

DOCTEUR FRANCIS RATAJCZAK

Médecin-Conseil de la Sécurité  
Société dans les Mines

ORGANISATION REGIONALE DU REGIME SPECIAL  
DE SECURITE SOCIALE DANS LES MINES.  
TENTATIVE DE REFLEXION SUR LES RAPPORTS  
DE DECISION QUI EXISTENT ENTRE L'UNION  
REGIONALE ET LES SOCIETES DE SECOURS  
MINIERES, D'UNE PART, ET ENTRE L'UNION  
REGIONALE ET LA CAISSE AUTONOME NATIONALE,  
D'AUTRE PART.

Docteur Francis RATAJCZAK

CERTIFICAT D'ADMINISTRATION  
ET D'ECONOMIE DE LA SANTE

Années 1979 - 1982

ORGANISATION REGIONALE  
DU REGIME SPECIAL DE SECURITE SOCIALE  
DANS LES MINES

UNIVERSITE DE PARIS-VII  
FACULTE DE MEDECINE LARIBOISIERE - SAINT LOUIS



Que Monsieur le Docteur LANFRAY, Médecin-  
Conseil National de la Sécurité Sociale  
dans les Mines, trouve dans ce travail,  
pour l'avoir favorisé, le témoignage  
de ma profonde reconnaissance.

Je remercie de son aide Monsieur ROUSSEAU,  
Chef du Service "Prévisions - Compensation-  
Statistiques" à la Caisse Autonome  
Nationale de Sécurité Sociale dans  
les Mines.

Je remercie Madame CHEMILLIER-GENDREAU,  
Professeur Agrégée de Droit Public,  
d'avoir bien voulu guider ma démarche  
tout au long de la réalisation de ce  
mémoire.



1 - MOTIVATION

Par le présent je vous remercie, pour mes amicales relations, sur toutes les occasions et à l'occasion de la venue de vos amis et collègues à la mine de Monaca, pour leur accueil et leur hospitalité, ainsi que pour leur accueil et leur hospitalité à la mine de Monaca, pour leur accueil et leur hospitalité à la mine de Monaca.

Je tiens également à vous remercier pour les amicales relations que vous avez établies avec moi pendant mon séjour à la mine de Monaca, pour leur accueil et leur hospitalité à la mine de Monaca.

Les classes nationales, régionales et de secours locales, dans les mines de la région de Monaca, ont été très agréablement surprises par la venue de vos amis et collègues à la mine de Monaca.

Les classes nationales, régionales et de secours locales, dans les mines de la région de Monaca, ont été très agréablement surprises par la venue de vos amis et collègues à la mine de Monaca.

Les classes nationales, régionales et de secours locales, dans les mines de la région de Monaca, ont été très agréablement surprises par la venue de vos amis et collègues à la mine de Monaca.

2 - INTRODUCTION

Enfin, je tiens à vous remercier pour les amicales relations que vous avez établies avec moi pendant mon séjour à la mine de Monaca, pour leur accueil et leur hospitalité à la mine de Monaca.

3 - CONCLUSION

Je tiens à vous remercier pour les amicales relations que vous avez établies avec moi pendant mon séjour à la mine de Monaca, pour leur accueil et leur hospitalité à la mine de Monaca.

Les chefs de service et le personnel de l'Union Régionale de l'Est, qui m'ont facilité la tâche, par leurs informations et leurs explications, fournies sans retenue.

Que Monsieur SCHILLING, Directeur de l'Union Régionale des Sociétés de Secours Minières de l'Est, trouve ici l'expression de ma gratitude, pour m'avoir autorisé, au sein de l'Union Régionale de l'Est, toutes les démarches rendues nécessaires par ce travail.

Je remercie

Monsieur le Docteur GALOISY, Médecin-Conseil Régional, et Monsieur le Docteur COSTANTZER, Médecin-Conseil Régional Adjoint, qui ont su m'encourager et m'appuyer au cours de ces mois où il m'a fallu concilier mon exercice professionnel habituel et la conduite de ce mémoire.

Les Chefs de Service et le personnel de l'Union Régionale de l'Est, qui m'ont facilité la tâche, par leurs informations et leurs explications, fournies sans retenue.



## 1 - MOTIVATIONS

Peu informé et peu ouvert, par mes études médicales, aux notions d'Administration et d'Economie de la Santé, je désirais approfondir mes connaissances dans ce domaine, encouragé et aidé dans cette démarche par les instances supérieures de la Sécurité Sociale dans les Mines, régime dont je suis issu.

Institution souvent peu et mal connue, parfois décriée, la Sécurité Sociale dans les Mines dispose de structures originales, articulées selon un mode pyramidal, qui sont :

- La Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (C.A.N.S.S.M.)
- Les Unions Régionales des Sociétés de Secours Minières, dont l'Union Régionale de l'Est (U.R.E.), objet de ce mémoire
- Les Sociétés de Secours Minières (S.S.M.).

Avant toujours vécu dans une région à vocation minière et industrielle, médecin généraliste à temps plein à la Société de Secours Minière de HAYANGE de 1973 à 1979, médecin-conseil auprès des Sociétés de Secours Minières de HAYANGE et de JUCQUEGNIÉUX depuis 1979, il m'a semblé utile et logique d'orienter mon travail dans ce sens, en le centrant au niveau régional, l'étude à l'échelon national étant assurée par le Docteur CALLOT alors que le Docteur FELDMANN a situé sa recherche à l'échelon local.

## 2 - METHODOLOGIE

Dans un premier temps, mon travail a consisté à recueillir le maximum d'informations relatives au Régime de Sécurité Sociale dans les Mines.

Mais je me suis rapidement aperçu des limites de cette recherche, qui ne m'apportait qu'un schéma statique et figé de ce que je me proposais de décrire.

Aussi, désirant obtenir la "photographie" la plus vivante et la plus actualisée possible de l'Union Régionale de l'Est, je suis allé demander à la Direction de cet organisme l'autorisation de prendre contact avec les différents chefs de service, afin de pouvoir les interroger, leur demander des renseignements, voire des documents. Cette possibilité m'ayant été offerte avec beaucoup de bienveillance, ce travail est, en quelque sorte, la synthèse des multiples visites et entretiens qui m'ont été accordés.

# H I S T O R I Q U E

E T

# L E G I S L A T I O N

D U

# R E G I M E M I N I E R



1 - HISTORIQUE

C'est en me référant à l'ouvrage de R. BONNET (1) que j'aborde ce chapitre volontairement succinct.

De tout temps, l'Etat s'est considéré comme le véritable propriétaire des richesses souterraines et, au fil des siècles, il a manifesté son action sociale en faveur des travailleurs de l'industrie extractive. Certains textes en témoignent, qui constituent une ébauche de législation dans les mines.

11. Ordonnances de LOUIS XI.

Elles concernent l'Administration des Mines.

12. Lettres patentes de HENRI IV.

Édictées le 14.05.1604, elles constituent une esquisse de régime de prévoyance en faveur des ouvriers de la Mine, première approche d'une législation sur les accidents du travail.

13. Décrets du 5.01.1813 et du 26.05.1813

Ils manifestent la conscience des Pouvoirs Publics quant à leurs devoirs particuliers vis-à-vis des travailleurs de la Mine qui évoluent dans un milieu dangereux.

Toutefois, c'est à l'initiative privée des exploitants miniers qu'incombe l'essentiel.

2 - LEGISLATION

Le Régime Minier est antérieur au Régime Général de Sécurité Sociale et son organisation actuelle repose sur le Décret du 27.11.1946, qui a repris en de nombreux points les dispositions législatives antérieures (lois du 29.06.1894 et du 25.02.1914).

Avant la loi du 29.06.1894, les mineurs étaient garantis contre les risques sociaux par trois catégories d'institutions

- institutions patronales
- caisses ou mutuelles
- caisse nationale de retraite de vieillesse (pour certaines exploitations).

Mais cette prévoyance sociale était à l'initiative purement privée, non garantie par la loi, reposant uniquement sur l'accord des intéressés.

21. Loi du 29.06.1894.

Elle rend obligatoire, pour tous les ouvriers et employés des Mines, l'institution d'un régime de prévoyance sociale, en imposant aux exploitants des mines une participation financière au fonctionnement du régime.

On peut estimer que cette loi a créé l'Assurance-Maladie.

22. Loi du 25.02.1914.

Elle crée un régime d'Assurance-vieillesse, en apportant aux salariés de la mine un organisme de retraite corporatif, la Caisse Autonome de Retraite des Ouvriers Mineurs (C.A.R.O.M.).

23. Décret du 27.11.1946.

Le régime actuel de la Sécurité Sociale dans les Mines a été créé et réglementé par le Décret 46-2769 du 27.11.1946, intervenant par application de l'Article 17 de l'Ordonnance du 4.10.1945 portant organisation de la Sécurité Sociale, en vertu d'une délégation de pouvoirs donnée au Gouvernement par l'Article 171 de la loi du 7.10.1946.

Depuis, il est certain que les dispositions de ce Décret ont été modifiées, complétées, précisées et réactualisées par différents textes législatifs et réglementaires.

231. Principes directeurs (1).

- Le Régime Minier est un régime d'assurance subsidiaire

L'état participe au financement du régime pour la couverture des risques vieillesse, invalidité et décès.

- Le Régime Minier a un caractère préférentiel

Ce caractère préférentiel résulte de son antériorité sur le Régime Général et s'affirme par la contribution financière de l'état au fonctionnement du Régime. Les prestations qu'il ouvre sont, le plus souvent, supérieures à celles prévues au Régime Général et leurs conditions d'attribution sont, par ailleurs, plus larges.



- Esprit de Solidarité

La notion d'équipe, liée aux travaux d'extraction, la concentration humaine au sein des cités minières, sont à l'origine d'un esprit de groupe et de solidarité qui se traduit parfois par un particularisme marqué vis-à-vis des autres groupes socio-économiques.

- Interpénétration du Social et de l'Economique

L'équilibre financier du Régime Minier est étroitement lié à l'économie minière. C'est ainsi que les réalisations sanitaires et sociales doivent tenir compte des conditions d'exploitation et des perspectives d'avenir.

232. Champ d'application du Régime Minier

Peuvent prétendre au Régime Minier les travailleurs de toutes catégories (ouvriers, employés, techniciens, cadres moyens et supérieurs) occupés dans les entreprises relevant de ce régime, sous réserve que leur activité professionnelle se rattache exclusivement ou directement à l'exploitation minière.

Toutefois, certaines catégories de salariés qui, sans être directement au service des exploitations minières, n'en ont pas moins des liens étroits avec celles-ci, peuvent élargir au régime.

233. Perspectives d'avenir

Depuis une vingtaine d'années, la profession minière en particulier, la Lorraine en général, ont été rudement ébranlées, après avoir été à l'honneur après la Seconde Guerre Mondiale : à propos de la Lorraine, ne parlait-on pas, alors de "TEXAS Français" ?

Le début des années soixante signe le début des crises:

- Dans le Bassin Houillier,

d'abord, où la production est réduite devant la concurrence du pétrole, réputé être, alors, une source d'énergie plus rentable.

- Dans le Bassin Ferrifère,

ensuite, dès 1962-1963, du fait de la concurrence des minerais de fer à haute teneur provenant de Suède ou de Mauritanie.

- La Sidérurgie,

est touchée à partir de 1970, devant rivaliser avec la sidérurgie côtière de Dunkerque ou de Fos sur Mer, mais aussi avec les pays sidérurgiques nouveaux, à productivité élevée (JAPON). En outre, le caractère monovalent de cette industrie qui n'a pas su se diversifier à temps n'a pu que favoriser cette évolution.

A l'heure actuelle, la sidérurgie lorraine reste soumise à dure épreuve, avec un ralentissement des investissements et un bouleversement du marché mondial de l'acier.

- Le premier choc pétrolier de 1973,

a encore contribué à aggraver la situation d'ensemble, bien que le renchérissement du prix du pétrole ait favorisé une certaine relance du Bassin Houillier.

Tous ces éléments ont conduit à une régression des effectifs et à un déséquilibre de plus en plus marqué entre les populations actives et non actives, ce déséquilibre, bien entendu, s'effectuant au détriment des populations actives. Cela est particulièrement net dans le Bassin Ferrifère, ainsi que nous le verrons dans un chapitre suivant. Toutefois, quelques chiffres permettent de juger l'impact de la crise en Lorraine, résumés par ce tableau :

	Nombre Total de Mineurs en LORRAINE	Nombre de Mineurs Dans le BASSIN HOUILLER	Nombre de Mineurs Dans le BASSIN FERRIFERE
Année 1949	87.200	41.400	26.250
Année 1976	43.000	27.000	9.500
Evolution	- 51 %	- 35 %	- 64 %



- La Sidérurgie,

est touchée à partir de 1970, devant rivaliser avec la sidérurgie côtière de Dunkerque ou de Fos sur Mer, mais aussi avec les pays sidérurgiques nouveaux, à productivité élevée (JAPON). En outre, le caractère monovalent de cette industrie qui n'a pas su se diversifier à temps n'a pu que favoriser cette évolution.

A l'heure actuelle, la sidérurgie lorraine reste soumise à dure épreuve, avec un ralentissement des investissements et un bouleversement du marché mondial de l'acier.

- Le premier choc pétrolier de 1973,

a encore contribué à aggraver la situation d'ensemble, bien que le renchérissement du prix du pétrole ait favorisé une certaine relance du Bassin Houiller.

Tous ces éléments ont conduit à une régression des effectifs et à un déséquilibre de plus en plus marqué entre les populations actives et non actives, ce déséquilibre, bien entendu, s'effectuant au détriment des populations actives. Cela est particulièrement net dans le Bassin Ferrifère, ainsi que nous le verrons dans un chapitre suivant. Toutefois, quelques chiffres permettent de juger l'impact de la crise en Lorraine, résumés par ce tableau :

	Nombre Total de Mineurs en LORRAINE	Nombre de Mineurs Dans le BASSIN HOULLER	Nombre de Mineurs Dans le BASSIN FERRIFERE
Année 1949	87.200	41.400	26.250
Année 1976	43.000	27.000	9.500
Evolution	- 51 %	- 35 %	- 64 %

LE REGIME MINIER  
DANS L'EST



## LE REGIME MINIER DANS L'EST

Il me semble utile d'insister sur le particularisme du Régime Minier dans l'Est.

En effet, la circonscription géographique, très vaste, de l'UNION REGIONALE DES SOCIETES DE SECOURS MINIERES DE L'EST (U.R.S.S.M.E. ou U.R.E.) englobe :

- les exploitations minières de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin
- les mines de fer et de sel de Meurthe-et-Moselle
- les ardoisières des Ardennes

Aussi, l'U.R.E. gère plusieurs "substances", fort différentes, qui connaissent leurs problèmes et leurs difficultés propres, où les comportements sociaux et humains sont diversifiés, de même que les recherches de solution.

Au sein de l'U.R.E., les SOCIETES DE SECOURS MINIERES (S.S.M.) se répartissent de la façon suivante :

### 1. Bassin Houiller

- S.S.M. de MERLEBACH
- S.S.M. de PETITE-ROSSELLE
- S.S.M. de FAULQUEMONT

### 2. Bassin Ferrifère

- S.S.M. de HAYANGE
- S.S.M. de JARNY
- S.S.M. d' AUBOUE
- S.S.M. de PIENNES
- S.S.M. de TUCQUEGNIEX
- S.S.M. de LONGWY

### 3. Bassin Salin

- S.S.M. de NANCY (Fer et sel)

### 4. Bassin Potassique

- S.S.M. de MULHOUSE

### 5. Bassin PETROLIFERE

- la S.S.M. de PECHELBRONN, par décret de 1964, est fusionnée avec la S.S.M. de MULHOUSE

## 6. ARDOISIERS

- la S.S.M. de FUMAY est fusionnée avec la S.S.M. de LONGWY, depuis la fermeture des ardoisières des Ardennes et de la Marne.

Grâce au tableau qui suit, nous pouvons examiner la répartition démographique, au 31.12.1980, selon les chiffres émanant de l'U.R.E. (Document annexe n°1) :

Tableau 1	HOUILLE	FER	POTASSE	SEL
ACTIFS	27.382	4.658	5.971	596
AVANTS-DROITS D'ACTIFS	44.476	8.909	9.641	1.043
TOTAL DES ACTIFS	71.858	13.567	15.612	1.639
PENSIONNES INVALIDES RENTIERS	25.096	14.924	8.322	1.037
AVANTS-DROITS DE PENSIONNES D'INVALIDES DE RENTIERS	18.059	9.731	4.166	4.166
TOTAL PENSIONNES INVALIDES RENTIERS	43.155	24.655	12.488	5.203
TOTAL GENERAL	188.177			

Ainsi, l'U.R.E. regroupe, au 31.12.1980, 188.177 ressortissants.

