Octobre 1988

RAPPORT SUR LES CONSEQUENCES DANS LE DOMAINE SANITAIRE ET SOCIAL DE L'ARRET DE L'EXPLOITATION CHARBONNIERE DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS

o

o o

Rapport établi par **M. Pierre CORTESSE**
Conseiller maître à la Cour des Comptes
avec la collaboration de Madame le Docteur **Thérèse ROQUEL**
et de Mademoiselle **Yvette BERGER**
Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

S O M M A I R E

Pages

AVANT-PROPOS 1

INTRODUCTION 2

PREMIERE PARTIE : La situation actuelle 6

I - CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES & SANITAIRES DE LA REGION 6

1. Equipement sanitaire 7
2. Equipement social 8
3. Médecins et chirurgiens 9
4. Autres praticiens et personnels para-médicaux. 9

II - LE REGIME DE PROTECTION SOCIALE DES MINEURS 10

A - STRUCTURE ET ORGANISATION DU REGIME 10
B - GRATUITE DES SOINS ET TIERS-PAYANT 12
C - LE FONCTIONNEMENT DU REGIME DANS LE NORD-P. de C. . 14

a) - Les SSM : une médecine de caisse 14
b) - Une dépendance financière étroite 16
c) - L'évolution récente des SSM 17
d) - L'Union Régionale 26

III - LA REPRESENTATION DES H.B.N.P.C. 27

A - LA REPRESENTATION DE L'EMPLOYEUR DANS LES INSTITUTIONS A CARACTERE SANITAIRE ET SOCIAL 28

B - LA GESTION DES AVANTAGES EN NATURE DES ANCIENS MINEURS 29

IV - LE TRANSFERT DE LA GESTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (ATMP) A L'UNION REGIONALE .. 32

a) - Les obligations légales des Houillères 32
b) - La situation de fait 33
c) - Les conditions du transfert 33

.../...

Pages

DEUXIEME PARTIE : Les solutions 35

I - LA GESTION DE LA REGRESSION DEMOGRAPHIQUE 36

A - L'ORGANISATION DU REPLI DU REGIME 37

a) - La voie minimale 37
b) - La gestion ordonnée de la régression 39
1 - Les objectifs 39
2 - Les mesures 40
3 - La procédure 43
4 - L'Union Régionale 44
5 - La sauvegarde de la qualité des soins 44
6 - La gestion du personnel des Caisses 45
7 - Les perspectives à moyen terme ... 46

B - L'OUVERTURE DES OEUVRES DU REGIME MINIER AUX AFFILIES DES AUTRES REGIMES DE SECURITE SOCIALE. 48

a) - Les conceptions de l'ouverture 48
b) - Les limites de l'ouverture 50
c) - Le projet actuel d'une expérience limitée 52

II - LA RENOVATION DU "SYSTEME MINIER" 54

A - LES INSUFFISANCES DE LA CONCEPTION ACTUELLE DE L'OUVERTURE 54
B - UNE REMISE EN CAUSE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'OUVERTURE 56
C - UNE REFORME EN PROFONDEUR DU SYSTEME MINIER 58

a) - Le renoncement à la médecine de caisse .. 59
b) - La rationalisation de la gestion 59
c) - Le principe de la séparation des fonctions 61
d) - Les modalités de la séparationsdes fonctions 62
e) - La procédure 63
f) - Limites des pouvoirs de la tutelle 65
g) - La responsabilité des dirigeants du regime 67

III - LA GESTION DES PRESTATIONS EN NATURE DES RETRAITES DES HBNPC ET LA REPRESENTATION DE L'EMPLOYEUR APRES LA DISPARITION DE L'EPIC 68

a) - L'autonomie du C.N.G.R. 68
b) - Les solutions juridiques 70

CONCLUSION 71

AVANT-PROPOS

Le présent rapport, conformément aux directives de la lettre de mission du 1er Mars 1988 signée par MM. MADELIN et SEGUIN (cf. annexe 1), est consacré pour l'essentiel au bassin minier du Nord/Pas-de-Calais. La situation des autres bassins, sensiblement différente puisque l'exploitation minière s'y maintiendra encore pendant de nombreuses années, n'a pas été examinée en détail.

De la même manière, les conséquences de l'arrêt de l'exploitation d'autres substances minières (potasse d'Alsace, gaz de Lacq) et qui posera sans doute dans les années qui viennent des problèmes d'une nature analogue à ceux qui apparaissent dans le bassin du Nord/Pas-de-Calais, n'ont pas été envisagées. En effet, bien que l'on puisse considérer que certaines des analyses et des solutions du présent rapport pourraient être étendues à d'autres régions et à d'autres substances, il n'est pas douteux que le bassin minier du Nord/Pas-de-Calais, en raison de ses caractéristiques propres, à la fois par l'ancienneté de l'exploitation, l'importance de la population concernée et, jusqu'à une époque relativement récente, l'omniprésence économique et sociale de la Mine, présente une originalité qui justifie des solutions spécifiques.

INTRODUCTION

La protection sociale et médicale des mineurs, des anciens mineurs et de leurs ayants-droit constitue aujourd'hui un ensemble original, résultat d'une multitude de dispositions règlementaires ou conventionnelles et d'initiatives diverses qui se sont inscrites naturellement dans la tradition de la mine et reflètent la domination et l'attrait qu'elle a exercés depuis un siècle et jusqu'à une époque récente dans les régions où elle a longtemps occupé la plus grande partie du champ économique et social.

Ces traits sont sans doute plus accusés dans le bassin du Nord-Pas-de-Calais que dans les autres bassins miniers français, à la fois en raison de l'ancienneté de l'exploitation charbonnière et de l'importance de la population qui vit ou a vécu de la mine. Ils résultent pour l'essentiel d'un régime de sécurité sociale distinct du régime général, comprenant de nombreuses particularités en ce qui concerne la gestion des risques vieillesse, maladie, invalidité et accidents du travail, et du statut du mineur :

- Modalités particulières et précocité de la retraite pour les mineurs qui conduit à un système de garanties de ressources et de raccordement avec les régimes de retraite complémentaire, compliqué encore par les incitations au départ des mineurs les plus âgés (congé charbonnier) ;

- Existence d'un régime sui generis d'invalidité professionnelle ;

- Création et gestion par les organismes de Sécurité Sociale Minière, Sociétés de Secours Minières (SSM) et leur Union Régionale (UR), en raison de la carence de l'initiative privée et publique, d'un important réseau de prévention et de soins ;

- Bénéfice pour les affiliés du régime de la gratuité ou quasi-gratuité des soins, à condition qu'ils s'adressent aux réseaux de soins miniers qui leur sont presqu'exclusivement réservés ;

- Gestion par les houillères jusqu'en 1988 de la période d'incapacité temporaire des accidents du travail et des maladies professionnelles, à la fois sur le plan administratif et sur le plan médical. Cette compétence exorbitante du droit commun a conduit les houillères à créer et à gérer directement dans le Nord-Pas-de-Calais un important ensemble spécialisé dans le traitement des pneumoconioses ;

- Gestion paritaire au sein d'une association par l'établissement public des houillères du bassin du Nord-Pas-de-Calais et l'UR d'un ensemble hospitalier comprenant 8 cliniques et au total 800 lits (AHNAC), créé et géré à l'origine par le seul établissement public ;

- Droit des mineurs retraités et de leurs veuves à des prestations spécifiques (logement et chauffage) à la charge du dernier employeur minier ;

Ainsi se sont constitués, à partir de la mine et de la profession de mineur, d'une part, un ensemble de droits et de garanties, d'autre part, un important équipement médico-social.

Ces particularités s'inscrivent dans un environnement lui-même entièrement conditionné par l'activité minière où la frontière entre la vie privée et la vie professionnelle est souvent indistincte et qui a donné naissance à une tradition particulièrement forte, étroitement liée au métier et aux risques qu'il comporte.

Ainsi, les problèmes posés par l'arrêt de l'exploitation prévue en 1991-1992 et par la disparition de l'exploitant qui en résultera ainsi que par la diminution rapide des affiliés du régime ont-ils, au-delà de leurs composantes juridiques, administratives et financières, une complexité qui tient à la fois à l'empirisme de la construction, à la dispersion des compétences ainsi qu'à l'omniprésence de la mine qui survivra longtemps à sa disparition physique dans les mentalités et les comportements.

.../...

Aussi, n'est-il pas étonnant que l'on ait mis jusqu'à présent peu d'empressement à les résoudre, bien qu'ils aient été identifiés depuis longtemps ; car ce qui peut apparaître comme le fruit de l'inertie ou de l'indécision et qui, la mine disparue, semblera chaque jour un peu plus anachronique, résulte dans le cas particulier du Nord-Pas-de-Calais de la résistance qu'oppose à toute réforme l'enchevêtrement exceptionnel d'obstacles de droit et de fait.

L'analyse de cette situation confirme cependant que le point de rupture, tant psychologique que financier, est proche et qu'il n'est que temps d'apporter des solutions à trois catégories de problèmes d'importance inégale :

1 - le devenir du régime autonome de sécurité sociale et principalement des oeuvres qu'il gère dans le bassin ;

2 - la représentation de l'établissement public dans les organismes de gestion des institutions de sécurité sociale et des établissements de soins ;

3 - le service des prestations en nature aux mineurs retraités et à leurs ayants-droit dont demeure débiteur le dernier employeur minier et qui incombe à l'Etat lorsque l'exploitation minière a cessé toute activité.

Accessoirement et bien que ce problème - au demeurant partiellement résolu - ne soit pas directement lié aux précédents, il convient également de régler définitivement le transfert décidé par le décret n° 87-229 du 27 Mars 1987 de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles (ATMP) de l'établissement public (HBNPC) à l'Union Régionale.

.../...

PREMIERE PARTIE

La situation actuelle

Avant de tracer les grandes lignes de l'organisation du régime autonome de sécurité sociale dans les mines et le rôle de l'exploitant dans le bassin minier, on rappellera brièvement la situation sanitaire et sociale de la région dans son ensemble : l'appréciation du "système minier" et la réflexion sur son avenir ne peuvent en effet être effectuées indépendamment de son environnement.

I - CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES DE LA REGION

La population de la région Nord-Pas-de-Calais s'élevait au 1er Janvier 1987 à 3 931 300 habitants, dont 32,7 % avaient moins de 20 ans, celle du bassin minier à environ 1,2 million d'habitants (cf. annexe 2).

Cette forte proportion de jeunes s'explique par l'importance du taux brut de natalité, 16,9 pour 1 000 habitants, bien supérieure à la moyenne nationale qui s'établit à 14°/°° en 1986.

L'état sanitaire de la population est préoccupant si l'on se réfère à des indicateurs comme le taux de mortalité (10,3°/°° contre 10,1°/°° en France) et surtout le taux de mortalité infantile qui est nettement plus élevé que le taux moyen national (9,9°/°° contre 8,1°/°°).

L'analyse des causes principales de décès, faite en 1986 souligne, par rapport à la moyenne nationale, l'importance de l'alcoolisme (1 % contre 0,6 % en France) et des maladies de l'appareil respiratoire (9,1 % contre 7 % en France) dans lesquelles la silicose joue un rôle non négligeable.

.../...

Cette situation avait incité l'Etat et la Région à s'engager dans un contrat de plan particulier conclu le 27 Avril 1984 et mettant l'accent sur la prévention en matière notamment de périnatalité, de santé à l'école et au travail. En application de ce contrat, des actions spécifiques ont été menées et certaines ne sont pas encore achevées comme celles relatives à la périnatalité.

1 - Equipement sanitaire

Dans le domaine des équipements de santé, l'Etat et la Région ont décidé, au titre du Xème plan, d'unir leurs efforts afin de poursuivre la modernisation des structures de soins mises à la disposition de la population.

Si des améliorations sensibles ont pu ainsi être apportées en matière d'équipements lourds, de modernisation de plateaux techniques et de maternités, les besoins sont encore loin d'être couverts dans ce domaine et le retard n'est pas comblé.

C'est ainsi que l'analyse des taux d'équipements en lits (publics et privés) établis au 31 Décembre 1984 par le Ministère des Affaires Sociales situe le Nord-Pas-de-Calais dans les régions les moins bien dotées en médecine, chirurgie et en dessous de la moyenne pour la maternité, la gynécologie et l'obstétrique (cf. annexe 4).

Des études similaires réalisées sur les taux d'équipement en matériels lourds indiquent qu'en 1986, pour un million d'habitants, la région Nord-Pas-de-Calais dispose de :

- 3 scanners contre 4,7 en moyenne nationale ;
- 1,7 caméra à scintillation contre 3,5 ;
- 5,9 accélérateurs de particules contre 6,1 ;
- 38,7 postes d'hémodialyse contre 44,2.

.../...

2 - Equipement social

Avec le vieillissement de la population, les équipements en faveur des personnes âgées deviennent prioritaires. Une enquête effectuée en Juin 1987 par le Ministère des Affaires Sociales évaluait à 10 812 lits, le potentiel d'hébergement public destiné aux personnes âgées dans la Région.

Les opérations d'humanisation et de médicalisation qui concernent la plupart de ces lits sont loin d'être terminées.

Dans la période 1984/88, 1 200 lits d'hospice sur 6 800 ont été modernisés.

La médicalisation des lits d'hospice accompagne généralement leur transformation juridique : au 1er Juin 1987, il restait à transformer dans le département du Nord 4 758 lits d'hospice sur les 7 546 existants, soit 63 % et 2 289 lits sur 3 266, soit 70 % dans le département du Pas-de-Calais.

La mise en place de forfaits médicaux dans les hospices crée des charges nouvelles pour l'assurance maladie et, à ce titre, elle est liée à la politique de redéploiement des moyens (personnels, financement) qui est la règle dans le domaine sanitaire et social.

L'importance des sommes et des effectifs mis en jeu est telle que cette opération ne pourra être menée à terme au cours de la prochaine décennie.

A titre d'exemple, la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) du Nord estime que les structures d'accueil des personnes âgées, situées dans le bassin minier, rendront nécessaire pour la période 1988/89 la création de 155 emplois supplémentaires .

.../...

La DASS du Pas-de-Calais se trouve confrontée à des problèmes similaires.

3 - Médecins et chirurgiens

Depuis plusieurs années, les syndicats médicaux libéraux se sont toujours opposés à l'ouverture des cabinets médicaux miniers au régime général de sécurité sociale en invoquant la surmédicalisation qui en résulterait.

Or, les statistiques publiées par la DRASS sur les effectifs médicaux de la région Nord-Pas-de-Calais, au 1er Janvier 1987, font apparaître en fait une sous-médicalisation importante par rapport à la moyenne nationale (128 médecins libéraux pour 100 000 habitants contre 167 pour la France entière).

L'apport constitué par "l'ouverture" des cabinets médicaux miniers n'apporterait qu'un léger correctif à cette situation (cf. annexe 3).

La situation est encore plus nette si l'on effectue l'analyse par arrondissement (cf. annexe 4).

4 - Autres praticiens et personnels para-médicaux

Le tableau joint en annexe 5, dressé à partir des statistiques de la DRASS établies au 1er Janvier 1987 fait apparaître, pour les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les kinésithérapeutes :

. des moyennes régionales globales inférieures ou au plus égales aux moyennes nationales pour l'ensemble des professions considérées ;

.../...

. un contraste entre le Nord mieux doté, et le Pas-de-Calais, explicable au moins en partie, par la présence de l'agglomération lilloise.

II - LE REGIME DE PROTECTION SOCIALE DES MINEURS

La sécurité Sociale dans les Mines a été organisée par le décret 46-2769 du 27 Novembre 1946 et le décret 47-2100 du 22 Octobre 1947.

Elle concerne non seulement les travailleurs des mines (houilles, fer, potasse, bauxite ...), mais aussi les employés rétribués des sociétés de secours minières lorsqu'ils remplissent leur emploi à titre d'occupation principale. En revanche, les agents des Unions Régionales comme ceux de la Caisse Autonome Nationale ne sont pas des ressortissants de ce régime.

A - STRUCTURE ET ORGANISATION DU REGIME

Le régime est organisé, à l'instar du régime général, sur trois niveaux.

A la base, les Sociétés de Secours Minières, à compétence territoriale, héritières de leurs homologues créées au XIXème siècle, gèrent les risques maladie, maternité, décès ; leurs circonscriptions territoriales, calquées sur les anciennes concessions, présentent en surface une cartographie correspondant à l'exploitation du sous-sol (concession minière avec les exploitations annexes).

A l'échelon de la région, c'est-à-dire pour le Nord-Pas-de-Calais du bassin charbonnier, l'Union Régionale (UR), sorte de confédération des SSM, gère les prestations familiales, les accidents du travail et les maladies professionnelles, dirige et coordonne l'action sanitaire et sociale des SSM.

.../...

Au plan national, la Caisse Autonome (CAN), gère le risque vieillesse, assure l'animation et la coordination de l'action sanitaire et sociale du régime ainsi que la tutelle générale des organismes régionaux et locaux.

Les SSM et les UR sont soumises au statut de la mutualité tel qu'il résulte de l'ordonnance du 19 Octobre 1945 et de la loi n° 85-773 du 25 Juillet 1985 portant réforme du code de la mutualité, sous réserve des dispositions particulières du décret du 27 Novembre 1946 susvisé.

Chaque SSM et chaque UR est administrée par un Conseil d'Administration où les représentants des travailleurs détiennent 2/3 des sièges et les exploitants 1/3.

La Caisse Nationale est administrée par un Conseil tripartite où siègent, outre le Président nommé par décret, des représentants de l'Etat (7 membres), des exploitants (8 membres) et des salariés (15 membres) ; elle est dirigée par un Directeur nommé par décret.

Des circuits financiers nombreux et complexes, que les aménagements récents n'ont pas réellement simplifiés, assortis d'un système centralisé d'avis de contrôle et d'approbation (CAN, DRASS), assurent une répartition des ressources entre les différents niveaux : CAN, UR, SSM et les différentes actions (couverture des risques, gestion des oeuvres, action sanitaire et sociale, fonctionnement administratif des caisses). Une logique comptable minutieusement définie préside ainsi à l'activité du régime.

La tutelle des SSM et des UR a été assurée par les DRIR jusqu'à la mise en application de l'article 9 de la loi 84-2 du 2 Janvier 1984 qui l'a transférée aux Directions Régionales des affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

.../...

Devant l'importance des besoins sanitaires de la population minière et l'insuffisance de l'offre de soins dans le bassin, les SSM et les UR, comme les y autorisent l'article 17 du décret de 1946 et le statut de la mutualité, ont constitué un réseau de soins propre, destiné à leurs affiliés. Dans la région du Nord-Pas-de-Calais, ce réseau a connu un grand développement et couvre aujourd'hui la plus grande partie des besoins normaux de la population minière : dispensaires de médecine générale, centres de soins offrant de nombreuses consultations de spécialistes, cabinets dentaires, laboratoires d'analyses, pharmacies, cabinets d'optique médicale (cf. annexe 6).

Ainsi, l'autonomie du régime, le statut mutualiste de ses institutions, son organisation administrative et financière, la carence de l'équipement sanitaire général en praticiens et en moyens, le particularisme de la profession aidant, ont conduit à la mise en place et au développement d'une médecine de caisse qui couvre aujourd'hui plus des quatre cinquièmes des besoins des affiliés.

Malgré les bouleversements qui ont affecté le bassin depuis 20 ans, le déclin de la production et du nombre des actifs, les migrations liées aux conditions de logement et à l'ampleur des reconversions, cette organisation est restée pratiquement en l'état ; en particulier le découpage administratif n'a pas été modifié. La restructuration des SSM, préconisée dès le milieu des années 1970 puis par divers rapports (Cour des Comptes 1979, rapport Bloch-Lainé 1980, rapport Revol 1986), n'a jamais abouti si l'on excepte la récente décision conjointe des conseils d'administration des SSM de Lens et de Liévin (cf. infra).

B - GRATUITE DES SOINS ET TIERS PAYANT

Le régime d'assurance maladie des mineurs est caractérisé par deux modalités particulières : la gratuité et le tiers payant.

Si le principe du tiers payant a été énoncé dans le décret de 1946, il n'en va pas de même de la gratuité des soins qui ne résulte pas directement des textes constitutifs du régime : l'Article 100 du décret de 1946 stipule en effet que le ticket modérateur qui peut être réclamé aux affiliés du régime minier ne peut être supérieur à celui appliqué dans le régime général.

.../...

La gratuité résulte formellement des décisions des Conseils des SS elle découle logiquement de leur double fonction de Caisse Primair de Sécurité Sociale et de Société Mutuelle. Elle est au demeurant considérée comme un droit acquis, droit confirmé par de nombreuses déclarations publiques, notamment celle du prédécesseur du Premier ministre (cf. citation dans la lettre de mission en annexe 1).

Ainsi, les affiliés au régime minier dont les cotisations correspondent implicitement à une cotisation de sécurité sociale et à un cotisation à une société mutuelle bénéficient de la gratuité total des soins, des analyses et des médicaments (à l'exception, pour les actifs, d'un forfait pharmaceutique symbolique - 60 centimes par ordonnance - et pour tous, d'une participation a certaines dépenses de prothèse dentaire et d'optique) et sont dispensés de toute avance de fonds.

Les cotisations (cf. annexes 7 et 8) sont pour les actifs à peu près identiques à celles du régime général plus élevées pour les retraités (3 % + 0,4 %), remarque étant faite qu'une comparaison pour cette dernière catégorie d'affiliés requiert des corrections pour tenir compte du départ précoce à la retraite des mineurs (à partir de 50 ans contre 60 dans le régime général).

En contrepartie, les affiliés du régime minier non seulement renoncent à la liberté de choix du praticien (médecin ou dentiste) mais sont tenus de s'adresser exclusivement à un généraliste de secteur (ou aux généralistes d'une petite équipe) qui décidera de la consultation de spécialistes (également imposés) et qui est seul habilité à délivrer les ordonnances des médicaments. Ces médicaments sont dispensés essentiellement par les pharmacies des SSM, souvent éloignées du domicile des affiliés, et aux heures d'ouverture plus limitées que les pharmacies du secteur privé.

Ces avantages et ces contraintes forment un tout qui présente une cohérence indéniable et offre aux affiliés du régime la prise en charge totale et permanente de leurs problèmes de santé par une institution au fonctionnement de laquelle ils participent. A contrario, sauf accord exceptionnel des caisses, ceux d'entre eux qui résident en dehors des circonscriptions des SSM sont "pris en subsistance" par le régime général, c'est-à-dire sont soumis aux conditions de prise en charge et de remboursement de celui-ci.

.../...

Par une circulaire du 16 Juillet 1962, les Ministres de tutelle rappelaient la stricte obligation pour les SSM d'établir un lien étroit et obligatoire entre la gratuité et le recours exclusif aux réseaux de soins miniers (cf. annexe 9).

C - LE FONCTIONNEMENT DU REGIME DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS

Si le régime minier repose sur des principes généraux applicables dans tous les bassins et à toutes les substances, les modalités de mise en oeuvre diffèrent d'une région à l'autre. Chaque bassin possède une physionomie propre ; le Nord-Pas-de-Calais présente la particularité d'un réseau de soins étendu, dense et diversifié.

a) - Les S.S.M. : une médecine de caisse

Les SSM assurent d'une part la couverture des risques maladie, maternité, décès dans les mêmes conditions que des caisses primaires d'assurance maladie, y compris le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale. Elles gèrent d'autre part des oeuvres qu'elles ont créé de toutes pièces en application de l'article 17 du décret de 1946 et qui constituent un ensemble sanitaire organisé sur trois niveaux :

1 - La médecine de base ou de secteur est assurée pour l'essentiel par des médecins généralistes salariés qui, assistés par des infirmières, exercent leur activité en général à temps plein dans des dispensaires. Chaque médecin a la charge d'une population qui varie de moins de mille à plus de deux mille personnes. Dans certaines circonscriptions, la diminution de la population a conduit les caisses à associer plusieurs médecins généralistes en équipes affectées à une population regroupant plusieurs secteurs. La médecine forfaitaire - dite au carnet - subsiste encore dans quelques cas.

2 - La médecine spécialisée est assurée par des médecins salariés temps plein ou à temps partiel (vacataires), regroupés dans des centres de soins polyvalents comportant souvent des moyens modernes d'investigation, notamment de radiologie. Ces centres de soins comportent des cabinets dentaires et parfois des cabinets d'optique ; chaque SSM dispose de plus en propre d'un laboratoire d'analyses et d'un service de transport médical.

.../...

3 - Certaines SSM gèrent en outre des établissements de soins ou de retraite. Chaque établissement dépend d'une SSM qui en assure directement la gestion.

En plus de ces trois niveaux de soins, les SSM gèrent des pharmacies réservées à leurs adhérents dont le statut et le fonctionnement sont voisins de ceux des pharmacies mutualistes.

Les oeuvres sont exclusivement réservées aux affiliés du régime, sous réserve des conventions qui ont pu être passées avec d'autres régimes de sécurité sociale en application de l'Article 43 du décret de 1946 qui prévoyait explicitement la possibilité pour l'un ou l'autre régime de faire bénéficier les affiliés de l'autre régime de ses réalisations sanitaires et sociales (cf. annexe 10). Ces conventions concernent les établissements de soins et de retraite du 3ème niveau ainsi que, dans le Pas-de-Calais, la majorité des cabinets dentaires.

Inversement, une partie des prestations de santé - de l'ordre de 10 à 20 % - est fournie par le secteur privé - praticiens, établissements agréés par les caisses - ou le secteur public (hôpitaux), le réseau minier ne pouvant offrir une gamme complète de soins.

En application du décret de 1946, les oeuvres ne possèdent pas la personnalité juridique : ce sont de simples services des SSM. Leurs opérations sont cependant individualisées et retracées de façon distincte dans la comptabilité de chaque société. Elles sont donc directement gérées par les différents organes qui exercent les pouvoirs dans les SSM, c'est-à-dire le Conseil d'Administration et son Président, le Bureau du Conseil, les différentes Commissions et le Directeur de la Caisse.

La combinaison de la gestion de la couverture du risque et d'oeuvres nombreuses et diverses a institutionalisé une médecine de caisse dont il n'existe que peu d'exemples dans notre système de protection sociale.

.../...

b) - Une dépendance financière étroite

Les ressources des SSM proviennent essentiellement des cotisations de leur adhérents et du versement du régime général au titre de la compensation démographique qui transite par la CAN. Elles alimentent un certain nombre de fonds correspondant aux grandes fonctions des caisses.

L'Action Sanitaire et Sociale est financée en partie par les excédents de comptes, en partie par un versement de la CAN et de l'UR.

