

61. COMPOSITION ET ORGANISATION DU SERVICE

Actuellement, le service de P.M.I. se compose d'un médecin-pédiatre, de dix sept puéricultrices diplômées d'Etat, de deux secrétaires à temps plein et de trois secrétaires à temps partiel.

Mais il faut souligner que ce service a fait l'objet d'une restructuration en 1979, le Conseil d'Administration de l'URSSME ayant été amené à cette décision par une diminution importante du nombre des naissances. Cela a rendu nécessaire le passage de certains secteurs aux D.D.A.S.S., le remaniement des secteurs restants, la mutation de nombreuses puéricultrices. C'est ainsi que l'URSSME :

- a supprimé l'action de P.M.I. dans le Bassin Potassique,
- limite son intervention à un secteur dans le Bassin Ferrifère,
- a dû céder certains secteurs à la D.D.A.S.S. de la Moselle, redécouper les secteurs restants afin de les ré-équilibrer dans le Bassin Houiller, où une amorce de reprise de la natalité permet d'entretenir un optimisme relatif.

62. CONCEPTION ACTUELLE DE LA PROTECTION DE LA MERE ET DE L'ENFANT

621. Protection des futurs parents

Elle est le fait de l'importance croissante de l'éducation sanitaire des jeunes (hygiène de vie, conseil diététique, développement des activités de plein air) et du caractère obligatoire de l'examen prénuptial.

622. Protection de la mère

De multiples actions convergent vers une protection accrue de la mère ou de la future mère, actions qui sont le fruit de mesures et de décrets qui touchent à la santé publique.

- Surveillance accrue des grossesses

Elle est obtenue par une augmentation du nombre des examens pré-nataux, dont 4 sont obligatoires, et par la création d'un carnet de santé de la mère. En outre, contribuent à cette surveillance, des moyens techniques fiables et non agressifs, tels que l'échographie, par exemple.

En Lorraine, cette surveillance s'appuie également sur une campagne "Bien naître en Lorraine", lancée en 1979, dont le but consiste à multiplier les examens pré-nataux. En dehors de ceux rendus obligatoires par la loi, elle conseille aux futures mères de s'astreindre à des examens systématiques aux 4, 5^è, 7^è mois de la grossesse. Ces examens sont totalement pris en charge par les organismes de Sécurité Sociale, de même que tous les frais occasionnés par la grossesse, à partir du 7^è mois, y compris pour ce qui est de certains examens de laboratoire.

En toute logique, on devrait assister à une diminution de la prématurité et de la mortalité prénatale, témoins du succès de cette campagne.

- Caractère obligatoire de l'examen post-natal

L'examen post-natal permet de prévenir certaines complications.

- Contrôle des naissances

Plus adapté aux conditions de la vie moderne, il s'appuie sur une législation qui régit la contraception et l'I.V.G.. Il est intéressant de constater que la contraception, après s'être surtout développée dans les milieux évolués, touche maintenant les populations migrantes, malgré le poids de la tradition coutumière pour certaines d'entre elles.

- Dépistage des mères à risque

Diabète, hypertension artérielle, gémellarité, prématurité... sont des éléments qui ne manquent pas d'intérêt.

623. Protection de l'enfant

6231. Bilans de santé

- Au cours des deux premières années de la vie, trois bilans de santé sont obligatoires aux :

- 8^è jour,
- 9^è mois,
- 24^è mois.

Ces bilans donnent lieu à la délivrance d'un certificat de santé qui permet le versement d'une fraction des allocations post-natales.

- En dehors de ces trois bilans obligatoires, la loi prescrit :

- au moins 6 examens au cours de la première année de vie,
- 3 examens aux 16è, 20è et 24è mois,
- 2 examens annuels de 2 à 6 ans.

- Toutes les données concernant l'enfant sont consignées sur un Carnet de Santé, remis à la famille :

- examens systématiques,
- maladies infantiles,
- hospitalisations éventuelles,
- évolution psycho-motrice,
- vaccinations (bien rempli, ce carnet a valeur de certificat de vaccination).

- Tout cela contribue à :

- dépister le rachitisme,
- dépister certains handicaps, d'ordre moteur, sensoriel, psychique, mental,
- mettre en oeuvre rapidement des actions curatives ou préventives, dans le domaine médico-social, para-médical, pédagogique,
- favoriser une étude épidémiologique à l'échelon national, par le traitement informatique des informations apportées par les certificats de santé. Mais, il va sans dire que cette "mise en fichier" pose un problème d'éthique et de morale.
- déterminer les "enfants à risque", qui font alors l'objet d'un suivi plus rigoureux du médecin traitant, de la puéricultrice ou de l'assistante sociale.

6232. Consultations de P.M.I.

Ces consultations de P.M.I. sont assurées par une équipe où collaborent un médecin, une puéricultrice et une assistante sociale. Elles constituent une part importante de l'activité du service de P.M.I. Mais l'analyse chiffrée comparative de cette activité, en 1974 et en 1980, est le témoin d'une évolution économique et sociale défavorable à la démographie minière, avec vieillissement de la population, diminution du nombre des naissances, ayant eu pour conséquence, comme je l'ai déjà dit, une diminution du nombre des puéricultrices.

	1974	1980	Evolution
NAISSANCES	3 672	2 614	- 29 %
PUERICULTRICES	29	17	- 43 %
CONSULTATIONS DE NOURRISSONS	1 584	1 173	- 26 %
EXAMENS PRATIQUES EN CONSULTATIONS DE NOURRISSONS	23 555	19 012	- 19 %
VISITES A DOMICILE DES PUERICULTRICES	19 580	11 375	- 42 %

6233. Vaccinations

Tous les enfants pris en charge par le service de P.M.I. sont vaccinés par ses soins.

- Vaccinations habituelles

* Tetracoq ou D.T. Coq avec Polio bucal
De 9130 en 1974, leur nombre est passé à 5591 en 1980, soit une diminution de 39 %.

* Vaccin anti-varicelle (V.A.V.)

De 1974 en 1980, le nombre de V.A.V. est passé de 2037 à 407, soit une baisse de 80 %, expliquée en particulier par de nouvelles données réglementaires.

* B.C.C.

1432 vaccinations ont été pratiquées en 1974, 1115 en 1980, soit une diminution de 22 %.

* Vaccination anti-rubéolique

Elle s'adresse aux fillettes de 13 ans et ne concerne que les enfants du régime minier.

Il est intéressant de noter que la recherche d'anti-corps anti-rubéoleux est systématiquement réalisée lors de l'embauche de personnel féminin dans les services chargés de la P.M.I..

CONCLUSION

Malgré ses problèmes, le service de P.M.I. continue à mener une action extrêmement positive. En particulier, il a contribué à une diminution de la mortalité infantile (dont le taux en Moselle est passé de 20 pour mille en 1974 à 10 pour mille en 1980, ce même taux variant de 15,4 pour mille à 9,8 pour mille, pendant la même période et pour la France entière), à une diminution de la morbidité infantile (avec une diminution considérable du nombre des hospitalisations pédiatriques).

En outre, les actions conjointes menées par le service des P.M.I. et le service social ont permis une réduction très importante du nombre des placements d'enfants hors du milieu familial.

7 - MÉDECINE-CONSEIL

71. MÉDECINE-CONSEIL ET U.R.S.-S.M.E

A l'Union Régionale exercent le Médecin-Conseil Régional et le Médecin-Conseil Régional Adjoint qui coordonnent et orientent l'action de dix Médecins-Conseils locaux, dont la répartition géographique est la suivante :

- Bassin Houiller : 5 Médecins-Conseils
- Bassin Ferrifère : 3 Médecins-Conseils
- Bassin Potassique : 1 Médecin-Conseil
- Bassin Salin : 1 Médecin-Conseil à temps partiel.

72. RÈGLEMENTATION

Elle s'appuie sur le "Statut des Praticiens Conseils et Pharmaciens Conseils du Régime Spécial de Sécurité Sociale dans les Mines" (8), tel qu'il est défini par l'Arrêté du 29 Mars 1956, modifié par Arrêtés du 1er Décembre 1959, du 2 Août 1965, du 24 Février 1972 et du 17 Août 1972.

