

## **Chapitre XV**

### **Le régime de sécurité sociale dans les mines**

---

**PRESENTATION**

---

*Le régime de sécurité sociale dans les mines<sup>416</sup> assure la couverture sociale des travailleurs exerçant leurs activités professionnelles dans les mines, les ardoisières et d'autres entreprises assimilées, ainsi que d'une part importante des personnels assurant la gestion de ce régime. Confronté à une évolution particulièrement défavorable et rapide de sa démographie avec le déclin puis la disparition de l'activité charbonnière, le régime des mines bénéficie d'importants concours financiers de l'Etat et d'autres régimes de sécurité sociale<sup>417</sup>.*

*Alors que le régime des mines est très original tant du point de vue de l'étendue quasi-exhaustive des risques couverts que de l'appareil de soins très complet qu'il a mis en place, cette récession démographique pose inévitablement la question de la pérennité du réseau de soins du régime.*

*Dans son rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale de 1997, la Cour notait déjà que la rénovation du réseau de soins du régime minier et son ouverture aux ressortissants des autres régimes de sécurité sociale devraient constituer un enjeu sanitaire de premier ordre. Or, il aura fallu attendre l'année 2004 pour que soit finalisée une importante réforme du régime visant à répondre au défi que constitue la baisse régulière des effectifs.*

*Tardive, cette réforme n'a pas résolu les nombreux dysfonctionnements qui caractérisent le régime. Enfin, elle se met trop lentement en place sur les points les plus stratégiques, en particulier l'ouverture des œuvres aux assurés des autres régimes.*

---

---

416. Régime spécial au sens de l'article R. 711-1 du CSS.

417 En 2007, la branche vieillesse du régime a bénéficié d'une subvention d'équilibre de l'Etat de 845 M€, tandis que le régime bénéficiait de 2,44 Md€ de recettes de compensation vieillesse, maladie et AT-MP.

## **I - La réforme du régime des mines**

Le régime minier n'entretient plus aujourd'hui qu'un lien ténu avec l'activité économique qui l'a fondé. L'option d'un repli progressif du régime au fur et à mesure de la décroissance de la population affiliée n'a été abandonnée qu'en 2004 au profit d'une logique plus volontariste.

### **A – Un régime en déclin**

#### **1 – Un régime original de prise en charge sociale et sanitaire**

L'étendue des risques couverts constitue l'une des particularités du régime minier de sécurité sociale qui protège ses ressortissants contre l'ensemble des risques<sup>418</sup> : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), vieillesse<sup>419</sup>. La principale spécificité du régime minier réside cependant dans la gestion en propre d'un réseau de soins intégré dispensant une médecine de caisse gratuite pour ses affiliés. Il n'en existe pas d'équivalent parmi les régimes spéciaux assurant leurs ressortissants au titre de la maladie.

En 2007, le régime minier compte ainsi, au titre des œuvres dites ambulatoires, 176 centres de santé, 67 pharmacies, 5 laboratoires d'analyses médicales, 2 laboratoires de prothèses dentaires, 15 cabinets d'optique et 6 services d'ambulance. A cet ensemble s'ajoutent 28 établissements sanitaires et médico-sociaux gérés directement ou dans lesquels le régime minier est associé majoritairement. Au total, ce réseau de soins représente plus de 1 300 professionnels de santé salariés, dont environ 500 médecins, 40 chirurgiens-dentistes, 650 infirmiers, 80 ambulanciers... Les infrastructures sont essentiellement concentrées dans le Nord et l'Est de la France.

#### **2 – Un régime en forte récession démographique**

Le régime minier subit une triple récession : celle spectaculaire de ses actifs, celle beaucoup plus lente de ses pensionnés, enfin celle marquée de ses affiliés à l'assurance maladie.

---

418. Le régime minier n'assure plus la gestion des prestations familiales depuis le 1<sup>er</sup> mai 1997.

419. En ce qui concerne ce dernier risque, le régime minier attribue des retraites de base, qui sont complétées par des retraites complémentaires AGIRC-ARRCO.

Les actifs, qui étaient au nombre de 400 000 en 1950, ne comptent plus que 10 000 cotisants environ en 2007, dont environ 30 % de salariés du régime minier. Par conséquent, un des derniers gros employeurs à être immatriculé au régime minier de sécurité sociale est le régime minier lui-même. En outre, ces dernières années, les nouvelles affiliations au régime, déjà peu nombreuses, ont encore baissé. Elles ont concerné essentiellement les salariés des sociétés de secours minières (SSM), avant qu'il ne soit mis fin à l'affiliation au régime spécial des nouveaux agents embauchés par les SSM à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Le régime de sécurité sociale dans les mines est donc de fait en extinction. A l'hiver 2007, un projet de décret prévoyait la fermeture de l'affiliation à ce régime à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Cette disposition n'a pas été retenue dans le décret du 26 décembre 2007, ce que la Cour estime regrettable.