L'étude de ce tableau permet de retrouver un des particularismes évoqués auparavant, si l'on compare les rapports ACTIFS et PENSIONNES dans chacune des différentes substances :

TOTAL



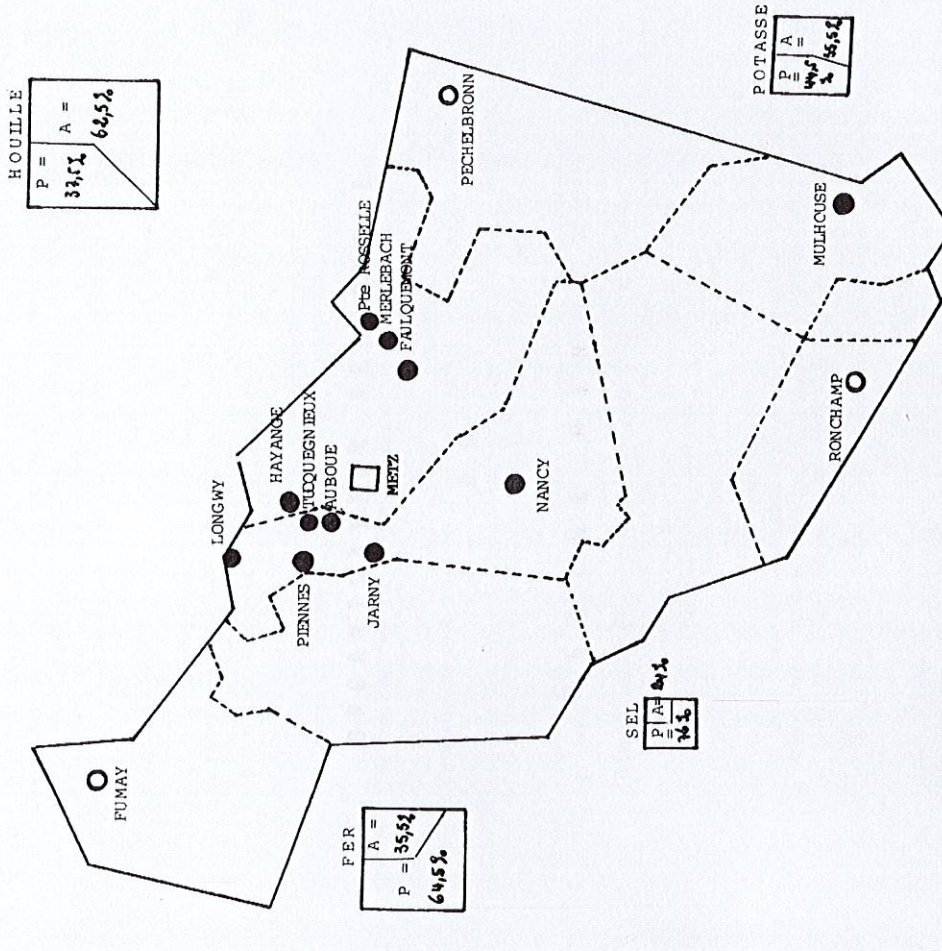
IMPLANTATION DES SOCIÉTÉS DE SECOURS  
MINIÈRES DE L'EST.

REPARTITION DES ACTIFS, DES PENSIONNÉES  
ET DES AYANTS-DROITS.

TABEAU 2	HOUILLE	FER	POTASSE	SEL
ACTIFS	71.858	13.567	15.612	1.639
PENSIONNÉES	43.155	24.655	12.488	5.203
TOTAL	115.013	38.222	28.100	6.842
ACTIFS TOTAL	62,5 %	35,5 %	55,5 %	24 %
PENSIONNÉES TOTAL	37,5 %	64,5 %	44,5 %	76 %

Ces éléments chiffrés permettent immédiatement de comprendre que c'est dans le Bassin FERRIFÈRE que se situent les plus grosses difficultés du RÉGIME MINIER dans l'EST, avec le déséquilibre entre les populations actives et non actives, déséquilibre à l'origine de nombreux problèmes.

Toutes les informations évoquées dans ce chapitre sont résumées sur la carte qui suit.



- METZ - SIEGE DE L'U.R.E
- SIEGES DES S.S.M.
- S.S.M. FUSIONNEES
- ACTIFS ET AYANTS-DROITS
- PENSIONNES, INVALIDES, RENTIERS ET AYANTS-DROITS



ORGANISATION ADMINISTRATIVE

DE

L'UNION REGIONALE DES SOCIETES DE SECOURS

MINIERES DE L'EST

=====

L'U.R.S.S.M.E. est gérée par un Conseil d'Administration composé de 36 membres titulaires et de 18 suppléants, élus selon les conditions prévues par le décret du 2.05.1947 fixant les mesures d'application du décret du 27.11.1946, auxquels s'ajoutent, avec voix consultative, deux praticiens désignés par lui, en application de l'article 28 de ce dernier décret.

1- CONSEIL D'ADMINISTRATION

Par ses délibérations, il règle les affaires de l'organisme, assurant la gestion et le fonctionnement de l'U.R.S.S.M.E. dont il nomme tous les agents. (Toutefois, la nomination du Directeur est soumise à l'agrément du Ministre du Travail et celle de l'Agent-Comptable à celui du Ministre du Budget et du Ministre du Travail).

Il est, comme nous l'avons déjà vu, composé de 36 membres, dont 2/3 représentent les travailleurs (élus par les administrateurs des S.S.M. de toute la circonscription de l'Est) et 1/3 représente les exploitants.

2- BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration choisit, parmi ses membres, un Président, deux Vice-Présidents, un Trésorier et un Secrétaire, qui composent le Bureau où sont obligatoirement représentés les exploitants.

Le Bureau joue un rôle important, en coordonnant les activités du Conseil d'Administration et en étudiant, au préalable, les questions qui seront examinées par le Conseil d'Administration.

3- COMMISSIONS

Après du Conseil d'Administration et, émanation de celui-ci, sont constitués des Comités et des Commissions chargés de l'aider dans son travail. Alors que certaines structures sont analogues à celles qui existent au Régime Général -Commission de Contrôle, Comité Technique, par exemple-, d'autres sont spécifiques au Régime Minier -Commission d'agrément des Praticiens, Commission d'Invalité Générale, Commission de Liquidation d'Invalité Professionnelle-.

ORGANISATION REGIONALE

DU

REGIME MINIER



31. Comité Technique

Il est chargé de procéder ou de faire procéder à toutes les études ou enquêtes qui concernent la prévention ou la gestion du risque "Accident de Travail - Maladie Professionnelle". Il reçoit mandat du Conseil d'Administration pour procéder à la tarification du risque.

32. Sous-Commission Technique

Elle est chargée de la Prévention des Accidents de Travail. Afin de lui conférer le maximum d'efficacité, elle est composée de techniciens de la prévention : ingénieurs spécialisés et délégués mineurs.

33. Comité des Rentes

Il fixe les rentes dues en réparation aux victimes d'Accidents de travail ou de maladies professionnelles.

34. Commission d'Allocation au Décès

Elle statue sur les demandes d'allocation au décès présentées par d'autres personnes que les titulaires normaux, ainsi que sur les demandes de secours présentées au titre de l'article 163 du Décret du 27.11.1946.

35. Commission d'Invalidité Générale

Elle fixe le taux d'Invalidité Générale.

36. Commission de Liquidation d'Invalidité Professionnelle

Elle détermine les salaires de la catégorie dans laquelle les affiliés sont susceptibles d'être reclassés en cas d'Invalidité Professionnelle.

37. Commission de Recours Gracieux

En matière d'Accident de Travail et de Prestations Familiales, elle statue sur les réclamations formulées par les affiliés contre les décisions prises par l'U.R.S.S.M.E. Elle est renouvelable annuellement.

38. Commission d'Agrément des Praticiens

Dite Commission de l'article 88, elle est chargée de donner son avis, en vue de l'établissement des listes de praticiens agréés par l'U.R.S.S.M.E. pour chaque circonscription de S.S.M.

39. Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale dans les Mines

Le Médecin-Conseil Régional en est membre, de droit.

40. Commission de Contrôle

Elle vérifie la comptabilité et présente un rapport au Conseil d'Administration sur les opérations de l'année écoulée et sur la situation de l'organisme en fin d'année. Une fois par an, au moins et à l'improviste, elle se doit de procéder à une vérification de caisse et comptabilité.

41. Commission d'Action Sanitaire et Sociale

Elle s'occupe de toutes les questions relatives à l'Action Sanitaire et Sociale : examen des budgets, des demandes d'aide financière, des projets présentés par les S.S.M. Elle traite également de l'établissement des règlements d'action sociale et des bourses d'études.

42. Sous-Commission d'Action Sociale et de Prestations Familiales

Elle allège la tâche de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale, en examinant des demandes de prêt et les affaires individuelles, en matière d'action sociale.

43. Sous-Commission d'Aide aux personnes âgées.

Elle examine les demandes individuelles d'aide-ménagère présentées par les personnes âgées.

44. Commission Administrative de l'Établissement de CHARLEVILLE SOUS BOIS

Elle veille au bon entretien et à la bonne marche de cette maison de repos et de convalescence, en procédant à toutes les investigations nécessaires et en examinant le budget qu'elle soumet au Conseil d'Administration avant d'en superviser l'application.

45. Commission des Immeubles

Elle donne son avis sur toutes les questions immobilières importantes et siège en tant que bureau d'Adjudication.

46. Commission Paritaire Régionale

Elle donne son avis à la Commission d'Avancement sur les propositions formulées par les Directeurs et examine les réclamations émanant des agents. Les représentants du personnel sont désignés



par élection organisée au sein de la catégorie d'agents relevant de la Commission Paritaire Régionale du personnel administratif et ouvrier, Commission Paritaire Régionale du personnel sanitaire).

#### 4- ORGANIGRAMME DE L'U.R.S.S.M.E.

Globalement, le personnel administratif de l'U.R.S.S.M.E. se compose en 132 Agents, dont 25 sont répartis dans les S.S.M. de la circonscription :

- 8 cadres supérieurs,
- 10 chefs de section,
- 2 analystes programmeurs,
- 15 sous-chefs de section et assimilés,
- 97 agents.

L'articulation des différents services administratifs est expliquée par l'organigramme, dont le document est reporté en annexe (Document annexe n° 2).

En outre, des personnels de la C.A.N.S.S.M. sont détachés auprès de l'U.R.S.S.M.E., à METZ.

## ORGANISATION FINANCIERE

DE

### L'UNION REGIONALE DES SOCIETES DE SECOURS

#### MINIERES DE L'EST

=====

Il ne me semble ni utile, ni nécessaire d'approfondir ce chapitre, car il existe tant de relations financières entre les trois éléments de cette structure pyramidale qu'est le Régime Minier qu'il est difficile de décrire en propre ce qui revient à l'Union Régionale.

Je me contenterai donc de résumer la pensée de R. BONNET (1) pour situer cette organisation :

"L'Union Régionale doit suivre, dans des comptes séparés, les opérations qui se rapportent aux diverses catégories d'obligations financières qu'elle assume. En principe, il ne doit pas y avoir de transfert de fonds d'un compte à l'autre.

En ce qui concerne l'assurance-maladie - maternité décès et l'assurance accident de travail - maladie professionnelle, les opérations qui les intéressent sont portées dans des comptes généraux distincts.

Quant aux prestations familiales, l'Union Régionale constitue un fond de roulement, affecte les excédents annuels et couvre les déficits du compte spécialisé.

Enfin, pour ce qui est de l'assurance-invalidité - vieillesse - décès, les ressources qui la concernent sont portées au crédit du Fonds Spécial de Retraite, géré par la Caisse Autonome Nationale."

De cela résulte le mode de financement de l'Union Régionale de l'Est.

La couverture du risque maladie, des charges de la maternité et des allocations au décès est assurée par des cotisations à la charge des travailleurs et des exploitants. A ces ressources s'ajoutent les versements effectués par la Caisse Autonome Nationale, destinés à couvrir les charges des prestations en nature d'assurance maladie et maternité des pensionnés.

Le montant des cotisations est ventilé entre les trois échelons de la pyramide selon des critères fixés par arrêté ministériel :



	S.S.M.	U.R.	C.A.N.	TOTAL
Gestion des risques	69,15 %	6,90 %	22,20 %	96,25 %
Contrôle Médical	0,45 %	0,10 %	-	0,55 %
Action Sanitaire et Sociale	0,40 %	-	0,80 %	1,20 %
	70 %	7 %	23 %	100 %

Sont donc alloués à l'U.R.S.S.M.E. 7 % des cotisations.

A cette source traditionnelle de financement, qui s'avère insuffisante et à l'origine d'importantes avances du Trésor, est venu s'ajouter un versement de la Caisse Nationale de l'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.), à titre de COMPENSATION interprofessionnelle des charges de prestations en nature d'assurance-maladie et maternité, entre le Régime Général et le Régime Minier (Article 73 de la loi de Finances pour 1972 et Décret 72-971 du 27.10.1972 pris pour son application).

Il est certain que la cause majeure du déficit global du Régime Minier réside dans la disproportion importante existant entre le nombre de bénéficiaires et le nombre d'actifs (donc de cotisants).

Cette distorsion est favorisée par :

- La Diminution des effectifs actifs

Ainsi, 26 250 mineurs de fer en 1949, 9 500 en 1976, 4 658 fin 1980, en Lorraine, sont des chiffres qui se passent de commentaires.

- L'Augmentation rapide du nombre des retraités

Les licenciements affectant de façon préférentielle les travailleurs en âge de prendre leur retraite. Ainsi, il n'est pas rare, dans le Bassin Ferrifère, de rencontrer des retraités qui n'ont pas 50 ans !

- Le fait qu'au sein de la corporation minière,

la main d'oeuvre est exclusivement masculine ; seul le mari apporte des ressources à l'assurance qui couvre toute la famille,

l'épouse n'exerçant que très rarement une activité salariée (dans ce cas, d'ailleurs, elle exerce un emploi relevant du Régime Général).

Ainsi, le Régime Minier doit assurer la charge de prestations importantes alors que le nombre de salariés, pour lesquels sont versées les cotisations, est peu élevé.

Il ressort de cette constatation la notion d'un certain "effacement financier" de l'Union Régionale, la Caisse Autonome Nationale exerçant sa tutelle par le biais de la compensation.



=====

Dans le cadre de ce chapitre important, je me propose d'étudier successivement :

- le Service des Affaires Générales
- la Gestion du risque AT - MP
- le Service des Prestations Familiales
- le Service Social
- le Service d'Action Sanitaire et Sociale
- le Service de Protection Maternelle et Infantile
- la Médecine-Conseil
- le Contrôle Dentaire
- le Service Informatique

1- SERVICE DES AFFAIRES GENERALES

Il oriente son action dans quatre domaines principaux que je décrirai rapidement.

11. Administration de l'U.R.S.S.M.E. sur le Plan matériel

Ce service concourt à l'"Intendance Générale" de tous les services de l'U.R.S.S.M.E., permettant ainsi au personnel administratif de travailler dans de bonnes conditions.

Outre ce rôle, le service des Affaires Générales contribue à gérer le patrimoine immobilier de l'U.R.S.S.M.E., à entretenir les locaux dont elle est propriétaire, à assurer la location de locaux professionnels (permanences des assistantes sociales, salles de consultation de nourrissons, par exemple).

12. Service Technique

C'est en juin 1968 qu'a été créé ce service technique, chargé de l'entretien et de l'aménagement de tous les bâtiments et locaux appartenant à l'U.R.S.S.M.E.

Par ailleurs, son rôle consiste à étudier tous les projets d'ordre immobilier, à surveiller l'évolution des travaux et, enfin, à prêter son concours aux S.S.M. qui en font la demande.

13. Gestion des Centres de Vacances

L'U.R.S.S.M.E. possède cinq centres de vacances (nouvelle appellation de ce qu'on appelait autrefois les colonies de vacances) qui sont implantés à :

- OLLONE SUR MER, en Vendée
- COL DU CHAT, en Savoie
- KLINGENHOF, en Alsace
- SANARY SUR MER, dans le Var, qui permet d'accueillir trois sessions de 105 enfants
- LA BADINE, à Giens, dans le Var, qui accueille 202 enfants par session, selon trois sessions.

Ces Centres de Vacances sont propres au Régime Minier et ne sont donc pas ouverts aux enfants issus d'autres Régimes de Sécurité Sociale. Mais, ceci allant de pair avec la régression globale de la population active, si en 1963, 120 000 enfants étaient susceptibles de bénéficier de ces Centres, il n'en reste plus que 37 000 en 1981.



Il n'est pas interdit de penser, qu'à l'avenir, les séjours dans ces Centres de Vacances seront moins prisés, compte tenu d'une démocratisation du fait socio-économique que sont les vacances. Toutefois, ainsi que le montrent les dernières données chiffrées (document annexe n° 3), ces Centres bénéficient encore d'un attrait important.

#### 14. Gestion de la Maison de Repos et de Convalescence de CHARLEVILLE SOUS BOIS

La C.A.N.S.S.M. est propriétaire de la Maison de Convalescence et de Repos de CHARLEVILLE SOUS BOIS, située à 22 km de METZ, au milieu d'un immense domaine boisé.

Depuis le 1.07.1948, la gestion en a été confiée à l'U.R.S.S.M.E, après qu'en 1947, à la suite du partage du patrimoine de l'Institut d'Assurance Sociale d'Alsace - Lorraine, la C.A.N.S.S.M. en soit devenue propriétaire.

A l'heure actuelle, le Service des Affaires Générales représente l'U.R.S.S.M.E. auprès du régisseur.

Cet établissement, à la capacité d'hébergement de 72 lits, accueille des hommes dont l'état de santé nécessite une cure de repos ou de convalescence (que ce soit après maladie aiguë ou intervention chirurgicale, par exemple). Dès que sa gestion en a été confiée à l'U.R.S.S.M.E, celle-ci a signé des conventions avec le Régime Général et avec certains Régimes Particuliers, afin que leurs assurés puissent être accueillis à CHARLEVILLE SOUS BOIS dans les mêmes conditions que celles offertes aux bénéficiaires du Régime Minier. Alors qu'initialement, ceux-ci étaient majoritaires, il a été facile de constater, au fil des années, une inversion de cette tendance, favorisée par la réduction des effectifs, depuis 1964. Ainsi, en 1981, les bénéficiaires du Régime Minier participent à moins de 50 % dans l'occupation de cet établissement (Document annexe n° 4).

