# Instance de Coordination Stratégique

**Réunion N°4 le 12 juin 2013**

# Perspectives concernant:

l'offre de santé ambulatoire

1

## Orientations pour les travaux de l'instance données par Mme la Ministre – 26 avril 2013

- *« (…) L'offre sanitaire et sociale minière s'appuie sur un réseau intégré d'établissements et de services hospitaliers, sociaux et ambulatoires. Il s'agit donc d'une organisation tout à fait originale mais les affiliés du régime sont désormais, dans certains secteurs, minoritaires parmi les patients.*
- *C'est la raison pour laquelle cette offre doit trouver une place nouvelle en apportant des réponses spécifiques aux populations de ces territoires qui connaissent des indicateurs sociaux et sanitaires très dégradés (…).*
- *Ces œuvres et établissements sont également insuffisamment attractifs pour la population. Ils doivent évoluer pour apporter un service de soins de qualité à l'ensemble de la population de ces territoires tout en engageant une démarche de retour à un équilibre économique pérenne.*
- *L'héritage historique ne peut pas tout justifier et le statu quo n'est pas possible. L'enjeu est aujourd'hui crucial : il s'agit de construire, sans complaisance et avec exigence, un avenir au patrimoine commun que la corporation minière s'est attachée à construire au fil des années.*
- *Votre instance devra donc permettre de construire et d'accompagner rapidement et sans tabou ces évolutions. Le maître-mot est la logique de territoire. Cela signifie que les analyses et les solutions doivent être construites localement, au plus près du terrain (…).*
- *Ces arbitrages, qui seront déclinés d'ici la fin de l'année dans la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion de la CANSSM, devront reposer sur des solutions opérationnelles respectueuses des droits des affiliés et du service aux populations des territoires concernés(…). »*

2

# Précisions méthodologiques

- L'offre de santé ambulatoire du régime minier est répartie sur 22 groupements d'œuvres et composée de :

- 150 centres de santé polyvalents, médicaux, dentaire et infirmiers (en termes de gestions budgétaires et comptables) ; certains centres de santé peuvent comprendre un ou plusieurs points de consultation secondaires,
- 57 pharmacies,
- 2 laboratoires d'analyses médicales (1 dans le nord Pas-de-Calais réparti sur 4 sites et 1 dans le Sud-Ouest),
- 2 laboratoires de prothèses dentaires,
- 13 cabinets d'optique,
- 3 services de transports sanitaires

- **Toutefois, au regard des enjeux identifiés, il est proposé à l'instance de coordination d'évoquer plus particulièrement deux activités :**

- **Les centres de santé;**
- **Les pharmacies minières.**

- Par ailleurs, même si la présence au sein de l'instance des ARS Lorraine et Nord-Pas-de-Calais invite à orienter les débats sur ces deux régions, le régime minier est évidemment présent dans d'autres secteurs, notamment dans le Centre-Midi où les logiques de territoire peuvent être différentes de celles qui seront présentées.

3

# 1. Les centres de santé

1.1 Etat des lieux (pour mémoire - non commenté en séance)

1.2 Les axes principaux de la politique de l'offre de 1er recours

1.3 L'environnement des centres de santé et focus sur le régime minier

1.4 L'offre du régime minier au sein des territoires

- Nord-Pas-de-Calais
- Lorraine

1.5 Les perspectives

4

# 1. Les centres de santé

1.1 Etat des lieux (pour mémoire- non commenté en séance)

5

## *Les atouts de l'offre de santé du régime minier*

- **Accessibilité/Proximité géographique** dans des territoires souvent sous-médicalisées et qui risquent d'être encore
- plus fragilisées par la faiblesse de la démographie médicale (voir supra)
- **Accessibilité tarifaire** : pas de dépassement d'honoraires
- **Dispositif de tiers payant** pour les prestations d'action sanitaire et sociale (fournitures incontinences,
- suppléments non pris en charge par l'assurance maladie…)
- **Conditions d'exercice** : salariat et exercice de groupe
- Expertise sur la prise en charge de populations âgées souffrant de poly pathologies
- **Promotion de la santé, prévention**, dépistage et éducation thérapeutique, jusqu'aux soins à domicile et
- aux services à la personne en passant par les soins hospitaliers et la réadaptation
- **Axes prévention** : dépistage organisé des cancers, vaccinations, diabète, Alzheimer

6

***Les faiblesses de l'offre de santé du régime minier***

- Taille critique insuffisante de nombreux centres de santé et/ou points de consultation secondaires
- Gestion de certaines structures réservées aux seuls affiliés (pharmacies) ou en dehors du cœur de métier (cabinets d'optique, services de transports sanitaires …)
- Un contexte économique fragile,
- Un taux d'ouverture à la patientèle des autres régimes de sécurité sociale en progression rapide mais qui reste sur certaines activités encore insuffisant,
- Une diminution naturelle du nombre d'affiliés miniers,
- Certaines conventions collectives coûteuses,
- Des fonctions support éclatées et nombreuses.

7

## *La situation économique et financière des centres de santé polyvalents et infirmiers*

130 centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers en 2012 dont :

13 ont des médecins spécialistes,

11 ont des fauteuils dentaires

Nombre moyen d'actes en équivalent C par médecin généraliste (remplaçants compris) : 7 117

Taux d'ouverture de la médecine générale : 18,6 %

Taux d'ouverture de la médecine spécialisée: 35,9% 4% à 88,54% en fonction des spécialités

Nombre moyen d'AMI par infirmier (remplaçants compris) : 23 532

Taux d'ouverture des soins infirmiers des centres de santé : 8,4 %

- L'ensemble des centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers des CARMI enregistre un déficit global de 29,196 M€ en 2012, en augmentation de 5,4 % par rapport à celui de 2011 (27,703 M€).
- Les centres de médecine spécialisée génèrent à eux seuls près de 40 % du déficit des centres de santé.
- Après une forte réduction entre 2006 et 2010 (près de 30 %), le déficit des centres de santé (hors centres dentaires) progresse depuis 2011 : +14,4 % entre 2010 et 2011 et 5,4 % entre 2011 et 2012.
- Le déficit global 2012 correspond au total à 36,6 % des recettes.

## *La situation économique et financière des centres de santé dentaires*

- 37 fauteuils dentaires répartis entre 20 centres de santé dentaires (26 fauteuils) et 11 centres de santé polyvalents.
- L'ensemble des 37 fauteuils gérés enregistre en 2012 un déficit de 1,593 M€, en augmentation de 2,2 % par rapport à 2011 (1,558 M€). Ce déficit correspond à 17,8 % des recettes.
- Le chiffre d'affaires moyen par fauteuil dentaire s'élève à 231 906 € en 2012, contre 241 088 € en 2011 (soit une diminution de 1 %).
- Au total, sur les 37 fauteuils dentaires en activité fin 2012, 7 d'entre eux (implantés en Moselle) sont excédentaires en 2012,
- Le nombre d'actes réalisés pour les 37 fauteuils dentaires s'élève en 2012 à 96 761 contre 107 576 en 2011, soit une baisse de 10,1 %.
- Entre 2011 et 2012, les actes effectués pour les affiliés du régime minier sont en diminution de 12,1 %, ceux au profit d'affiliés d'autres régimes de sécurité sociale de 7,9 %.
- Le taux d'ouverture de la patientèle extérieure continue de progresser : il correspond à 48,9 % des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, contre 47,8 % en 2011 et 43,3 % en 2010.