Le nombre de pensionnés, après être passé de 243 000 en 1950 à 438 000 en 1986, enregistre une lente décrue depuis 1987 pour s'établir désormais à 356 000 en 2007. Le taux de dépendance pensionnés/actifs, déjà très dégradé, frôle désormais le ratio de 35 pour 1.

Le nombre des bénéficiaires de l'assurance maladie n'a fait que diminuer. Il n'est plus que de 205 000 en 2007, soit un effectif nettement inférieur à celui des pensionnés<sup>420</sup>, contre plus d'1,2 million de personnes au tout début des années 1950.

Aussi, cette triple récession démographique pose inévitablement la question de la pérennité du réseau de soins, caractéristique fondamentale du régime minier.

## **B – Une réforme tardive**

### **1 – Le décret de 2004**

Malgré ce contexte démographique, la gestion du régime de sécurité sociale dans les mines n'a pas connu de bouleversement majeur avant que ne soit mise en place la réforme de 2004. Celle-ci vise à assurer la pérennité de l'offre de soins du régime en l'étendant à l'ensemble de la population, grâce au décret du 2 novembre 2004 bouleversant ainsi

---

420. Cet écart entre le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie (205 000) et le nombre de pensionnés (356 000) s'explique notamment par la montée en puissance du nombre de titulaires de pensions de coordination. En effet, les assurés qui perçoivent une retraite au titre de la coordination comprenant des arrérages dus en raison d'une activité minière passée réduite sont pour beaucoup d'entre eux affiliés au régime général pour ce qui a trait à la prise en charge des dépenses de santé.

l'économie du décret fondateur portant organisation de la sécurité sociale dans les mines du 27 novembre 1946.

Les principaux axes de la réforme peuvent être ainsi résumés :

- la gestion de l'assurance vieillesse invalidité et du recouvrement des cotisations est déléguée à la caisse des dépôts et consignations (CDC) ;
- la responsabilité du service des prestations d'assurance maladie et AT-MP est confiée à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) qui en délègue l'exercice aux organismes locaux ;
- des caisses régionales (CARMI) reprennent les activités assurées jusqu'en 2007 par les sociétés de secours minières (SSM) et les unions régionales de sociétés de secours minières (UR) ;
- ces dispositions s'accompagnent d'une « ouverture bilatérale » des œuvres ambulatoires du régime, c'est-à-dire que les affiliés du régime ont le libre choix des professionnels de santé qui les prennent en charge tandis que les œuvres ambulatoires du régime peuvent accueillir les affiliés de tous les autres régimes. Ce dernier aspect, l'ouverture des œuvres, constitue un aspect important de la réforme.

## 2 – Les COG

Cette réforme a trouvé une concrétisation dans la première convention d'objectifs et de gestion (COG) 2004-2006 entre l'Etat et la CANSSM dont l'échéance a été repoussée au 31 décembre 2007. Depuis, une nouvelle COG (COG 2008-2011) a été signée le 24 janvier 2008.

La première COG comportait des indicateurs qui ne furent jamais renseignés. Pour la nouvelle COG, il a été prévu que les indicateurs ainsi que le tableau de suivi des échéances de la COG feraient l'objet d'un avenant, encore en attente. Par ailleurs, des indicateurs quantitatifs ont été inclus dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) signés fin juillet 2008 entre la CANSSM et les CARMI.

## II - Une réforme sans effet sur de nombreux dysfonctionnements

La réforme de 2004 ne résout pas les nombreux dysfonctionnements qui résultent des particularismes du régime.

## A – Une restructuration institutionnelle inaboutie

Le régime minier reposait jusqu'en 2007 sur une organisation pyramidale : à la base, les SSM et les UR et au sommet, la CANSSM. Suite au décret de 2004, sept CARMi ont été créées et installées en mars 2007.

Les raisons de la création de ces CARMi étaient « la recherche de la taille critique tout en prenant en compte la nécessité du maillage territorial » selon les termes de la COG 2004-2006. Or, calquées sur les anciennes UR, les CARMi sont de taille très hétérogène, que ce soit en termes de nombre d'assurés, d'œuvres ou d'effectifs. Cinq d'entre elles apparaissent d'une dimension trop modeste.

### Effectifs, nombre d'assurés et nombre d'œuvres par CARMi

Données au 31/12/06	CARMi Nord - Pas-de-Calais	CARMi Est	CARMi Centre-Est	CARMi Centre	CARMi Sud-Est	CARMi Sud-Ouest	CARMi Ouest	Total
Effectifs	2 264	1 410	241	116	404	312	47	<b>4 794</b>
Nombre d'assurés	79 199	75 944	10 368	9 292	21 097	15 461	5 122	<b>216 483</b>
Nombre d'œuvres	133	88	27	18	20	16	4	<b>306</b>

Source : CANSSM.