A cela s'ajoute le fait qu'il s'avère de plus en plus difficile d'assurer, en toutes saisons, un coefficient élevé d'occupation des locaux.

Il est bien évident que ces éléments ne manquent pas de retentir sur l'évolution du prix de journée, qui reste malgré tout compétitif.

#### 2- GESTION DU RISQUE A.T. - M.P.

L'U.R.S.S.M.E. est gestionnaire de l'Assurance "ACCIDENT DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE", pour l'incapacité permanente.

#### 21. ACCIDENT DU TRAVAIL

##### 211. Définition

Selon l'article L 415 du Code de la Sécurité Sociale :

"Est accident du travail un fait particulier qui provoque des lésions à l'organisme humain. Ces lésions, que subit un salarié, sont dues à une action violente ou soudaine d'une cause extérieure à celui-ci. Cette cause doit se produire à un moment donné qui peut être localisé dans le temps et l'espace, survenant par le fait ou à l'occasion du travail, dès lors qu'il existe un lien de subordination avec au moins un employeur" (2).

A mon sens, cette définition appelle plusieurs commentaires:

- tous les termes qui la composent peuvent faire l'objet d'un litige qui doit être porté devant le Contentieux Général de la Sécurité Sociale.

- la lésion contractée doit être en rapport avec le fait accidentel. C'est le seul élément médical qui se rapporte au mot "PROVOQUE", et, en cas de litige, celui-ci doit être réglé par expertise 59-160 du 7.01.1959, qui peut être diligentée alors même qu'il existe un autre litige porté devant le contentieux général de la Sécurité Sociale.

- entre le fait accidentel et l'éventuelle indemnisation, il demeure une réparation forfaitaire d'une diminution de la capacité de gain pour un salarié qui a fait choix de sa profession, cette législation, toutefois, ne devant pas être prétexte à un enrichissement dans son application.

##### 212. A.T. et Secret Médical

L'article L 473 du Code de la Sécurité Sociale lève le secret professionnel en matière d'A.T.



213. Réparation des A.T.

2131. Incapacité Permanente Partielle

Je n'évoquerai pas ici la réparation temporaire (prestations temporaires ou prestations en espèces), qui n'est pas du ressort de l'U.R.S.S.M.E, pour ne m'intéresser qu'à la réparation de l'Incapacité Permanente Partielle ou I.P.P.

En matière d'I.P.P., plusieurs cas peuvent se présenter :

- Infirmité unique

Dans le cas où il n'y a pas d'infirmité antérieure, c'est là le cas le plus simple. Le médecin-conseil propose le taux d'I.P.P. qui est fixé par le Comité des Rentes. L'intéressé accepte ce taux ou le conteste.

- Infirmités successives

Si au moins deux accidents donnent lieu à des séquelles superposables, on évalue une I.P.P. globale à laquelle on retranche la ou les I.P.P. antérieures, afin d'obtenir l'I.P.P. propre au dernier accident.

- Infirmités multiples

Chaque lésion entraîne une I.P.P. propre et l'I.P.P. résultante n'est pas la somme des différentes I.P.P. ainsi déterminées. Dans ce cas, doit être appliquée la règle de BALTHAZARD : on calcule la capacité restante après la première infirmité, soit C1 = 100 - IPP1 et on détermine l'incapacité résultante après la deuxième infirmité en tenant compte de cette capacité restante. L'IPP2 devient alors un pourcentage de C1 et non de 100.

- Infirmité survenant sur un état antérieur

Ce cas pose parfois des problèmes difficiles à résoudre sur le plan pratique. En théorie, il faut déterminer la capacité restante antérieure à l'accident du travail, soit C1, et la capacité restante postérieure à cet accident du travail, soit C2, avant d'appliquer la règle de GABRIELLI :

$$IPP = \frac{C1 - C2}{C1}$$

- Infirmité survenant sur des organes ayant des fonctions de suppléance

Certains cas sont prévus par le barème d'indemnisation. Dans le cas contraire, on raisonne par assimilation, ou bien même, on tient compte des fonctions de suppléance (lésions traumatiques touchant les deux membres supérieurs, par exemple).

- Infirmité survenant sur des organes ayant des fonctions de synergie

On retrouve ce cas lorsque les lésions traumatiques touchent les deux membres supérieurs. L'IPP consécutive à l'accident de travail se calcule selon la règle :

$$IPP = IPP1 + IPP2 - \frac{IPP2}{2}, \text{ IPP2 étant le taux le plus faible.}$$

2132. Indemnisation de l'A.T.

C'est une compensation de type rente-viagère qui indemnise un salarié victime d'un accident du travail ayant conduit à des séquelles qui diminuent sa capacité de travail. Cette rente est fonction de l'IPP et du salaire perçu avant l'accident. Elle est versée par l'U.R.S.S.M.E; et est calculée sur la base du salaire annuel représentant la rémunération versée par l'employeur, en tenant compte du taux d'IPP. Le taux est retenu pour moitié pour sa fraction inférieure à 50 %, et multiplié par 1,5 pour sa fraction supérieure à 50 %. Ainsi, lorsque le taux d'IPP retenu est de 100 %, la rente équivalant au salaire servant de base de calcul. En outre, lorsque la victime est indemnisée à 100 % et qu'elle doit avoir recours à une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, la rente est majorée de 40 %.

En matière d'indemnisation, quels sont les rôles du médecin-conseil et de l'U.R.S.S.M.E. ?

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'IPP est un pourcentage qui traduit la diminution de la capacité de gain par rapport à la pleine capacité de travail d'un sujet supposé normal. Ce taux est déterminé en tenant compte d'un guide-barème et son appréciation est comprise entre un minimum et un maximum ; c'est alors au médecin-conseil qu'il appartient de fixer ce taux, après examen du sujet et rédaction d'un rapport précis. Toutefois, le médecin-conseil ne peut établir qu'une proposition de taux, car l'IPP ne devient définitive qu'après avoir été présentée au Comité des Rentes, émanation du Conseil d'Administration de l'U.R.S.S.M.E, qui fixe le taux global en prenant en considération le taux proposé par le médecin-conseil, taux auquel il ajoutera ou non un coefficient professionnel, non médical, dans l'hypothèse où les séquelles de l'accident sont à l'origine d'un déclassement professionnel.

Ce taux d'IPP, une fois fixé, peut être révisé de façon systématique.

Il en est de même lorsque le médecin-traitant établit un certificat d'aggravation : le patient est alors réexaminé par le médecin-conseil qui statue sur cette demande.



### 2133. Cas particuliers

#### - Faute intentionnelle

On entend par là l'acte ou l'intention commis volontairement en vue de provoquer l'accident ou les blessures qui en résultent. Cette faute peut être le fait de la victime ou de l'employeur.

#### - Faute inexcusable

Elle est grave, mais on n'y retrouve pas l'élément intentionnel. Elle peut être le fait, également, de la victime ou de l'employeur.

#### - Rixe sur les lieux du travail

Pour la victime, il s'agit d'un A.T. Mais pour l'agresseur, il s'agit également d'un A.T., on y retrouve la notion de faute inexcusable ou intentionnelle.

#### - Suicide sur les lieux du travail

C'est une faute intentionnelle, sauf si ce suicide est reconnu être la conséquence directe d'un A.T.

#### - Accident en cas de grève

La grève ne suspend pas le contrat de travail, mais en suspend les effets : ce n'est donc pas un A.T.

#### - Décès aux lieux et temps de travail

Sauf preuve contraire, il s'agit d'un A.T.

### 214. Litige et A.T.

Comme je l'évoquais en commentant la définition même de l'Accident du Travail, les litiges sont assez fréquents dans ce domaine et leurs solutions s'orientent dans trois directions.

#### 2141. Contentieux Général

Il a compétence pour tout litige survenant entre la victime et l'organisme de Sécurité Sociale, dans la mesure où ce litige n'est pas de la compétence d'un autre contentieux.

Il possède plusieurs échelons que je décrirai brièvement.

#### - Commission de Recours Gracieux (C.R.G.)

Cette C.R.G. est saisie par l'assuré ayant un litige non médical avec l'U.R.S.S.M.E. Elle est composée de deux représentants des exploitants et de deux représentants des travailleurs, tous administrateurs. Le Directeur de l'U.R.E. et le Médecin-Conseil Régional assistent aux séances avec voix consultatives.

Les décisions de la C.R.G. sont prises à la majorité. En cas de partage des voix, il appartient au Conseil d'Administration de statuer. Ces décisions doivent être acceptées par l'autorité de tutelle, puis notifiées à l'assuré dans un délai d'un mois. Dans un délai de deux mois suivant cette notification, chaque partie peut se pourvoir en Première Instance devant le Conseil d'Administration.

#### - Commission de Première Instance

Elle est composée d'un Juge unique (Juge du Tribunal d'Instance) et de deux assesseurs (l'un représentant les exploitants, l'autre les travailleurs) et juge en premier et en dernier ressort suivant l'importance du litige. Si cette commission juge en premier ressort, l'ordonnance sur requête qu'elle rend peut faire l'objet d'un appel, dans un délai prévu et fixé.

#### - Cour d'Appel

Composée d'un Président et de deux Conseillers, elle rend des arrêts qui sont susceptibles de venir devant la Chambre Sociale de la Cour de Cassation. Après renvoi de la Cour de Cassation, la Cour d'Appel statue en audience solennelle. Son arrêt, là encore, peut faire l'objet d'un recours en cassation.

#### - Cour de Cassation

Composée de sept magistrats, elle juge sur la forme et non sur le fond, en confirmant ou en cassant l'arrêt. Dans ce cas, le litige est retourné devant une Cour d'Appel ; s'il revient une seconde fois devant la Cour de Cassation, celle-ci statue en assemblée plénière, toutes Chambres réunies.

### 2142. Expertise 59-160 du 7.01.1959

Le Décret du 7.01.1959 est relatif à l'expertise médicale en matière d'Assurance Sociale et d'Accident du Travail.

Cette expertise 59-160 est diligentée en cas de contestation d'ordre médical relative à l'état de la victime, à l'exclusion des cas qui relèvent du contentieux technique.

Elle s'apparente à un arbitrage, les deux parties se mettant d'accord sur le choix de l'expert et décidant de se soumettre à ses conclusions.

Après examen de la victime, l'avis de l'expert s'impose à toutes les parties (intéressé, U.R.E., juridictions compétentes) s'il est clair, précis et non contradictoire. Il est sans appel, bien que le contentieux général puisse être saisi pour ce qui est de la forme du litige. En principe, l'avis de l'expert est irréfutable : personne ne peut le récuser.



### 2143. Contentieux Technique

A terme, c'est l'aboutissement de tout Accident du Travail laissant des séquelles indémisissables. La victime d'un Accident du Travail peut en effet contester, dans un délai de deux mois, le taux d'IPP proposé par le médecin-conseil et fixé par le Comité des Rentes.

- Commission Régionale d'Invalidité (C.R.I.)
- Elle se compose d'un
- Président. C'est le Directeur Régional de la Sécurité Sociale
  - Assesseur représentant l'employeur
  - Assesseur représentant le travailleur
  - Représentant du Ministère du Travail
  - Médecin-Expert, désigné par la Caisse Régionale de Sécurité Sociale
  - Médecin, représentant de la victime
  - Médecin-Conseil Régional

Ainsi, la victime qui a contesté la décision prise, est examinée par trois médecins qui émettent un avis quant au taux médical. Ce taux peut être modulé par la C.R.I. qui confirme ou infirme le taux fixé par le Comité des Rentes. Elle peut modifier le taux médical, en y ajoutant un coefficient professionnel. Le taux global est alors notifié à la victime qui peut le contester devant la Commission Nationale Technique.

#### - Commission Nationale Technique

Composée de magistrats, de fonctionnaires, de représentants des employeurs et des travailleurs, d'un médecin-expert, la C.N.T. statue sur pièces, infirme ou confirme le taux fixé par la C.R.I. Elle est soumise à un droit de regard de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation

### 215. Conclusions

A la lecture des paragraphes précédents, traités volontairement de façon théorique afin d'en montrer toute la mosaïque, il s'avère que la législation en matière d'Accident du Travail, qui répond à des lois, des décrets, des circulaires, des ordonnances, des codes, des articles, des coutumes même, à un moment donné de l'histoire, sera toujours dépendante de l'honneur des législateurs, et que la réparation de l'A.T., dans l'espace et dans le temps, restera fidèle aux notions mêmes qui caractérisent et définissent l'Accident de Travail.

### 22. MALADIE PROFESSIONNELLE

C'est la loi du 25 Octobre 1919, issue de celle du 9 Avril 1898, qui a instauré la réparation des Maladies Professionnelles (M.P.).

Conformément à la loi du 30 Octobre 1946, qui constitue le livre IV du Code de la Sécurité Sociale, les Maladies Professionnelles font l'objet de tableaux annexés au règlement d'Administration Publique. Ces tableaux énumèrent "les manifestations morbides d'intoxications aiguës ou chroniques présentées par les travailleurs exposés d'une façon habituelle à l'action des agents nocifs mentionnés par lesdits tableaux qui donnent la liste des travaux comportant la manifestation ou l'emploi de ces agents".

L'article L. 496 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que les tableaux des Maladies Professionnelles peuvent être révisés ou complétés par des décrets, après avis de la Commission d'Hygiène Industrielle. En vue de l'extension de ces tableaux, la loi prescrit à tout médecin de déclarer à l'Inspecteur du Travail ou à l'Ingénieur des Mines toute maladie dont il a eu connaissance et qui présente, à son avis, un caractère professionnel.

Comme je l'ai déjà évoqué, l'U.R.S.M.E. présente la particularité de gérer plusieurs substances réparties selon une circonscription géographique très vaste. Il en résulte que cet organisme est amené à solutionner les problèmes que posent plusieurs Maladies Professionnelles que je vais décrire maintenant.

### 221. Pneumoconioses Consécutives à l'Inhalation de Poussières Minérales renfermant de la Silice Libre (Tableau N° 25)

Tel est l'intitulé du Tableau n° 25, remplaçant l'ancienne "SILICOSE PROFESSIONNELLE", depuis l'application des décrets 80-556 du 15 juillet 1980 et 81-507 du 4 mai 1981, qui révisent et complètent les tableaux de Maladies Professionnelles.

Ce nouveau tableau vise à tenir compte des données récentes qui sont le fruit d'une meilleure connaissance scientifique des pneumoconioses et qui provoquent une modification importante de la forme de ces maladies, due aux progrès de l'hygiène industrielle. Ainsi, la diminution du niveau du risque rend plus lente l'évolution de la maladie et en retarde autant les manifestations et le diagnostic.



## 2211. Rappel Clinique

### - Définition

La silicose est une fibrose pulmonaire consécutive à l'inhalation de poussières renfermant de la silice libre.

### - Affections

#### - Silicose

Son apparition peut être précoce et son évolution, parfois très rapide, n'est pas toujours enrayée par la soustraction du sujet au risque.

#### - Pneumoconiose du Houilleur

Elle est due à l'inhalation d'un mélange de poussières mixtes renfermant de la silice en une proportion variable, et apparaît le plus souvent après un très long délai d'exposition au risque, n'évoluant que lentement et de façon ralentie lorsque le sujet est soustrait précocement au risque. Mais elle peut évoluer vers la fibrose massive, donnant lieu à des confluences dont le pronostic est sévère.

La silicose et la pneumoconiose du houilleur se manifestent par :

- des signes radiologiques spécifiques allant du semi-micro-nodulaire aux confluences les plus massives,
- l'existence, ou l'absence au stade initial de l'évolution, de troubles fonctionnels qui traduisent une insuffisance respiratoire chronique de gravité variable.

On peut donc dire que ces affections se caractérisent par des signes radiographiques spécifiques, accompagnés ou non de troubles fonctionnels.

Depuis l'instauration de ce nouveau décret ne figurent plus, pour la définition des critères médicaux de la maladie, la description clinique des troubles, ni la nécessité de confirmation du diagnostic par la recherche et l'évaluation du retentissement fonctionnel.

La nouvelle rédaction ouvre le droit à l'indemnité de changement d'emploi aux sujets présentant uniquement des signes radiologiques.

Toutefois, les troubles fonctionnels devront être obligatoirement recherchés par des épreuves fonctionnelles.

### - Complications

#### - Cardiaques

La pneumoconiose retentit sur la petite circulation et le fonctionnement ventriculaire droit.

#### - Pleuro-pulmonaires

- Tuberculose ou autre mycobactérie surajoutée et caractérisée.
- Nécrose cavitaire aseptique.
- Aspergillose intra-cavitaire confirmée par la sérologie.
- Non Spécifiques
- Pneumothorax spontané.
- Suppuration broncho-pulmonaire subaiguë chronique.
- Insuffisance respiratoire aiguë nécessitant des soins intensifs.

## 2212. Déclaration

Elle doit être faite par la victime sur des imprimés mis à sa disposition par la Société de Secours Minière. A cette déclaration doivent être joints :

- deux exemplaires du certificat médical (médecin traitant ou médecin du travail), établi en trois exemplaires, attestant qu'il y a silicose ou présomption de silicose,
- l'attestation de salaire indiquant les lieux et les périodes de travail, donc partant, l'exposition au risque.