**Evolution des résultats 2007-2017 de l'offre de santé (projections)**

| Catégorie | Résultat 2007 | Résultat 2008 | Résultat 2009 | Résultat 2010 | Résultat 2011 | Résultat 2012 | Résultat 2013 | Résultat 2014 | Résultat 2015 | Résultat 2016 | Résultat 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers | -31 564 981,74 | -25 632 352,37 | -24 317 835,39 | -24 223 530,96 | -27 703 389,31 | -29 195 681,46 | -29 779 595,09 | -30 375 186,99 | -30 982 690,73 | -31 602 344,55 | -32 234 391,44 |
| dont ex-CMS | -9 761 846,06 | -9 728 141,87 | -11 958 459,68 | -10 690 856,12 | -12 277 572,68 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Centres de santé dentaire | -625 237,33 | -1 102 704,59 | -988 817,69 | -1 026 697,54 | -1 359 292,95 | -1 326 644,06 | -1 300 111,18 | -1 274 108,96 | -1 248 626,78 | -1 223 654,24 | -1 199 181,16 |
| Sous total Centres de santé | -32 190 219,07 | -26 735 056,96 | -25 306 653,08 | -25 250 228,50 | -29 062 682,26 | -30 522 325,52 | -31 079 706,27 | -31 649 295,95 | -32 231 317,51 | -32 825 998,79 | -33 433 572,59 |
| Pharmacies | 19 045 601,98 | 15 748 159,24 | 16 054 812,70 | 16 095 651,48 | 15 158 011,17 | 9 195 184,38 | 4 977 933,60 | 1 733 827,22 | -723 973,25 | -2 549 376,48 | -3 868 889,32 |
| Cabinets d'optique | 414 587,99 | 261 398,97 | -9 518,77 | 239 057,30 | 12 446,88 | -207 491,66 | -197 117,08 | -187 261,22 | -177 898,16 | -169 003,25 | -160 553,09 |
| Laboratoires de prothèses dentaires | -425 111,19 | -166 310,50 | -180 887,80 | -191 090,89 | -276 013,10 | -297 392,92 | -282 523,27 | -268 397,11 | -254 977,25 | -242 228,39 | -230 116,97 |
| Laboratoires d'analyses médicales | 3 431 653,57 | 2 145 560,44 | 1 158 163,87 | 1 755 511,22 | 1 105 173,29 | 1 559 939,61 | 1 481 942,63 | 1 407 845,50 | 1 337 453,22 | 1 270 580,56 | 1 207 051,53 |
| Services Transports sanitaires | -120 766,89 | -350 522,59 | 103 660,05 | -110 169,05 | -299 215,50 | -138 423,18 | -135 654,72 | -132 941,62 | -130 282,79 | -127 677,13 | -125 123,59 |
| Dispensaires | -797 051,49 | -526 259,07 | -436 234,74 | -517 559,52 | -305 981,25 | -270 299,72 | -275 705,71 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Gestion kiné | -103 856,58 | -154 978,20 | -178 847,71 | -192 071,80 | -160 277,23 | -97 279,50 | -99 225,09 | -101 209,59 | -103 233,78 | -105 298,46 | -107 404,43 |
| **Total offre ambulatoire** | **-10 745 161,68** | **-9 778 008,67** | **-8 795 505,48** | **-8 170 899,76** | **-13 828 538,00** | **-20 778 088,51** | **-25 610 055,91** | **-29 197 432,78** | **-32 284 229,52** | **-34 749 001,94** | **-36 718 608,46** |
| Etablissements sanitaires et médico-sociaux | -5 230 289,30 | -8 302 890,16 | -9 261 324,81 | -14 893 671,99 | -14 735 706,27 | -19 708 159,31 | -18 459 497,34 | -18 255 330,17 | -17 492 016,46 | -16 297 296,63 | -16 064 817,63 |
| Services médico-sociaux | 433 511,42 | 929 185,58 | 814 826,36 | 476 423,57 | -37 564,06 | 125 731,14 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| **Total établissements de santé et services** | **-4 796 777,88** | **-7 373 704,58** | **-8 446 498,45** | **-14 417 248,42** | **-14 773 270,33** | **-19 582 428,17** | **-18 459 497,34** | **-18 255 330,17** | **-17 492 016,46** | **-16 297 296,63** | **-16 064 817,63** |
| **Total général** | **-15 541 939,56** | **-17 151 713,25** | **-17 242 003,93** | **-22 588 148,18** | **-28 601 808,33** | **-40 360 516,68** | **-44 069 553,25** | **-47 452 762,95** | **-49 776 245,98** | **-51 046 298,57** | **-52 783 426,09** |
| **Montant des reports déficitaires cumulés** | | **-32 693 652,81** | **-49 845 366,06** | **-67 087 369,99** | **-89 675 518,17** | **-118 277 326,50** | **-158 637 843,18** | **-202 707 396,43** | **-250 160 159,38** | **-299 936 405,36** | **-350 982 703,94** |

# 1. Les centres de santé

## 1.2 Les axes principaux de la politique de l'offre de 1er recours

# Les enjeux du « Pacte territoire-santé »

Transformer les soins de proximité
Objectifs

**Zones en voie de désertification**

- Plan de renforcement de l'installation en libéral
- Identification de « solutions innovantes» en cas de carence de l'initiative libérale
- Permettre l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes

**Transformation des soins de proximité**

- Apporter de nouveaux services pour le patient
- Améliorer la fluidité des parcours de soins

# Les enjeux du « Pacte territoire-santé »

Transformer les soins de proximité
Améliorer la qualité des prises en charge pour le patient

Attentes des patients:

- Réponse aux demande de soins non programmés
- Réponse aux demandes de rendez vous apportées dans des délais raisonnables y compris pendant les vacances
- Accessibilité financière
- Démarches facilitées pour accéder au spécialiste
- Pas de rupture dans la prise en charge au moment de la sortie d'hospitalisation
- Coordination des prises en charge Pour les porteurs de maladies chroniques

Stratégie:

→ STRUCTURATION DES ÉQUIPES DE PROXIMITÉ : Apporter de nouveaux services au patient: continuité, coordination, tiers payant

→ ORGANISATION DES SOINS DANS LE CADRE DE PARCOURS DE SOINS => STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

# Le « Pacte territoire-santé » de décembre 2012

- **Objectifs**

Garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire

- **Principes structurants**

 Ne pas recourir à la coercition pour améliorer l'accès aux soins mais exploiter tous les leviers incitatifs ; Chaque mesure du pacte consolide les autres

 Proposer des solutions en partant de l'identification des obstacles à l'installation des médecins

Une des conditions de réussite : la mobilisation de tous (ARS, professionnels de santé, élus, patients ..)
 Le référent-installation a un rôle important à jouer pour porter, faire connaître ces mesures

# Le « Pacte territoire-santé » de décembre 2012

- **Structuration du Pacte :** 12 engagements autour de 3 axes

**AXE I** : Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

**AXE II** : Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé par la généralisation du travail en équipe, le développement de la télémédecine, ou encore l'accélération du transfert de compétences

**AXE III** : Promouvoir des investissements spécifiques pour les territoires isolés.

AXE I

## Le « Pacte territoire-santé »

| | ENJEUX | ACTIONS |
|---|---|---|
| Engagement 1<br>Stage de médecine générale pour 100% des étudiants en 2017 | ▪ Encourager l'exercice en ville et prolonger le processus d'élargissement des stages pour les internes de spécialités | ▪ Poursuivre la généralisation du stage de 2ème cycle<br>▪ Accélérer la recherche de maîtres de stage<br>▪ Développer les stages mixtes des étudiants |
| Engagement 2<br>1 500 CESP d'ici 2017 | ▪ Renforcer la présence des professionnels de santé dans les territoires fragiles | ▪ Définir par voie réglementaire les modalités de mise en œuvre de l'article 47 de la LFSS 2013<br>▪ Mobiliser les ARS sur la signature des contrats |
| Engagement 3<br>200 PTMG dès 2013 | ▪ Sécuriser l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles | ▪ Définir par voie réglementaire les modalités de mise en œuvre de l'article 46 de la LFSS 2013<br>▪ Déterminer les modalités de répartition des 200 PTMG |
| Engagement 4<br>1 référent-installation unique dans chaque région | ▪ Faciliter l'installation et promouvoir les politiques publiques en matière d'installation et de répartition des professionnels de santé | ▪ Désigner au sein des ARS, un correspondant<br>▪ Définir un programme de travail pour mieux informer les étudiants et poursuivre la montée en charge du guichet unique |

AXE II

## Le « Pacte territoire-santé »

| | ENJEUX | ACTIONS |
|---|---|---|
| Engagement 5<br>Développer le travail en équipe | ▪ Transformer la structuration de l'offre de soins | ▪ Définir les objectifs et les modalités d'attribution des rémunérations d'équipes |
| Engagement 6<br>Rapprocher les maisons de santé des universités | ▪ Améliorer l'attractivité de la médecine générale | ▪ Définir les meilleurs pratiques et les modalités qui permettront d'atteindre cet objectif |
| Engagement 7<br>Développer la télémédecine ; expérimentation filière dermatologie | ▪ Améliorer la prise en charge des patients par télémédecine : accès aux soins spécialisés, suivi des pathologies chroniques | ▪ Valider les orientations sur la filière dermato et élargir à la télésurveillance<br>▪ Elaborer les protocoles des expérimentations et définir les modalités de financement<br>▪ Déployer les expérimentations |
| Engagement 8<br>Accélérer les transferts de compétence ; avancer sur la filière ophtalmologie | ▪ Réduire les délais d'attente pour les spécialités les plus critiques | ▪ Mettre à disposition les protocoles de coopération susceptibles d'intéresser le 1er recours<br>▪ Elaborer le modèle économique pour l'OPH et aider au déploiement des protocoles<br>▪ Elargir à d'autres champs |

AXE III

## Le « Pacte territoire-santé »

| | ENJEUX | ACTIONS |
|---|---|---|
| **Engagement 9**<br>Garantir un accès aux soins urgents en mois de 30 minutes | ▪ Apporter une réponse aux besoins de soins urgents dans les territoires à plus de 30 min. d'un accès aux soins urgents | ▪ Réaliser un diagnostic<br>▪ Identifier les leviers d'actions |
| **Engagement 10**<br>Permettre aux praticiens hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires | ▪ Mobiliser les médecins salariés des établissements, des centres de santé et organismes mutualistes pour venir en renfort de leurs collègues | ▪ Définir les conditions de mise en œuvre de l'article 46 de la LFSS 2013<br>▪ Permettre aux ARS de signer des conventions et mobiliser les professionnels de santé |
| **Engagement 11**<br>Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire | ▪ Permettre une coopération entre établissements de santé au sein des territoires | ▪ Adapter le rôle des hôpitaux de proximité dans l'offre de 1er recours<br>▪ Adapter le financement des hôpitaux de proximité<br>▪ Favoriser la mise en place d'équipes territoriales pour certaines disciplines |
| **Engagement 12**<br>Conforter les centres de santé | ▪ Consolider les centres de santé existant pour leur permettre d'assurer de façon satisfaisante leurs missions de proximité | ▪ Rénover le modèle économique des centres de santé<br>▪ Définir les conditions permettant de consolider les centres de santé dans l'offre de proximité<br>▪ Préciser le rôle des centres de santé au titre des solutions proposées à mettre en œuvre sur les territoires fragiles SROS<br>▪ Mise en œuvre |

