

Chapitre XIII

La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser

PRÉSENTATION

Le régime spécial de sécurité sociale dans les mines assure la couverture sociale des risques maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et invalidité des anciens travailleurs des entreprises minières et de leurs ayants droit.

Piloté par la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), qui employait 5 090 agents à la fin de l'année 2015, il recouvre deux réalités distinctes : le régime minier proprement dit, qui bénéficiait en 2015 à 277 000 pensionnés et à 129 000 affiliés au titre du risque maladie, âgés de 74 ans en moyenne, et une offre de soins, les anciennes « œuvres minières », devenue accessible à l'ensemble de la population aux tarifs de l'assurance maladie - à l'exception de ses pharmacies. En 2015, les charges de prestations du régime se sont élevées à 3,3 Md€, financées essentiellement par des concours publics, et les charges de fonctionnement des structures de soins à 353 M€, pour un déficit global de 89 M€.

Dans le prolongement de l'enquête qu'elle avait menée en 2009⁵⁷⁴, la Cour a souhaité, avec le concours des auditeurs du « réseau d'alerte »⁵⁷⁵, analyser les évolutions récentes du régime minier, les perspectives de l'offre de soins et leurs conséquences pour la CANSSM qui en assure la gestion.

Si le régime a enfin été fermé à de nouveaux assurés et si la gestion de ses prestations est désormais entièrement déléguée à des organismes tiers, subsistent une caisse dont les missions d'organisme de sécurité sociale ont disparu et une dette de plus d'un milliard d'euros dont la reprise n'a été que partiellement organisée (I). La CANSSM a de fait dorénavant pour seule activité celle d'un opérateur de soins aux déficits chroniques et fortement sous-estimés (II). Il convient désormais d'en tirer toutes les conséquences en préparant sa fermeture et, à cette fin, d'organiser le reclassement de ses agents et de restructurer en profondeur son offre de soins pour assurer la pérennité des activités utiles (III).

⁵⁷⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre XV : le régime de sécurité sociale dans les mines, p. 417-436, La Documentation française, septembre 2009, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁷⁵ Sur le fondement de l'article R. 134-4 du code des juridictions financières, avec le concours de la mission risques et audit de la direction générale des finances publiques.

I - Un régime désormais fermé et à la gestion intégralement déléguée, mais toujours déséquilibré sur un plan financier

Le régime spécial de sécurité sociale dans les mines couvre trois risques : maladie-maternité (1 102 M€ de prestations en 2015), accidents du travail et maladies professionnelles (305 M€) et vieillesse-invalidité (1 560 M€). S'y ajoutent des prestations extra-légales d'action sociale (25 M€).

Sur le fondement du décret du 27 novembre 1946, la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) gère le régime spécial, pour l'essentiel en veillant à la mise en œuvre de la couverture des risques et en assurant la gestion des œuvres et établissements sanitaires et médico-sociaux relevant d'une médecine de caisse. Toutefois, la situation a profondément évolué avec la baisse des effectifs du régime et le transfert progressif de la gestion des prestations à d'autres opérateurs.

En 2009, la Cour avait recommandé de tirer de manière plus volontariste les conséquences du recul démographique du régime, en fermant dans les meilleurs délais l'affiliation à ce dernier et en transférant de la CANSSM à la CNAMTS la gestion des prestations maladie et accidents du travail - maladies professionnelles. Ces recommandations ont été suivies d'effet, quoique tardivement pour la dernière.

Malgré l'importance des concours publics dont le régime bénéficie pour couvrir son déséquilibre structurel, des déficits récurrents ont cependant laissé s'accumuler une dette dont la reprise n'a été que tardivement et partiellement organisée.

Les particularismes du régime des mines

Les droits à pension de retraite sont ouverts à 55 ans pour une durée de cotisation de trente ans. Les pensions sont calculées sur une base forfaitaire majorée en fonction des trimestres accomplis au fond.

Les soins de santé sont gratuits. Jusqu'en 2005, les ressortissants du régime devaient fréquenter les œuvres sanitaires et sociales de ce dernier pour bénéficier de cette gratuité. Depuis lors, leurs soins sont remboursés à 100 % du tarif conventionnel, quel que soit le professionnel de santé fréquenté. Ce principe de gratuité des prestations en nature a été garanti par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012⁵⁷⁶.

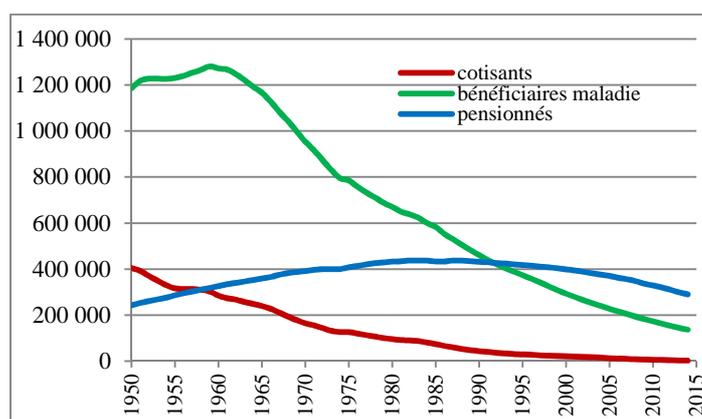
A - Un régime fermé depuis 2010

Fondé sur un principe d'affiliation professionnelle, le régime des mines protège les salariés des exploitations minières, ainsi que des secteurs connexes, comme les agents des organismes de sécurité sociale du régime minier⁵⁷⁷ et les anciens mineurs devenus permanents des fédérations syndicales minières. Conséquence de la récession de cette activité dès les années 1960⁵⁷⁸, le régime connaît un déclin démographique ancien, qui s'est récemment accéléré, qu'il s'agisse des cotisants, des retraités ou des bénéficiaires des prestations d'assurance maladie.

⁵⁷⁶ Selon l'article L. 322-88 du code de la sécurité sociale, « les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie ».

⁵⁷⁷ Depuis 2005, les nouveaux recrutés sont en revanche affiliés au régime général.

⁵⁷⁸ Cour des Comptes, *Rapport public annuel de 2000*, la fin des activités minières, La Documentation française, décembre 2000, disponible sur www.ccomptes.fr.