La date de la première constatation médicale détermine le point de départ de la réparation et permet d'apprécier le délai de prise en charge.

## 2213. Reconnaissance Médico-Légale de la Pneumoconiose

Selon l'article 3 du Décret du 17 Octobre 1957, elle exige la confirmation du diagnostic par, suivant les cas,

- le médecin agréé particulièrement qualifié en matière de Pneumoconiose.

Le médecin remplace le médecin-inspecteur du travail spécialisé en matière de pneumoconiose institué en 1945. Il est agréé pour une durée de cinq ans, renouvelable.



- Le Collège des Trois Médecins

experts nommés par arrêté du Ministre du Travail, Collège institué par décret du 18 Octobre 1952 qui comprend "Trois Médecins particulièrement qualifiés par leurs connaissances de la silicose et, pour l'un d'entre eux au moins, par la pratique des expertises en matière de Maladies Professionnelles. En outre, un des membres du Collège doit avoir une compétence particulière en matière de pneumologie".

Les Collèges, au nombre de 12, sont installés au siège de la Direction Régionale de la Sécurité Sociale (NANCY pour la circonscription de l'U.R.S.S.M.E), et répartis sur le territoire National.

Ainsi, le diagnostic de pneumoconiose n'a pas de valeur s'il n'est pas confirmé par les praticiens sus-nommés.

Le Décret du 17 Octobre 1957 détermine les compétences respectives du Médecin Agréé et du Collège des Trois Médecins :

- Compétence du Médecin Agréé

Sont de sa compétence les cas habituels dont la connaissance n'est pas obligatoirement réservée au Collège. En particulier, le médecin agréé est compétent pour :

- la reconnaissance des complications médico-légales de la pneumoconiose,
- la reconnaissance de l'imputabilité du décès à la pneumoconiose.

- Compétence du Collège

Elle est obligatoire pour :

- la cas d'une silicose résultant d'une exposition risque de moins de cinq ans,
- le cas d'une silicose dont la première constatation médicale intervient postérieurement à l'expiration du délai de prise en charge,
- tous les cas pour lesquels un Collège a déjà été saisi, quelle qu'en soit la raison.

2214. Contrôle du Diagnostic par les Médecins Spécialistes

- Lieu des examens

Le médecin agréé en matière de pneumoconiose peut examiner le malade à son cabinet ou dans un centre d'études des pneumoconioses autorisé, ou encore dans un établissement public ou privé agréé.

Par contre, le Collège des Trois Médecins doit obligatoirement procéder aux examens dans un centre d'études des pneumoconioses situé dans le ressort de sa compétence territoriale. Il va sans dire que ce centre doit posséder les installations nécessaires afin de permettre d'une part, la mise en observation et l'étude

des malades soupçonnés de pneumoconiose, et, d'autre part, la pratique des soins que pourrait nécessiter l'état de ces malades au cours de leur mise en observation. Le Médecin-Chef, par ailleurs, doit être un pneumo-physiologiste.

- Cas particulier

Lorsque la victime est décédée, le Collège peut être amené à se prononcer sur pièces. Si le malade est intransportable, le Collège délègue un de ses membres à son chevet et prononce son avis au vu des pièces du dossier et des éléments recueillis.

- Modalités d'exécution des examens

Les examens de vérification comportent :

- un examen clinique
- un examen radiologique
- des épreuves fonctionnelles respiratoires

En principe, ces épreuves sont obligatoires, sauf, bien entendu, s'il existe une contre indication formelle à certaines d'entre elles (un cas de pneumothorax, par exemple).

Lorsque le médecin agréé ou le collège estime devoir réserver leur appréciation jusqu'à un nouvel examen, celui-ci doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de la date du premier.

Parfois, l'hospitalisation du sujet est rendue nécessaire et, dans ce cas, les frais d'hospitalisation incombent aux organismes de Sécurité Sociale, la durée maximum d'hospitalisation prévue étant de sept jours.

- Intervention du Médecin-Légitime

En vertu du décret du 17 Novembre 1947, "la Caisse Primaire de Sécurité Sociale ou l'organisation spéciale de Sécurité Sociale est tenue de demander, conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi du 08 Octobre 1946, l'autopsie de la victime si celle-ci est décédée avant d'avoir subi l'examen prévu à l'article 8 (examen par le Médecin Agréé ou par le Collège des Trois Médecins)".

Lors de chaque autopsie, des prélèvements de poumons sont obligatoirement pratiqués en vue de leur examen histologique. Dans les cas douteux, les poumons sont intégralement prélevés. Ces prélèvements sont adressés à un Institut de Médecine du Travail annexé à la Faculté de Médecine la plus proche.

Après examen du cadavre et étude des pièces nécropsiques, le médecin légiste établit un rapport d'autopsie et l'adresse à l'organisme de Sécurité Sociale, dans les délais prévus par l'Ordonnance du Juge de Paix, le désignant conformément aux dispositions de l'article 304 du Code de Procédure Civile.



## 2215. Conditions extra-médicales à la réparation

Il appartient au travailleur atteint de silicose d'apporter la preuve de son exposition au risque. Cette exposition au risque doit avoir été d'une certaine durée : la maladie n'est réparée que si elle a été constatée dans un certain délai.

Des dispositions législatives et réglementaires ont dressé une liste des travaux dangereux, liste devenue énonciative depuis le décret du 18 Août 1950 (Décret n° 50 1082), alors qu'elle était strictement limitative auparavant.

Le critère de l'exposition au risque pneumoconiotique n'est pas l'exécution de travaux déterminés mais l'inhalation habituelle, à l'occasion du travail, de poussières renfermant de la silice libre.

Conformément à l'article 6 du décret du 17 Octobre 1957, "le droit aux rentes, en cas d'incapacité permanente ou de décès, n'est ouvert que si la durée totale de l'emploi, en une ou plusieurs périodes, en une ou plusieurs exploitations, à des travaux susceptibles de provoquer la silicose, est au moins égale à cinq ans". Mais il faut noter le caractère indicatif de ce délai car, lorsque la durée d'exposition au risque est inférieure à cinq ans, le droit à la réparation est ouvert si l'examen, pratiqué par le Collège, établit l'existence de la pneumoconiose.

Depuis la nouvelle réglementation, établie par les décrets n° 80 556 du 16 juillet 1980 et 81 507 du 4 Mai 1981, le délai de prise en charge est porté de 5 à 15 ans. Désormais, ne seront soumis à l'avis du Collège des Trois Médecins, en application de l'article 19 du décret du 17 Octobre 1957, que les cas de silicose constatés plus de 15 ans après la cessation d'activité au risque.

Lorsqu'un sujet établit une déclaration de pneumoconiose, il doit mentionner les établissements dans lesquels il a été occupé à des travaux exposant au risque, en donnant les périodes d'exposition. Si les travaux énumérés figurent au tableau n° 25, il y a alors présomption d'exposition au risque et la charge de la preuve contraire incombe à l'employeur ou à l'organisme de Sécurité Sociale. Mais si ces travaux ne sont pas visés au tableau n° 25, c'est à la victime qu'appartient la nécessité de prouver leur caractère dangereux.

L'organisme de Sécurité Sociale se doit de vérifier les affirmations de l'intéressé, par le biais d'enquêtes ou d'expertises.

## 2216. Modes de réparation

### - Indemnité de changement d'emploi

Elle est subordonnée à trois conditions :

- le travailleur doit être atteint d'une pneumoconiose n'ouvrant pas droit à rente (absence de signes fonctionnels)
- le changement d'emploi doit être reconnu médicalement nécessaire pour prévenir l'aggravation de l'état de santé du sujet exposé au risque
- le travailleur est dans l'obligation d'abandonner l'emploi exposant au risque dans les six mois.

### - Prestations de l'incapacité temporaire

Seules ouvrent droit aux prestations de l'incapacité temporaire les complications de la pneumoconiose, reconnues par le Médecin Agréé ou le Collège.

### - Rente

Seuls le Médecin Agréé ou le Collège des Trois Médecins sont habilités à exprimer un avis concernant le taux d'incapacité des pneumoconiotiques.

L'instruction du dossier comporte plusieurs opérations successives :

- déclaration de la maladie par l'intéressé
- examen de la demande par la Caisse de Sécurité Sociale
- avis du Médecin-Conseil
- envoi du dossier à l'Inspecteur du Travail ou à l'Ingénieur des Mines, pour transmission au médecin agréé ou au collègue
- examen médical par le médecin agréé ou le collègue
- contrôle du dossier par l'U.R.E., après avis de son médecin-conseil
- expertise en cas de contestation de l'avis médical

La rente est calculée en fonction de l'importance de l'invalidité et de la rémunération perçue avant la survenue de la maladie professionnelle.

La charge des rentes incombe à la Caisse ou à l'organisation spéciale de Sécurité Sociale à laquelle la victime était affiliée au moment de la première constatation médicale.



Cette rente peut être révisée en fonction de l'évolution de la maladie.

Après décès, se pose le problème d'une pension de reversion. Il faudra alors que le demandeur fasse la preuve de la relation entre la maladie professionnelle et le décès. Cette relation est une question de fait dont la preuve peut être rapportée par plusieurs moyens : certificat médical, gravité des lésions pneumoconiotiques du défunt, autopsie.

A l'inverse, en cas de pneumoconiose pensionnée à 100 % avec majoration pour tierce personne, il y a renversement de la de la preuve : il y a présomption d'imputabilité du décès à la pneumoconiose, sans preuve contraire apportée par le médecin conseil de l'organisme de Sécurité Sociale.

#### 2217. Contestations

L'intéressé peut contester :

- la non reconnaissance de la pneumoconiose ou d'une compi-  
cation médico-légale

Il dispose d'un délai de deux mois, en produisant un certificat médical auprès de l'U.R.S.M.E. Comme il s'agit d'une contes-  
tation d'ordre médical, il y a obligatoirement expertise type  
Décret du 7 Janvier 1959.

- le taux d'IPP

La Commission Régionale d'Invalidité, saisie du litige, demande obligatoirement un nouvel examen par un autre Collège ou par un autre Médecin Agréé. L'intéressé peut, encore, contester ultérieurement auprès de la Commission Nationale Technique, qui, elle, statue sur pièces.

- l'imputation du décès à la pneumoconiose

Il appartient à l'avant-droit de faire la demande d'imputa-  
bilité avec, à l'appui, un certificat médical. Après avis du Médecin-  
Conseil, c'est au Médecin Agréé ou au Collège de juger sur pièces  
ou de demander une autopsie. Les conclusions de l'autopsie ne  
s'imposent pas au collège ou au médecin dont l'avis est ultérieu-  
rement recueilli par l'organisme de Sécurité Sociale qui notifie  
la décision prise.

Les décisions pourront être contestées en Commission de  
Recours Gracieux, puis en Commission de Première Instance de Sécurité  
Sociale, puis en cour d'Appel et enfin en Cour de Cassation.

La preuve doit être apportée que la pneumoconiose est  
directement responsable du décès et qu'elle a agi comme facteur  
aggravant de l'état morbide et, par suite joué un rôle déterminant  
dans l'accélération du processus final.

#### 222. Sidérose professionnelle

La révision récente du Tableau n° 44 vise à prendre en charge le cancer broncho-pulmonaire primitif dont des études épidémiologiques récentes ont mis en évidence le caractère professionnel chez les sujets atteints de sidérose du fait de travaux au fond dans les mines de fer.

En outre, le tableau, ainsi révisé par les décrets n° 80 556 du 15 Juillet 1980 et 81 507 du 4 Mai 1981, prévoit la modification de la description de la complication cardiaque de la sidérose qui est désormais identique à celle contenue dans le tableau n° 25.

Les modifications apportées au tableau sont applicables aux manifestations de la maladie dont la première constatation a été faite avant le 14 Mai 1981. Les prestations, indemnités et rentes sont exigibles et calculées à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau.

Le délai de trois mois imparti à la victime pour faire la déclaration prévue à l'article L 499 du Code de la Sécurité Sociale n'est pas un délai de forclusion. Il s'ensuit que le délai de prescription de deux ans, prévu à l'article L 465 du Code de la Sécurité Sociale ne commence à courir qu'à compter du jour de la publication du décret en question.

Enfin, il y a lieu, pour les organismes de Sécurité Sociale, de procéder spontanément à l'examen des cas incriminés, chaque fois qu'ils seront en mesure de le faire.

#### 223. Affections Professionnelles provoquées par les bruits

En application du décret n° 81 507 du 4 Mai 1981, le tableau n° 42 a été profondément remanié de façon à permettre une prise en charge plus complète des surdités professionnelles :

- réduction de la durée minimale d'exposition au risque, qui passe de deux ans à un an,
- augmentation du délai de prise en charge, qui passe de trois mois à un an,
- diminution de la durée minimale de la cessation de l'exposition au risque pour permettre un deuxième audiogramme, qui passe de six mois à trois semaines,
- intégration de la fréquence de 4000 Hz dans le mode de calcul du déficit auditif moyen,



- extension de la liste des travaux exposant au bruit.

Toutefois, ces modifications n'affectent pas certains principes : si la surdité résulte d'un traumatisme sonore brutal et soudain, se détachant des conditions habituelles de l'emploi, elle constitue un Accident du Travail et donne lieu, à ce titre, à la mise en application de la législation sur les A.T. En dehors de ce cas, elle est présumée dépendre du travail habituel pendant une certaine durée, dans une ambiance trop bruyante.

#### 2231. Rappel Clinique

La surdité professionnelle n'est pas une gêne professionnelle mais une gêne sociale.

Selon la définition figurant au Tableau, il s'agit d'un "déficit audiométrique bilatéral par lésion cochléaire irréversible ne s'aggravant plus après cessation de l'exposition au risque".

De cette définition découlent quelques remarques :

- le déficit auditif bilatéral doit être mis en évidence par les résultats d'un bilan audiométrique,
- ce déficit doit avoir une certaine importance pour fonder un droit à réparation,
- la lésion professionnelle est irréversible, mais ne peut être appréciée de façon précise qu'après disparition de la fatigue auditive qui lui est surajoutée,
- cette lésion n'est pas évolutive,
- la durée minimale de l'exposition au risque constitue un élément de la détermination du caractère professionnel de cette maladie,
- le délai de prise en charge est porté à un an.

#### 2232. Modalités de diagnostic

De ces éléments se dégage la justification du mode de constatation imposé par le tableau et la nécessité de deux examens audiométriques.

Le premier examen, qui constate la surdité, peut se faire avant la cessation de l'exposition au risque. Il est souhaitable qu'il soit le plus rapproché possible de la date de cessation.

Le second examen audiométrique doit être fait dans un délai de trois semaines à un an après cessation de l'exposition au risque. Il va permettre d'évaluer le déficit auditif.

Soient D500, D1000, D2000, D4000 les déficits constatés sur les fréquences 500, 1000, 2000, 4000 Hz, le mode de calcul du déficit audiométrique se fait selon la formule :

$$\text{Déficit} = \frac{2 D500 + 4 D1000 + 3 D2000 + D4000}{10}$$

Le seuil à partir duquel la réparation peut intervenir est de 30 DB.

En cas de surdité professionnelle, les notions de rechute et d'amélioration sont exclues, mais l'aggravation après une nouvelle exposition au risque est possible.

#### 2233. Modalités de réparation

La maladie se caractérisant par un déficit audiométrique, sa première constatation doit être fondée sur les résultats d'un audiogramme effectué avant l'expiration du délai de prise en charge.

Le certificat médical, en triple exemplaire, est établi en tenant compte des résultats de l'examen audiométrique, la victime joignant le compte rendu de cet examen à sa déclaration de M.P. accompagnée de deux exemplaires du certificat médical, qu'elle adresse à l'organisme de Sécurité Sociale.

Dès que l'organisme reçoit la déclaration de surdité professionnelle, il informe la victime de la procédure à suivre :

- preuve de la durée d'exposition au risque provoquée par un travail figurant sur la liste,
- respect du délai de prise en charge,
- nécessité du deuxième audiogramme, avec nécessité de cessation de l'exposition au risque de trois semaines à un an, pour le pratiquer,

Sauf cas exceptionnels, la surdité professionnelle n'ouvre pas droit aux prestations d'incapacité temporaire.

On peut admettre que la date du premier examen audiométrique constatant la surdité soit assimilée à la date de consolidation, point de départ des arrérages de la rente attribuée.

#### 2234. Prophylaxie

Elle doit être :

- Technique

soit par des mesures générales, qui sont du ressort des architectes, des ingénieurs et des acousticiens et qui visent à l'atténuation des vibrations sonores, soit par des mesures individuelles (bouchons, coquilles, casques).



- Médicale

par la surveillance audiométrique régulière des travailleurs exposés au bruit, surtout avant toute exposition devant dépasser 80 DB, et par la sélection à l'embauchage.

224. Affections provoquées par le travail à Haute Température

Par le Décret du 2 Novembre 1972, elles sont répertoriées dans le Tableau n° 58.

Sont susceptibles de provoquer cette maladie tous les travaux effectués dans les mines de potasse exposant à une température résultante égale ou supérieure à 28°.

Ces maladies se traduisent par des crampes musculaires accompagnées de sueurs profuses et d'oligurie.

Sur le plan biologique, le chlorure urinaire est égal ou inférieur à 5 g/l.

Le délai de prise en charge de ces maladies, qui ne donnent pas lieu à une incapacité permanente, est de trois jours.

23. PREVENTION

L'U.R.S.M.E. ne dispose que de faibles crédits, prélevés sur le budget d'Action Sanitaire et Sociale, pour mener l'action préventive prévue par l'article 23 du décret du 27 Novembre 1946.