# 1. Les centres de santé

1.3 L'environnement des centres de santé et focus sur le régime minier

(Ph. Georges)

19

# 1. Les centres de santé

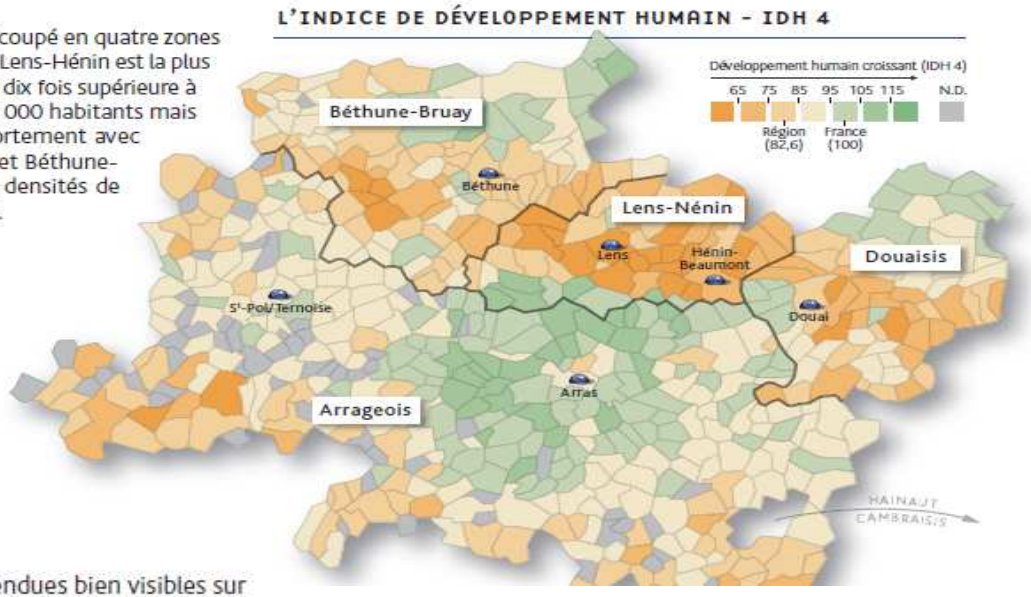
## 1.4 L'offre du régime minier au sein des territoires

20

Agence Régionale de Santé
Nord-Pas-de-Calais

# INDICE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN

Le territoire de santé de l'Artois-Douaisis est découpé en quatre zones de proximité avec quelques particularités fortes : Lens-Hénin est la plus peuplée, avec une densité de population près de dix fois supérieure à l'Arrageois, qui compte néanmoins près de 244 000 habitants mais sur un territoire très étendu. Ceci contraste fortement avec les trois autres zones du territoire ; le Douaisis et Béthune-Bruay sont sur ce plan comparables, avec des densités de population entre 400 et 500 habitants au km².




De lourdes difficultés affectent Lens-Hénin, rendues bien visibles sur cette carte qui affiche l'indice de développement humain : la zone de proximité est au dernier rang du classement national.
Ces difficultés s'étendent au Douaisis, à Béthune-Bruay, et plus loin dans le sud-est de l'Arrageois.

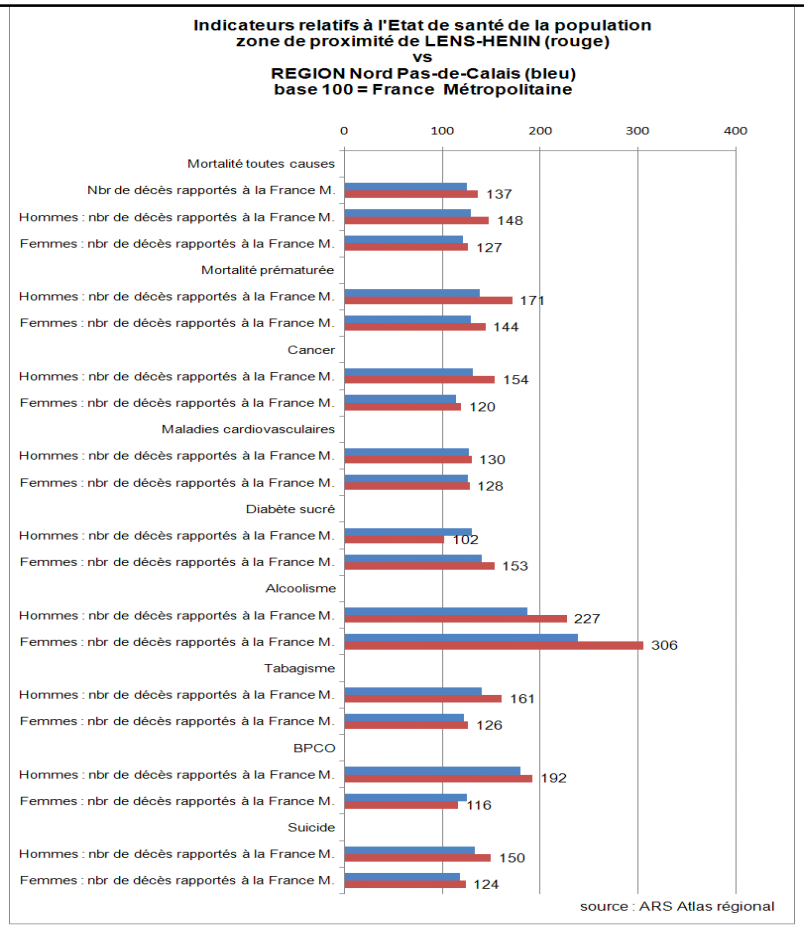
Source ORS

Agence Régionale de Santé
Nord-Pas-de-Calais

## Etat de santé LENS HENIN

**Des indices de surmortalité supérieurs aux indices régionaux**. (année 2008)

La région NPDC est connue pour être celle qui connaît la mortalité la plus forte et la plus **précoce** de France. Le territoire de Lens-Hénin répond également de ce constat..
Si l'on zoom sur les pathologies les plus courante, la surmortalité liée à l'**alcool** est très forte, notamment pour les femmes qui meurent 3,6 fois plus que pour le reste du territoire national. La surmortalité liée **au diabète sucré** et également une cause importante avec un indice supérieur à 150.
Chez les hommes, ont retrouve une surmortalité liée à l'alcool (2,3 fois plus qu'en France) mais également une surmortalité liée aux maladies **Broncho- Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO**), **au tabac, aux cancers** avec des indices supérieurs à 150. On notera également l'importance de la surmortalité lié au suicide masculin notamment. Sur l'ensemble des ces pathologies, la zone de proximité de Lens-Hénin à des indices de surmortalité supérieurs aux indices régionaux.



Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais

# BETHUNE BRUAY

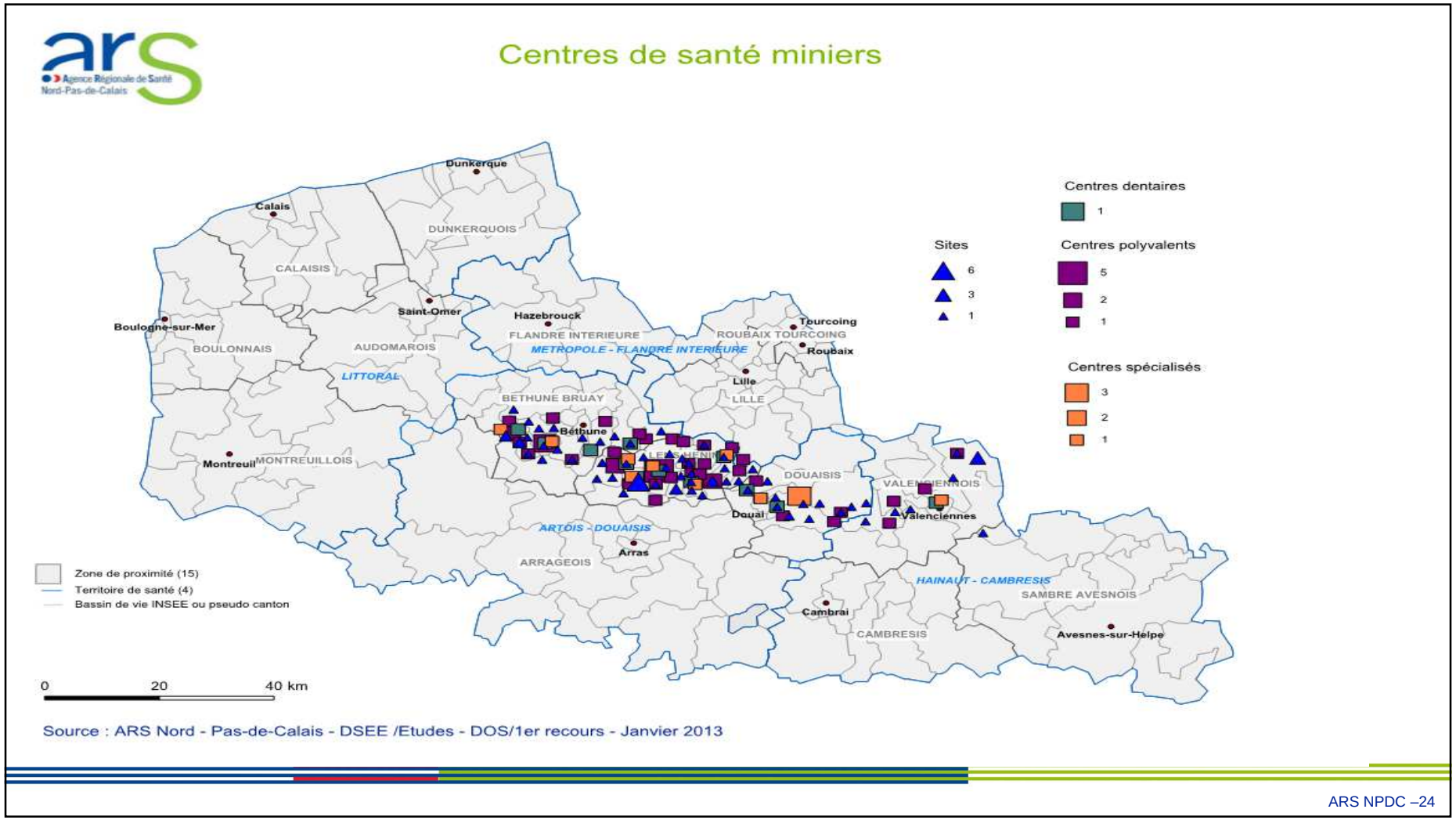
## Mortalité générale, prématurée, évitable selon le sexe

