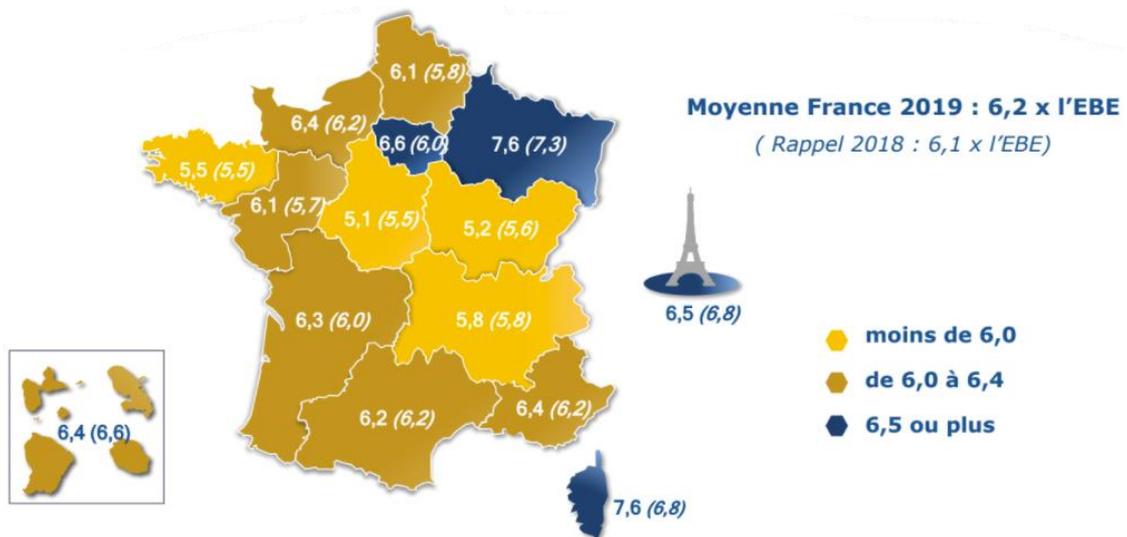


Figure 49 : Carte de France des prix de cession en multiple de l'EBE « reconstitué »  
Source : Interfimo

## Evolution du prix de cession moyen par niveau de CAHT

Encore beaucoup de pharmaciens, pour des raisons de facilité d'usage, se basent sur l'évolution des prix de cession moyen par niveau de CAHT. Quoique moins précise que la valorisation à partir de l'EBE, la tendance est la même.

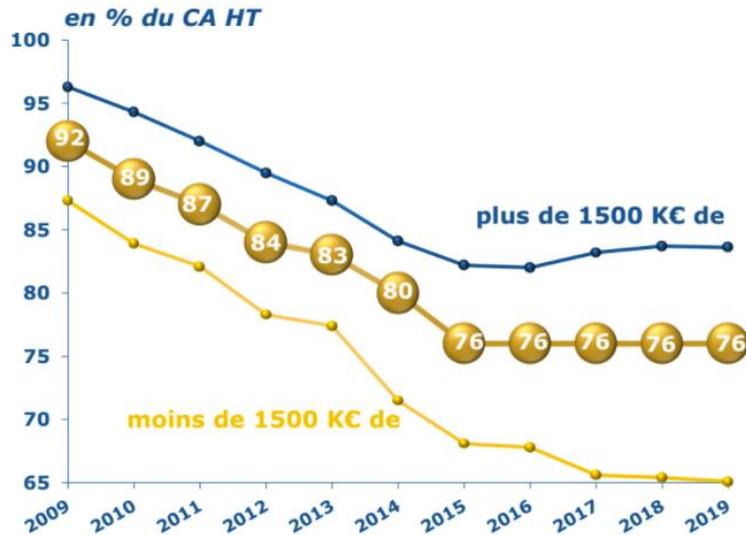


Figure 50 : Evolution du prix de cession moyen (en % CAHT) par niveau de CA  
Source : Interfimo

En 2019, les régions les plus chères sont la Normandie, la Nouvelle Aquitaine, le Grand Est et les DOM (82% du CAHT). L'IDF + Paris, le Centre-Val de Loire et la Bourgogne Franche-Comté restent les régions les moins valorisées.

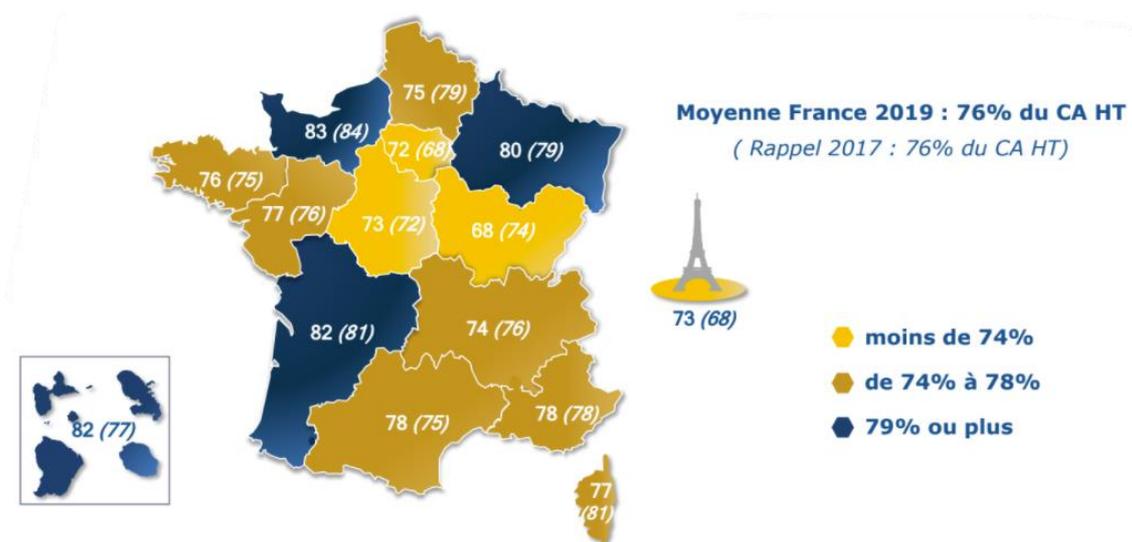


Figure 51 : Carte de France des prix de cession en % du CAHT  
Source : Interfimo

HYGIE-Conseils nous révèle un prix d'achat des officine guadeloupéenne approchant en moyenne les 90% du CA (en rapport avec la qualité de vie). Toutefois, ce qui joue sur les prix favorablement, ce sont les grossistes qui participent à leur manière à l'installation de l'acquéreur, afin de récupérer ses flux d'achats. Ces prix plutôt hauts font que les titulaires qui deviennent investisseurs se multiplient, ainsi des jeunes sans apport peuvent s'installer, et sans, pour autant être « exploités » puisqu'en Guadeloupe la règle qui veut que le gérant soit majoritaire en voix, certes, mais aussi en capital est respectée. Comme le révèle l'illustration ci-dessous sur l'évolution du prix de cession moyen par niveau de CA, il a subi une baisse régulière depuis 2008 et est maintenant stabilisé depuis 2015 à 76% du CAHT. Cette illustration apporte tout de même une autre notion pouvant avoir des répercussions sur le choix du primo accédant : la taille de la pharmacie choisie.

En 2019, le marché des ventes de pharmacies est marqué par un prix moyen des fonds de commerce (cédés directement ou valorisés à l'actif des sociétés d'exercice) apparemment stable, mais recouvrant en réalité des évolutions de plus en plus divergentes selon la taille des pharmacies.

On remarque une baisse des prix pour les catégories de pharmacies de - de 1200 K€ de CA tandis que les officines de plus de 2400 K€ progressent très légèrement.

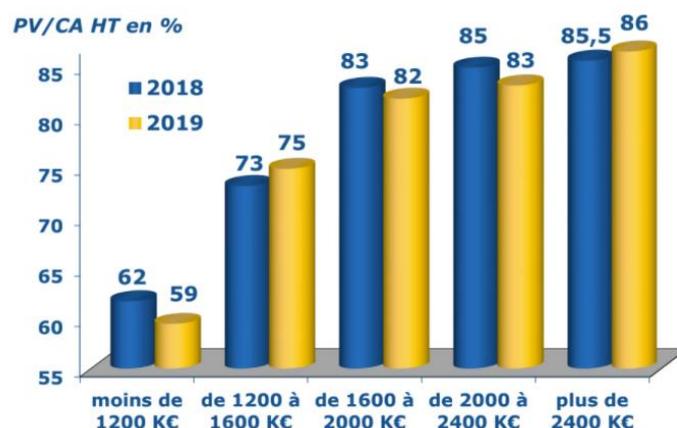


Figure 52 : Prix de cession par niveau de CAHT  
Source : Interfimo

En 2019, 60% des officines sont valorisées entre 61% et 91% du CAHT, c'est-à-dire entre -15 et +15 points autour du prix moyen.

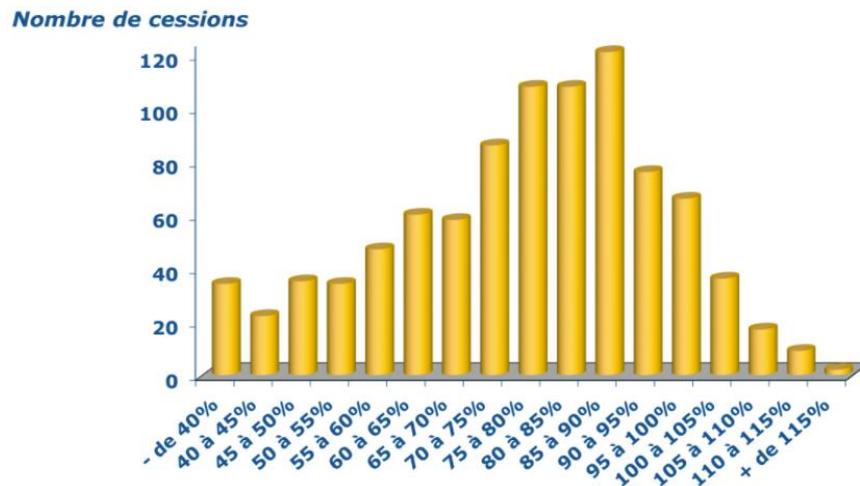


Figure 53 : Dispersion des prix en pourcentage du CAHT  
Source : Interfimo

Si l'environnement officinal demeure favorable à l'installation, comme l'attestent les facteurs énumérés précédemment, il s'avère que la taille de l'officine doit être un des éléments de la réflexion pour le choix de la pharmacie ciblée par le primo accédant.

### 3.2 Le choix du type de pharmacie d'officine ciblée

La première démarche lors d'une installation est de bien définir le projet. Il est important, d'autant plus s'il s'agit d'une première acquisition, que le primo accédant se pose certaines questions lui permettant d'affiner les conditions dans lesquelles il souhaite réaliser sa nouvelle activité. Le lieu d'exercice, la typologie (pharmacie de quartier, de centre ville, rurale, de centre commercial, ...) ou la taille de la pharmacie recherchée sont autant de paramètres qui conditionneront son exercice professionnel.

#### ❖ En fonction de la zone géographique

En premier lieu, il doit se demander où il souhaite s'installer ? Est-ce qu'il désire rester dans sa région d'origine ou est ce qu'il est prêt à la quitter en fonction des opportunités qui se présenteront à lui. Si la mobilité n'est pas un frein à son installation, il peut élargir son périmètre de recherche et envisager une installation dans d'autres régions métropolitaines voire dans les territoires ultra marins.

Les premières années suivant l'acquisition sont souvent les plus excitantes. Elles représentent la concrétisation d'un long projet et les premiers pas dans la peau d'un pharmacien titulaire. Le primo accédant, en plus de sa qualité de pharmacien devient entrepreneur et par conséquent va devoir relever les nouveaux défis de l'entrepreneuriat. Afin de pallier son manque d'expérience en tant que chef d'entreprise, il va devoir consacrer une grande partie de son temps et de son énergie à la réussite et au bon fonctionnement de son officine. Il va devoir faire des sacrifices parfois aux dépens de sa vie privée.

L'éloignement géographique peut être perçu comme une difficulté supplémentaire pour une personne attachée à sa région, à sa famille, à ses amis, à ses proches. Dans le cas, où le primo accédant serait métropolitain et désireux de s'installer sur un territoire d'Outre-mer, cet aspect s'en retrouve décuplé et ne doit pas être négligé. Pour la Guadeloupe, cet éloignement géographique est majoré du fait des 6 698 km séparant la Guadeloupe de la métropole et renforcé par son caractère insulaire. Cela s'accompagne comme nous l'avons vu maintes et maintes fois de spécificités climatiques, territoriales, sociales, raciales, ainsi que culturelles. Toutes ces spécificités doivent être intégrées dans la réflexion globale.

## ❖ En fonction de la typologie

Outre la localisation géographique à proprement dit, il doit également définir dans quel type de pharmacie il aimerait évoluer dans les années à venir et tout ce que ce choix pourrait impliquer aussi bien dans son rôle de pharmacien que dans celui de gestionnaire. Il peut être judicieux, dans les années précédant l'installation, de travailler dans ces différents types de pharmacie afin de mieux appréhender leur environnement et d'identifier les réelles différences concernant l'exercice officinal. On comprend aisément que l'exercice du métier de pharmacien d'officine en milieu rural est bien différent de celui rencontré en milieu urbain ou encore dans une galerie commerciale et que par conséquent les problématiques qui en découlent pour le pharmacien titulaire le sont tout autant.

### ○ Pharmacie de centre ville

En milieu urbain, le pharmacien titulaire doit souvent faire face à une concurrence sectorielle plus virulente et, par conséquent, les consommateurs sont plus exigeants. Comme nous avons pu le voir dans la partie consacrée au maillage territorial, la structuration actuelle du réseau officinal est plus le produit de l'histoire que de la réglementation actuelle. Au regard des critères populationnels réglementaires (nombre d'habitants par officine et/ou nombre d'officines pour 100 000 habitants), la grande majorité des territoires français présentent une sur-densité officinale. En milieu urbain, cette sur-densité officinale se manifeste également par des critères superficiels (nombre d'officines plus élevé par carreaux de 100km<sup>2</sup>). Du fait de l'absence de restrictions géographiques quant à l'installation des officines par le passé, il n'est pas rare que certaines pharmacies soient très proches, dans le même quartier, voire dans la même rue. Afin de répondre à cette concurrence, le pharmacien sera peut-être amené à adapter sa politique de prix impactant par la même occasion sa marge commerciale. Il devra aussi probablement adapter son amplitude horaire, ce qui pourrait l'amener à travailler plus, dans le cas où il ne pourrait pas se permettre d'avoir plus de personnel. Ceci peut être à l'origine d'un stress quotidien plus important et également impacter sa vie de famille. En Guadeloupe, l'aménagement du territoire est quelque peu différent, la plupart des communes sont vastes mais leur activité est cantonnée à des petits bourgs. Comme dans les villes en métropole, les officines sont très proches les unes des autres et par conséquent soumises à une forte concurrence.

- Pharmacie rurale

En milieu rural ou semi rural, le pharmacien d'officine doit souvent faire face à l'un des problèmes majeurs de notre système de santé actuel : la désertification médicale. Le non-remplacement de médecins sur certains territoires a accentué la difficulté d'accès aux médecins encore installés renforçant la dimension « professionnel de santé » du pharmacien. Il n'est pas rare qu'il soit sollicité pour des actes dépassant ses prérogatives habituelles : pré diagnostic, orientation, petits soins, ...