En matière de prévention, les initiatives sont prises par la sous-commission technique, émanation du Comité Technique, composée de 8 membres (4 représentants des employeurs et des travailleurs). C'est un organe de réflexion et de travail, où des ingénieurs spécialisés des différentes substances et des délégués mineurs désignés par le Service des Mines sont soucieux de contribuer à la lutte contre les A.T. et les M.P., essayant d'en limiter la fréquence et les conséquences.

231. Concours de suggestions

Tout membre du personnel des exploitations d'extraction est invité à émettre des idées tendant à l'amélioration ou à la modification du matériel, dans le sens d'une sécurité accrue.

Les meilleures idées, retenues par la sous-commission technique, font l'objet de récompenses en espèces.

232. Coupes de Sécurité

Tous les ans, l'U.R.S.M.E. établit des statistiques sur les taux de fréquence des A.T., ce qui permet à la Chambre Syndicale des Mines de Fer de l'Est d'attribuer des récompenses aux exploitations ayant le taux de fréquence le plus bas ou la meilleure amélioration du taux de fréquence.

233. Congrès Mondiaux de Prévention

Certains membres de la sous-commission technique ont participé aux Congrès Mondiaux de prévention de LONDRES, ZAGREB, VIENNE, DUBLIN.....

234. Institut National de Recherche et de Sécurité (I.N.R.S.)

Depuis quelques années, le Régime Minier, dans le cadre d'une convention signée entre l'I.N.R.S. et la C.A.N.S.S.M., à l'instigation des membres de la sous-commission technique de l'U.R.S.M.E. bénéficie, en matière de prévention, de la collaboration de cet institut : diffusion de périodiques, distribution de médailles par l'I.N.R.S.....

24. PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Ayant été concerné par une étude relative aux Accidents du Travail dans les Mines de fer, c'est tout naturellement que j'ai été amené à aborder les problèmes de la tarification, notion particulièrement complexe.

241. Généralités

Les prestations, en nature ou en espèces, et les rentes sont supportées par les entreprises. Elles font l'objet d'une cotisation forfaitaire, fixée annuellement, dont la gestion incombe aux S.S.M., pour ce qui est de l'incapacité temporaire, et à l'U.R.E., pour ce qui est de l'incapacité permanente.

Le coût des charges est calculé selon une procédure de tarification, modifiée à plusieurs reprises, règlementée par l'arrêté du 1er Octobre 1976, modifié par l'arrêté du 28 Décembre 1978, et par les arrêtés du 28 Décembre 1978 et du 23 Décembre 1980, spécifiques aux exploitations minières.



On ne retrouve pas d'unicité relative au taux de cotisation de chaque entreprise ou établissement, car les notions de fréquence et de gravité du risque professionnel interviennent. L'évolution de ce taux doit en principe, être le reflet des efforts de prévention engagés par l'entreprise. C'est ce qui signifie la brochure "Accidents du Travail, Tarification 1981", éditée par l'U.I.M.M. et l'A.P.A.C.T., lorsqu'il y apparaît que le taux de cotisation a "valeur d'indice du niveau de sécurité".

#### 242. Tarification

La cotisation relative aux A.T. est établie en pourcentage des salaires versés par l'entreprise, dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale.

Elle est révisée annuellement en fonction

- du risque de tarification de l'entreprise,
- des résultats de la période triennale écoulée,
- du taux des majorations forfaitaires, fixé par arrêté ministériel.

#### 2421. Régime de Tarification

- Tarification collective

Plus spécifique, elle tient compte du nombre des A.T. survenus dans un établissement donné et du coût des prestations versées. Elle se traduit par

- une tarification au coût réel

qui concerne les entreprises dont l'effectif dépasse 300 salariés,

- une tarification au coût moyen

qui s'adresse aux entreprises dont l'effectif s'inscrit entre 100 et 300 salariés. Dans certaines conditions, des entreprises employant entre 100 et 199 salariés sont affectées à un mode de tarification mixte.

- Tarification mixte

Elle s'adresse aux entreprises dont l'effectif varie de 20 à 99 salariés et à certaines entreprises qui, ayant de 100 à 199 salariés ne relèvent pas de la tarification individuelle à coût moyen.

#### 2422. Détermination du Régime de Tarification

Le nombre de salariés et l'importance du risque professionnel sont les critères retenus pour cette détermination.

- Nombre de salariés

Il reprend l'effectif de tous les établissements d'une entreprise donnée, quel que soit leur lieu d'implantation.

- Importance du Risque Professionnel

C'est un élément plus accessoire, sauf pour les entreprises ayant entre 100 et 199 salariés, où il permet de fixer le régime de tarification, mixte ou individuel au coût moyen.

Le numéro du risque est attribué par la Caisse Régionale de la Circonscription de l'établissement considéré.

Le risque applicable aux Mines est le suivant :

- de 1 à 19 Salariés : Tarification Collective
- de 20 à 99 Salariés : Tarification Mixte
- de 100 à 299 Salariés : Tarification individuelle au Coût Réel.

#### 2423. Calcul du Taux de Cotisations

Le taux de cotisation dépend de l'ensemble des prestations A.T. versées au cours des trois dernières années, sur la masse des salaires, dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale.

Il s'applique à chaque établissement, et non à l'ensemble de l'entreprise, sauf si celle-ci a plusieurs établissements de même catégorie dans la même circonscription d'une même Caisse Régionale.

Le taux net des cotisations est la somme du taux brut et des majorations forfaitaires.

+ Taux brut

Si P représente les prestations au cours des trois dernières années, et S la masse totale des salaires dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale au cours de la même période, le taux brut TB se calcule selon la formule :

$$TB = P \times \frac{100}{S}$$



- Taux collectifs

Ils concernent les entreprises employant de 1 à 19 salariés. Ils sont forfaitaires et indiqués dans le Barème de Cotisations, diffusé et réactualisé chaque année après avis de Comités Techniques Nationaux.

- Taux individuels

Ne tenant pas compte des accidents du trajet, ils se partagent en deux groupes :

- taux individuels au coût réel

Ils concernent les entreprises dont l'effectif est d'au moins 300 salariés.

Le calcul des prestations additionne :

- le total des prestations en nature
- les indemnités journalières versées au cours des trois dernières années
- 24 fois le montant annuel des rentes IPP attribuées en première fixation
- 10 fois le salaire minimum (48 238 francs au 1er Janvier 1981) correspondant aux accidents mortels survenus au cours de la période triennale de référence.

- taux individuels au coût moyen

Ils s'appliquent aux entreprises employant entre 100 et 299 salariés et additionnent :

- le coût moyen d'un A.T. prévu dans le barème, multiplié par le nombre d'A.T. ayant donné lieu au versement d'indemnités journalières (I.J.),
- le coût moyen d'un A.T. prévu dans le barème, multiplié par le nombre d'A.T. à l'origine de décès ou d'IPP.

Dans le Secteur Fer, les coûts moyens prévus dans le barème, en 1981, étaient de :

- 26 572 Frs pour un A.T. avec I.J.,
- 81 440 Frs pour un A.T. suivi d'IPP ou de décès.

Dans l'ensemble des autres mines (dont celles dépendant du secteur CHARBON), ces coûts moyens sont respectivement de 8 205 Frs - soit trois fois moins - et de 81 440 Frs, sauf dans le secteur POTASSE où ce dernier chiffre est de 146 400 Frs.

L'analyse de ces chiffres me permet d'évoquer la situation paradoxale du Secteur FER. Comme je l'ai déjà écrit et montré, c'est dans ce secteur où l'on a assisté à une régression catastrophique du nombre des bénéficiaires actifs au cours de ces dernières années. Cette régression a pour corollaire un âge moyen plus élevé de cette population active. Or, il est statistiquement prouvé que la fréquence et la gravité des Accidents du Travail augmentent avec l'âge.

Cela a donc pour conséquence de pénaliser encore plus les mines de fer qui, déjà, "bénéficient" du coût moyen d'un A.T. avec I.J. le plus élevé.

Il résultera de tous ces éléments, à court terme, me semble-t-il, que la situation des mines de fer deviendra intenable si cette chute des effectifs actifs n'est pas enrayerée.

- Taux mixtes

Ils concernent les entreprises comprenant de 20 à 99 salariés et comportent une part de taux individuels au coût moyen et une part de taux collectifs correspondant au numéro de risque de l'établissement.

+ Majorations forfaitaires

Elles sont dues

- à la couverture des accidents du trajet, qui ne concernent que la tarification individuelle et la part de tarification individuelle du taux mixte,
- aux charges générales (gestion, contrôle médical, rééducation professionnelle, prévention des A.T.) dont le calcul varie selon la tarification,
- aux charges de solidarité.



### 3- PRESTATIONS FAMILIALES

Périodiquement, l'U.R.S.S.M.E. se doit d'établir son rapport d'activité et les deux derniers rapports couvrent les périodes 1955-1964 (4) et 1965-1974 (5). L'analyse et l'étude de ces rapports m'ont permis de compléter les informations directement recueillies auprès des responsables du Service des Prestations Familiales (P.F.) et d'approfondir certains aspects ponctuels.

### 31. EVOLUTION

Initialement, le Décret du 27 Novembre 1946 prévoyait que le Service des P.F. devait être assuré par les S.S.M.

Mais, par Décret du 30 Juin 1952, ce sont les Caisses d'Allocations Familiales (C.A.F.) qui ont repris ces attributions.

C'est le Décret du 23 Mars 1954 qui a rendu au Régime Minier la gestion des P.F. pour ses bénéficiaires, mais avec une orientation nouvelle. En effet, alors que les S.S.M. en avaient assuré l'organisation de 1946 à 1952, le législateur a souhaité, en 1954, que ce soient les Unions Régionales qui reprennent ce rôle. Ainsi, depuis, l'U.R.S.S.M.E. agit désormais "sur ce plan comme le font les C.A.F. à compétence professionnelle". A ce titre, elle se trouve placée sous la tutelle de la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale, et non pas sous celle du Service des Mines.

L'U.R.E. assure donc un rôle identique à celui d'une C.A.F. du Régime Général, que ce soit pour les P.F. légales ou pour l'Action Sociale (que nous aborderons dans un prochain chapitre). En outre, le système de gestion de ces P.F. présente la particularité, dans l'Est, de s'appuyer sur des structures originales, fortement décentralisées. Ainsi, la détermination des droits, et dans la plupart des cas, le paiement des prestations continuent à être assurés par :

- les Houillères du Bassin de Lorraine, pour leur personnel en activité,
- les S.S.M., pour les affiliés des autres substances, les délégués mineurs et les bénéficiaires non actifs.

Mais l'U.R.E. assure un contrôle sur place et sur pièces des opérations qui sont effectuées pour son compte par les organismes de base.

### 32. ORGANISATION DU SERVICE

Nous venons donc de voir qu'il existe une décentralisation doublée d'un contrôle de l'U.R.E., le souci majeur de l'U.R.E. étant d'être proche de l'allocataire.

Le contrôle des situations et des droits est grandement facilité par cette décentralisation. Mais le rôle de l'U.R.E. ne s'y limite pas, qui implique la charge et la responsabilité de l'information et de la coordination des activités des services décentralisés. Il apparaît donc évident que, malgré cette décentralisation, l'U.R.E. a la maîtrise absolue de la prestation, le contrôle s'exerçant par

- la diffusion des instructions
- l'inspection approfondie, à intervalles réguliers
- les réunions d'information des agents responsables.

En matière de P.F., l'U.R.E. a l'entière personnalité juridique : elle assure donc le service du contentieux dans les litiges portés devant les différentes juridictions.

### 33. PRESTATIONS LEGALES

Avant de les envisager, il convient d'avoir présentes à l'esprit quelques données chiffrées :

- en 1964, l'U.R.E. comptait 47 294 familles allocataires, avec 117 478 enfants
- en 1974, ces chiffres passaient à 29 775 familles avec 69 846 enfants
- au début 81, l'U.R.E. ne couvrait plus que 17 353 familles allocataires, avec 38 161 enfants.

Nous assistons donc à une régression du nombre des familles allocataires et des enfants, conséquence directe de la récession économique que continue à supporter notre région, récession qui a pour conséquence le ralentissement de l'embauche, les reconversions, les mutations, les retraites anticipées.

### 331. Allocations familiales

En tenant compte de la prolongation de la scolarité jusqu'à l'âge de 16 ans, les allocations familiales sont versées jusqu'à cet âge, depuis le 1er Janvier 1967, pour les enfants ayant atteint l'âge de 14 ans à cette date.



L'article L 527 prévoit qu'elles peuvent être assurées pendant une durée de six mois pour la plupart des enfants ne fréquentant plus l'école, mais demeurant à la charge des parents.

La loi du 23 Décembre 1972 prévoit de poursuivre le versement de ces allocations pendant une durée de six mois supplémentaires, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 17 ans, en faveur des enfants demandeurs d'emploi et inscrits à l'Agence Nationale pour l'Emploi.

### 332. Allocations Prénatales

Leur taux n'a pas varié depuis une vingtaine d'années, restant fixé à 22 % du salaire de base par mensualité due (le salaire de base étant une base mensuelle de calcul, dont l'augmentation est fixée par Décret). Mais son efficacité, en matière de protection maternelle et infantile s'est accrue au fil des années.

### 333. Allocation de Maternité

Les modalités d'attribution demeurent les mêmes depuis 1962. Le montant de cette prestation est désormais fixé à 260 % du salaire de base.

### 334. Allocation de Salaire Unique

Depuis le 1.07.1972, son attribution dépend du revenu net imposable. En dessous d'un certain montant de ressource (dit plancher), elle est maintenue ou majorée ; elle est supprimée au-delà d'un plafond de ressources, maintenue entre ces montants extrêmes.

### 335. Allocation d'Education Spécialisée pour les Enfants Infirmes

C'est une allocation spécifique dont l'attribution est liée à des dépenses déterminées, ce qui la différencie des autres prestations. Elle est accordée aux familles ayant un ou plusieurs enfants âgés de moins de vingt ans, atteints d'une infirmité entraînant un caractère de permanence, dont l'état nécessite des soins, une éducation et/ou une formation professionnelle adaptées.

L'éducation doit être dispensée dans des établissements agréés, privés ou publics.

### 336. Allocation des Mineurs Handicapés

Elle est attribuée aux enfants de moins de vingt ans, atteints d'une infirmité sévère entraînant un surcroît de dépenses, mais ne pouvant bénéficier de l'allocation d'éducation spécialisée, en raison d'une insuffisance sanitaire. Cette allocation ne se cumule pas avec la précédente et sous-entend une incapacité permanente supérieure ou égale à 80 %.

### 337. Allocation des Handicapés Adultes

Destinée aux handicapés adultes dont l'infirmité permanente atteint ou dépasse 80 %.

### 338. Allocation d'Orphelin

Les conjoints survivants, les mères célibataires, les personnes ou les ménages ayant recueilli un enfant orphelin de père ou de mère, peuvent prétendre à cette prestation.

### 339. Allocation pour Frais de Garde

Elle compense une partie des frais engagés par les ménages ou les personnes seules, dont les ressources sont limitées et qui, ayant à charge un ou plusieurs enfants de moins de trois ans, ne peuvent assurer leur garde en raison d'une activité professionnelle. L'attribution de cette prestation est liée à un montant de ressources.

Cette allocation est pratiquement inexistante au sein du Régime Minier : peu de femmes seules ayant des enfants en bas âge y exercent une activité, en effet.

### 340. Allocation de Logement à Caractère Familial

Outre aux bénéficiaires d'une prestation familiale, cette allocation peut être attribuée :

- aux ménages ou personnes ayant à leur charge un seul enfant et ne pouvant prétendre à aucune prestation familiale
- aux chefs de famille sans enfant pendant cinq ans à compter de leur mariage, à condition qu'aucun des conjoints n'ait dépassé l'âge de quarante ans au moment du mariage
- aux ménages ou personnes ayant à leur charge un ascendant de plus de 65 ans vivant au foyer (ou d'au moins 60 ans en cas d'inaptitude au travail)



- aux ménages ou personnes ayant à leur charge un ascendant, un descendant ou un collatéral infirme ou inapte au travail dont l'incapacité est d'au moins 80 %.

Le montant de cette allocation dépend des ressources des intéressés. Il est à noter qu'au sein du Régime Minier, le nombre d'allocataires devenant propriétaires par achat d'une maison augmente alors que diminue celui des allocataires qui accèdent à la propriété par construction. Le fait que de nombreux logements soient mis en vente par les exploitations minières, en raison de la récession déjà évoquée, explique certainement cela.

#### 341. Allocation de Logement à Caractère Social

C'est une extension de l'allocation précédente, à laquelle peuvent prétendre :

- les personnes âgées de 65 ans au moins, ou d'au moins 60 ans en cas d'inaptitude au travail
- les personnes présentant une infirmité congénitale, ou acquise de plus de 15 ans, reconnus inaptes au travail ou à une rééducation professionnelle
- les jeunes salariés de moins de 25 ans qui occupent un logement différent de celui de leurs ascendants.

En matière d'allocation de logement à caractère social, la compétence de l'U.R.E. n'est reconnue que depuis 1973.

Alors qu'initialement, cette allocation était versée sous déduction de l'allocation logement à caractère familial, la C.A.N.S.S.M. est intervenue auprès du Ministère de la Santé Publique et de la Population et, depuis le 24 Janvier 1974, cette déduction n'est plus opérée. Mais l'allocation est incorporée au montant des revenus nets imposables du foyer.