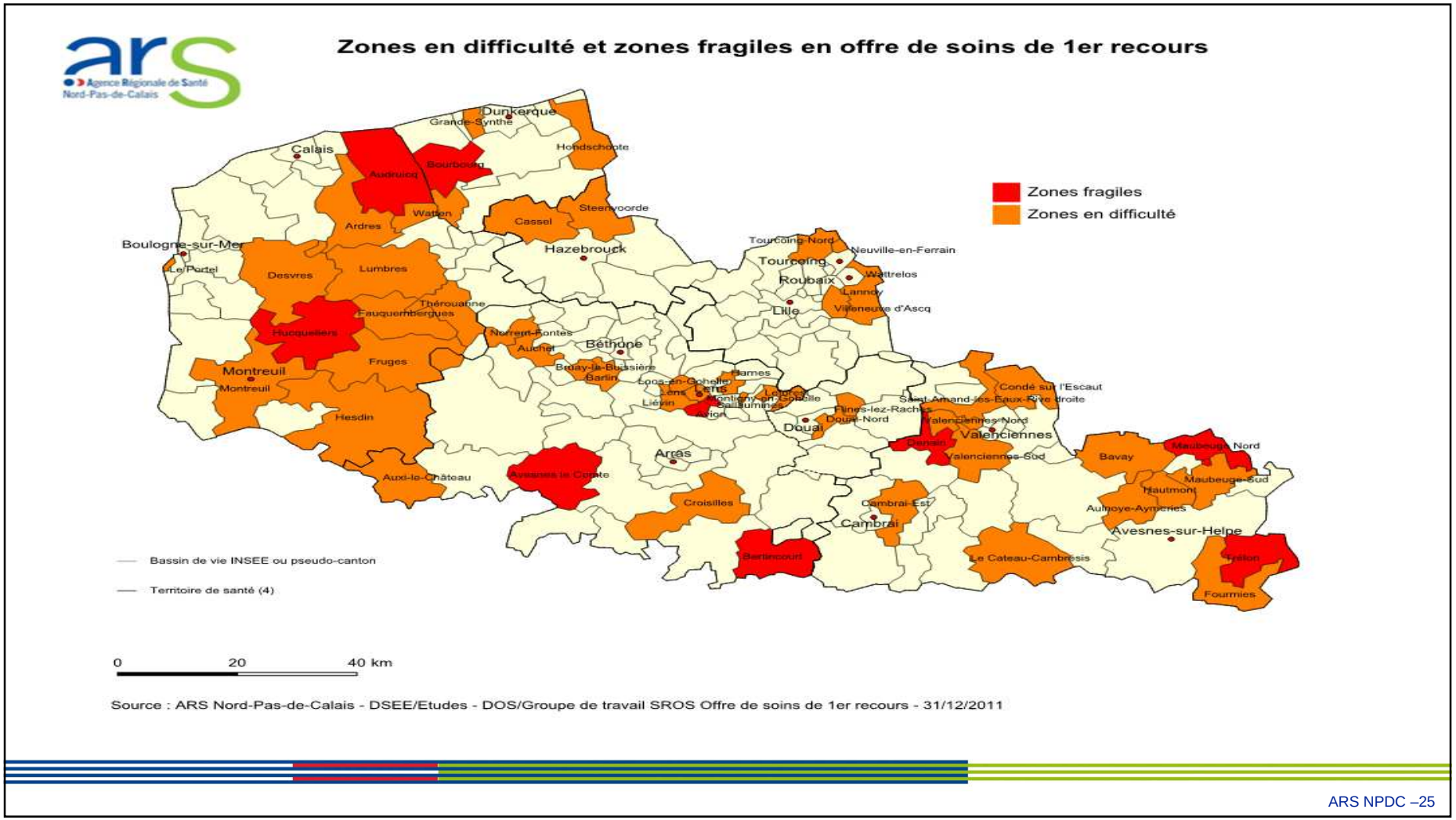
| ICM et décès cumulés 2006 - 2009 Mortalité générale, prématurée, évitable, mortalité liée au tabac et à la consommation de boissons alcoolisées | | | CLS de Béthune | ZP de Béthune-Bruay | TS de l'Artois-Douaisis | Nord - Pas-de-Calais | France métropolitaine |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mortalité tous âges toutes causes | Hommes | ICM | 135 | 141 | 135 | 130 | 100 |
| | | Effectifs | 2 323 | 6 054 | 22 946 | 74 015 | 1 073 292 |
| | Femmes | ICM | 122 | 127 | 127 | 122 | 100 |
| | | Effectifs | 2 330 | 5 919 | 22 063 | 69 079 | 1 025 073 |
| | Ensemble | ICM | 126 | 131 | 129 | 125 | 100 |
| | | Effectifs | 4 653 | 11 973 | 45 009 | 143 094 | 2 098 365 |
| Mortalité prématurée toutes causes | Hommes | ICM | 149 | 150 | 149 | 140 | 100 |
| | | Effectifs | 866 | 2 081 | 8 008 | 25 724 | 292 814 |
| | Femmes | ICM | 138 | 142 | 137 | 130 | 100 |
| | | Effectifs | 378 | 910 | 3 433 | 11 288 | 137 142 |
| | Ensemble | ICM | 145 | 148 | 146 | 137 | 100 |
| | | Effectifs | 1 244 | 2 991 | 11 441 | 37 012 | 429 956 |
| Mortalité prématurée évitable en réduisant les comportements à risque[1] | Hommes | ICM | 169 | 168 | 167 | 151 | 100 |
| | | Effectifs | 367 | 860 | 3 331 | 10 343 | 108 443 |
| | Femmes | ICM | 146 | 153 | 151 | 141 | 100 |
| | | Effectifs | 94 | 231 | 891 | 2 880 | 32 358 |
| | Ensemble | ICM | 164 | 165 | 164 | 149 | 100 |
| | | Effectifs | 461 | 1 091 | 4 222 | 13 223 | 140 801 |
| Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins[2] | Hommes | ICM | 133 | 141 | 147 | 138 | 100 |
| | | Effectifs | 85 | 215 | 867 | 2 776 | 32 367 |
| | Femmes | ICM | 156 | 151 | 139 | 130 | 100 |
| | | Effectifs | 101 | 230 | 819 | 2 645 | 32 532 |
| | Ensemble | ICM | 144 | 146 | 143 | 134 | 100 |
| | | Effectifs | 186 | 445 | 1 686 | 5 421 | 64 899 |

*Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.*

**Lecture de l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM)**

Dans ces tableaux, les inégalités de mortalité sont présentées au moyen d'Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) calculés par standardisation indirecte sur l'âge. La mortalité relative à une même cause de décès d'une population définie par une zone géographique infrarégionale (contrat local de santé, zone de proximité, communauté d'agglomération, pays...) est ainsi implicitement comparée à la mortalité de la population française métropolitaine en éliminant l'effet de la structure par âge.
Concrètement, un ICM de valeur 130 décrit une mortalité supérieure de 30% à celle de la France tandis qu'un ICM de valeur 80 indique une mortalité inférieure de 20% à celle de la France.
Les ICM dont les valeurs n'indiquent pas de différence significative par rapport à la mortalité nationale sont placés entre parenthèses. Par ailleurs, lorsque les effectifs de décès sont inférieurs à 10, l'information n'est plus indiquée dans les tableaux statistiques.