Pour pallier cette absence de médecins dans certaines zones faiblement attractives, le primo accédant, s'il porte son choix sur une pharmacie de type rural, devra étudier attentivement les possibilités de transferts d'officines afin de se rapprocher des maisons, centres ou établissements de santé du territoire. Malheureusement, ces transferts ne sont pas toujours envisageables. Comme nous l'avons vu précédemment, ils obéissent à des règles très strictes et nécessitent une autorisation délivrée par l'ARS. Ces pharmacies pourront alors s'en remettre à des systèmes de visioconférence ou à d'autres solutions innovantes mais encore très coûteuses telles que les cabines de télé-médecine.

- Pharmacie de centre commercial

Si le primo accédant s'oriente vers la pharmacie de centre commercial, celle-ci apparaît être un bon investissement. Le taux de fréquentation est très élevé, surtout si le centre commercial abrite une grande surface alimentaire, les ménages faisant en général leurs courses toutes les semaines. Elle bénéficie des avantages inhérents au centre commercial : l'attractivité des grandes marques nationales bien connues du public, l'accessibilité favorisée par un parking de grande taille et gratuit ou encore une sécurité accrue contre le vol et la délinquance.

La reprise par le primo accédant d'une pharmacie de centre commercial présente donc des avantages majeurs mais également des contraintes d'exploitation, plus importantes que dans les autres types de pharmacie, qui impacteront directement la rentabilité de la future officine. Parmi elles, on peut citer des charges supplémentaires liées à l'entretien des parties communes et à la sécurité, ainsi que des loyers généralement plus élevés. Chaque centre commercial possède ses propres conditions de location. Par ailleurs, l'amplitude des horaires d'ouverture (9h-21h) implique une présence assidue du personnel pouvant entraîner, dans certains cas, le paiement d'heures supplémentaires. La majorité des pharmacies de centres commerciaux en Guadeloupe sont situées en Grande Terre, au niveau de Pointe-à-Pitre et des communes environnantes (Centre commercial de Destreland, de Milenis, de Bas du Fort, ...)

- Pharmacie balnéaire

La pharmacie en bord de mer, particulièrement représentée en Guadeloupe, présente elle aussi de nombreuses spécificités conditionnées par l'existence d'une saisonnalité impactant l'exercice officinal du pharmacien. Les périodes touristiques (février, mars et décembre) s'accompagnent d'une fréquentation bien supérieure qu'à l'accoutumée. Le pharmacien titulaire guadeloupéen doit anticiper cette variation d'activité par l'embauche d'un personnel saisonnier nécessitant, dans certains cas, son hébergement et par la constitution d'un stock plus important de médicaments en début de saison.

Cette hausse d'activité se traduit par une augmentation du CA, expliquée conjointement, par une fréquentation accrue et par l'augmentation des ventes de produits de parapharmacie et de « médicaments conseils », bénéficiant d'une marge plus élevée. Une saison difficile (invasion de sargasses) peut avoir un retentissement significatif sur le CA de l'officine. C'est pourquoi, le primo accédant devra analyser les bilans comptables sur plusieurs années pour évaluer précisément la rentabilité de l'officine.

Le cadre de travail idyllique des pharmacies balnéaires, véritable « plus » pour la qualité de vie fait des ventes de ces pharmacies des transactions privilégiées, avec pour conséquence des prix de cession supérieurs à la moyenne.

- Pharmacies des dépendances guadeloupéennes (Désirade, MG, Saintes)

Ces pharmacies jouissent elles aussi d'un cadre de vie exceptionnel. Qui n'a pas rêvé de posséder une officine aux Saintes ou à Marie Galante ? Toutefois, elles aussi doivent faire face à certains impondérables. Le caractère isolé et paisible de ces îles, à l'origine de leur charme, peut être pour le pharmacien titulaire une réelle source d'inquiétude. La faible attractivité de ces îles rend compliqué le recrutement de son personnel et sa stabilité. Pour résoudre cette problématique, il devra probablement consentir à des efforts financiers sur les rémunérations, majorant ses charges de personnel.

De plus, les pharmaciens titulaires exerçant dans ces endroits reculés se doivent d'assurer la permanence des soins et par conséquent peuvent moins facilement s'absenter. Par exemple, la Désirade et les Saintes ne possèdent qu'une seule pharmacie. Bien que ces astreintes soient rémunérées, elles sont très contraignantes pour les pharmaciens.

### ❖ En fonction de la taille de l'officine

La taille de la future officine est également un élément déterminant dans le choix d'une officine par le primo accédant. Comme nous l'avons vu précédemment dans la partie consacrée à l'état des lieux sur l'installation, la restructuration du secteur officinal s'accompagne d'une croissance des grosses officines et d'un déclin des petites officines. En effet, ces dernières années, la répartition du CA entre les officines se fait de moins en moins à la faveur des petites officines. Ainsi, tandis que les officines ayant le plus gros CA enregistrent une croissance de leur CA, celui des plus petites est, en revanche, en nette diminution.

	2018	2017	VARIATION	
< 1 000 €	756,6	772,4	-15,7	-2,04 %
De 1 000 € à < 1 500 €	1 271,3	1 270,9	+0,4	+0,03 %
De 1 500 € à < 2 000 €	1 737,2	1 715,0	+22,2	+1,29 %
De 2 000 € à < 2 500 €	2 229,9	2 186,8	+43,2	+1,97 %
>= 2 500 €	3 452,5	3 392,6	+59,9	+1,77 %

Figure 54 : Analyse des rentabilités par tranches de CAHT  
Source : CGP

Cette tendance pousse actuellement les primo accédants à se focaliser en grande partie sur des pharmacies ayant un CA compris entre 1,5 et 2,5 millions d'euros, qui présentent des rentabilités supérieures, comme le confirme l'analyse de la rentabilité des officines par tranche de CAHT ci-dessus. Qui dit « pharmacie de taille plus importante » dit apport plus important. Nous verrons ultérieurement comment le primo accédant peut remédier à un apport insuffisant.

A l'inverse, acheter une pharmacie de petite taille, à bon prix et espérer la revendre pour reprendre plus gros, est un modèle de moins en moins usité en raison d'une capitalisation incertaine, d'autant plus si l'officine est de taille modeste. Les « petites » pharmacies (inférieures à 1 million d'euros) ne sont plus les cibles privilégiées et la tendance ne devrait pas s'arranger.

Toutefois, les primo accédants ne doivent pas se détourner des petites officines pour autant. Ces petites pharmacies se retrouvent délaissées par les acquéreurs moins nombreux que les vendeurs. Cette situation a entraîné une baisse considérable de la valeur des petits CA. Les prix qui se pratiquent ne correspondent plus vraiment à une valeur de fonds, mais plutôt au droit d'exploiter une licence.

Par ailleurs, beaucoup d'officines de petite taille conservent une bonne rentabilité permettant à un repreneur de vivre correctement de son travail, ce qui est un élément prépondérant dans une acquisition. Contrairement aux officines de plus grandes tailles, ce type de bien nécessite un emprunt et un apport plus faible. Ils peuvent également espérer s'ils en ont l'opportunité se développer via un regroupement ou un transfert.

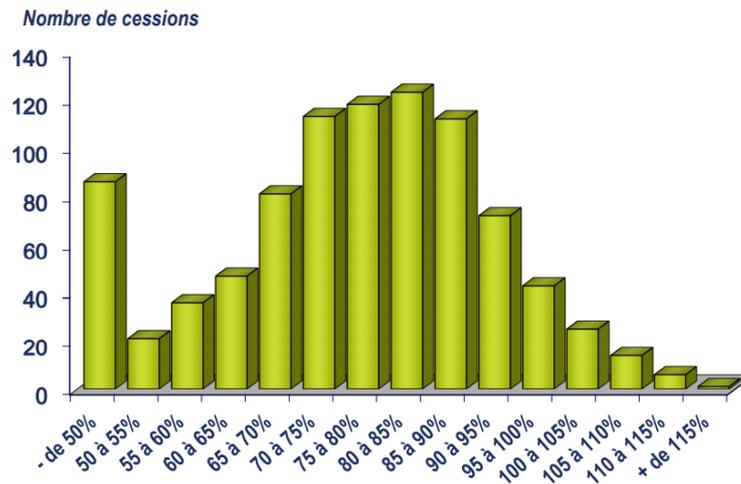


Figure 55 : Dispersion des prix en pourcentage du CAHT  
Source : Interfimo

A ces questions cruciales sur la taille et la typologie de la pharmacie vont découler d'autres questions. En voici quelques unes ? Quels revenus j'attends de mon installation ? Est-ce que je souhaite m'installer seul ou en association ? Quoiqu'il en soit, la plupart des interlocuteurs rencontrés sont unanimes pour dire que peu importe le type de pharmacies ciblées, il existe de nombreuses opportunités pour les pharmaciens désireux de s'installer. Toutefois, en fonction de la pharmacie d'officine vers laquelle il s'orientera, le primo accédant devra faire face à des problématiques qui lui sont propres. Il ne devra pas les perdre de vue au moment d'étudier les officines qui se présenteront à lui.

### 3.3 Le choix de la structure juridique :

Le choix de la structure d'exploitation est une décision importante car elle conditionne le fonctionnement de l'entreprise, mais aussi le régime social et fiscal de l'officine et de son ou ses titulaire(s), la responsabilité des associés ainsi que les conditions de vente du fonds de commerce et la possibilité d'investir dans une autre officine<sup>120</sup>. Il n'y a pas de statut juridique idéal, chacun ayant son lot d'avantages et d'inconvénients. Il est donc vivement conseillé au primo accédant de consulter un expert comptable en ce domaine afin de choisir la forme d'exploitation la plus adaptée à sa future officine.

#### ○ Selon le type d'exercice et responsabilité engagée

Indépendamment des critères fiscaux et sociaux, le choix de la structure juridique par le primo accédant repose sur deux points cruciaux : un exercice indépendant ou en association et la part de responsabilité engagée sur ses biens personnels.

Exercice indépendant		Exercice en association	
A responsabilité indéfinie	A responsabilité limitée	A responsabilité indéfinie	A responsabilité limitée
<b>EI</b>	<b>EIRL, EURL</b>	<b>SNC</b>	<b>SARL, SEL</b>

Tableau XIX : Classification des formes juridiques selon le type d'exercice et la part de responsabilité engagée par l'entrepreneur

#### ○ Selon le régime fiscal et social

Le régime fiscal est un critère supplémentaire pour le choix de la structure d'exploitation. Certaines structures juridiques citées précédemment sont soumises à l'impôt sur les sociétés (IS) et d'autres sont soumises à l'impôt sur le revenu (IR). Le choix entre l'IR et l'IS doit se faire dans le but d'optimiser la fiscalité de l'entreprise et de ses titulaires. Il conditionnera la stratégie financière de la future officine (remontée de dividendes, réinvestissement des bénéfices, versement d'une rémunération, mixte entre la rémunération et les dividendes) notamment pendant les années de remboursement de l'emprunt. Le mode d'imposition impactera également la contribution sociale des titulaires au régime des travailleurs indépendants (à l'IR base de calcul des cotisations TNS sur les bénéfices et à l'IS base de calcul sur la rémunération et éventuellement les dividendes).

Impôt sur le revenu (IR)	Impôt sur les sociétés (IS)
EI	SARL
EIRL / EURL	SA, SAS, SASU, SCA
SNC	SEL associée
Dans certains cas particuliers	
SARL de famille	EIRL / EURL
SARL / SAS / SA (limité à 5 ans)	SNC

Tableau XX : Classification des formes juridiques selon le régime fiscal

Le régime de l'IS ne présente pas d'intérêt fiscal pour des pharmaciens désendettés qui envisagent de prélever l'intégralité du bénéfice (sous forme de rémunération et/ou de dividendes). Il est en revanche très intéressant pour faire des réserves ou pour rembourser les emprunts, les intérêts étant alors déductibles et les remboursements en capital imposés à 15% ou 33,33%. Les associés ne paient alors ni impôt sur le revenu, ni charges sociales, sur cette fraction des bénéfices. Il s'ensuit, à marge bénéficiaire identique, une capacité de remboursement accrue par rapport à un exercice individuel.

**Rappel de la réduction progressive du taux d'IS**

► Taux IS PME (CA < 7,63 M€)

Tranches de bénéfice imposable	2018	2019	2020	2021	2022
0 à 38 120 €	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %
38 120 € à 500 000 €	28 %	28 %	28 %	26,5 %	25 %
> 500 000 €	33,1/3 %	31 %	28 %	26,5 %	25 %

Pharmacie avec un bénéfice imposable de 600 K€  
 IS 2017 = 191 026 €  
 IS 2018 = 168 374 €  
 IS 2019 = 166 034 €  
 → économie 24 992 € 2017/2019

► Taux IS

Tranches de bénéfice imposable	2018	2019	2020	2021	2022
0 à 500 000 €	28 %	28 %	28 %	26,5 %	25 %
> 500 000 €	33,1/3 %	31 %	28 %	26,5 %	25 %

Suppression du CICE  
 → Réduction générale des cotisations patronales en 2 temps

Figure 56 : Réduction progressive du taux IS selon la loi finance 2017  
 Source : Interfimo

L'exercice individuel (EI) a longtemps été le mode d'exercice privilégié par le pharmacien d'officine qui avait les moyens de travailler seul dans son officine. Face à l'augmentation du prix des fonds et la féminisation de la profession, nombreux pharmaciens se sont associés et ont opté pour la SNC puis la SARL bénéficiant d'une fiscalité devenue favorable malgré les difficultés liées à la revente. Aujourd'hui, il semblerait que ce soient les SEL et SPF-PL qui aient les faveurs du pharmacien d'officine.

○ **Les SEL et SPF-PL : structures d'exploitation privilégiées**

Forme juridique	Guadeloupe (société.com)		Métropole (CNOP)	
	Nombre	%	Nombre	%
Individuel	53	33	128/3597	18
SNC	6	3,5	70/1273	6
SARL et EURL	22	13,5	108/2992	15
SAS	2	1	0/0	0
SEL	78	49	195 /12621	61
Total	161	100	20483	100

Tableau XXI : Répartition des officines selon la forme juridique en 2018

Selon l'Ordre national des pharmaciens, sur les 159 officines guadeloupéennes, 108 officines évolueraient en société et par conséquent 51 officines exerceraient en individuel. Cette tendance est encore plus marquée en métropole<sup>121</sup> (82% de pharmacies exploitées en société en métropole vs 67% en Guadeloupe). L'analyse des formes juridiques des officines par l'intermédiaire de société.com confirme ces chiffres. De plus, nous pouvons observer parmi les officines guadeloupéennes établies en société une proportion moindre de sociétés en nom collectif SNC et de sociétés à responsabilité limitée SARL ou EURL, et davantage de sociétés d'exercice libéral SEL (SELARL, SELURL ou SELAS) en comparaison à la métropole.

Le nombre d'officines est pourtant relativement stable par rapport aux années précédentes mais depuis 10 ans les structures juridiques évoluent. Comme en France métropolitaine, la part des officines exploitées en Société d'Exercice Libéral (SEL) dans les départements et collectivités d'Outre-mer poursuit sa croissance. Le nombre d'entreprises choisissant cette forme juridique a triplé depuis 2007 alors que le nombre de sociétés exploitées en nom propre diminue proportionnellement. Depuis 2013, la SEL est le mode d'exploitation majoritaire. Le nombre de sociétés exploitées en nom collectif, en SARL et EURL se réduit lentement.