Graphique n° 52 : effectifs du régime minier (1950-2015)

Source : CANSSM et CDC-Retraite des mines.

Les cotisants actifs sont aujourd'hui moins de 2 200. Parmi eux, seuls 300 environ relèvent d'employeurs miniers au sens strict⁵⁷⁹ et une cinquantaine sont d'anciens mineurs en congé charbonnier de fin de carrière gérés par l'agence nationale pour la garantie des droits des mineurs (ANGDM)⁵⁸⁰. Les salariés des structures de gestion - agents de la CANSSM et de l'ANGDM recrutés avant 2005 - constituent ainsi aujourd'hui les trois quarts des cotisants actifs.

Les 129 000 bénéficiaires des prestations maladie sont pour 74 % des retraités, pour 24 % des ayants droit et pour 2 % seulement des actifs. En 2014, ils étaient âgés de 74 ans en moyenne.

⁵⁷⁹ Comme les mines de sel de Varangéville en Meurthe-et-Moselle ou les Ardoisières d'Angers qui comptent encore des salariés en congé de reclassement suite à leur fermeture en 2014.

⁵⁸⁰ L'ANGDM est un établissement public créé au 1^{er} janvier 2005 pour garantir les engagements sociaux pris envers les salariés des exploitants miniers au fur et à mesure de la disparition de ces derniers, notamment ceux des Charbonnages de France, mis en liquidation au 1^{er} janvier 2008. Assumant les obligations de l'employeur pour les anciens salariés des Charbonnages de France encore sous contrat de travail et chargée de verser aux anciens mineurs et conjoints survivants les prestations prévues par le statut du mineur, elle est, par ailleurs, responsable de l'action sociale individuelle du régime minier depuis son transfert en 2012. Voir Cour des comptes, *Référé n° 71673 du 11 mars 2015 sur l'ANGDM*, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les pensionnés étaient 277 000 à fin 2015⁵⁸¹. Dès 2020, le flux des nouvelles pensions de droit direct deviendra insignifiant et les pensionnés de droit dérivé seront majoritaires. Selon les projections démographiques, il ne subsisterait au tournant des années 2060 qu'environ 11 000 retraités, pour l'essentiel de droit dérivé.

Mais les conséquences de ce déclin démographique n'ont été tirées que tardivement : le régime minier n'a été fermé à de nouveaux adhérents qu'au 1^{er} septembre 2010. Ne sont plus désormais affiliés au régime que les assurés qui l'étaient avant cette date ainsi que leurs ayants droit. Les nouveaux salariés des activités relevant du code minier relèvent du régime général.

B - Une gestion des prestations désormais totalement transférée

En 2009, la Cour soulignait la nécessité de confier la gestion de la totalité des prestations de sécurité sociale à des organismes tiers mieux à même d'assurer cette mission que la CANSSM⁵⁸². Conformément à ses recommandations, la gestion des prestations d'assurance maladie et d'accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) a, non sans difficulté, été transférée au régime général au 1^{er} juillet 2015, dans le cadre d'un mandat de gestion donné par la CANSSM à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)⁵⁸³.

Ce transfert a mis un terme à un long blocage. La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2008-2011 avait prévu un simple adossement de l'outil informatique à celui du régime général. En 2011, les pouvoirs publics ont décidé un transfert global de la gestion au régime général⁵⁸⁴ d'ici à fin 2013 au plus tard. Compte tenu des oppositions qu'elle a suscitées, cette décision a fait l'objet d'un « moratoire » en août 2012. Une concertation menée en 2013 a débouché sur la mise en place d'une délégation de gestion au régime général au 1^{er} juillet 2015.

⁵⁸¹ L'écart entre le nombre de pensionnés miniers et celui des bénéficiaires au titre de la maladie s'explique notamment par la présence de nombreux affiliés polypensionnés qui perçoivent une pension au titre d'une activité minière passée, mais qui relèvent d'un autre régime pour la couverture de leurs dépenses de santé.

⁵⁸² La gestion des prestations familiales a été transférée aux caisses d'allocations familiales entre 1992 et 2002, celle des prestations vieillesse-invalidité a été confiée à la Caisse des dépôts et consignations en 2005 et celle de l'action sanitaire et sociale a été attribuée à l'agence nationale pour la garantie des droits des mineurs en 2012 (sur cette structure, voir référé n° RF 71673 du 11 mars 2015).

⁵⁸³ Les prestations maladie et AT-MP des ressortissants du régime minier sont ainsi gérées par les caisses primaires d'assurance maladie de l'Artois et de Moselle.

⁵⁸⁴ Décret du 30 août 2011.

Les 119 agents en charge de ces activités ont rejoint le site de la CPAM la plus proche de leur lieu de résidence. En revanche, ceux en charge des fonctions support sont restés employés par la CANSSM.

Le transfert à la CNAMTS de la gestion des prestations maladie et AT-MP au 1^{er} juillet 2015 clôt ainsi un processus à l'issue duquel la CANSSM subsiste en tant qu'organisme de sécurité sociale, mais n'en exerce plus aucune des missions essentielles.

C - Un endettement important financé à court terme

Compte tenu de la situation démographique du régime minier, les cotisations sociales ne représentent plus qu'une part insignifiante des produits (inférieure à 2 %), l'essentiel des recettes provenant de transferts de l'État et du régime général. Malgré ces apports externes massifs, le régime connaît des déficits récurrents au titre de l'ensemble de ses activités. Avec 57 % des déficits cumulés de 2008 à 2015 (497,8 M€ sur un total de 880,4 M€), la branche maladie constitue la principale source de déséquilibre. Y contribuent également les œuvres et établissements (246,7 M€ des déficits cumulés 2008-2015, soit 28 % du total) et la branche vieillesse (96,6 M€, soit 11 %).