Centres de santé miniers
Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais
Dunkerque
Calais
DUNKERQUOIS
CALAISIS
Saint-Omer
Boulogne-sur-Mer
BOULONNAIS
AUDOMAROIS
LITTORAL
Hazebrouck
FLANDRE INTERIEURE
METROPOLE - FLANDRE INTERIEURE
ROUBAIX TOURCOING
Tourcoing
Roubaix
Lille
LILLE
BETHUNE BRUAY
Béthune
Montreuil
MONTREUILLOIS
DOUAISIS
Douai
Valenciennes
ARTOIS - DOUAISIS
Arras
ARRAGEOIS
HAINAUT - CAMBRESIS
SAMBRE AVESNOIS
Cambrai
CAMBRESIS
Avesnes-sur-Helpe
Centres dentaires
1
Sites
6
3
1
Centres polyvalents
5
2
1
Centres spécialisés
3
2
1
Zone de proximité (15)
Territoire de santé (4)
Bassin de vie INSEE ou pseudo canton
0
20
40 km
Source : ARS Nord - Pas-de-Calais - DSEE /Etudes - DOS/1er recours - Janvier 2013
ARS NPDC –24


Zones en difficulté et zones fragiles en offre de soins de 1er recours
Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais
Zones fragiles
Zones en difficulté
Dunkerque
Grande-Synthe
Calais
Hondschoote
Bourbourg
Audruicq
Steenvoorde
Watten
Cassel
Ardres
Hazebrouck
Boulogne-sur-Mer
Le Portel
Desvres
Lumbres
Tourcoing-Nord
Neuville-en-Ferrain
Tourcoing
Roubaix
Wattrelos
Lannoy
Villeneuve d'Ascq
Lille
Thérouanne
Fauquembergues
Hucqueliers
Norrent-Fontes
Auchel
Béthune
Fruges
Montreuil
Bruay-la-Buissière
Bartin
Harnes
Lens
Liévin
Avion
Douai
Douai-Nord
Flines-les-Raches
Condé sur l'Escaut
Saint-Amand-les-Eaux-Rive droite
Valenciennes-Nord
Valenciennes
Denain
Valenciennes-Sud
Hesdin
Arras
Bavay
Maubeuge-Nord
Maubeuge-Sud
Hautmont
Auxi-le-Château
Avesnes-le-Comte
Croisilles
Cambrai-Est
Cambrai
Aulnoye-Aymeries
Avesnes-sur-Helpe
Bertincourt
Le Cateau-Cambrésis
Fourmies
Bassin de vie INSEE ou pseudo-canton
Territoire de santé (4)
0 20 40 km
Source : ARS Nord-Pas-de-Calais - DSEE/Etudes - DOS/Groupe de travail SROS Offre de soins de 1er recours - 31/12/2011

Agence Régionale de Santé
Nord-Pas-de-Calais

# Des composantes indispensables pour l'accès aux soins.

**Centres de soins spécialisés** : des éléments essentiels pour préserver l'accès aux soins de la population du territoire, (entre 30 et 50% des patients de ces centres relèvent du régime général). Une tendance qui ne cesse d'augmenter

**Centres de soins polyvalents:**

Une offre sous tension équivalente à celle de la médecine libérale

Une offre infirmiers et kinés plutôt favorable.

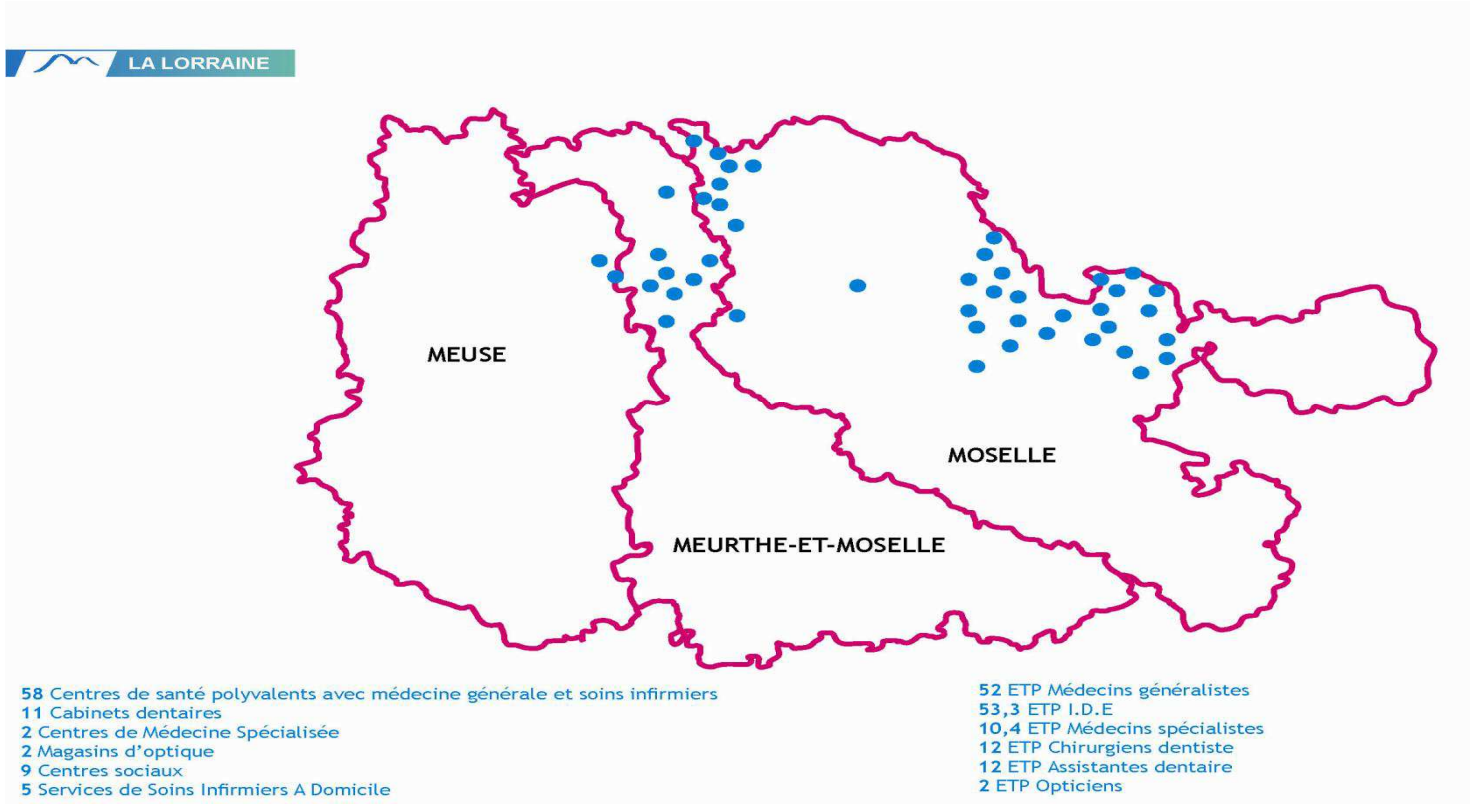
Une faible fréquentation hors régime minier.

Des perspectives d'installation de MG libéraux peu optimistes ce qui conforte l'offre de MG des mines.

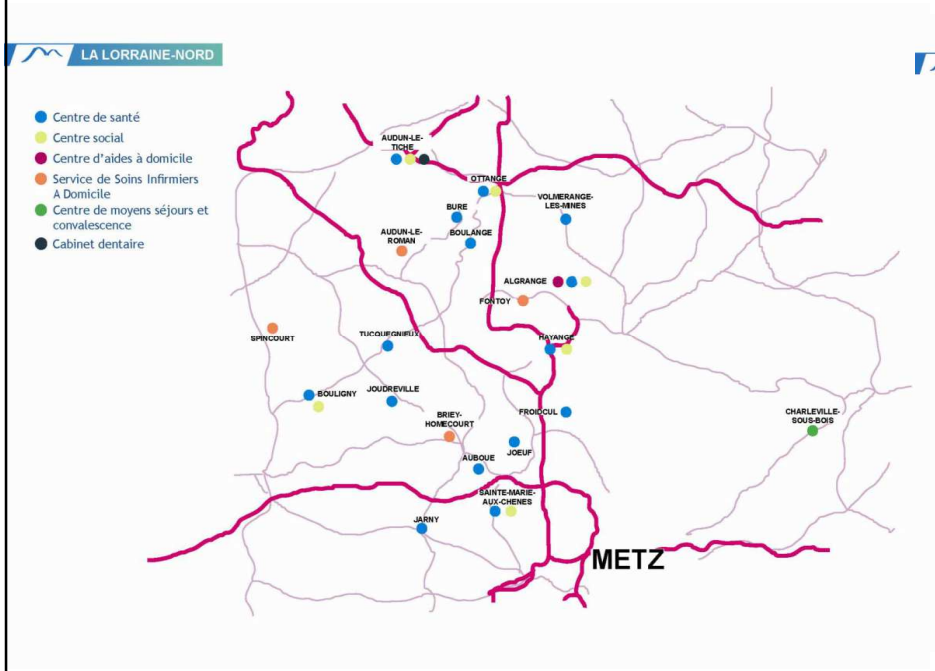
Une évolution de son organisation nécessaire (plages d'ouverture à redéfinir , pas d'inscription dans la permanence des soins ambulatoire……..)