Les sociétés d'exercice libéral (SEL) et les holdings (SPF-PL) sont devenues incontournables dans la profession de pharmacien d'officine<sup>122</sup>. Les SEL permettent de bénéficier du régime de l'impôt sur les sociétés (IS) renforcé par une nouvelle fiscalité favorable aux entreprises (réduction progressive du taux de l'IS, suppression du CICE remplacé par un allègement des cotisations sociales) induite par les dernières lois de finance en vigueur et permettant notamment d'augmenter la capacité d'emprunt et de remboursement de l'officine. Ces structures permettent par ailleurs d'associer des pharmaciens non exploitants (des investisseurs ou jeunes diplômés) au capital social.

Ces avantages sont renforcés par les Sociétés de Participation Financière de Profession Libérale (SPF-PL) qui peuvent également entrer au capital des SEL. Ces « holding » facilitent la reprise d’une officine. En créant une SPF-PL, le primo accédant n’emprunte pas personnellement pour acquérir sa pharmacie mais le fait via la SPF-PL, ce qui lui permet de déduire intégralement les intérêts d’emprunt. De plus, si la SPF-PL détient au moins 95% du capital et des droits de vote de la SEL reprise, elle bénéficie du régime très privilégié de l’intégration fiscale.

Les SPF-PL, comme les SEL, sont également un outil de transmission de l’officine. Par exemple, le produit de la cession de parts de SEL par un pharmacien peut, sous certaines conditions, être réinvesti au capital d’une SPF-PL, avec un report d’imposition de la plus-value constatée au titre de cette cession et, à terme, avec même une exonération fiscale. Plus largement, la SPF-PL est aussi un outil très utile pour transmettre le patrimoine du pharmacien à sa famille.

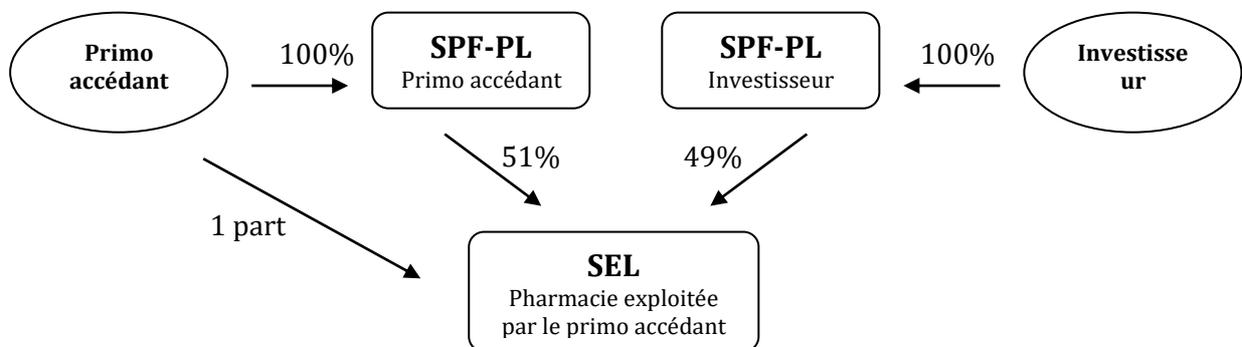


Figure 57 : Acquisition d’une officine par un primo accédant facilitée par un montage juridique SEL – SPFPL – Source : Romain Garcia

### 3.4 Le choix du financement du projet d'installation

L'acquisition d'une officine par le primo accédant n'est pas toujours chose aisée. En effet, au-delà de l'énergie et du temps que cela requiert, encore faut-il pouvoir financer un tel projet.

Généralement, au moment où le primo accédant cherche sa future officine, il établit en collaboration avec son expert comptable un plan de financement qu'il présente aux établissements bancaires. Devant l'importance des enjeux et du contexte économique actuel, les banques sont de plus en plus « frileuses » pour prêter des sommes importantes, contrairement aux générations précédentes où les banques acceptaient de prêter jusqu'à 120% du prix d'acquisition. Actuellement, elles se protègent, en demandant au primo-accédant un apport personnel important correspondant à environ 20 % du prix de l'officine.

#### 3.4.1 Le crédit bancaire

L'époque où la pharmacie était considérée comme un commerce privilégié est révolue. Aujourd'hui les banques considèrent que le risque « pharmacie » est un risque normal comme pour les autres commerces.

Les établissements bancaires semblent, en effet, partager avec le monde officinal certaines inquiétudes sur l'avenir de la pharmacie, en particulier celles concernant la vente en ligne et la remise en cause du monopole pharmaceutique. Ces inquiétudes expliquent la frilosité des banques qui demandent plus de garanties.

L'acceptation du dossier présenté au banquier repose tant, sur la qualité du projet en lui-même (financier, comptable, juridique) que sur les qualités humaines du primo-accédant. Le dossier sera d'autant plus facilement retenu si le primo accédant possède une expérience de gestion préalable réussie (en tant que pharmacien adjoint ou pharmacien gérant par exemple). D'une certaine manière, le banquier finance une pharmacie mais achète un titulaire et un projet.

Si le projet se concrétise, l'environnement financier actuel lui est favorable. L'emprunt bancaire présente des taux d'intérêt très faibles, historiquement bas (entre 0.9% et 1,4% en mars 2018). De plus, compte-tenu du montant des prix d'acquisition, la durée de l'emprunt est généralement comprise entre 12 et 15 ans, sous la forme d'un prêt in fine ou amortissable.

Toutefois, certains pharmaciens n'ont pas toujours l'apport personnel nécessaire. Cet apport peut se traduire par un « coup de pouce familial » et/ou par des fonds extérieurs.

Pour consolider ou augmenter cet apport, le primo accédant a plusieurs options devant lui : les boosters d'apport (via les groupements et les grossistes, via la CAVP ou par l'intermédiaire d'un crédit vendeur, ou d'obligations convertibles ou non) ou encore l'association avec d'autres pharmaciens (pharmaciens investisseurs ou simple soutien financier). Les incitations fiscales et sociales à l'installation du pharmacien peuvent également contribuer à sécuriser le plan de financement du primo accédant.

### 3.4.2 Les boosters d'apport

#### ❖ Via les groupements et les grossistes-répartiteurs

Le booster d'apport est un crédit destiné à aider le primo accédant à acheter une officine lorsque son propre apport est trop faible. Ce type de prêt a été développé initialement par les groupements pharmaceutiques et les grossistes-répartiteurs afin d'encourager les jeunes professionnels à s'installer et assurer ainsi l'avenir du métier.

On retrouve de nombreuses offres sur le marché : Alliance Healthcare, Ceido, Giphar, HPI Totum, Phoenix Pharma, Aprium Pharmacie, Astera, OCP, Pharmactiv, Giropharm, Pharmavance, Escale Santé, Lafayette, Leader Santé, PHR, ...

Les groupements et les grossistes y voient une occasion d'élargir leurs offres de services et de fidéliser les adhérents et les clients. La fidélité du pharmacien au grossiste ou au groupement est souvent équivalente à la durée de remboursement.

En plus de l'apport financier, ils apportent un accompagnement au jeune pharmacien avant, pendant et après son installation. Le primo accédant pourra bénéficier d'offres de formation et sera accompagné par des professionnels (expert-comptable, conseillers en développement officinal) sur des sujets qu'il ne maîtrise pas forcément : achats personnalisés, merchandising, back-office, initiations aux entretiens pharmaceutiques, réunions d'équipe, ...

A noter que les « boosters d'apport » prévoient au maximum un doublement des fonds propres apportés avec un plafond autour de 150 à 200 000€. Il faut savoir que les montants alloués sont remboursables sur 5 à 7 ans. Ils se présentent généralement sous la forme d'un prêt in fine ou d'un prêt amortissable avec une franchise les 2 à 3 premières années. Cela signifie que pendant cette période, l'emprunteur ne rembourse que les intérêts, ce qui ne grève pas sa trésorerie.

C'est un véritable « coup de pouce » pour le primo accédant en mal d'apport personnel, cependant il doit bien réaliser que ce crédit booster se surajoute à son emprunt bancaire et doit bien anticiper les modalités de remboursement des différents prêts qu'il contractualise afin de ne pas se retrouver étranglé.

### ❖ Via la CAVP

La Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens (CAVP), elle aussi propose au primo accédant depuis février 2019, par l'intermédiaire de son fonds dédié « Interpharmaciens » une aide financière pour contribuer au financement de son installation<sup>123</sup>.

En pratique, l'aide pourra représenter 75% de l'apport global, et son montant pourra aller jusqu'à 500 000 euros sous forme d'obligations. Le taux applicable aux obligations sera de l'ordre de 2 %. Aucuns frais ne seront facturés aux emprunteurs et aucune garantie ne leur sera demandée. Le fonds « InterPharmaciens » financera des sociétés ayant le statut juridique de personne morale : SELAS, SELARL, SARL ou SPF-PL.

Cette aide apparaît très intéressante pour le primo accédant. Son taux est plus élevé que celui des prêts bancaires mais reste encore très bas. Autre avantage majeur, son remboursement peut aller jusqu'à 10 à 14 ans différé après le remboursement bancaire, contrairement aux « boosters d'apport » proposés par les groupements et grossistes-répartiteurs.

### ❖ Via les fonds d'investissement

Le primo accédant peut également faire appel à des fonds extérieurs dits fonds d'investissement. Ce financement par des intervenants extérieurs donne lieu à l'émission d'obligations à un taux fixe déterminé contractuellement compris entre 6 et 10%. Ces obligations dites « convertibles » (OC) donnent le droit à son souscripteur de les convertir en actions selon une parité convenue d'avance (1 obligation = 1 action par exemple), dans une période donnée ou à une date donnée.

En pharmacie, du fait du monopole pharmaceutique, cette conversion n'est pas juridiquement possible, seuls des pharmaciens exploitant une officine peuvent être « associés investisseurs ». Dans ces conditions, la non-conversion d'OC entraîne le paiement d'une prime de non-conversion par le primo accédant très variable comprise entre 6% et 50%.

Bien que les taux d'intérêt élevés et la prime de non-conversion pourraient laisser penser le contraire, les OC, bien utilisées, coûtent moins cher que de faire appel à un pharmacien « investisseur » ou à un « soutien financier ». Leur utilisation exige des montages financiers complexes nécessitant de s'entourer de conseillers financiers experts. Le primo accédant devra être particulièrement vigilant aux taux d'intérêt des OC, au taux de la prime de non-conversion ainsi qu'à la parité obligation-action.

A l'heure actuelle, le recours aux obligations via des fonds d'investissement demeure très controversé. En cas d'ouverture du capital des officines, les investisseurs pourraient devenir actionnaires de celles-ci, d'où les réserves et les craintes suscitées par ce dispositif dans la profession.

### ❖ Via les crédits vendeurs

Le crédit vendeur est une autre alternative pour booster l'apport du primo accédant. Compte tenu des montants engagés, il n'est pas rare que dans le cadre de ventes de fonds de commerce de pharmacie, le pharmacien vendeur afin de favoriser la vente de son officine, accorde un crédit vendeur pour le paiement du stock, voire une partie du fonds en lui-même.

Le pharmacien vendeur, selon un acte sous seing privé, accepte de prêter une partie des fonds issus de la vente à son acquéreur. Ces fonds sont considérés comme des fonds propres, et viennent donc augmenter le total des fonds propres que le primo accédant propose au banquier pour sécuriser son emprunt.

En effet, psychologiquement, la pratique du crédit-vendeur est rassurante autant pour l'acheteur que pour le banquier. Il témoigne de la confiance qu'a le vendeur dans la pérennité de son affaire, ainsi que dans le sérieux de son successeur.

### 3.4.3 L'association entre pharmaciens

L'association est une autre alternative permettant au primo accédant de s'installer, soit avec un ou plusieurs autres co-gérants, soit avec son titulaire actuel, soit avec le soutien d'un pharmacien « investisseur » ou « soutien financier ». Il peut ainsi concrétiser son achat alors qu'il ne dispose pas de l'apport nécessaire pour le faire seul.

Comme le montre le tableau ci-dessous, l'association a largement dépassé l'exploitation en nom propre et semble être un réel outil d'acquisition d'une pharmacie d'officine.

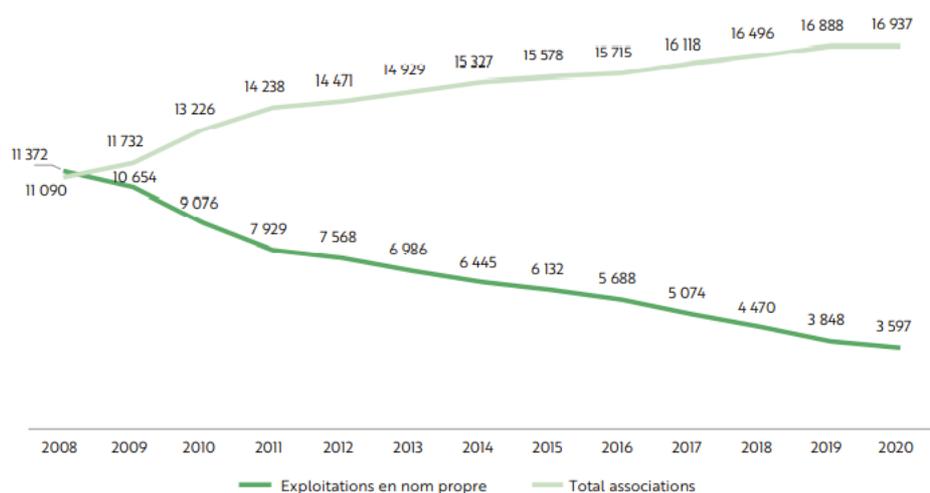


Figure 58 : Evolution des exploitations en nom propre et en société depuis 2008  
Source : CNOP

### ❖ Association de pharmaciens co-exploitants

Il s'agit de la véritable association de deux ou plusieurs pharmaciens pour accéder et exploiter ensemble une officine plus importante que chacun n'aurait pu le faire s'il était resté seul. Cela implique un exercice conjoint et une exploitation partagée de l'entreprise.

L'association entre deux ou plusieurs pharmaciens présente de réels avantages. Elle permet au primo accédant, en allégeant son apport personnel, d'accéder à un outil de travail compétitif, tout en réduisant son temps de présence au sein de l'officine et ainsi lui permettre une meilleure conciliation de sa vie professionnelle et personnelle. L'association permet également d'exploiter les compétences et le savoir faire de chacun des associés afin d'optimiser la rentabilité de leur officine et par conséquent leur réussite professionnelle.

L'association soulève tout de même de nombreuses questions auxquelles le primo accédant devra répondre avant de s'engager. Il devra se demander s'il existe une complémentarité objective, une vision partagée et des intérêts communs entre les associés. Il est souvent conseillé, pour une association réussie, une participation égale au capital, une rémunération proportionnelle au temps de travail, un exercice professionnel conjoint préalable ou encore une souplesse dans l'organisation du travail.

Il est donc fortement recommandé d'avoir recours à des experts qui conseilleront les différents partis sur la constitution de statuts de société adaptés, et sur la rédaction d'un règlement intérieur définissant un certain nombre de règles qui permettront aux associés de travailler ensemble dans l'officine (répartition du temps de travail, compte courant des associés, rémunération, répartition des bénéfices, cessation d'activité, ...).