Tableau n° 85 : soldes annuels du régime minier (2008-2015)

En M€

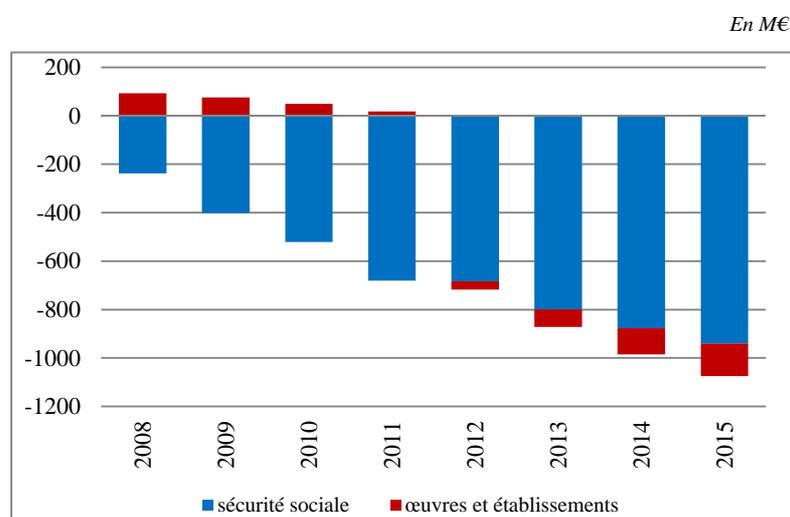
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Branches	-54,3	-58,4	-	-	-0,1	-	-78,6	-64,2
<i>Maladie</i>	-	-36,6	-31,6	-64,5	-32,2	-98,2	-62,6	-58,1
<i>AT-MP</i>	-54,0	7,3	0,3	-1,4	-1,1	-0,6	-0,6	-0,5
<i>Vieillesse</i>	113,6	-29,1	-85,8	-88,9	33,2	-18,5	-15,4	-5,7
Œuvres et établissements	-27,6	-17,9	-24,4	-31,4	-37,7	-36,2	-33,5	-38,1
Gestions spécifiques⁵⁸⁵	0,1	-0,1	0,0	0,0	-1,1	-1,0	0,0	13,2
Résultat de l'exercice	-81,7	-76,3	-	-	-39,0	-	-	-89,1

Source : comptes sociaux de la CANSSM, après neutralisation des mouvements réciproques entre branches et établissements et œuvres.

⁵⁸⁵ Le solde 2015 comprend un produit exceptionnel lié à la vente du centre de vacances de Menton (13,2 M€).

Comme le montre le graphique ci-après, le montant cumulé des déficits approchait 1,1 Md€ à fin 2015, contre 0,1 Md€ à fin 2008. La dette ainsi engendrée provient majoritairement des prestations de sécurité sociale. Cependant, les œuvres et établissements en représentent une part croissante depuis 2012 avec la disparition des excédents dégagés antérieurement par les pharmacies (voir *infra*).

Graphique n° 53 : déficits cumulés du régime minier (2008-2015)



Source : comptes de la CANSSM.

Ces déficits ont fait l'objet d'un transfert partiel, mais restent dans leur totalité financés à court terme en l'absence de dispositif d'amortissement de la dette qui en résulte.

1 - Un transfert des déficits et des dettes de la branche maladie au régime général

La branche maladie du régime minier connaît un déficit structurel en raison d'un recul des charges nettement moins rapide que le déclin démographique des affiliés : alors que le nombre des bénéficiaires diminue en moyenne de 4,5 % par an, les charges de prestations ne baissent qu'au rythme de 1 %, la consommation de soins augmentant avec l'âge.

Avant 2015, elle bénéficiait d'une compensation bilatérale du régime général. Conçu pour compenser les disparités de situation démographique entre régimes, ce dispositif laissait subsister un déficit important, les surcoûts liés à la prise en charge intégrale des soins n'étant pas couverts.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 32), la branche maladie du régime général assure désormais l'équilibre financier de celle du régime minier, comme de l'ensemble des autres régimes d'assurance maladie de base.

La loi n'a cependant pas précisé si la subvention d'équilibre du régime général porte sur la seule branche maladie ou si elle s'étend aux œuvres et établissements. Il importe à cet égard que les textes d'application ne conduisent pas à couvrir le déficit de ces structures par cette subvention, dès lors que les pouvoirs publics ont par ailleurs fixé des objectifs de redressement financier de l'activité de soins (voir *infra*).

L'intégration financière de la branche maladie du régime minier à celle du régime général s'accompagne d'un transfert à la CNAMTS des déficits cumulés à fin 2015. Les pouvoirs publics en évaluent le montant à 656 M€ en prenant en compte, non seulement les déficits cumulés de la branche maladie au sens strict, mais aussi ceux des œuvres et établissements. Ce faisant, la CNAMTS assurera de fait la recapitalisation des établissements et œuvres de la caisse des mines dans des conditions peu transparentes. Ce transfert vient en tout état de cause augmenter les dettes de la branche maladie financées à court terme par l'ACOSS en l'absence de dispositif de transfert de ces dernières à la CADES⁵⁸⁶ pour en assurer l'amortissement.

2 - Des déficits chroniques de la branche vieillesse sans perspective d'amortissement

Malgré un recul des charges de pensions de 14 % entre 2008 et 2015, la subvention de l'État a augmenté de 68 % sur la même période pour atteindre 1 343 M€ en 2015, sous l'effet de la suppression de la compensation démographique spécifique aux régimes spéciaux (2012) et du tarissement des recettes de cession du patrimoine immobilier.

⁵⁸⁶ Voir le chapitre I du présent rapport : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine.

La cession du patrimoine immobilier

Entre 1927 et 1948, la CANSSM a constitué un patrimoine immobilier de rapport au titre d'un fonds de garantie pour le paiement des retraites minières. Ces dernières, instaurées par la loi du 29 juin 1894, étaient initialement gérées dans le cadre d'un système par capitalisation. Malgré leur transformation en retraite par répartition en 1946, ce patrimoine a été conservé.

En 2006, un plan de valorisation du patrimoine a donné lieu à la cession progressive de l'intégralité des 121 immeubles de rapport de Paris et sa petite couronne entre 2007 et 2014. La vente de ces biens a rapporté 900 M€. Ses produits ont été affectés à la branche vieillesse du régime minier. La CANSSM possède encore un bien de grande qualité, son siège, situé avenue de Ségur à Paris, pour partie inutilisé, sans que tous les espaces disponibles puissent être mis en location, compte tenu des travaux à réaliser.