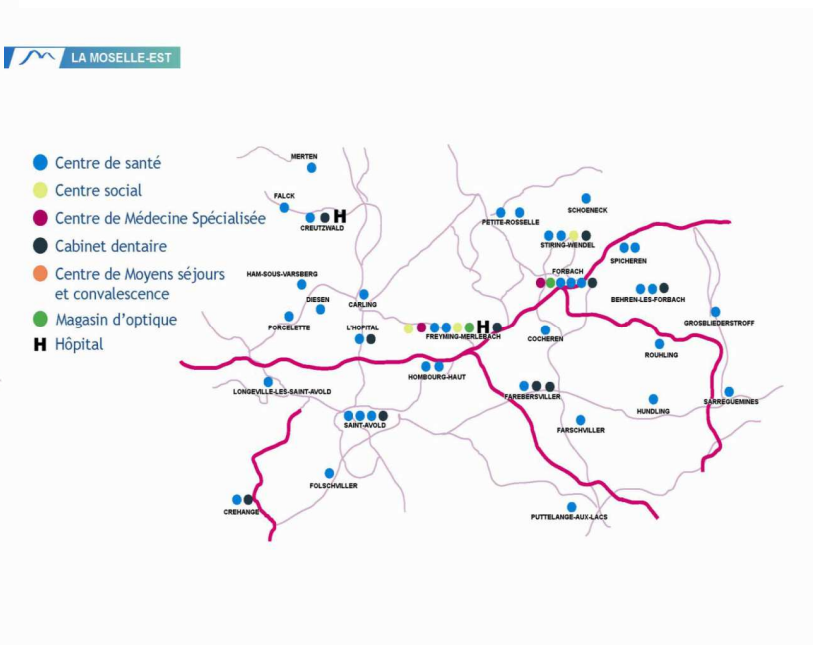
**Transports: une offre en surnuméraire**

Localisation des centres de santé CARMI Est (2/3 des centres de santé lorrains)

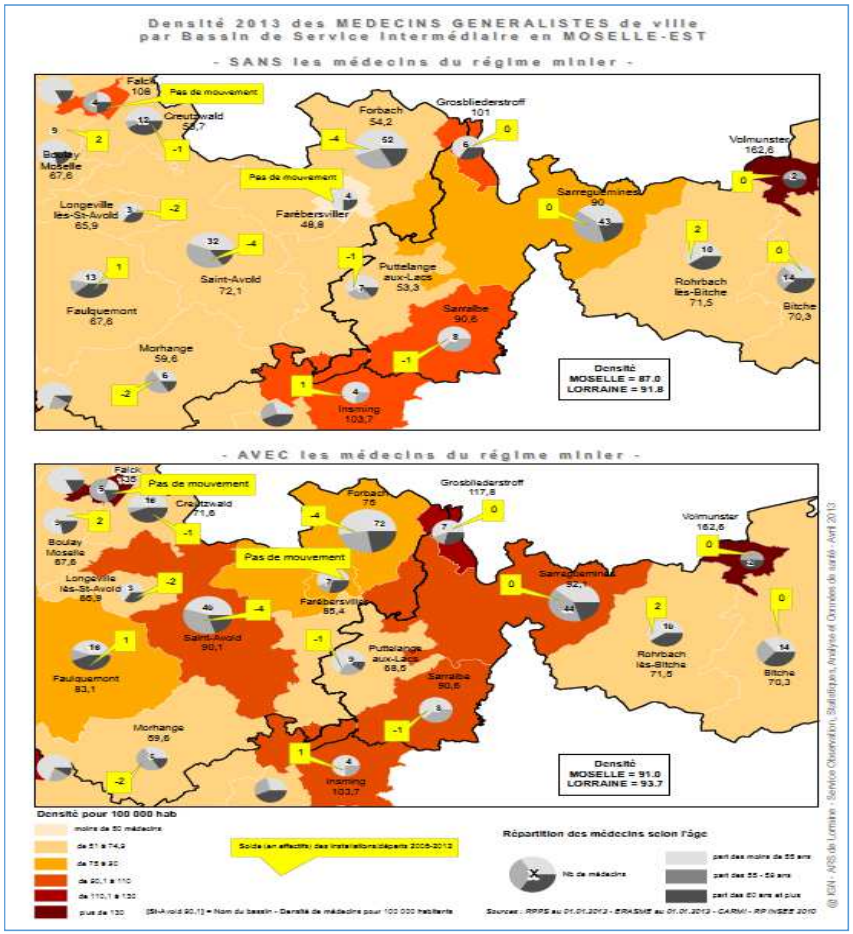


Localisation des centres de santé CARMI Est (2/3 des centres de santé lorrains) (2)



**Des centres de santé ouverts à tous les assurés sociaux en complément indispensable d'une offre de soins libérale relativement faible**



# Un ancrage territorial dans des zones densément peuplées et défavorisées sur un plan sanitaire et socio-économique

Sur 2,310 millions d'habitants en Lorraine, les deux principaux territoires d'ancrage des centres de santé (bassin ferrifère et bassin houiller) représentent plus de 520.000 habitants.

On y enregistre toutefois une baisse continue de la popuplation, conjuguée à un vieillissement important (dans le bassin houiller : doublement de la population des +85 ans attendu d'ici 2030).

- Principales causes de mortalité : ( par ordre décroissant)

  - tumeurs malignes ( au premier rang tumeurs lèvres, trachées, larynx et poumons, second rand colorectales, 3ème rang organes hématopoiétiques et cancer du sein)

  - maladies cardio- neuro- vasculaires dont cardiopathies ischémiques et maladies cérébrovasculaires

  - maladies respiratoires dont BPCO

- des indicateurs de précarité très défavorables (ex. : du bassin houiller) : 24.4 % des ménages sont situés en dessous du seuil de bas revenu, le taux de chômage de 14.5 % est le plus élevé de Lorraine

# Les centres de santé en Lorraine : principaux constats

- Des centres de santé nombreux, mais aux plages horaires d'ouverture variables d'un centre à l'autre.

  - centres principaux vs. centres secondaires où sont assurées des vacations médicales et infirmières hebdomadaires

=> problème continuité des soins.

- Une population médicale vieillissante : en Moselle est, 1/3 des médecins salariés des centres de santé prendra

sa retraite dans les 2 années à venir.

- Pour quelques spécialités médicales, difficulté à recruter, compte tenu de l'évolution des formations médicales

(ex. : radiologie : l'exercice de la radiologie conventionnelle en centre de santé ne répond plus aux attentes des jeunes radiologues).

- Pour autant, les centres de santé CARMI Est possèdent des atouts indéniables :

- Offre de soins de proximité indispensable (complément à la médecine libérale) et ouverte depuis 2005 à tous les assurés sociaux (taux d'ouverture par patient : 28 %) ;
- Une coordination médecin traitant – infirmière appréciée des patients ;
- Du temps de secrétariat médical et d'assistante sociale (ouverture des droits, etc.) ;
- Absence de dépassements d'honoraires ;
- …

## Evoluer pour répondre aux attentes des jeunes professionnels de santé et aux besoins de santé publique du territoire

- Des pôles de soins structurés pluriprofessionnels répondant aux attentes des jeunes professionnels de santé (engouement pour les maisons de santé) :

- regrouper et renforcer la présence médicale et soignante dans des sites accessibles par les transports en commun et bien balisés ;
- avec des horaires étendus ;
- une gestion des congés des professionnels de santé facilitée et offrant à tout moment de l'année une réponse de soins aux patients ;
- agir sur la visite par l'implication des infirmiers, tant salariés que libéraux ;
- une prise en charge sociale par des assistantes sociales et des liens renouvelés avec les organismes de protection sociale,

les mairies et autres collectivités territoriales ;

- des systèmes d'information interconnectés permettant une "mise en réseau" des professionnels de santé et un partage des patients (après consentement de ceux-ci).

- Faire découvrir un mode d'exercice et un territoire aux futurs médecins :

- Inciter les médecins généralistes du régime minier à devenir maîtres de stage pour accueillir dans les centres de santé étudiants et internes de médecine (attrait pour l'exercice pluriprofessionnel et salarié).

- Développer des actions de santé publique et positionner les centres de santé au cœur des filières de prise en charge, en particulier pour la personne âgée.

# 1. Les centres de santé

Les perspectives

33

## *Les conditions d'une pérennisation de l'offre*

- L'offre de santé du régime minier doit inscrire son action dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS) définis par chaque ARS, que ce soit sur l'offre de soins de premier recours ou en matière d'offre hospitalière et médico-sociale.

- La réduction des déficits de l'offre de soins nécessite :
  - une gestion mieux maîtrisée des charges ;
  - Un renforcement de l'attractivité de l'offre. Pour mémoire, au regard de la structure d'activité des centres de santé vis-à-vis des affiliés du régime, chaque centre doit« recruter » à terme 2 à 4 nouveaux patients pour un affilié du régime minier pour maintenir au niveau actuel son activité ;
  - une amélioration des résultats qui passe par :
    - ✓ la recomposition de l'offre
    - ✓ la réduction de la masse salariale.
  - une dynamique d'entreprise attentive aux nouveaux besoins des populations et aux objectifs des ARS

34

## Les leviers d'amélioration possibles

- Sans préjuger des évolutions conventionnelles relatives aux modes de rémunération des centres de santé, plusieurs axes d'amélioration pourraient être poursuivis ou engagés :

➢ Poursuivre et adapter les plans de recomposition de l'offre de soins ambulatoire établis en 2007 et repris dans la convention d'objectifs et de gestion 2008-2011. Cette restructuration placée sous l'égide des ARS en fonction des besoins locaux des populations passe par :

  - le regroupement de plusieurs praticiens dans un même centre de santé afin d'atteindre une « taille critique » qui permet de limiter les frais de structure (ex : création du centre de santé « Les équipages » réunissant sur un seul site l'ensemble de l'offre de santé FILIERIS du bassin minier de Montceau-les-Mines),
  - une rationalisation des locaux dont les surfaces doivent être adaptées à l'activité des professionnels de santé
  - Une optimisation du taux d'occupation des cabinets médicaux avec une nouvelle organisation et un élargissement des plages horaires (entre 12 H et 14 H et après 18 H – samedi matin en fonction des besoins)

➢ Revoir les modes de rémunérations des professionnels de santé (modification des conventions collectives nationales) afin de diminuer le ratio masse salariale sur recettes (104 % pour l'exercice 2012, alors que le modèle économique préconisé par la Mutualité française retient un ratio charges de personnel sur chiffre d'affaires de 65 % à 75 % au maximum)

➢ Réduire le coût des charges administratives par producteur d'acte (médecin, dentiste, infirmier).