73. ROLE DU MÉDECIN-CONSEIL REGIONAL

Selon l'Article 3 du Statut des Praticiens Conseils, "le Médecin-Conseil Régional est spécialement chargé

- de veiller au bon fonctionnement du contrôle médical et d'assurer la direction et la coordination de ce contrôle.

- de procéder à toutes études utiles et de donner son avis sur toute question relevant de sa compétence et concernant l'action sanitaire et sociale en faveur des affiliés du régime spécial de Sécurité Sociale dans les Mines.

- de veiller à l'application du programme d'action sanitaire et sociale défini par les commissions ou comités prévus respectivement aux articles 25 et 37 du Décret du 27 Novembre 1946.

- d'assurer la coordination avec la médecine du travail et la médecine de soins par l'échange mutuel d'informations utiles et notamment la communication des dossiers médicaux et médico-sociaux entre les médecins du travail, les médecins de soins et les médecins spécialistes en matière de pneumoconiose, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

- de procéder éventuellement à tous les examens médicaux nécessités par l'application de la législation de la Sécurité Sociale Minière".

Comme l'écrit le Docteur LANFRAY (9), Médecin-Conseil National du Régime de Sécurité Sociale dans les Mines, l'application de ces textes "investit le Médecin-Conseil Régional d'une mission portant sur trois axes essentiels :

- Direction du contrôle médical
- Action sanitaire et sociale
- liaison et coordination avec les différents échelons de la médecine de soins et la médecine du travail".

Ce sont ces trois aspects que je vais développer maintenant.

731. Direction du Contrôle Médical

"Le Médecin-Conseil Régional dirige le Contrôle Médical sur l'ensemble de la circonscription de l'Union Régionale, veille à la bonne application de la législation et de la réglementation des différentes prestations en espèces et en nature de l'Assurance-Maladie. Il est le technicien de l'Union Régionale pour les Invalidités, les Accidents du Travail, et les Maladies Professionnelles. Il donne un avis sur l'imputabilité du décès en cas d'Accident du Travail ou de Maladie Professionnelle (9).

Afin que cette direction du Contrôle Médical soit exercée de manière équivalente dans toutes les circonscriptions régionales, le Médecin-Conseil National réunit une fois par trimestre tous les Médecins Conseils Régionaux, afin de coordonner leur action.

7311. Contrôle Médical des A.T.

	1963	1974	1980
Nombre de premières Fixation de Rentes A.T.	3196	2235	2264
Bassin Houiller	2127	1518	1728
Bassin Ferrifère	822	565	424
Bassin Potassique	222	127	70
Bassin Salin	7	9	2
Autres	18	16	40
Nombre de révisions de Rentes A.T.	7298	2239	1584
Bassin Houiller	4859	1082	868
Bassin Ferrifère	1603	715	487
Bassin Potassique	412	259	91
Bassin Salin	50	17	9
Autres	374	166	129
TOTAL GENERAL	10494	4474	3848

L'analyse des chiffres qui traduisent l'activité du contrôle médical des accidents du travail et du trajet appelle quelques commentaires.

Compte tenu de la récession économique touchant l'Est de la France, le nombre des actifs a diminué de façon considérable. Bien entendu, le nombre des A.T. a suivi la même évolution. C'est ce que confirment ces données, malgré une légère augmentation du nombre des premières fixations de rentes A.T. dans le Bassin Houiller, qui a vu s'accroître le nombre de ses actifs au cours de ces dernières années.

Par ailleurs, il est intéressant de constater une diminution des premières fixations des rentes A.T. dans le Bassin Ferrifère et le Bassin Potassique, non proportionnelle toutefois à celle

des effectifs, beaucoup plus nette. C'est là un élément de plus qui montre que le vieillissement de la population active, dans certains bassins, va de pair avec une augmentation des A.T. donnant lieu à indemnisation.

7312. Dossiers M.P. soumis au Comité des Rentes

	1974	1980
premier examen	344	285
révision	621	788
TOTAL	965	1073

Dans le Bassin Houillier et le Bassin Ferrifère, ce sont les Pneumoconioses qui assurent le plus grand contingent de dossiers présentés au Comité des Rentes, suivies de la Surdité d'origine professionnelle.

Je ne citerai que pour mémoire quelques M.P. donnant lieu à indemnisation par l'U.R.S.S.M.E., leur fréquence étant peu  lev e :

- TABLEAU 4 : Maladies caus es par le benzène et ses homologues.
- TABLEAU 8 : Affections caus es par les ciments.
- TABLEAU 15 : Affections provoqu es par les amines aromatiques et leurs dérivés.
- TABLEAU 67 : Lésions nasales caus es par le Chlorure de Potassium.
- TABLEAU 69 : C'est l'ex-tableau 35, qui regroupe les affections ostéo-articulaires professionnelles provoqu es par l'emploi des marteaux pneumatiques.

7313. Examen pour invalidité et Maladie de longue durée

	1963	1974	1980
INVALIDITE GENERALE	365	514	594
TIERCE PERSONNE		18	7
		→ Accord�e	
		→ Refus�e	
INVALIDITE PROFESSIONNELLE	119	133	220
DOSSIER CARCOM		418	625
MALADIE DE LONGUE DUREE		887	734
MAJORATION DE CONJOINTE A CHARGE		324	514

L'INVALIDITE GENERALE est une prestation qui se substitue aux moyens normaux de vie, attribu e dans la mesure où un individu présente une réduction de sa capacité de gain d'au moins 66 2/3%. C'est là une notion subjective qui tient compte de l'état clinique du patient et du contexte professionnel, social et économique dans lequel il évolue.

Entre le Régime Minier et le Régime Général, il existe une différence dans la perception de l'Invalidité Générale, qui tient à l'âge plus précoce de départ en retraite au Régime Minier.

Toutefois, dans le cadre de la coordination, un mineur de plus de 55 ans peut bénéficier de cette prestation.

L'Invalidité Générale, telle qu'elle est d termin e au Régime Minier, correspond à l'Invalidité Générale de Groupe II du Régime Général.

LA TIERCE PERSONNE est un complément à l'Invalidité Générale attribué lorsqu'un patient ne peut accomplir, de façon totale et permanente, un ou plusieurs actes ordinaires de la vie.

L'INVALIDITE PROFESSIONNELLE est une prestation propre au régime Minier, calquée sur une prestation d'Alsace-Lorraine proposée par BISMARCK. Elle n'existe dans aucun autre régime et a pour but de garantir un niveau de revenu à un ouvrier qui, pour raison médicale, subit une mutation de poste avec perte de salaire d'au moins 20 %.

PAR MALADIE DE LONGUE DUREE, on entend une affection, comportant un traitement prolongé et coûteux, susceptible d'ouvrir droit à exonération du ticket modérateur, en application de l'article L 286/1 du Décret du 2 Mai 1974.

7314. THERMALISME

	1962		1974		1980	
	C.D	C.A	C.D	C.A	C.D	C.A
Bassin Houiller	644	512	2266	1671	2844	2069
Bassin Ferrifère	743	637	1217	969	1768	1553
Bassin Potassique	280	207	544	458	1263	1098
Bassin Salin	24	24	44	38	57	51
T O T A L	1691	1380	4073	3136	5932	4771
		82%		77%		80,5%

C.D : Cure demandée
C.A : Cure Accordée

Au fil des années, on enregistre au sein de l'URSSME une progression constante et régulière du Thermalisme, véritable fait social qui concerne toutes les S.S.M de la circonscription.

7315. Contrôle Hospitalier

Alors que ce contrôle hospitalier était presque inexistant il y a quelques années, il prend une part de plus en plus importante dans l'activité des médecins-conseils, conscients de la part croissante que prennent les dépenses hospitalières qui contribuent pour plus de la moitié, maintenant, du budget de l'assurance-maladie.

Il s'avère, à l'expérience, que cette action est difficile, parfois mal comprise, voire mal admise, par le secteur hospitalier, et qu'elle nécessite beaucoup de patience et de diplomatie, allées au respect fondamental de la déontologie.