Chaque SSM est tenue de constituer un fonds de réserve destiné à garantir le financement des opérations qu'elle exécute et la couverture de ses affiliés. Ce fonds de réserve est financé par les excédents dégagés au titre de la gestion des oeuvres.

La répartition des surplus donne lieu à une ventilation entre divers comptes (CAN, ASS, etc...), l'ensemble du système présentant un degré élevé de garantie (cf. annexe 11).

Sans entrer dans le détail de l'organisation administrative financière et comptable, cinq points méritent d'être soulignés :

1 - Les dispositions qui régissent les relations financières entre les trois niveaux du régime, l'organisation des garanties par la constitution de fonds de réserve, l'affectation des excédents et l'octroi des subventions, les pouvoirs donnés à la CAN et au UR par les textes constitutifs du régime constituent un ensemble minutieux de garde-fous et de contrôle interne et obligent à la production d'une information financière et comptable étendue.

2 - Chaque caisse est dotée d'un agent comptable qui exécute l'ensemble des dépenses. L'approbation des budgets et des comptes est soumise à la DRASS qui dispose ainsi, indépendammen de ses pouvoirs de coordination en matière sanitaire et sociale, d'un rôle général de tutelle (définition de la politique sanitaire, choix des équipements) et de contrôle (limitation des dépenses).

.../...

3 - Les flux et les circuits financiers entre la CAN, l'UR et les SSM sont inutilement compliqués.

4 - Indépendamment de la tutelle exercée par la DRASS l'administration dispose d'un pouvoir de contrôle étendu : contrôle d'Etat, Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Finances.

5 - Par conséquent, si l'initiative en matière de création ou de développement des oeuvres appartient incontestablement aux Conseils d'Administration des SSM et des UR, les décisions requièrent à la fois dans leur principe et dans leur financement une approbation au moins tacite de la CAN et de la tutelle.

c) - L'évolution récente des SSM

1 - Une réussite incontestée

Le décret de 1946 qui organise le régime minier de sécurité sociale avait légitimement pris en compte les particularités de la profession, l'omniprésence de l'exploitant dans les bassins, l'ancienneté et l'originalité du dispositif de protection sociale mis en place dans la mine dès le milieu du XIXème siècle.

La spécificité des SSM, à la fois Caisses Primaires de Sécurité Sociale et Sociétés Mutuelles, soumises à une gestion bipartite (employeur - salariés), résulte de cette volonté des Pouvoirs Publics de concilier dans un statut la satisfaction des besoins et les aspirations d'une profession traditionnellement attachée à la mutualité dont elle avait été un des pionniers et les règles générales de la protection sanitaire et sociale définies en 1945.

A partir de cette originalité statutaire, le régime, en développant parallèlement à la couverture des risques, un ensemble de prévention et de soins et en réservant pour l'essentiel ses oeuvres aux mineurs, a accentué encore les particularités du monde de la mine.

.../...

En effet, le système ainsi mis en place au cours des quarante dernières années permet à un affilié d'être entièrement soigné - gratuitement - et pris en charge par les oeuvres de la SSM à laquelle il appartient (médecins généralistes, spécialistes, examens, produits pharmaceutiques, établissements de soins, de rééducation, de convalescence), le recours aux praticiens libéraux ou publics (hors les cas marginaux mentionnés ci-dessus) étant limité aux spécialités rares ou aux cas difficiles qui relèvent de services hospitaliers.

Aussi longtemps que l'exploitation charbonnière est demeurée active et que, malgré le déséquilibre précoce de la structure démographique de la profession (dès 1958, le rapport retraités/actifs est supérieur à 1), la population concernée est demeurée nombreuse et stable, le système en place a fonctionné dans des conditions qui, aux dires de tous les interlocuteurs, a permis d'atteindre les objectifs qu'il s'était fixés.

Malgré les rivalités syndicales, grâce à l'arbitrage de l'exploitant et à la répartition équilibrée des présidences auxquelles il a largement contribué, les Conseils d'Administration des SSM et des UR ont pu mener à bien les tâches importantes et diverses liées à la prévention et à la protection sanitaire des mineurs : les réalisations tant en matière de centres de soins et de diagnostic qu'en matière d'action sanitaire et sociale qui n'ont rien à envier aux réalisations du secteur libéral ou du secteur public en témoignent.

2 - *Une situation préoccupante*

Jusqu'à une époque récente, le coût de la médecine minière n'a pas été remis en cause : il est vrai que les comparaisons régulièrement effectuées entre le coût du régime minier et le coût du régime général jusqu'à l'institution de la dotation forfaitaire hospitalière, qui rend désormais les études comparatives beaucoup plus complexes et dans l'état actuel des informations disponibles impossibles, ont été longtemps entâchées d'un vice de méthode (rapprochement des structures démographiques des deux régimes à partir du rapport actifs/retraités alors que jusqu'en 1982, l'âge de la retraite dans le régime général était de 65 ans contre 50/55 dans le régime minier).

.../...

Un calcul élémentaire (dépenses par ressortissant) qui n'est présenté qu'à titre indicatif puisqu'il n'est pas corrigé du rapport des structures d'âge et des pathologies, fait ressortir un écart sensible. C'est ainsi que pour 1987, la dépense serait de 8 100 F pour le régime général et de 9 700 F pour le régime minier

Quelles que soient les corrections que l'on apporte à ces chiffres et qu'il n'a pas été possible d'effectuer en l'absence de données fiables, l'idée que l'assurance maladie serait moins coûteuse que celle du régime général, idée qui a longtemps prévalu, n'est pas démontrée. Inversement, rien ne permet de pense que, jusqu'à une époque récente, le régime minier ait été plus coûteux que le régime général ; il semble cependant que depuis quelques années et à coup sûr depuis 1987, les coûts liés à des structures immobiles ou même en expansion augmentent plus vite que ceux du régime général. Par ailleurs, la progression des dépenses (prestations en nature) comparée à la diminution des effectifs protégés est très préoccupante (10 % environ par an de 1985 à 1987 par ressortissant).

Au demeurant, le solde du compte consolidé du régime minier s'est amenuisé, compte tenu des réformes du régime général intervenues en 1987/88 (Plan Séguin) ; le versement de compensation de la CNAM devrait en 1988 être inférieur à celui de 1987 et le compte de la CAN serait déficitaire d'environ 200 millions de francs, soit de 3 à 4 % des dépenses. En effet, le mode de calcul de la compensation démographique (56 % des recettes du régime minier en 1987) fondé sur le rapport du taux de remboursement dans les deux régimes, relativement favorable au régime minier lorsque le taux moyen de remboursement du régime général augmente ou reste stable, devient défavorable dans la situation inverse puisqu'à mesure que les dépenses restant à la charge des assurés dans le régime général s'accroissent (augmentation du ticket modérateur pour certaines prestations), le montant de la compensation dont bénéficie le régime minier s'en trouve automatiquement minoré.

.../...

Sans doute, le problème de l'équilibre du compte "assurance maladie" du régime minier excède-t-il les limites fixées à la présente enquête ; toutefois, l'apparition de difficultés financières au plan national oblige à une vigilance particulière en matière de gestion locale, le Nord-Pas-de-Calais représentant près de la moitié des affiliés du régime. En effet, si, jusqu'à présent, les décisions prises en matière d'économies au titre de l'assurance maladie du régime général de sécurité sociale ont été neutres pour les affiliés du régime minier, elles ont commencé à affecter les ressources des caisses SSM. Comme il n'est pas question de remettre en cause le principe de la gratuité des soins proprement dits considérée et reconnue comme un droit acquis, on ne peut totalement exclure à l'avenir une augmentation du taux des cotisations applicables aux mineurs et aux retraités de la mine et/ou, comme le prévoit l'article 34 bis du décret de 1946, une augmentation de leur participation aux dépenses pharmaceutiques.

Cette situation et le risque qu'elle fait courir au régime n'ont pas échappé aux responsables de la CAN ou des SSM, tout au moins à certains d'entre eux : depuis le début des années 1980, la perspective de l'arrêt de l'exploitation charbonnière dans le bassin puis la décroissance rapide de la population assujettie au régime (- 6 % de 1985 à 1986, - 5 % de 1986 à 1987) ont conduit les responsables (Pouvoirs Publics et représentants des affiliés) à s'interroger sur l'avenir du régime dans la région.

Diverses solutions ont été envisagées mais jusqu'à une époque récente, aucune décision positive n'a été prise. Le régime na pas été jusqu'à présent en mesure de se réformer lui-même. On ne peut en effet considérer comme une politique à long terme les accords de coopération qui existent entre diverses SSM et qui, sans être négligeables, ne règlent pas le délicat problème de l'ajustement des moyens aux besoins d'une population rapidement déclinante (cf. annexe 12). Il a fallu attendre Juin 1988 pour que la fusion de deux SSM soit décidée par leurs Conseils d'Administration. Encore s'agit-il de deux organismes (Lens et Liévin) dont la frontière traverse une seule et même agglomération.

Bien plus, les projets de modernisation et de développement des oeuvres n'ont pas cessé et il a souvent fallu l'autorité du DRASS pour contenir une tendance à l'expansion que rien ne

.../...

justifie. Ainsi, pendant toute cette période, les effectifs globau des SSM ont augmenté. Les centres de soins ont continué de se moderniser comme si leur activité devait s'accroître. Si cette évolution peut s'expliquer partiellement par un souci légitime d'amélioration de la qualité, ni l'augmentation rapide des coûts, ni les perspectives pourtant claires de réduction du nombre des affiliés n'ont été suffisamment pris en compte dans les décisions.

En tout état de cause, force est de constater que le développement des oeuvres s'est effectué avec l'agrément des tutelles successives ou, tout au moins, sans qu'elles s'y opposent. Quelles que soient les préoccupations que l'on puisse manifester aujourd'hui sur la capacité d'accueil des oeuvres des SSM, la situation présente résulte autant de la volonté de leurs dirigeants d'adapter leurs réalisations aux progrès techniques que de la reconnaissance, au moins tacite de l'Administration, de besoins objectifs.

Il est par ailleurs caractéristique qu'aucune comparaison raisonnée entre les coûts des SSM ne soit disponible. Sans doute, les obstacles ne sont-ils pas minces. Mais l'amplitude des écarts, parfaitement identifiés entre les différents postes de dépenses, n fait l'objet d'aucun commentaire.

Certes, s'agissant d'une population vieillissante, de telles comparaisons ne permettent pas de porter un jugement sur la gestion de telle ou telle SSM en raison de la forte variabilité de divers éléments des coûts en fonction de la politique sanitaire retenue (maintien des personnes âgées à domicile par exemple). On regrettera cependant que les appareils administratifs et les oeuvres n'aient pas fait l'objet d'une véritable réflexion d'ensemble.

Directement concernée pas le coût du régime, la CAN qui procède par ailleurs à des analyses approfondies, semble s'être refusée à tenter de chercher les raisons et de tirer les conséquences des écarts constatés entre les diverses sociétés.

.../...

3 - *Des disparités mal justifiées*

Un examen approfondi et comparatif du fonctionnement des SSM serait certainement riche d'enseignement : une simple lecture des comptes permet en effet de mettre en évidence un certain nombre de points qui justifieraient une analyse détaillée :

1 - Dans presque toutes les SSM, les cabinets dentaires sont déficitaires : l'insuffisance du rendement des actes dentaires au tarif de conventionnement constitue sans doute pour une part une explication. Elle n'est probablement pas la seule. Il est en tout état de cause peu satisfaisant que le compte d'une prestation parfaitement identifiable et relativement indépendan soit équilibré chaque année a posteriori par une subvention indirecte des autres oeuvres du régime.

2 - Toutes les pharmacies des SSM (cf. annexe 14 sur le statut des pharmacies) sont excédentaires pour plusieurs raisons :

- aucune pharmacie ne respecte la disposition légale qui impose une proportion entre le nombre de pharmaciens dans l'officine et le montant du chiffre d'affaires (il manque ainsi 84 pharmaciens dans le bassin) ;

- nombre d'entre elles n'assurent pas de garde (ni de nuit ni de dimanche) et leurs plages d'ouverture hebdomadaire sont en général inférieures à celles des pharmacies libérales ;

- elles desservent une population théorique très nettement supérieure à la population moyenne desservie par les pharmacies libérales (de 5 à 10 000 affiliés contre en moyenne 2 200) ;

- bien que des conventions existent avec les pharmacies libérales, les Conseils d'Administration des SSM dissuadent ou tentent de dissuader leurs adhérents - y compris en prenant des décisions illégales - de s'adresser à elles bien qu'ils y trouveraient souvent une plus grande commodité (proximité) (cf. annexe 14).

.../...

° Le montant des ordonnances par affilié et par an est à un niveau élevé (de l'ordre de 1 700 F). Il a continué à progresser fortement (+ 11,7 % en 1985, + 11 % en 1986), c'est-à-dire beaucoup plus vite que les dépenses de pharmacie du régime général.

3 - La progression de l'activité des laboratoires d'analyses qui, pour certains d'entre eux, ne travaillent que pour les affiliés des SSM est surprenante : ainsi par exemple, + 20 % en 1986 et 1987 pour les laboratoires d'Aniche et de Valenciennes.

4 - Un nombre élevé de consultations de spécialistes regroupés dans les centres de soins laisse apparaître un solde déficitaire : sans doute est-il arbitraire d'isoler les comptes de telle ou telle spécialité d'un ensemble dont la vocation est par construction d'être pluridisciplinaire et d'offrir aux patients la possibilité d'avoir accès, dans un temps très court, à une gamme étendue de moyens d'investigation et de diagnostic. Il n'en reste pas moins que dans certains cas la persistance de déficits devrait donner lieu à une réflexion prospective qui ne devrait pas exclure la mise en cause de l'existence même de certains centres dans leur conception et leur forme actuelles.

5 - L'activité des médecins généralistes salariés à temps plein, dont le nombre n'a guère varié depuis une dizaine d'années, évaluée en nombre de patients, diminue régulièrement au rythme de l'érosion démographique. Même en corrigeant cette évolution du vieillissement de la population - qui influe plus sur l'activité du personnel qui dispense les soins que sur celle des praticiens - le rapport malades/médecin atteint dans de nombreux secteurs un niveau faible (moins de 1 000).

Il n'est pas douteux que dans certains secteurs, le seuil du suréquipement médical ou du sous-emploi des praticiens a été franchi. Le regroupement de généralistes en équipes compétentes pour plusieurs secteurs ne répond que partiellement à cette situation.

.../...

6 - Les conventions qui régissent les praticiens des SSM ont été rédigées à une époque où il était difficile d'attirer de jeunes médecins à la mine, d'autant plus que dans les années qui ont immédiatement suivi la guerre, la médecine minière n'avait pas une réputation de qualité. Bien que cette époque soit révolue, la convention qui s'applique aux personnels en fonction continue d'assurer au personnel médical des carrières et des avantages analogues à ceux des cadres de l'établissement public et des rémunérations nettement supérieures à celles de leurs homologues du secteur privé ou du secteur hospitalier. La même observation vaut pour les auxiliaires médicaux.

7 - Malgré la situation relativement privilégiée qui leur est consentie (charge de travail décroissante, rémunération élevée, garantie de l'emploi) les obligations imposées aux médecins sont souvent moindres que celles qu'autorise la convention (interremplacement notamment). Il en résulte souvent une organisation défectueuse que les SSM ne réforment que peu à peu et qui conduit à une charge financière excessive.

8 - D'une manière générale, les dépenses d'équipement procèdent trop souvent des projets individuels des caisses, sans souci spontané de coordination et sans parfois qu'une réflexion suffisante ait été menée sur les coûts et l'emploi des appareils dont l'acquisition ou l'installation a été projetée. Il revient alors au DRASS d'exercer en permanence un arbitrage indispensable d'autant plus mal ressenti que l'offre de matériel médical se diversifie et s'accroît sans cesse.

9 - Sur le plan de la gestion, trois observations méritent d'être présentées :

- les effectifs totaux des caisses ont presque doublé entre 1970 et 1986 sans qu'il soit possible de distinguer entre ce qui revient à l'administration des caisses et ce qui est imputable aux oeuvres (cf. annexe 12) ;

- dans le même temps, les fonctions les plus importantes (Directeur, Sous-Directeur, Agent comptable) ont souvent été durablement occupées et sont encore dans de nombreux cas occupées par des intérimaires (respectivement 6, 8 et 11 en 1987) ;

.../...

- les fonctions de Président sont exercées par des représentants des syndicats, dont le dévouement et la compétence sont unanimement reconnus mais neuf sur douze d'entre eux sont âgés de plus de 65 ans et la moyenne d'âge s'établit à 66 ans, ce qui à l'évidence pose un problème général de renouvellement des générations.

4 - *Un système figé*

En résumé, il est indéniable que le réseau médico-social des SSM et notamment les actions menées en faveur des personnes âgées constituent un ensemble original et efficace qui assure aujourd'hui la prévention et les soins pour une population d'environ 200 000 personnes, soit le 6ème de la population du bassin,dans une région qui est encore aujourd'hui moins bien équipée médicalement que le reste du pays.

Mais le fonctionnement des caisses, fondé sur une règlementation ancienne et des habitudes correspondant à une époque révolue de l'activité de la mine, n'est plus adapté aux contraintes qui sont nées du déclin du bassin.

Les institutions dont les mineurs et leurs représentants se sont depuis longtemps et à juste titre considérés comme responsables dans la tradition mutualiste, parce qu'ils en assuraient aussi directement et indirectement le financement, sont de plus en plus pris en charge - tout à fait légitimement - par la solidarité nationale. Il n'est pas sûr que l'autorégulation du système ne soit pas affectée par cette évolution, de même qu'il n'est pas certain que l'on rencontrera, pour gérer un avenir incertain, l'initiative, la détermination et le dévouement qui se sont manifestés jusqu'à présent tout au long de l'histoire des SSM.

En dépit et peut-être à cause d'une organisation juridique et administrative minutieuse et d'un contrôle étroit souvent ressenti comme tatillon, malgré de nombreuses analyses et de fréquents avertissements, le régime n'a pas été jusqu'à présent en

mesure de susciter les réformes pourtant indispensables à son adaptation et clairement ressenties comme telles. Se réclamant d'une philosophie différente de celle du régime général, il se présente souvent comme porteur d'une solution alternative à l'organisation "médico-sociale de droit commun", mais paradoxalement, il ne parvient pas à s'adapter spontanément à une évolution pourtant prévisible et affaiblit par la même la thèse qu'il prétend illustrer.

d) - L'Union Régionale (U.R.)

L'Union Régionale gère, dans les conditions de droit commun (à une seule exception près), le régime des prestations familiales ainsi que celui de l'invalidité ; à compter du 1er Janvier 1989, elle prendra en charge la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette dernière tâche sera, dans un avenir proche, après l'arrêt de l'exploitation, presqu'exclusivement consacrée à la gestion et au suivi des pneumoconiotiques. L'Union Régionale assure également la gestion d'établissements de soins et d'accueil (cf. annexe 6).

Elle est par ailleurs chargée statutairement (Art. 23 du décret de 1946) de diriger le contrôle médical, de promouvoir et de coordonner l'action sanitaire et sociale des SSM.

Elle assure aussi théoriquement la solvabilité de ces sociétés et peut, en application des articles 11 et 24 du même texte leur imposer des décisions de caractère général en matière d'assurance maladie, maternité, décès. Elle peut, en cas de mauvaise gestion, imposer aux SSM en accord avec la CAN des mesures de redressement. Elle est également habilitée à proposer au Ministre chargé de la sécurité sociale la révocation des Administrateurs.

L'UR dispose donc statutairement d'un pouvoir d'initiative et de tutelle étendu en matière d'action sanitaire et sociale et de contrôle de gestion ; elle est également conçue comme un organe de concertation et de coordination, bien que l'autonomie des SSM ne lui permette pas, dans la pratique, de s'ériger en arbitre (en matière d'équipement médical par exemple) ou d'infléchir certaines décisions.

.../...

De plus, le Conseil de l'UR étant composé de représentants des membres des Conseils des SSM, l'UR ne peut ni exercer sa fonction de tutelle ou d'appel ni une véritable autorité sur des organismes dont elle est l'émanation.

Ainsi, la combinaison du statut mutualiste des SSM et du système électoral du régime a eu pour effet de déséquilibrer les fonction de l'UR qui, faute d'être en mesure de jouer un rôle directif dans le domaine de l'équipement et de la gestion des oeuvres, a concentré son activité sur des réalisations sanitaires et sociales propres, notamment en faveur des personnes âgées.

Cette orientation de l'UR a eu pour effet de transférer les fonctions d'arbitrage et de coordination au DRASS qui, en l'absence d'une concertation suffisante des SSM, se trouve dans l'obligation de procéder souvent par voie autoritaire.

L'UR se trouve donc confrontée avec plus d'acuité encore que les SSM à l'érosion démographique du bassin. Ses attributions administratives, notamment la gestion des prestations familiales, se contractent. Elles atteindront sans doute rapidement (notamment en raison de la réduction du nombre des actifs) un seuil où le maintien de ses compétences se posera nécessairement.

Ainsi, la pertinence d'une organisation à trois niveaux (CAN comprise) pour gérer la couverture des risques d'une population en voie de déclin rapide et qui ne comprendra plus que des actifs "résiduels" (anciens mineurs reconvertis, personnel des SSM) ne posant plus de problèmes majeurs en matière d'allocations familiales et de versement des pensions d'invalidité, est dès maintenant en question.

III - LA REPRESENTATION DES H.B.N.P.C

On a vu que l'EPIC des HBNPC désignait des représentants aux Conseils d'Administration de chaque SSM et de l'UR. Il est également membre de l'AHNAC, créée à son initiative avec l'UR et dont le Conseil est composé pour moitié de ses représentants. Il joue donc un rôle important dans la gestion des oeuvres du régime et de l'équipement sanitaire qui les complète.

.../...

A - LA REPRESENTATION DE L'EMPLOYEUR DANS LES INSTITUTIONS A CARACTERE SANITAIRE ET SOCIAL

Selon CdF, la représentation patronale qui incombe au Groupe (établissement central et houillères de bassin) au sein des conseils d'administration des institutions de sécurité sociale (CAN, SSM, UR, Associations Hospitalières) pour l'ensemble de la France, occupe l'équivalent de 17 agents (cadres ou ETAM) à temps plein. Si on évalue à 500 000 francs (dépenses de fonctionnement comprises) le coût total d'un agent de ce niveau hiérarchique, les dépenses correspondantes s'élèveraient à 8 ou 9 millions de francs par an, soit environ 3 ou 4 millions pour la région Nord-Pas-de-Calais.Justifiable et sans doute justifiée lorsque les houillères géraient plusieurs centaines de milliers d'actifs, une telle dépense est devenue démesurée pour un effectif de quelques dizaines de milliers d'agents qui se réduit chaque année, à plus forte raison lorsque les activités affectées à l'exploitation minière auront totalement disparues.

En tout état de cause, la disparition de l'EPIC des HBNPC qui interviendra dans trois ou quatre ans pose sur le plan juridique le problème de la représentation de l'employeur.

Si la représentation des salariés peut sans difficulté majeure être assurée au moins pendant un certain temps par des retraités, d'autant plus qu'au moins à court terme une partie d'entre eux appartient à une tranche d'âge ou les salariés des autres professions sont encore actifs, la représentation de l'employeur pose un problème juridique difficile en raison de l'autonomie pleine et entière des HBNPC. Elle doit donc être régie par une disposition règlementaire qui définira les conditions de représentation de l'employeur lorsque l'EPIC aura disparu. Il serait en effet contraire à l'esprit du décret de 1946 de renoncer à la gestion bipartite des caisses. Or, CdF ne peut se substituer de facto aux HBNPC et, contrairement à ce qui existe dans d'autres secteurs industriels, il n'existe pas de chambre syndicale qui pourrait assurer la représentation patronale au Conseil des différentes institutions.

.../...

A cette difficulté juridique s'ajoute celle de la proximité des élections aux Conseils des SSM. En effet, les Conseils des SSM et par conséquent de l'UR et de la CAN devaient être renouvelés en 1987. Pour laisser le temps aux responsables de proposer une réforme du régime, les mandats des administrateurs ont été prorogés jusqu'en Mars 1989. Or, la réforme espérée n'a pas été réalisée et, il est hors de question d'envisager une nouvelle prorogation de leur mandat. Inversement, procéder à des élections sans avoir auparavant défini une réforme des SSM du Nord-Pas-de-Calais aurait pour effet de mettre en place 12 ou 13 conseils d'administration (selon que l'on tient ou non pour définitive la fusion des SSM de Lens et de Liévin) dont il serait probablement extrêmement difficile d'obtenir des décisions qui devraient conduire précisément à la suppression ou à la fusion d'un certain nombre d'entre eux.

L'échéance des élections constitue donc un "butoir".

De plus, le problème juridique et, accessoirement, administratif de la représentation de l'EPIC recouvre une réalité plus profonde : la disparition de l'interlocuteur et souvent de l'intercesseur des anciens mineurs habitués à avoir recours à l'administration de l'EPIC pour un large éventail de problèmes. Certes, la fermeture programmée des puits a déjà profondément modifié la psychologie des mineurs et le monde de la mine est résigné à l'arrêt de l'exploitation. Il paraît cependant difficile qu'une simple décision juridique (la liquidation de l'EPIC) ait pour effet de priver les mineurs de tout contact avec leur ancien employeur. Cette situation est particulièrement sensible sur un point précis : celui des avantages en nature (logement et chauffage) qui matérialise souvent le lien particulier du mineur et de la mine.

B - LA GESTION DES AVANTAGES EN NATURE DES ANCIENS MINEURS

En application des articles 12 et 13 du statut des mineurs, les retraités et les veuves de retraités ont droit, comme les actifs mais selon des modalités particulières, au bénéfice du logement et du chauffage gratuit, soit en nature, soit sous forme d'une indemnité en espèces.

.../...

Ces indemnités ou ces prestations sont versées par le dernier employeur minier du mineur. En cas de cessation d'activité de ce dernier employeur et en application de l'Article 24 de la lo 70-1283 du 31 Décembre 1970, c'est à l'Etat qu'incombe la charge d versement des prestations qui sont imputables à la section du fond de garantie et de compensation de la CAN.

La disparition de l'EPIC devrait donc entraîner le transfert à la CAN de la gestion des avantages de retraite des mineurs du Nord-Pas-de-Calais. Toutefois, l'application pure et simple des dispositions règlementaires en vigueur risque de se heurter à plusieurs difficultés souvent évoquées par les représentants des mineurs et notamment aux deux difficultés suivantes :

. Les prestations dont bénéficient ces anciens mineurs sont en effet supérieures aux avantages résultant de l'application de l règlementation, soit pour des raisons historiques, soit en raison d'accords conclus entre les organisations syndicales et la Direction Générale de CdF.