Une telle organisation administrative paraît dépassée et des fusions de CARMi, notamment des cinq plus petites, devraient être envisagées.

## B – La question du personnel

Fin 2007, les effectifs en personnels du régime minier s'élèvent à 4 972 agents, dont 4 780 affectés dans les CARMi et 192 à la CANSSM.

### 1 – Le personnel de la CANSSM : des compétences inadaptées à une tête de réseau

En cohérence avec le transfert de l'activité exercée par la majorité des agents de la CANSSM, les contrats de travail des salariés de la caisse autonome nationale (415 agents) ont été transférés collectivement à la CDC le 1<sup>er</sup> mai 2005, par une ordonnance du 28 avril 2005. Cette ordonnance a aussi prévu la poursuite par la CANSSM de ses missions

autres que l'assurance vieillesse, grâce à la mise à disposition par la CDC des personnels nécessaires (115 exactement).

La CANSSM ne dispose pourtant pas des moyens humains qui lui permettraient de jouer pleinement son rôle de tête de réseau, son personnel ne comprenant que 8 % de cadres supérieurs et 30 % de cadres<sup>421</sup>. En outre, depuis 2006, la CANSSM est confrontée à une forte rotation de son personnel. Dans le même temps, elle éprouve des difficultés à recruter du personnel adapté à ses besoins.

## 2 – Le personnel des organismes locaux

### a) *Des sureffectifs*

Fin 2007, l'effectif des personnels des CARMI s'élevait à 4 780<sup>422</sup> agents :

- 3 973 employés administratifs, techniciens et ouvriers ;
- 82 cadres supérieurs administratifs ;
- 725 cadres de santé.

Les effectifs par type de gestion (maladie, AT-MP, œuvres) sont mal connus en l'absence de procédure automatisée pour les collecter. De manière générale et sans qu'il soit possible de les ventiler par gestion, des sureffectifs existent manifestement dans les services des caisses locales, compte tenu de la baisse du nombre des assurés.

Par ailleurs, on note une décroissance du nombre des ressortissants du régime plus rapide que celle du nombre des médecins généralistes et partant une inadéquation croissante dans le régime entre l'offre de médecine générale et les affiliés. Ce constat n'est pas nouveau, la Cour le relevait déjà il y a plus de dix ans. Dans ces conditions, on peut s'interroger sur le niveau d'activité, voire de sous-activité, des médecins. Or, des recrutements de médecins généralistes et spécialistes ont eu lieu ces dernières années, alors même que l'activité des médecins déjà employés n'était pas connue.

Pour la CANSSM, la diminution du nombre de professionnels de santé ne saurait être envisagée en raison de l'ouverture des œuvres, ce qui paraît très contestable, l'accueil de populations non assurées au régime

---

421. Selon la CANSSM, une recomposition de ses effectifs a fait passer son taux d'encadrement à près de 50 % fin 2008, pourcentage qui devrait dépasser 50 % en 2009.

422. Parmi les salariés des CARMI, une majorité (3 578 en 2006) est assujettie au régime minier.

minier restant insuffisant au regard de l'évolution démographique de la population minière (voir infra).

*b) Des renégociations conventionnelles coûteuses*

La réforme du régime minier a nécessité l'ouverture d'un vaste chantier de renégociations conventionnelles. Six conventions collectives sont ainsi en cours de réexamen. Trois d'entre elles, celles des personnels non cadres, des personnels cadres administratifs supérieurs et des médecins généralistes appellent plus particulièrement l'attention.

Les personnels non cadres et cadres supérieurs administratifs ont obtenu un droit d'option illimité dans le temps -mais irrévocable- en faveur de la convention collective UCANSS, sachant que l'exercice de ce droit d'option implique normalement l'arrêt de l'acquisition de droits viagers au titre des avantages en nature chauffage et logement<sup>423</sup>. Toutefois, le bénéfice des prestations chauffage logement acquises au jour de l'option a été maintenu pour les agents ayant opté, soit sous la forme de rente soit sous la forme du versement d'un capital « pour solde de tout compte ».

Dans la mesure où il s'agit d'une option, le cumul de la référence UCANSS avec la transformation des prestations chauffage logement acquises en rente ou en capital paraît à la fois excessif et dépourvu de toute justification et ce d'autant plus que les personnels bénéficiaires ne sont pas des mineurs eux-mêmes. Par ailleurs, même si les modalités de calcul du montant dudit capital n'ont toujours pas fait l'objet d'un accord avec les partenaires sociaux, le « coût maximal » est évalué entre 139 M€ et 220 M€<sup>424</sup>. Or, l'équilibre financier du régime minier est essentiellement assuré par des apports extérieurs.