Autre document impératif en cas d'association : le pacte d'associés. Egalement appelé pacte d'actionnaires, il est une convention réunissant la totalité ou certains actionnaires de la société. Il va permettre de définir des règles qui vont régir leurs relations et d'aborder sereinement les notions de sortie, de valorisation des parts ou encore de rupture de l'association.

Il permet de prévoir des situations qui n'ont pas été abordées dans les statuts ou dans le règlement intérieur. C'est un document, certes, facultatif et complexe à réaliser mais qui peut rapidement devenir indispensable en cas de conflits, souvent difficiles à surmonter.

### ❖ Association avec un pharmacien titulaire vendeur

Parmi les moyens d'accès à la titularisation, la « transmission progressive » est une opportunité intéressante qui reste insuffisamment proposée ou utilisée. Le primo accédant peut essayer de se rapprocher d'un pharmacien titulaire, plus ou moins proche de la retraite, qui souhaite organiser sa succession, s'associer avec lui et récupérer progressivement l'intégralité de ses parts.

Cette solution est idéale tant pour le vendeur que pour l'acheteur, car elle permet un départ progressif du titulaire qui parfois n'a pas toujours atteint l'âge de la retraite mais qui veut moins travailler. Elle facilite l'accession du primo accédant, permet d'étaler l'effort de financement dans le temps et la patientèle a le temps de s'habituer au passage de relais entre les deux pharmaciens et reste donc très fidèle.

Par ce biais, de plus en plus de titulaires contribuent ainsi à la reprise progressive de leur officine par leur(s) adjoint(s). Le plus souvent, l'adjoint prend, dans un premier temps, une participation minoritaire au capital de l'officine dans laquelle il exerce, puis, progressivement, rachète les autres parts du titulaire afin de lui succéder pleinement. Cette « cession-transmission » est un véritable avantage pour l'adjoint, il bénéficie de l'appui et de l'expérience professionnelle du titulaire. En contrepartie, le nouvel élan apporté par le jeune pharmacien est souvent l'occasion de redynamiser l'officine. A terme, l'officine et ses parts s'en trouveront sûrement valorisées.

Depuis fin mars 2017, le pharmacien adjoint exerçant à titre exclusif son activité dans une officine peut détenir des participations directes ou indirectes via sa propre SPF-PL dans la SEL qui exploite l'officine, dans la limite de 10% du capital<sup>124</sup>.

Le pharmacien adjoint peut également détenir des participations indirectes dans quatre SEL de titulaires d'officine autres que la pharmacie où il exerce à titre exclusif. En revanche, si le pharmacien adjoint cesse son activité, il peut rester associé au pharmacien titulaire à condition de devenir, lui-même, titulaire d'une officine. Dans le cas contraire, et au plus tard dans un délai d'un an, il doit se retirer de la société et les actions ou parts sociales qu'il détient directement dans la société seront vendues.

### ❖ Pharmacien « investisseur » et « soutien financier »

L'apport financier d'un pharmacien « investisseur » ou « soutien financier » est une autre solution pour s'installer comme titulaire lorsque l'apport personnel du primo accédant n'est pas suffisant. Cette voie consiste à faire appel à des capitaux extérieurs pour exploiter seul l'officine convoitée.

Cette voie est de plus en plus utilisée mais n'est pas sans poser de réelles difficultés pratiques à terme, au moment choisi pour la sortie de « l'investisseur », le souhait du primo accédant étant, en règle générale, de devenir autonome à terme et de détenir 100% du capital.

Se pose alors la question de la valorisation de la quote-part du pharmacien investisseur, et de la capacité du pharmacien gérant à acquérir l'intégralité des parts, d'où l'importance de bien définir la sortie de l'investisseur selon les termes du pacte d'associés. Par ailleurs, le pharmacien gérant a très souvent le sentiment de payer son travail, et ce d'autant plus que l'officine aura fortement progressé. L'apport financier extérieur peut se faire soit par un pharmacien « investisseur » soit par « soutien financier ».

Le pharmacien « investisseur » contrairement au « soutien financier » apporte des capitaux plus significatifs, s'impliquera dans la gestion de l'officine et en assumera les risques et se portera caution auprès du primo accédant. Sa sortie se fera aux conditions du marché. Son enrichissement se fera par le remboursement de l'emprunt et par la revalorisation éventuelle du fonds (rentabilité d'environ 14%/an sur 6 ans).

Le « soutien financier » quant à lui, aura une implication moindre au sein de l'officine. Sa principale motivation est d'aider le primo accédant qu'il connaît à s'installer en confortant son apport. Sa sortie se fera à un prix déterminé d'avance et à une date déterminée. Il bénéficie tout de même d'un taux de rendement hors norme en comparaison des marchés financiers actuels, on pourra prévoir un doublement du capital de départ (rentabilité d'environ 12%/an sur 6 ans).

Concernant le primo accédant, il évite un ré-endettement excessif ce qui lui permet d'envisager une autonomie financière sous 5 à 6 ans.

### 3.4.4 Les incitations sociales et fiscales :

Afin de favoriser l'installation du pharmacien et de re-dynamiser toute forme d'entrepreneuriat d'une manière plus générale, différents dispositifs incitatifs, de nature aussi bien sociale que fiscale, coexistent à ce jour. Ces dispositifs incitatifs peuvent représenter pour le primo accédant un véritable levier financier supplémentaire non négligeable, et peuvent ainsi apporter une contribution supplémentaire à la réussite de son installation, du moins lors de sa phase de lancement.

#### ❖ Incitations sociales

Si le primo accédant se trouve en situation de demandeur d'emploi au moment de son installation, il peut bénéficier d'avantages sous forme d'un allègement de cotisations sociales et du versement d'une aide financière de la part de Pôle emploi.

#### ➤ ACCRE

L'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise<sup>125</sup> (ACCRE) est une exonération d'une partie des cotisations sociales dues par le primo accédant au titre de sa première année d'activité.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, cette aide est désormais accordée au titulaire dont le revenu au cours des 12 premiers mois d'activité s'avère inférieur au plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS), soit 39 732€ en 2018. Si ses revenus sont inférieurs à trois quarts du PASS (soit 29 799€ en 2018) l'exonération est totale et elle est dégressive si ses revenus sont compris entre 29 799€ et 39 732€. Par conséquent, aucune exonération ne sera accordée si les revenus excèdent le PASS sur la période de référence de 12 mois.

Cette exonération porte sur l'ensemble des charges, à l'exception de la contribution sociale généralisée (CSG), de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et de la part de retraite complémentaire. Selon les taux de cotisations actuellement en vigueur, un primo accédant ayant un revenu inférieur à 29 799€ peut réaliser une économie de l'ordre de 6500€.

Pour bénéficier de l'ACCRE, le primo accédant devra, au préalable de son installation, être demandeur d'emploi indemnisé par Pôle emploi ou susceptible de l'être compte tenu de sa situation ou en justifiant de son inscription auprès de Pôle emploi sur une durée minimale de 6 mois au cours des 18 mois précédents son installation.

Autre condition requise, le primo accédant doit détenir au minimum un tiers du capital, sous réserve qu'un autre associé ne détienne pas plus de la moitié du capital. Dans le cas d'une association, plusieurs pharmaciens peuvent revendiquer séparément le bénéfice de l'ACCRES pour un seul et même projet de reprise. Ils doivent néanmoins rassembler collectivement plus de 50% du capital, avoir la qualité de dirigeant, et détenir individuellement au moins 1/10<sup>ème</sup> de la fraction du capital détenue par l'associé propriétaire de la plus grande part du capital. Ainsi, le bénéfice de l'ACCRES va dépendre de la part détenue par les associés dans le capital.

#### ➤ **ARCE**

L'aide à la reprise ou à la création d'entreprise<sup>126</sup> (ARCE) est un accompagnement financier octroyé par Pôle emploi. Cette aide s'adresse aux demandeurs d'emploi bénéficiant ou susceptibles de bénéficier de l'indemnisation classique d'aide au retour à l'emploi (ARE), et ayant obtenu l'ACCRES. Les conditions d'éligibilité étant identiques, les deux aides sont par conséquent cumulatives.

L'ARCE permet au primo accédant de recevoir une partie des allocations chômage restantes à percevoir sous forme de capital. Son montant est équivalent à 45% des droits à l'ARE restant à verser au pharmacien au moment de son installation. Le premier versement, correspondant à la moitié de l'aide à percevoir, est réalisé dès que le demandeur réunit les conditions d'attribution de l'ARCE. Le versement du solde intervient, quant à lui, 6 mois plus tard, à condition, bien entendu, que le pharmacien soit toujours titulaire de l'officine reprise.

L'ARCE peut ainsi représenter un complément de revenu significatif pour le primo accédant. En effet, cette aide à la rémunération au cours de sa première année post-installation est rassurante et pourra étroitement contribuer à une amélioration du business plan établi dans le cadre de son installation.

## ❖ Incitations fiscales

Indépendamment des aides sociales précédemment exposées, des dispositifs fiscaux peuvent conduire à des exonérations temporaires d'imposition des bénéficiaires, en fonction du lieu d'implantation de l'officine acquise. Ces allègements d'impôt ont pour but de favoriser la création et la reprise d'officines dans des zones géographiques jugées peu attractives (ZRR).

Bien que ces exonérations fiscales soient plafonnées, il n'en demeure pas moins qu'elles peuvent s'avérer particulièrement intéressantes et contribuer à une amélioration significative des finances de l'officine. Le pharmacien repreneur pourra ainsi entrevoir un accroissement considérable de sa capitalisation future, voire de la rémunération immédiate de son travail et/ou de son capital.

### ➤ Exonérations au sein des ZRR

Les officines acquises dans des ZRR<sup>127</sup> bénéficient d'une exonération totale d'imposition sur leurs bénéfices, quel que soit le régime fiscal applicable (IR ou IS), pendant une durée de 5 ans à la suite de l'opération de rachat. Des abattements sont ensuite appliqués sur les bénéfices imposables constatés au cours des 3 années suivantes (75% la sixième année, 50% la septième année, puis 25% la huitième année). Ce dispositif a récemment été prorogé jusqu'au 31 décembre 2020 et concerne les pharmacies dont l'effectif est inférieur à 11 salariés.

Cependant, les avantages fiscaux procurés par ce dispositif sont encadrés et demeurent plafonnés. Une même pharmacie ne peut recevoir que 200 000€ d'aides sur une période de 3 exercices fiscaux.

### Cas particulier des structures à l'IS :

Afin d'optimiser la fiscalité ZRR dans les structures à l'IS et de réduire par la même occasion les cotisations sociales du pharmacien, il peut généralement s'avérer judicieux d'effectuer un arbitrage entre rémunération et dividendes sur les conseils de son expert-comptable. Le principe est de réduire la rémunération du titulaire, et d'accroître en contrepartie les dividendes distribués, ces derniers pouvant entrer dans le champ d'application de la flat tax. L'impôt proportionnel de 12,8% ainsi que les prélèvements sociaux de 17,2% applicables sur les dividendes seront très souvent moins coûteux que l'impôt progressif et les cotisations sociales ponctionnés sur la rémunération du titulaire.

## CONCLUSION

L'exercice officinal du pharmacien d'officine guadeloupéen d'aujourd'hui présente de nombreuses spécificités par rapport à son homologue métropolitain. Ces spécificités sont nées et ont évolué en même temps que l'histoire de la Guadeloupe. Se sont développées des spécificités sociétales, culturelles, magico-religieuses qui se sont ajoutées aux spécificités territoriales et climatiques de l'île. Toujours avec un œil tourné vers la métropole...

L'insularité, inhérente à la Guadeloupe, bien que de façon indirecte, a un retentissement considérable sur l'activité du pharmacien d'officine. Elle impacte toute la chaîne du médicament et en particulier son approvisionnement, en imposant des contraintes logistiques aux grossistes-répartiteurs. Renforcé par l'absence de laboratoires aux Antilles, expliqué par la faible taille du marché, l'approvisionnement est tourné entièrement vers la métropole. Le pharmacien d'officine guadeloupéen doit, par conséquent, bien gérer ses stocks, anticiper les commandes directes et les éventuelles ruptures qui pourraient impacter son approvisionnement en médicaments.

A l'officine, le pharmacien est amené à réaliser des conseils associés portant sur des pathologies tropicales n'existant pas en métropole ou sur d'autres pathologies beaucoup plus répandues comme les arboviroses (Zika, Dengue, Chikungunya), des parasitoses tropicales ou encore la Ciguatera. Le conseil doit être adapté. De par ses différences sociétales, les priorités de santé publique ne sont également pas les mêmes et sont adaptées aux besoins de la population. C'est le cas notamment des maladies chroniques liées aux comportements et aux conditions de vie (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, AVC).

La population extrêmement vulnérable en Guadeloupe renforce le rôle social du pharmacien. De par sa proximité, il est un véritable relais pour la population, en termes de santé. Nombreux patients n'ont pas vu de médecins depuis 3 ans, révélateur de la subsistance de fortes difficultés liées à l'offre de santé : une démographie médicale fragile, un retard d'équipement médico-social et une offre hospitalière en tension.

A travers une étude comparative entre les indices sectoriels guadeloupéens et métropolitains de la pharmacie on a pu établir que la santé financière des officines en Guadeloupe est bonne. Les marges commerciales en ratio sur les chiffres d'affaires sont aussi importantes qu'en métropole, voire supérieures. On constate également des EBE reconstitués plus forts qu'en métropole. Cela s'explique en partie par le fait de charges sociales sur salaires moins fortes qu'en métropole.

Concernant l'installation, les problématiques pour le primo-accédant restent sensiblement les mêmes qu'en métropole. Toutefois, s'il est métropolitain, il doit bien mesurer l'importance d'un changement de région et tout ce qui en découle : éloignement géographique, différence culturelle et autres spécificités liées à l'insularité. Les aides au financement du projet d'installation et les possibilités juridiques sont identiques.

Le pharmacien d'officine évolue dans un contexte différent de la métropole et qu'il s'agisse de son exercice officinal ou d'un désir d'installation en Guadeloupe, il doit intégrer les spécificités guadeloupéennes. Elles ont de nombreuses répercussions sur la patientèle, sur les pathologies rencontrées, sur la réglementation et le prix des médicaments, ... Son rôle de professionnel du médicament et d'acteur de santé publique restent cependant identiques. De manière générale, le pharmacien sort de la faculté avec ses connaissances ce qui le rend compétent en tant que professionnel de santé, mais parfois il doit pouvoir s'en affranchir pour s'adapter à son environnement et à la société dans laquelle il évolue.