#### 34. ASPECTS FINANCIERS

La Réforme de la Sécurité Sociale, engagée par l'Ordonnance du 21 Août 1967, a conduit à la création de trois Caisses Nationales pour la gestion des risques Maladie, Vieillesse et Prestations Familiales.

Cette réforme est à l'origine d'une modification du système de compensation et a prévu, pour ce qui est des P.F., la création d'un Fonds National alimenté par les seules cotisations "P.F." et géré par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (C.N.A.F.).

Depuis 1970, l'U.R.E. ne comptabilise plus les cotisations au compte du risque et opère les encaissements pour le compte de la C.N.A.F. qui, par un système de dotation, permet en retour à l'U.R.E. d'équilibrer ses charges.

De façon globale, au fil des années, on assiste à une certaine stabilité des dépenses, car les augmentations des prestations s'équilibrent avec la diminution des allocataires.

#### 35. CONCLUSION

En comparant l'effort consenti par l'U.R.E. dans le domaine des P.F. à celui assuré par le Régime Général, il est possible de penser qu'il existe, a priori, un décalage. Mais ce décalage n'est dû qu'à la spécificité du Régime Minier : ainsi, par exemple, l'effort particulier porté par le Régime Général sur le domaine du logement est moins évident au sein du Régime Minier, puisque les mineurs, statutairement, sont logés par leur employeur.

Si les orientations globales sont différentes, l'effort est bien le même, aussi soutenu.....



Il tient une place importante, ainsi que je vais le montrer, en raison de ses actions multidirectionnelles qui s'orientent en fonction des besoins particuliers de la population.

#### 41. EVOLUTION DU SERVICE SOCIAL AU SEIN DE L'U.R.S.S.M.E.

Avant d'envisager le rôle du Service Social Régional, il est nécessaire d'effectuer un rappel sur son évolution. Au fil des années, et comme l'ensemble du Régime Minier dans l'Est, ce service a dû s'adapter à de nouvelles techniques de travail, liées à l'évolution démographique et au vieillissement de la population. Lors de sa création, l'U.R.S.S.M.E. a trouvé des structures sociales, à caractère public ou privé, qui existaient déjà dans les trois départements les plus importants de sa circonscription :

- \* en Meurthe et Moselle : Office d'Hygiène Sociale,
- \* en Moselle : Office Départemental d'Hygiène Sociale  
Service Social des Houillères du Bassin de Lorraine  
Service Social des Mines de Fer,
- \* dans le Haut-Rhin : Service Social des Mines Domaniales  
de Potasse d'Alsace.

Ces différents organismes couvraient alors les besoins des populations minières.

Dès 1950, l'U.R.S.S.M.E. passe des accords avec l'Office d'Hygiène Sociale de Meurthe et Moselle et avec l'Office Départemental d'Hygiène Sociale de la Moselle, qui, en contrepartie d'une subvention, s'engagent à mettre leurs services sociaux et leurs installations à la disposition des affiliés mineurs, et à donner suite aux demandes d'enquêtes émanant du Service Social de l'U.R.S.S.M.E., encore embryonnaire. En même temps, des accords sont conclus avec les services sociaux des entreprises (Mines de fer, Houillères du Bassin de Lorraine, Mines Domaniales de Potasse d'Alsace).

Mais, bien que cette collaboration s'avère fructueuse, le besoin d'un véritable Service Social se fait sentir au sein de l'organisme régional. C'est entre 1954 et 1964 que sa mise en place s'effectue de façon progressive, ce Service Social commençant à intervenir dans le Bassin Potassique et dans le Bassin Houillier. En même temps, son action se précise au siège de l'U.R.S.S.M.E. Une concertation avec les Départements s'instaure alors de façon progressive et, en accord avec les Directions Départementales d'Action Sanitaire et Sociale de la Moselle et du Haut-Rhin, un "partage des territoires" est élaboré, l'U.R.S.S.M.E. prenant en charge des secteurs mineurs où le Service Social effectue des tâches de polyvalence, tout en ayant une compétence particulière en matière de législation et d'action sociale en faveur des mineurs. Cette intervention en polyvalence signifie que, sur un secteur donné, toute population est couverte, qu'elle soit minière ou non.

Sur le plan pratique, elle se traduit par des tâches à mandat (travail prénatal, protection maternelle et infantile, protection de l'adolescence, lutte contre les fléaux sociaux) et par des tâches familiales, à orientations multiples, dont le fil conducteur demeure la mise en oeuvre de l'action sociale de l'U.R.S.S.M.E.

De 1964 à 1975, l'implantation du Service Social se poursuit et s'achève dans les différents bassins ; c'est alors que le Service Social prend en charge plusieurs circonscriptions. Par circonscription, il faut entendre une zone où le travail social s'appuie sur un regroupement de Service Social, une Assistante Sociale coordonnant et assumant l'action globale. La circonscription est donc un élément de décentralisation du service, doté de moyens d'action, collectant et recherchant les besoins d'une population donnée, jouant le rôle de relais d'information et de liaison entre le secteur et le siège régional. Grâce à cette structure et malgré l'évolution démographique déjà évoquée par ailleurs, l'U.R.S.S.M.E. assure la responsabilité pleine et entière de 5 circonscriptions :

- 3 en Moselle (Audun le Tiche, Behren, Fareberswiller, Freyming),
- 1 dans le Haut-Rhin (Wittenheim),
- 1 en Meurthe et Moselle (Briey).

C'est au cours de cette décennie que prend naissance, dans les différents départements et au sein de l'U.R.S.S.M.E., le Service Social spécialisé "Personnes Agées". En effet, la première circulaire de la C.A.N.S.S.M. relative à l'Action Sociale en faveur des Personnes Agées date de 1972 et évoque la mise en place de l'aide ménagère, les secours à apporter, l'aide aux vacances.

C'est au Service Social qu'incombe le dépistage des cas, l'encadrement du service d'aide ménagère, le suivi et le fonctionnement de ce service. Sur un plan pratique, l'assistante sociale gère l'organisation de l'aide ménagère :

- embauche de l'aide ménagère,
- présentation de l'aide ménagère à la personne âgée,
- perfectionnement de l'aide ménagère.

Ainsi, a été rendue nécessaire, la création de postes d'assistantes sociales spécialisées "Personnes Agées", qui jouent le rôle d'assistante sociale auprès de la personne âgée et celui d'employeur - par délégation - auprès de l'aide ménagère. Cela s'est avéré indispensable, compte tenu des charges professionnelles pesant sur l'assistante sociale polyvalente, de la nécessité d'une réponse rapide à la demande, d'autant que l'assistante sociale spécialisée "Personnes Agées" est en prise directe avec la politique "Personnes Agées" de l'U.R.S.S.M.E.

Un véritable "balayage" des besoins des Personnes Agées est aussi effectué dans le cadre d'une mission spécifique du Service Social. Pendant cette même période, le Service Social a contribué à développer son action de Service de Caisse au siège de l'U.R.S.S.M.E., en assurant le relais des assistantes sociales de secteur et des bénéficiaires auprès des Services Administratifs et des Commissions du Conseil d'Administration.



A partir de 1975, les interventions du Service Social, qu'il soit à caractère familial ou spécialisé "Personnes Agées", se diversifient. Les objectifs évoluent, s'adaptent aux besoins inventoriés, conduisent à une modification des méthodes de travail. Alors qu'auparavant, l'action était individuelle et centrée sur l'utilisateur, elle s'oriente vers des interventions à caractère collectif. Ainsi, afin de contribuer à la rupture de l'isolement des Personnes Agées, le Service Social contribue à :

- aider et animer des clubs (surtout dans le Bassin Ferrifère),
- participer au travail d'animation et de coordination de la politique "Personnes Agées" dans le cadre des programmes d'Action Prioritaire (P.A.P. 15),
- améliorer l'habitat, en l'adaptant à certains handicaps, après enquête et évaluation des besoins.

#### 42. ROLE DU SERVICE SOCIAL REGIONAL

A l'échelon régional, les attributions du Service Social concernent le Service Social de Caisse et l'encadrement administratif et technique.

##### 421. Service Social de Caisse

Il se fait dans le cadre des missions de l'U.R.S.S.M.E. et traduit l'évolution de l'Action Sociale.

##### 4211. Activités de Caisse d'Allocations Familiales

- \* Enquêtes d'Action Sociale  
Elles sont en diminution constante et progressive.

- \* Placements d'enfants

Au cours de ces dernières années, on constate une régression de leur nombre, liée pour une part à l'évolution démographique particulière du Régime Minier dans l'Est, et pour une autre part à une politique d'aide sociale à l'enfance privilégiant le maintien à domicile des enfants.

##### 4212. Activités de Caisse Régionale de Sécurité Sociale

Ces activités sont multiples, mais il est facile de constater que certaines sont devenues limitées, alors que l'action développée au service des Personnes Agées, au contraire, suit une courbe ascendante.

- \* Rachats de rentes  
Le nombre d'enquêtes sociales relatives aux rachats de rentes est en diminution.

- \* Cures thermales à la Bourboule  
Le nombre des enfants de la circonscription de l'U.R.S.S.M.E., placés à la Bourboule, diminue dans des proportions importantes.

##### \* Bourses d'infirmités U.R.S.S.M.E.

Destinées à favoriser la formation de personnel qualifié, désirant travailler dans les hôpitaux propres au Régime Minier dans l'Est, ces bourses ont vu leurs attributions s'infléchir jusqu'en 1978, date à laquelle elles ont été supprimées après avis de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale.

##### \* Permanences à la Maison de Repos de Charleville-Sous-Bois

Il est paradoxal de constater un accroissement de la demande (problèmes familiaux, ethylisme chronique) alors que le nombre de personnes reçues dans le cadre de cette action diminue progressivement. Comment expliquer cela ? Par un manque de disponibilité du Service Social, engagé par ailleurs de façon intensive dans l'action en faveur des Personnes Agées. C'est là un problème de politique, donc de choix, qui s'inscrit dans le droit fil des missions qui incombent à l'U.R.S.S.M.E.

##### \* Activités au titre des Personnes Agées

Elles sont en pleine expansion, ainsi qu'en attestent les chiffres : le nombre de dossiers traités est passé de 340 en 1974 à 1 721 en 1980.

Ces activités sont évolutives et dépendent de la démographie de la législation, des besoins des bénéficiaires et des institutions sociales. Il leur a donc fallu s'adapter.

C'est ainsi, qu'en 1975, l'action était centrée sur l'aide ménagère.

Dans le courant de l'année 1974, la CARCOM, par l'intermédiaire de la CANSSM, demande au Service Social Régional de mettre en oeuvre une politique d'action sociale au titre des secours.

En 1976, en liaison avec le Conseil Social et Culturel, et en collaboration avec d'autres services de l'U.R.S.S.M.E., dont la médecine Conseil, le Service Social participe à une enquête sur "Les Besoins des Personnes Agées des Bassins Miniers de l'Est". Cette enquête permettra de mettre l'accent, en particulier, sur la nécessité de créations d'équipes médico-sociales, destinées à favoriser le maintien à domicile des Personnes Agées. (J'aborderai ce point au paragraphe suivant).

Enfin, le Service Social Régional :

- fait partie de l'équipe de synthèse, à orientation "Personnes Agées", pluridisciplinaire, qui travaille au siège régional,
- est intégré au Centre Lorrain de Gérontologie Sociale, qui recherche et étudie les besoins des Personnes Agées, tente de résoudre les difficultés de mise en oeuvre de la politique développée en faveur des Personnes Agées.
- contribue à l'amélioration de l'habitat des Personnes Agées, le but de la démarche consistant à adapter de la façon la plus fine possible, l'habitat au handicap que peut présenter le vieillard.



422. Encadrement Technique et Administratif du Service

4221. Réunions de Service

Elles consistent à réunir régulièrement toutes les assistantes sociales au siège, où, seulement, les cinq assistantes sociales de Circonscription, afin d'assurer la coordination et le suivi de l'Action Sociale.

4222. Perfectionnement

Il est financé grâce à des crédits alloués par la CANSSM. Après consultation des assistantes sociales sur leurs besoins en formation, une demande est présentée à la Commission de Perfectionnement qui, une fois par an à la CANSSM ; les stages sont alors adaptés aux demandes par la Conseillère Sociale Nationale, en consultation avec les assistantes sociales régionales.

4223. Enquêtes destinées à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D.D.A.S.S.)

Destinées à l'instance de tutelle qu'est la D.D.A.S.S., ces enquêtes concernent, par ordre décroissant d'importance :

- les allocations mensuelles,
- les assistantes maternelles,
- les travailleuses familiales,
- les placements,
- la remise d'enfants,
- l'adoption,
- la tutelle aux Prestations Familiales,
- l'action éducative en milieu ouvert et l'observation en milieu ouvert,
- les consultations d'orientation éducative,
- les retraits.

Le nombre de ces enquêtes, réalisées par les assistantes sociales polyvalentes de secteur, est en progression constante.

43. Maintien à domicile des Personnes Agées

Avant même que n'existe la réglementation actuelle, le régime minier en général et l'U.R.S.S.M.E. en particulier ont entrepris dans le domaine de l'action en faveur du maintien à domicile des Personnes Agées, ce que j'assimile, au bon sens du terme, à une véritable fuite en avant ayant pour motivation :

- l'évolution démographique particulière du régime minier, déjà évoqué,
- le vieillissement marqué de la population, avec augmentation de la longévité,
- le souci d'adaptation de l'organisme régional aux besoins de la population protégée.

C'est ainsi que l'année 1978 fut marquée par la mise en place d'une équipe médico-sociale à MULHOUSE (dans le Bassin Potassique) et à PETITE-ROSSELLE (dans le Bassin Houiller).

En 1979, Ce furent les Sociétés de Secours Minières dirigées de TUCQUENIUX et de PIENNES qui sollicitèrent l'U.R.S.S.M.E. pour mettre en oeuvre une équipe médico-sociale.

Et 1982, verra la création d'une structure équivalente à HAVANGE, au coeur du bassin ferrifère.

431. Réglementation

La loi 78/11 du 04 Janvier 1978 a fait entrer les actions de maintien à domicile dans le cadre de la loi du 30 Juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. La réglementation actuelle des services de soins à domicile repose sur le décret 81/448 du 08 Mai 1981 et sa Circulaire d'Application du 1er Octobre 1981, complétés par une nouvelle Circulaire du 04 Décembre 1981 de la Caisse Nationale.

Avec MEDECIN DE FRANCE (6), il me faut maintenant évoquer les objectifs et les conséquences de ce maintien à domicile des Personnes Agées.

4311. Objectifs

Ils consistent à dispenser, sur prescription médicale, des soins d'hygiène et des soins infirmiers aux personnes malades ou temporairement déficientes. Cela sous entend une aide spécifique à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, à l'exclusion des interventions du type de celles qu'apporte l'aide ménagère.

4312. Conséquences

Elles sont multiples :

- éviter une hospitalisation lorsque les conditions médicales et sociales le permettent,
- faciliter le retour précoce à domicile au décours d'une hospitalisation,
- prévenir ou retarder la dégradation de l'état des patients,
- éviter ou retarder l'admission en section de cure médicale d'institution sociale ou en établissement de long séjour.

Cela concourt à assurer le maintien ou le retour rapide de la Personne Agée dans son cadre de vie habituel. Car chacun sait qu'une hospitalisation, chez un vieillard, contribue à rompre les ancrages qui le lient à son environnement familial. Mais, et cela n'est pas négligeable pour la collectivité, il ne faut pas oublier que ces structures contribuent à réduire les charges hospitalières qui interviennent pour plus de la moitié du budget d'Assurance Maladie.



432. Prise en charge médico-sociale des personnes âgées du régime minier, dans l'Est

Je vais aborder maintenant l'organisation, au sein de l'URSSME de ces deux structures que sont les équipes médico-sociales (E.M.S.) et les soins à domicile (S.A.D.).

4321. E.M.S.

L'E.M.S. est une structure médicale et sociale d'intervention globale au domicile des Personnes Agées malades, mise en oeuvre devant toute affection médicale ne justifiant pas l'hospitalisation au strict plan médical. Pour mieux le situer en effectuant un parallèle avec le secteur hospitalier, je pense que l'E.M.S. est l'équivalent à domicile du moyen séjour hospitalier.

L'E.M.S. a pour but :

- d'éviter les hospitalisations à caractère social,
- de raccourcir certaines hospitalisations,
- d'empêcher ou de retarder certaines désadaptations psycho-sociales en maintenant la personne âgée dans son cadre de vie habituel.

\* Indications

- Ce sont :
- les affections aiguës ou subaiguës qui ne mettent pas en jeu le pronostic vital,
  - les complications et les aggravations passagères d'une maladie chronique,
  - la surveillance des Personnes Agées déficientes, non isolées complètement, en relation avec l'entourage habituel qui bénéficie alors d'un soutien efficace,
  - l'intérêt du retour précoce à domicile du vieillard hospitalisé ; l'hospitalisation étant ressentie comme une agression,
  - les épisodes de désadaptation psychique temporaire, sans substrat psychiatrique.

\* Fonctionnement

L'efficacité d'une E.M.S. dépend de la coordination étroite entre les services médicaux et sociaux et de la motivation sans faille de ses intervenants. C'est à ce prix que seront obtenues la souplesse et la rapidité d'intervention, hautement souhaitables.