---

423. Pour mémoire, les personnels cadres et non cadres relèvent lorsqu'ils entrent dans le champ des conventions collectives minières, du « Statut du mineur », fixé par le décret du 14 juin 1946. Ce texte a instauré les prestations chauffage-logement, tout d'abord servies en nature, puis en numéraire. Ces prestations sont ainsi intégrées au salaire et donc assumées par l'employeur (les CARMI).

424. Situation où tous les agents susceptibles de détenir des droits viagers au chauffage-logement décideraient d'opter pour le référencement conventionnel UCANSS et de bénéficier du « rachat » immédiat des avantages en nature sous forme de capital. A titre d'illustration, la fourchette basse (139 M€) correspond à un coût du rachat des avantages en nature en faveur des agents, pour une ancienneté supérieure à 15 ans, de 31 000 € pour les ouvriers et de 100 000 € pour les cadres supérieurs, somme conséquente représentant plus d'un an de salaire net.

En raison de l'ouverture des œuvres, une nouvelle convention collective a prévu un nouveau système de rémunération des médecins généralistes, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, lié à l'activité constatée dans les centres de santé miniers. Un salaire de base leur est cependant garanti (85 % de la rémunération de « l'échelle du salarié ») sous réserve que 5 500 « équivalents C » soient effectués dans l'année. Le fondement de ces nouvelles modalités de rémunération est la recherche de l'équilibre financier, dans lequel les œuvres doivent désormais s'inscrire<sup>425</sup>.

Mais des difficultés sont à prévoir dans la mise en œuvre de ce nouveau dispositif de rémunération. D'une part, il suppose que les actes des praticiens dans les centres de santé soient comptabilisés de façon exhaustive et fiable, ce qui n'était pas encore le cas au printemps 2009. Or, la Cour avait déjà noté en 1997 que « l'activité réelle des médecins reste mal connue en l'absence d'un dispositif pourtant recommandé par (elle) dans son rapport public annuel de 1992, capable de l'appréhender et de l'évaluer ». La situation a donc peu évolué depuis 1992.

D'autre part, cette nouvelle convention va déboucher sur une augmentation prévisionnelle importante de la rémunération des médecins généralistes. Ainsi, dans le Nord-Pas-de-Calais par exemple, alors que le nombre de praticiens reste stable entre 2008 et 2009 (70 médecins), leur masse salariale devrait croître de 19,3 %. Dans la même région, le nombre de médecins percevant plus de 100 000 € de rémunération brute annuelle devrait passer de 9 en 2008 à 37 en 2009, avec pour l'un d'entre eux une rémunération de 202 000 €

## **C – Le manque de fiabilité des comptes de la CANSSM**

### **1 – Une présentation comptable perfectible**

Grâce à la présentation de comptes combinés<sup>426</sup> depuis l'exercice 2006, on dispose désormais d'une vue globale de la gestion de la totalité des œuvres, services et établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, assurée par les CARMI, comme le montre le compte de résultat des comptes combinés pour 2007.

---

425. Conformément à l'article 225 du décret du 27 novembre 1946 modifié.

426. Le périmètre de combinaison comprend l'ensemble des CARMI, la CDC (à compter de l'exercice 2007) et la CANSSM, qui est l'entité combinante.

**Compte de résultat combiné (2007)***En M€*

	Charges	Produits
Sous total hors «œuvres»	4 069	3 871
<i>Dont gestion courante</i>	162	46
<i>Dont gestion technique</i>	3 893	3 803
Résultat net de l'exercice (déficitaire)		198
Sous total des œuvres, des établissements, services sanitaires et médico-sociaux	435	419
Résultat net des «œuvres» (déficitaire)		16
Total général	4 504	4 504

Source : Cour à partir de données CANSSM

Cependant, les informations comptables disponibles pour la caisse nationale demeurent pauvres. On peut notamment s'étonner qu'en application du décret du 26 décembre 2007, les comptes annuels de la CANSSM n'intègrent plus les quelque 1,9 Md€ de produits et charges de gestion technique de la branche vieillesse, limitant cette dernière à la gestion du patrimoine immobilier. Au final, les comptes annuels 2007 assimilent une simple délégation de gestion à un transfert de compétence. L'image fidèle des comptes s'en trouve profondément altérée.

## 2 – Des fragilités comptables

Malgré quelques avancées comme la mise en place d'un progiciel de gestion des immobilisations, la revue détaillée des comptes montre que la CANSSM n'a pas su en améliorer la fiabilité et que des observations antérieures de la Cour n'ont pas été suivies d'effet. De nombreuses écritures demeurent anormalement débitrices ou créditrices et non appuyées de pièces justificatives, ce qui peut s'avérer coûteux<sup>427</sup>. Ces constats traduisent une absence de suivi des comptes de tiers et confirment les constats antérieurs sur cette question du COREC d'Ile-de-France.

De plus, l'enquête a identifié de nouvelles fragilités. Ainsi, à titre d'exemple, le régime demeure dans l'incapacité d'établir une répartition analytique des coûts de fonctionnement entre les organismes locaux en dépit de la réalisation d'études en 2005 et 2006.