7316. Enseignement post-universitaire

Les Médecins du Régime Minier bénéficient d'une prise en charge complète de l'Enseignement post-universitaire selon ce schéma :

* Les Médecins à temps plein participent chaque année à un stage hospitalier de cinq jours dans un C.H.U. de leur région et se rendent aux Entretiens de BICHAT une année sur deux, dans la limite de trois jours.

* Les Médecins Spécialistes participent régulièrement à des Journées savantes, de même que les Médecins Hospitaliers; cela concerne, par exemple, les médecins des Centres de Médecine Spécialisée ou de l'Hôpital de FREYMING, gérés par la S.S.M DE SARRE ET MOSELLE, (Afin de ne pas déborder le cadre de mon travail, ces deux structures dépendant d'une S.S.M et non directement de l'U.R.E., c'est volontairement que je ne m'étends pas plus à leur sujet).

Toutes les charges financières liées à ces formes d'enseignement post-universitaire sont assumées par le Régime Minier.

Sur le plan loco-régional, cet enseignement est largement implanté et diversifié dans tout l'Est de la France et, cela, depuis de nombreuses années. Organisé par des praticiens de tous régimes et aux modes d'exercice les plus divers, il s'adresse à tous, sans aucune barrière.

Dans cette optique, le Régime Minier organise des colloques où sont conviés tous les médecins qui peuvent ainsi confronter leurs avis et leurs expériences personnelles.

732. Action Sanitaire et Sociale

"Compte tenu de l'évolution des oeuvres et de la politique sanitaire du Régime Minier, notamment pour les Personnes Agées le Médecin-Conseil Régional est le conseiller naturel de l'Union Régionale en ce domaine" (9).

Comme je l'ai déjà dit, de nombreuses mesures ont été prises, destinées à favoriser les conditions de vie des Personnes Agées. Ainsi en 1976, l'U.R.S.S.M.E. a créé une équipe de synthèse, comprenant certains de ses représentants (dont le Médecin-Conseil Régional et un Médecin-Conseil chargé de mission) et des membres du Conseil Social et Culturel de la Moselle.

Le travail de cette équipe s'est concrétisé, en Mai 1977, par la publication d'une étude sur "Les Personnes Agées dans les Bassins Miniers de l'Est" (10), qui a permis de mettre en évidence les besoins du Régime Minier dans ce domaine, et de formuler des propositions sur le plan Sanitaire et Social.

C'est à partir de cette étude que s'est imposé la nécessité de favoriser le maintien à domicile des Personnes Agées malades, autant que faire se peut, le principe de la mise en place des E.M.S et des S.A.D. a alors été retenu.

Enfin, les Médecins-Conseils Régionaux procèdent à toutes les études et donnent leur avis sur les questions relevant de l'Action Sanitaire et Sociale, veillant à l'application du programme d'Action Sanitaire et Sociale.

733. Liaison et Coordination avec les différents échelons de la Médecine de soins et de la Médecine du travail

"La coordination et l'animation des équipes médicales sont devenues indispensables dans l'action du Médecin-Conseil Régional qui doit vérifier, qu'à tous les échelons, sous son contrôle, il existe une bonne liaison entre la Médecine-Conseil et la Médecine du Travail ; il participe, chaque fois que sa présence est nécessaire aux réunions du Conseil d'Administration, du Bureau, des différentes Commissions. Il instruit les dossiers des candidatures aux différents postes médicaux vacants. Il représente, au niveau régional, le Médecin-Conseil National, dont il transmet les avis et les directives ; il procède à toutes les études demandées par la C.A.N.S.S.M." (9).

Dans le cadre de ces fonctions ainsi définies, les Médecins Conseils Régionaux de l'U.R.S.S.M.E. :

* assurent la coordination entre la médecine de soins et la médecine du travail. Par exemple, c'est dans ce contexte qu'il m'arrive régulièrement de m'entretenir avec le médecin du travail, dossiers médicaux à l'appui, afin d'évoquer certaines situations socio-professionnelles. De ces échanges naissent souvent des solutions qui permettent, soit d'assurer le reclassement professionnel de certains ouvriers malades ou blessés dans les meilleures conditions possibles, soit, lorsque ce reclassement est impossible compte tenu de la pathologie, d'envisager le principe de mise en Invalidité-Générale.

* procèdent à tous les examens prévus par la législation de la Sécurité Sociale Minière.

* contrôlent, en accord avec les Médecins-Conseils locaux, le fonctionnement des oeuvres, et assurent la liaison entre praticiens et administration.

* participent à la fixation des forfaits kilométriques des médecins-traitants, en exécution des prescriptions de la C.A.N.S.S.M. et des instructions contenues dans l'avenant n° 1 à la "CONVENTION NATIONALE CONCERNANT LES MEDECINS GENERALISTES A TEMPS PLEIN DE LA SECURITE SOCIALE MINIERE" (11). Le forfait kilométrique de chaque médecin est fixé par l'U.R.S.S.M.E sur proposition du Médecin-Conseil Régional. Dans cette appréciation forfaitaire interviennent le nombre de personnes à charge, l'étendue géographique du secteur couvert, le nombre de visites effectuées au cours d'un semestre comprenant un trimestre d'été et un trimestre d'hiver. Ce forfait est révisable régulièrement.

* interviennent en cas de litige entre médecins-traitants.

* participent aux travaux de la COMMISSION D'ACCREMENT. L'article 88 du Décret du 27 Novembre 1946 stipule que "les affiliés aux Sociétés de Secours Minières choisissent librement leur praticien parmi ceux qui sont agréés, pour chaque circonscription de Société de Secours Minière, par l'Union Régionale, après avis d'une Commission comprenant pour moitié des représentants de l'Union Régionale et, pour le surplus, des praticiens désignés par les organisations professionnelles dont la moitié au moins doit être choisie parmi les médecins agréés des Sociétés de Secours Minières de la Région". Ainsi, l'affilié, qui doit recourir à un médecin agréé, peut exercer, son choix parmi tous les médecins qui sont agréés. Il n'y a donc pas, contrairement à ce qui est parfois dit, suppression du libre choix, mais, simplement, limitation de celui-ci parmi les praticiens exerçant au sein du régime.

La Commission d'Accrément se réunit au siège de l'Union Régionale, sur convocation du Président du Conseil d'Administration, lorsque le besoin s'en fait sentir. Le praticien désirant obtenir l'agrément doit en faire la demande auprès du Président du Conseil d'Administration de l'Union Régionale par l'intermédiaire de la Société de Secours Minière qui a recueilli l'avis de son Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration de l'Union Régionale se prononce dans le délai de trois mois à partir de la date de présentation de la demande par la Société de Secours Minière.

* établissent un rapport en cas d'application de mesures disciplinaires. Selon l'article 26 de la Convention Nationale (11), "en cas de faute dans l'exercice de leurs fonctions, les médecins sont passibles des mesures disciplinaires suivantes :

- avertissement.
- Rétrogradation d'une échelle.
- Licenciement".

Quant à l'article 27 de la Convention Nationale, il précise que "les mesures visées à l'article 26 sont décidées par le Conseil d'Administration de la Société de Secours, sur rapport du Médecin-Conseil Régional, après avis d'une Commission paritaire de conciliation et de discipline."

* assistent et participent à de nombreuses COMMISSIONS prévues par le Convention Nationale (11). Il en est ainsi de

- La Commission de Bonification. "Des bonifications d'ancienneté peuvent être attribuées chaque année aux médecins classés aux échelles 2 - 3 - 4 - 5, après un an d'ancienneté dans l'échelle" selon le paragraphe 2 de l'article 11 de l'Avenant n° 1 à la Convention Nationale, afin de favoriser l'avancement des praticiens. Ces "Bonifications annuelles d'ancienneté" sont attribuées par décision de la S.S.M, après avis d'une Commission locale de neuf membres, comprenant, le Président, trois administrateurs de la S.S.M, le Médecin-Conseil Régional, un Médecin-Conseil local de la S.S.M, deux représentants élus des Médecins à Temps Plein de la Société et un Médecin à Temps Plein choisi dans le cadre régional par la Fédération Nationale des Médecins à Temps Plein. Cet avis est formulé sur la base de propositions établies par le Président du Conseil d'Administration de la S.S.M".

Même si cela n'apparaît pas clairement, l'esprit du texte sous-entend une concertation préalable entre le Président et le Médecin-Conseil local.