Aux cessions du patrimoine parisien, s'ajoutent celles effectuées par les caisses régionales de sécurité sociale dans les mines (CARMI), initiées plus tardivement à partir de 2010, pour des montants plus faibles. Elles représentent un produit cumulé de 17,6 M€ de 2011 à 2014, avec un pic de 12 M€ en 2012. Le patrimoine résiduel est pour l'essentiel constitué de biens de valeur modeste et à la cession peu aisée du fait de leur état et de leur implantation.

Les modalités de détermination de la subvention de l'État entretiennent un déficit récurrent de la branche vieillesse. En effet, cette subvention, qui n'est pas juridiquement une subvention d'équilibre, contrairement à celles versées aux régimes spéciaux de la SNCF et de la RATP, est arrêtée en fonction du besoin de financement prévisionnel de la branche, sans réajustement au vu de son niveau réel.

Pour financer la dette liée aux déficits cumulés de sa branche vieillesse (418 M€ à fin 2015), la CANSSM mobilise des avances et des prêts à court terme auprès de la Caisse des dépôts et consignations, de l'ACOSS mais aussi de banques commerciales, dans le cadre de l'autorisation annuelle de recours à des ressources non permanentes fixée par les lois de financement de la sécurité sociale⁵⁸⁷.

⁵⁸⁷ Le plafond de cette autorisation a été porté de 200 M€ en 2007 à 1 050 M€ à fin janvier 2016, avant d'être ramené à 350 M€ pour 2016 à la suite du transfert à la CNAMTS de la dette de la branche maladie du régime minier.

Ces modalités de financement sont inadaptées au caractère permanent des charges à couvrir. Eu égard aux perspectives démographiques du régime et dès lors que les produits à attendre de nouvelles cessions immobilières sont désormais très limités, il convient ainsi que la subvention de l'État soit transformée en une véritable subvention d'équilibre pour éviter la récurrence de déficits et que les dettes de la branche vieillesse soient transférées à la CADES pour en assurer l'amortissement.

II - Une caisse devenue un simple opérateur de soins au déficit fortement sous-estimé

Compte tenu du transfert complet de la gestion des prestations de sécurité sociale à d'autres opérateurs, la CANSSM n'exerce plus les activités qui fondent la qualité d'organisme de sécurité sociale. Elle n'a désormais pour seule mission propre que la gestion d'une offre de soins héritée de la médecine de caisse, que les pouvoirs publics ont tenté de pérenniser en l'ouvrant aux ressortissants d'autres régimes, dans une démarche néanmoins trop hésitante pour être pleinement efficace.

Des orientations stratégiques révisées en profondeur à plusieurs reprises

Pour répondre aux déficits chroniques des œuvres, les trois dernières conventions d'objectifs et de gestion de la CANSSM avec l'État ont retenu des stratégies différentes, ce qui illustre les hésitations des pouvoirs publics et la résistance des acteurs aux changements proposés.

La COG 2008-2011 prévoyait de confier la gestion des établissements et services à des associations de gestion afin d'en moderniser et professionnaliser la gestion, et de recentrer les caisses locales sur la gestion des seules œuvres ambulatoires. Ce projet n'a pas été mené à son terme en raison de l'opposition des principales caisses régionales du régime, qui estimaient que la gestion dans un cadre associatif ne garantissait pas la pérennité des activités de soins déficitaires, ni le maintien des emplois des personnels transférés.

La COG 2012-2013 avait pour objet, dans le prolongement des décisions arrêtées par les pouvoirs publics en 2011, d'organiser le transfert au 31 décembre 2013 de l'ensemble des établissements et œuvres ambulatoires et de leur personnel aux Unions de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM), qui gèrent l'offre de soins de la CNAMTS. Contestée par les fédérations minières, qui représentent à la fois les affiliés du régime et le personnel de la CANSSM et par les élus des territoires dans lesquels l'offre de soins est implantée, cette réforme a été ajournée à son tour en août 2012 et les dispositions concernées abrogées en mars 2013.

Dans le cadre de la COG 2014-2017, les projets de transferts sont abandonnés et la CANSSM doit désormais moderniser et rénover son offre de soins dont elle garde la gestion « dans une logique de territoires, de santé publique et de performance économique ». Dans cette perspective, le déficit des centres de santé doit être réduit de 60 % par rapport à 2012, celui des établissements de santé de 80 %, des objectifs spécifiques étant fixés à l'hôpital de Freyming-Merlebach et à la clinique Sainte-Barbe de Carmaux. Les activités dites commerciales, principalement les pharmacies, laboratoires et services de transport, doivent avoir atteint l'équilibre à fin 2015 ou fermer.

Malgré les efforts entrepris, l'offre de soins de la CANSSM reste lourdement déficitaire. De surcroît, le niveau de son déficit est fortement sous-estimé.

A - Une offre importante de soins de proximité aujourd'hui ouverte à tous

1 - Des structures nombreuses

La CANSSM gère une offre de soins importante, comprenant pas moins de 264 structures, administrée directement par ses services territoriaux, les CARMI, que détaille le tableau ci-après.

Tableau n° 86 : offre de soins de la CANSSM (fin 2015)

	Ventilation par service territorial au 31 décembre 2015						Total
	Nord	Est	Sud- Est	Centre- Est	Centre- Ouest	Sud- Ouest	
Centres de santé	62	49	14	16	2	7	150
Œuvres commerciales	41	4	7	10	2	3	67
Établissements sanitaires	7	6	2			1	16
Établissements médico-sociaux	9	1		2			13
Services médico- sociaux	3	6	4	3		2	18
Total	122	66	27	31	4	14	264

Source : CANSSM.

Les 150 centres de santé dispensent des consultations de médecine générale et spécialisée et des soins infirmiers et dentaires.

La contribution des centres de santé à l'offre de soins

Les centres de santé miniers ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires et mettent en œuvre le tiers payant. Leurs principales zones d'implantation présentent une situation de santé défavorable et de forts indices de précarité. L'essentiel des points de consultation se situe dans des zones où la densité médicale est inférieure à la moyenne régionale.