. La gestion administrative et financière de ces prestations est par ailleurs assurée pour l'ensemble du Groupe CdF par un service commun aux quatre EPIC (CdF et les trois houillères de bassin) qui présente une unité fonctionnelle évidente. Plus de 60 000 pensionnés ou veuves de pensionnés occupent, au titre de la prestation logement, des immeubles appartenant à la SOGINORPA (filiale immobilière des HBNPC) : les loyers de ces logements, à l charge de l'Entreprise, sont payés par ce service.

Traditionnellement, la gestion des retraités et de leurs ayants-droit était confondue avec celle des actifs et assurée par la Direction du Personnel des Houillères de Bassin.

En Juillet 1985, l'individualisation de la gestion des retraités a été amorcée dans le Nord/Pas-de-Calais avec l'idée de faire reprendre par un dispositif administratif constitué à partir de la section "retraites" de la Direction du Personnel des HBNPC, la gestion de l'ensemble des retraités de CdF.

.../...

Selon les dispositions arrêtées en commun par CdF et les HBNPC, il a été décidé à cet effet que :

- le personnel en charge de cette activité à vocation nationale resterait inscrit aux effectifs des HBNPC, sous l'autorité du Directeur Général de ces houillères, le Chef du Service Sécurité Sociale et Retraites Complémentaires de CdF exerçant une autorité fonctionnelle pour fixer le cadre général des droits à prestations ;

- le service ainsi créé utiliserait l'appareil comptable et financier des HBNPC et bénéficierait de son support logistique ;

- les prestations assurées par ce service seraient refacturées aux différents établissements publics, son coût de fonctionnement (charges de personnel , frais de gestion ...) étant réparti entre ces établissements au prorata des prestations payées pour leur compte.

Entre Juillet 1985 et Avril 1987, l'organisation mise en place selon ces orientations, sous le sigle CNGR - Centre National de Gestion des Retraités - a pris progressivement en charge la gestion des retraités des HBCM, de CdF Etablissement Central, du CERCHAR et des ingénieurs retraités de l'ensemble de l'Entreprise. Celle des retraités ouvriers et ETAM des HBL est prévue pour la fin de l'année 1988.

Au 1er Janvier 1988, une nouvelle étape dans l'individualisation du CNGR a été franchie.

Le CNGR a été à cette date rattaché comptablement à l'Etablissement Central. Il a par ailleurs été doté d'une chaîne informatique spécifique, réalisée et traitée par l'organisation informatique centrale de CdF.

.../...

Le CNGR est ainsi devenu aujourd'hui un "service d'intérêt commun" de Charbonnages de France au sens de l'article 27 des statuts de CdF et des Houillères de Bassin, sous la tutelle du service de la Sécurité Sociale et des Retraites Complémentaires de l'Etablissement Central.

Une fois achevé le regroupement de la gestion de l'ensemble des retraités de Charbonnages de France, le montant des prestations gérées par ce centre s'élèvera à près de 3 milliards de francs par an (2 735 MF en 1988).

IV - LE TRANSFERT DE LA GESTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES (ATMP) A L'UNION REGIONALE

Ce point qui, pour l'essentiel, a fait l'objet d'un accord entre les administrations et services intéressés est rappelé pour mémoire.

a) - Les obligations légales des Houillères

En tant qu'employeur, les Houillères doivent assumer les charges relevant de la médecine du travail, et désirent conserver les soins aux blessés jusqu'à la fermeture des puits.

Par ailleurs, à titre dérogatoire, le décret du 18 Décembre 1948 avait confié aux Houillères la gestion du risque des accidents du travail et des maladies professionnelles (ATMP) pour la période d'incapacité temporaire.

La loi du 27 Janvier 1987 et le décret du 27 Mars 1987 ont prévu le regroupement de la gestion de l'ensemble des risques ATMP au sein du régime minier en retenant le 31 Décembre 1988 comme date limite du transfert.

.../...

b) - La situation de fait

Dans la réalité, les Houillères ont débordé le cadre de leurs obligations légales et mis en place des prestations extra-légales (cf. annexe 15) :

. Les activités relatives aux pneumoconioses ont permis de réaliser :

- le suivi et le dépistage systématique des pneumoconioses chez le actifs mais aussi les non actifs ;

- le traitement par aluminothérapie de certains malades.

. Le dépistage de la surdité a été étendu à la population non active qui a exercé des activités reconnues aujourd'hui, par la règlementation, comme susceptibles de provoquer une déficience auditive.

. Une structure de soins a été créée pour les insuffisants respiratoires : l'A.D.A.I.R. (Aide à Domicile aux Insuffisants Respiratoires).

. Les infirmières chargées de dispenser les premiers soins aux blessés ont été orientées vers une prise en charge plus globale, incluant soins et réadaptation.

. Dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, un laboratoire d'analyses médicales a été créé. Il travaille non seulement pour les services médicaux des Houillères mais aussi pour des structures extérieures (SSM, AHNAC).

c) - Les conditions du transfert

L'application de la loi du 27 Janvier 1987 qui prévoit le transfert au régime minier de la gestion de l'incapacité temporaire de travail soulève la question du devenir des équipements et des personnels des Houillères affectés à ces activités dans la mesure où les SSM sont déjà particulièrement bien dotées.

.../...

Le transfert de la gestion du risque a été réglé et a fait l'objet d'un arrêté.

Le seul problème en suspens reste celui de la dévolution d l'ensemble sanitaire qui, pour l'essentiel, est consacré au dépistage et au suivi des pneumoconiotiques mais qui comprend également des installations et des personnels affectés à d'autres activités (accidents du travail, réadaptation, dépistage de la surdité).

Encore que la décision appartienne aux administrations en charge du dossier, il a paru souhaitable d'exprimer en la matière une préférence pour le maintien dans une entité juridique de l'ensemble du service (par exemple l'AHNAC) plutôt que d'en répartir les attributions et les moyens entre plusieurs organismes la création d'un centre d'études de pneumoconiose (CEP) en application du décret n° 56-284 du 9 Mars 1956 et plus particulièrement de son annexe 27, constituerait une réponse bien adaptée à ce problème.

Par ailleurs, l'exemple de l'augmentation des coûts et de la croissance récente des cotisations d'accidents du travail à la charge des entreprises exploitant les mines de fer de Lorraine, alors que la fréquence et la gravité des accidents diminuent, montre clairement les risques de la réforme de la gestion des ATMP L'administration de tutelle devra veiller scrupuleusement à ce que la prise en charge de ce risque par la Sécurité Sociale Minière dans le Nord-Pas-de-Calais ne conduise pas à une augmentation injustifiée des coûts et donc des cotisations de l'employeur.

DEUXIEME PARTIE

Les solutions

La précarité de l'équilibre du compte maladie de la CAN, le déclin désormais rapide de la population minière et la disparition prochaine de l'établissement public des HBNPC n'exigent pas, en elles-mêmes de décisions immédiates.

Mais dès l'instant où il est clair - et chacun en a conscience - que les solutions possibles passent nécessairement par des réformes de structure, notamment des SSM, il serait regrettable que la procédure électorale de renouvellement des conseils d'administration des institutions du régime s'engage, sans qu'une orientation ait été clairement définie et les principales décisions arrêtées.

Or, les responsables du régime et le Gouvernement se sont jusqu'à présent abstenus de définir une orientation, ne voulant décider ni la fin d'un système dont la justification aura bientôt disparu, ni des réformes qui, en le transformant, pourraient en assurer la survie. Pourtant, c'est bien en ces termes, qu'à l'évidence, le choix se présente :

- ou bien organiser au mieux l'adaptation du régime à la régression démographique en sachant qu'à terme plus ou moins rapproché il sera plus expédient, dans le respect rigoureux des droits des mineurs, d'assurer leur prise en charge médicale par le réseau de droit commun (praticiens libéraux, hôpitaux, cliniques), plutôt que de maintenir une organisation sanitaire spécifique dont les coûts augmenteront et l'efficacité ira en diminuant ;

- ou bien conserver le réseau de soins minier en lui assurant une clientèle suffisante, c'est-à-dire en offrant à la population de la région la possibilité de recevoir des soins dans l'ensemble de ses installations.

.../...

Ces deux orientations peuvent donner lieu à des modalités d'application diverses ; les délais de mise en oeuvre peuvent varier, la période de transition entre le régime actuel et le "nouveau régime" peut être plus ou moins longue ; mais il est indispensable que les objectifs soient clairement fixés et par conséquent annoncés dans les délais les plus brefs.

Le véritable choix n'est donc pas entre une attitude passive dont on peut dès à présent mesurer les conséquences et une volonté de réforme, mais entre deux grandes orientations, une gestion ordonnée de la régression démographique, qui conduira logiquement à terme à la disparition de la spécificité du régime et une politique d'ouverture de ses réalisations à l'ensemble de la population, ouverture qui n'a de chance d'aboutir qu'à la condition d'être résolument novatrice.

Quant à l'héritage des attributions des HBNPC, il devra être organisé en tenant compte des solutions qui auront été retenues pour le réseau de soins et de la gestion du risque.

I - LA GESTION DE LA REGRESSION DEMOGRAPHIQUE

La première solution consiste à accepter ou à organiser à terme l'extinction non pas du régime lui-même mais de ses institutions en considérant que la disparition de l'exploitation minière fait perdre toute justification au maintien d'une organisation sanitaire spécifique et "autonome". A cet argument d'ordre logique s'ajoutent deux considérations d'inégale valeur : d'une part la construction juridique du décret de 1946 n'est plus applicable dès l'instant où l'employeur fait défaut ; d'autre part la charge des prestations va incomber de plus en plus au régime général en raison du mécanisme de la compensation démographique ; or, l'organisation actuelle des soins, en raison de sa lourdeur et de la diminution rapide de la population concernée, comporte un risque manifeste de surcoût injustifiable.

A - L'ORGANISATION DU REPLI DU REGIME

Si le Gouvernement considérait que la fin de l'exploitation minière doit conduire progressivement à une "normalisation" de l'organisation de la gestion des risques des anciens mineurs il aurait théoriquement le choix entre deux attitudes :

a) - La voie minimale

Une attitude passive dans la ligne de celle qui a été en pratique adoptée jusqu'à présent n'est pas inconcevable : se fondant sur le principe du décret de 1946, le Gouvernement pourrait estimer qu'il ne lui appartient pas de déterminer les conditions dans lesquelles doivent évoluer les institutions minières dont la gestion a été expressément confiée aux mineurs eux-mêmes, et s'en remettre dès lors aux propositions de leurs représentants. L'administration n'est du reste pas intervenue dans les récentes négociations qui ont abouti à la signature d'une convention d'ouverture expérimentale des oeuvres des SSM entre la CNAM et la CAN.

Dans cette hypothèse, le Gouvernement pourrait se borner à faire savoir qu'il est, pour des motifs financiers, favorable à la fusion d'un certain nombre de SSM, et à souligner que l'impératif de la rigueur financière s'impose au régime minier, comme aux autres régimes de sécurité sociale.

Comme il est peu vraisemblable que les conseils d'administration des SSM, en fin de mandat, s'engagent dans une politique de réforme, - étant donné qu'ils n'ont pas mis à profit les dix huit mois qui viennent de s'écouler pour le faire - il appartiendrait dès lors aux nouveaux conseils de procéder, sous la contrainte financière et budgétaire exercée par la DRASS, à la réduction progressive du réseau de soins.

.../...

L'analyse effectuée dans la première partie montre clairement qu'une telle attitude conduirait rapidement à un dépérissement des institutions locales. La contrainte financière s'exercerait de plus en plus sévèrement - à mesure qu'augmenterait le coût unitaire des soins -, interdirait le renouvellement des équipements restreindrait l'embauche de personnel médical et administratif et entraînerait une résignation qui, à la longue, compromettrait, le fonctionnement des oeuvres.

On a vu en particulier que depuis plusieurs années déjà, de nombreux postes de Directeur, de Sous-directeur et d'Agent comptable sont occupés par des intérimaires : il est à craindre que la perspective d'une réduction de l'activité des caisses, la difficulté des décisions qu'elle implique, la menace d'une fusion spontanée ou imposée des caisses n'achèvent de dissuader les meilleurs candidats de s'engager dans une voie sans avenir.

On peut ainsi facilement concevoir que le rapprochement des échéances et le malaise croissant qui en résulterait, précipiteraient à coup sûr la désagrégation du "réseau de soins".

Il serait alors inévitable que dans le découragement général, l'évolution ne s'effectue d'une manière désordonnée et coûteuse, préjudiciable tant pour la collectivité qui en supporte indirectement la charge que pour les usagers qui risquent d'être affectés par la moindre qualité des soins.

Rien ne serait pire que le laisser faire.

.../...

b) - La gestion ordonnée de la régression

Si les Pouvoirs Publics considèrent que les institutions minières dans leur état actuel n'ont aucune raison de survivre à la disparition de l'exploitation minière, il faut alors l'annoncer et prendre les mesures pour que l'adaptation des moyens aux besoins d'une population déclinante et vieillissante s'effectue d'une manière ordonnée en assurant le maintien de la qualité des soins, et en tenant le plus grand compte de la situation du personnel des SSM.

Cette orientation pose sans doute à terme le problème du sort du régime minier lui-même, c'est-à-dire des modalités administratives et financières de couverture des risques : le problème se situe cependant hors du champ et de l'horizon de ce rapport et justifierait une enquête générale : il n'a pas été examiné.

La gestion ordonnée de la régression constituant une alternative plausible, il convient d'en examiner les modalités et de définir quels objectifs le Gouvernement pourrait proposer aux SSM, quelles mesures devraient être prises, quels pourraient en être les résultats, et de tenter de dessiner, dans cette hypothèse, l'évolution des institutions.

1 - Les objectifs

La définition d'objectifs généraux à moyen terme (de l'ordre de 4 à 5 ans) ne présente pas de difficulté conceptuelle particulière : il s'agit de maintenir les services rendus aux affiliés, au moindre coût, c'est-à-dire d'adapter les structures administratives et sanitaires et les moyens des caisses aux besoins déclinants des affiliés, tout en tenant le plus grand compte des sujétions particulières imposées par la présence d'une proportion élevée de personnes âgées.

.../...

Mais, même si la formulation des objectifs était réduite à ce niveau de généralité, elle n'en constituerait pas moins une novation radicale par rapport aux attentes d'une fraction importante des dirigeants des SSM. Elle paraîtrait, en effet, tourner le dos à la politique "d'ouverture" fréquemment présentée comme une alternative à la régression. Pourtant, cette incompatibilité n'est qu'apparente.

La gestion de la régression peut s'accompagner d'une politique "d'ouverture", mais l'ouverture ne pourra être jugée que sur ses résultats : elle ne peut constituer un alibi pour fixer des objectifs à moyen terme dont la seule véritable justification serait de conserver en l'état des structures d'ores et déjà redondantes, à plus forte raison pour les développer et prendre ainsi un risque supplémentaire d'obérer les finances du régime. Telle qu'elle est aujourd'hui prévue, à titre expérimental, pour trois ans, dans deux des caisses les moins nombreuses de la région (cf. ci-dessous), elle n'est pas de susceptible de modifier la nature des problèmes à résoudre à échéance de la fin de l'exploitation minière.

2 - *Les mesures*

Trois séries de mesures de nature différente devraient dans cette perspective être prises dans les meilleurs délais.

21 - *La réduction du nombre de caisses*

Procéder à la fusion d'un certain nombre de caisses en tenant compte du fait que dans une dizaine d'années le nombre des affiliés aura été divisé par deux et ne représentera plus qu'une centaine de milliers de personnes.

Le choix du nombre de caisses à conserver n'est pas décisif sur un plan purement administratif et financier, on peut estimer qu'il suffirait d'une seule caisse pour gérer la couverture des risques maladie, maternité, décès pour l'ensemble des affiliés du bassin et, dans une perspective à long terme, c'est à cette situation qu'il faudra parvenir ; l'Action Sanitaire et surtout Sociale en revanche requiert pour être efficace une décentralisation et le maintien d'institutions de proximité.

Encore que la possibilité pour les caisses de créer des sections permette de compenser l'éloignement qui résulterait de la centralisation, une mesure trop radicale se heurterait à une vive opposition pour un bénéfice immédiat relativement modeste compte tenu des nombreux problèmes de transition à résoudre ; aussi, cette solution n'a pas été retenue.

Il faut donc s'orienter vers une formule évolutive, une première étape devant impérativement opérer une réduction minimale de 12 à 5 SSM et optimale de 12 à 3 (sans préjudice de rectifications éventuelles des frontières) : cette seconde form plus difficile à faire accepter, aurait le mérite de créer des unités de plus grande dimension (60 à 80 000 affiliés par caisse) et pour cette raison même assurées d'une durée de vie suffisante pour s'organiser et préparer l'échéance plus lointaine d'une deuxième étape. La première formule (5 caisses) pour un bénéfice psychologique de court terme, présente inversement l'inconvénient de conduire à la création d'unités qui, à peine nées, se sauront condamnées à une prochaine fusion

En tout état de cause, la réduction du nombre de caisses manquerait son but si elle ne visait qu'une diminution des coût fixes et des frais de gestion. Son véritable objectif est de permettre une adaptation plus rapide et une meilleure coordination des oeuvres notamment de la médecine du 1er et du 2ème degré et des investissements.

Elle doit s'accompagner d'un véritable programme portant sur l'évolution des moyens et du personnel des caisses et de mesures de gestion d'autant plus faciles à mettre en oeuvre que le nombre de centres de décisions sera réduit.

22 - *La contraction du dispositif des SSM*

La réduction de l'administration proprement dite des caisses devra s'accompagner d'une coordination de la gestion d effectifs administratifs, médicaux et para-médicaux au plan régional. Mais surtout l'organisation des oeuvres devra tenir plus grand compte des coûts. Il conviendra notamment de prévoi

.../...

. le recours à des généralistes à temps partiel ou libéraux chaque fois qu'il en résultera une économie ;

. le regroupement de certaines consultations insuffisamment fréquentées et si nécessaire le regroupement de certains centres de soins ;

. le recours systématique pour certaines spécialités à des praticiens libéraux ;

. l'organisation d'une coopération plus organique entre caisses voisines (interremplacement des praticiens, mise en commun d'équipements, spécialisation des centres de soins, informatique).

D'une manière générale, les caisses devront choisir, à qualité égale, la formule la moins onéreuse.

23 - *Des réformes de structure*

Des réformes de structure devront être programmées et appliquées dans les cinq prochaines années.

En effet, un certain nombre de dispositions qui régissent le fonctionnement des SSM et qui datent d'une époque révolue, obèrent les finances des caisses ou obscurcissent le volet financier des décisions. Il s'agit notamment du statut du personnel et des circuits financiers internes au régime.

Rien ne justifie plus en effet le recrutement des nouveaux agents administratifs, médicaux ou paramédicaux au statut du mineur, en particulier l'assimilation coûteuse du personnel médical et des auxiliaires médicaux aux ETAM ou aux cadres des houillères de bassin.

Par ailleurs, ni la prise en charge de la médecine du premier degré, ni le jeu des différents comptes, ni le circuit des subventions et de la répartition des excédents ne sont adaptés aux exigences de clarté et de simplicité des gestionnaires.

.../...

En troisième lieu, un système de contrôle et d'évaluation des coûts devrait être mis en place. Si, comme il est probable, une comparaison avec les coûts du régime général se révélait difficile, il conviendrait à tout le moins de mettre en place des moyens de comparaison de l'évolution des coûts de diverses SSM. Le rôle de l'UR et de la CAN devrait être, sur ce point, mieux précisé.

3 - *La procédure*

Les responsables du régime devraient être étroitement associés aux réformes, étant entendu que les principales décisions devront être prises avant la convocation du collège électoral pour les élections du printemps prochain.

a) - Il serait naturellement souhaitable que les conseils d'administration des SSM décident d'eux-mêmes des opérations de fusion. Le Ministère de la Santé et le Conseil de la CAN devraient, dans un premier temps, inciter les conseils à prendre des délibérations en ce sens : l'objectif à atteindre (nombre de caisses, calendrier des fusions) devrait faire l'objet d'une réflexion dans le cadre de l'Union Régionale ; la DRASS y serait associée.

Ces opérations devraient se dérouler à l'automne : fixation d'un objectif par l'UR, définition du nombre de caisses, rectification éventuelle de frontières, inscription des projets de fusion à une séance des Conseils d'Administration des SSM avant la fin de l'année.

b) - Dans l'hypothèse ou les Conseils d'Administration - ou certains d'entre eux - ne voteraient pas les fusions, les ministères concernés devraient alors procéder par voie règlementaire en sorte que le renouvellement des Conseils d'Administration en Mars 1989 ne porte plus que sur les conseils des nouvelles SSM.

c) - Dès le printemps 1989, un programme d'adaptation et de mise en commun des moyens des SSM devrait être établi pour cinq ans, en accord avec l'UR et la tutelle (CAN et DRASS) et être

.../...

soumis aux conseils d'administration des nouvelles caisses. En contrepartie, dans la mesure où les SSM s'engageraient à respecter les objectifs du programme, le contrôle de la DRASS pourrait être allégé. Ce programme fixerait des objectifs en matière d'effectifs, d'équipements et d'une enveloppe globale pour le fonctionnement ; il serait aménagé chaque année en fonction de l'évolution de la population prise en charge.

4 - *L'union Régionale*

Les compétences de l'Union Régionale ne seraient pas modifiées : il serait sans doute possible de confier la gestion des allocations familiales aux Caisses d'Allocations Familiales. Mais maintenir l'UR pour les seules rentes d'invalidité (les ATMP vont sensiblement décroître dans les années à venir) et pour l'aide sociale aux personnes âgées ne serait pas une solution rationnelle : l'organisme conserverait en effet des coûts fixes relativement élevés pour une activité faible. De surcroît, le transfert de l'aide sociale aux CAF pourrait comporter des inconvénients psychologiques non négligeables. Aussi cette mesure n'est-elle par recommandée ; en revanche, il faudra s'interroger à échéance de 4 ou 5 ans sur l'opportunité du maintien de deux niveaux administratifs (UR et SSM) dans la région.

5 - *La sauvegarde de la qualité des soins*

La réduction des moyens devra être effectuée en veillant à ce qu'il n'en résulte, autant que faire se peut, aucune modification significative de la qualité et de la continuité des soins ainsi que des aides diverses apportées aux malades et, d'une manière plus générale, aux affiliés.

a) - Pour assurer les contacts avec les affiliés, des sections de caisses seraient créées dont l'objet serait de maintenir des antennes légères de proximité - chaque fois que la densité de la population le justifie -. Ces sections pourraient avoir des compétences et des délégations variables suivant l'importance de la population. Chaque caisse en organiserait la constitution et le mode de fonctionnement (désignation des responsables, pouvoirs, contrôle, etc...).

.../...

Dans un premier temps, pour éviter toute solution de continuité, une section sous une forme à définir pourrait être constituée au siège des anciennes SSM fusionnées.

b) - Il conviendrait chaque fois qu'une réduction du personnel médical interviendrait (médecins, infirmiers, etc...) que la solution de remplacement (recours à des vacataires ou à des praticiens libéraux) apporte, dans la mesure du possible, le même confort aux affiliés (disponibilité et accessibilité des médecins). Il ne devrait pas, sur ce point, y avoir de difficulté majeure puisque dans plusieurs caisses, le remplacement des médecins généralistes est déjà assuré, en partie tout au moins, par des médecins libéraux.

Il est en effet impératif de distinguer clairement les droits des affiliés à la gratuité des soins et au tiers payant et la fourniture des prestations qui peuvent être et sont déjà pour certaines d'entre elles ou dans certaines régions dispensées par des praticiens libéraux.

Par ailleurs, la médecine dite au carnet et qui concerne encore quelques praticiens, notamment dans le Pas-de-Calais, est en voie de disparition. Elle ne devrait plus donner lieu à de nouvelles conventions.

c) - Il va de soi que, quelles que soient les modalités de "dispensation" des soins retenues, les droits actuels (gratuité totale des soins à l'exception du forfait pharmaceutique et de certaines prestations de prothèse dentaire) devront être maintenus.

6 - *La gestion du personnel des Caisses*

a) - Dans la mesure où les départs naturels ou volontaires du personnel administratif des caisses seraient insuffisants pour assurer l'ajustement des moyens aux besoins des affiliés, un plan social devrait être établi et constituer un des volets du programme de cinq ans.

.../...

L'EPIC devrait participer, selon des modalités à définir, au reclassement de ces personnels - du reste assujettis pour la plupart d'entre eux au statut du mineur. Il conviendrait en tout état de cause d'éviter tout licenciement.

b) - En ce qui concerne le personnel médical et para-médical (cf. annexe 13 - la pyramide des âges des généralistes), une incitation au départ vers le secteur privé ou vers le secteur hospitalier (notamment médicalisation des maisons de retraite) devrait être envisagée. Le niveau élevé des rémunérations versées à ces agents par les SSM constitue à l'évidence un obstacle à leur mobilité. Il n'est pas douteux que des solutions spécifiques devraient leur être appliquées : indemnité de départ ou de réinstallation dans le secteur libéral, versement d'une indemnité différentielle. Ces modalités, sans doute coûteuses et qu'il faudra étudier soigneusement avec les représentants des praticiens et des auxiliaires médicaux, sont en tout cas préférables au développement d'un sous-emploi déjà perceptible qui constitue un gaspillage de talents et d'équipements coûteux pour la collectivité, particulièrement regrettable dans une région qui n'est pas favorisée sur le plan sanitaire.

c) - Il serait souhaitable que les représentants des houillères de bassins participent à l'étude de ces mesures de manière à assurer dans de bonnes conditions la période de transition et la mise en place des nouvelles caisses. A cet égard, on peut douter de la nécessité de maintenir des conseils d'administration aussi nombreux dans les SSM (18 membres dont 12 élus par les affiliés et 6 désignés par les houillère de bassin auxquels il faut ajouter les suppléants) et de multiplier les commissions. La réduction à 12 membres (8 et 4), sans doute peu populaire, serait une mesure salutaire. Le nombre des commissions pourrait également être sensiblement réduit.

7 - *Les perspectives à moyen terme*

Ces mesures devraient permettre de réduire progressivement les frais fixes des caisses et d'éviter une croissance insupportable des coûts par affilié.

.../...