Certaines S.S.M, dont le nombre de médecins classés aux échelles 2 - 3 - 4 - 5 est inférieur à 4, ne peuvent assurer le fonctionnement normal de cette réglementation. Aussi, c'est à l'échelon régional qu'il est fait application de dispositions identiques.

Cette Commission régionale, composée du Président du Conseil d'Administration de l'U.R.E, des Présidents des S.S.M concernés, du Médecin-Conseil Régional, d'un praticien choisi dans le cadre régional par la Fédération Nationale des Médecins à Temps Plein, d'un nombre de praticiens égal à celui des Présidents de S.S.M faisant partie de la Commission diminué d'une unité, se réunit une fois par an, en Juin, afin de fixer les bonifications, avec effet au 1er Juillet.

En aucun cas, selon les textes réglementaires, la bonification annuelle accordée à un praticien ne peut excéder huit mois.

- La Commission Médicale Consultative (CMC) et de la Commission Médico-Administrative (CMA). Les Médecins-Conseils Régionaux assistent à ces réunions, prévues par l'article 20 de la Convention Nationale. Ainsi, "dans chaque S.S.M fonctionnant une C.M.C formée des médecins ou de leurs représentants, et des médecins-conseils et, le cas échéant, des médecins consultants. Cette C.M.C est saisie pour avis, avant décision de la S.S.M, des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service médical;

Afin de rendre crédible toute comparaison, les dépenses sont calculées en Francs constants, valeur 1981, avec un taux annuel d'inflation moyen de 12% sur une période de six ans.

741. Evolution des Effectifs

	1976	1977	1978	1979	1980	1981
R.M.	766430	740494 -3%	717933 -3%	695301 -3%	674581 -3%	655723 -3%
U.R.E.	201602	196748 -2%	193002 -2%	189410 -2%	186176 -2%	182854 -2%
B.F.	49889	48043 -4%	46176 -4%	44043 -5%	42044 -4%	40050 -5%

Entre 1976 et 1981, la diminution globale des effectifs a été de 14,4% pour le R.M, de 9,3% pour l'U.R.E et de 19,7% pour le B.F., soit une perte moyenne annuelle respective de 2,9%, 1,9% et 3,9%. On constate une accélération de cette évolution dans le B.F..

742. Indemnités Journalières

* Rapport ACTIFS (en pourcentage)
TOTAL

	1978	1979	1980	1981
R.M.	16	15	15	14
U.R.E.	21	21	21	21
B.F.	16	15	14	13

Il existe donc un certain parallélisme entre le B.F. et l'ensemble du régime minier.
Toutefois, en comparant les données du B.F. à celle de l'U.R.E, l'évolution lui est nettement défavorable.

Elle peut prendre l'initiative de l'examen de certaines questions et faire part à la S.S.M de ses conclusions. En tant que de besoin, l'étude de certaines affaires peut être confiée, à la demande des médecins ou de la Société, à une C.M.A qui fait rapport au Conseil d'Administration. Ce dernier délibère après avoir pris connaissance des avis de la C.M.C et, éventuellement de la C.M.A".

En règle générale, ces commissions se réunissent une fois par trimestre au sein de chaque S.S.M. Parmi les sujets qui ont été abordés au cours de ces dernières années figurent la mise en place de l'interemplacement (prévu à l'Avenant n° 5 de la Convention Nationale), la création et l'organisation des E.M.S et des S.A.D, les modalités de restructuration médicale consécutives à la démographie minière.

* participant et siègent à la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale, aux Commissions Régionales d'Invalidité et d'Incapacité Permanente de METZ, NANCY, SARREGUEMINES, MULHOUSE

A l'analyse de ces multiples tâches et responsabilités, il apparaît que les Médecins-Conseils sont véritablement des spécialistes en Médecine Sociale, même si cette qualification n'est pas encore officiellement reconnue.

74. CONCLUSIONS

A plusieurs reprises, déjà, j'ai évoqué les difficultés particulières du Bassin Ferrifère (entité qui regroupe toutes les S.S.M du secteur Fer), au sein de la circonscription de l'U.R.E, que ces difficultés soient d'ordre socio-démographique (fermeture des mines de fer, diminution du nombre des actifs, vieillissement de la population) ou d'ordre médical (absence de médecine de second degré, de structure spécialisée du type laboratoire d'analyses médicales, cabinet d'optique, pharmacie mutualiste, hôpital propre au régime).

En conclusion de ce chapitre consacré à la Médecine-Conseil, je voudrais apporter quelques éléments chiffrés, témoins de la situation délicate du Bassin Ferrifère, à travers l'évolution des dépenses de santé au cours des dernières années.

En prenant pour référence le rapport de gestion que la C.A.N.S.S.M. publie annuellement, il est possible de comparer l'évolution du coût de la santé au niveau national (Régime Minier = R.M.), Régional (U.R.E), loco-régional (Bassin Ferrifère = B.F.).

* Coût Moyen par Actif

	1976	1977	1978	1979	1980	1981
R.M.	1208	1182	1274	1182	1154	1159
U.R.E	1193	1169	1255	1182	1149	1154
B.F.	1446	1330	1429	1296	1263	1273

Au sein du B.F, et bien que l'on assiste à un resserrement progressif des résultats, le coût moyen par actif se situe nettement au-dessus de ceux du R.M et de l'U.R.E.

743. Frais Médicaux. (Dépense globale par bénéficiaire).

	1978	1979	1980	1981
R.M.	989	1044	1086	1109
U.R.E	962	1019	1045	1060
B.F.	1078	1148	1224	1252

Dans ces résultats, les frais médicaux s'entendent globalement: frais médicaux à proprement parler, consultations spécialisées, électro-radiologie.

On constate une augmentation des dépenses de ce chapitre de 16% dans le B.F, de 10% à l'U.R.E et de 12% à l'U.R.E et de 12% pour l'ensemble du régime, au cours des trois dernières années.

Il est intéressant d'établir l'écart du B.F par rapport à l'U.R.E et l'ensemble du régime minier, écart qui s'avère en hausse constante et régulière :

	1978	1979	1980	1981
R.M.	+ 9%	+ 10%	+ 13%	+ 13%
U.R.E	+12%	+ 13%	+ 17%	+ 18%

744. Dépenses Hospitalières

* Dépenses par Bénéficiaire

	1978	1979	1980	1981
R.M.	1869	1998	2106	2251
U.R.E	2044	2110	2259	2462
B.F.	2313	2518	2705	2921

* Ecart

Par rapport à l'U.R.E et à l'ensemble du régime, l'évolution des dépenses hospitalières par affilié du B.F. suit une courbe ascendante marquée, même si l'écart entre le B.F et l'U.R.E semble se stabiliser :

	1978	1979	1980	1981
R.M.	+ 24%	+ 26%	+ 28%	+ 30%
U.R.E	+ 13%	+ 19%	+ 20%	+ 19%

On peut avancer plusieurs hypothèses pour expliquer de telles différences, mais ce ne sont là que des éléments de réflexion :

- Absence d'hôpital spécifique, propre au régime minier, dans le B.F.
- Hôpitaux publics dont le prix de journée est très élevé
- Population âgée, avec risques potentiels plus importants.

Il est encore difficile de mesurer l'impact du E.M.S ou des S.A.D, leur mise en place étant trop récente pour que des résultats fassent l'objet d'une analyse précise.

745. Dépenses en Pharmacie - Biologie.

* Dépense par Bénéficiaire.

	1978	1979	1980	1981
R.M.	802	806	749 - 7 %	819 + 9 %
U.R.E.	733	716 - 2%	744 + 4 %	788 + 6 %
B.F.	904	905	953 + 5 %	1055 +11 %

* Ecart

	1978	1979	1980	1981
R.M.	+ 12 %	+ 12 %	+ 27 %	+ 29 %
U.R.E.	+ 23 %	+ 26 %	+ 28 %	+ 34 %

L'écart par rapport à la moyenne régionale ou nationale, déjà important, tend à s'amplifier régulièrement, peut être favorisé par l'absence de laboratoire d'analyse médicale ou de pharmacie mutualiste.