Les œuvres « commerciales » comprennent en majorité des pharmacies, quelques magasins d'optique et laboratoires de prothèses dentaires, d'analyses médicales et des services de transports sanitaires. Les établissements sanitaires se consacrent généralement aux soins de suite et de réadaptation. Les établissements médico-sociaux hébergent des personnes âgées ou correspondent à des foyers-logements. Dix-huit services contribuent au maintien à domicile.

Par ailleurs, la CANSSM est partie prenante de six associations gérant pour l'essentiel des établissements qui appartenaient aux houillères de bassin jusque dans les années 1970. La principale est l'Association hospitalière Nord Artois cliniques (AHNAC), troisième offreur de soins du Nord-Pas-de-Calais (quatre cliniques et 3 200 salariés).

Cette offre de soins est concentrée dans l'ancien bassin houiller du Nord-Pas-de-Calais, et à l'Est, dans les bassins ferrifère et houiller de la Moselle et l'ancien bassin potassique du Haut-Rhin. Des centres de santé et des services d'aide à la personne sont ponctuellement présents dans d'autres anciens territoires miniers (Montceau-les-Mines, Alès, Gardanne, La Mure et Carmaux notamment).

2 - Des structures devenues accessibles à l'ensemble de la population

La réforme du régime minier de 2004 a ouvert à tous les assurés sociaux les œuvres de ce dernier (centres de santé, transports, laboratoires), à l'exception des pharmacies, à partir du 1^{er} juillet 2005. Depuis lors, la patientèle des centres de santé s'est fortement élargie. En moyenne, en 2014, 43 % des patients en médecine générale et 17 % en soins infirmiers relevaient d'autres régimes. Les centres de médecine spécialisée présentent des taux d'ouverture élevés (plus de 30 % pour la cardiologie et environ 70 % pour la gynécologie). Néanmoins, les ressortissants des autres régimes ne sont à l'origine que de 27 % des actes de médecine générale et de 10 % des actes infirmiers, compte tenu d'une moindre consommation de soins.

L'impasse des pharmacies minières

Le réseau des pharmacies minières (50 officines fin 2015), principalement dans le Nord-Pas-de-Calais, emploie 240 personnes, dont une centaine de pharmaciens.

Principal pourvoyeur d'excédents au sein du réseau d'œuvres ambulatoires, les pharmacies minières ont longtemps été protégées par un monopole pour la délivrance de médicaments aux affiliés miniers. La réforme du régime de 2011 y a mis un terme et a autorisé les affiliés de ce dernier à recourir librement à d'autres officines, sans permettre pour autant en contrepartie aux pharmacies minières de fournir les assurés du régime général, contrairement à la recommandation en ce sens de la Cour en 2009. Cette décision a aggravé leur situation économique déjà affaiblie par le recul démographique : alors que leurs bénéfices atteignaient 15,7 M€ en 2008, ils ne se montaient plus qu'à 2,7 M€ en 2015, alors même que les pharmacies minières sont subventionnées à hauteur de 1,5 M€ par l'action sociale du régime au titre du portage à domicile des médicaments. En 2016, les pharmacies pourraient dégager un déficit.

Une démarche d'ouverture « raisonnée » a été menée à bien dans trois pharmacies. Elles sont autorisées à recevoir les patients de tous les régimes de sécurité sociale, dès lors que la prescription provient d'un praticien exerçant dans un centre de santé minier. Ces officines dégagent néanmoins des déficits. Les assurés des autres régimes représentent moins de 10 % de leur chiffre d'affaires et ne permettent pas de compenser la chute du chiffre d'affaires liée au choix des ressortissants du régime minier de s'adresser à d'autres officines.

L'ouverture à l'ensemble de la population des établissements et services du régime minier est beaucoup plus ancienne, en raison d'un enjeu économique identifié plus tôt et, pour les établissements, de la contrainte juridique liée au statut hospitalier. Leur degré d'ouverture est hétérogène : fort pour les établissements de court séjour (de 40 % à 75 %), mais disparate pour les services de soins infirmiers à domicile (de 9 % à 100 %).

B - Des déficits en lente réduction et fortement sous-estimés

1 - Une démarche de réduction graduelle des déficits

Depuis 2012, le solde financier de l'offre de soins s'est légèrement redressé sous l'effet de mouvement de sens opposés entre une forte amélioration pour les centres de santé, un progrès plus modéré pour les établissements et, à l'inverse, une disparition de l'excédent des « œuvres commerciales » liée à la situation particulière des pharmacies.

Tableau n° 87 : résultats des œuvres et établissements (2012-2016)

	<i>En M€</i>				
	2012	2013	2014	2015	2016p
Centres de santé	-30,9	-26,3	-21,6	-23,8	-19,1
Variation par rapport à 2012	-	-15 %	-30 %	-23 %	-38 %
Œuvres commerciales	10,1	7,3	3,4	2,9	1,7
<i>Dont pharmacies</i>	9,2	7,1	4,4	3,0	-1,3
Variation par rapport à 2012	-	-28 %	-66 %	-71 %	-83 %
Établissements	-19,7	-17,4	-17,6	-16,8	-14,6
<i>Dont Hôpital de Freyming-Merlebach</i>	-12,2	-9,5	-10,9	-11,1	-10,6
Variation par rapport à 2012	-	-12 %	-11 %	-15 %	-26 %
Services médico-sociaux	0,1	-0,9	-1,0	0,0	-0,6
Variation par rapport à 2012	-	-95 %	-95 %	-100 %	-97 %
Résultat total des établissements et œuvres	-40,4	-37,4	-36,8	-37,8	-32,7
Variation par rapport à 2012	-	-7 %	-9 %	-6 %	-19 %

Source : CANSSM – résultats avant neutralisation des mouvements réciproques entre branches et établissements et œuvres.

Pour les centres de santé, la stratégie mise en œuvre consiste à optimiser l'activité, à diminuer les frais de personnel et à regrouper les centres afin de réduire les frais de structure inhérents à la dispersion des points de consultation. Si leur déficit s'est réduit de 23 % entre 2012 et 2015, l'élargissement de leur patientèle demeure un enjeu important. Alors qu'un affilié du régime minier génère en moyenne 7,8 actes par an, un assuré du régime général n'en suscite que 3,8. Or, malgré des horaires d'ouverture plus importants, leur activité par médecin a baissé de 9 % depuis 2009. Si l'activité infirmière a augmenté globalement de 21 % depuis cette même année, sous l'effet notamment d'une amélioration de son organisation et de la cotation des actes, la patientèle vieillit sans guère de renouvellement.