427. Ainsi, au titre de l'exercice 2008, ont été comptabilisés en charges un abandon de créance d'un montant de 2,4 M€ et une provision visant à couvrir un écart avec la CARMi Nord-Pas-de-Calais, pour 0,6 M€

## **D – Des déficiences dans la gestion**

### **1 – Le problème de la participation forfaitaire de 1 € et de la franchise médicale**

Début 2009, l'application de la participation forfaitaire de 1 € comme de la franchise médicale n'était toujours pas effective dans le régime minier alors qu'elle devrait l'être depuis respectivement 2005 et 2008. Le motif tient à la difficulté de recouvrement de sommes, même faibles, dans le cadre d'un régime où il n'y a pas de flux d'argent en raison de la gratuité des soins et du tiers payant intégral et généralisé.

### **2 – Des stocks de pharmacies incertains**

En l'absence d'une procédure de contrôle interne, la Cour a élaboré un test informatique exhaustif portant sur 64 pharmacies minières. Ce contrôle, qui visait à s'assurer de la vraisemblance des stocks de produits, a fait apparaître que 6 000 références d'un montant de 1,2 M€ présentaient un stock anormal négatif. Toutes les pharmacies sont concernées, mais celle d'Auchel dans le Pas-de-Calais doit être plus particulièrement signalée, avec 18 631 unités manquantes, d'une valeur de 491 000 €.

La gestion des stocks des pharmacies minières s'avère ainsi peu fiable, ce qui induit un risque d'inexactitude et de fraude.

### **3 – Un taux de pénétration des médicaments génériques insatisfaisant**

En 2007, le taux de pénétration des médicaments génériques est de 74 % pour l'ensemble des pharmacies minières, soit un taux équivalent à celui atteint par les pharmacies libérales. Ce taux global recouvre de fortes disparités. Ainsi trois pharmacies minières de la CARMi du Nord-Pas-de-Calais présentent un taux inférieur à 50 %. De même 17 médecins généralistes sur les 97 rattachés à la CARMi du Nord-Pas-de-Calais ont prescrit moins de 60 % de génériques, dont deux moins de 46 %.

Malgré une nette amélioration en 2008 (le taux dépasse légèrement 80 %), les progrès accomplis demeurent insuffisants pour un dispositif qui peut être piloté et régulé par le pharmacien conseil national de la CANSSM. Un taux de pénétration des médicaments génériques proche de 90 % semble accessible, ce qui devrait induire des économies substantielles pour le régime, de l'ordre de 500 000 € par an.

## **E – Une gestion du patrimoine à optimiser**

### **1 – Des loyers toujours inférieurs au prix du marché**

A partir de la liste des locaux occupés, la Cour a mené une étude comparative avec les prix du marché. Quelle que soit l'hypothèse de travail (fourchette basse ou fourchette haute), les loyers pratiqués sont systématiquement en dessous du prix du marché<sup>428</sup>. Sur une année pleine, le manque à gagner potentiel résultant de l'absence de révision des loyers pourrait être estimé à près de 6 M€

### **2 – Une valeur vénale du patrimoine surestimée**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, le patrimoine immobilier était constitué de 70 immeubles dont six hôtels de bon standing tous situés dans Paris intra muros. Dans le cadre de son schéma directeur relatif à l'optimisation de la gestion du patrimoine et des infrastructures, la caisse autonome a procédé à la cession de trois hôtels, ce qui a permis de dégager environ 320 M€ de recettes en 2007 et 2008.

Pour l'avenir, dans l'hypothèse où la CANSSM déciderait de vendre l'ensemble des appartements d'habitation sur la base d'un prix moyen au m<sup>2</sup> de 6 000 €, elle ne pourrait tirer de cette vaste opération qu'une ressource de l'ordre de 500 M€, somme qui même ajoutée aux cessions déjà réalisées (320 M€) demeure très éloignée du milliard d'euros envisagé dans le rapport annexé à la loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012, estimation dont la Cour a déjà recommandé la révision. De plus, si ce type d'opération a permis de dégager des produits exceptionnels significatifs, cela est essentiellement dû à la nature des biens vendus. En effet, la cession d'hôtels de bon standing n'est nullement comparable à des cessions d'appartements. Il conviendrait d'ailleurs de mesurer les risques financiers associés à des opérations de ventes à la découpe et d'évaluer les contraintes de toute nature liées à la création de copropriété.

## **III - L'évolution trop lente des activités**

Pour les deux activités du régime -activités assurantielles et offre de services de santé- certains objectifs de la réforme de 2004 ont été

---

428. Même si 221 logements sont encore soumis à la loi de 1948, près de la moitié des baux ont été conclus entre 2000 et 2007.

atteints, d'autres ne le sont pas ou que très partiellement comme par exemple l'ouverture des œuvres ambulatoires aux assurés des autres régimes. Or il s'agit d'un enjeu majeur même si, dans un contexte de diminution du nombre des ressortissants et de disparition des activités assurantielles, le régime ne pourra subsister uniquement comme opérateur de soins.