746. Dépenses Thermales.

* Dépense par Bénéficiaire

	1978	1979	1980	1981
R.M.	19	21 +11%	22 + 5%	25 +14%
U.R.E.	38	41 + 8%	45 +10%	50 +11%
B.F.	44	55 +25%	65 +18%	77 +18%

Véritable phénomène médico-social en lorraine, le thermalisme est une forme de traitement très appréciée et on peut trouver là l'influence de traditions germaniques.

* Ecart

	1978	1979	1980	1981
R.M.	+231%	+261%	+295%	+308%
U.R.E.	+ 16 %	+ 34%	+ 44%	+ 54 %

En trois ans, les dépenses thermales au sein du B.F ont augmenté de 75%, alors que celles de l'U.R.E et du régime minier dans son ensemble progressaient de 31%, ce qui dénote des écarts impressionnants.

747. Dépenses en Optique et Orthopédie

	1978	1979	1980	1981
R.M.	42	43 +2%	46 +7%	49 +7%
U.R.E	41	45 +10%	48 +7%	48 /
B.F.	46	50 +9%	52 +4%	51 -2%

Le coût par bénéficiaire est relativement stable dans ce domaine, un peu plus élevé dans le B.F.

748. Coût global par bénéficiaire

Dans ce coût sont comptabilisées toutes les dépenses de santé y compris celles concernant les frais de transport et la kinésithérapie.

	1978	1979	1980	1981
R.M.	3989	4176 + 5%	4389 + 5%	4657 + 6%
U.R.E.	4158	4254 + 2%	4465 + 5%	4752 + 6%
B.F.	4720	4973 + 5%	5300 + 7%	5664 + 7%

En 1981, l'écart par rapport à l'U.R.E est de +19%, alors qu'il est de + 2% par rapport à l'ensemble du régime.

Depuis 1979, le coût global par affilié a augmenté de 13% au sein de l'U.R.E, mais de 19% dans le B.F.

Cette analyse chiffrée permet de confirmer l'évolution défavorable du Bassin Ferrifère au sein de l'U.R.E, bien que les multiples paramètres en cause (situation socio-démographique, organisation du système de soins) soient difficiles à cerner.

8 - CONTROLE DENTAIRE

Le rôle du Chirurgien-Dentiste Conseil Régional est défini par le Statut des Praticiens Conseils et les Articles 7 - 20 - 24 de la Convention Nationale des Chirurgiens-Dentistes à Temps Plein de la Sécurité Sociale dans les Mines.

Les attributions du Chirurgien-Dentiste Conseil Régional consistent à

- * exercer le contrôle dentaire, en matière de soins, prothèses, orthopédie dento-faciale.
- * veiller à la bonne gestion des oeuvres
 - mise en place des cabinets-dentaires
 - choix des praticiens
 - recrutement du personnel sanitaire
 - organisation des cabinets dentaires (achat de matériel, utilisation des produits, etc...).
- * assister aux Commissions de Bonification des Chirurgiens-Dentistes à Temps Plein.
- * assister aux Commissions d'avancement du personnel sanitaire, aux Commissions Dento-Administratives, à la Commission Nationale Dento-Administrative si besoin est, aux Conseils d'Administration de l'U.R.S.S.M.E ou des S.S.M lorsque des problèmes touchant à l'art dentaire sont à l'ordre du jour.

En quelque sorte, le Chirurgien-Dentiste Conseil Régional assure la liaison entre les praticiens, l'Administration et les affiliés, dans le respect de la Déontologie.

9 - INFORMATIQUE

Dés 1957, l'U.R.S.S.M.E s'est mécanisée par la création d'un atelier mécanographique classique, commun à l'U.R.S.S.M.E et aux services de la C.A.N.S.S.M détachés à METZ.

Au fil des années, le matériel a évolué dans le même temps où s'opérait une décentralisation, entre 1976 et 1978, en faveur des S.S.M du HAUT-RHIN, de PETITE ROSSELLE, de HAYANGE et de PIENNES. Cette décentralisation de la saisie des informations a permis une correction plus rapide des erreurs et des anomalies détectées sur place.

Au niveau du siège, une progression au niveau du matériel informatique, déjà très élaboré, est prévue, qui permettra :

- une réduction des temps de traitement
- une amélioration des délais de réponse
- une accélération des tâches automatisées
- l'accès au télé-traitement
- l'implantation d'un système d'information régional dans les S.S.M.

Au fil des chapitres précédents est apparue la structure pyramidale du Régime Minier, dont les trois étages se superposent:

- Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines
- Unions Régionales
- Sociétés de Secours Minières.

L'harmonisation entre ces structures est obtenue par la circulation des informations, dans les deux sens et entre tous les niveaux, les Unions Régionales étant le lien privilégié entre la Caisse Autonome Nationale et les Sociétés de Secours Minières.

Initialement, ce chapitre destiné à illustrer les rapports de décision existant entre les trois éléments de la pyramide se voulait plus important. Mais certains points en ont été abordés précédemment et c'est simplement à travers deux exemples précis que je voudrais aborder les relations qui existent entre les différents composants du Régime Minier.

1 - RECRUTEMENT D'UN MEDECIN GENERALISTE A TEMPS PLEIN

Lorsqu'un poste de médecin généraliste à temps plein est à pourvoir, la S.S.M en avise la C.A.N qui publie un avis de vacance de poste dans le Bulletin Périodique d'Information. Dans le même temps, elle répercute cette information dans la presse médicale spécialisée.

Toutes les candidatures sont reçues par la S.S.M, qui en vérifie la conformité réglementaire, les communique ensuite au Médecin-Conseil Local qui, après un premier choix, les adresse au Médecin-Conseil Régional pour instruction.

Celui-ci examine les dossiers, sur pièces, et retient un certain nombre de candidats qui sont alors convoqués devant une Commission ayant reçu mandat, à cet effet, du Conseil d'Administration. Le Médecin-Conseil Régional et le Médecin-Conseil Local participent à cette Commission.

Chacun des candidats est entendu successivement par les représentants de l'Administration et la Médecine-Conseil. A l'issue de ces entretiens, le Médecin-Conseil Régional propose à la Commission un classement préférentiel de l'ensemble des candidats, en

R A P P O R T S D E D E C I S I O N

tenant compte de leur valeur technique, morale et humaine.

C'est ensuite au Conseil d'Administration qu'il revient de prendre sa décision et de fixer son choix en retenant l'un des médecins sur la liste préférentielle.

Ce fait acquis, la S.S.M prépare le dossier d'Agrément qu'elle va soumettre à la Commission d'Agrément, siégeant à l'Union Régionale selon des modalités définies antérieurement.

A ce stade, trois situations sont possibles :

* La Commission donne son agrément, et la S.S.M peut alors procéder à l'embauche du médecin choisi.

* La Commission refuse l'Agrément, et la S.S.M ne peut pas engager le praticien présenté.

* La Commission ne se détermine pas à l'unanimité : aucune décision ne peut être prise et le dossier est alors soumis à l'examen du Conseil d'Administration de l'Union Régionale. Si celui-ci se prononce pour l'agrément, l'embauche est possible. Sinon, celle-ci s'avère impossible.

Nous voyons donc, pratiquement, que tout se passe entre l'Union Régionale et la Société de Secours Minière, la Caisse Autonome Nationale n'intervenant qu'initialement, lors de la publication de la vacance de poste.

Mais il n'en demeure pas moins que, dans certains cas, la Caisse Autonome Nationale peut être amenée à exercer une certaine forme de tutelle en proposant, par exemple, une restructuration des secteurs médicaux, avec réorganisation qui tient alors compte des différents facteurs démographiques et socio-économiques.

2 - CREATION D'UNE OEUVRE

Par oeuvre, j'entends aussi bien Cabinet Médical que Cabinet Dentaire, Cabinet d'Optique, laboratoire d'analyses médicales Pharmacie, Centre de Médecine Spécialisée etc... La démarche est la même pour toute création de ce type, toute autre condition administrative étant préalablement satisfaite.

Ainsi, je prendrai l'exemple de la création d'un Cabinet Médical.

En fonction des besoins, c'est le Conseil d'Administration de la S.S.M qui détermine et décide le principe de la construction d'un Cabinet Médical.