# Annexes

## Annexe 1 : Procès Verbal des élections URPS Pharmaciens Guadeloupe



### PROCÈS-VERBAL DES ÉLECTIONS AUX URPS Pharmacien-Guadeloupe

**Collège unique**

RÉSULTATS				du 31/03/2021 à 12h00	au 07/04/2021 à 12h00
Y a-t-il eu carence de candidatures : (cocher) <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				Nombre de listes présentées: <b>L = 2</b>	
A. Nombre d'électeurs inscrits	A =	157		Nombre de sièges à pourvoir : <b>p = 3</b>	
B. Nombre de votants	B =	106		Quotient électoral (2 décimales) : G	
C. Bulletins blancs ou nuls	C =	2		$G = \frac{D}{P} = \frac{104}{3} = 34,67$	
D. Suffrages valablement exprimés (B - C)	D =	104			

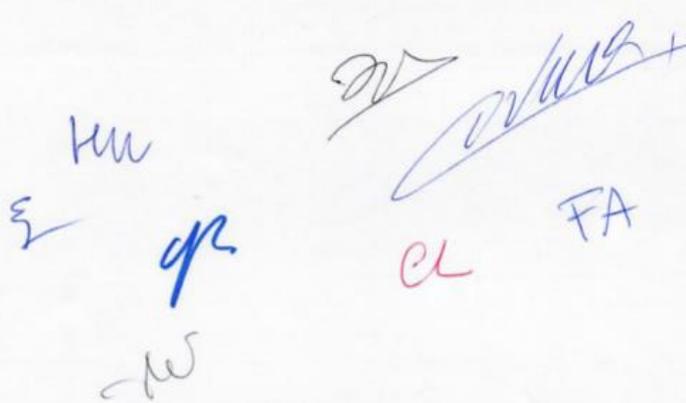
  

Sexe H ou F	Nom des syndicats	Nom de l'organisation syndicale d'affiliation du syndicat telle qu'elle figure dans le dépôt de la liste des candidatures	Nombre de bulletins valablement recueillis par chaque liste V	Nombre de sièges attribués à chaque liste selon la règle du quotient $K = \frac{V}{G}$	Attribution des sièges restant à pourvoir à la plus forte moyenne - pour chaque liste inscrire successivement les valeurs du rapport $\frac{V}{K+1}$ jusqu'à l'attribution de tous les sièges (2 décimales)		ÉLUS porter la mention "Élu" ou "Élue"	Nombre d'élus par liste	NOMS ET PRÉNOMS des candidats groupés par liste (sauter une ligne entre chaque liste). Le nom des candidats élus sera souligné
H F H H	1 USPO	Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine	12					0	TRAORE ABDOLAYE LOUBER MARINE DAUBIN SONNY LECLAIRE JEAN-NOEL
H F H F	2 FSPF	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France	92	2 2	1* - 30,67		Élu Élue Élu	3	PIQUION JEAN-MARC LEFORT INGRID BERRY OLIVIER SYNESIUS MARIE-CLAUDE

CONTESTATIONS / RECLAMATIONS



Parapher des membres du bureau de vote (excepté pour la dernière page)

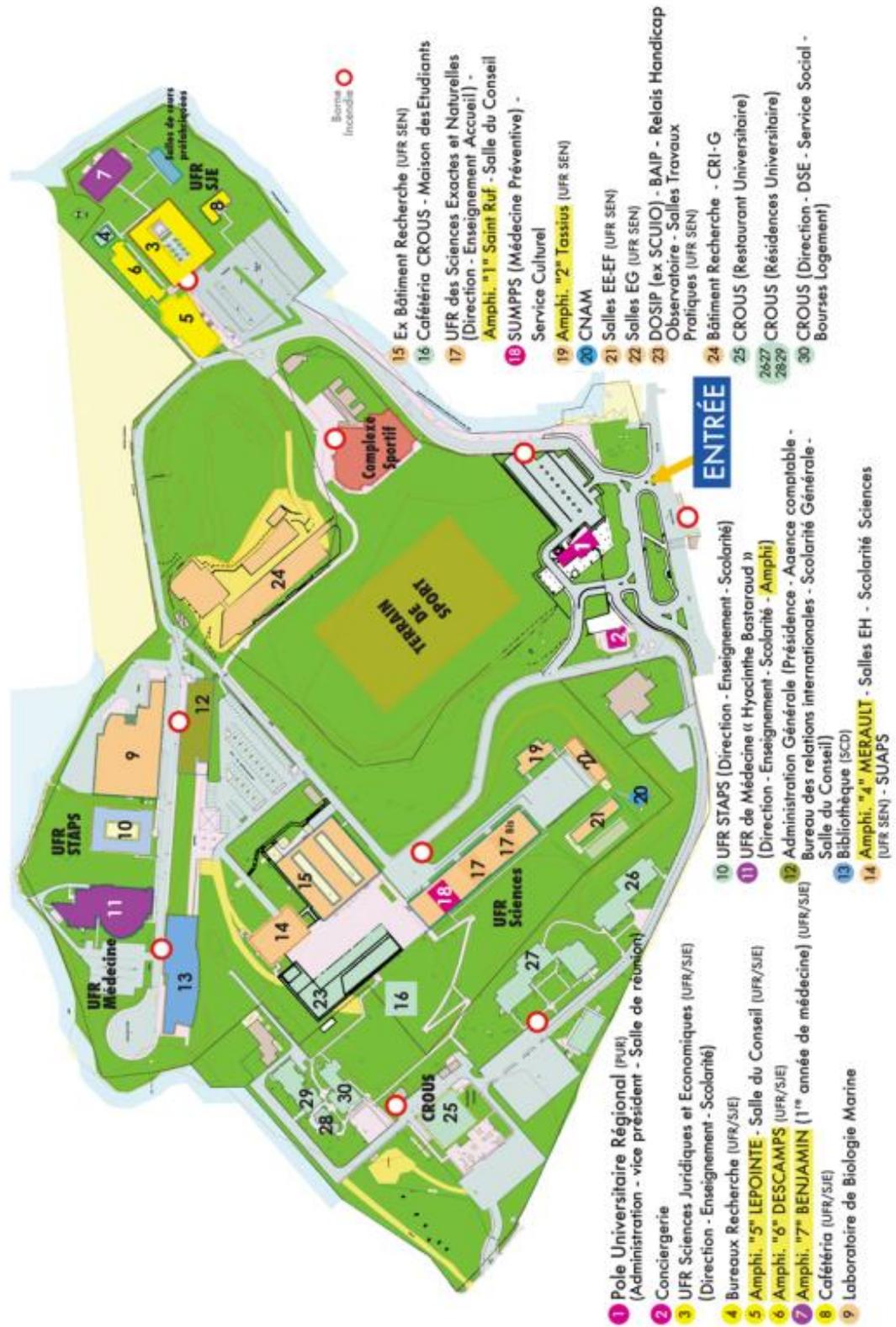
mercredi 7 avril 2021 à 14h54
1 / 1
© VOXALY 2021

## Annexe 2 : Résultats des élections URPS 2021 - Pharmaciens libéraux

### Résultats des élections

PHARMACIENS	Régions	Sièges à pourvoir	Inscrits	Votants	Bulletins nuls et blancs	Sufrages exprimés	Taux de participation	FSPF		USPO		
								Sufrages	%	Sufrages	%	
	Auvergne-Rhône-Alpes	15	3092	1515	18	1497	49	609	40,68	888	59,32	9
	Bourgogne-Franche-Comté	9	1158	687	15	672	59,33	247	36,76	425	63,24	6
	Bretagne	9	1333	659	10	649	49,44	521	80,28	128	19,72	1
	Centre-Val de Loire	9	977	532	7	525	54,45	454	86,48	71	13,52	1
	Corse	3	168	152	0	152	90,48	56	36,84	96	63,16	2
	Grand Est	12	1920	1026	13	1013	53,44	852	84,11	161	15,89	2
	Guadeloupe	3	157	106	2	104	67,52	92	88,46	12	11,54	0
	Guyane	3	52	23	0	23	44,23	23	100			
	Hauts-de-France	12	2345	1083	17	1066	46,18	378	35,46	688	64,54	8
	Ile de France	18	4013	1256	19	1237	31,3	287	23,2	950	76,8	14
	Martinique	3	143	73	0	73	51,05	53	72,6	20	27,4	1
	Normandie	9	1234	501	7	494	40,6	363	73,48	131	26,52	2
	Nouvelle-Aquitaine	15	2711	1237	26	1211	45,63	781	64,49	430	35,51	5
	Occitanie	15	2682	1388	13	1375	51,75	1066	77,53	309	22,47	3
	Océan Indien	6	317	198	8	190	62,46	114	60	76	40	2
	Pays de la Loire	9	1390	649	8	641	46,69	456	71,14	185	28,86	2
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	12	2387	1186	12	1174	49,69	780	66,44	394	33,56	4
	TOTAL	162	26079	12271	175	12096	47,05	7132	58,96	4964	41,04	62

## Annexe 3: Plan du campus de Fouillolo



## Annexe 4: Planning P3S 2020 (page 1)

### Tableau des Interventions P3S : 2020 Préparation planning des interventions



mars-20

	Prénom et Nom de l'Intervenant	Jour d'intervention	Horaire	Organisme
Abymes (Palais Royal)	Lydia CHAPITEAU	Lundi	7h	CODEP
	Lydia CHAPITEAU	Mardi	7h	CODEP
Abymes (Raizet)	Lydia CHAPITEAU	Mercredi	7h	CODEP
	Lydia CHAPITEAU	Vendredi	7h	CODEP
Anse-Bertrand (Boulevard)	Lydia ROMIL	Vendredi	17h	CODEP
Baillif (Tour du père Labat)	Michelle MORISSET	Jeudi	7h	CODEP
Bale Mahault (Birmingham)	Françoise MIROITE	Mercredi	17h30-18h30	CODEP
Basse-Terre (Enceinte Région)	Nadine GERNIGON	Jeudi	16h00	CODEP
	Nadine GERNIGON	Vendredi	13H00	CODEP
Bouillante (Falaise)	Michelle MORISSET	Mercredi	7h30	CODEP
	Michelle MORISSET	Vendredi	7h30	CODEP
Basse-Terre (C.H.B.T.)	Anne DÉMARQUE	Lundi	17h	
	Anne DÉMARQUE	Mercredi	6h30	
	Anne DÉMARQUE	Vendredi	6h30	
Capesterre Belle Eau (Allée Dumanoire)	Germaline GRUEL	Mercredi	16H00	CODEP
	Germaline GRUEL	Vendredi	17H30	CODEP
Deshales (Guyonneau)				
La Désirade				
Goyave (sortie Sud du Bourg)	Germaline GRUEL	Mercredi	16h00	CODEP
	Germaline GRUEL	Vendredi	17h30	CODEP
Gourbeyre (Rivière Sens)	Nadine GERNIGON	Mardi	16h45	CODEP
	Nadine GERNIGON	Mercredi	7h00	CODEP
Gosier (Anse Dumont)				
Lamentin (Bourg)	Gary PENELOPE	Lundi	17h00-18h00	Fit Form
Morne à l'Eau (site de Lasserre)	Mathieu PARRAT	Mardi	17h00	CODEP
	Olivia MIATH	Samedi	07h00	CODEP
Morne à l'Eau (Espérance)	Mathieu PARRAT	Mercredi	17h00	CODEP
	Olivia MIATH	Samedi	07h00	CODEP
Moule (Parc de Morel)	Didier HOLLANDER	Lundi	17H00	CODEP
	Educateur de la mairie	Mardi	5h45-7h00	Mairie
	Didier HOLLANDER	Mercredi	17h00	CODEP
	Educateur de la mairie	Jeudi	5h45-7h00	Mairie
	Educateur de la mairie	Vendredi	5h45-7h00	Mairie

## Annexe 4: Planning P3S 2020 (page 2)

	Prénom et Nom de l'Intervenant	Jour d'intervention	Horaire	Organisme
Petit Bourg (Quartier Saint-Jean)	Germaine GRUEL	Lundi	6h30	CODEP
	Germaine GRUEL	Jeudi	17h30	CODEP
Petit Canal (Face aux marches des esclaves)	Lydia ROMIL	Lundi	16h	CODEP
	Lydia ROMIL	Jeudi	16h	CODEP
Pointe-Noire (Petite Plaine)	Michel OBERTAN	Mardi	18h15	CODEP
	Michel OBERTAN	Jeudi	18h15	CODEP
	Michel OBERTAN	Vendredi	18h15	CODEP
Pointe à Pitre (Quartier Lauricisque)				
Port-Louis (Plage du Souffleur)	Lydia ROMIL	Mardi	7h30	CODEP
	Lydia ROMIL	Jeudi	7h30	CODEP
Sainte-Anne (Route de Bois Jolan)	Emmanuelle SPANO	Jeudi	6h30	CODEP
	Didier HOLLANDER	Mardi	17h00	CODEP
Saint-François (Secteur Raisins Clairs)	Elsa LERAY	Mardi	17h00	CODEP
	Didier HOLLANDER	Jeudi	17h00	CODEP
Saint-Claude (Ducharmoy)	Nadine GERNIGON	Mercredi	17h00	CODEP
	Nadine GERNIGON	Jeudi	17h15	CODEP
Sainte-Rose (Bord de mer)	Gary PENELOPE	Jeudi	17h00-18h00	Fit Form
Trois Rivières (Anse des Pères)	Germaine GRUEL	Mardi	6H30	CODEP
	Germaine GRUEL	Vendredi	6h30	CODEP
Trois Rivières (résidence Allouata)	Marie-Hélène CALISTE	Samedi	8H30	CODEP
Vieux Fort (Beaurivage)	Germaine GRUEL	Mardi	16H00	CODEP
	Germaine GRUEL	Vendredi	16H00	
	M/Hélène CALISTE	Samedi	7h00	CODEP
Vieux Habitants (Navarraine)	Michelle MORISSET	Mercredi	16h30	CODEP
	Michelle MORISSET	Vendredi	16h30	CODEP
Terre de Haut (Bord de mer)				
Terre de Bas (Secteur du stade)				
Grand-Bourg - Marie-Galante	Laurent MORVANY	Jeudi	7h-8h	CODEP
Capesterre - Marie-Galante	Laurent MORVANY	Vendredi	7h-8h	CODEP
Saint-Louis - Marie-Galante	Laurent MORVANY	Mardi	7h-8h	CODEP

## Annexe 5: Affiche Boujé Sé Santé (P3S) (1/2)

Logo "manger bouger" Programme National Nutrition Santé

# Boujé sé santé

avec les **Parcours Sportifs de Santé Sécurisés P3S**

« Boujé sé méyè médikaman nou ni »

**Le tiercé gagnant pour votre santé**

- 0 cigarette
- Au moins 5 Fruits et légumes chaque jour
- Au moins 30 min. d'activité physique au quotidien

Maintenir votre forme, protéger votre santé, en appliquant le SMIG Sport Minimum Indispensable aux Gens <sup>19</sup> soit au moins 30 min. d'activité physique au quotidien.  
<sup>19</sup>acronyme du Dr André Alcala, cardiologue

Pour les préadolescents et adolescents au moins 1h d'activité physique par jour.

### Des Animations sportives gratuites

sont mises en place dans **vos communes**. Un coach sera là pour vous guider !

Consulter les horaires et dates des animations sur le site HTA-GWAD [www.htagwad.com](http://www.htagwad.com), sa page Facebook « boujé sé santé » ou contacter la mairie de votre domicile.

\*Animations organisées sur les lieux des Parcours Sportifs de Santé Sécurisés P3S dans les communes concernées.

Avant le soutien financier de :

- ars
- Région Archipel Caraïbéenne
- GIP RASPEG
- HTA-GWAD

Le réseau HTA-GWAD GIP-RASPEG coordonne les animations sportives



# Boujé sé santé

## Avec les Parcours Sportifs de Santé Sécurisés (P3S)

La pratique régulière d'une activité physique a des effets très bénéfiques pour la prévention et sur l'évolution de certaines maladies : HTA (Hypertension Artérielle), les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose et les arthralgies, ainsi que sur le risque d'apparition de certains cancers.

### Facile, proche et gratuit

Le Conseil Régional a décidé d'agir et d'installer des Parcours Sportifs de Santé Sécurisés dans toutes les communes de la Guadeloupe. L'Agence Régionale de Santé finance des animations encadrées par des éducateurs sportifs.