Elles se traduiraient probablement pour les affiliés, dans certains cas, par un éloignement des dispensaires ou des centres de soins, une moindre facilité d'accès aux praticiens et il est vraisemblable que d'une manière générale, ce qui constitue l'attrait et la commodité de la formule actuelle, - la proximité et la disponibilité d'un réseau de soins intégré - serait moindre qu'aujourd'hui. Rien ne permet par ailleurs d'affirmer que ces mesures seraient suffisantes pour éviter une hausse des cotisations et/ou une augmentation du ticket modérateur en matière de pharmacie pour les affiliés du régime ainsi que le permet l'article 34 bis du décret de 1946 ni que ces deux mesures, les seules dont disposent actuellement la CAN et l'UR, permettaient de rétablir l'équilibre des comptes : il s'agit cependant d'un problème qui excède la région du Nord-Pas-de-Calais et qui n'est indiqué ici que pour mémoire et pour souligner la nécessité d'une réforme rigoureuse.

On peut en tout état de cause considérer qu'avant 10 ans, dans l'hypothèse retenue - sauf "succès unilatéral" de l'ouverture (cf. ci-dessous) - ce régime aura perdu la plupart de ses caractéristiques actuelles. En effet, dans la pratique, la contraction des services administratifs et médicaux ne peut s'opérer que par étape et lorsque la population d'affiliés chute en dessous de certains seuils critiques, il devient à coup sûr moins coûteux d'avoir recours aux praticiens privés que d'entretenir un réseau de soins surdimensionné et dont les frais généraux ne peuvent plus s'amortir. Cette situation est du reste déjà effective ou en passe de le devenir dans les caisses à faible effectif où le coût de certaines consultations de spécialités largement déficitaires excède sensiblement les recettes, calculées sur le tarif de conventionnement, qu'elles procurent aux caisses.

A échéance de 4 ou 5 ans, qui correspond à l'époque probable de la disparition des HBNPC, un bilan de la réalisation du programme d'adaptation devrait être établi et une réponse apportée aux questions suivantes :

- les mesures prises ont-elles atteint leur objectif de maîtrise des coûts et de maintien de la qualité des soins ?

- peut-on envisager de poursuivre dans cette voie ou faut-il recourir à d'autres solutions (fusion du régime minier dans le régime général) ?

.../...

- les deux niveaux institutionnels (UR - SSM) sont-ils encore justifiés ?

- et, dans l'hypothèse où la solution proposée dans le présent rapport ne serait pas retenue (cf. ci-dessous), comment assurer la gestion paritaire des caisses dès lors que l'employeur a disparu ?

B - L'OUVERTURE DES OEUVRES DU REGIME MINIER AUX AFFILIES DES AUTRES REGIMES DE SECURITE SOCIALE

L'adaptation du réseau de soins minier peut être sensiblement affecté, à échéance de quatre ou cinq ans, par un des volets de ce qu'il est convenu d'appeler "l'ouverture", c'est-à-dire la possibilité pour les affiliés du régime général d'avoir accès à la totalité des services actuellement réservés pour l'essentiel aux affiliés du régime minier.

Le terme "d'ouverture" recouvre des notions souvent mal définies qui, en tout cas, n'expriment pas, d'un interlocuteur à l'autre, les mêmes réalités ni à plus forte raison les mêmes espérances ou les mêmes craintes. Il est donc nécessaire d'en préciser les différents contenus.

a) - les conceptions de l'ouverture

Il faut tout d'abord observer que l'ouverture ne se conçoit que réciproque, c'est-à-dire qu'à la faculté offerte aux assurés du régime général d'avoir accès aux oeuvres du régime minier doit correspondre la faculté pour les affiliés du régime minier d'opter pour la "médecine libérale" ; cette réciprocité peut s'exercer selon des modalités très diverses.

On se bornera à souligner les principales difficultés rencontrées à l'occasion des initiatives qui se sont développées depuis quelques mois en ce domaine.

1°) - Toutes les oeuvres des SSM - à l'exception des pharmacies que leur statut réserve obligatoirement aux seuls affiliés - comme c'est déjà le cas en général pour celles du 3ème degré (cliniques, maisons de retraite) sont ouvertes aux affiliés des autres régimes qui peuvent en bénéficier en conservant les droits qu'ils ont acquis dans leur régime d'origine (libre choix d médecin, paiement à l'acte, ticket modérateur).

Cette faculté de choix serait sans doute appréciée par ceux que l'on appelle les "exclus" du régime minier, anciens affiliés actuellement obligatoirement affiliés au régime général de sécurité sociale : enfants de mineurs handicapés devenus adultes, ayants-droit de mineurs ayant fait valoir leurs droits à une pension du régime général de sécurité sociale, mais qui ne constituent qu'une faible minorité (peut-être une dizaine de milliers de personnes ?).

L'option pourrait être soit permanente (avec possibilité éventuelle de s'adresser directement aux centres de soins) soit au contraire périodique. Dans cette seconde hypothèse, les affiliés du régime général opteraient (chaque année par exemple) pour leur maintien dans le système de soins du régime général ou leur prise en charge par le régime minier (avec obligation de respecter les contraintes du régime pendant une période minimale : consultation obligatoire d'un médecin du premier degré préalablement à toute consultation de spécialiste ou à tout examen). Cette faculté pourrait être assortie ou non du régime du tiers payant.

2°) - L'exercice de la réciprocité par les affiliés régime minier, c'est-à-dire la faculté qui leur serait offerte de recourir à la "médecine libérale" peut également se concevoir de plusieurs manières :

- soit obliger les mineurs à se mettre en congé du régime minie pour une période donnée et les priver alors des avantages du régime (gratuité de soins et tiers payant), formule retenue dans la convention applicable à trois SSM, dont deux dans le bassin minier du Nord/Pas-de-Calais ;

.../...

- soit leur laisser dans les mêmes conditions financières une faculté permanente de choix entre les oeuvres du régime et les praticiens libéraux (avec ou sans institution du tiers payant)

- soit, hypothèse largement théorique, leur conserver le bénéfice de la gratuité lorsqu'ils s'adressent à des praticiens libéraux (sous réserve éventuellement de l'avance de fonds, le paiement à l'acte étant maintenu, la SSM remboursant les actes au tarif de conventionnement).

Quelle que soit la formule retenue, la mise en oeuvre de l'ouverture est subordonnée au double accord, national, de la CAN et de la CNAM, et local, des caisses primaires d'assurance maladie et des SSM concernées.

Dans l'état actuel des négociations entre la CNAM et la CAN, on peut considérer qu'un certain nombre d'options théoriquement concevables sont irréalistes, notamment l'abandon du paiement à l'acte avec ou sans tiers payant pour les affiliés du régime général et inversement le maintien du bénéfice de la gratuité pour les mineurs en congé de leur régime.

b) - Les limites de l'ouverture

Dans tous les cas, le problème des conditions financières du choix est décisif (tiers payant et taux de remboursement) et il est de ce fait malaisé de mettre en oeuvre un compromis acceptable pour toutes les catégories d'acteurs.

1°) - Pour les SSM, il serait difficile d'accepter de laisser à leurs affiliés le choix de la pratique libérale sans pénalisation financière, étant donné les coûts fixes de leurs réseaux de soins. Du reste (cf. 1ère partie) la liaison entre gratuité et recours exclusif aux oeuvres du régime est dépourvue d'ambiguité. Aussi, les caisses considèrent-elles implicitement que l'ouverture constitue essentiellement un moyen d'augmenter leur clientèle, ou plus exactement de compenser la diminution de leurs affiliés par un apport de patients du régime général.

2°) - Pour les affiliés du régime minier, la pénalisation financière , contrepartie de la liberté de choix, serait fortement dissuasive dès l'instant où la mise en congé du régime serait durable.

3°) - Pour les praticiens libéraux, l'ouverture conçue dans des conditions financières inégales apparaît nécessairement comme largement illusoire puisque les risques de perdre une fraction de leur clientèle sont beaucoup plus élevés que les chances d'en gagner une nouvelle. Il est clair en effet que les risques de l'ouverture, telle qu'elle est conçue actuellement par les responsables du régime minier, - si elle doit produire des effets -, sont presqu'entièrement à sens unique.

4°) - A ces difficultés psychologiques et financières s'ajoutent celles qui sont nées et peuvent résulter de la politique d'équipement des oeuvres. Depuis de nombreuses années, les oeuvres ont continué de s'équiper - souvent légitimement - pour offrir à leurs affiliés des instruments modernes d'investigation et d'analyse et améliorer la qualité des "plateaux techniques" des centres de soins, mais parfois aussi sans tenir compte des perspectives démographiques. Or, l'ouverture ne peut correspondre aux voeux des SSM que si une politique de modernisation est maintenue, voire développée, si la demande adressée au réseau minier augmente.

A l'inverse, les praticiens libéraux admettent difficilement que les caisses qui disposent de capacités d'investissement relativement larges tirent argument de l'ouverture pour développer une offre de soins déjà jugée excessive.

Ce débat s'inscrit clairement dans une conception concurrentielle de l'offre de soins, définie comme telle par le secteur libéral et le secteur minier. Or, l'arbitrage entre les "contraintes du marché" et les impératifs d'une gestion à caractère quasi public n'est pas aisé. Pour que cette concurrence s'exerce

.../...

dans des conditions satisfaisantes, il faut ménager aux SSM une souplesse d'adaptation et ne pas les enfermer dans le cercle vicieux où leurs demandes d'équipements seraient strictement subordonnées à l'augmentation de la demande en provenance des affiliés du régime général, puisqu'aussi bien cette demande ne se manifestera effectivement que si l'offre est suffisamment attrayante.

Inversement, il est indispensable de modérer les ambitions de certaines caisses qui, sous couvert de modernisation sont tentées de s'engager dans des dépenses d'équipements incompatibles avec le déclin prévisible du nombre de leurs affiliés sans tenir suffisamment compte par ailleurs des capacités offertes par les caisses voisines.

Ce point est loin d'être mineur puisqu'aussi bien il a été au centre des discussions - et longtemps du désaccord - entre la CAN et la CNAM.

c) - Le projet actuel d'une expérience limitée

Dans le projet actuel, qui ne concerne dans le Nord/Pas-de-Calais que deux caisses (Dourges et Bully-Grenay), c'est la solution minimale qui a été envisagée :

. accès des assurés du régime général aux oeuvres minières avec maintien des règles du régime général ; obligation pour le mineur qui opte pour le secteur libéral de se mettre en congé de son régime et par conséquent de perdre tous les avantages financiers qui y sont attachés (gratuité, tiers payant).

Autant dire que l'ouverture apparaît pour l'essentiel comme une tentative de compléter la clientèle des oeuvres du régime.

De plus, on peut raisonnablement penser que l'opération - sauf à imaginer un attrait soudain des réseaux miniers pour la population générale - sera d'une ampleur limitée et qu'elle ne devrait déplacer qu'un nombre restreint de malades.

.../...

En tout état de cause, elle est tentée à titre expérimental pour trois ans et ne devrait pas être étendue à d'autres SSM avant cette échéance. Donc, à court terme, l'incidence de l'ouverture sera pour l'ensemble de la région modeste.

Mais, en supposant que l'expérience soit couronnée de succès, dans l'acception minière de ce terme, c'est-à-dire qu'elle déplace un nombre significatif de malades - relativement à la population qu'elle peut concerner - vers le réseau minier, et, sous réserve qu'elle ne soulève pas alors et pour cette raison l'hostilité des praticiens libéraux, qu'elle donne lieu à généralisation, les problèmes du régime minier ne seraient pas pour autant résolus.

On s'orienterait en effet vers une situation dans laquelle à terme la "clientèle minière" deviendrait minoritaire ; la clientèle non minière représenterait rapidement une très forte minorité puis deviendrait majoritaire ; il faudrait alors s'interroger sur la justification de maintenir au régime minier ses particularités, voire son autonomie.

Une évaluation sommaire permet en effet de donner un ordre de grandeur de la dimension du problème :

Pour compenser la fonte naturelle des affiliés du régime minier, en supposant qu'il n'y ait aucune "fuite" au bénéfice des praticiens libéraux, un transfert de 100 000 patients serait nécessaire dans les dix à douze ans à venir.

Inversement, les praticiens libéraux dont l'effectif continue d'augmenter verraient dans l'hypothèse probable de la stagnation de la population totale du bassin, leur clientèle diminuer chaque année en moyenne de l'ordre de 1 % (beaucoup plus pour certains d'entre eux).

Un tel transfert serait à coup sûr générateur de tensions, même s'il devait s'accompagner du renouvellement d'une partie du corps médical minier par recrutement de jeunes médecins et par conséquent alléger par la même la "pression démographique" dans le secteur libéral.

Ainsi, à échéance, ou bien l'ouverture sera sans grande portée pratique et le régime minier devra faire face aux problèmes d'aujourd'hui - aggravés par le temps - ou bien l'ouverture aura entraîné un transfert de clientèle significative et la spécificité du régime sera remise en question.

.../...

II - LA RENOVATION DU "SYSTEME MINIER"

A - LES INSUFFISANCES DE LA CONCEPTION ACTUELLE DE L'OUVERTURE

Dans l'état actuel des projets, l'ouverture, même si elle devient effective, n'est pas de nature à modifier de manière significative l'avenir à court terme du réseau de soins de la région. Aux difficultés annoncées, s'ajoute un conflit idéologique où s'affrontent deux conceptions de la médecine.

- d'un côté, une médecine salariée "forfaitaire" où la prise en charge du malade est assurée par une organisation à laquelle il se confie et qui limite strictement, voire abolit sa liberté de choix et d'où la relation d'argent entre le praticien et le patient est exclue ;

- de l'autre une médecine libérale où le malade conserve en permanence, moyennant une relation "financière" avec le médecin, sa liberté de choix.

Cet affrontement ne fait qu'obscurcir un problème de fait sans pour autant apporter une contribution positive au problème de fond il est en effet impossible de démontrer que l'un des deux "systèmes" est supérieur à l'autre ou qu'il assure une meilleure qualité de soins ou qu'il est moins coûteux ; ceci pour plusieurs raisons :

. la mesure de l'efficacité d'un système de soins se heurte à des difficultés méthodologiques évidentes ; de plus, la pratique de la dotation globale hospitalière rend (au moins provisoirement) toute comparaison financière des deux "systèmes" incomplète et contestable.

. les difficultés, notamment financières, du régime général son suffisamment connues pour qu'il soit inutile de les rappeler.

. le régime minier recourt marginalement au secteur privé ou public ; s'il devait être "autosuffisant" son coût serait san doute prohibitif.

.../...

. l'incapacité du régime minier à se réformer et ses nombreuses pesanteurs - dans sa forme actuelle -, quelles que soient par ailleurs ses incontestables qualités, ne plaident pas en faveur de son exemplarité.

Ainsi, le débat sur l'ouverture révèle un triple conflit doctrinal, éthique et économique, qui s'exprime en termes d'offre de soins concurrentielle. Mais si le débat doctrinal ne peut être tranché - au nom de qui ou de quoi s'ériger en arbitre ? - le débat économique et financier mérite une plus grande attention : il est en effet inévitable qu'à mesure que la population minière décroîtra, l'offre de soins constituée par les médecins, le personnel soignant et les équipements du régime, actuellement réservée à la seule population minière, viendra d'une manière ou d'une autre s'ajouter à l'offre "libérale ou publique".

En effet, à moins que les médecins du régime minier - dont la majeure partie est relativement jeune (cf. annexe 13) quittent la région, ce qui est peu vraisemblable, ou demeurent durablement sous-employés, ce qui serait inacceptable, l'offre de soins qu'ils représentent s'adressera, à mesure que leur clientèle statutaire diminuera, à la population des affiliés des autres régimes :

. soit que le régime minier s'ouvre à d'autres que ses affiliés

. soit que ces médecins quittent totalement ou partiellement les SSM et exercent tout ou partie de leur activité dans le secteur libéral.

Pour les praticiens libéraux, l'évolution du régime minier - maintien du statu quo ou bien ouverture-sera à la longue relativement neutre sur l'offre de soins.

Sans doute, le problème de l'ouverture ne concerne pas que les médecins mais s'agissant des autres praticiens et des auxiliaires médicaux, les conflits et les tensions sont beaucoup moins aigus pour diverses raisons :

. s'agissant des dentistes, la plupart des cabinets sont déjà ouverts (cf. 1ère partie) et un certain nombre de dentistes libéraux sont agréés par les caisses : dans de nombreux cas, il n'y aurait pas novation par rapport à la situation actuelle.

.../...

. Quant aux auxiliaires médicaux, la nature des relations entre ceux qui appartiennent au secteur libéral et ceux qui appartiennent au secteur "salarié", ne paraît pas en général de nature conflictuelle.

. en ce qui concerne les infirmières, la "concurrence" entre le secteur libéral et le secteur salarié est loin d'avoir la même ampleur et la même signification qu'en ce qui concerne les médecins.

. quant aux masseurs-kinésithérapeutes, ils exercent pour la plupart d'entre eux leur activité dans des établissements de soins déjà ouverts aux affiliés du régime général ; par ailleurs, le vieillissement de la population entraîne un accroissement des actes des auxiliaires médicaux plus rapide que celui des actes médicaux proprement dits.

B - UNE REMISE EN CAUSE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'OUVERTURE

Ces considérations conduisent à tenter de poser le problème du devenir du réseau de soins minier non en termes d'affrontement de deux conceptions de la pratique médicale ou de concurrence sur le marché de la santé, mais d'une manière empirique qui peut être formulée de la manière suivante :

Il existe un réseau de soins chaque jour un peu plus excédentaire, qui a montré sa capacité à satisfaire une population nombreuse et qui comporte indiscutablement pour les patients un certain nombre d'avantages ou de points positifs par rapport à la médecine libérale notamment pour les personnes âgées (passage obligatoire par un généraliste - qui exclut l'autodiagnostic - dossier médical unique, rassemblement dans un même lieu des spécialistes et des moyens d'investigation, plus généralement prise en charge totale du patient par une organisation).

Dans une période où le problème du "système de soins" fait l'objet de réflexions nombreuses et diverses, il serait regrettable qu'un réseau existant, le seul en France de cette importance, soit voué au dépérissement et ne puisse être adapté aux besoins de la population dans son ensemble sans provoquer un conflit ouvert avec le régime général de sécurité sociale et les praticiens libéraux.

.../...

L'acceptation, tant par les représentants du régime minier - convaincus de la précellence de leur organisation - que par les médecins libéraux - fidèles à leur doctrine d'une concurrence ouverte "à égalité de chances" - ne constitue dans les circonstances actuelles qu'une attitude conventionnelle. En effet, le concept même de concurrence dans un domaine où l'offreur (le praticien, l'établissement) n'a qu'une obligation de moyens, où du côté de la demande l'information est plus qu'ailleurs incomplète et souvent erronée, où la relation entre le coût (cotisation) et la dépense est inexistante, à tout le moins mal perçue, est vidé d'une partie de son contenu.

La notion même de l'égalité des conditions de l'offre pour le patient est presque toujours dépourvue de signification : s'il peut comparer des prix pour des actes relativement simples - il n'est pas incité de le faire lorsque les soins sont intégralement pris en charge par un tiers - il n'est que rarement en mesure d'apprécier "la qualité" de la prestation notamment le nombre d'actes et l'étendue des prescriptions qui lui sont imposées, sans parler du diagnostic ou du choix des thérapeutiques.

Il faut donc dépasser ou contourner l'obstacle d'une contradiction insoluble entre un discours qui s'abrite sans illusion derrière le faux semblant du marché et une réalité dominée par deux organisations, juridique et administrative, et deux faisceaux d'intérêt difficilement conciliables. L'asymétrie inévitable des conditions de l'ouverture sous la forme retenue ne fait qu'illustrer cette difficulté et les conventions actuellement envisagées ne paraissent pas de nature à résoudre le problème de la coexistence de deux modalités alternatives d'exercice de la médecine.

On observera au reste que si cette ouverture était conçue dans un esprit de stricte neutralité financière pour les patients, elle manquerait son but de la même manière puisqu'il serait alors peu probable qu'elle entraîne un déplacement net de clientèle dans le sens souhaité.

.../...

C - UNE REFORME EN PROFONDEUR DU SYSTEME MINIER

Certaines des personnalités consultées ont fait observer, - et chacun pourrait inférer de cette analyse - que la "clé de l'ouverture" réside dans une modification des relations entre le régime général de sécurité sociale et les praticiens libéraux. Ainsi, par exemple, la création d'un réseau de soins coordonnés, à partir des institutions minières, comme il en existe dans certains pays étrangers, serait une réponse satisfaisante aux préoccupations exprimées. Une telle solution n'a pas été retenue parce qu'elle n'aurait pu se fonder que sur une analyse du régime général de sécurité sociale, ce qui aurait excédé les limites du présent rapport ; il serait de surcroît difficilement concevable de suggérer de régler un problème particulier et localisé par une réforme générale à laquelle au demeurant les institutions concernées ne paraissent guère disposées.

Ainsi limitée au cadre étroit imposé par l'exercice, la solution ne peut résider que dans une adaptation réciproque des deux systèmes aux contraintes de l'autre, la "mise en perspective" du régime minier permettant, au demeurant, de relativiser l'enjeu de débats, majoré par l'urgence des décisions à prendre.

Cette solution doit satisfaire à deux conditions :

. le maintien des avantages liés à l'existence d'un réseau de soins, offrant aux patients un ensemble cohérent et complet de praticiens et d'équipements ;

. un effort de rénovation interne visant à atténuer le particularisme de ce réseau.

En d'autres termes, il ne paraît pas possible de maintenir dans sa forme et sa structure actuelles un réseau de soins dont la survie n'est possible à moyen terme que s'il s'adresse à une clientèle pour laquelle il n'est pas conçu. A long terme, si le réseau de soins devait être maintenu en l'état, il serait essentiellement financé par la CNAM au titre de la compensation démographique. Il serait alors indispensable, tout en en maintenant l'esprit et les principes, de réexaminer une organisation conçue et mise en oeuvre à l'apogée de l'exploitation minière.

.../...

a) - Le renoncement à la médecine de caisse

Ce raisonnement conduit à établir une distinction entre d'une part la gestion de la couverture du risque maladie des mineurs et d'autre part la gestion du réseau de soins existant.

Pour remplir une fonction générale, ce réseau de soins doit être en effet progressivement dégagé de son particularisme minier et le principe de l'ouverture doit s'appliquer aussi à la gestion, c'est-à-dire concerner d'autres partenaires institutionnels ainsi que, plus largement, aux praticiens du secteur privé.

A ces considérations de fond s'ajoutent deux considérations de fait.

S'il est difficile de porter un jugement sur l'image du régime de soins minier à l'extérieur du monde de la mine, le fait que le réseau de soins apparaisse comme celui d'une profession et comme la "propriété" des mineurs constitue certainement un obstacle à l'ouverture, même si l'inconfort et l'austérité administrative, voire militaire, du régime, dans certains de ses aspects, ont disparu.

Par ailleurs, la localisation du réseau de soins minier est imparfaitement adaptée à celle de la population générale du bassin.

b) - La rationalisation de la gestion

Ces considérations conduisent à mettre en doute la capacité des institutions actuelles dont le degré d'autonomie est élevé et la coordination insuffisante à prendre en compte dans leurs décisions de gestion et d'équipement, les données démographiques générales dans les dix prochaines années.

.../...

A cette difficulté, la réduction du nombre des SSM n'apporte qu'une réponse partielle et sans doute très insuffisante la constitution d'unités plus importantes et assurées d'une plus grande durée, permettra sans doute une diminution des coûts - pour autant que les décisions nécessaires seront prises - elle ne résoudra pas le problème de la prise en compte des "besoins de la population générale" puisque d'une certaine manière elle confirmera "le particularisme minier".

Il n'est pas douteux en particulier, que l'arbitrage inéluctable de la DRASS ne pourra se fonder, dans cette hypothèse, que sur les besoins des affiliés du régime, corrigé par les résultats de l'ouverture qui, on l'a vu, pendant trois ans, ne seront de nature à modifier que la situation de deux petites SSM.

Or, le gel de l'équipement des SSM signifierait, à terme, la condamnation des centres de diagnostic qui, au rythme actuel du progrès technique, seraient rapidement dévalorisés pour certaines spécialités. Inversement, la mise à niveau permanente de l'équipement des centres est sans doute dans la pratique indissociable d'un certain développement de leurs capacités d'accueil. En effet, le remplacement à l'identique d'un matériel usagé est, en général, impossible en raison de l'apparition sur le marché d'appareillages plus performants, plus spécialisés et dont la capacité est en général supérieure à ceux qu'ils ont pour objet de remplacer.

Dans un domaine où l'innovation est quasi permanente et où des "générations entières d'équipement" peuvent se trouver déclassées avant d'être amorties, le gel de l'investissement constitue une procédure délicate à gérer si on veut éviter qu'elle ne soit anormalement pénalisante et le regroupement des SSM à lui seul ne suffirait pas à résoudre cette difficulté.

De la même manière, la gestion du personnel médical et para médical s'effectue malaisément dès qu'il faut déborder le cadre budgétaire de chacune des SSM, à plus forte raison lorsqu'il faut prendre en considération les besoins de la région dans son ensemble (médecine scolaire, médicalisation des établissements de retraite) qui ne sont pas toujours convenablement assurés : les conventions qui peuvent être passées ou qui sont passées individuellement par chacune des caisses ne peuvent constituer à cet égard que des palliatifs.

.../...

A terme plus éloigné, il paraît difficilement concevable que sur un plan purement pratique le réseau de soins du régime minier qui comptera de moins en moins d'affiliés et, en tout état de cause, si l'ouverture réussie de plus en plus de "non mineurs", soit géré exclusivement par les représentants d'une population dont l'importance ira en décroissant d'année en année et dont l'âge moyen s'élèvera inexorablement.

c) - Le principe de la séparation des fonctions

Pour cet ensemble de raisons, il est nécessaire pour assurer la pérennisation du réseau de soins de poser dès maintenant le principe d'une séparation de la gestion du risque maladie et de la gestion du réseau de soins.

La gestion du risque maladie devrait incomber à une ou plusieurs caisses au sens habituel du terme, c'est-à-dire à un ou plusieurs organismes dont la mission serait de recevoir des cotisations, de payer des prestations, d'en assurer le contrôle et de participer au financement de l'action sanitaire et sociale en faveur de ses affiliés.

Les SSM fusionnées continueraient d'assurer ces fonctions. Il est clair que leur nombre devrait être très sensiblement réduit à terme, une seule caisse devrait être maintenue.

La gestion des oeuvres des sociétés, c'est-à-dire de ce qui constitue le réseau de soins et qui relève naturellement de la compétence d'organismes distincts des caisses (mutuelles, établissements publics, associations, sociétés professionnelles, etc...) serait confiée à un ou plusieurs organismes de ce type.