La S.S.M constitue un dossier, avec plan de financement prévu, plan des futurs bâtiments, et le soumet à la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de l'Union Régionale.

Après avoir constaté que le projet est conforme aux dispositions réglementaires et correspond bien à une nécessité, cette Commission donne son accord et transmet le dossier au Conseil d'Administration de l'Union Régionale qui, en cas d'avis favorable, l'adresse à la Caisse Autonome Nationale.

Même si la Caisse Autonome Nationale se montre favorable au projet, elle doit en référer au Ministère de Tutelle qui donnera -ou non- son accord, en fonction de la situation démographique et d'éléments conjoncturels particuliers.

L'échange et l'interpénétration sont donc assurés dans les deux sens au sein des structures étagées du Régime Minier.

Il apparaît, dans certains cas, que l'avis de la Caisse Autonome Nationale n'est pas directement obligatoire, mais seulement dans la mesure où les décisions arrêtées par les Sociétés de Secours Minières et les Unions Régionales sont conformes à la réglementation et aux directives de la Caisse Autonome Nationale. Mais elle exerce sa tutelle pour tout ce qui concerne les décisions importantes, étant elle-même sous contrôle ministériel et directement concernée sur le plan du financement.

Me voilà au terme de ce travail que j'ai voulu sans complaisance, mais aussi sans esprit partisan, et il me reste à traduire ma conviction profonde vis-à-vis du Régime Minier Spécial de Sécurité Sociale dans les Mines, au sein duquel j'évolue, à titre de médecin, depuis près d'une décennie, après en avoir été l'un des bénéficiaires pendant une vingtaine d'années.

Comme toute institution, le Régime Minier associe avantages et inconvénients, mais je ne doute pas de son apport global et de caractère original qu'il présente.

Bien sûr, en raison des inégalités de répartition démographique qui existent entre certaines régions, il est difficile de globaliser partout, de façon uniforme, toutes les formes d'actions possibles. Il apparaît nettement, par exemple, que les différences sont grandes entre le Bassin Houllier, bien équipé en Médecine de premier et de second degré, doté d'Hôpitaux, de Centres de Médecine Spécialisée, de laboratoires d'Analyses Médicales, dont la population s'inscrit dans un périmètre limité, et le Bassin Ferrifère, qui ne s'appuie que sur une Médecine de premier degré et dont les bénéficiaires sont très dispersés géographiquement au sein de petits secteurs isolés.

Bien sûr, il n'y a pas de frein financier limitant la consommation des bénéficiaires du Régime Minier, et cela ne peut que favoriser une progression du coût de la santé, en partie facilitée par la méconnaissance qu'ont les médecins des problèmes inhérents à l'Economie de la Santé. Mais cela dépasse les frontières du Régime Minier, concerne l'immense majorité des médecins, et il me semble hautement souhaitable et judicieux de faire une place à cette discipline au sein des Facultés de Médecine.

Bien sûr, de par son statut, le Médecin Généraliste à Temps Plein, salarié, se trouve sous une certaine forme de dépendance étroite vis-à-vis de sa clientèle. Car s'il est certain que le paiement à l'acte, en secteur libéral, responsabilise le médecin, il responsabilise également le patient.

C O N C L U S I O N

Bien sûr, encore, on peut parfois constater que l'exercice médical salarié est générateur d'indifférence chez certains praticiens heureusement peu nombreux.

Bien sûr, enfin, quand il existe, le libre choix du médecin par le malade est limité et s'exerce difficilement dans les secteurs où la pratique médicale touche une population dispersée.

Mais, en contre partie, le Régime Minier s'avère être complet, en ce sens que s'y exercent toutes les formes d'action médicale et sociale, y compris les plus récentes et les plus actuelles, la coordination étant assurée à tous les niveaux. Ainsi, le suivi médical s'en trouve-t-il facilité, la relation médecin, malade étant privilégié par le système de soins.

Même s'il est limité dans son champ d'application, le Régime Minier demeure une structure intéressante et dynamique; seul le Bassin Ferrifère, dans l'Est, reste engagé sur une voie difficile, dont il ne sortira que si l'industrie minière sort du marasme dans lequel elle est enclavée. Mais il s'agit là d'un problème de choix, dépassant le cadre du Régime Minier lui-même.

Aussi, à un moment où la Santé est au coeur de bien des débats dans notre pays, à défaut d'être un Régime Modèle, j'estime que le Régime Minier peut être un modèle de Régime, permettant à la population de bénéficier d'un plateau technique de qualité, sans subir pour autant les contraintes d'un système par trop planificateur.

Mais, pour servir de modèle, encore faut-il survivre!

OCTOBRE 1982.

B I B L I O G R A P H I E

1. René BONNET

La Sécurité Sociale dans les Mines
DALLOZ - 1963 -

2. Docteur Pierre MATHYS

Monographie DES ACCIDENTS DU TRAVAIL EN 1981
S.S.M DU HAUT-RHIN.

3.

4. RAPPORT D'ACTIVITE 1955 - 1964

Union Régionale des Sociétés de Secours Minière de l'Est.

5. RAPPORT D'ACTIVITE 1965 - 1974

Union Régionale des Sociétés de Secours Minières de l'Est.

6. MEDECIN DE FRANCE

Soins à domicile aux Personnes Agées - Le Texte de la
Circulaire N° 81-8 du 1er Octobre 1981, N° 270 du 21.01.1982
page 4.

7. Docteur Jean-Marie VETTEL

Un A.B.C du maintien a domicile.
Le Généraliste N° 455 du 21.04.1982 - page 36-37.

8. STATUT DES PRATICIENS-CONSEILS ET PHARMACIENS-CONSEILS DU REGIME
SPECIAL DE SECURITE SOCIALE DANS LES MINES

9. Docteur Maurice LANFRAY

A propos de la Médecine-Conseil
Sécurité Sociale dans les Mines
Janvier 1978.

10. LES PERSONNES AGEES DANS LES BASSINS MINERS DE L'EST

Recherche d'une Politique Sanitaire, Sociale, Culturelle.
Etude réalisée par le Conseil Social et Culturel de la
Moselle, à la demande, et avec le concours de l'Union
Régionale des Sociétés de Secours Minières de l'Est.
Mai 1977.

11. CONVENTION NATIONALE CONCERNANT LES MEDECINS GENERALISTES
A TEMPS PLEIN DE LA SECURITE SOCIALE MINIERE.

EXPLICATION DES ABREVIATIONS

<u>A.P.A.C.T.</u>	: ASSOCIATION POUR LA PREVENTION ET L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL
<u>A.S.S.</u>	: ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
<u>A.M.</u>	: ACCIDENT DU TRAVAIL
<u>B.F.</u>	: BASSIN FERRIFERE
<u>B.H.</u>	: BASSIN HOULLER
<u>C.A.P.</u>	: CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
<u>C.A.N.S.S.M.</u>	: CAISSE AUTONOME NATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE DANS LES MINES
<u>C.N.A.P.</u>	: CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
<u>C.N.A.M.T.S.</u>	: CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES
<u>C.N.T.</u>	: COMMISSION NATIONALE TECHNIQUE
<u>C.P.I.</u>	: COMMISSION REGIONALE D'INVALIDITE
<u>D.D.A.S.S.</u>	: DIRECTION DEPARTEMENTALE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
<u>E.M.S.</u>	: EQUIPE MEDICO SOCIALE
<u>I.J.</u>	: INDEMNITE JOURNALIERE
<u>I.P.P.</u>	: INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE

<u>M.P.</u>	: MALADIE PROFESSIONNELLE
<u>P.A.</u>	: PERSONNE AGEE
<u>P.F.</u>	: PRESTATIONS FAMILIALES
<u>P.M.I.</u>	: PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
<u>R.M.</u>	: REGIME MINIER
<u>S.A.D.</u>	: SOINS A DOMICILE
<u>S.S.M.</u>	: SOCIETE DE SECOURS MINIERE
<u>U.I.M.M.</u>	: UNION DES INDUSTRIES MINIERES ET METALLURGIQUES
<u>U.R.E. ou U.R.S.S.M.E.</u>	: UNION REGIONALE DES SOCIETES DE SECOURS MINIERES DE L'EST