Le tiercé gagnant pour votre santé



Maintenez votre forme, protégez votre santé, en appliquant le SMIG Sport Minimum Indispensable aux Gens (1) soit 30 minutes d'activité physique au quotidien

Vélo	Barre	Marcheur	Rameur	Twister	Vélo elliptique	Stepper / Twister	Porteur / Pousseur
<p>Renforce les abdominaux, les muscles des mollets et des cuisses. Améliore la flexibilité des membres inférieurs surtout au niveau des articulations des genoux. Renforce l'équilibre pendant l'exercice. Développe les capacités cardio-pulmonaires.</p>	<p>Le barre améliore la flexibilité des articulations et des épaules. Il est recommandé dans le cas d'épaules ayant subi des traumatismes et arthroses. Améliore la coordination des mouvements.</p>	<p>Le marcheur améliore les fonctions cardio-pulmonaires, la capacité musculaire et la coordination des membres inférieurs du bassin, augmente les capacités de flexion et la stabilité des articulations des membres inférieurs.</p>	<p>Le rameur renforce les muscles des membres supérieurs, bras et épaules, et du bassin. Il augmente le volume des muscles dorsaux. Améliore la coordination des membres et l'agilité des articulations.</p>	<p>Le twister augmente la force des muscles du bassin et de l'abdomen, améliore la flexibilité des lombaires et du bassin, renforce la circulation sanguine et régule les reins. Il fait aussi travailler les ventricules, les fessiers et les mollets, bref, presque la totalité des muscles du corps.</p>	<p>La pratique du vélo elliptique provoque un travail cardiorespiratoire d'endurance. Ce travail d'endurance permet une prévention de certaines maladies notamment : maladies cardiovasculaires et diabète et permet une lutte contre le surpoids.</p>	<p>Le combi stepper / twister augmente la force des muscles du bassin et de l'abdomen, des cuisses et des mollets, améliore la flexibilité des lombaires et du bassin, renforce la taille, stimule la circulation sanguine et régule les reins.</p>	<p>Le duo porteur/pousseur renforce les muscles des membres supérieurs, des pectoraux et du dos, améliore la flexibilité des épaules et des articulations des coudes.</p>

L'utilisation du parcours est libre et gratuite. Les équipements sont destinés aux personnes de plus de 1m40. L'utilisation du matériel doit se faire conformément aux explications inscrites sur chaque atelier et, pour les enfants sous la surveillance d'un adulte. Ces parcours sont la propriété de tous, prenons-en soin.

(1) Agence Régionale de Santé de la Guadeloupe

# Annexe 7: Plaquette présentant les poissons dangereux à la consommation



# CIGUATERA

## Poissons dangereux à la consommation



★ Pêches et ventes interdites en tous lieux et en tous temps.

● Pêches et ventes interdites au nord du 16,5° parallèle (cf. carte).

☆ Pêches et ventes interdites, quel que soit le lieu de pêche, si le poids dépasse 1 kg.

### Poissons interdits à la pêche et à la vente

(Arrêté préfectoral n°2002-1249)



**CARANGUE GROS-YEUX**  
MAYOL  
*Caranx latus*



**CARANGUE NOIRE**  
*Caranx lygubrus*



**VIEILLE À CARREAUX**  
CAPITAINE ZAILLES JAUNES  
CAPITAINE ROUGE  
*Mycteroperca venenosa*



**PAGRE DENTS DE CHIEN**  
ZIE PLEURE - PAGRE FINE  
*Lutjanus jaysi*



**MURENE**  
CONGRE VERT  
*Muraena helcon*



**CARANGUE JAUNE**  
*Caranx bartholomaei*



**GRANDE SÉRIOLE**  
SÉRIOLE COURONNÉE  
*Seriola dumerilii*



**CARANGUE FRANCHE**  
CARANGUE BLEUE  
*Caranx ruber*



**VIEILLE MORUE**  
JACOUENDA - MABOUTE  
*Mycteroperca tigris*



**PAGRE JAUNE**  
MAÎTRE D'ÉCOLE  
*Lutjanus apodus*



**BARRACUDA**  
BÉCUNE  
*Sphyrna barracuda*



**SÉRIOLE LIMON**  
BABIANE  
*Seriola rivoliana*



**VIEILLE VARECH**  
VIEILLE DE RIVIÈRE  
*Aplodianes afer*



**VIEILLE BLANCHE**  
*Epinaphelus moro*



**VIVANEAU ORELLES NOIRES**  
BOUCAN-NÈG  
*Lutjanus buccanella*

**CIGUATERA : MANIFESTATIONS DE L'INTOXICATION**

Le plus souvent les signes apparaissent entre 1 à 4 heures après le repas, plus rarement au-delà de 24 heures.

- Débuté souvent par des signes digestifs, douleurs articulaires, maux de tête, vomissements et diarrhées.
- Les signes cardiovasculaires traduisent la gêne de l'innervation autonome, hypotension, palpitations, tachycardie.

D'autres signes peuvent apparaître :

- Neurologiques : troubles de la coordination et de l'équilibre, hallucinations, sécheresse, vertiges, engourdissements, fourmillements, œdèmes au niveau des membres et du visage. Sensations de brûlure ou de picotements éphémères au contact d'objets froids.
- Cutanés : érythème maculeux notamment de la partie des mains et de la plante des pieds.
- Et enfin, douleurs musculaires et articulaires, fièvre.

Il vaut mieux en cas de symptômes connaître un médecin et conserver les restes alimentaires ou l'alimentation.



DAAP : [www.daap71.agriculture.gu.fr](http://www.daap71.agriculture.gu.fr)  
ARS : [www.ars.guadeloupe.sante.fr](http://www.ars.guadeloupe.sante.fr)

## Annexe 8: Questionnaire retentissement de l'insularité en Guadeloupe sur l'activité des grossistes-répartiteurs.

### ❖ *Approvisionnement*

**QUESTION 1 :** Quels sont vos fournisseurs (Spécialités médicamenteuses, OTC, parapharmacie, MAD, ...). Vos fournisseurs sont-ils métropolitains, européens, internationaux ?

**QUESTION 2 :** Travaillez-vous avec d'autres répartiteurs métropolitains ? (fournisseurs, regroupement des commandes/achats, ...) Lesquels ?

**QUESTION 3 :** Quelle est la fréquence des approvisionnements ? Variable ou prédéfinie ?

**QUESTION 4 :** Existe-t-il des logiciels /prélogiciels permettant de déterminer les quantités à commander pour chaque fournisseur ? Si oui, sur quels paramètres s'appuient-ils ?

**QUESTION 5 :** L'approvisionnement est-il différent entre les produits à faible rotation (<20 unités/mois) et à forte rotation ? Comment se passe l'approvisionnement pour les produits à faible rotation ?

**QUESTION 6 :** Existe-t-il des procédures d'acheminements particulières pour certaines catégories de médicaments (stupéfiants, médicaments d'exception, médicaments thermosensibles, ...) ?

### ❖ *Acheminement des médicaments*

**QUESTION 7 :** Comment les médicaments sont-ils acheminés en Guadeloupe (fret maritime, fret aérien) et dans quelle proportion ?

**QUESTION 8 :** Quels sont vos transitaires au départ de la France métropolitaine ? Pour le transit aérien, travaillez-vous directement avec les compagnies aériennes ou des transitaires aériens spécialisés ?

**QUESTION 9 :** Quelles sont les étapes de l'acheminement des produits pharmaceutiques et pour chaque étape, quel est le délai d'acheminement ?

**QUESTION 10 :** En fonction du transport choisi, quel est le temps de transport (avion, bateau) ?

**QUESTION 11 :** Quels sont les aléas pouvant impacter ce délai ? Causes naturelles (vents violents : ouragans, cyclones), causes humaines (grèves), autres ? Comment y remédier ? Exemples ?

**QUESTION 12 :** Quels sont les critères/ contraintes déterminant le choix du transport ? Dans quelles conditions choisit-on un moyen de transport plutôt qu'un autre ?

**QUESTION 13 :** Existe-t-il des logiciels vous aidant à déterminer, à optimiser le mode de transport des médicaments, des produits pharmaceutiques ? Quels critères analysent-ils ? (frais d'approche, volume et poids, délai d'acheminement, catégorie de médicaments, ...) ?

**QUESTION 14 :** En quoi consistent les frais d'approche ? Volumes et poids, types de médicaments, taxes (douane, octroi de mer, ...), compagnies, transitaires, autres ?

**QUESTION 15 :** Dans quelles mesures les frais d'approche liés au transport du médicament impactent-ils le prix de celui-ci (médicament vigneté ou non) ?

**QUESTION 16 :** Quelles sont les alternatives pour limiter cette réduction de la marge du répartiteur et de l'officinal ? Mesures gouvernementales (coefficients applicables répartiteurs et officinaux), autres ?

**QUESTION 17 :** La marge est-elle conservée par rapport aux répartiteurs en métropole ? Majorée, minorée ?

❖ *Réception des produits et gestion de l'entrepôt et stock*

**QUESTION 18 :** Les étapes de réception sont-elles les mêmes ou diffèrent-elles par rapport à la métropole ? (Contrôle, Traçabilité, Procédures en cas de non-conformité (quantité /qualité), ...)

**QUESTION 19 :** Les locaux d'un répartiteur aux Antilles sont-ils similaires à ceux d'un répartiteur en métropole ou sont-ils soumis à d'autres contraintes ? (zone centrale, zone fraîche, zone froide, zone des stupéfiants, ...)

**QUESTION 20 :** Avez-vous les chiffres pour apprécier les différences de stocks entre les Antilles et la métropole ? Obligation légale de 15 jours en métropole, qu'en est-il chez vous ?

❖ *Distribution des médicaments*

**QUESTION 21 :** Quel est le moyen de transport utilisé ?

**QUESTION 22 :** Quel est le nombre de rotations de livraison du répartiteur à l'officine en Guadeloupe ?

**QUESTION 23 :** Cas particulier de la double insularité (Marie Galante, Les Saintes, La Désirade). Les moyens de transport et le nombre de rotations sont-ils impactés ?

**QUESTION 24 :** Le transport des répartiteurs vers les officinaux est-il intégré aux frais d'approche ?

❖ *La chaîne de froid*

**QUESTION 25 :** Quelles sont les catégories de médicaments en fonction de leurs conditions de conservation et quelles sont les conditions de transport qui en découlent (médicaments thermosensibles, médicaments inf. +25° ou +30°C, médicaments sans mentions particulières de conservation) ?

**QUESTION 26 :** En fonction de la catégorie de médicament, quelles sont les contraintes d'acheminement du médicament par le répartiteur ? (ex : boîtes isolantes Qualibox, sondes de contrôle, ...)

**QUESTION 27 :** Les fortes chaleurs de la Guadeloupe nécessitent-elles pour le répartiteur la mise en place de mesures supplémentaires en termes de logistique pour ces médicaments thermosensibles ?

❖ *Ruptures de stock des répartiteurs guadeloupéens*

**QUESTION 28 :** Quelles sont les causes de ces ruptures ?

**QUESTION 29 :** En moyenne, quels sont le nombre et la durée de ces ruptures par année ? par mois ?

**QUESTION 30 :** Quels sont les médicaments les plus concernés par les ruptures ?

**QUESTION 31 :** Les répartiteurs sont-ils soumis à une législation concernant les ruptures de stock ? En métropole, obligation légale de détenir 95% des médicaments référencés et au moins quinze jours de stock, qu'en est-il en Guadeloupe ?

**QUESTION 32 :** Comment le répartiteur s'y prend-il pour éviter ces ruptures de stock ? Stock plus conséquent ? Autres ?

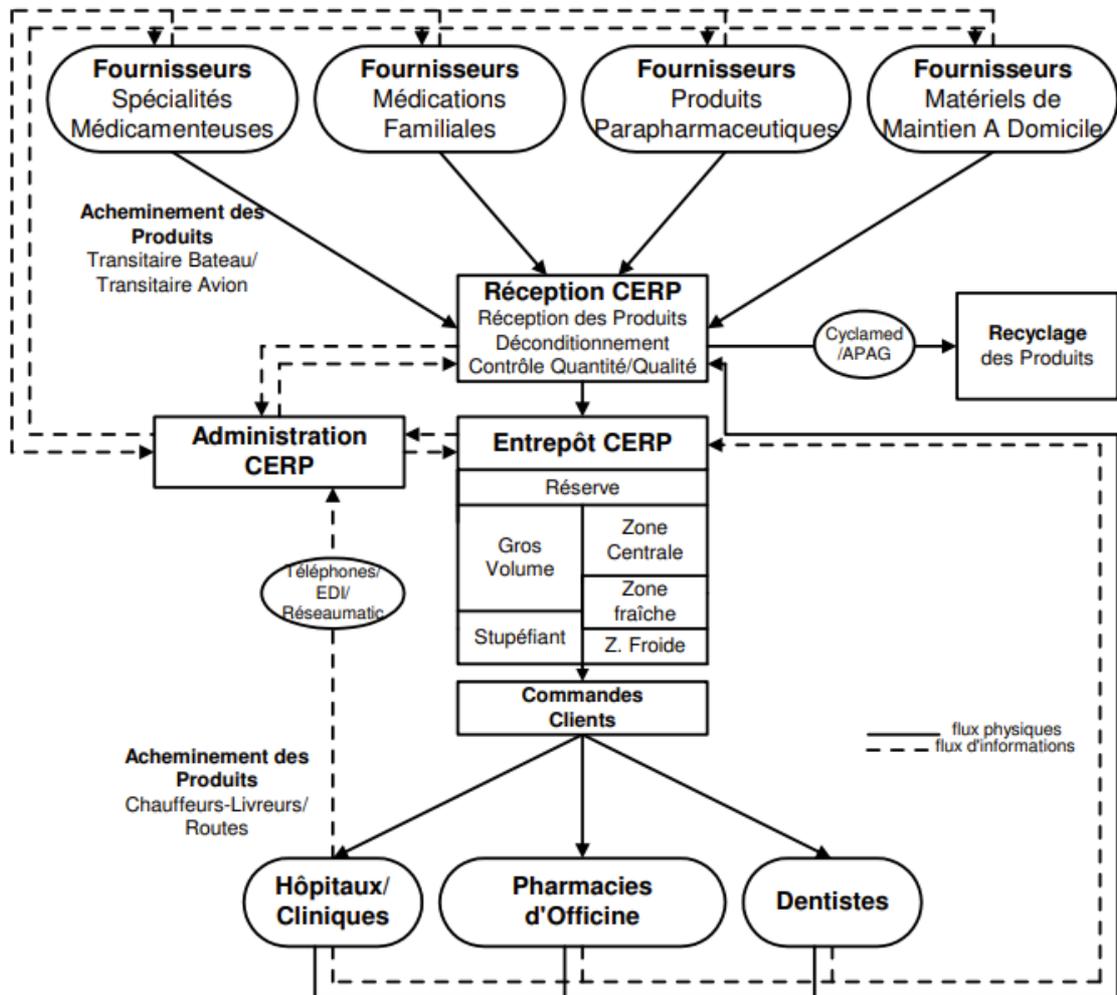
**QUESTION 33 :** A combien de temps est estimée la durée du stock d'un répartiteur en Guadeloupe vs métropole (obligation légale 15 jours) ? Et celle du stock flottant ?

**QUESTION 34 :** Quelles sont les répercussions de cette augmentation des stocks pour les répartiteurs guadeloupéens (surface locaux, coût de trésorerie, pertes plus importantes (périmés, moins de possibilité de revente - seulement 160 officines), ...) ?