L'objectif serait alors de faire gérer l'ensemble des oeuvres et du personnel médical et para-médical par une entité juridique distincte des caisses, soit une fédération des caisses à l'instar de l'UR, soit de préférence une association constituée à l'origine entre les SSM qui lui apporteraient leurs actifs

.../...

sanitaires et à laquelle seraient conviés à participer les représentants du régime général d'assurance maladie ainsi qu'éventuellement des représentants d'autres régimes de sécurité sociale ou d'autres institutions : la mutualité par exemple dont c'est la vocation. Cette association pourrait exercer tout ou partie de son activité en application de l'article L 264-1 du code de sécurité sociale et du décret 84-485 du 22 Juin 1984, ce qui faciliterait ses relations financières avec les SSM.

d) - Les modalités de la séparation des fonctions

Il ne saurait être question d'entrer ici dans le détail ni dans le calendrier d'une telle opération dont le principe est simple, mais dont les modalités d'application peuvent revêtir des formes variées et évolutives.

En revanche, on peut identifier les principales mesures qui devraient être prises :

. A l'objectif de régression ou de gel des équipements, substituer un programme d'adaptation défini en accord avec les administrations et les instances locales compétentes.

. Organiser sur des bases nouvelles les relations avec les médecins libéraux.

La création d'une association distincte des SSM tenue de fonctionner dans des conditions de droit commun devrait à cet égard désarmer les critiques souvent articulées des privilèges de la mutualité. Tenue d'équilibrer strictement son budget l'Association serait nécessairement incitée à se garder d'une politique de suréquipement. Elle serait notamment obligée, sauf si la demande de soins s'accroîssait sensiblement, de renoncer dans certaines circonscriptions à la médecine salariée chaque fois que la densité de la population ne justifie plus ce type d'organisation.

.../...

. D'une manière générale, l'Association devrait ouvrir plus largement ses centres de santé aux praticiens libéraux rémunérés à l'acte, de manière à assurer le plein emploi de ses équipements.

Les conditions de recrutement et de rémunération des médecins salariés ainsi que des auxiliaires médicaux devraient être sensiblement différentes du régime actuel. Le statut du mineu devrait être abandonné et s'inspirer des pratiques des associations de droit commun. Il va de soi que les avantages acquis seraient maintenus au personnel en place. Difficiles à mettre en oeuvre dans le cadre juridique actuel, ces aménagements qui consacreraient la rupture avec des pratiques et des comportements surannés trouveraient aisément leur place dans une entité juridique distincte des caisses.

. La gestion de cette association pourrait être assurée par une partie du personnel actuel des SSM. Les nouvelles perspective ouvertes par la réforme devraient faciliter, en tant que de besoin, un recrutement de qualité.

. Une telle centralisation, parfaitement compatible avec la prise en compte des besoins locaux puisque les SSM et leurs sections continueraient d'assurer une liaison étroite avec le affiliés, devrait s'accompagner d'une plus grande liberté de gestion et notamment d'un allègement de la tutelle de la DRAS puisqu'aussi bien l'équilibre budgétaire de l'association devrait être respecté.

. L'association serait ainsi mieux armée pour passer des conventions avec les caisses primaires d'assurance maladie ainsi qu'avec tous autres organismes intéressés (ministères, collectivités locales) pour assurer des missions d'intérêt local ou régional pour lesquelles les solutions actuelles sor insuffisantes ou mal adaptées (médecine scolaire, médicalisation des maisons de retraite).

e) - La procédure

La mise au point d'une organisation de ce type ne peut êtr imposée par les Pouvoirs Publics qui ne disposent à cet effet que de moyens indirects et négatifs (limitation du budget, des recrutements et des investissements).

.../...

Au demeurant, il serait contraire à l'esprit même qui a présidé à la création du régime, de vouloir imposer une solution de ce type : elle ne peut résulter que des décisions des Conseils des SSM et de l'UR.

En tout état de cause, des formules de transition sont, dans un premier temps, concevables :

Il est possible notamment que le projet d'une association unique pour la région soit, au moins à court terme, rejeté par les intéressés et qu'il soit nécessaire de passer par des formules moins ambitieuses qui consisteraient pour plusieurs SSM dans un premier temps, à mettre en commun, leurs moyens. Pour imparfaites qu'elles soient, ces formules représenteraient une avancée dans la direction souhaitée.

Il n'est pas douteux cependant que quelle que soit la formule retenue la participation même très minoritaire du régime général et, le cas échéant, d'autres institutions, constituerait un pas décisif dans la "rénovation" du régime. Elle serait le gage d'une coopération indispensable et permettrait une meilleure orientation des moyens vers la couverture de besoins actuellement insatisfaits, notamment de la médicalisation des maisons de retraite, le maintien à domicile des personnes âgées.

Le partage entre ce qui relèverait de "l'association" et ce qui serait conservé au sein des SSM (oeuvres du 3e degré, action sociale) ne peut être a priori effectué. Il devra faire l'objet d'un large échange de vues avec les intéressés et d'un calendrier indicatif. On se bornera à observer qu'en tout état de cause, les pharmacies en raison de leur statut quasi mutualiste ne peuvent délivrer de médicaments qu'aux adhérents des SSM et par conséquent ne seraient pas éligibles à la réforme suggérée (sauf à les regrouper dans une société mutuelle ad hoc). Il est probable qu'à terme un certain nombre d'entre elles, compte tenu de la diminution de la population minière, devront disparaître.

.../...

Cette construction modifierait radicalement le "problème de l'ouverture" qui serait facilité par l'existence d'une structure juridique distincte des SSM. Cette structure pourrait en effet accueillir en son sein des représentants d'autres institutions notamment du régime général de sécurité sociale, sans pour autant retirer aux affiliés du régime minier le pouvoir qui leur revient légitimement dans la gestion des oeuvres, tant qu'ils en demeurent les usagers majoritaires. La présence à leur côté - minoritaire encore pendant plusieurs années - de représentants du régime général et d'autres institutions assurerait la prise en compte de besoins de toute la population et une transition souhaitable vers une situation ou les anciens mineurs ne seront plus qu'une faible minorité dans la région.

En outre, même en retenant l'hypothèse la plus défavorable d'un échec de l'ouverture, la gestion centralisée d'un système de soins permettrait une meilleure gestion de la régression du régime, une meilleure coordination des investissements, un meilleur emploi des praticiens et du personnel et sans doute d'appréciables économies.

f) - Limites des pouvoirs de la tutelle

1 - L'autonomie des S.S.M.

Si,ni les caisses, ni l'Union Régionale ne parvenaient à mettre sur pied une structure commune, il faudrait alors s'interroger sur la capacité des Pouvoirs Publics d'imposer une telle solution par voie règlementaire.

Il serait naturellement possible juridiquement de décider la fusion des 12 SSM du Nord/Pas-de-Calais en une seule puisqu'aussi bien le décret de 1946 donne aux ministres intéressés le pouvoir de définir les circonscriptions d'action des caisses.

Une telle mesure, qui s'imposera inévitablement à terme dans la perspective de la gestion du déclin du régime, présenterait sans doute des éléments positifs en ce qui concerne la gestion ; elle serait cependant à la fois très mal reçue par les représentants des affiliés et sans doute dissuasive en ce qui

.../...

concerne l'ouverture dans la mesure où, en l'absence d'une séparation entre la gestion du risque et la gestion des oeuvres, elle manifesterait la volonté de pérenniser le régime minier dans sa structure et ses particularités actuelles.

En pratique, il ne paraît pas concevable d'obliger les caisses à confier la gestion de leurs oeuvres à une entité commune ou à abandonner les prérogatives dont elles disposent en application du code de la mutualité et du décret de 1946 sur le régime minier en ce qui concerne la propriété et la gestion des oeuvres qu'elles ont créées.

Le caractère très particulier des SSM qui relève à la fois du code de la mutualité et du code de la sécurité sociale rend toute intervention autoritaire des Pouvoirs Publics non seulement difficile mais probablement contraire à l'esprit même qui a présidé à la constitution du régime minier.

Par ailleurs, la collaboration des institutions du régime général de sécurité sociale ne peut être considérée comme acquise.

2 - *Les autres solutions*

L'exploration des solutions théoriquement possibles conduit à mentionner la possibilité de création d'un établissement public régional qui regrouperait l'ensemble des oeuvres. Une telle formule aurait incontestablement l'avantage de créer une structure d'accueil clairement définie à laquelle pourrait participer le régime général de sécurité sociale, les collectivités locales, voire la mutualité. Les modalités juridiques de création d'une telle structure n'ont cependant pas été examinées de manière approfondie en raison de la novation qu'elle constituerait dans notre système social. Un tel projet ne pourrait être envisagé qu'après une étude qui incombe au ministère des affaires sociales et au régime général de sécurité sociale et qui excède très largement le cadre du présent rapport. Il ne pourrait sans doute être mis en oeuvre que par une disposition législative.

.../...

Dans une perspective voisine, la disparition des HBNPC pourrait être l'occasion d'une remise en cause de la gestion bipartite (organisations syndicales-exploitants) du régime dont on peut considérer qu'elle n'a plus de raison d'être dès l'instant où une des deux parties a disparu. Si cette voie était suivie, elle consisterait à modifier radicalement le système en vigueur dans le Nord-Pas-de-Calais, la solution la plus simple consistant alors à confier la gestion du risque maladie aux caisses du régime général et les oeuvres à une nouvelle entité juridique (association, établissement public).

g) - La responsabilité des dirigeants du régime

En pratique, la réforme en profondeur du régime minier, à l'échelon régional, requiert d'une part un accord suffisamment large des responsables du régime, d'autre part la collaboration des représentants du régime général (ce qui signifie au moins la neutralité des praticiens libéraux).

Mais dans un premier temps, seul l'accord des responsables du régime importe et il n'est pas nécessaire d'engager des négociations avec la CNAM ou les CPAM pour définir une orientation qui se justifie même si on ne prend en compte que l'avenir du régime minier : si une politique de large ouverture échouait et s'il fallait se résoudre à la gestion du déclin démographique, la formule de la séparation du risque et des oeuvres constituerait un progrès par rapport au maintien du cadre actuel.

Comme il est peu probable que dans les délais requis, c'est à-dire avant la fin de l'année 1988, les intéressés aient arrêté leur position et toutes les décisions nécessaires aient été prises, il sera nécessaire, à titre conservatoire de réduire le nombre des SSM (3, 4 ou 5) et d'informer leurs conseils d'administration du choix qui s'offre, soit d'accepter une réduction progressive de leurs moyens qui, en tout état de cause, leur sera imposée par la DRASS, soit de définir le principe d'une mise en commun progressive des oeuvres, passant par une séparation de la gestion du risque maladie et du réseau de soins.

.../...

Il est probable qu'un tel projet de réforme, même dans sa version évolutive, se heurtera à un certain nombre d'oppositions. Il devrait en revanche trouver des appuis au sein des conseils eux-mêmes, auprès du personnel médical et non médical, des SSM. La détermination des Pouvoirs Publics constituera à coup sûr une forte incitation. On peut penser en effet que l'amalgame trop souvent fait entre les droits des mineurs et l'organisation du régime ne pourra longtemps constituer un programme d'action.

III - LA GESTION DES PRESTATIONS EN NATURE DES RETRAITES DES HBNPC ET LA REPRESENTATION DE L'EMPLOYEUR APRES LA DISPARITION DE L'EPIC

a) - L'autonomie du CNGR

La formule mise en place par CdF et les Houillères de Bassin pour assurer la gestion des prestations en nature dues aux retraités et qui consiste à confier à une unité administrative (CNGR) l'ensemble des tâches de l'espèce paraît correctement adaptée à la nature des opérations et aux besoins des intéressés.

Cependant, l'évolution du service vers une entité juridique autonome paraît souhaitable pour plusieurs raisons :

- Une individualisation comptable des prestations et des dépenses de fonctionnement.

- La personnalisation de l'administration qui demeurera longtemps après la disparition des HBNPC et ultérieurement des autres houillères en relation avec les bénéficiaires des avantages (anciens mineurs et leurs ayants-droit).

- La représentation de l'employeur dans les différentes instances sanitaires et sociales qui se trouveront en face d'un vide juridique et dans l'incapacité de fonctionner après la disparition de l'EPIC (AHNAC, SSM, UR) et qui pourrait être confiée à cet organisme. Une solution alternative, fusion des

.../...

HBNPC (ou dévolution à CdF des obligations patronales des HBNPC) qui peut présenter une justification dans d'autres domaines (en particulier gestion du domaine des HBNPC, opérations de liquidation), serait peu satisfaisante en matière sociale en raison de l'éloignement non seulement physique mais également "moral" de CdF à l'égard de pensionnés qu'il n'a jamais directement gérés.

En ce qui concerne particulièrement l'AHNAC, il serait souhaitable que le transfert au CNGR de la participation des HBNPC dans cette association s'accompagne d'un désengagement partiel des houillères et qu'une place plus grande soit réservée à des partenaires "extérieurs" : institutions de sécurité sociale, collectivités locales, mutualité, puisqu'aussi bien la clientèle des cliniques qu'elle gère, qui participent déjà au service public, sera de plus en plus étrangère à la mine.

- La prise en charge éventuelle des prestations aux retraités d'autres entreprises minières ayant cessé toute exploitation dan la mesure où une telle solution pourrait paraître, pour des raisons de fait, compétence juridique et administrative de l'organisme, préférable à celle de la CAN.

L'avenir du CNGR excède le cadre de la région mais la disparition des HBNPC doit être l'occasion de donner un statut définitif à un organisme dont l'activité concernera pendant plusieurs années pour l'essentiel les retraités du bassin et qui de surcroît est situé dans la région.

Dans l'état actuel de la législation, lorsque l'exploitation minière sera réputée achevée, le paiement des prestations aux retraités des HBNPC et à leurs veuves incombera à la CAN en application des lois n° 51-347 du 20 Mars 1951 ainsi que des décrets pris pour son application et n° 70-1283 du 31 Décembre 197 (cf. 1ère partie).

et le change Stat. CNGR... et les prestations en nature ?

Or, la CAN n'a ni les moyens ni les informations nécessaires pour procéder à la liquidation des droits des anciens mineurs de charbo qui, à la suite d'accords conventionnels avec la Direction de CdF, excèdent en bien des points les droits stricts résultant du statut du mineur. Aussi, pour que la CAN soit en état de procéder à la liquidation et au paiement des droits, il faudrait en pratique lui transférer une partie de l'administration du CNGR, solution peu satisfaisante et qui aboutirait à mettre sur pied deux organisations administratives pour liquider des droits et payer de dépenses de même nature (la CAN pour les retraités du Nord, le CNG pour les retraités du Centre-Midi et de l'Est).

.../...

b) - Les solutions juridiques

L'organisme qu'il conviendrait donc de créer par transformation du CNGR devrait en tout état de cause être expressément soumis au contrôle de l'Etat. Il serait en outre de plein droit soumis au contrôle de l'Inspection Générale des Finances et de la Cour des Comptes. Rien au demeurant n'interdirait aux administrations de tutelle de participer à la gestion de cet organisme. Par ailleurs, des postes d'administrateurs pourraient être offerts aux représentants des syndicats.

Eu égard à l'importance des sommes d'origine publique qu'il distribuerait et qu'il continuerait de distribuer pendant plusieurs décennies (environ 3 milliards de francs actuellement lorsqu'il aura achevé la prise en charge de tous les retraités des mines de charbon), il serait souhaitable de transformer le CNGR en établissement public dont le Conseil d'Administration pourrait comprendre des représentants des trois houillères de bassin et de CdF, de l'Administration (ministères de tutelle) et des retraités (syndicats).

C'est sans doute à terme la solution à laquelle il faudra s'arrêter. Dans l'immédiat, deux raisons militent cependant en faveur de la création rapide d'une association de la loi de 1901 :

- les délais inévitablement longs de la procédure règlementaire (ou législative) nécessaires pour la constitution d'un établissement public ;

- le risque inutile pour le Gouvernement, si un établissement public était créé prochainement, de devoir prendre en compte la situation conjoncturelle du bassin alors que celle-ci ne correspond nullement aux nécessités du long terme.

La création d'une association entre les quatre EPIC intéressés (CdF et les trois houillères de bassin) ne soulève aucune difficulté d'ordre juridique. Elle pourrait être assortie d'un contrôle spécifique de la Mission de Contrôle Economique et Financier de CdF qui porterait non seulement sur la liquidation et le paiement des prestations mais encore sur les dépenses de fonctionnement et d'équipement de l'organisme.

Cette solution est recommandée aux ministères de tutelle.

CONCLUSION

Dans trois ans, toute exploitation minière aura cessé dans la région du Nord/Pas-de-Calais, et l'établissement public des houillères n'aura plus de raison de survivre dans sa forme actuelle Pendant plusieurs décennies, cependant, une population encore nombreuse, bien que déclinante, de retraités de la mine y vieillira attachée aux lieux et aux institutions que des générations de mineurs ont contribué à façonner.

Laisser le temps faire son oeuvre et attendre que peu à peu tout ce qui a fait l'originalité de la profession ait disparu, se résigner à l'inertie et aux résistances coûteuses des combats d'arrière-garde, ne peut constituer qu'un pis aller.

Organiser la gestion du déclin démographique permettrait sans doute de maîtriser le processus et d'en réduire le coût mais aboutirait, au terme fixé, à un résultat analogue : tôt ou tard, repliées sur elles-mêmes, les institutions minières sont vouées à l'extinction.

Ces institutions ne peuvent s'adapter à l'évolution inéluctable inscrite dans la pyramide des âges de leurs ressortissants qu'en s'ouvrant largement sur l'extérieur.

Les grandes lignes du choix se dessinent en toute clarté : pour que l'ouverture, solution la plus conforme aux aspirations des intéressés et aux voeux des élus du bassin - qu'il faut par conséquent privilégier - réussisse, c'est-à-dire soit effective et fructueuse et ne s'effectue pas dans l'affrontement stérile de deux conceptions de la médecine, il faut que deux conditions soient réunies :

- l'existence d'une volonté des dirigeants du régime de transformer les institutions qu'ils gèrent et d'en partager à terme la gestio avec ceux qui en deviendront un jour les principaux usagers ;

.../...

- le choix d'une fraction suffisamment nombreuse d'affiliés du régime général de sécurité sociale de recourir aux équipements et aux personnels médicaux et para-médicaux du régime minier.

Pour ce qui le concerne, le Gouvernement ne peut se substituer ni aux uns ni aux autres et quelle que soit l'étendue de ses pouvoirs règlementaire et administratif , ne dispose que d'une capacité d'initiative limitée.

Il lui appartient en revanche de marquer sa préférence dans la mesure où l'enjeu du débat n'est pas seulement financier - il dispose en ce domaine des moyens de contrainte et de contrôle étendus - mais concerne la pérennisation, dans une région où l'équipement sanitaire laisse encore à désirer, d'un système de soins qui offre une modalité tantôt alternative, tantôt additive à celles du "système général".

Dans cette perspective, comme il est manifeste que chacun ne se déterminera que lorsque les Pouvoirs Publics se seront prononcés il est indispensable que le Gouvernement fasse clairement connaître sa position.

L'échéance du renouvellement des conseils d'administration des SSM, en Mars 1989, conduit à recommander très fermement une décision rapide.

Si le Gouvernement estime qu'il faut organiser la gestion de la régression démographique - quels que soient les résultats de l'expérience d'ouverture décidée - trop limitée pour modifier la nature des problèmes à résoudre à court terme -il faut alors :

- procéder à la fusion des SSM pour n'en laisser subsister dans un premier temps que 3, 4 ou 5.

- établir un programme de réduction des moyens administratifs et techniques des SSM.

.../...

S'il marque sa préférence pour la transformation à terme du réseau de soins miniers en un réseau ouvert à toute la population, il doit alors privilégier une orientation conduisant à la séparation des fonctions de caisse et des fonctions de gestionnaire des oeuvres des SSM.

Dans la première hypothèse, il dispose des moyens de procéder directement à la fusion des SSM ; il lui appartiendra de définir une procédure de consultation pour établir le programme de réduction des moyens.

Dans la seconde hypothèse, la décision de fond appartient aux conseils des SSM et de l'UR. La réforme suggérée pouvant être évolutive et effectuée par étapes, l'unanimité des organes délibérants ne constitue pas une condition nécessaire à son adoption. L'accord de quelques conseils - qui n'exclurait pas les fusions - devrait être suffisant pour amorcer le processus de transformation. En cas d'opposition unanime des conseils d'administration, il faudrait alors revenir à la première solution.

- Par ailleurs, il est recommandé d'arrêter dès maintenant les conditions de la dévolution des "compétences sociales" des HBNPC et de décider la transformation du CNGR en association ou (puis) en établissement public.

LISTE DES ANNEXES

	Numéro
LETTRE DE MISSION	1
POPULATION DU NORD-PAS-de-CALAIS	2
DENSITES MEDICALES DANS LE NORD-PAS-de-CALAIS	3
MEDECINS GENERALISTES PAR ARRONDISSEMENT	4
DENTISTES, PHARMACIENS, KINESITHERAPEUTES DANS LA REGION	5
IMPORTANCE DES CAISSES DE S.S.M. DANS LA REGION	6
TAUX DE COTISATION DE SECURITE SOCIALE	7
TABLEAU SIMPLIFIE DES TAUX DE COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE	8
CIRCULAIRE TRAVAIL/INDUSTRIE DY 16 JUILLET 1962	9
CONVENTION ENTRE LA S.S.M. ET LA C.P.A.M. DU PAS-de-CALAIS EN MATIERE DE SOINS DENTAIRES	10
CIRCUITS FINANCIERS DU REGIME MINIER	11
PERSPECTIVES DES EFFECTIFS DU REGIME MINIER EN 1995	12
PYRAMIDE DES AGES DES MEDECINS MINIERS	13
STATUT JURIDIQUE DES PHARMACIES MINIERES	14
EQUIPEMENT SANITAIRE PROPRE DES HOUILLERES (jusqu'en 1987)	15

ANNEXE 1

Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi

Ministère de l'Industrie, des P & T et du Tourisme

CAB No 5760 SMZ

- 1 MARS 1988

Monsieur le Conseiller Maître,

L'évolution de l'exploitation charbonnière en France appelle une réflexion sur les modalités de la gestion de l'ensemble des actions sociales des charbonnages : régime minier de sécurité sociale, paiement de la partie des retraites correspondant aux prestations en nature, cogestion d'établissements de soin, action sanitaire et sociale etc...

Le cadre de la réflexion a été fixé par le Premier Ministre qui déclarait notamment, lors de son voyage dans le Nord-Pas de Calais le 21 novembre dernier que : "Le sort des retraités comme de leurs ayants droit n'est et ne sera en aucune façon lié aux évolutions de l'activité des houillères : il est hors de question de porter atteinte à ce qui leur est dû, y compris pour ce qui concerne leur logement et leur chauffage".

Cet engagement vaut, cela va de soi, pour le traitement des maladies professionnelles.

Le cas du Nord-Pas de Calais mérite un examen prioritaire compte tenu du programme d'arrêt de l'extraction charbonnière de ce bassin.

.../...

A cette fin, les organisations syndicales et la Direction des Charbonnages ont suggéré, dans le cadre des travaux de la Commission de l'article XI, qu'une mission soit confiée à une personnalité faisant autorité.

Nous vous savons gré d'avoir accepté cette mission. Elle doit permettre, après audition des partenaires concernés, de:

- clarifier les données de base d'un dossier extrêmement complexe par la multiplicité des intervenants

- dégager des propositions concrètes qui satisfassent lesexigences fixées par le Premier Ministre

Nous serions heureux de pouvoir recevoir les conclusions de votre étude dans un délai de six mois

Vous serez assisté, pour mener à bien cette mission, de deux membres de l'Inspection Générale des affaires sociales, Mademoiselle Yvette BERGER et Madame le Docteur Thérèse ROQUEL.

Vous pourrez bien entendu vous appuyer sur les services administratifs compétents, et notamment, sur les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales, ainsi que la Direction du Gaz, de l'Electricité et du Charbon du Ministère de l'Industrie.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller Maître, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Philippe SEGUIN

Alain MADELIN

Monsieur Pierre CORTESSE
Conseiller Maître à la
Cour des Comptes
13 rue Cambon
75001 PARIS

ANNEXE 2

FIGURE 9 - POPULATION DU NORD/PAS-DE-CALAIS PAR GROUPES D'AGE

PROJECTIONS 1990-2010

Unité : millier

Groupes d'âge	01.01.1982		01.01.1990		01.01.1995		01.01.2000		01.01.2005		01.01.2010	
	Effect.	%	Effect.	%	Effect.	%	Effect.	%	Effect.	%	Effect.	%
0 - 9 ans	650,8	16,6	629,4	16,2	605,6	15,7	571,8	14,9	527,9	14,1	491,2	13,4
10 - 19 ans	689,7	17,5	623,1	16,0	589,2	15,3	596,6	15,6	571,8	15,2	537,6	14,7
20 - 29 ans	634,5	16,1	597,0	15,3	581,0	15,1	546,9	14,3	510,6	13,6	514,1	14,0
30 - 39 ans	525,8	13,4	571,6	14,7	542,5	14,0	515,5	13,5	496,9	13,3	460,9	12,6
40 - 49 ans	401,5	10,2	430,4	11,1	531,1	13,7	523,1	13,6	495,2	13,2	467,6	12,7
50 - 59 ans	437,8	11,2	389,7	10,0	327,8	8,5	386,0	10,1	475,6	12,7	467,7	12,8
60 - 69 ans	271,4	6,9	367,2	9,4	355,7	9,2	328,3	8,5	277,9	7,4	329,3	9,0
70 - 79 ans	229,6	5,8	175,4	4,5	210,7	5,5	271,2	7,1	267,9	7,1	249,6	6,9
80 ans et +	91,0	2,3	109,4	2,8	119,4	3,0	93,9	2,4	125,4	3,4	144,3	3,9
Total	3 932,1	100,0	3 893,6	100,0	3 863,0	100,0	3 833,3	100,0	3 749,2	100,0	3 662,3	100,0

FIGURE 10 - POPULATION NORD/PAS-DE-CALAIS ET FRANCE PAR GROUPES D'AGE

PROJECTIONS 1990 - 2010

Unité : millier

Groupes d'âge	01.01.1982			01.01.1990			01.01.1995		01.01.2000			01.01.2005		01.01.2010		
	Région		France	Région		France	Région		Région		France	Région		Région		France
	Effect.	%	%	Effect.	%	%	Effect.	%	Effect.	%	%	Effect.	%	Effect.	%	%
0 - 19 ans	1 340,5	34,1	30,1	1 252,5	32,2	27,6	1 194,8	30,9	1 168,5	30,5	25,7	1 099,7	29,3	1 028,8	28,1	23,9
20 - 59 ans	1 999,6	50,9	52,5	1 988,6	51,1	53,3	1 982,5	51,3	1 971,4	51,4	53,9	1 978,3	52,8	1 910,3	52,2	53,5
60 ans et +	592,0	15,0	17,4	652,5	16,7	19,1	685,7	17,8	693,4	18,1	20,4	671,2	17,9	723,2	19,7	22,6
Tous âges	3 932,1	100,0	100,0	3 893,6	100,0	100,0	3 863,0	100,0	3 833,3	100,0	100,0	3 749,2	100,0	3 662,3	100,0	100,0

Nota :

Les jeunes nés de 1975 à 1979 (mini classes creuses) entrent sur le marché du travail entre 95 et 2000. Les générations 1940 -44 ont 50/54 ans au 01.01.1995 et commencent à sortir de la vie active entre 1995 et 2000.