Les établissements sanitaires font face à des déficits persistants. L'hôpital de Freyming-Merlebach et la polyclinique Sainte-Barbe de Carmaux dégageaient ainsi des déficits massifs en 2012. Des démarches de redressement ont fini cependant par être engagées. Ainsi, l'hôpital de Freyming-Merlebach s'est reconverti en 2014 en un établissement de soins de suite et de réadaptation. La polyclinique Sainte-Barbe de Carmaux a concentré son activité de médecine sur la gériatrie et a interrompu celle de chirurgie ambulatoire. Cette démarche récente de retour à l'équilibre, témoigne des efforts de la caisse. Mais elle s'avère trop tardive et limitée pour que les objectifs de redressement fixés par la COG à horizon 2017 puissent être tenus.

Des créances non provisionnées

La CANSSM a accordé par le passé des prêts et avances à des associations de gestion de structures hospitalières dont elle est ou a été partie prenante (36 M€ en 2015). En grande difficulté, ces associations remboursent cette dette dans le cadre de protocoles d'apurement dont les échéances sont régulièrement retardées. Le risque de défaillance de ces débiteurs n'est pas provisionné dans les comptes de la caisse.

S'agissant des activités commerciales - pharmacies, services de transports, laboratoires de prothèses dentaires et magasins d'optique -, la COG a prévu qu'elles ne pourraient subsister que si elles avaient retrouvé leur équilibre économique fin 2015. Devant les déficits générés par l'ensemble de ces activités à l'exception de la plupart des magasins d'optique, la CANSSM s'engage dans leur fermeture progressive. Ces activités mobilisent en 2016 plus de 400 personnes, dont 118 pharmaciens. Si la caisse a jusqu'ici fait face aux fins d'activité déjà intervenues par une politique de reclassements internes et en tirant profit des départs en retraite, les restructurations en cours, d'une tout autre ampleur, nécessitent la mise en place de passerelles vers d'autres organismes de sécurité sociale et d'autres opérateurs de santé.

2 - Un déséquilibre fortement sous-estimé

La trajectoire de redressement apparaît à ce stade trop lente, malgré les efforts entrepris, pour permettre d'atteindre les objectifs pour 2017 de la COG en vigueur en termes de réduction des déficits. Ces objectifs ont été au demeurant fixés sur une base faussée. La présentation des comptes de la CANSSM minore en effet l'ampleur des déficits du

réseau de soins, en ne faisant pas apparaître dans toute leur ampleur ses charges d'exploitation. De fait, ce dernier bénéficie d'une subvention implicite des branches de prestations, qui conduit à masquer l'importance réelle de son déséquilibre structurel.

Comme la Cour l'avait relevé en 2009, la contribution des CARMi et du siège national à l'activité d'offreur de soins n'est que très incomplètement valorisée et retracée dans les comptes des établissements et œuvres. Alors que cette activité est le seul métier de la CANSSM depuis le 1^{er} juillet 2015, les frais de gestion administrative de cette dernière ne sont répercutés que pour 12 % d'entre eux sur le budget des établissements et œuvres ; 88 % sont portés par les branches de prestations.

En effet, les « frais de siège » qui devraient être imputés au budget des établissements et œuvres ne sont pas connus de la caisse en raison non seulement des insuffisances de sa comptabilité analytique, mais aussi de la volonté de ne pas faire supporter aux structures de soins les coûts liés à une réduction insuffisante des effectifs des services support au regard de la disparition des activités de gestion de prestations sociales et de la contraction de l'organisation administrative.

À la suite du transfert aux CPAM de la gestion des prestations maladie et AT-MP, les services support ont désormais pour seule finalité de concourir aux activités de soins. Si les 49,4 M€ de frais de structure de la caisse étaient affectés en totalité aux établissements et œuvres, ces derniers ne dégageraient pas une perte correspondant à 11 % de leurs charges, comme l'indiquent les comptes 2015, mais à 25 % de ces dernières. Ils contribueraient ainsi à hauteur de 98 % au déficit global du régime, soit 87,5 M€ sur 89,1 M€ en 2015, et non de 43 % (soit 38,1 M€) comme affiché.

C - Un retour à l'équilibre hors d'atteinte en l'état

Au regard de l'ampleur réelle du déficit, le retour à un équilibre véritable semble rendu impossible, en l'état, par les faiblesses persistantes de l'organisation des activités elles-mêmes et, plus encore, par des niveaux élevés de rémunération et la présence de sureffectifs de personnel administratif et technique.

1 - Une réorganisation encore insuffisante des activités de soins

L'offre de soins est pilotée en fonction d'informations lacunaires. La Cour avait noté en 2009 que la CANSSM devait se doter d'un appareil statistique fiable exploitable directement au niveau du siège national. Ces outils, annoncés depuis la COG 2008-2011, soit demeurent en construction, soit ne sont pas utilisés.

Les établissements hospitaliers et médico-sociaux ont une taille disparate. Leur direction est souvent assurée à distance par les CARMi dans des conditions insatisfaisantes. La concentration de nombreuses décisions de gestion courante au siège de la caisse ne permet pas la réactivité attendue par les agences régionales de santé dans la gestion des projets.

S'agissant des centres de santé, une stratégie médicale nationale a été formalisée, mais elle ne se traduit pas encore dans les pratiques, faute d'instances d'animation de la communauté médicale. Ils présentent en tout état de cause d'importantes faiblesses d'organisation, qui nuisent à leur attractivité et à la qualité de la prise en charge des patients. Les pratiques de travail en équipe étaient jugées, fin 2015 à l'occasion de l'évaluation de l'impact du nouvel accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé entré en vigueur le 1^{er} octobre 2015, faibles et non formalisées quand elles existaient. L'étrécissement des équipes d'intervenants ne permet pas de les doter d'un responsable chargé de leur animation. Les horaires d'ouverture sont inadaptés aux besoins d'une patientèle active et en décalage avec les exigences de l'assurance maladie (notamment les obligations d'amplitude quotidienne de huit heures et d'ouverture le samedi matin). L'adressage de patients entre centres de santé et établissements de la CANSSM, malgré la tentative de les organiser en une filière intégrée dénommée « Filieris » (hospitalisation à domicile, par exemple), n'est pas généralisé.