**QUESTION 35 :** Les ruptures de stock sont-elles plus fréquentes en Guadeloupe qu'en métropole ?

**QUESTION 36 :** Existe-t-il des aides de l'état pour pallier le surcoût lié à l'acheminement des médicaments (transport, stock plus conséquent, ...) ? Coefficient répartiteur uniquement ? Autres ?

## Annexe 9: Chaîne logistique d'un grossiste-répartiteur



## Liste de références et bibliographie

---

- <sup>1</sup> « Définition - Département d'Outre-mer / DOM | Insee », <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2031>.
- <sup>2</sup> Dominique Taffin, « La pharmacie aux Antilles françaises au XIXe siècle : reconnaissance d'une profession », *Revue d'histoire de la pharmacie* 81, n° 299 (1993): 472-80, <https://doi.org/10.3406/pharm.1993.3791>.
- <sup>3</sup> Bruno Bonnemain, « Colonisation et pharmacie (1830-1962) : une présence diversifiée de 130 ans des pharmaciens français », *Revue d'histoire de la pharmacie* 95, n° 359 (2008): 311-34, <https://doi.org/10.3406/pharm.2008.6505>.
- <sup>4</sup> Michel Porret, « Caroline Oudin-Bastide, L'effroi et la terreur. Esclavage, poison et sorcellerie aux Antilles. Paris, La Découverte, Les Empêcheurs de tourner en rond, 2013, 325 pp., ISBN 9 782359 250657 », *Crime, Histoire & Sociétés / Crime, History & Societies* 19, n° Vol. 19, n°1 (1 juin 2015): 146-47.
- <sup>5</sup> Armelle Le goff, « Jury médicaux (1801-1813) », *Archives nationales (France)* 1ère édition (juin 2005), [https://www.siv.archivesnationales.culture.gouv.fr/siv/rechercheconsultation/consultation/ir/pdfIR.action?irId=FRAN\\_IR\\_049909](https://www.siv.archivesnationales.culture.gouv.fr/siv/rechercheconsultation/consultation/ir/pdfIR.action?irId=FRAN_IR_049909).
- <sup>6</sup> Geneviève Leti, « L'empoisonnement aux Antilles françaises à l'époque de l'esclavage (1724-1848) », in *L'esclave et les plantations : de l'établissement de la servitude à son abolition. Hommage à Pierre Pluchon*, éd. par Philippe Hroděj, Histoire (Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2019), 209-27, <http://books.openedition.org/pur/97676>.
- <sup>7</sup> Grégory Beriet, « La lutte contre la fièvre jaune dans les Antilles françaises: marine, médecine et pratiques coloniales (fin XVIIIème-début XIXème siècle) », novembre 2005, 12 p., <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00150051>.
- <sup>8</sup> Paul Dupont, *Revue coloniale*, Imprimerie et librairie administratives, 2ème série Tome II (Imprimerie royale, 1849).
- <sup>9</sup> « La santé aux armées. L'organisation du service et les hôpitaux. Grandes figures et dures réalités. (1ère partie) », [napoleon.org](http://www.napoleon.org), consulté le 16 mai 2020, <https://www.napoleon.org/histoire-des-2-empires/articles/la-sante-aux-armees-lorganisation-du-service-et-les-hopitaux-grandes-figures-et-dures-realites-1ere-partie/>.
- <sup>10</sup> Raymond Boutin, « Deux ateliers d'esclaves en Guadeloupe au XIXème siècle », *Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe*, n° 173 (2016): 53-61, <https://doi.org/10.7202/1036584ar>.
- <sup>11</sup> C. MORETTI, « Les médecines amérindiennes d'Amazonie. Médecine créole, ses origines. », in *Editions Techniques - Encycl. Méd. Nat. (Paris, France), Phytothérapie, Aromathérapie*, A-9-1, 1991.
- <sup>12</sup> « TRAMIL | Programme de recherche appliquée à l'usage populaire des plantes médicinales dans la Caraïbe », consulté le 27 décembre 2017, <http://www.tramil.net/>.
- <sup>13</sup> « Pharmacopée de la Caraïbe - », Société Française d'Ethnopharmacologie, consulté le 27 décembre 2017, <http://www.ethnopharmacologia.org/documentation/pharmacopee-caraibe/>.
- <sup>14</sup> Cécile Poulain, « Le jardin créole, un modèle d'agroécologie », *Inra Magazine*, n° n°21 (juin 2012).
- <sup>15</sup> « Reconnaissance des PAM des DOM | APLAMEDAROM Guadeloupe », consulté le 22 décembre 2017, <http://aplamedarom.fr/actualites/reconnaissance-des-pam-des-dom>.
- <sup>16</sup> ANSM, « Liste A des plantes médicinales utilisées traditionnellement. Additif 101. Modification à compter du 1er août 2013. », s. d.

- 
- <sup>17</sup> MORETTI, « Les médecines amérindiennes d'Amazonie. Médecine créole, ses origines. », A-9-1, page 4.
- <sup>18</sup> Colbert, « Le code noir », 1685, <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/esclavage/code-noir.pdf>.
- <sup>19</sup> « 390 253 habitants en Guadeloupe au 1<sup>er</sup> janvier 2017 - Insee Flash Guadeloupe - 130 », consulté le 26 mai 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4270716>.
- <sup>20</sup> « La démographie des DOM (2011) », Ined - Institut national d'études démographiques, consulté le 3 décembre 2017, <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/demographie-dom/>.
- <sup>21</sup> « La population de la Guadeloupe devrait continuer à baisser à l'horizon 2030 - Insee Flash Guadeloupe - 65 », consulté le 3 décembre 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2872512>.
- <sup>22</sup> « Croissance démographique - Vers une inversion de tendance - Insee Analyses Guadeloupe - 17 », consulté le 4 décembre 2017, [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2558119#graphique-Figure\\_1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2558119#graphique-Figure_1).
- <sup>23</sup> « Insertion sociale et professionnelle des jeunes en Guadeloupe - Insee Dossier Guadeloupe - 8 », consulté le 28 mai 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2129290>.
- <sup>24</sup> « Couples - Familles - Ménages en 2016 – Département de la Guadeloupe (971) | Insee », consulté le 28 mai 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4176981?geo=DEP-971>.
- <sup>25</sup> « Couples - Familles - Ménages en 2016 – France entière | Insee », consulté le 28 mai 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4176981?geo=FE-1>.
- <sup>26</sup> Vilain A., « 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Études et Résultats, septembre 2019, n° 1125 : 7 p. », s. d., <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1125.pdf>.
- <sup>27</sup> Inpes, « Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 – Guadeloupe », septembre 2015, 12 p.
- <sup>28</sup> « Déficit migratoire et hausse des décès : la Guadeloupe perd des habitants - Insee Flash Guadeloupe - 131 », consulté le 29 mai 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4283782>.
- <sup>29</sup> « Bilan économique 2018 - Guadeloupe - Insee Conjoncture Guadeloupe - 05 », consulté le 1 juin 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4159784>.
- <sup>30</sup> « La population active continue de baisser en Guadeloupe - Insee Analyses Guadeloupe - 36 », consulté le 1 juin 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3975584#titre-bloc-3>.
- <sup>31</sup> « Insertion sociale et professionnelle des jeunes en Guadeloupe - Insee Analyses Guadeloupe - 15 », consulté le 3 juin 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2501636>.
- <sup>32</sup> « Niveau national / Les chiffres / Illettrisme / Accueil », Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme, consulté le 3 juin 2020, <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national>.
- <sup>33</sup> « Enquête Information et Vie Quotidienne : L'illettrisme, un problème préoccupant en Guadeloupe - Premiers Résultats | Insee », consulté le 3 décembre 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1294534>.
- <sup>34</sup> « Inégalités de niveau de vie et pauvreté en 2011 – Les revenus et le patrimoine des ménages | Insee », consulté le 26 décembre 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374587?sommaire=1374593&q=niveau+de+vie+France+2011>.
- <sup>35</sup> « Revenus et soutiens sociaux - Les revenus des familles en 2011 – Familles de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy : en pleine mutation | Insee », consulté le 26 décembre 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2845615?sommaire=2845639&q=niveau+de+vie+Guadeloupe+2011>.

- 
- <sup>36</sup> « Familles de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy : en pleine mutation - Insee Dossier Guadeloupe - 13 », consulté le 4 juin 2020, <https://insee.fr/fr/statistiques/2845639>.
- <sup>37</sup> « Data Logement », consulté le 4 juin 2020, <https://www.demande-logement-social.gouv.fr/statistiques/>.
- <sup>38</sup> « En 2015, les prix dans les DOM restent plus élevés qu'en métropole - Insee Première - 1589 », consulté le 6 juin 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908163#titre-bloc-6>.
- <sup>39</sup> « Bénéficiaires de la CMU de base », consulté le 6 juin 2020, [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/effectifs\\_cmub.php](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/effectifs_cmub.php).
- <sup>40</sup> « Complémentaire santé solidaire », consulté le 6 juin 2020, <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/statistiques.php>.
- <sup>41</sup> « Annuaire statistiques du Fonds CMU », consulté le 6 juin 2020, [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/annuaire\\_statistiques.php](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/annuaire_statistiques.php).
- <sup>42</sup> « L'épanouissement de tous les êtres humains – Des indicateurs pour apprécier le Développement Durable en Guadeloupe | Insee », consulté le 11 décembre 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1894643?sommaire=1894646&q=insee+dossier+guadeloupe>.
- <sup>43</sup> « Insee - Statistiques locales - Indicateurs : espérance de vie à la naissance en 2019 », consulté le 15 janvier 2021, [https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-1129305,6661347,2750731,1619645&c=indicator&i=ec\\_evol.decesdnn&i2=tcrd050.esperance\\_vie\\_hommes\\_naissance&s=2019&s2=2019&view=map2](https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-1129305,6661347,2750731,1619645&c=indicator&i=ec_evol.decesdnn&i2=tcrd050.esperance_vie_hommes_naissance&s=2019&s2=2019&view=map2).
- <sup>44</sup> ORSaG, « Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe », juillet 2017, Mortalité prématurée, p164-165, [https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/system/files/2017-10/ORSaG\\_D%C3%A9terminants\\_et\\_indicateurs\\_de\\_sant%C3%A9\\_Guadeloupe\\_Document%20de%20travail\\_st.pdf](https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/system/files/2017-10/ORSaG_D%C3%A9terminants_et_indicateurs_de_sant%C3%A9_Guadeloupe_Document%20de%20travail_st.pdf).
- <sup>45</sup> « Démographie - Vue d'ensemble – Insertion sociale et professionnelle des jeunes en Guadeloupe | Insee », consulté le 4 décembre 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2129279?sommaire=2129290>.
- <sup>46</sup> « Insee - Statistiques locales - Indicateur : taux de mortalité infantile, 2016-2018 », consulté le 15 janvier 2021, [https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-1129305,6661347,2750731,1619645&c=indicator&i=tcrd048\\_tx\\_mort\\_inf.txmort\\_inf&s=2016-2018&view=map2](https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-1129305,6661347,2750731,1619645&c=indicator&i=tcrd048_tx_mort_inf.txmort_inf&s=2016-2018&view=map2).
- <sup>47</sup> « Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006) – Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007. 74 p. Disponible sur [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr) », consulté le 30 décembre 2017, [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=3481](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3481).
- <sup>48</sup> Atallah A et al., « Enquête CONSANT Guadeloupe 2007 », Prévalence et prise en charge de l'hypertension artérielle en Guadeloupe, France. Bull Epidémiol Hebd., no 49-50 (2008): 486-89.
- <sup>49</sup> ORSaG, « Les données sur le diabète en Guadeloupe », novembre 2015, <http://www.orsag.fr/diabete/316-diabete-guadeloupe.html>.
- <sup>50</sup> ORSaG, « Les données sur le diabète en Guadeloupe », novembre 2015, <http://www.orsag.fr/diabete/316-diabete-guadeloupe.html>.
- <sup>51</sup> « Exposition au chlordécone et risque de survenue du cancer de la prostate », Salle de presse | Inserm, 22 juin 2010, <http://presse.inserm.fr/exposition-au-chlordecone-et-risque-de-survenue-du-cancer-de-la-prostate/14921/>.

---

<sup>52</sup> « Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane. n°3 - Décembre 2016 - IST VIH », consulté le 14 décembre 2017, <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Antilles-Guyane/Bulletin-de-veille-sanitaire-Antilles-Guyane.-n-3-Decembre-2016>.

<sup>53</sup> « Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane. n°4 - Décembre 2016 - Le virus Zika aux Antilles et en Guyane », consulté le 14 décembre 2017, <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Antilles-Guyane/Bulletin-de-veille-sanitaire-Antilles-Guyane.-n-4-Decembre-2016>.

<sup>54</sup> SPF, « Surveillance des arboviroses aux Antilles. Point au 15 février 2018. », consulté le 16 janvier 2021, <http://antilles2/surveillance-des-arboviroses-aux-antilles.-point-au-15-fevrier-2018>.

<sup>55</sup> Micheline Frédéric, Nalin Rastogi, « L'endémie lépreuse en Guadeloupe de 1999 à 2007 », *BEH*, n° 29 (juillet 2009), [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=839](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=839).

<sup>56</sup> SPF, « Leptospirose - Dossier thématique », novembre 2020, <http://maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/leptospirose>.

<sup>57</sup> SPF, « Sous-estimation de l'incidence de la leptospirose aux Antilles françaises. Numéro thématique. La leptospirose dans les régions et départements français d'Outre-mer », consulté le 16 janvier 2021, <http://antilles/sous-estimation-de-l-incidence-de-la-leptospirose-aux-antilles-francaises.-numero-thematique.-la-leptospirose-dans-les-regions-et-departements-fran>.

<sup>58</sup> « Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane. n°5 - Juillet 2013 - La leptospirose en Guadeloupe et Martinique », consulté le 14 décembre 2017, <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Antilles-Guyane/Bulletin-de-veille-sanitaire-Antilles-Guyane.-n-5-Juillet-2013>.

<sup>59</sup> « Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane. n°4 - Mai 2015 - Spécial Tuberculose », 201, consulté le 14 décembre 2017, <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Antilles-Guyane/Bulletin-de-veille-sanitaire-Antilles-Guyane.-n-4-Mai-2015>.

<sup>60</sup> Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer et Ministère des Outre-mer, « Plan séisme Antilles Horizon 2020 », juillet 2016.

<sup>61</sup> « Etude APHYGUAD Activité physique, activités sportives et activités sédentaires des adultes en Guadeloupe », consulté le 30 décembre 2017, <http://www.orsag.fr/alimentation-activite-physique/99-enquete-aphyguad-activite-physique-adultes-guadeloupe.html>.

<sup>62</sup> « Pollution : la «brume des sables» venue du Sahara perdure en Martinique », *leparisien.fr*, 27 mai 2017, <http://www.leparisien.fr/environnement/pollution-la-brume-des-sables-venue-du-sahara-perdure-en-martinique-27-05-2017-6988116.php>.

<sup>63</sup> Gwad'Air, « Rapport d'activité 2016 », 2016.

<sup>64</sup> Anses, « Expositions aux émanations d'algues sargasses en décomposition aux Antilles et en Guyane Avis de l'Anses », Rapport d'expertise collective, mars 2017.

<sup>65</sup> « La contamination chronique des sols des Antilles par le chlordécone : Observation et statistiques », consulté le 6 janvier 2018, <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/lessentiel/ar/272/0/contamination-chronique-sols-antilles-chlordecone.html>.