L'augmentation du poids des 60 ans et plus au 01.01.2010 est liée aux sorties d'activité des classes pleines de l'après-guerre (1946-49).

ANNEXE 3

DENSITES MEDICALES AU 1er JANVIER 1987

Nombre de médecins pour 100.000 habitants

Categories de médecins	Nord	Pas-de-Calais	Région	France
Ensemble des médecins (y compris ceux du régime minier)	216	160	196	243
Non spécialistes	140	111	129	135
Spécialistes	76	49	67	108
Médecins libéraux	138	111	128	167
Non spécialistes	93	78	87	99
Spécialistes	45	33	41	69
Médecins libéraux (y compris médecins travaillant à plein temps pour le régime minier)	141	120	133	
Non spécialistes	95	85	91	
Spécialistes	46	35	42	

Source DRASS

ANNEXE 4

ANALYSE PAR ARRONDISSEMENT

DANS LE SECTEUR MINIER POUR LES MEDECINS GENERALISTES

Arrondissement	Nbre de médecins libéraux	Nombre de médecins miniers à plein temps	Densité médicale de médecins libéraux pour 100.000 habitants	densité médicale de médecins libéraux et méd. miniers pour 100.000 habitants
DOUAI	199	35	80	95
VALENCIENNES	306	23	85	90
BETHUNE	193	25	70	80
LENS	200	77	60	85

Source DRASS

ANNEXE 5

POUR 100.000 HABITANTS

Professions	Nord	Pas-de-Calais	Région	France
Kinésithérapeutes				
Ensemble	62	49	57	66
Libéraux	48	35	44	42
Libéraux + rég. minier	49,5	38	45,4	
Chirurgiens dentistes				
Ensemble	44	32	39	64
Libéraux	39	27	34	60
Libéraux + rég. minier	39,2	30	36	
Pharmaciens				
Ensemble	74	55	67	88
Libéraux	45	39	43	43
Libéraux + rég. minier	45,2	40	43,4	

Source DRASS

ANNEXE 6

IMPORTANCE ECONOMIQUE
DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE MINIERE
DANS LA REGION NORD - PAS DE CALAIS
(base année 1986)

Les Caisses de Sécurité Sociale Minière de la Région Nord-P.D.C. (12 Sociétés de Secours Minières et l'Union Régionale) distribuent annuellement près de **4 034 500 000 F.** de prestations dont :

- 3 906 560 000 F. au titre des prestations légales,
- 127 940 000 F. au titre de l'action sociale,

auxquels s'ajoutent **133 000 000 F.** de frais de gestion (annexe n° 1) à **233 000** ressortissants (annexe n° 2)

Elles emploient, outre le personnel saisonnier de la Maison Familiale de Vacances de WIMEREUX :

- **3 710** agents titulaires (annexe n° 3)
- **1 200** aides ménagères à temps partiel (service de l'Union Régionale)

dans les services et établissements administratifs sociaux et sanitaires (annexe n° 4)

Source UR

UNION REGIONALE
de Sociétés de Secours Minières
DU NORD

DEPENSES DES ORGANISMES AU 31.12.86 (EN FRANCS)

	Prestations légales			Prestations extra-légales			Dépenses de fonctionnement
	Maladie	A.T.	P.F.	Action Sociale familiale	Action Sanitaire et Sociale	Action Sociale personnes âgées	
Union Régionale		2 196 512 479	354 260 966	24 409 342	9 619 659	69 873 160	39 166 129
S.S.M. de							
VALENCIENNES	189 544 187	-	-	-			13 729 664
ANICHE	172 157 173	-	-	-			14 122 296
SCARPELLE	65 923 838	-	-	-			5 412 831
OSTRICOURT	82 487 806	-	-	-			6 127 432
AUCHEL	119 937 188	-	-	-			8 085 993
COURRIERES	130 520 561	-	-	-	24 021 387		7 672 977
DOURGES	65 043 954	-	-	-			4 760 555
ENS	136 063 247	-	-	-			8 873 639
BRUAY/E/ARTOIS	117 277 996	-	-	-			6 966 094
BULLY-GRENAY	102 388 390	-	-	-			7 074 022
NOEUX-LES-MINES	68 857 660	-	-	-			4 457 846
LEVIN	105 574 489	-	-	-			6 635 263
TOTAL U.R. DU NORD	1 355 776 489	2 196 512 479	354 260 966	24 409 342	33 641 046	69 873 160	133 084 741

TOTAL GENERAL : 4 167 558 223

Annexe 6-1

DÉNOMBREMENT DES EFFECTIFS AU 31 DÉCEMBRE 1986

UNION RÉGIONALE DU NORD

		Valenciennes	Aniche	Escarpelle	Ostricourt	Auchel	Courrières	Dourges	Lens	Bruay	Bully-Grenay	Nœux	Liévin	U. R.
Affiliés relevant statutairement de la S.S.M. et pris en charge directement par celle-ci (1)	Actifs	3 622	2 291	1 182	1 552	682	2 640	804	1 707	795	1 206	371	960	17 792
	Ayants droit	7 607	5 256	2 164	3 828	1 135	8 704	1 854	4 312	1 687	2 208	664	2 314	39 733
	Invalides-Rentiers	280	144	137	83	57	99	51	643	58	171	69	70	1 842
	Ayants droit	310	239	229	241	78	160	113	846	82	226	113	144	2 581
	Pensionnés vieillesse	14 950	12 532	3 718	5 943	8 261	11 795	3 971	11 018	6 740	7 390	4 980	6 358	99 654
	Ayants droit	8 148	7 756	2 523	4 032	4 163	7 284	1 875	5 614	4 415	3 829	2 302	3 794	55 735
Affiliés relevant statutairement d'une autre S.S.M. pris en charge par la Société (2)	Actifs	–	1	2	6	13	61	28	40	21	32	18	15	237
	Ayants droit	20	21	16	27	34	119	54	86	35	48	11	58	529
	Invalides-Rentiers	9	14	20	6	31	13	10	28	12	26	13	18	200
	Ayants droit	6	14	22	15	53	26	18	58	14	29	21	32	308
	Pensionnés vieillesse	373	685	827	559	1 428	832	1 433	649	747	1 004	1 169	631	10 337
	Ayants droit	66	243	287	193	660	283	474	227	311	421	403	219	3 787
Affiliés relevant statutairement de la S.S.M. et pris en charge par un autre organisme (3)	Actifs	2	12	18	9	20	38	32	48	21	18	14	60	292
	Ayants droit	44	49	70	30	51	110	84	77	27	39	33	45	659
	Invalides-Rentiers	23	40	33	20	9	63	12	79	8	22	9	17	333
	Ayants droit	35	61	54	25	4	80	24	66	7	18	5	36	435
	Pensionnés vieillesse	910	1 576	1 071	1 289	878	3 955	926	2 071	1 050	1 545	597	751	16 619
	Ayants droit	508	686	492	626	240	1 524	323	791	291	446	138	228	6 293
Total des affiliés pris en charge par la Société (1) + (2)	Actifs	3 622	2 292	1 184	1 558	675	2 701	832	1 747	816	1 238	389	975	18 029
	Ayants droit	7 627	5 277	2 180	3 855	1 189	8 823	1 908	4 398	1 722	2 256	675	2 372	40 262
	Invalides-Rentiers	269	158	157	89	88	112	61	671	70	197	82	88	2 042
	Ayants droit	316	253	251	256	131	186	131	704	96	255	134	176	2 889
	Pensionnés vieillesse	15 323	13 217	4 543	8 502	9 689	12 627	5 404	11 667	9 487	8 394	6 149	6 989	109 991
	Ayants droit	8 214	7 999	2 810	4 225	4 823	7 567	2 349	5 841	4 726	4 250	2 705	4 013	59 522
	Total général	35 371	29 196	11 125	16 485	18 575	30 016	10 685	25 028	16 917	16 590	10 134	14 613	232 735
Total des affiliés relevant statutairement de la Société (1) + (3)	Actifs	3 624	2 303	1 200	1 561	682	2 676	636	1 755	816	1 224	385	1 020	18 084
	Ayants droit	7 651	5 305	2 234	3 858	1 186	6 814	1 938	4 389	1 714	2 247	697	2 359	40 392
	Invalides-Rentiers	283	184	170	103	66	162	63	722	64	193	78	87	2 175
	Ayants droit	345	300	283	266	82	240	137	732	89	244	118	180	3 016
	Pensionnés vieillesse	15 860	14 108	4 787	7 232	9 139	15 750	4 897	13 089	9 790	8 935	5 577	7 109	116 273
	Ayants droit	8 656	8 442	3 015	4 658	4 403	8 808	2 198	6 405	4 706	4 275	2 440	4 022	62 028
	Total général	36 419	30 642	11 689	17 678	15 558	34 452	10 069	27 092	17 179	17 118	9 295	14 777	241 968

Annexe 6-2

UNION REGIONALE
de Sociétés de Secours Minières
DU NORD

EFFECTIF DU PERSONNEL AU 31.12.86

Organisme d'affectation	Administratif		Services généraux	Médecins		Pharmacies et laboratoires		Cabinets dentaires			Cabinets d'optique	Assistants sociaux (3)	Infirmiers	Sages femmes	Puericultrices (3)	Travailleuses familiales (10)	Masseurs kinésithérapeutes	Autres personnels sanitaires et sociaux	Etables saint des UR non compris (E.S.P.A.L.)	TOTAL GENERAL
	Cadres supérieurs	Autres catégories		Généralistes	Spécialistes consultants ou hospitaliers	pharmaciens	Autres catégories	Chirurgiens dentistes	Assistants dentaires	Autres catégories										
U.R. DU NORD	9	234 (1)	121 (2)	-	-	-	3	-	-	-	-	48	41 (4)	-	-	5	11 (4)	55 (4)	59	586
VALENCIENNES	6	64	96	27	5	13	33	8	6	8	4	-	53	-	-	-	-	27	-	350
ANICHE	4	72	121	26	12	10	24	7	7	-	6	-	49	-	1 (3)	-	14	33	-	386
ESCARPELLE	2	25	23	9	1	4	7	2	1	-	1	-	11	-	-	-	3	6	-	95
OSTRICOURT	3	29	26	11	1	5	13	5	6	-	2	-	16	-	-	-	5	7	-	129
AUCHEL	4	66	114	11	1	6	20	8	6	13	3	-	33	-	-	-	6	25	-	316
COURRIERES	3	38	39	19	3	7	15	7	6	-	3	-	24	-	-	-	3	6	-	173
DOURGES	3	24	17	8	1	5	16	3	1	1	-	-	12	-	-	-	3	3	-	97
LENS	3	47	62	19	5	7	22	5	3	-	3	-	27	-	-	-	6	16	-	225
BRUAY	4	40	39	14	2	4	13	5	2	-	4	-	21	-	-	-	5	21	-	174
BULLY-GRENAY	4	42	51	12	4	5	18	5	5	8	2	1	21	-	-	-	5	18	-	201
NOEUX-LES-MINES	2	23	28	9	-	5	6	4	4	-	3	-	14	-	-	-	2	4	-	104
LIEVIN	4	67	86	11	8	6	32	4	3	-	3	-	65	5	-	-	4	39	-	337
	51	771	823	176	43	77	222	63	50	30	34	49	387	5	1	5	67	260	59	3173

(1) y compris 30 agents affectés à l'E.S.P.A.L.

(2) y compris 103 agents affectés à l'E.S.P.A.L.

(3) il s'agit du personnel relevant de l'UNION REGIONALE affecté dans les sociétés de secours minières

(4) il s'agit uniquement d'agents affectés à l'E.S.P.A.L.

MEDECINE DE BASE

S.S.M.	Nombre de salles de consultations		Nombre de médecins		Nombre d'infirmières	Nombre d'affiliés et d'ayants-droit
	simples	à plusieurs cabinets médicaux	à temps plein	à temps partiel		
VALENCIENNES	36	2	26	4	53	35 371
ANICHE	30	8	25	1	50	29 196
ESCARPELLE	12	-	9	-	11	11 125
OSTRICOURT	7	2	11	1	16	16 485
AUCHEL	11	1	11	-	31	16 575
COURRIERES	17	1	19	-	25	30 016
DOURGES	8	-	8	-	12	10 685
LENS	17	2	19	-	27	25 028
BRUAY	12	2	14	-	21	16 917
BULLY GRENAY	8	2	12	-	19	16 590
NOEUX LES MINES	8	2	9	-	14	10 134
LIEVIN	12	-	11	-	68	14 613
C.H.S.P.A.L.					38	
TOTAL	178	22	174	6	385	232 735

Mise à jour au 31.12.1986

Annexe 6-4

MEDECINE DE SPECIALITES EXERCEE DANS LES CENTRES DE SANTE

Spécialités	A1	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	E.H.S.P.A.L.
Médecine Générale			x	x		x	x	x		x	x		
Prévention cancérologie					x				x	x			
Diabétologie	x			x				x			x		
Orthophonie		x	x	x	x					x			
Phoniatrie						x							
Orthoptie		x						x	x	x			
Anatomo-pathologie-cytologie								x					
Endocrinologie	x	x		x	x	x	x	x					
Néphrologie	x	x					x						
Radiologie-Electrothérapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Pneumo-Ptisiologie-Rééd.resp.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Cardiologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Ophtalmologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
O.R.L.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Stomatologie	x				x								
Dermatologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Phlébologie		x		x		x	x	x	x	x	x	x	
Allergologie	x	x	x	x		x	x	x			x	x	
Neurologie-Psychiatrie	x	x	x	x	x	x		x		x			
Gastro-entérologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Gynécologie	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	
Consultations prénatales	x	x				x	x	x				x	
Rhumatologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Médecine Phys. Massothérapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
Orthopédie		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	
Pédiatrie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Chirurgie infantile		x				x							
Chirurgie								x				x	
Masso-kinésithérapie		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Physiothérapie		x				x		x					
Psycho-motricité		x	x	x									
Electro-encéphalographie	x	x	x	x		x							
Audiométrie	x	x	x	x		x	x		x	x		x	
Tympanométrie						x							
Homéopathie	x	x		x									
Pédicurie		x	x	x	x	x		x	x	x	x		
Eléments DOPPLER	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Echographie	x	x	x	x		x		x	x	x			
Hygiène alimentaire							x						
Consultation Problèmes du couple et de la naissance		x											
Acupuncture	x	x	x	x									
Service soins à domicile	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Service ambulancier	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Psychologie		x											
Mesothérapie	x		x										
Electromyographie	x			x									
Nombre de médecins spécialistes : à temps plein 39	3	10		1	1	1	1	4		4	1	8	5
à temps partiel 262	35	16	21	24	21	23	18	23	14	14	17	26	10
consultants 7		2	1	1	-	2	-	1	-	-	-		

Mise à jour au 31.12.86

OEUVRES SANITAIRES

Sociétés de Secours Minières	Pharmacies mutualistes			Laboratoires d'analyses médicales			Cabinets dentaires				Cabinets d'optique			Service de radiologie		
	Nombre	Nombre de pharmaciens gérants et assistants	Chiffre d'affaires Année 1986	Nombre	Nombre de "B" effectués	Chiffre d'affaires Année 1986	Nombre de fauteuils	Nombre de chirurgiens dentistes	Nombre de "D" et de SCP effectués	Chiffre d'affaires Année 1986	Nombre	Effectif	Chiffre d'affaires Année 1986	Nombre	Nombre de "Z" pratiqués	Chiffre d'affaires Année 1986
VALENCIENNES	7	12	59 359 893,58	1	4 462 529	9 388 845,54	8	8	415 861	7 315 407,45	2	4	3 253 643,20	2	380 936	3 587 522,34
ANICHE	6	10	50 555 488,61	1	3 531 397	6 413 882,37	8	7	496 535	7 282 987,62	1	5	2 346 521,92	1	386 755	5 520 933,00
ESCARPELLE	1	4	17 580 692,00	-	-	-	2	2	126 014	1 663 829,00	-	-	-	1	159 859	1 852 406,00
OSTRICOURT	2	8	29 146 927,36	1	3 013 045	4 731 491,42	5	5	301 759	5 175 405,00	1	2	1 099 610,72	1	172 815	1 559 393,73
AUCHEL	2	5	31 312 167,00	1	6 344 287	10 811 191,00	10	8	653 253	10 049 367,00	1	4	3 123 382,00	1	286 635	3 674 826,00
COURRIERES	3	6	36 919 504,00	1	5 202 042	8 012 957,00	6	7	326 835	5 513 664,00	1	3	2 007 469,00	1	389 541	3 839 145,00
DOURGES	2	4	21 659 692,08	1	2 980 219	4 526 616,22	3	3	143 020	2 369 609,38	-	-	-	1	110 405	1 120 260,55
LENS	2	7	33 187 996,00	1	3 230 768	5 601 604,00	5	5	225 826	4 248 385,00	1	4	2 118 789,00	1	379 524	4 455 153,00
DROUAY	2	4	29 205 373,55	-	-	-	6	5	315 164	4 964 081,74	1	4	2 210 741,73	1	320 987	3 302 991,00
DOUAI-GRENAY	4	6	31 915 217,00	-	-	-	5	5	529 943	5 131 345,00	1	3	2 336 385,00	1	175 873	1 989 465,00
NOEUX LES M.	3	4	18 269 982,00	1	1 566 318	2 647 527,00	5	4	176 954	3 221 961,00	1	3	1 067 086,00	1	120 265	1 189 102,00
LIEVIN	2	5	24 135 755,07	1	8 030 185	13 692 071,76	4	4	241 806	4 047 282,59	1	3	2 352 937,31	1	562 551	5 416 899,10
TOTAL	36	75	383 248 688,25	9	38 360 790	65 826 186,31	67	63	3952 970	60 983 324,78	11	35	21 916 565,88	13	3446 146	37 508 096,72

Mise à jour au 31.12.1986

ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Organisme Gestionnaire	Oeuvre	Nombre de lits	Nombre d'admissions en 1986	Nombre de journées en 1986
U.R.S.S.M. du NORD	Maison de repos de SAINT-LAURENT-BLANGY	61	322	14 052
	Etablissement d'hébergement et de Soins pour Personnes Agées de LIEVIN			
	. médecine	68	1 457	23 367
	. rééducation	68	562	21 627
	. moyen séjour	14	28	5 127
	. long séjour	80	24	28 717
S.S.M. de VALENCIENNES	Unité locale de soins et de convalescence pour personnes agées d'ESCAUDAIN			
	. court séjour	60	637	20 788
	Unité locale de soins de FRESNES SUR ESCAUT . moyen séjour	40	263	8 537
S.S.M. d'ANICHE	Unité locale de soins et de convalescence pour personnes agées de LALLAING			
	. moyen séjour	20	255	6 648
	Maison de santé médicale pour malades chroniques de LALLAING			
	. long séjour	80	111	17 058
	. moyen séjour	40	661	25 656

ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS
(suite)

Organisme Gestionnaire	Oeuvre	Nombre de lits	Nombre d'admissions en 1986	Nombre de journées en 1986
S.S.H. d'AUCHEL	Maison de santé et de cure médicale d'AUCHEL			
	. moyen séjour	45	881	24 742
	. long séjour	80	89	20 491
S.S.H. de BRUAY	Unité locale de soins et de convalescence pour personnes agées de BRUAY LA BUISSIERE			
	. moyen séjour	60	681	21 182
S.S.M. de BULLY GRENAY	Unité locale de soins et de convalescence pour personnes âgées de BULLY LES MINES			
	. court et moyen séjour	60	636	21 921
	Centre d'hébergement protégé pour personnes âgées de BULLY LES MINES	80	49	14 193
	Résidence d'hébergement temporaire de BULLY LES MINES	4 places	20	120
S.S.M. de LIEVIN	Hôpital-maternité			
	. chirurgie	70	2 747	20 500
	. maternité	14	710	4 880
	. médecine	18	613	6 121
	. hôpital de jour (médecine)	4	407	407
	Unité psychiatrique			
	. hospitalisation	20	314	6 160
	. jour	20 places	145	4 407

Mise à jour au 31.12.1986

ETABLISSEMENT SOCIAL

Organisme Gestionnaire	Oeuvre	Nombre de lits	Nombre de journées en 1986
U.R.S.S.M. DU NORD	Institut-Médico Educatif de COUCY-LE-CHATEAU	90	23 695

Mise à jour au 31.12.86

SERVICES SOCIAUX

S.S.M.	Nombre de consultations de nourrissons		Nombre d'assistantes sociales	Nombre de travailleuses familiales	Nombre aides ménagères personnes âgées	Nombre de convoyeuses
	modernes et suivant plans types	aménagées				
VALENCIENNES	6	-	5,75	-	176	
ANICHE	6	4	5,25	1	143	
ESCARPELLE	2	-	1,75	1	102	
OSTRICOURT	1	1	2,75	-	123	
AUCHEL	3	2	2,75	-	81	
COURRIERES	5	2	4,50	-	93	
DOURGES	1	3	2	-	48	
LENS	2	6	4,25	-	126	
BRUAY	1	1	3	-	80	
BULLY-GRENAY	1	1	2,75	-	76	
NOEUX LES MINES	2	6	2	-	96	
LIEVIN	4	4	3,50	-	74	
UNION REGIONALE	-	-	2	-	-	3
TOTAL	34	30	42,25 (1)	2	1 218 (2)	3

(1) dont 3,50 assistantes sociales principales
0,50 assistante sociale SAINT LAURENT BLANGY
2 assistantes sociales Régionales
4,25 assistantes sociales établissements P.A.

Oeuvre réalisée. gérée par l'UNION REGIONALE

. Maison familiale de Vacances de WIMEREUX (Pas de Calais) : 180 lits

(2) dont 4 ont exercé en qualité d'aide ménagère familiale exclusivement

Mise à jour : 31.12.1986

SEC TE SOCIALE ...NIE...
DU NORD PAS-DE-CALAIS

REPARTITION DES OEUVRES

(Pharmacies - Fauteuils dentaires - Laboratoires d'analyses)
(Cabinets d'optique - Centres de massokinésithérapie)

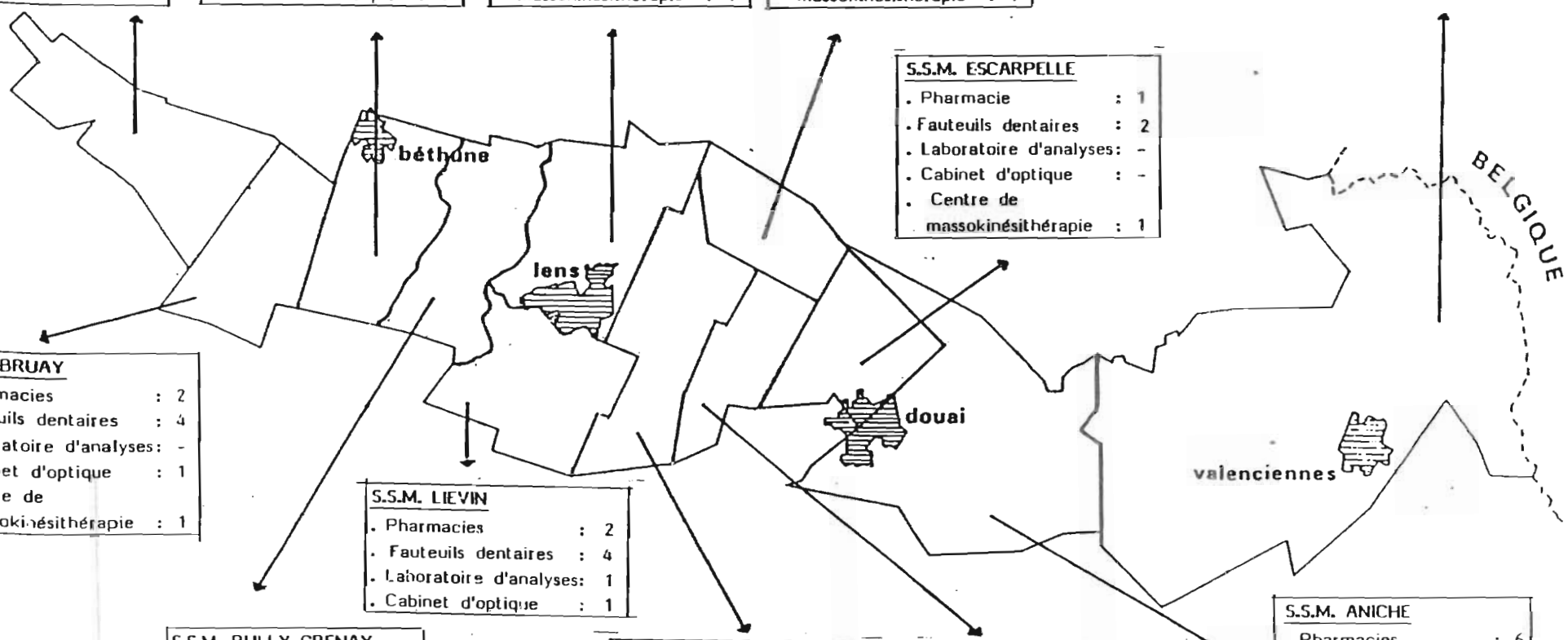
S.M. AUCHEL
- Pharmacies : 2
- Fauteuils dentaires : 10
- Laboratoire d'analyses : 1
- Cabinet d'optique : 1
- Centre de massokinésithérapie : 1

S.S.M. NOEUX
- Pharmacies : 3
- Fauteuils dentaires : 4
- Laboratoire d'analyses : 1
- Cabinet d'optique : 1
- Centre de massokinésithérapie : 1

S.S.M. LENS
- Pharmacies : 2
- Fauteuils dentaires : 5
- Laboratoire d'analyses : 1
- Cabinet d'optique : 1
- Centre de massokinésithérapie : 1

S.S.M. OSTRICOURT
- Pharmacies : 2
- Fauteuils dentaires : 3
- Laboratoire d'analyses : 1
- Cabinet d'optique : 1
- Centre de massokinésithérapie : 1

S.S.M. VALENCIENNES
- Pharmacies : 7
- Fauteuils dentaires : 8
- Laboratoire d'analyses : 1
- Cabinets d'optique : 2