➢ Développer certaines activités génératrices d'excédents

➢ Maitriser le taux de non-venue des patients. Pistes : logiciel de rendez-vous permettant de suivre les RV non honorés des patients et de mettre en œuvre une pratique de sensibilisation. Relance par SMS des rendez-vous à venir (le nouveau logiciel dont viennent d'être équipés les centres de santé dentaire le permet désormais).

# 2. Les pharmacies minières

2.1 La localisation des pharmacies minières

2.2 La situation juridique des pharmacies minières

2.3 La situation économique des pharmacies minières au 31 décembre 2012

2.4 L'environnement juridique et économique du réseau officinal

2.5 Zoom sur le Nord-Pas-de-Calais

2.6 Les perspectives

## Localisation des pharmacies minières

**Sur les 57 pharmacies que compte le régime minier, 33 sont situées dans l'ancien bassin minier du Nord-Pas-de-Calais**

# 2. Les pharmacies minières

## 2.2 La situation juridique des pharmacies minières

## La situation juridique des pharmacies minières

- Le statut juridique des pharmacies minières est proche de la législation de droit commun, sauf en matière d'ouverture et d'acquisition.
- Elles sont considérées comme des œuvres sociales du régime, consacrées à l'usage d'une collectivité (affiliés du régime minier). Par conséquent, elles ne relèvent pas de la réglementation juridique et fiscale des opérations du commerce. Elles sont donc pour la plupart exonérées de l'impôt sur les sociétés et du versement de diverses taxes (taxe professionnelle, taxe d'apprentissage).
- Les pharmacies du régime minier sont imposables pour leurs ventes de médicaments ou articles à leurs ressortissants sur le prix d'achat de ces mêmes produits. Toutefois, la TVA sur les achats étant récupérable en totalité, les pharmacies minières, contrairement aux pharmacies libérales, sont exonérées de TVA sur leur marge commerciale.
- Leurs conditions d'exercice se distinguent également de celles des pharmacies commerciales : pas de personnalité morale distincte de celle de l'organisme gestionnaire; exclusion du « numerus clausus » ainsi que du système de garde et d'urgences.
- Les pharmacies minières étant assimilées à des pharmacies à usage intérieur, un arrêt du conseil d'Etat du 3 février 1984 précise qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de ces pharmacies pour autoriser la création, dans une même commune, d'une pharmacie privée ce qui revient à sortir du quorum les pharmacies minières. Néanmoins, les ressortissants miniers sont intégrés dans le décompte des habitants de la commune.

## La situation juridique des pharmacies minières

- 5 officines du régime minier disposent aujourd'hui d'un statut particulier :

- 2 officines sont bilatéralement ouvertes en raison de leur situation d'exclusivité géographique (Graissessac ; La Vernarède). Aujourd'hui, en l'absence de concurrence sur leur territoire, ces deux officines exercent, de facto, une forme de mission de service public .

- 3 officines bénéficient d'une autorisation d'ouverture dite « raisonnée » (La Ricamarie et Roche la Molière dans le département de la Loire ; Trélazé dans le Maine et Loire). Ces structures sont ainsi autorisées à recevoir les patients de tous les régimes de sécurité sociale, disposant d'une prescription issue d'une structure de santé du régime minier.

- A noter toutefois qu'aucune de ces officines, malgré leur degré d'ouverture, n'est excédentaire en 2012 en raison notamment de leur faible zone de chalandise

# 2. Les pharmacies minières

## 2.3 La situation économique des pharmacies minières au 31 décembre 2012

## La situation économique des pharmacies minières au 31 décembre 2012

- 57 pharmacies au 31 décembre 2012
  - Deux officines ont cessé leur activité en 2012 : celle de Decazeville (Aveyron) en juillet 2012 et celle de Saint-Vallier (Saône et Loire) en août 2012.
  - 11 pharmacies ont été fermées depuis 2006
- Les excédents des pharmacies sont en forte baisse depuis 2010. Avec 9,195 M€ de bénéfices en 2012 contre 15,158 M€ en 2011, les officines enregistrent une diminution de leurs excédents de 5,963 Me (-39,3 %). Entre 2011 et 2012, les charges ont diminué de 17,8 % en raison de l'importante baisse des achats de médicaments liés à la baisse du chiffre d'affaires des officines (-20,3 %)
- **Cette forte réduction des excédents s'explique principalement par le libre choix offert aux patients miniers de leur pharmacie depuis le 1er septembre 2011, avec maintien d'une ouverture unilatérale des pharmacies minières.**
- Sur 57 officines, 14 enregistrent en 2012 un résultat déficitaire (contre 10 sur 59 en 2011).
- Le chiffre d'affaires moyen HT d'une officine minière s'établit en 2012 à 1,719 M€, en forte baisse par rapport à celui de 2011 (2,093 M€, soit -17,9 %). Cet indicateur est à comparer au CA HT moyen des officines libérales (en 2010 – étude KPMG : 1,589 M€).
- Pour mémoire, il convient également de rappeler que le résultat net moyen des pharmacies minières, est, toutes choses égales par ailleurs, globalement « surestimé » en raison notamment des exonérations dont elles bénéficient.

# 2. Les pharmacies minières

## 2.4 L'environnement juridique de droit commun et l'environnement économique du réseau officinal

## Répartition des officines sur le territoire encadrée par la loi

- Au nom de l'Etat, l'ARS délivre une licence, dont l'octroi conditionne toute ouverture d'officine par création, transfert ou regroupement

- Créations : les critères d'octroi de licence sont fondés sur la population communale résidente (selon recensements)

  - L'ouverture d'une pharmacie est possible dans les communes qui comptent plus de 2.500 habitants (ou 3.500 en Guyane, en Moselle et en Alsace).
  - Quota apprécié par tranche de 4.500 habitants pour l'ouverture de chaque pharmacie supplémentaire.

## Répartition des officines sur le territoire encadrée par la loi

- droit de priorité pour les regroupements/transferts d'officines sur les créations, sous condition de desserte optimale de la population du quartier d'accueil et de non dégradation de l'approvisionnement en médicaments de la population du quartier d'origine (définition jurisprudentielle des quartiers) ;
  - dans les communes de plus de 2 500 habitants sans officine, une ouverture par transfert est possible ;
  - dans les communes disposant d'au moins une officine, quota pour l'ouverture d'une autre officine apprécié par tranche entière supplémentaire de 3 500 habitants ;
  - pour les communes de moins de 2.500 habitants ayant perdu leur dernière pharmacie, nouvelle ouverture par transfert possible si la pharmacie disparue desservait au moins 2 500 habitants
  - dans les communes sans officine, ou en zone franche urbaine, en zone urbaine sensible, en zone de redynamisation urbaine ou en zone de revitalisation rurale, où les conditions ci-dessus sont satisfaites depuis deux ans sans qu'il y ait eu une ouverture par transfert ou regroupement, une création de novo peut être autorisée
- Regroupements possibles entre plusieurs officines, dans la commune de l'une d'entre elles ; licences libérées (plus une) fictivement maintenues et opposables aux tiers pendant cinq ans ;

## Conditions juridiques nécessaires à l'ouverture « bilatérale »

- **Pas de possibilité d'ouverture par dérogation :**
  - La possibilité explicite d'autorisation d'officine par dérogation, justifiée par des « besoins de la population » a été supprimée par la loi du 27 juillet 1999
  - Les dispositions du CSP, codifiées en 2000, n'ont jamais rétabli de dérogation d'opportunité

- **Conditions juridiques nécessaires à l'ouverture bilatérale**
  - Respecter les quotas (critères de population) => à examiner au cas par cas en fonction de la situation locale (nombre d'officines dans la commune concernée, respect des quotas de population)

    À noter : risque de recours hiérarchiques à l'encontre des décisions compte tenu de la situation concurrentielle éventuelle

  - Respecter l'ensemble des obligations qui s'imposent aux officines de droit commun (conditions d'installations et d'exercice, participation au service de garde notamment)

  - Difficulté : pouvoir écarter l'application de l'article L. 5125-17 qui fait obligation au pharmacien titulaire d'une office de droit commun d'en être propriétaire par lui-même ou en société relevant du droit commercial

## Caractéristiques du maillage officinal sur le territoire

➢ Une des plus fortes densités officinales d'Europe : environ 22 000 officines, soit 35 officines pour 100 000 habitants en moyenne, contre 30/ 100 000 hab. en Europe, le double de la Grande Bretagne

➢ Maillage du territoire globalement assuré mais marqué par de forts contrastes :

- Surdensité officinale dans les zones urbaines
- Risque de fragilité dans certains territoires ruraux, en particulier en zone de démographie médicale fragile, le départ du médecin entrainant souvent la fermeture de la pharmacie.
- La forte densité officinale et la bonne couverture du territoire se fait au prix d'une taille moyenne d'officine relativement modeste et d'un nombre important d'officines de petite taille

# 2. Les pharmacies minières

## 2.5 Zoom sur le Nord-Pas-de-Calais

Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais

# Les pharmacies du régime minier dans le Nord – Pas-de-Calais

La région Nord – Pas-de-Calais compte 33 pharmacies relevant du régime minier et réservées aux affiliés de ce régime :

- 21 pharmacies dans le département du Pas-de-Calais
- 12 pharmacies dans le département du Nord

Sont concernées 32 communes implantées sur 2 territoires de santé :

- Territoire de Santé de l'Artois (zones de proximité de Béthune-Bruay, du Douaisis et de Lens-Hénin)
- Territoire de Santé du Hainaut (zone de proximité du Valenciennois)

Agence Régionale de Santé
Nord-Pas-de-Calais

# Offre pharmaceutique régionale : officines de pharmacie libérales et pharmacies du régime minier

Les 1 487officines de pharmacie libérales ouvertes répondent, par leur maillage territorial, aux besoins en médicaments de la population de la région.