UNION REGIONALE DE L'EST
 TABLEAU DE DENOMBREMENT DES AFFILIES ET DE LEURS AYANTS DROIT AU 31.12.1980

S. S. M.	Affiliés relevant statutairement de la S.S.M. et pris en charge directement par celle-ci										Affiliés relevant statutairement de la S.S.M. et pris en charge par un autre organisme		
	ACTIFS	AYANTS DROIT	Invalides A.T.	Rentiers A.T.	AYANTS DROIT	ACTIFS	AYANTS DROIT	Assurés Pensions-vieilles	Assurés Invalides A.T.	Assurés Rentiers A.T.	Assurés Pensions-vieilles	Assurés AYANTS DROIT	
SARRE-6-MOSELLE	14 373	22 861	617	8 188	1 815	2 509	55	93	863	575	967	144	
PETITE-ROSELLE	7 269	11 668	401	6 741	4 754	1 624	3 022	70	129	285	285	144	
FAULQUEMONT	2 264	4 351	168	2 172	1 648	37	65	10	8	144	144	144	
HAYANGE	2 184	4 098	221	5 523	3 643	102	197	14	22	285	285	285	
PIENNES	743	1 445	55	2 406	1 458	143	277	2	4	67	67	67	
TUCQUEGNEUX	220	475	69	1 464	1 003	26	58	3	3	52	52	52	
AUBOUE	630	1 152	46	1 726	1 097	31	65	8	16	41	41	41	
JARNY	334	666	18	1 109	833	40	85	-	-	42	42	42	
LONGVY	154	269	27	1 246	608	51	122	2	3	40	40	40	
NANCY	592	1 034	11	855	351	4	9	9	7	84	84	84	
HAUT-RHIN	5 971	9 641	223	7 995	3 920	-	-	1	-	35	35	35	
TOTAL :	34 734	57 660	1 856	2 289	43 721	27 503	3 873	6 409	174	285	3 628	2 332	
	92 394	4 145	71 224	167 763	10 282	459	5 960	16 701	5 960	2 332	16 701	5 960	

A N N E X E S

TABLE DES MATIERES

ORGANISMES	S.S.M. de :												Nbre de Journées de cure x 100	Actifs+Pensionnés	
	JAN-VIER	FE-VRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUN	JUL-LETT	AOUT	SEPT-TOBRE	OCT-TOBRE	NOV-DECEM	DECEM-TOTAL			
Saetre-&-Koselle	121	127	244	253	319	324	351	266	433	352	279	83	3152	10,24	7,95
Petite-Rosselle	41	89	180	213	134	133	147	112	84	52	44	23	1327	13,91	7,95
Faulquemont	-	5	55	87	87	132	139	77	84	97	7	23	716	19,65	13,91
Hayange	57	78	70	216	158	199	323	176	311	90	74	53	1629	19,65	13,91
Plennes	43	79	84	44	22	90	73	17	17	8	7	17	484	14,75	7,95
Truquegnieux	-	-	-	22	40	11	31	-	31	-	-	-	104	5,37	14,75
Auboué	41	52	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	156	6,34	7,95
Jarvy	-	-	13	30	31	1	-	-	-	-	-	-	156	6,34	7,95
Longwy	30	15	-	-	-	-	-	-	18	26	54	7	178	10,63	4,85
Nancy	19	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	2,05	4,85
Haut-Rhin	69	32	76	88	107	59	98	153	164	14	19	11	890	6,24	4,85
Total SSM-URE	421	489	755	921	898	938	1142	980	1004	639	491	240	8918		
Autres S.S.M.	-	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Autres Régimes et Privés	638	826	949	985	1166	948	1108	972	956	1001	791	11270			
TOTAL GENERAL	1059	1315	1729	1906	2064	1886	2072	2088	1976	1595	1492	1031	20213		

/ % par rapport au nombre total de Journées de cure / % d'occupation

ANNÉES	SSM-URE	AUTRES-SSM	AUTRES REGIMES
1977	52,92	0,19	46,89
1978	51,90	-	48,10
1979	51,10	0,35	48,55
1980	53,76	0,28	45,96
1981	44,12	0,12	55,76

76,75
76,48
74,57
75,89
78,87

INTRODUCTION 1

HISTORIQUE ET LEGISLATION DU REGIME MINIER 3

- 1. HISTORIQUE 4
- 1. LEGISLATION 4
 - 21. LOI DU 29.06.1894 5
 - 22. LOI DU 25.02.1914 5
 - 23. DECRET DU 27.11.1946 5
- 231. PRINCIPES DIRECTEURS DU REGIME MINIER 5
- 232. CHAMP D'APPLICATION DU REGIME MINIER 6
- 233. PERSPECTIVES D'AVENIR 6

LE REGIME MINIER DANS L'EST 8

ORGANISATION REGIONALE DU REGIME MINIER 13

* ORGANISATION ADMINISTRATIVE 14

- 1. CONSEIL D'ADMINISTRATION 14
- 2. BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 14
- 3. COMMISSIONS 14
- 4. ORGANIGRAMME DE L'U.R.S.S.M.E 17

* ORGANISATION FINANCIERE 18

* ORGANISATION TECHNIQUE 21

- 1. SERVICE DES AFFAIRES GENERALES 22
 - 11. ADMINISTRATION DE L'URSSME SUR LE PLAN MATERIEL 22
 - 12. SERVICE TECHNIQUE 22
 - 13. GESTION DES CENTRES DE VACANCES 22
 - 14. GESTION DE LA MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE DE CHARLEVILLE-SOUS-BOIS 23
- 2. GESTION DU RISQUE A.T. - M.P. 24
 - 21. ACCIDENT DU TRAVAIL 24
 - 211. DEFINITION 24
 - 212. A.T. ET SECRET MEDICAL 24
 - 213. REPARATION DES A.T. 25
 - 2131. INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE 25
 - 2132. INDEMNISATION DE L'A.T. 26
 - 2133. CAS PARTICULIERS 27

- 214. LITIGE ET A.T. 27
 - 2141. CONTENTIEUX GENERAL 27
 - COMMISSION DE RECOURS GRACIEUX 27
 - COMMISSION DE PREMIERE INSTANCE 28
 - COUR D'APPEL 28
 - COUR DE CASSATION 28
 - 2142. EXPERTISE 59-160 DU 07.01.1959 28
 - 2143. CONTENTIEUX TECHNIQUE 29
 - COMMISSION REGIONALE D'INVALIDITE 29
 - COMMISSION NATIONALE TECHNIQUE 29
- 215. CONCLUSION 30
- 22. MALADIE PROFESSIONNELLE 30
 - 221. PNEUMOCOSES CONSECUTIVES A L'INHALATION DE POUSSIERES MINERALES RENFERMANT DE LA SILICE LIBRE 30
 - 2211. RAPPEL CLINIQUE 31
 - 2212. DECLARATION 32
 - 2213. RECONNAISSANCE MEDICO-LEGALE 32
 - 2214. CONTROLE DU DIAGNOSTIC 33
 - 2215. CONDITIONS EXTRA-LEGALES A LA REPARATION 35
 - 2216. MODE DE REPARATION 36
 - 2217. CONTESTATIONS 37
 - 222. SIDEROSE PROFESSIONNELLE 38
 - 223. AFFECTIONS PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR LE BRUIT 38
 - 2231. RAPPEL CLINIQUE 39
 - 2232. MODALITES DE DIAGNOSTIC 39
 - 2233. MODALITES DE REPARATION 40
 - 2234. PROPHYLAXIE 40
 - 224. AFFECTIONS PROVOQUEES PAR LE TRAVAIL A HAUTE TEMPERATURE 41
 - 2241. GENERALITES 41
 - 2242. TARIFICATION 43
 - 2421. REGIME DE TARIFICATION 43
 - TARIFICATION COLLECTIVE 43
 - TARIFICATION MIXTE 43
 - 2422. DETERMINATION DU REGIME DE TARIFICATION 44
 - NOMBRE DE SALAIRES 44
 - IMPORTANCE DU RISQUE PROFESSIONNEL 44
 - 2423. CALCUL DU TAUX DES COTISATIONS 44
 - TAUX BRUT 44
 - TAUX COLLECTIF 45
 - TAUX INDIVIDUEL 45
 - . COUT REEL 45
 - . COUT MOYEN 46
 - TAUX MIXTE 46
 - MAJORATIONS FORFAITAIRES 46
 - 23. PREVENTION 41
 - 231. CONCOURS DE SUGGESTIONS 41
 - 232. COUPES DE SECURITE 42
 - 233. CONGRES MONDIAUX DE PREVENTION 42
 - 234. I.N.R.S. 42
 - 24. PRISE EN CHARGE FINANCIERE 42
 - 241. GENERALITES 42
 - 242. TARIFICATION 43
 - 2421. REGIME DE TARIFICATION 43
 - TARIFICATION COLLECTIVE 43
 - TARIFICATION MIXTE 43
 - 2422. DETERMINATION DU REGIME DE TARIFICATION 44
 - NOMBRE DE SALAIRES 44
 - IMPORTANCE DU RISQUE PROFESSIONNEL 44
 - 2423. CALCUL DU TAUX DES COTISATIONS 44
 - TAUX BRUT 44
 - TAUX COLLECTIF 45
 - TAUX INDIVIDUEL 45
 - . COUT REEL 45
 - . COUT MOYEN 46
 - TAUX MIXTE 46
 - MAJORATIONS FORFAITAIRES 46
 - 3. PRESTATIONS FAMILIALES 47
 - 31. EVOLUTION 47
 - 32. ORGANISATION DU SERVICE 48
 - 33. PRESTATIONS LEGALES 48
 - 331. ALLOCATIONS FAMILIALES 48
 - 332. ALLOCATIONS PRENATALES 49
 - 333. ALLOCATION DE MATERNITE 49