## **A – Le risque vieillesse invalidité**

Conformément à ce que la réforme avait prévu, c'est la CDC qui, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, gère l'assurance vieillesse et invalidité du régime minier. En raison de la nature du régime minier le classant comme un service d'intérêt général, le choix de la CDC s'est fait sans mise en concurrence préalable. Cette délégation soulève deux questions.

### **1 – Une baisse des coûts moindre que prévu**

En dépit de la délégation à la CDC de la gestion du risque vieillesse-invalidité, le coût de gestion des retraites des mines est plus élevé que prévu. Selon l'offre de service initiale, le coût devait diminuer de près de 11 % entre 2005 et 2007 (en passant de 27,6 M€ à 24,6 M€), diminution portée à 13 % lors de la révision de mars 2004 de l'offre de service. Il n'a finalement diminué que de 8 %. L'écart entre le réalisé et les objectifs s'élève à 1 M€ en 2006 puis à 1,2 M€ en 2007. Pour la CDC, ce dépassement s'expliquerait par des coûts non prévus (décroissance de la population minière moins forte que projeté, conditions de reprise du personnel de la CANSSM plus onéreuses que prévu, autres surcoûts).

### **2 – Des rendus compte trop succincts**

Pour les années 2005, 2006 et 2007, la clause de rendu compte entre la CDC et la CANSSM, qui prévoit la présentation au conseil d'administration de la CANSSM d'un rapport de gestion à périodicité trimestrielle, n'a pas été remplie. Certes, la CDC rappelle qu'elle a rapporté régulièrement devant les instances du régime, mais ceci n'a pas fait l'objet de rapport écrit de gestion. Enfin, la CDC évoque les objectifs de performance qu'elle présente trimestriellement au conseil d'administration.

## **B – Les risques maladies et AT-MP**

### **1 – La constitution inachevée de la CANSSM en caisse unique**

Avant 2005, la gestion des risques maladie et AT-MP était confiée respectivement aux SSM et aux UR. Depuis 2005, la CANSSM est devenue caisse unique pour la gestion de ces risques. En pratique, toutefois, les organismes locaux (SSM et UR puis CARMi) ont continué à gérer les prestations sur la base d'une délégation de la caisse autonome. Début 2008, il y avait ainsi encore plus de 30 sites de production sur l'ensemble du territoire. En effet, la fusion des organismes du régime minier en sept CARMi s'est accompagnée d'un engagement sur la non-mobilité géographique forcée des agents. Cet éclatement de la gestion assurantielle sur l'ensemble du territoire est l'un des facteurs expliquant l'existence de sureffectifs (voir supra). Tant qu'il n'y sera pas mis fin, aucune amélioration significative de la situation ne peut être attendue.

La CANSSM compte sur le développement de la mutualisation, sur lequel insiste d'ailleurs la COG 2008-2011, pour faire face aux évolutions prévisionnelles des charges et des ressources. Mais cet axe semble d'ores et déjà dépassé compte tenu de la taille des plus petites CARMi (voir supra).

### **2 – Le renoncement au projet de délégation de la gestion assurantielle au régime général**

Compte tenu de la démographie du régime conjugée à la complexification croissante de la réglementation, la version de la COG antérieure à celle finalement signée le 28 janvier 2008 avait initialement prévu la délégation de la gestion de la branche maladie au régime général, les conditions de réalisation de cette évolution devant être en place avant l'échéance de la COG.

Suite aux vives réactions des organisations syndicales représentant les affiliés au conseil d'administration de la CANSSM, la COG 2008-2011 n'a finalement retenu qu'un « adossement » technique de la gestion assurantielle au régime général, sans intégration du personnel des CARMi. La Cour juge cette décision regrettable, l'activité assurantielle n'étant pas destinée à perdurer et ayant vocation à quitter le régime.

En outre, la COG ne fixe plus d'échéance pour ce projet d'adossment, sauf en matière informatique<sup>429</sup>. Il conviendrait que cette perspective soit reprise et inscrite dans la prochaine COG.

## **C – L'offre de soins**

### **1 – Le déficit des centres de santé**

En 2005, les œuvres, pour l'essentiel d'entre elles, se sont constituées en centres de santé agréés. Le régime minier comptait alors 310 dispensaires, 16 centres de médecine spécialisée et 40 cabinets dentaires. Les organismes gestionnaires, à quelques exceptions près, ont adhéré à l'accord national qui organise les relations entre les centres de santé et les organismes de sécurité sociale. En 2007, le régime minier comprenait 176 centres de santé, pour l'essentiel médicaux.