S.S.M. ESCARPELLE
- Pharmacie : 1
- Fauteuils dentaires : 2
- Laboratoire d'analyses : -
- Cabinet d'optique : -
- Centre de massokinésithérapie : 1

S.S.M. BRUAY
- Pharmacies : 2
- Fauteuils dentaires : 4
- Laboratoire d'analyses : -
- Cabinet d'optique : 1
- Centre de massokinésithérapie : 1

S.S.M. LIEVIN
- Pharmacies : 2
- Fauteuils dentaires : 4
- Laboratoire d'analyses : 1
- Cabinet d'optique : 1

S.S.M. BULLY-GRENAY
- Pharmacies : 4
- Fauteuils dentaires : 5
- Laboratoire d'analyses : -
- Cabinet d'optique : 1
- Centre de massokinésithérapie : 1

S.S.M. COURRIERES
- Pharmacies : 3
- Fauteuils dentaires : 5
- Laboratoire d'analyses : 1
- Cabinet d'optique : 1
- Centre de massokinésithérapie : 1

S.S.M. DOURGES
- Pharmacies : 2
- Fauteuils dentaires : 3
- Laboratoire d'analyses : 1
- Cabinet d'optique : -
- Centre de massokinésithérapie : 1

S.S.M. ANICHE
- Pharmacies : 6
- Fauteuils dentaires : 7
- Laboratoire d'analyses : 1
- Cabinet d'optique : 1
- Centre de massokinésithérapie : 6

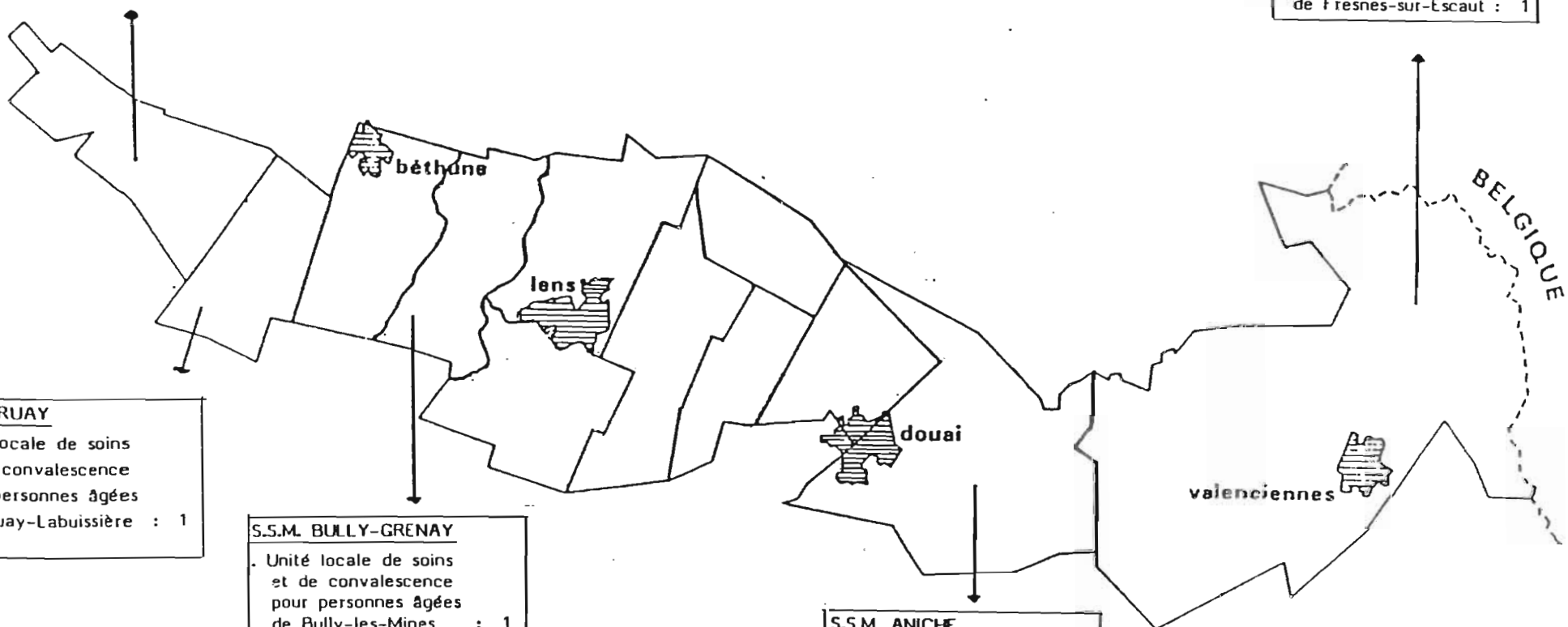
Annexe 6-11

SECURITE SOCIALE MINIERE
DU NORD PAS-DE-CALAIS

AUTRES OEUVRES

S.S.M. AUCHEL

- Maison de santé et cure médicale pour personnes âgées d'Auchel : 1



S.S.M. VALENCIENNES

- Unité locale de soins et de convalescence pour personnes âgées d'Escaudain : 1
- Unité locale de soins pour personnes âgées de Fresnes-sur-Escaut : 1

S.S.M. BRUAY

- Unité locale de soins et de convalescence pour personnes âgées de Bruay-Labuissière : 1

S.S.M. BULLY-GRENAY

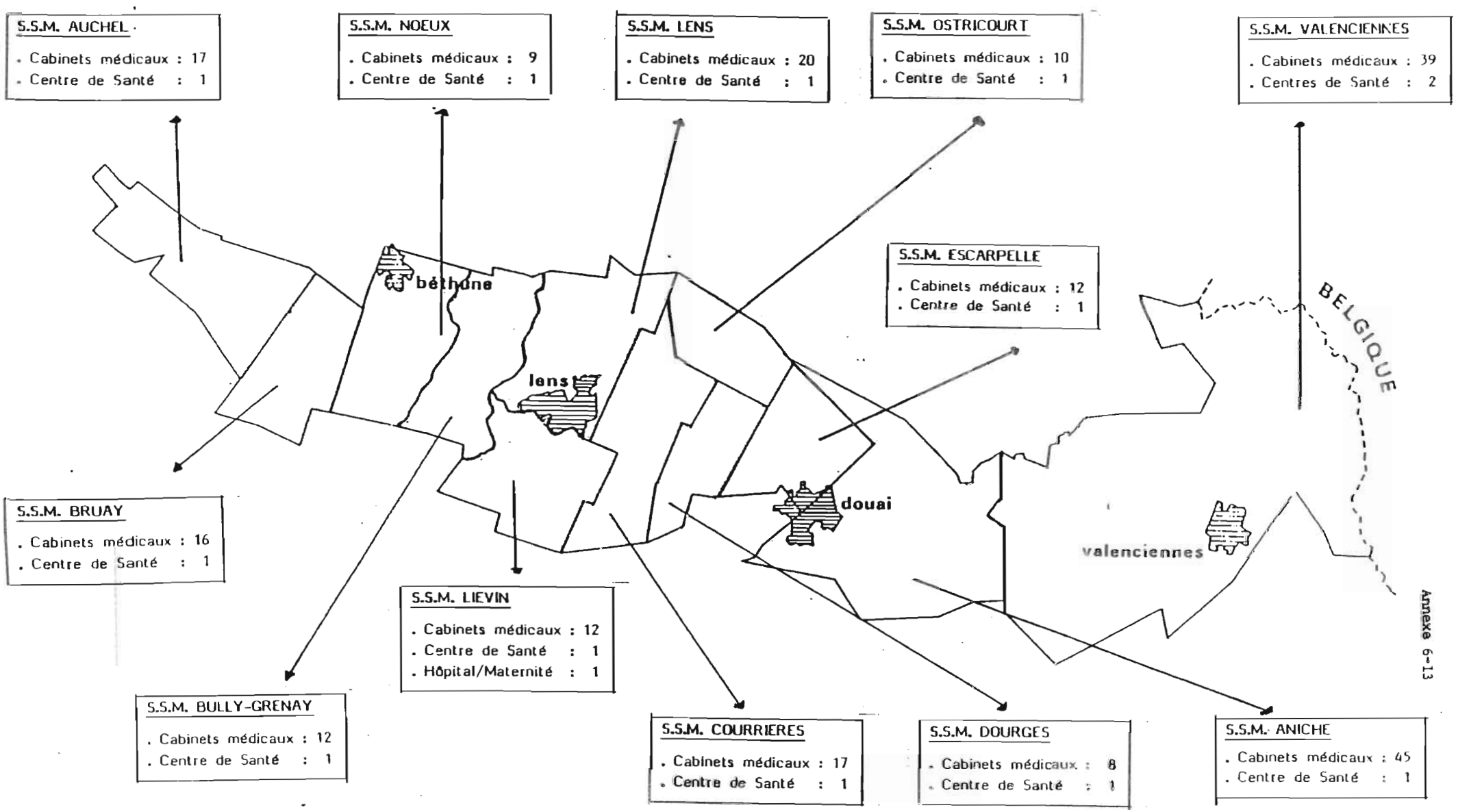
- Unité locale de soins et de convalescence pour personnes âgées de Bully-les-Mines : 1
- Centre d'hébergement protégé pour personnes âgées de Bully-les-Mines : 1
- Résidence d'hébergement temporaire de Bully-les-Mines : 1

S.S.M. ANICHE

- Unité locale de soins et de convalescence pour personnes âgées de Lallaing : 1
- Maison de santé médicale pour malades chroniques pour personnes âgées de Lallaing : 1

SECURITE SOCIALE MINIERE
DU NORD PAS-DE-CALAIS

REPARTITION DES CABINETS MEDICAUX ET CENTRES DE SANTE



Annexe 6-13

ANNEXE 7

SECURITE SOCIALE
Régimes complémentaires.

COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE

- Taux applicables du 1er juillet 1987 au 30 juin 1988
- Valeur mensuelle du plafond Sécurité Sociale pour le 2è semestre 1987 : 9.840 F

Personnel intéressé	Branches d'Assurances	Salaire Plafonné			Salaire Total		
		Employeur	Salarié (3)	Total	Employeur	Salarié	Total
Ensemble du personnel	Prestations familiales	9 %	-	9 %	-	-	-
Personnel affilié au régime minier de sécurité sociale (ensemble des risques)	Maladie, maternité, décès (allocations)	-	-	-	11,95 %	5,90 %	17,85 %
	Invalidité (soins)				-	-	-
	Vieillesse, Invalidité (pensions)	7,75 %	7,90%	15,65 %			
Personnel affilié au régime général de sécurité sociale (ensemble des risques)	Maladie, maternité, invalidité (soins et pensions) et décès	-	-	-	12,60 %	5,90 %	18,50 %
	Vieillesse	8,20 %	6,60 %	14,80 %	-	-	-
	Veuvage	-	-	-	-	0,10 %	0,10 %
	Total	8,20 %	6,60 %	14,80 %	12,60 %	6,00 %	18,60 %
Personnel affilié simultanément au régime général (maladie) et au régime minier (vieillesse et invalidité)(1)	Maladie, maternité, décès et invalidité (soins)	-	-	-	11,55 %	5,65 %	17,20 %
	Vieillesse et invalidité (pensions)	7,75 %	7,90 %	15,65 %	-	-	-
Personnel affilié simultanément au régime général (vieillesse et invalidité) et au régime minier (maladie)(2)	Maladie, maternité, décès (allocations), invalidité (soins)	-	-	-	11,95 %	5,90 %	17,85 %
	Vieillesse	8,20 %	6,60 %	14,80 %	-	-	-
	Invalidité (pensions)	-	-	-	0,75 %	-	0,75 %
	Veuvage	-	-	-	-	0,10 %	0,10 %
	TOTAL	8,20 %	6,60 %	14,80 %	12,70 %	6,00 %	18,70 %

(1) Agents bénéficiaires d'un maintien d'affiliation à la Caisse autonome nationale en application de l'article 8 du décret du 27 novembre 1946 (Ex : Personnel de CdF)

(2) Agents de la S.C.C. bénéficiaires d'un maintien d'affiliation à la Caisse autonome nationale en application de l'article 6 du décret du 27 novembre 1946.

(3) Pour la LORRAINE, la cotisation maladie due au régime général pour le salarié est majorée de 1,5 %. sur partie du salaire ≤ plafond.

ANNEXE 7

ANNEXE 8

REGIME MINIER (RM) - REGIME GENERAL (RG)

LES TAUX DE COTISATIONS EN 1987

	Assurance vieillesse (1)		Prestations familiales (1)		Risque maladie (2)	
	RM	RG	RM	RG	RM	RG
Employeurs	7,75	8,20	9	9	11,95	12,60
Salariés .	7,90	6,60	-	-	5,90	5,90 + 0,10
Retraités (4)	-	-	-	-	(5)	-
TOTAL	15,65	14,80	9	9	17,85	18,60
Fonds (3) spécial de retraite de la CAN					6	

(1) - Salaires s/s plafond : identique dans les deux régimes - 9 840 F/mois pour le 2ème semestre 1987.

(2) - Salaires réels et pensions.

(3) - Le Fonds spécial de retraite de la CAN est alimenté, à titre principal, par les contributions financières de l'Etat et des régimes spéciaux.
- Les cotisations "Employeurs", au titre des Accidents du Travail sont variables et calculées en fonction des risques.

(4) - Les prestations versées aux retraités et retraités anticipés sont justiciables de cotisations maladie à des taux variant suivant le régime des intéressés (RM ou RG) et le type de prestation servie.

(5) - en général (3 % + 0,4 %)

ANNEXE 9

/TF

MINISTERE DU TRAVAIL

MINISTERE DE L'INDUSTRIE

REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le 16 juillet 1962

CIRCULAIRE :
80 SS. du
16 juillet 1962

Le Ministre du Travail

Le Ministre de l'Industrie

à

Messieurs les Ingénieurs en Chef des Mines

OBJET : Mise en application des dispositions du Décret n° 61-1503 du 30 décembre 1961 modifiant le Décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 portant organisation de la Sécurité Sociale dans les Mines.

Dans sa nouvelle rédaction, le premier alinéa de l'article 90 du décret du 27 novembre 1946 modifié précise que : "les médicaments, analyses, examens de laboratoire et fournitures pharmaceutiques, ne sont remboursés par les Sociétés de Secours que s'ils ont été prescrits par les praticiens agréés et rémunérés forfaitairement dans les conditions prévues à l'article 88 ou par des chirurgiens et médecins spécialistes ne dépendant pas d'établissements sanitaires gérés par les organismes de Sécurité Sociale Minière auxquels les bénéficiaires auront recouru après accord préalable, donné dans chaque cas, par la Société de Secours dont ils relèvent".

Le Décret du 30 décembre 1961 vient de confirmer ainsi les principes mêmes qui sont à la base de l'organisation spéciale de la Sécurité Sociale dans les Mines. Si l'assurance maladie de ce régime spécial procure à l'affilié des avantages supérieurs à ceux dont bénéficie l'affilié du régime général, notamment la gratuité totale des soins médicaux et une participation modique pour l'obtention des médicaments, analyses, examens de laboratoire et fournitures pharmaceutiques découlant de l'acte médical, ce ne peut être qu'à la condition que l'affilié choisisse son praticien parmi ceux qui sont agréés et rémunérés forfaitairement par sa Société de Secours Minière.

.../...

Les dispositions de l'article 90 modifié ne visent naturellement pas les bénéficiaires qui ont été placés en subsistance auprès d'une Caisse primaire du régime général par application de l'article 12 du Décret du 27 novembre 1946 , l'arrêté du 10 novembre 1954 fixant dans ce cas, les conditions du service et du remboursement des prestations.

Il peut, en outre, exister des cas de bénéficiaires qui, en considération du lieu de leur résidence habituelle, relèvent normalement d'une Société de Secours Minière, mais auxquels il ne peut être fait application, pour des raisons de force majeure, des dispositions de l'article 90 du Décret du 27 novembre 1946.

Ces cas sont limitativement énumérés ci-après :

1) bénéficiaires séjournant temporairement, hors de leur résidence, dans une localité où n'exerce aucun médecin agréé et rémunéré forfaitairement par une Société de Secours Minière.

Les intéressés obtiennent de leur Société de Secours, après vérification par celle-ci du motif de force majeure invoqué, le remboursement des soins médicaux et des prestations visées à l'article 90, selon le tarif de responsabilité et avec application du ticket modérateur en vigueur pour les affiliés de la Caisse primaire de Sécurité Sociale de leur lieu de résidence habituel.

2) bénéficiaires dont la résidence se trouve dans le rayon d'activité d'un médecin agréé et rémunéré forfaitairement par la Société de Secours Minière mais qui, dans une circonstance exceptionnelle (cas d'urgence), n'ont pu faire appel ni à ce médecin ni à un autre médecin agréé et rémunéré forfaitairement.

Ils obtiennent de la Société de Secours Minière, après vérification par celle-ci du motif invoqué, en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, le même remboursement que si le bénéficiaire avait reçu des soins d'un médecin agréé et rémunéré forfaitairement et sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Caisse primaire de leur lieu de résidence habituel des honoraires médicaux dont ils auront fait l'avance.

3) bénéficiaires dont la résidence ne se trouve pas dans le rayon d'activité d'un médecin agréé et rémunéré forfaitairement par la Société de Secours Minière : les intéressés obtiennent de celle-ci le remboursement des soins médicaux et des prestations visées à l'article 90, selon le tarif et avec application du ticket modérateur en vigueur pour les affiliés de la Caisse primaire de Sécurité Sociale de leur lieu de résidence.

.../...

La limitation du nombre de ces cas dans chaque Société de Secours Minière résulte d'une décision annuelle du Conseil d'Administration établissant la liste des localités ou secteurs géographiques dans lesquels résident des bénéficiaires qui ne sont compris dans le rayon d'activité d'aucun médecin agréé et rémunéré forfaitairement par ladite Société. L'Ingénieur en Chef des mines, compte tenu des possibilités dont dispose cette dernière pour agréer des médecins à rémunération forfaitaire, exerce à l'égard de ces décisions les pouvoirs qu'il tient de l'article 34 du Décret 60-452 du 12 mai 1960.

Si le nombre des bénéficiaires résidant dans les localités ou secteurs géographiques ainsi valablement désignés est ou devient inférieur à un certain pourcentage du nombre des bénéficiaires de la Société de Secours Minière, qui peut varier de cinq à vingt pour cent selon le degré de concentration de la population minière et qui est apprécié par l'Ingénieur en Chef des Mines, celui-ci peut autoriser la Société de Secours Minière à appliquer aux intéressés, par dérogation à la règle fixée ci-dessus les mêmes règles de remboursement en ce qui concerne les produits pharmaceutiques que si les soins avaient été dispensés par des médecins agréés et rémunérés forfaitairement, étant entendu que les honoraires médicaux seront remboursés comme il est dit au 2° ci-dessus.

Hors les cas qui viennent d'être limitativement définis, les dispositions de l'article 90 conduisent à refuser tout remboursement aux affiliés qui, dans le choix de leur praticien, ont négligé les prescriptions règlementaires rappelées par ledit article. Sera ainsi prohibée, de la façon la plus énergique, la dualité dans une même région du système de la médecine forfaitaire avec celui de la médecine à l'acte. Il doit également en résulter, par l'accélération de la mise en place de médecins agréés et rémunérés forfaitairement, la diminution du nombre des bénéficiaires, définis sous le 3° de la présente circulaire, qui ne peuvent prétendre aux modalités de remboursement normalement prévues par le régime spécial.

Vous voudrez bien porter ces instructions à la connaissance des Sociétés de Secours Minières et des Unions régionales et en assurer l'application.

Le Ministre du Travail — Le Ministre de l'Industrie

Signé : Gilbert GRANDVAL — Signé : Michel MAURICE-BOKANOWSKI

ANNEXE 10

CONVENTION

CABINET DENTAIRE

ENTRE :

- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés 624 - Rue François Gauthier à LENS, représentée par M. Michel MENTEL, Président du Conseil d'Administration,

- la Caisse de Mutualité Sociale Agricole du Pas-de-Calais représentée par M. Pierre BOUTIN, Directeur dûment mandaté,

d'une part,

ET :

- la Société de Secours Minière de LENS - Route de La Bassée, représentée par M. NOWAK S., Président du Conseil d'Administration pour les Cabinets Dentaires gérés par ladite Société et situés à

  - LENS
  - WINGLES

d'autre part,

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT

PREAMBULE

La validité de la présente Convention est subordonnée à la délivrance des autorisations prévues aux Articles 25 du Décret n° 46-2769 du 27 Novembre 1946 modifié, et 182 et suivants du Décret n° 47-2100 du 22 Octobre 1947 modifié, relatifs à l'organisation de la Sécurité Sociale dans les Mines.

En cas de retrait de ces autorisations, la présente Convention cesse de plein droit d'être applicable.

.../...

LIBRE CHOIX

Article 1er

Par. 1er - Le libre choix du bénéficiaire s'exerce entre tous les Cabinets Dentaires légalement autorisés à fonctionner, ainsi qu'entre eux et les Praticiens exerçant à leur Cabinet.

L'engagement individuel de respecter les clauses prévues par la présente Convention résulte, pour les Praticiens donnant des soins aux Assurés Sociaux dans les Cabinets Dentaires, de l'apposition de leur signature sur les imprimés dont la production est exigée par la Caisse pour le règlement des prestations.

Par. II - Sous réserve de son droit de faire connaître à ses adhérents les sanctions comportant l'interdiction temporaire ou définitive de donner des soins aux bénéficiaires des Assurances Sociales, les Caisses s'engagent à ne faire aucune discrimination, sous quelque forme que ce soit, entre les Praticiens exerçant régulièrement à leur Cabinet, ou ceux donnant leurs soins à des Assurés Sociaux dans les Cabinets Dentaires.

Par. III - Les Cabinets Dentaires font connaître à la Caisse Primaire d'assurance Maladie de LENS et à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole d'ARRAS les noms et titres des Praticiens qui donnent les soins et justifient, le cas échéant, de leur inscription au Tableau de l'Ordre ; ils communiquent également le texte de leur Règlement Intérieur et les noms des Responsables. Toute modification intervenant parmi les Praticiens et tout changement apporté aux Règlements Intérieurs seront notifiés dans les quinze jours à la Caisse Primaire.

QUALITE DES SOINS

Article 2

Sans préjudice de l'application des dispositions du Code de déontologie à l'égard des Praticiens intéressés, les Cabinets Dentaires s'engagent à organiser les soins de telle manière que les Praticiens qui les dispensent maintiennent leur activité, hormis les cas d'urgence, dans les limites des normes maxima établies dans les conditions prévues par l'Article 18 du Décret n° 60-451 du 12 mai 1960.

.../...

EXECUTION DES PROTHESES

Article 3

Par. 1er - Il est expressément convenu entre les parties que le tarif prévu au paragraphe 1er de l'Article 8 au titre de la lettre-clé "SCP", s'applique à toute prothèse courante de bonne qualité.

Par. II - Par prothèse courante définie par la Nomenclature, il faut entendre une prothèse de conception classique exécutée selon les règles de l'art, après préparation convenable de la bouche, avec des matériaux présentant le maximum de garantie de solidité, soit dans l'état actuel de la pratique professionnelle :

. plaque base résine réalisée selon les techniques de polymérisation habituelles quelles que soient la marque et la teinte,

. plaque base en acier inoxydable ou métal similaire actuellement employé estampé ou coulé, à l'exception des techniques applicables aux appareils squelettés ou similaires,

. dents en résine ou en porcelaine, d'emploi habituel, crampons or ou distoriques exception faite des dents de qualité supérieure telles que :

- dents porcelaine de composition et d'aspect élaboré,

- dents résine de composition et d'aspect élaboré,

. crochets en acier inoxydable ou métal similaire de forme et de techniques courantes (à l'exclusion notamment des rupteurs de force, attachements ou crochets compliqués assimilables),

. couronnes en acier ou alliage non précieux.

Par. III - Cependant, l'assuré aura la faculté de choisir une autre prothèse correspondant à des techniques particulières ou à des matériaux différents et pour laquelle il pourra être demandé un supplément de prix.

Dans ce cas, le Cabinet Dentaire établira, en double exemplaire, dont l'un sera remis à l'assuré, un devis détaillé faisant apparaître d'une part, la somme sur laquelle interviendra le remboursement de la Caisse, d'autre part le supplément qui restera à la charge de l'assuré. La signature de ce dernier, qui devra être apposée dans tous les cas sur les deux volets du devis vaudra acceptation des conditions proposées.

.../...

Par. IV - Il est également convenu que l'appareil dit "de base", pour lequel il ne sera réclamé aucun supplément de prix, sera celui correspondant à la catégorie A des Cabinets Dentaires.

PRESENTATION DE LA CARTE D'ASSURE SOCIAL

Article 4

Par. 1er - Tout bénéficiaire des Assurances Sociales qui reçoit des soins dans un Cabinet Dentaire de la Société de Secours Minière de LENS doit présenter sa carte d'assuré social.

FEUILLES DE SOINS ET DE PROTHESE

Article 5

Par. 1er - Lors de chaque acte, le Praticien porte sur la feuille de soins ou de prothèse dentaire, les indications prescrites et appose sa signature dans la colonne réservée à la prestation de l'acte. En aucun cas, le Personnel administratif ne pourra attester la prestation d'un acte. La prestation des soins devra être mentionnée, au jour le jour, en utilisant les cotations prévues à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Les Praticiens sont tenus d'utiliser les feuilles de soins fournies par la Caisse.

Par. II - Pour l'application de l'article L.283 (b) du Code de la Sécurité Sociale, il est convenu que les arrêts de travail de courte durée pouvant être prescrits par les Praticiens ne pourront excéder une limite de 7 jours.

Pour les arrêts de travail supérieurs à trois jours, le Chirurgien-Dentiste exposera les motifs de sa prescription au Chirurgien-Dentiste-Conseil ou au Médecin-Conseil.

En aucun cas, le Cabinet Dentaire ne devra conserver la feuille de soins, sous réserve des règles applicables aux assurés bénéficiaires de l'Aide Médicale à Domicile.

Par. III - La feuille de soins dentaires préétablie ne doit comporter aucune autre indication sur l'état du malade que celles prévues aux précédents paragraphes. Les Caisses s'interdisent, en dehors de la procédure de contrôle dentaire, de poser des questions à ce sujet.

.../...

Par. IV - Dans tous les cas où la Nomenclature prévoit une formule d'entente préalable, le Praticien remplit les formules nécessaires et porte sur la feuille de soins ou de prothèse dentaire, la mention A.D. (avis donné).

Par. V - S'il y a lieu à intervention d'un Auxiliaire Médical, le Praticien le spécifie dans une ordonnance distincte qui précise qualitativement et quantitativement les soins à donner.