<sup>66</sup> « IARC Monographs- Classifications », consulté le 4 janvier 2018, [http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest\\_classif.php](http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest_classif.php).

<sup>67</sup> « Exposition au chlordécone et risque de survenue du cancer de la prostate », Salle de presse | Inserm, 22 juin 2010, <http://presse.inserm.fr/exposition-au-chlordecone-et-risque-de-survenue-du-cancer-de-la-prostate/14921/>.

- 
- <sup>68</sup> Data DREES, « La démographie des médecins (RPPS) et des autres professions de santé au 1er janvier 2017 », consulté le 7 janvier 2018, <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>.
- <sup>69</sup> CNOP, « Démographie pharmaceutique - Panorama au 1er janvier 2021 », janvier 2021.
- <sup>70</sup> DSS\_Carine.D, « Résultats des élections URPS 2021 - Pharmaciens libéraux conventionnés », Ministère des Solidarités et de la Santé, 8 juillet 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/elections-urps/article/resultats-des-elections-urps-2021-pharmaciens-liberaux-conventionnes>.
- <sup>71</sup> « Syndicat départemental des Pharmaciens de Guadeloupe », FSPF, consulté le 21 janvier 2021, <http://www.fspf.fr/la-federation/syndicats-departementaux/syndicat-departemental-pharmaciens-guadeloupe>.
- <sup>72</sup> Bruno Bonnemain, « Colonisation et pharmacie (1830-1962) : une présence diversifiée de 130 ans des pharmaciens français », *Revue d'histoire de la pharmacie* 95, n° 359 (2008): 311-34, <https://doi.org/10.3406/pharm.2008.6505>.
- <sup>73</sup> Université des Antilles et de la Guyane, « Présentation de la faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD et des études médicales. », s. d.
- <sup>74</sup> « Décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique », 2019-1125 § (2019).
- <sup>75</sup> « Atlas des étudiants PACES : Université des Antilles 2017-2018 », consulté le 22 janvier 2021, <https://www.medshake.net/PACES/atlas-etudiants/2017-2018/universite-des-antilles/9710585J/>.
- <sup>76</sup> ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, « Cadre d'orientation stratégique du PRS Guadeloupe Saint-Barthélemy Saint-Martin 2018-2028 » (2018).
- <sup>77</sup> « Boujé sé santé | Facebook », consulté le 6 juillet 2021, <https://www.facebook.com/boujesesante/>.
- <sup>78</sup> Kenny Erika VIROLAN, « Les performances des parcours sportifs de santé sécurisés (P3S) », 2014.
- <sup>79</sup> Caroline Mejean, *Alimentation et Nutrition dans les départements et régions d'Outre-Mer*, IRD France, Expertise collective, 2020.
- <sup>80</sup> DAAF Guadeloupe, « Distribution de 880 bons pour des plants de légumes à la population grâce au projet « Jaden bò kaz » », 9 mars 2021, <https://daaf.guadeloupe.agriculture.gouv.fr/Distribution-de-880-bons-pour-des>.
- <sup>81</sup> « PNNS | Manger Bouger », consulté le 6 juillet 2021, <https://www.mangerbouger.fr/PNNS>.
- <sup>82</sup> « Jafa – Programme Jardins Familiaux Guadeloupe – Programme Jafa », consulté le 6 juillet 2021, <https://jafa.ireps.gp/programme-jafa/>.
- <sup>83</sup> « Le programme – TITIRI », consulté le 6 juillet 2021, <https://titiri.ireps.gp/le-programme/>.
- <sup>84</sup> « Magazine Guadeloupe - Kannari Pann "Le Mag" by lokal mwen yé », Kannari Pann « Le Mag », consulté le 6 juillet 2021, <https://kannaripann.com/>.
- <sup>85</sup> Osmar Tatiana, « Education thérapeutique des diabétiques de type 2 en Guadeloupe : enquête au sein de la structure éducative du centre hospitalier de Basse-Terre, place de la nutrition locale et de la médecine traditionnelle, rôle du pharmacien d'officine » (Thèse de Pharmacie, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2010).
- <sup>86</sup> ANEPF, « Explorer les formations », consulté le 6 juillet 2021, <https://mastersdu.anepf.org/explorer-les-formations/>.

---

<sup>87</sup> « Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 19 mai 2020, n°Hors-série Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2020 (à l'attention des professionnels de santé) », consulté le 6 juillet 2021, <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/voyage/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-mai-2020-n-hors-serie-recommandations-sanitaires-pour-les-voyageurs-2020-a-l-attention-des-professionn>.

<sup>88</sup> DAAF Guadeloupe, « Ciguatera : les poissons dangereux à la consommation », 23 décembre 2019, <https://daaf.guadeloupe.agriculture.gouv.fr/Ciguatera-les-poissons-dangereux-a>.

<sup>89</sup> Cire Antilles-Guyane Rosine J., Chappert JL., Cardoso .T, Quénel P. InVS, « La ciguatera dans les Antilles Françaises ».

<sup>90</sup> ATD Quart Monde, « L'insertion du pharmacien dans son environnement social », 2010.

<sup>91</sup> Insee Première, « Les natifs des Antilles, de Guyane et de Mayotte quittent souvent leur région natale, contrairement aux Réunionnais », avril 2021.

<sup>92</sup> ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, « PRAPS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy 2018-2023 » (2018).

<sup>93</sup> Laura ARROYO OLALLA, Romain CHOVELON, Kate LEWIS, « PAS DE GÉNÉRIQUES DOCTEUR ! Étude du refus de génériques et des facteurs associés en population adulte guadeloupéenne et martiniquaise recevant un traitement remboursable par l'assurance maladie » (Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAU des Antilles et de la Guyane, 2015).

<sup>94</sup> « Rôle et missions | CSRP », consulté le 10 juillet 2021, <https://www.csrp.fr/role-et-missions>.

<sup>95</sup> « Chiffres clés - EURAPHARMA », consulté le 10 juillet 2021, <http://www.eurapharma.com/fr/chiffres-clés>.

<sup>96</sup> « Ubipharm - Grossiste et Promoteur - Partenaire de l'industrie Pharmaceutique », consulté le 10 juillet 2021, <https://www.ubipharm.com/fr/Ubipharm/chiffresclés,Chiffres%20Cl%C3%A9s>.

<sup>97</sup> « GPGSA Groupe CERP Bretagne-Atlantique », consulté le 10 juillet 2021, <http://www.gpg-cerpba.com/>.

<sup>98</sup> « LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé - Légifrance », consulté le 10 juillet 2021, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000025053589>.

<sup>99</sup> « Médicaments homéopathiques : une efficacité insuffisante pour être proposés au remboursement », Haute Autorité de Santé, consulté le 11 juillet 2021, [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3066934/fr/medicaments-homeopathiques-une-efficacite-insuffisante-pour-etre-proposes-au-remboursement](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3066934/fr/medicaments-homeopathiques-une-efficacite-insuffisante-pour-etre-proposes-au-remboursement).

<sup>100</sup> ANSM, « Mise au point sur le bon usage des médicaments en cas de vague de chaleur », juin 2017, <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483004979482>.

<sup>101</sup> « Article 296 - Code général des impôts - Légifrance », consulté le 6 juillet 2021, [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000028419532/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028419532/).

<sup>102</sup> « Projet de loi relatif à l'octroi de mer », consulté le 6 juillet 2021, [https://www.senat.fr/rap/l03-357/l03-357\\_mono.html#toc4](https://www.senat.fr/rap/l03-357/l03-357_mono.html#toc4).

<sup>103</sup> Conseil Régional Guadeloupe, « Délibération portant adoption du tarif d'Octroi de Mer pour 2020 », janvier 2021.

<sup>104</sup> « Les enjeux financiers et fiscaux européens pour les outre-mer en 2020 », consulté le 10 juillet 2021, <http://www.senat.fr/rap/r19-651/r19-6513.html>.

---

<sup>105</sup> « Arrêté du 7 février 2008 fixant les coefficients de majorations applicables aux prix de vente des médicaments dans les départements d'outre-mer » (s. d.), consulté le 6 juillet 2021.

<sup>106</sup> « Données régionales - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 7 juillet 2021, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-regionales-Officine2/Donnees-regionales>.

<sup>107</sup> Muriel Barlet, Clémentine Collet, « Localisation des professionnels de santé libéraux », Etudes et statistiques (DREES, 2009), Comptes nationaux 2009, Insee - Base permanente des équipements au 1er janvier 2008.

<sup>108</sup> Muriel Barlet, Claire Marbot, « Portrait des professionnels de santé », Panorama de la DREES Santé, Edition 2016.

<sup>109</sup> Olivier Legall, Vincent Jaouen, Bruno Vincent, Marie Magien, « La régulation du réseau des pharmacies d'officine » (IGF - IGAS, octobre 2016).

<sup>110</sup> « Rapport au Président de la République relatif à 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 - Légifrance », consulté le 7 juillet 2021, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036375709>.

<sup>111</sup> ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, « SRS Guadeloupe St Martin St Barthelemy (2018-2023) » (2018).

<sup>112</sup> « Article L5125-4 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 7 juillet 2021, [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036408349/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408349/).

<sup>113</sup> Insee Première, « Les pharmacies depuis 2000 Mutations d'un secteur très réglementé », décembre 2014.

<sup>114</sup> « Pharmacies : des officines ferment mais la profession se regroupe et affiche ses ambitions », Le Quotidien du Médecin, consulté le 12 novembre 2018, [https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/07/pharmacies-des-officines-ferment-mais-la-profession-se-regroupe-et-affiche-ses-ambitions\\_858593](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/07/pharmacies-des-officines-ferment-mais-la-profession-se-regroupe-et-affiche-ses-ambitions_858593).

<sup>115</sup> « Arrêté du 14 décembre 2017 portant approbation de l'avenant 11 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie » (s. d.), consulté le 12 juillet 2021.

<sup>116</sup> Autorité de la concurrence, « Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019 relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée », avril 2019.

<sup>117</sup> DGOS / SG, « Pacte territoire santé - des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux », novembre 2016.

<sup>118</sup> « Accueil | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Guadeloupe », consulté le 14 juillet 2021, <https://www.guadeloupe.paps.sante.fr/>.

<sup>119</sup> Interfimo, « Prix et valeurs des Pharmacies - Evolution du cadre d'exercice des pharmaciens », avril 2018.

<sup>120</sup> « Tableau comparatif des sociétés : SARL, SAS, SA, SNC », Entreprises et Droit, 22 janvier 2016, <https://www.entreprises-et-droit.fr/tableau-comparatif-des-societes-sarl-eurl-sas-sasu-sa-snc/>.

<sup>121</sup> CNOP, « Démographie pharmaceutique - Panorama au 1er janvier 2021 », janvier 2021.

<sup>122</sup> « Décret n° 2017-354 du 20 mars 2017 relatif à l'exercice en commun de la profession de pharmacien d'officine sous forme de société d'exercice libéral et aux sociétés de participations financières de

---

profession libérale de pharmacien d'officine - Légifrance », consulté le 14 juillet 2021, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034251291/>.

<sup>123</sup> « InterPharmaciens, le fonds dédié de la CAVP est lancé ! », CAVP, consulté le 14 juillet 2021, <https://www.cavp.fr/actualites/interpharmaciens-le-fonds-dedie-de-la-cavp-est-lance>.

<sup>124</sup> « Officine : l'entrée des pharmaciens adjoints au capital des SEL enfin possible ! - Communications - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 14 juillet 2021, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Officine-l-entree-des-pharmaciens-adjoints-au-capital-des-SEL-enfin-possible2>.

<sup>125</sup> POLE-EMPLOI.FR, « L'Aide aux Créateurs ou Repreneurs d'Entreprise (ACRE) », consulté le 14 juillet 2021, <https://www.pole-emploi.fr/candidat/je-creereprends-une-entreprise/les-aides-financieres-creation-d/laide-aux-createurs-ou-repreneur.html#>.

<sup>126</sup> POLE-EMPLOI.FR, « Aide à la reprise et à la création d'entreprise (ARCE) », consulté le 14 juillet 2021, <https://www.pole-emploi.fr/candidat/je-creereprends-une-entreprise/les-aides-financieres-creation-d/aide-a-la-reprise-et-a-la-creati.html>.

<sup>127</sup> M. Bernard Delcros, M. Rémy Pointereau, et Mme Frédérique Espagnac, « Rapport d'information sur l'avenir des zones de revitalisation rurale (ZRR) » (commission des finances et de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, 2020 2019).

---

**Vu, le Président du jury,**

Christos ROUSSAKIS

**Vu, le Directeur de thèse,**

Pascale ROUSSEAU

**Vu, le Directeur de l'UFR,**

**Nom – Prénoms :** GARCIA Romain Robert Joseph

**Titre de la thèse :** Le pharmacien d'officine en Guadeloupe : spécificités de l'exercice officinal, problématiques de l'installation et comparaison avec la métropole

---

**Résumé de la thèse :** Située à 6702 km de la métropole, au cœur de l'arc antillais, la Guadeloupe est un département d'Outre-mer. Bien qu'il soit un département français à part entière, soumis à la même législation, la Guadeloupe de par sa double insularité (éloignement géographique de la métropole et du continent américain) présente de nombreuses spécificités : territoriales, climatiques, sociales, raciales et culturelles. Le pharmacien d'officine, tout comme l'ensemble des professionnels de santé présents sur l'île devra donc faire face en plus des problèmes de santé publique communs aux départements métropolitains, à des problématiques qui lui sont propres. L'exercice officinal lui-même sera impacté à divers niveaux. En terme de logistique, l'insularité et l'absence de laboratoires implantés localement complexifient l'approvisionnement des médicaments, la gestion des stocks et renforcent la survenue de ruptures de stock. Ces spécificités auront également des répercussions sur les pathologies rencontrées qui peuvent différer de celles rencontrées en métropole ou être plus répandues (arboviroses, parasitoses tropicales, Ciguatera, ...) et sur les conseils officinaux associés. Les priorités de santé publique ont également été adaptées aux besoins de la population. C'est le cas des maladies chroniques liées aux comportements et aux conditions de vie (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, AVC). De plus, la vulnérabilité d'une partie de la population guadeloupéenne renforce le rôle social du pharmacien. Au travers d'une analyse comparative des indices sectoriels guadeloupéens et métropolitains de la pharmacie nous avons pu apprécier la rentabilité des officines guadeloupéennes qui suit la tendance métropolitaine. Concernant l'installation, les problématiques pour le primo-accédant restent sensiblement les mêmes qu'en métropole. Toutefois, s'il est métropolitain, il doit bien mesurer l'importance d'un changement de région et tout ce qui en découle. Les aides au financement du projet d'installation et les possibilités juridiques sont identiques.

---

**MOTS CLÉS :** GUADELOUPE – METROPOLE – EXERCICE OFFICINAL –  
INSTALLATION – INSULARITE

---

#### **JURY**

**PRESIDENT :** Mr Christos ROUSSAKIS, Professeur Universitaire de biologie cellulaire et génétique moléculaire, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

**ASSESEURS :**

**Mme Pascale ROUSSEAU**, Docteur en Pharmacie, Enseignant vacataire Universitaire de Nantes,

**M. Antoine LIBEAU**, Docteur en Pharmacie, Pharmacien titulaire

---

**Adresse de l'auteur :**

6 chemin de chemoulin  
44600 Saint Nazaire

*(À laquelle peuvent être adressées les demandes d'exemplaires ou de renseignements)*