Le modèle d'organisation repose encore largement sur un binôme médecin généraliste-infirmière, cette dernière faisant fonction de secrétaire médicale. Toutefois, des cabinets de groupe dans lesquels exercent plusieurs médecins généralistes et infirmiers voire des dentistes ont été créés ces dernières années. La recomposition de l'offre de soins actuellement en cours devrait accélérer ce processus.

Les recettes des centres de santé sont désormais constituées par le produit de leur activité et non plus par une subvention d'équilibre du fonds national d'assurance maladie. En 2006, les centres de santé ont enregistré un déficit global de -35,5 M€ correspondant à 54,2 % des recettes. Ce déficit n'a pu être couvert par les excédents des autres œuvres ambulatoires (principalement des pharmacies, voir infra), générant ainsi pour la première année un déficit global du réseau de soins ambulatoires miniers. En 2007 et 2008, les centres de santé affichent des déficits en diminution. Ces résultats restent cependant très préoccupants, d'autant que les charges des œuvres sont sous-évaluées. En effet, les fonctions supports des œuvres et des établissements sont assurées par le personnel des CARMI, lesquelles, en l'absence de comptabilité analytique, ne réimputent pas ces coûts sur les œuvres.

---

429. Cet adossment, dont la date de bascule est fixée à 2010, recouvre les domaines suivants : la gestion des bénéficiaires, le traitement des prestations en nature, le traitement des prestations en espèces quel que soit le risque, enfin la gestion des risques professionnels AT-MP tant pour l'incapacité temporaire que pour l'incapacité permanente. Il est prévu que la production soit assurée dans un centre informatique du régime général.

Or, dans le contexte de l'ouverture bilatérale et de sa mise en concurrence avec la médecine libérale, la médecine minière ne peut perdurer que si elle s'équilibre financièrement. La CANSSM, dans le cadre de la recomposition de l'offre de soins, a fixé aux CARMi un objectif de réduction de 50 % sur deux ans (2008-2009) des déficits des centres de santé par rapport au déficit 2006.

Toutefois, comme le prévoit le décret modifié du 27 novembre 1946, une structure, dont le budget de fonctionnement n'est pas équilibré, peut être conservée si l'offre de soins au plan local n'est pas à même de répondre aux besoins sanitaires de la population. L'objectif de maîtrise des dépenses du régime minier doit donc être concilié avec ce principe, qui pourrait avoir pour effet pervers de ne pas inciter à mieux gérer. Dans ces conditions, la question se pose de savoir comment le régime minier pourra supporter de tels déficits dans la durée.

## **2 – L'ouverture insuffisante des œuvres ambulatoires**

La médecine générale et les soins infirmiers ont été ouverts au 1<sup>er</sup> juillet 2005, contrairement aux pharmacies qui ne le sont toujours pas. Pour autant l'ouverture de la médecine générale à la patientèle non minière reste actuellement très marginale<sup>430</sup> : les actes dispensés à des affiliés d'autres régimes de sécurité sociale ne représentent que 2,7 % des actes médicaux réalisés en 2006, avec toutefois des variations importantes selon les régions et selon les centres de santé. L'apport de la patientèle extérieure reste ainsi insuffisant au regard de l'évolution démographique de la population minière, en baisse de 5 à 6 % par an.

Les raisons sont à rechercher notamment dans le fait que la CANSSM n'a mis en œuvre sa stratégie pour adapter et élargir son offre de santé qu'à partir de 2007.

D'autres explications peuvent aussi être avancées comme celle de la faible attractivité de l'organisation décrite précédemment, basée sur le binôme médecin généraliste-infirmière, cette dernière faisant fonction de secrétaire médicale. Cette organisation n'offre pas un service médical

---

430. En 2007, le taux d'ouverture des centres de santé du Haut-Rhin et de Pau, qui sont ouverts depuis plus de 15 ans, est de l'ordre de 20 à 34 %. Quant au taux d'ouverture des centres de santé ouverts plus récemment, comme ceux du Nord-Pas-de-Calais, il ne dépasse pas 4,5 %. Enfin, la patientèle non minière a représenté, en 2006, un quart seulement de la clientèle des centres de santé dentaires et un tiers des cabinets d'optique.

plus attractif que la médecine libérale<sup>431</sup>. La CANSSM précise qu'elle s'est engagée dans une politique devant augmenter fortement l'attractivité de l'offre du régime.

Enfin, le suivi de l'ouverture des œuvres par la CANSSM paraît très insuffisant alors que ce point constitue un enjeu stratégique pour le régime minier. D'une part, l'activité des œuvres sanitaires et sociales en CARMi n'est pas réellement contrôlée, la CANSSM estimant que ce contrôle relève en premier lieu des CARMi, personnalités juridiques distinctes. D'autre part, aucune remontée périodique de données vers la CANSSM n'est effectuée. La caisse autonome nationale indique toutefois être en train de se doter des outils de contrôle, tant par le développement de son système d'information que par la mise en place du contrôle interne et du contrôle de gestion au sein du régime.