334.	ALLOCATION DE SALAIRE UNIQUE	49
335.	ALLOCATION D'EDUCATION SPECIALISEE POUR LES ENFANTS INFIRMES	49
336.	ALLOCATION DE MINEURS HANDICAPES	50
337.	ALLOCATION DES HANDICAPES ADULTES	50
338.	ALLOCATION D'ORPHELIN	50
339.	ALLOCATION POUR FRAIS DE GARDE	50
340.	ALLOCATION DE LOGEMENT A CARACTERE FAMILIAL	51
341.	ALLOCATION DE LOGEMENT A CARACTERE SOCIAL	51
34.	ASPECTS FINANCIERS	51
35.	CONCLUSION	52
4.	<u>SERVICE SOCIAL</u>	53
41.	EVOLUTION DU SERVICE SOCIAL	53
42.	ROLE DU SERVICE SOCIAL REGIONAL	55
421.	SERVICE DE CAISSE	55
4211.	ACTIVITES DE CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES	55
4212.	ACTIVITES DE CAISSE REGIONALE DE SECURITE SOCIALE	55
422.	ENCADREMENT TECHNIQUE ET ADMINISTRATIF DU SERVICE	57
4221.	REUNIONS DE SERVICE	57
4222.	PERFECTIONNEMENT	57
4223.	ENQUETES DESTINEES A LA D.D.A.-S.S.	57
43.	MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES	57
431.	REGLEMENTATION	58
4311.	OBJECTIFS	58
4312.	CONSEQUENCES	58
432.	PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE DES PERSONNES AGEES DU REGIME MINIER DANS L'EST	59
4321.	E.M.S.	59
	- INDICATIONS	59
	- FONCTIONNEMENT	59
	- MODALITES DE PRISE EN CHARGE	60
4322.	S.A.D.	61
	- INDICATIONS	61
	- FONCTIONNEMENT	61
	- DUREE DE PRISE EN CHARGE	61
	- MODALITES DE PRISE EN CHARGE	61
433.	CONCLUSION	62
5.	<u>ACTION SANITAIRE ET SOCIALE</u>	63
51.	<u>ACTION SANITAIRE ET SOCIALE GENERALE</u>	63
511.	INTRODUCTION	63
512.	REGLEMENTATION	63
5121.	CIRCULAIRE 80 S.S. DU 08.09.1958	63
5122.	CIRCULAIRE 70 S.S. DU 02.09.1965	63
513.	ASPECTS TECHNIQUES	65
5131.	SERVICE SOCIAL	65
5132.	EQUIPEMENT SANITAIRE	65
5133.	AIDE SANITAIRE SPECIALISEE	66
5134.	EDUCATION SANITAIRE ET PREVENTION	66
	- VACCINATION ANTI-GRIPPALE	66
	- VACCINATION ANTI-TETANIQUE	66
	- AUTRES VACCINATIONS	67
5135.	DIVERS	68
514.	ASPECTS FINANCIERS	68
52.	<u>ACTION SOCIALE PERSONNES AGEES</u>	69
521.	GENERALITES	69
522.	ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES	70
5221.	AIDE AU MAINTIEN A DOMICILE	70
	- AIDE-MENAGERE	70
	- AIDE A L'AMELIORATION DE L'HABITAT	70
	- AIDES DIVERSES	71
5222.	AIDE AUX VACANCES	71
5223.	AUTRES FORMES D'AIDE	71
523.	CONCLUSIONS	71
53.	<u>ACTION SOCIALE PRESTATIONS FAMILIALES</u>	73
531.	INTRODUCTION	73
532.	REGLEMENTATION	73
533.	FINANCEMENT	73
534.	PRESTATIONS	74
5341.	AIDE AUX VACANCES	74
5342.	AIDE AU LOGEMENT	75
5343.	SERVICES SOCIAUX	75
5344.	ETABLISSEMENTS SOCIAUX	76
5345.	PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES ET SECOURS	77
5346.	REALISATIONS SOCIALES ET FAMILIALES	77
5347.	GESTION DE L'ACTION SOCIALE	78
6.	<u>PROTECTION MATERIELLE ET INFANTILE</u>	79
61.	COMPOSITION ET ORGANISATION DU SERVICE	79
62.	CONCEPTION ACTUELLE DE LA P.M.I.	79
621.	PROTECTION DES FUTURS PARENTS	79
622.	PROTECTION DE LA MERE	79
623.	PROTECTION DE L'ENFANT	80
6231.	BILANS DE SANTE	80
6232.	CONSULTATIONS DE P.M.I.	81
6233.	VACCINATIONS	82
7.	<u>MEDECINE-CONSEIL</u>	84
71.	MEDECINE-CONSEIL ET U.R.S.S.M.E.	84
72.	REGLEMENTATION	84
73.	ROLE DU MEDECIN-CONSEIL REGIONAL	84
731.	DIRECTION DU CONTROLE MEDICAL	85
7311.	ACCIDENT DU TRAVAIL	86
7312.	MALADIE PROFESSIONNELLE	87
7313.	INVALIDITE ET MALADIE DE LONGUE DUREE	88
7314.	THERMALISME	89
7315.	CONTROLE HOSPITALIER	90
7316.	ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE	90
732.	ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	91
733.	LIAISON ET COORDINATION ENTRE LA MEDECINE DE SOINS ET LA MEDECINE DU TRAVAIL	91

74. CONCLUSIONS	95
741. EVOLUTION DES EFFECTIFS	96
742. INDEMNITES JOURNALIERES	96
743. FRAIS MEDICAUX	97
744. DEPENSES HOSPITALIERES	98
745. DEPENSES EN PHARMACIE - BIOLOGIE	99
746. DEPENSES THERMALES	100
747. DEPENSES EN OPTIQUE ET ORTHOPEDIE	101
748. COUT GLOBAL PAR BENEFICIAIRE	101
8. <u>CONTROLE DENTAIRE</u>	103
9. <u>INFORMATIQUE</u>	104

<u>RAPPORTS DE DECISION</u>	105
1. RECRUTEMENT D'UN MEDECIN GENERALISTE A TEMPS PLEIN	106
2. CREATION D'UNE OEUVRE	108

<u>CONCLUSION</u>	109
-------------------------	-----

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	112
----------------------------	-----

<u>EXPLICATION DES ABBREVIATIONS</u>	115
--	-----

<u>TEXTES ANNEXES</u>	117
-----------------------------	-----

<u>TABLE DES MATIERES</u>	122
---------------------------------	-----