A cet effet, et afin de ne pas perturber une Personne âgée déjà fragilisée par un processus pathologique, il me semble judicieux de ne pas multiplier les intervenants. C'est pour cette raison que l'E.M.S. s'articule sur l'équipe médicale de secteur et se compose :

- du médecin traitant habituel de la Personne Agée :  
Il lui appartient de poser l'indication médicale d'intervention de l'E.M.S., de prescrire le traitement et de fixer les modalités d'intervention de l'infirmière et de l'aide soignante.

- de l'infirmière de secteur :

Elle assure tous les soins qui relèvent de sa compétence et donne les instructions d'ordre sanitaire à l'aide soignante.

- de l'assistante sociale spécialisée "Personnes Agées" :  
Elle s'occupe de l'encadrement du service d'aide ménagère, étudie les conditions de vie de la Personne Agée et en avise le médecin afin de déterminer avec lui, le rythme d'intervention de l'équipe. Elle donne les consignes de travail à l'aide ménagère, peut mettre en oeuvre d'autres formes d'aide et reste en liaison avec tous les membres de l'E.M.S..

- de l'aide-soignante :

Sous la responsabilité de l'infirmière, elle assure le nursing, les soins de toilette et d'hygiène, la surveillance de la prise des médicaments, la distribution des repas, la confection du lit.

- de l'aide-ménagère :

Elle veille à l'entretien du logement et du chauffage, s'occupe des courses et de la préparation des repas, entretient le petit linge. (Si cela est possible, il est intéressant de demander à une seule personne, d'assurer l'aide au ménage et aux soins).

\* Modalités de prise en charge

- Admission :

L'intervention de l'E.M.S. est soumise aux formalités d'entente préalable, adressée au médecin-conseil sous la forme d'une prise en charge établie pour une durée de 20 jours renouvelable. Le médecin-conseil se doit de vérifier la réalité des indications.

- Durée de prise en charge :

Elle est limitée.

- Conditions de prise en charge par l'organisme :

Le médecin et l'infirmière sont pris en charge par la Société de Secours Minière dont ils dépendent.

- L'assistante sociale dépend de l'U.R.S.S.M.E.,

- L'aide-soignante est prise en charge totalement par le budget maladie de la Société de Secours Minière à laquelle est affiliée la Personne Agée,

- L'aide-ménagère, dans la limite du règlement CANSSM est prise en charge par le budget d'Action Sociale de l'URSSME.



Quant à la part restante à la charge de la Personne Agée, selon la réglementation, elle est couverte par le budget d'Action Sanitaire et Sociale de la Société de Secours Minière.

- Conditions de prise en charge par la Personne Agée :  
La Personne Agée bénéficiant de l'E.M.S. n'est soumise à aucune charge financière.

- Fin de prise en charge :  
Elle peut être liée à des raisons médicales ou sociales, et intervient lorsque la poursuite des soins à domicile n'est plus nécessaire ou plus possible :

- \* Guérison,
- \* Récupération partielle et suffisante d'auto-nomie,
- \* Aggravation qui nécessite alors l'hospitalisation,
- \* Passage en S.A.D.,
- \* Décès.

La fin de prise en charge est décidée par le médecin ou le médecin-conseil, mais peut être proposée par l'assistante sociale si les conditions sociales se sont modifiées.

#### 4322. S.A.D.

Equivalent à domicile du Long Séjour Hospitalier, c'est une structure moins médicalisée que l'E.M.S., qui s'adresse à la Personne Agée présentant un état chronique, avec nécessité de soins de nursing réguliers et d'intervention de l'aide-ménagère.

\* Indications  
Ce sont celles qui rendent possible le maintien à domicile des Personnes Agées en évitant un placement en établissement de long séjour.

\* Fonctionnement  
Il est superposable à celui de l'E.M.S., le médecin et l'infirmière n'intervenant qu'au début.

\* Durée de prise en charge  
Elle est illimitée.

\* Modalités de prise en charge  
Elles sont proches de celles qui régissent l'E.M.S., avec toutefois, une différence notable. En effet, la Personne Agée participe financièrement, et en fonction de ses ressources, à l'action de l'aide ménagère.  
C'est là, un élément logique : en établissant tout à l'heure le parallèle avec le long séjour hospitalier, j'avais présent à l'esprit, le fait qu'une personne participe financièrement à une admission en long séjour, alors, qu'au contraire, une admission en moyen séjour, ne lui coûte rien.

Mais cet élément, pour logique qu'il soit sur le plan théorique, n'en pose pas moins quelques problèmes. En effet, comment faire admettre cette participation financière à une Personne Agée dont l'état a initialement nécessité la mise en oeuvre de l'E.M.S. et qui, après amélioration, quitte cette E.M.S. pour bénéficier des S.A.D. ? Devant cet état de fait il n'est pas exclu que l'éventualité d'une hospitalisation soit souhaitée par le malade afin de pallier à cet inconvénient, avec le risque d'aller à l'encontre du but recherché. C'est là où le rôle de l'assistante sociale devient primordial, lorsqu'il s'agit d'expliquer cette participation financière ...

#### 433. Conclusion

En guise de conclusion, je voudrais évoquer mon expérience vécue dans ce domaine, puisque je suis directement concerné par le fonctionnement d'une E.M.S. sur le secteur de TUCQUEGNIEUX, dont la première intervention remonte au 1er Décembre 1979.

En 1980, 7 patients ont bénéficié de cette structure, totalisant 562 jours d'intervention, dont le coût moyen journalier s'établit à 70,00 Francs.

En 1981, ce sont 12 malades qui ont été pris en charge par l'E.M.S., totalisant 1 267 jours d'intervention.

Pour m'être rendu régulièrement au domicile des Personnes Agées, touchées par cette action, je peux dire que le rôle de cette E.M.S. est bien perçu par les malades et leur entourage et qu'en aucun cas, elle n'est assimilée à une hospitalisation au rabais.

Après concertation avec les chefs de service des hôpitaux voisins, il s'avère que la coordination avec le secteur hospitalier est satisfaisante. Par exemple, il m'est arrivé d'avoir été directement contacté par des médecins hospitaliers afin de favoriser le retour à domicile d'une Personne Agée dont l'état clinique ne justifiait plus de soins intensifs, retour à domicile aidé par l'existence de l'E.M.S. qui, parfois, peut pallier au manque de lits de suite (long séjour ou moyen séjour) qui font cruellement défaut dans notre région.

Cela met en évidence, la nécessité d'une complémentarité - maintien à domicile - hôpital et, à ce propos, je partage tout à fait, les conclusions du Dr J.M. VETEL (7) :

"En l'absence de maintien à domicile, on assiste à l'envahissement des structures hospitalières plus ou moins spécialisées qui, outre leur activité médicale, doivent, faite d'alternative, assurer un hébergement social défaillant ou des soins ne nécessitant pas d'hospitalisation.

En présence de structures de maintien à domicile, il faut savoir que l'hôpital devra néanmoins continuer à accueillir beaucoup de Personnes Agées, encore plus lourdes à assurer, car ce seront alors celles qui auront dépassé le stade du maintien à domicile, soit par la gravité de la maladie, soit par les difficultés du nursing".



## 5- ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

### 51. ACTION SANITAIRE ET SOCIALE GENERALE

#### 511. Introduction

L'Action Sanitaire et Sociale (A.S.S.) est définie par les Décrets du 27.11.1946 et du 22.10.1947, portant Organisation de la Sécurité Sociale dans les Mines.

Selon l'article 180 du Décret du 22.10.1947, c'est à l'Union Régionale qu'il appartient de promouvoir et de diriger l'A.S.S. de l'ensemble des S.S.M. de la circonscription, de coordonner l'activité des organismes de base.

Jusqu'en 1957, faute à la fois de moyens et de programme, l'action de l'U.R.S.S.M.E. a été limitée.

En Janvier 1958, le Comité Technique d'Action Sanitaire et Sociale dans les Mines a défini les programmes que devraient suivre les organismes de Sécurité Sociale Minière en matière de réalisations sanitaires, tout en fixant l'importance relative de chaque ordre d'activité et les priorités à donner, en fonction d'un plan général d'équipement sanitaire arrêté par le Ministre de la Santé Publique et de la Population.

#### 512. Règlementation

##### 5121. Circulaire 80 S.S. du 8.09.1958

Elle insiste sur l'ordre d'urgence des réalisations à effectuer dans le Cadre des Unions Régionales et des Sociétés de Secours Minières, afin d'organiser la médecine de soins particulière au Régime Minier. Elle conduit à la mise en place de soins de qualité, en commençant par la médecine de base, en continuant par la création de centres de soins spécialisés, de soins dentaires, de laboratoires d'analyses médicales, avant de parfaire l'équipement hospitalier existant et d'améliorer les établissements de repos et de convalescence.

##### 5122. Circulaire 70 S.S. du 2.09.1965

Une fois effectuées les réalisations, et en tenant compte des progrès de la science et de la technique médicales, de l'intérêt de la prévention des fléaux sociaux, le Comité Technique d'Action Sanitaire et Sociale dans les Mines a élaboré les nouvelles directives qui font l'objet de cette nouvelle circulaire. Il insiste sur la nécessité d'un programme d'Action Sociale en faveur des retraités et met l'accent sur l'Action Sanitaire et la Prévention.

Cette circulaire insiste sur la nécessité d'une étroite coordination de tous les organismes qui contribuent à l'effort d'équipement sanitaire et social.

En même temps, le Comité Technique a tenu à modifier les budgets-types des Unions Régionales en fonction de l'effort important à exercer dans le domaine de l'action sanitaire et de la prévention. Ainsi, depuis 1976 et de façon progressive, l'U.R.E. assure la surveillance des enfants de moins de 5 ans et des femmes de plus de 30 ans dans les secteurs où la mortalité et la morbidité sont les plus lourdes (pathologie cardio-vasculaire, uro-gynécologique, digestive, dépistage du diabète et du cancer).

Ainsi, pour l'U.R.E., le budget-type actuel s'appuie sur le schéma suivant :

#### - Equipement sanitaire général

Moyen : 25 %  
Maximum : 70 %

#### - Action sanitaire spécialisée

Moyen : 25 %  
Maximum : 50 %

Cette branche concerne la lutte contre les fléaux sociaux, tels que l'alcoolisme, les maladies mentales, la tuberculose, le cancer ; elle s'applique également à la réhabilitation des diminueés physiques, à la transfusion sanguine, etc.

#### - Education sanitaire et prévention

Moyen : 30 %  
Maximum : 50 %

#### - Divers

Moyen : 5 %  
Maximum : 10 %

Depuis 1959, l'U.R.S.S.M.E. présente annuellement son budget prévisionnel à la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale (C.R.A.S.S.), qui exerce sa mission de contrôle et de coordination.



### 513. Aspects Techniques

#### 5131. Service Social

Il appartient à l'U.R.E. d'organiser, pour l'ensemble du Régime Minier, les services sociaux, en se conformant aux termes de la Circulaire 70 S.S. du 2.09.1965 et aux règles de coordination applicables à l'ensemble du territoire.

Nous avons déjà abordé cela lors du chapitre précédent, consacré au Service Social.

#### 5132. Equipement sanitaire

Dans la mesure de ses moyens, l'U.R.S.S.M.E. aide les S.S.M. à compléter l'organisation de la médecine de base (équipement en salles de consultations médicales, installation de cabinets dentaires, de pharmacies mutualistes, de centres de spécialités, de laboratoires d'analyses).

Par exemple, l'U.R.E. apporte aux S.S.M. des aides financières sous forme de prêt pour les réalisations sanitaires :

- 50 000 F pour la construction ou l'aménagement d'une consultation médicale simple, 100 000 F pour une consultation à deux cabinets médicaux
- 40 000 F pour son équipement, 80 000 F pour deux cabinets
- 50 000 F pour l'aménagement et l'équipement d'un cabinet dentaire dans des locaux existants, 120 000 F pour une construction neuve et son équipement.

#### 5133. Aide sanitaire spécialisée

L'action menée contre les fléaux sociaux se complète d'interventions locales et l'U.R.E. apporte donc une aide financière aux divers organismes qui assurent des tâches de soins ou de prévention dans les domaines spécialisés que sont :

- la tuberculose (y compris la réadaptation et la rééducation)
- les maladies mentales
- le cancer
- le rhumatisme
- les maladies sexuellement transmissibles
- l'enfance inadaptée
- la réhabilitation des diminués physiques.

C'est ainsi que l'U.R.S.S.M.E. apporte chaque année son aide financière à certaines oeuvres extérieures, privées ou publiques, en contrepartie des services rendus aux bénéficiaires du Régime Minier.

En 1980, le concours financier de l'U.R.S.S.M.E. a concerné :

- la Croix-Rouge Française
- Les Comités anti-tuberculeux de la Moselle, de la Meurthe et Moselle et du Haut-Rhin
- Les Comités anti-cancéreux de la Moselle, de la Meurthe et Moselle et du Haut-Rhin
- Les Associations de Donneurs de Sang de la Moselle et du Haut-Rhin
- la Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail
- l'Association des Amis des Aveugles de la Moselle
- l'Association des Mutilés de la Voix de Lorraine
- l'Association des parents d'enfants déficients auditifs de la Moselle.

#### 5134. Education sanitaire et prévention

- Vaccination anti-grippale

JUSQU'en 1978, elle était sélective et concernait les personnes à risque (patients cardiaques, insuffisants respiratoires, bronchitiques chroniques, personnes âgées à l'état général médiocre). Mais la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de l'U.R.E. a décidé, lors de la séance du 25.04.1978, de supprimer les critères de sélectivité et d'étendre le bénéfice de cette vaccination à toutes les personnes qui en feraient la demande. C'est ainsi que la campagne de vaccination anti-grippale de 1979/1980 a permis de toucher 21 385 personnes.

Il est à noter que, dans ce domaine, le Régime Minier en général, l'U.R.S.S.M.E. en particulier, occupent une position de pointe, puisque le G.E.I.G., Groupe d'Etude et d'Information sur la Grippe, insiste sur "l'importance capitale d'une vaccination annuelle chez les sujets à haut-risque". (LE GENERALISTE - N° 389 du 15.08.1981).

Sur le plan pratique, l'U.R.E. prend à sa charge la totalité des dépenses d'achat des vaccins nécessaires aux S.S.M., livrés par le canal de l'Hôpital de FREYMING, qui bénéficie de conditions financières avantageuses.

- Vaccination anti-tétanique

Commencée en 1979, ses dépenses sont prises en charge par les exploitants en ce qui concerne les vaccinations des actifs, par le budget d'action sanitaire et sociale générale pour ce qui est des vaccinations des autres catégories de population.

Encore actuellement, le tétanos est une maladie grave, assez fréquente dans l'Est de la France, dont le traitement, nécessitant parfois le recours à une réanimation respiratoire spécialisée s'avère coûteux. Quant à la vaccination, elle est efficace et sans danger.



Logiquement, une politique vaccinale bien conduite doit préserver la population de cette maladie.

Sur le plan pratique, l'information et l'organisation de cette vaccination sont liées au dépistage radio-photographique. La campagne de vaccination peut donc être réalisée en deux ans, environ, et concerner environ 60 000 personnes.

#### - Autres vaccinations

Il s'agit de la vaccination contre la rubéole (pour les fillettes de 12-13 ans) et de la vaccination D.T. COQ + POIIO. Assurées par le service s'occupant de la Protection Maternelle et Infantile, nous y reviendrons ultérieurement.

#### - Dépistage du Rachitisme

Il est également du ressort du Service de Protection Maternelle et Infantile.

#### - Diabète

Tous les affiliés diabétiques sont inscrits auprès d'une association spécialisée qui diffuse une revue apportant des conseils judicieux en matière de traitement et de diététique.

#### - Campagne d'Hygiène bucco-dentaire

Elle n'est pas généralisée, l'U.R.E. apportant simplement son concours à trois communes du bassin potassique.

#### - Dépistage radio-photographique

Le dépistage systématique des affections de l'appareil respiratoire des pensionnés des deux sexes et des épouses des travailleurs actifs est pratiqué à tour de rôle dans les différentes S.S.M. de la circonscription, selon une périodicité de deux ans, par un camion radio-photographique de la C.A.N.S.S.M. qui est détaché auprès de l'U.R.E. 8 mois par an. Outre les catégories de personnes déjà évoquées, les actifs du Bassin Potassique de MULHOUSE, des Salines de VARANGEVILLE, le personnel de l'U.R.S.S.M.E. et le personnel de la C.A.N.S.S.M. détaché à METZ, bénéficient d'un dépistage annuel.

Les ressortissants du Régime Minier sont avisés de ce dépistage par des convocations individuelles. Depuis 1976, ils sont informés directement du résultat de l'examen, même si celui-ci se révèle normal. La fréquentation moyenne est de l'ordre de 49 %, ce qui témoigne du caractère utile de ce dépistage, d'autant plus que la proportion de lésions méconnues ainsi décelées est de 40/100.

#### - Dépistage de l'athéro-sclérose

Aidée par l'U.R.E., la S.S.M. du Haut-Rhin (Bassin Potassique) a débuté en 1976 une campagne de dépistage de l'athéro-sclérose chez les actifs de plus de 40 ans.

#### 5135. Divers

##### - Formation de secouristes du travail

L'U.R.E. apporte, à divers organismes procédant à la formation de secouristes du travail, une subvention forfaitaire de 30 F par ressortissant minier ayant réussi l'examen (Croix-Rouge Française, Protection Civile, Fédération Nationale de Sauvetage).

##### - Aides diverses

Chaque année, l'U.R.E. accorde aux Amicales de Malades de différents établissements (maisons de repos, aériums, sanatoriums.....) une subvention de 200 F par établissement et de 80 F par ressortissant minier présent, destiné à aider l'organisation des fêtes de fin d'année.