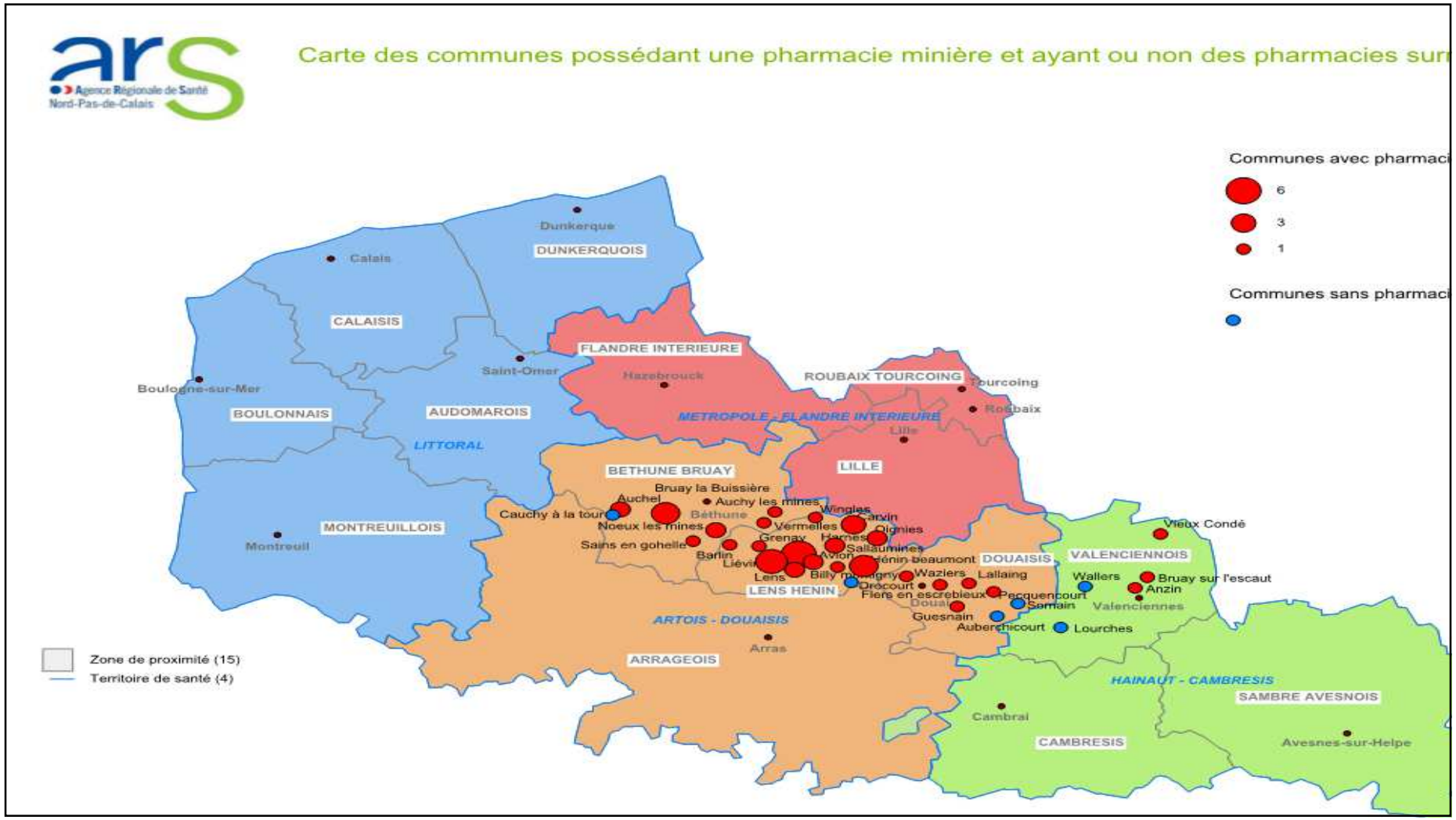
Taux d'équipement régional :

- 1 officine pour 2716 habitants (versus 2863 habitants au niveau national)
- 37 officines pour 100 000 habitants (versus 35 officines au niveau national)
- 35% des officines de la région sont en surnombre

| Nombre de communes concernées | Nombre d'officines surnuméraires au sein d'une même commune |
|---|---|
| 15 | 1 |
| 6 | 2 |
| 1 | 3 |
| 2 | 4 |
| 1 | 5 |
| 1 | 6 |

Les 6 communes restantes possèdent le nombre d'officines libérales requis.

La desserte pharmaceutique des habitants de ces 32 communes est correctement assurée par les officines de pharmacie libérales.


Agence Régionale de Santé
Nord-Pas-de-Calais
Carte des communes possédant une pharmacie minière et ayant ou non des pharmacies sur
Communes avec pharmaci
6
3
1
Communes sans pharmaci
Dunkerque
DUNKERQUOIS
Calais
CALAISIS
Saint-Omer
FLANDRE INTERIEURE
Hazebrouck
ROUBAIX TOURCOING
Tourcoing
Roubaix
Boulogne-sur-Mer
BOULONNAIS
AUDOMAROIS
LITTORAL
METROPOLE - FLANDRE INTERIEURE
Lille
LILLE
BETHUNE BRUAY
Bruay la Buissière
Auchel
Auchy les mines
Cauchy à la tour
Béthune
Noeux les mines
Vermelles
Carvin
Oignies
Sains en gohelle
Grenay
Harnes
Sallaumines
Barlin
Lévin
Lens
Billy montigny
Drocourt
Wazlers
Lallaing
Fléchin-beaumont
DOUAISIS
LENS HENIN
Flers en escrebieux
Douai
Guesnain
Auberchicourt
Lourches
Vieux Condé
VALENCIENNOIS
Wallers
Bruay sur l'escaut
Anzin
Valenciennes
MONTREUILLOIS
Montreuil
ARTOIS - DOUAISIS
Arras
ARRAGEOIS
HAINAUT - CAMBRESIS
SAMBRE AVESNOIS
Cambrai
CAMBRESIS
Avesnes-sur-Helpe
Zone de proximité (15)
Territoire de santé (4)

# 2. Les pharmacies minières

## 2.6 Les perspectives

52

## Les perspectives

### ➢ La question de l'ouverture bilatérale généralisée

- **Le maillage territorial**

- Le maillage territorial fait apparaître, sauf exception (exemple de Graissessac), un surnombre par rapport au nombre d'officines déterminé par la règle du numerus clausus.
- Dans toutes les régions, il existe une ou plusieurs pharmacies libérales plus proches d'une partie de la population minière desservie chaque officine.

- **L'intégration dans le numerus clausus**

- Cette intégration dans le numerus clausus nécessite une dérogation aux articles L.5125-10, 11, 13 et 14 du code de la santé publique qui fixent les règles de répartition géographique des officines.
- Ce dispositif vise notamment à rationaliser l'offre de services pharmaceutiques en favorisant les regroupements, l'Etat souhaitant limiter les points de dispensation officinale pour rationaliser le réseau et contribuer au ralentissement des dépenses pharmaceutiques.

- **Les autres évolutions nécessaires**

- Dérogation nécessaire à l'article L 5125-17 du code de la santé publique relatif à la propriété de l'officine (obligation faite au pharmacien d'être propriétaire de son fonds),
- Modification des licences d'exploitation. Si l'ouverture à tout public est autorisée sans modification des licences d'exploitation (officines de Graissessac, la Vernarède) c'est en raison de besoins de santé publique liés à une carence d'officines libérales, l'autorisation devenant caduque dès l'installation d'une officine libérale.

## Les perspectives

### ➢ Les autres pistes de réflexion

**- Un regroupement et une fermeture progressive des officines minières avec arrêt des recrutements**

**et**

**- la cession de l'activité ou transformation des officines minières par :**

- soit la transformation de l'offre (ex. : PUI au profit d'une communauté d'établissements),
- soit la cession des pharmacies au secteur mutualiste ou au secteur privé s'il n'y a pas d'obstacle juridique (numerus clausus…).

a) L'application du **modèle de la pharmacie intégrée dans le centre de santé** (ex : projet « l'Equipage » de Montceau les Mines) et dans le projet de santé territorial : reconnaissance de son rôle essentiel dans les soins primaires, promu par la loi « HPST ».

b) **La création de pharmacies à usage interne (PUI)** avec la possibilité de rachat par les collectivités ou des hôpitaux publics.

c) **La solution mutualiste :** les pharmacies minières relèvent de la même catégorie juridique que les pharmacies mutualistes. Dès lors on peut imaginer qu'elles puissent être reprises par la Mutualité et ouvertes aux adhérents mutualistes.

d) **La solution libérale** : conventions de rachat ou accords de transferts comprenant le maintien du site de la pharmacie et la reprise de l'ensemble des personnels

e) **des solutions individuelles pour le reclassement des personnel des pharmacies**.