### **3 – Le problème récurrent de l'ouverture des pharmacies**

Les pharmacies minières sont les seules œuvres du régime minier à ne pas être encore ouvertes (à l'exception de deux officines<sup>432</sup>). En fait, leur ouverture pourrait rapidement provoquer leur effondrement financier. Compte tenu notamment de leur localisation (et de la présence de pharmacies libérales plus proches d'une partie de la population minière) un départ de la clientèle minière vers les pharmacies libérales est en effet à craindre.

Or, les pharmacies sont non seulement les rares œuvres minières à être excédentaires mais aussi celles qui dégagent les excédents les plus importants (+17,8 M€ pour 157 M€ de produits en 2006, +19 M€ pour 158 M€ de produits en 2007). Leurs bénéfices contribuent ainsi fortement à l'équilibre global des œuvres ambulatoires qui en 2006 et 2007 affichent néanmoins un résultat total négatif (-14,8 M€ en 2006, -10,7 M€ en 2007).

Par ailleurs, l'ouverture des pharmacies minières à l'ensemble de la population soulève des difficultés juridiques et politiques. Elle nécessiterait en premier lieu une révision du code de la santé publique, puisque le régime déroge à la règle de la propriété de l'officine par son titulaire. Pour ce motif, il est probable que l'ouverture des pharmacies

---

431. Le guide méthodologique de 2008 pour la mise en œuvre de la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) au sein du régime minier, élaboré par un prestataire extérieur, qualifie même de « discours incantatoire » l'accent longtemps mis sur la qualité des soins et la prise en charge globale des patients.

432. Dans le Gard et dans l'Hérault, dans des communes où il n'existe pas d'offre libérale.

minières susciterait l'opposition de principe des pharmaciens libéraux. La COG 2008-2011 prévoit seulement la recherche des solutions locales, là où une ouverture bilatérale pourrait être obtenue par voie de convention.

Cette évolution s'inscrit toutefois dans un contexte où les autorités communautaires remettent en question différents aspects de la réglementation relative aux pharmacies<sup>433</sup>. Ce contexte devrait donc inciter à ouvrir les pharmacies minières, quel que soit leur régime de propriété.

#### **4 – La nécessaire autonomisation des établissements**

Le régime minier dispose aussi d'établissements sanitaires et médico-sociaux. Deux catégories d'établissements peuvent être distinguées : ceux directement gérés par le régime (au nombre de 19 en 2007) et ceux gérés par le biais d'associations.

La CANSSM s'est fixé comme objectif d'autonomiser la gestion des établissements gérés directement par le régime minier et dont la trésorerie est actuellement assurée par le régime (à titre d'exemple, c'est ainsi que subsiste l'hôpital de Freyming-Merlebach, le plus gros établissement géré directement par le régime minier, alors qu'il est de plus en plus déficitaire avec en 2007 un résultat de -4,83 M€ pour 41,5 M€ de produits). La COG 2008-2011 prévoit la création d'associations de gestion associant la CANSSM et les CARMI, le régime minier devant rester majoritaire dans la gestion des établissements.

Mais cet objectif d'autonomisation des établissements se heurte à l'opposition des CARMI alors même que tout retard dans cette adaptation fragilise les établissements.

---

#### **—SYNTHESE—**

---

*L'activité assurantielle du régime minier étant appelée à plus ou moins long terme à disparaître, les caractéristiques sanitaires des régions minières peuvent inciter néanmoins à une préservation des œuvres minières et à leur insertion dans le tissu local d'offre de soins, ce qui suppose leur ouverture à la population générale.*

*Cependant, cette approche volontariste n'est pas exempte de difficultés. Elle nécessite notamment des efforts de modernisation et d'amélioration de la gestion, de restructuration du réseau et d'ouverture des œuvres, autant de réformes de structures qui suscitent de nombreuses résistances.*

---

433. Contexte déjà décrit par la Cour dans le RALFSS de 2008, p. 193 et suivantes.

---

**RECOMMANDATIONS**

---

46. Réaliser dans les meilleurs délais la fermeture de l'affiliation au régime minier.

47. Réduire le nombre de CARMI.

48. Ecarter toute possibilité, pour les agents des CARMI optant pour la convention UCANSS, de bénéficier du rachat des prestations chauffage logement.

49. Réintégrer dans les comptes annuels de la CANSSM les opérations entrant dans le mandat de gestion de la caisse des dépôts et consignations.

50. Inscrire la délégation de la gestion assurantielle (maladie maternité et AT-MP) au régime général dans la prochaine COG.

51. Développer un appareil statistique fiable, exploitable directement au niveau de la caisse autonome nationale.

52. Achever l'ouverture des œuvres et l'étendre aux pharmacies ; assurer l'autonomisation des établissements.

---