#### 514. Aspects Financiers

Depuis le Décret et les Arrêtés du 13.08.1975, les nouvelles modalités de financement de l'Action Sanitaire et Sociale se décrivent comme suit :

- A partir de 1976, institution d'un prélèvement global calculé en pourcentage de l'ensemble des recettes constatées annuellement et destinées à la couverture des charges de la Sécurité Sociale dans les Mines. Ce prélèvement est de 0,35 %, la C.A.N.S.S.M. devant en ristourner 25 % au profit des Unions Régionales, à titre de dotation (25 %, par ailleurs, allant aux S.S.M.).

- Depuis 1972, institution d'un prélèvement particulier sur le solde du compte des oeuvres sanitaires du Régime Minier, dont le taux est fixé à 40 %.

Ainsi, les recettes annuelles d'Action Sanitaire et Sociale des S.S.M. et de l'U.R.E. résultent de :

- la dotation de la C.A.N.S.S.M.
- la quote-part du bénéfice des oeuvres
- la répartition des excédents "Maladie" des S.S.M. non affectés au fonds de réserve des S.S.M., et dont 2 % sont affectés à l'U.R.E., 4 % aux S.S.M.
- produit des amortissements des immobilisations de l'Action Sanitaire et Sociale.



## 521. Généralités

Le vieillissement démographique de notre pays pose aux Pouvoirs Publics, de façon indiscutable, un problème extrêmement difficile. Problème qui est ressenti de façon accrue, au sein du Régime Minier, où, comme nous l'avons déjà expliqué, il existe un profond déséquilibre entre la population active et non active.

En outre, il nous semble nécessaire et judicieux d'intégrer les personnes âgées dans la société tout en leur permettant de mener, le plus longtemps possible une existence indépendante. Pour ce faire, l'U.R.E., aidée et orientée par la C.A.N.S.S.M. (circulaires du 29.07.1980 et du 30.09.1980), favorise l'aide au maintien à domicile et l'aide aux vacances.

En 1980, les crédits alloués à l'U.R.E. par la C.A.N.S.S.M., dans le cadre de l'Action Sociale Personnes Agées, se sont élevés à 7 300 000 F qui se décomposent comme suit :

- 69,14 % : aide au maintien à domicile
- 8,24 : aide aux vacances
- 1,64 : aides diverses,

le reste couvrant les frais de fonctionnement et de gestion administrative.

Avant d'aborder de façon plus précise ces différentes actions, nous rappellerons quelques dispositions réglementaires. Ce sont les Décrets du 31.03.1967 qui ont autorisé la C.A.N.S.S.M. à exercer une action en faveur des personnes âgées, cette action faisant l'objet d'une section spéciale de Fonds d'Action Sanitaire et Sociale. D'emblée, la C.A.N.S.S.M. a décidé de différencier cette action de celle élaborée par le Régime Général, compte tenu des particularités du Régime Minier, en centrant son action sur le maintien à domicile des personnes âgées.

Par sa Circulaire du 30.09.1980, visant la diversification et l'intensification des actions à mener, la C.A.N.S.S.M. rappelle que "la Sécurité Sociale Minière, tard engagée dans l'action par rapport à d'autres régimes de sécurité sociale, a rattrapé son retard" et estime que "les Unions Régionales peuvent désormais aborder une autre étape, celle de l'approfondissement du travail, du dépistage et de la prise en charge de handicaps méconnus échappant aux opérations de grande envergure du type aide-ménagère ou aide aux vacances."

## 522. Actions développées en faveur des personnes âgées

## 5221. Aide au Maintien à Domicile

## - Aide ménagère

L'aide ménagère joue un rôle de premier plan dans l'oeuvre entreprise en vue du maintien à domicile des personnes âgées.

Afin de favoriser une certaine décentralisation, tout en réduisant au maximum les frais de gestion et en rapprochant l'organe répartiteur des bénéficiaires, l'U.R.E. a créé des associations locales, propres au Régime Minier, où elle est représentée. Ces associations se situent dans le Bassin Houiller et le Bassin Potassique. Par contre, l'U.R.E. garde en gestion directe l'aide développée dans le Bassin Ferrifère et le Bassin Salin.

Dans le même temps, le Service Social a accru son effort dans ce domaine, comme nous l'avons vu par ailleurs.

Le travail administratif est assuré par un service spécialisé créé par l'U.R.E., qui occupe sept agents chargés de la gestion de l'aide aux bénéficiaires des secteurs "FER" et "SEL" et à ceux qui résident hors secteur.

Dans les Bassins Houiller et Potassique, les tâches sont assurées par les secrétariats des deux associations locales. Ces associations sont remboursées de leurs interventions par l'U.R.E., après contrôle de la conformité de l'aide apportée avec la réglementation en vigueur dans le cadre des instructions de la C.A.N.S.S.M.

Dans la mesure où des demandes d'aides individuelles sont formulées, c'est à la sous-commission "Personnes Agées" de l'U.R.E., d'une part, et aux commissions des associations locales, d'autre part, qu'il appartient de donner un avis.

Afin de dispenser cette aide ménagère à domicile, l'U.R.E. et les associations locales emploient et rémunèrent des aides ménagères et leur assurent une formation professionnelle spécifique.

## - Aide à l'amélioration de l'habitat

L'U.R.E. est amenée à intervenir de façon importante dans ce domaine, devant la vétusté d'un grand nombre de logements occupés par des personnes âgées.

Cette action se double d'une action individuelle pour le lavage du linge, le bêchage des jardins, la rentrée de bois et de charbon ; ce sont là des domaines où l'investissement financier est peu important, mais où l'intérêt des bénéficiaires est très net.



- Aides diverses

C'est le cas du port de repas à domicile, qui permet d'assurer le maintien à domicile de personnes qui, bien que n'ayant pas besoin d'une aide ménagère, au sens strict, ne savent pas ou ne peuvent plus cuisiner.

5222. Aide aux Vacances

L'U.R.E. propose des séjours en France (V.V.F., M.V.F.), à l'étranger (Espagne, Tunisie, Italie, Maroc) et au Centre Roger de Latournerie à MENTON, propriété de la C.A.N.S.S.M.

Devant les crédits importants consacrés au fonctionnement du Centre de Menton, l'U.R.E. limite son aide aux seuls retraités qui participent aux séjours collectifs qu'elle organise, sous réserve que les conditions d'âge et de ressources prévues par la réglementation soient respectées.

A titre d'exemple, en 1980, 1600 personnes ont pu bénéficier d'un séjour à Menton, l'U.R.E. affrétant un avion de type AIRBUS pour assurer le transport.

5223. Autres formes d'aide

Elles se traduisent par :

- des secours
- des subventions aux organismes et aux clubs
- des aides financières pour les réalisations en cours (construction de foyer-logement, de clubs du Troisième Age)
- des subventions d'équipement
- des subventions de fonctionnement (aide au Conseil Social et Culturel).

523. Conclusion

Nous estimons que le maintien à domicile des personnes âgées répond à leur désir de rester chez elles en leur permettant de vivre moins mal la fin de leur vie, sans rupture de leur trajectoire existentielle. L'aide à apporter est matérielle, bien sûr, mais psychologique également, car elle doit rendre supportable le maintien à domicile en rompant l'isolement et la solitude.

Il est évident que ce maintien à domicile comporte des limites, variables selon les individus et les moyens ; mais cette aide sera d'autant plus efficace qu'elle sera personnalisée et qu'elle évitera la ségrégation des personnes âgées. Il nous semble donc nécessaire d'inciter les personnes âgées qui le peuvent à participer à une vie sociale normale. Il y a donc là un intérêt évident à favoriser les associations, à aider les familles prêtes à assumer certaines tâches en faveur de leurs ascendants, à intégrer les personnes âgées à l'action menée en leur faveur en les invitant à y participer et à se prendre en charge.

Le Régime Minier, qui compte de plus en plus de retraités, se doit de ne négliger aucun moyen de répondre à leurs besoins et à leurs aspirations.



### 53. ACTION SOCIALE PRESTATIONS FAMILIALES

#### 531. Introduction

Le but de l'Action Sociale Prestations Familiales (P.F.) est de promouvoir l'épanouissement de tous les membres d'une famille, avec une orientation privilégiée vers l'enfance, en s'occupant de tous les problèmes de la famille et de l'enfance, en dehors de ceux qui sont spécifiquement d'ordre sanitaire.

Elle contribue à assouplir la portée des textes supplémentaires, en les humanisant et en adaptant son action aux besoins exprimés ou ressentis.

#### 532. Règlementation

C'est par sa circulaire du 03 Février 1977 que la CANSSM a fait connaître qu'en application de l'article 176 modifié du décret du 22 Octobre 1947, les Ministres concernés avaient arrêté le nouveau programme d'Action Sanitaire et Sociale, mis en application le 1er Janvier 1978.

C'est ainsi, que, le programme d'Action Sociale "P.F." a été ramené de 13 à 7 chapitres que j'envisage de développer en étudiant les différentes prestations offertes par l'URSSME.

#### 533. Financement

En 1980, dans le cadre de cette action, les ressources ont été de 25 Millions de Francs au sein de l'URSSME, se composant comme suit :

#### - Dotation de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales

Elle est calculée en fonction d'un forfait annuel appliqué au nombre de familles allocataires de l'organisme. Si un coefficient correcteur est appliqué lorsque ce forfait est trop favorable à l'organisme, une classe de sauvegarde n'en existe pas moins, permettant la progression de la dotation en fonction du taux annuel fixé par la C.N.A.F., même si le nombre de familles allocataires diminue.

#### - Dotation exceptionnelle d'aide aux vacances

Dans le but de réduire l'inégalité sociale devant l'accès aux vacances, en 1978, la C.N.A.F. a alloué aux organismes, une dotation exceptionnelle d'aide aux vacances, par répartition d'un crédit de 100 Millions de Francs, venant des excédents du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale. A ce titre, l'U.R.S.S.M.E. a touché 1 385 000,00 Francs, soit l'équivalent de 30 % des dépenses d'aide aux vacances de l'exercice précédent.

Depuis 1979, cette nouvelle ressource est intégrée dans la dotation annuelle de la C.N.A.F..

### - Comptabilisation des séjours à MENTON

A la demande de la CANSSM, sont désormais comptabilisées en

Dépenses : - les frais de séjour,  
- les frais de transport.

Recettes : - les participations des bénéficiaires,  
- la subvention que la CANSSM alloue à l'URSSME pour les frais de transport.

#### 534. Prestations

L'étude analytique des différents chapitres se rapporte à l'année 1980.

#### 5341. Aide aux Vacances

Le Chapitre 1 a engagé une dépense globale de 9 223 000,00 Francs, soit 39,82 % du budget total.

Au fil des années, on assiste à une désaffectation progressive des colonies de vacances et des camps, au profit des séjours en MFV, VVF et Gîtes.

#### \* Colonies de vacances

114 colonies ont fonctionné selon 204 sessions, totalisant 3 753 enfants et 92 466 jours de vacances.

A ce titre, l'U.R.E. participe aux frais de séjour et de voyage, octroie des bourses de trousseau, participe au fonctionnement des colonies de vacances qui lui appartiennent et à celle de PRAZ sur ARLY, appartenant à la Société de Secours Minière de SARRE et MOSELLE. Elle est également partie prenante au niveau des frais d'équipement.

#### \* Vacances familiales

Que ce soit en MFV, VVF ou gîtes familiaux, 960 enfants ont bénéficié de 17 785 jours de vacances.

S'y ajoutent 359 enfants pour 5 037 jours au Centre de MENTON et 8 887 enfants pour 201 702 jours pour vacances familiales individuelles en France et dans les pays étrangers limitrophes.

#### \* Camps de vacances

79 camps donnant lieu à 128 sessions, ont permis d'héberger 914 enfants pour 19 679 jours.

#### \* Centres de loisirs sans hébergement

Nouvelle dénomination des anciens centres aérés, 18 centres ont organisé 20 sessions accueillant 183 enfants pour 4 021 jours.



\* Vacances de neige  
Prestation expérimentale, elle a permis d'accueillir 189 enfants pour 1 430 jours en Colonies de Vacances, VVF, MFV et Camps.

#### 5342. Aide au logement

Les dépenses engagées au titre de ce chapitre 2 sont de 1 882 000,00 Francs, c'est-à-dire 8,12 % des dépenses totales.

\* Subventions de fonctionnement  
Allouées aux Centres d'amélioration de logement de NANCY, METZ et MULHOUSE, qui contribuent à aider les allocataires qui désirent rénover leur logement.

\* Constructions de logements neufs  
Prêts accordés aux familles bénéficiaires des Prestations Familiales pour au moins 3 enfants, avec un maximum de 21 500,00 Francs.

\* Achats de maison  
Prêts maximum de 17 000,00 Francs, dans les mêmes conditions que précédemment.

\* Prêts à l'équipement ménager  
Réservés aux familles bénéficiaires des Prestations Familiales pour au moins deux enfants, lorsque le quotient familial est inférieur à 760,00 Francs.

\* Prêts pour achats de mobilier utilitaire  
Limités à 2 000,00 Francs.

\* Amélioration de l'habitat des personnes handicapées  
Cette aide se manifeste par des subventions ou des prêts et permet l'adaptation des logements aux besoins spécifiques de personnes handicapées aux revenus limités.

#### 5343 Services Sociaux

\* Subventions de fonctionnement  
Elles sont accordées au Comité Départemental de Liaison et de Coordination des Services Sociaux de METZ, ainsi qu'aux Associations de Paralysés de France de METZ et MULHOUSE.

\* Subventions d'équipement  
Attribuées à l'Association des Paralysés de FRANCE de MULHOUSE.

#### \* Travaillieuses Familiales

Elles sont mises à la disposition des familles lors d'une indisponibilité temporaire de la mère.

Dans le cadre de l'aide aux mères, la prise en charge s'effectue selon le tarif de responsabilité fixé par le Conseil d'Administration de l'URSSME et selon le quotient familial de l'affilié.

Quant à l'assistante maternelle, c'est un secours forfaitaire ne dépassant pas 650,00 Francs, renouvelable 2 fois par an.

\* Frais des personnels du Service Social  
Traitements et Charges.

\* Frais de fonctionnement des permanences sociales  
Concernent également le mobilier et le matériel destinés à l'équipement des centres.

Les dépenses globales relatives à ce chapitre 3 sont de 7 155 000,00 Francs, soit de 30,89 % du total.

#### 5344. Etablissements sociaux

Ils constituent le chapitre 4 des Prestations Familiales, avec des dépenses de 1 989 000,00 Francs, soit 8,59 % du total.

#### \* Placements d'enfants

L'URSSME participe aux frais de placements d'enfants (cas sociaux par exemple). Toutefois, cette forme d'aide tend à diminuer, compte tenu de l'orientation de la politique d'aide sociale à l'enfance, axée sur le maintien à domicile.

#### \* Prestations de service

Aides apportées aux Crèches, Haltes-Garderies, au fonctionnement des Centres de l'Action Sociale du Bassin Houiller.

#### \* Subventions d'équipements et prêts

Concernent de multiples établissements, associations, centres culturels, M.J.C., foyers, IMP...

#### \* Frais de personnels

Ce sont les traitements et charges des personnes qui assurent l'entretien des consultations de PMI et des Centres Sociaux, auxquels s'ajoutent les frais de fonctionnement, de mobilier et de matériel, nécessaires à la bonne marche de ces centres.



5345. Prestations Supplémentaires et Secours

Ils forment le chapitre 5, dont les dépenses se sont élevées à 1 505 000,00 Francs, soit 6,50 % des dépenses totales.

\* Aide aux étudiants

Elle est de 280,00 Francs par mois, accordée aux étudiants de 20 à 25 ans, dont le quotient familial est inférieur à 875,00 Francs.

\* Aide aux apprentis

Elle est accordée lorsque l'apprenti a cessé de percevoir des Prestations Familiales légales. Elle ne peut dépasser 280,00 Francs par mois.

\* Prestation à l'adoption

Consentie aux familles ayant adopté un enfant.

\* Primes aux mères médaillées

Médailles de la Famille Française.

\* Secours individuels

Concernent des familles en détresse, avec cas social caractérisé ; leur montant est variable, en fonction du nombre d'enfants à charge, du motif invoqué et des ressources de la famille.

\* Allocation de NOEL

Aide de 100,00 Francs par enfant, aux allocataires dont les revenus sont modestes.

\* Aides diverses

- Secours aux familles des victimes d'Accident du Travail mortel dans les mines,
- Prêts au mariage,
- Prêt aux jeunes ménages.

5346. Réalisations Sociales et Familiales

\* Edition de la brochure "Action Sociale".

\* Bourses d'études.

Destinées aux études d'infirmières, de puéricultrices ou d'assistantes sociales, elles ne dépassent pas 380,00 Francs par mois.

Elles sont attribuées à plusieurs organismes :

\* Subventions de fonctionnement

- Comité de Défense contre l'Alcoolisme, de METZ, NANCY, MULHOUSE,
- Comité Départemental de la Croix Bleue de COLMAR,
- Association Croix d'Or de FREYMING.

Les dépenses globales engagées au titre de chapitre 6 sont de 307 000,00 Francs, soit 1,32 % du total.

5347. Gestion de l'Action Sociale

Les traitements et charges sociales, les frais de gestion constituent le chapitre 7 dont les dépenses se sont élevées à 1 103 000,00 Francs, c'est-à-dire 4,76 % des dépenses totales.