Par. VI - Si le Praticien estime nécessaire la confection d'un appareil de prothèse, il précise sur la demande d'entente préalable, la nature et les caractéristiques de cet appareil ainsi que les motifs qui le rendent nécessaire.

La Caisse décide, après avis du Contrôle Dentaire, s'il y a lieu d'accepter ou de rejeter la demande en fonction des dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Le cas échéant, le Praticien exécute l'appareil conformément à cette décision. La durée de validité de la feuille de prothèse dentaire est fixée par les textes réglementaires en vigueur.

Par. VII - Le Cabinet dentaire donnera toutes les facilités nécessaires pour l'exercice des contrôles prévus par les textes légaux et réglementaires relatifs à l'application de la Sécurité Sociale.

Le Chirurgien-Dentiste-Conseil ou le Médecin-Conseil aura le libre accès des Etablissements.

En cas de contrôle effectué par la Caisse, le Chirurgien-Dentiste-Conseil ou le Médecin-Conseil ne doit, en aucun cas donner au malade une appréciation sur un traitement effectué et il doit s'abstenir rigoureusement de tout conseil et de tout acte thérapeutique.

REGLEMENT DES HONORAIRES

Article 6

Les ressortissants des Caisses concernées ayant recours aux Cabinets Dentaires de la Société de Secours Minière, règleront selon le cas, le montant intégral des soins reçus et des appareils de prothèse exécutés à leur profit, conformément aux tarifs définis à l'Article 8 de la présente Convention dont les honoraires seront indiqués sur les feuilles de soins ou la participation restant éventuellement à leur charge s'il est fait application d'une procédure de dispense d'avance des frais.

Il leur appartiendra ensuite de déposer leur demande de remboursement à leur Organisme de rattachement, selon le mode habituel.

ORDONNANCES

Article 7

Par. 1er - Les Praticiens sont tenus, conformément à l'Article L.258 du Code de la Sécurité Sociale, d'observer, dans toutes leurs prescriptions, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Par. II - Le Praticien formule ses ordonnances sur un document dupliqué portant de façon lisible, son nom, sa fonction, l'adresse du Cabinet Dentaire, la date et sa signature et dont l'original reste la propriété de l'assuré. Les ordonnances sont formulées qualitativement et quantitativement avec toute la précision possible.

Par. III - Le Praticien formule sur des feuilles distinctes les prescriptions suivantes :

. les médicaments,
. les examens de laboratoire.

En cas d'établissement d'une ordonnance, le Praticien porte la lettre "O" dans la colonne prévue à cet effet sur la feuille de soins.

TARIFS

Article 8

Les honoraires sont établis comme suit :

Par. 1er - La valeur de base des "D", "SCP" et des autres lettres-clés est celle résultant des Conventions conclues dans le cadre des dispositions fixées par les Articles L.259 et L.260 du Code de la Sécurité Sociale et des textes subséquents pris pour leur application.

Par. II - Les coefficients dont sont affectées les lettres-clés résultent de l'application des dispositions prévues dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et de celle des Actes Médicaux utilisant les radiations ionisantes.

Par. III - Les tarifs applicables aux Cabinets Dentaires sont affichés d'une façon très lisible dans les salles d'attente.

REGLEMENT DES DIFFICULTES

Article 9

Les parties tenteront de régler à l'amiable les difficultés d'application de la présente Convention.

Elles conviennent de confier cette mission aux Présidents des Conseils d'Administration des Organismes d'Assurance désignés en titre des présentes, à charge pour eux d'en rendre compte à leurs Conseils respectifs.

RESPONSABILITE DES PARTIES SIGNATAIRES

Article 10

La responsabilité civile du Cabinet Dentaire et celle des Caisses peuvent être mises en jeu dans les conditions ci-après :

Par. 1er - La Société de Secours Minière et les Caisses sont tenues de ne rien faire qui puisse porter atteinte à l'exécution de la Convention.

Elles s'engagent à mettre en oeuvre tous les moyens dont elles disposent pour lutter contre les fraudes et les abus qui peuvent se produire, à l'occasion de l'exécution de la présente Convention.

Par. II - La Société de Secours Minière est garante de l'exécution de la Convention par ses Praticiens et le Personnel administratif qu'elle emploie.

Par. III - La non exécution des engagements du fait des Caisses signataires de la Convention ou du fait de ses Administrateurs, Agents ou préposés, engage la responsabilité de celle-ci à l'égard de la Société de Secours Minière.

Par. IV - Cette responsabilité ne peut, toutefois, pas être mise en jeu, lorsque le fait incriminé résulte de l'application d'une disposition législative ou réglementaire, ou de l'exécution d'une décision de l'Autorité Administrative de Tutelle.

Article 11

Par. 1er - La présente Convention est conclue pour une période d'**UN AN**. Elle se substitue aux textes de même objet qui ont pu être conclus antérieurement.
Elle se renouvellera ensuite d'année en année, par tacite reconduction.

Par. II - Elle pourra être résiliée par l'une des parties contractantes, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, au minimum deux mois avant la date d'expiration annuelle.

La Convention pourra être résiliée avant son terme par l'une des parties en cas de violation grave ou répétée des engagements conventionnels du fait de l'autre partie.

Par. III - Toute résiliation abusive pourra donner lieu à la mise en oeuvre de la procédure prévue à l'Article 10.

Fait à LENS, le 20 DEC. 1985

Le Président
de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie
de LENS,

Le Président
de la Caisse de Mutualité Sociale
Agricole du Pas-de-Calais,

Le Président
de la Société de Secours Minière
de LENS,

AVENANT N° 1

A la convention intervenue le 20 DEC. 1985

ENTRE :

- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés 624 - rue François Gauthier à LENS

- la Caisse de Mutualité Sociale Agricole du Pas-de-Calais

ET :

- la Société de Secours Minière de LENS - Route de La Bassée pour les Cabinets Dentaires gérés par ladite Société et situés à :

  - LENS
  - WINGLES

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT

Article 1er

Les dispositions de l'Article 6 de la Convention précitée, ayant trait aux modalités de remboursement, sont précisées dans les conditions ci-après :

Article 6 : Règlement des honoraires :

Par. 1er - Les patients peuvent soit régler directement au Cabinet l'intégralité des honoraires correspondant aux actes effectués, soit ne régler que la part correspondant au montant du ticket modérateur ; en aucun cas, il ne doit s'agir d'un règlement entre les mains du Praticien qui a dispensé les soins.

Par. II - Pour être dispensés de l'avance des frais, les assurés ou leurs ayants-droit doivent produire leur carte d'assuré social ou toutes pièces justificatives de leur droit aux prestations.

Par. III - En cas de tiers-payant, les Caisses responsables des prestations rembourseront conformément aux législations en vigueur, le montant des honoraires calculés conformément aux dispositions de l'Article 8 de la Convention.

Par. IV - Les sommes dues par les Caisses sont réglées sur présentation de bordereaux établis mensuellement et accompagnés de feuilles de soins, ainsi que, le cas échéant, des avis d'acceptation de prise en charge délivrés par le Contrôle Médical de la Caisse.

.../...

Par. V - Les Caisses régleront, dans les délais les plus courts et par mode scriptural, directement à la S.S.M. signataire, le montant de leur prise en charge. Cette prise en charge n'est assurée que pour les ressortissants des Caisses remplissant les conditions légales d'ouverture du droit aux prestations.

ARTICLE 2

Les dispositions du présent Avenant entrent en vigueur avec effet du 1er janvier 1986, sous réserve de l'approbation par Monsieur le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales et de l'Inspecteur Divisionnaire des Lois Sociales en Agriculture, conformément aux dispositions de l'Article 7 du Décret n° 75-936 du 13.10.75.

Fait à LENS, le 20 DEC. 1985

Le Président
de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie
de LENS

Le Président de la
Caisse de Mutualité
Sociale Agricole
du Pas-de-Calais,

Le Président de la
Société de Secours Minière
de LENS,

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

DECISION D'APPROBATION

Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales,

VU le Code de la Sécurité Sociale, notamment ses articles L.162-7 - L.162-10 - L.162-32 et R.162-8,

VU l'arrêté préfectoral du 3 Janvier 1986 donnant délégation de signature au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales en matière d'approbation de conventions applicables en cas de soins donnés dans un dispensaire,

D E C I D E

La convention et l'avenant N° 1 à la convention conclus entre :

- d'une part - la Caisse de Mutualité Sociale Agricole du Pas de Calais
  - La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de LENS

- d'autre part - la Société de Secours Minière de LENS, gestionnaire de Cabinets Dentaires

sont approuvés avec effet du 1er janvier 1986

Le Directeur Régional des Affaires
Sanitaires et Sociales,

ANNEXE 11

Gestion maladie, maternité, décès

Dépenses	Recettes
- L'ensemble des prestations maladie : . oeuvres (actes, honoraires, etc...) . cliniques . I.J. . appareillage . prestations diverses - contribution aux dépenses de gestion administrative.	- cotisations maladie actifs - subvention de compensation de la caisse autonome nationale. Cette subvention versée mensuellement par l'intermédiaire de l'union régionale de sociétés de secours minières est calculée les deux premiers mois de l'année sur la base de l'exercice précédent puis sur la base des déclarations fournies par chaque société de secours minière (voir document annexe II). - Recours contre tiers (assurance, particuliers, etc...) - quote part de l'excédent des fonds communs en totalité. - remises obtenues auprès des praticiens extérieurs au régime - quote part de l'excédent des oeuvres 60 %.

En fait ces remises et la quote part de l'excédent des oeuvres ne viennent pas en diminution de la subvention de compensation C.A.N. (circulaire CAN - CSS T n° 87-67 ci-jointe) car elles constituent l'excédent de la gestion maladie.

La répartition de cet excédent est détaillée dans les annexes III et IV.

Action sanitaire et sociale générale

Dépenses Section de fonctionnement	Recettes
. Prestations extra-légales . secours	. dotation CAN versée trimestriellement et directement par virement bancaire à la société de secours minière. Elle est fonction de l'importance de la société de secours minière (nombre d'affiliés). Elle est versée en début de trimestre.

.../...

	. quote part de l'excédent des oeuvres (12 %).
	La commission de contrôle et le conseil d'administration décident de son affectation ; en général au compte de réserves non affecté.
Section en capital	Le financement est assuré par le fonds de roulement ou par la dotation d'action sanitaire et sociale par virement entre les deux sections.
. investissements des oeuvres (mobilier, matériel technique, véhicules, etc...)	

Action sanitaire et sociale en faveur des des personnes âgées

Section de fonctionnement	
- retrace les dépenses de fonctionnement de la pédicurie	- subvention de l'U.R.S.S.M. qui couvre les dépenses
Section en capital	
(concerne les S.S.M. qui gèrent des établissements à prix de journée)	
- investissements de ces établissements.	- financement par le fonds de roulement

Union régionale de sociétés de secours minières

- L'Union régionale de sociétés de secours minières ne joue pas le rôle d'U.R.S.S.A.F., les employés de cet organisme sont en effet affiliés au régime général de sécurité sociale.

- Comme pour les sociétés de secours minières, les dotations d'action sanitaire et sociale générale et en faveur des personnes âgées sont versées trimestriellement. Pour l'U.R.S.S.M., elles sont versées au vu des dépenses effectives, (exemple : pour le 1er trimestre, elles sont versées début mai). Le versement se fait sur le compte ouvert à la C.D.C.

- Pour l'action sanitaire et sociale en faveur des familles, le financement est le même que pour les caisses d'allocations familiales : versement mensuel de la dotation par l'A.C.O.S.S.

- Pour la gestion AT, l'U.R.S.S.M. reçoit une dotation mensuelle de la CAN (sur le compte C.D.C.) qui est globalisée avec celle de la gestion administrative. Le versement se fait par douzième.

Excédent Gestion T
Fonds communs "T 128"

Viré en totalité à

Gestion maladie
"M 128"

EXCEDENT DES OEUVRES

REPARTI ENTRE

GESTION M 120 : 60 %

ASS - CAN
GESTION T 453126

ASS - SSM
GESTION
ASS de l'organisme :
12 %

M 7578 - Remises
consenties par les tiers

Remises consenties
+
60 % excédent des oeuvres

Fonds de réserve
Maladie
M 106 (20 %)
Fonds de roulement ne peut être utilisé sans autorisation ministérielle.

ASS de la SSM
SM 120 (3,2%)

ASS de la CAN
T 453117
(11,2 %)

Cpte maladie
CAN
T 453117 (64%)

ASS de l'U.R.
T 453217 (1,6%)

ANNEXE 12

EVOLUTION des EFFECTIFS des BENEFICIAIRES de PRESTATIONS MALADIE du REGIME MINIER en distinguant le secteur HOUILLE - LIGNITE et le secteur PERSONNEL SECURITE SOCIALE MINIERE, en FRANCE et dans le BASSIN NORD - PAS de CALAIS.

Au 31 décembre de l'Année.		Ensemble REGIME MINIER		HOUILLE - LIGNITE				PERSONNEL SÉCURITÉ SOCIALE MINIÈRE	
		TOTAL des BENEFICIAIRES	ACTIFS	TOTAL des BENEFICIAIRES	ACTIFS	INVALIDES RENTIERS	PENSIONNÉS VIEILLESSE	TOTAL des BENEFICIAIRES	ACTIFS
1960	FRANCE	1.260.154	284.585		208.000 *				
	Région	599.667	126.604		119.000 *				
1970	FRANCE	940.805	163.849	732.000	119.238 *	9.500	185.000	7.000	3.400
	Région	452.292	71.624	435.500	67.496 *	4.000	113.000	3.000	1.500
1980	FRANCE	664.412	96.055	500.000	60.931 *	6.400	190.000	12.900	4.600
	Région	295.292	31.085	287.000	26.060 *	3.300	117.000	4.000	2.000
1985	FRANCE	578.367	74.288	456.068	50.093	4.725	193.816	11.031	4.777
	Région	247.201	20.968	239.983	18.067	2.408	111.620	5.320	2.228
1986	FRANCE	552.646	66.290	434.454	43.147	4.131	191.917	11.307	4.848
	Région	232.735	18.029	224.956	14.860	2.042	109.262	5.600	2.349
1987	FRANCE	529.677	59.670	415.721	38.090	3.119	190.785	11.241	4.819
	Région	221.006	15.676	213.590	12.610	1.669	107.939	5.473	2.319
1995	FRANCE	387.440	34.100	282.000	15.980 *	600	150.000	8.000	4.400
	Région	142.000	4.500	134.000	1.700 *	100	92.000	3.800	2.100

(* Source Charbonnages de FRANCE)

SOURCE : C.A.N

Commentaires :

Ce tableau fait apparaître :

= un taux de décroissance moyen annuel de l'effectif des bénéficiaires du régime minier plus élevé dans la Région Nord-Pas-de-Calais que sur le plan national :

- de 1970 à 1985
  France = 2,5 %
  Région = 3 %
- de 1985 à 1987
  France = 4 %
  Région = 5 %
- de 1987 à 1995, les prévisions de la C.A.N. basées sur un ralentissement du taux de décroissance retiennent :
  France 3 %
  Région 4 %

= une augmentation des effectifs des personnels (actifs) des sociétés de secours minières (S.S.M.) plus importante dans la région Nord-Pas-de-Calais que sur le plan national sauf dans les prévisions de 1995. Ainsi le pourcentage d'augmentation atteint :

- de 1970 à 1985
  France : 40,5 % soit 2,7 % en moyenne annuelle
  Région : 48,5 % soit 3,2 % en moyenne annuelle
- de 1985 à 1987
  France : 0,8 %
  Région : 4 %
- de 1987 à 1995
  France : diminution de 8,6 %
  Région : diminution de 9,4 %.

En 1995, les personnels des S.S.M. représenteraient 13 % des membres actifs du régime minier en France et 47 % dans la région Nord-Pas-de-Calais.

.../...

Situation des personnels affectés au régime minier :

Bien que la notion de membres actifs d'une S.S.M. ne recouvre pas exactement celle d'effectif réel, dans la mesure où elle ne comprend pas les agents vacataires dont l'activité est inférieure à un mi-temps, et assimile les agents mi-temps aux agents plein-temps, elle permet toutefois d'apprécier grossièrement une évolution des effectifs de personnel.

Le tableau (Annexe 12) a permis de constater l'augmentation des membres actifs des personnels des S.S.M. de 1970 à 1987 et plus particulièrement dans la région Nord-Pas-de-Calais. Faute de statistiques plus précises dans ce domaine, on ne peut qu'espérer que la croissance de ces effectifs est liée à un développement des oeuvres du régime minier plus important dans la région Nord-Pas-de-Calais que dans le reste de la France.

ANNEXE 13

UNION REGIONALE
DE
Sociétés de Secours Minières
DU NORD
-:-

Pyramide d'âge
des Médecins Généralistes à temps plein
exerçant dans la circonscription de l'UNION REGIONALE du NORD

--oOo--

Nombre de Praticiens nés en I923	2
" " " " en I924	4
" " " " en I925	3
" " " " en I926	4
" " " " en I927	5
Nombre de Praticiens nés en I928	3
" " " " en I929	6
" " " " en I930	2
" " " " en I93I	2
" " " " en I932	5
Nombre de Praticiens nés en I933	7
" " " " en I934	5
" " " " en I935	5
" " " " en I936	4
" " " " en I937	2
Nombre de Praticiens nés en I938	I
" " " " en I939	2
" " " " en I940	4
" " " " en I94I	4
" " " " en I942	2
Nombre de Praticiens nés en I943	I
" " " " en I944	6
" " " " en I945	3
" " " " en I946	9
" " " " en I947	9
Nombre de Praticiens nés en I948	5
" " " " en I949	I5
" " " " en I950	5
" " " " en I95I	5
" " " " en I952	5
Nombre de Praticiens nés en I953	6
" " " " en I954	3
" " " " en I955	4
" " " " en I956	5
" " " " en I957	4
Nombre de Praticiens nés en I958	3
	I60

- NOTE -

SUR LA SITUATION DES PHARMACIES MINIERES VIS-A-VIS DES PHARMACIES LIBERALES

---

1. - REGLEMENTATION

1.1. - Conditions de délivrance des médicaments -

En application de l'article 90 du Décret du 27 novembre 1946 les fournitures pharmaceutiques ne sont remboursées par les Sociétés de Secours Minières que si elles ont été prescrites par des praticiens agréés, étant entendu que selon l'article 91 les médicaments spécialisés doivent figurer sur la liste des spécialités pharmaceutiques dressée à l'usage des collectivités et divers services publics.

Le remboursement des médicaments s'effectue d'après les frais exposés conformément au tarif légalement applicable, c'est-à-dire avec une absence quasi-complète de ticket modérateur.

Par circulaire n° 196 S.S. du 22 novembre 1950 (annexe 12.1), le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale a précisé que :
- "Le principe du libre choix du pharmacien doit être respecté, tant en ce qui concerne les conditions que le montant de la participation des sociétés de secours aux dépenses en produits pharmaceutiques de leurs affiliés ;

- le ticket modérateur et la participation de l'assuré ne peuvent être différents suivant que ce dernier s'adressera à une pharmacie dépendant de la société ou à une pharmacie commerciale agréée ou non. Toute disposition contraire des statuts ou du règlement intérieur ne saurait en aucun cas être acceptée".

En fait, certaines S.S.M. (Ostricourt, Bully-Grenay, Escarpelle) n'appliquent pas ces instructions et laissent l'intégralité du ticket modérateur à la charge de l'affilié qui se sera adressé à une pharmacie libérale.

La SSM de Valenciennes a, pour sa part, irrégulièrement institué une participation des affiliés de 15 % sur "le montant des ordonnances délivrées par les officines privées" (PV du C.A. du 13 Novembre 1984).

Par ailleurs l'absence de convention de tiers-payant qui oblige le bénéficiaire du régime minier à faire l'avance des frais, les délais de remboursement pratiqués par les S.S.M. constituent autant de conditions dissuasives à l'utilisation des pharmacies libérales.

1.2. - <u>Création des pharmacies minières</u> -

Le Code de la Santé Publique qui prévoit :

- une procédure de droit commun liée à un quota de population pour la création des pharmacies libérales (article L. 570 - L. 571 - L. 572 et L. 575) ;

- une procédure dérogatoire pour les pharmacies mutualistes (Art. L. 577 bis) n'a envisagé aucune condition spécifique pour la création des pharmacies minières.

La jurisprudence du Conseil d'Etat a donc seule établi le droit dans ce domaine.

2. - JURISPRUDENCE

2.1. - Décisions -

2.1.1. - Les Sociétés de Secours Minières sont assimilables aux sociétés de secours mutuels de droit commun et ont le droit de posséder plusieurs officines :
- Arrêt du Conseil d'Etat du 4 octobre 1957.

2.1.2. - Mise hors quorum des pharmacies mutualistes lors de leur création en application de l'article L. 577 bis du Code de la Santé Publique.

Arrêt du 18 octobre 1976 : Union des Sociétés Mutualistes de la Charente-Maritime.

2.1.3. - Assimilation implicite des pharmacies minières aux pharmacies mutualistes et mise hors quorum de ces dernières lors de la création des pharmacies libérales.

Dans son arrêt du 3 février 1984, le Conseil d'Etat saisit par le Conseil de l'Ordre des pharmaciens de la région Rhône-Alpes a assimilé implicitement les pharmacies minières aux pharmacies mutualistes et décidé "qu'elles n'ont pas à être prises en compte pour le calcul de la clause munérique applicable aux autorisations de création de pharmacies prises suivant la procédure normale".

Cette décision s'appuie sur les motifs suivants :

- les pharmacies mutualistes étant hors quorum quand il s'agit de leur propre création ; il serait difficile de soutenir qu'elles sont dans le quorum pour la création d'officines privées ;

- les pharmacies mutualistes ne sont pas ouvertes à tous, ni astreintes au tour de garde ;

.../...

- la spécificité des pharmacies mutualistes - Elles n'ont pas pour but de satisfaire les besoins de la population municipale qui seule doit être prise en compte au titre des licences normales, mais de desservir une clientèle mutualiste souvent répartie sur le territoire de plusieurs communes.

2.2. - Commentaires -

Comme le souligne le Pr. Bernard CHRISTAU dans le Bulletin de l'Ordre des Pharmaciens (février 1986) s'il y a des similitudes entre les pharmacies mutualistes et les pharmacies minières pour :

- leur création
- la non propriété par des pharmaciens
- la gérance salariée par un diplôme

il y a des différences notables :

= les sociétés mutualistes n'assurent qu'une couverture complémentaire du risque maladie, le régime minier, la totalité du risque ;

= les pharmacies mutualistes n'ont pas le monopole des assurés sociaux mutualistes : les pharmacies libérales peuvent passer des conventions de tiers payant, les pharmacies minières desservent une population rendue "captive" du fait de l'absence de conventions de tiers payant ;

= les pharmacies mutualistes sont en règle générale dans de grandes villes tandis que les pharmacies minières sont souvent implantées dans de petites communes.

3. - CONSEQUENCES

Comme les pharmacies mutualistes, les pharmacies des mines sont mises hors quorum en ce qui concerne les créations de pharmacies libérales.

Dans une localité où il existe déjà une pharmacie minière, l'autorité administrative n'a pas à tenir compte de son existence dans l'instruction d'un dossier de création d'une officine privée.

C'est ainsi que, dans le bassin minier de la région Nord-Pas-de-Calais, les autorisations de création d'officines libérales sont données, sans prendre en considération les 37 pharmacies minières implantées sur le secteur et desservant une population en régression. Depuis le 1er janvier 1987, 7 pharmacies ont été créées par voie normale dans le bassin minier et se sont installées à :

- WAZIERS
- ECAILLON
- FOUQUIERES-LES-LENS
- HARNES
- BULLY-LES-MINES
- MERICOURT
- NOYELLES-SOUS-LENS

II. - EQUIPEMENTS

Région Nord-Pas-de-Calais

1.1. - Equipements des Houillères -

Pour assurer leurs obligations légales et développer leur politique sanitaire et sociale, les Houillères ont aménagé des locaux, les centres médico-sociaux où sont regroupées en tout ou en parties des activités correspondant :

- aux soins aux blessés
- à la médecine du travail
- à la médecine conseil
- à un laboratoire d'analyses médicales
- à l'assistance à domicile aux insuffisants respiratoires
- aux centres d'études des pneumoconioses
- au suivi des silicosés.

1.1.1. - Locaux et Matériels :

Indépendamment du local de CONDE-Sur-ESCAUT réservé exclusivement à la médecine du travail, six centres médico-sociaux ont été installés dont quatre dans le département du Pas-de-Calais (BRUAY, LENS, FOUQUIERES, OIGNIES) et deux dans le département du Nord (L'ESCARPELLE à FLERS en ESCREBIEUX et ANZIN).

A l'intérieur des centres, chaque activité dispose de locaux et d'équipements spécifiques (salles de soins, matériel de kinésithérapie, aluminothérapie...) en dehors d'un plateau technique commun qui comprend en général des moyens radiologiques, des appareillages pour épreuves fonctionnelles respiratoires, des électro-cardiographes, des hémogazomètres et du matériel d'acoumétrie (annexe 7).

.../...

Le laboratoire de l'Escarpelle, laboratoire central de bassin, possède l'équipement classique d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale (Annexe 8) avec une activité moyenne annuelle de 3.000.000 B, il travaille à raison de :

- 3 % - pour certains établissements de l'Association Hospitalière Nord-Artois Cliniques (A.H.N.A.C.) ;
- 37 % - pour les S.S.M. ;
- 60 % - pour les Houillières (examens effectués dans le cadre de la surveillance des silicosés et de la médecine du travail).

1.1.2. - Personnels :

Pour assurer la gestion du risque A.T.M.P. et les activités abritées dans les centres (en dehors de la médecine du travail) les Houillères disposent en avril 1988 de 116,5 agents dont :

- Personnel administratif = 60
- Personnel médical = 11,5 (dont 1 pharmacienne)
- Techniciens (manipulateurs radio, infirmiers, kinésithérapeutes...) 41
- Personnel ouvrier = 4.

Ces personnels sont affectés :

- à la gestion du risque = 21 agents administratifs
- aux centres médico-sociaux = 95,5 (annexe 9) et répartis ainsi :
  - Centre de BRUAY = 13
  - Centre de LENS = 16
  - Centre d'OIGNIES = 5
  - Centre de FOUQUIERES = 11
  - Centre de l'ESCARPELLE = 23 (dont 10 au laboratoire)
  - Centre d'ANZIN = 11
  - Une dizaine de médecins qui travaillent dans le cadre de la médecine conseil et du suivi des silicosés en partageant leur temps entre les divers centres.