La qualité de l'offre de soins

En 2010, l'Inspection générale des affaires sociales⁵⁸⁸ relevait que les centres de santé offraient des soins d'une qualité incertaine et que leur contribution à l'offre de soins devait être relativisée, du fait de leur faible attractivité. L'offre du régime minier en matière d'établissements sanitaires et médico-sociaux apparaissait plus satisfaisante du point de vue de la qualité des soins et de l'insertion dans le tissu local.

⁵⁸⁸ Inspection générale des affaires sociales, *L'offre de soins du régime minier*, novembre 2010.

Les plans de modernisation des centres de santé décidés en 2015 ont pour ambition affichée de traiter l'ensemble de ces faiblesses. À ce titre, les points de consultation sont notamment en cours de regroupement afin d'améliorer la continuité des soins, de favoriser les pratiques d'équipe et de réduire les coûts de structure. Les regroupements programmés étaient néanmoins insuffisants au regard des exigences posées par l'accord national des centres de santé de juillet 2015 dont la CANSSM est l'un des signataires. Des regroupements complémentaires ont ainsi dû être mis en œuvre.

2 - Des coûts salariaux très élevés

Les personnels paramédicaux (1 616 agents fin 2015) et les personnels administratifs et techniques, cadres et non cadres, des structures de soins et des services support (1 683 agents) bénéficient de rémunérations plus élevées que celles généralement pratiquées dans le secteur à but non lucratif.

Les conventions collectives minières présentent de fait un différentiel de coût avec la convention collective de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), qui régit le secteur privé à but non lucratif, variant entre 8 et 22 % selon les métiers, et avec les rémunérations de la fonction publique hospitalière, de l'ordre de 1 à 25 % selon les professions.

Pour tous les nouveaux embauchés depuis 2007, les conventions collectives minières des cadres et non-cadres sont certes alignées⁵⁸⁹, en matière de rémunérations, sur les conventions collectives du régime général de sécurité sociale. Cependant, cette référence salariale présente elle aussi un important différentiel de coûts par rapport à la convention collective gérée par la FEHAP. Ce surcoût pourrait notamment pénaliser les établissements de la caisse spécialisés en soins de suite et de réadaptation à l'occasion du passage à une tarification à l'activité en 2017.

⁵⁸⁹ Ces conventions sont adossées partiellement à la convention de l'UCANSS depuis 2007. La référence de classification et de rémunération des personnels est celle de l'UCANSS à l'exception de cinq dispositions qui restent fixées par la convention minière (discipline, retraite complémentaire et prévoyance, arrêts de travail en cas de maladie, RTT et droit syndical). L'ensemble des personnels paramédicaux relève de la convention des non cadres.

Par ailleurs, les modalités de rémunération des médecins généralistes des centres de santé, telles qu'issues de la convention collective de 2009, pèsent fortement sur l'équilibre financier de ces derniers. La mise en place d'un intéressement en 2011 a eu en particulier des effets inflationnistes sur leur masse salariale, qui a augmenté de 22 % en deux ans, dans un contexte d'avantages statutaires déjà importants (prime de logement, « frais de voiture » sans réel contrôle). Si la COG 2014-2017 invite à réviser les modalités de rémunération des médecins des centres de santé, dont le salaire brut moyen s'élève à 105 000 €⁵⁹⁰, aucune négociation n'a cependant encore été engagée par la caisse.

Le redressement économique des centres de santé reste étroitement lié au niveau de leurs charges de personnel, et en particulier de ses deux déterminants, les coûts salariaux et les effectifs de personnels non soignants qui ne génèrent pas directement de produits d'activité. Or, si la CANSSM est parvenue⁵⁹¹ à diminuer de 10 % la masse salariale des centres de santé de 2012 à 2014, cette dernière continue à absorber la totalité des produits qu'ils génèrent, ce qui témoigne de la fragilité de leur modèle économique.

3 - Des personnels administratifs et techniques trop nombreux

Avant 2007, le régime était organisé en trois échelons : les sociétés de secours minières, les unions régionales de sociétés de secours minières et la caisse autonome nationale. En 2007, sept caisses autonomes régionales de sécurité sociale dans les mines (CARMi) ont été créées par fusion des 22 organismes locaux préexistants. En 2009, la Cour avait recommandé de poursuivre ces réorganisations. En 2011, les CARMi ont perdu leur personnalité juridique pour devenir autant de services territoriaux de la caisse nationale ; leurs conseils d'administration ont toutefois été maintenus avec un rôle consultatif pour la gestion de l'offre de soins. En 2016, les CARMi ont été fusionnées en trois directions territoriales.

⁵⁹⁰ Données 2014.

⁵⁹¹ Ce résultat a été obtenu notamment par une réorganisation des centres permettant de ne pas remplacer les personnels administratifs et techniques partant en retraite ou en pré-retraite.

Les réorganisations successives des structures territoriales et de l'offre de soins ont facilité une décroissance progressive des effectifs. Ce mouvement laisse néanmoins subsister un nombre très élevé de personnels administratifs et techniques (1 700 agents au total sur les 5 090, soit 33 %), tant au sein des CARMi que dans certaines structures de soins.

Ainsi, si les services support représentent globalement 10 % des ETP de la caisse (soit 524 ETP fin 2015), ils atteignent 33 % pour la CARMi Centre-Ouest. Les sureffectifs ne sont cependant pas limités aux CARMi. Le principal établissement de soins, l'hôpital de Freyming-Merlebach, est ainsi pénalisé par ses sureffectifs (d'un coût de 4 M€) qui concourent à un déficit représentant près d'un tiers du déficit global de l'offre de soins (11,1 M€ sur 37,8 M€ en 2015).

Les sureffectifs de l'hôpital de Freyming-Merlebach

Les sureffectifs de l'hôpital de Freyming-Merlebach ont été estimés à 150 ETP en 2015. À l'horizon 2017, au terme de la recomposition des activités et après mise en œuvre de mesures de redéploiement vers d'autres services de la CARMi et départs en retraite, les sureffectifs sont encore estimés à 88 ETP par la CANSSM.

Des mesures ont été prises pour favoriser la mobilité professionnelle des agents. Cependant, le dispositif d'accompagnement individuel n'a pas eu le succès escompté. Seuls trois salariés faisaient l'objet d'un tel suivi fin 2015.

Transformée en simple gestionnaire d'une offre de soins très diverse, pour l'essentiel ouverte à tous, et beaucoup plus fortement déficitaire qu'affiché, la caisse nationale n'est en réalité plus une institution de sécurité sociale. Entravée par le poids du passé, elle n'apparaît pas en mesure à ce stade, au vu de la trajectoire des deux premières années de la COG 2014-2017, de respecter, malgré les efforts entrepris, les impératifs de redressement financier qui lui ont été fixés. Le déficit de son réseau de soins, fortement sous-estimé, appelle des restructurations beaucoup plus lourdes pour renforcer son efficacité et garantir sa viabilité là où son apport le justifie. Encore faut-il pour cela la mettre en situation de sortir de la forme d'impasse institutionnelle dans laquelle elle est enfermée.

III - Organiser la fermeture de la caisse des mines

Dès lors que les droits des assurés du régime minier et de leurs ayants droits sont garantis par la loi, que le versement de l'ensemble des prestations est désormais intégralement assuré par des entités autres que la CANSSM et que le financement du régime repose pour l'essentiel sur l'État, s'agissant du risque vieillesse, et sur le régime général pour les autres risques, il convient d'en tirer toutes les conséquences organisationnelles. À ce titre, il importe d'arrêter le principe d'une suppression de la caisse des mines à un horizon rapproché afin d'engager rapidement le transfert des personnels vers d'autres acteurs de la sphère sociale et de procéder à une réorganisation de l'offre de soins suffisamment poussée pour en assurer la pérennité, là où cela se justifie, sans les lourdeurs liées aux modes de pilotage et de gestion inadaptés d'une caisse de sécurité sociale.

A - Préparer la suppression de la caisse des mines à terme rapproché

La fixation d'un objectif de fermeture rapide de la CANSSM apparaît nécessaire pour lever le principal obstacle à la mobilité de son personnel. Tant que cet organisme continuera à porter directement des contrats de travail de personnels relevant de conventions collectives à référence minière, la construction de perspectives d'avenir pour le personnel et la transformation de l'offre de soins resteront entravées.

La fermeture de la caisse appellera nécessairement une période de transition. Elle devrait être d'une durée suffisante pour permettre la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des agents et pour organiser le transfert de la partie viable de l'offre de soins. Son terme devrait néanmoins rester suffisamment rapproché pour éviter toute gestion attentiste et au fil de l'eau. Une période de transition de l'ordre de trois ans pourrait ainsi être retenue à l'achèvement de la COG en cours.

Au cours de cette période, la priorité devrait être d'organiser le transfert des personnels vers d'autres acteurs de la sphère sociale, en tenant compte des perspectives démographiques des agents de la caisse et des considérations statutaires.

Cette politique active de reclassement permettrait d'achever la réorganisation de l'offre de soins, en consolidant les structures à même de s'inscrire dans une logique d'externalisation auprès d'autres opérateurs comme la Cour l'avait recommandé en 2009.

Par ailleurs, la politique de cession de biens immobiliers dans les échelons régionaux aurait vocation à se poursuivre jusqu'à la cession du siège parisien de la caisse, dernier actif important.

Parallèlement, le dispositif en vigueur de délégations de gestion à la Caisse des dépôts et consignations d'une part pour la branche vieillesse, et à la CNAMTS d'autre part pour les branches maladie et AT-MP, devrait être remplacé par un transfert à titre définitif à ces institutions. Comme déjà souligné, ce transfert n'affecterait en rien les droits des assurés sociaux.

Au terme de ces différentes étapes, la CANSSM serait supprimée.

B - Transférer la gestion des personnels à d'autres acteurs

1 - Utiliser les possibilités de départ offertes par la pyramide des âges

Fin 2015, plus d'un quart des agents (1 402 agents) avaient plus de 55 ans (27,5 % du personnel), dont 137 dans les fonctions support (26 %) et 126 dans les œuvres commerciales dont l'activité se contracte (pharmacies, laboratoires et services de transport, soit 31 %). La moitié du personnel avait plus de 50 ans (2 532 agents), proportion que l'on retrouve pour les fonctions support (254 agents) et qui est supérieure pour les œuvres commerciales précitées (59 %, 241 agents).

Un départ anticipé dès 55 ans est possible pour les agents relevant des conventions collectives à référence minière. 60 % des 1 799 agents qui en relèvent avaient plus de 50 ans fin 2015, soit 1 083 agents.

Pour les ressortissants des autres conventions collectives qui n'offrent pas cette possibilité de départ anticipé, la proportion des plus de 50 ans est également élevée (69 %, soit 364 agents pour les agents sous conventions collectives médicales de la caisse et 56 %, soit 705 personnes pour ceux relevant des conventions des aides à domicile propres à la caisse).

2 - Créer des perspectives professionnelles pour les agents

Un tiers des agents de la CANSSM relève fin 2015 de la convention collective à référence salariale du régime général (1 707 CDI). Pour ces agents, la question des conventions collectives ne constituerait donc pas un préalable à une évolution du statut des structures qui les emploient ou à des transferts individuels vers d'autres employeurs relevant de ce cadre conventionnel.

Les contraintes sont plus fortes pour les agents relevant des conventions collectives à référence minière en raison des avantages qui s'y attachent, dont certains à caractère viager. Au total, 712 agents de moins de 50 ans relèvent de ces conventions collectives. Une partie d'entre eux exerce des fonctions support (70 agents), où les sureffectifs sont les plus importants.

Des avantages sociaux qui freinent la mobilité des personnels

Bien qu'ils ne concernent qu'un nombre limité de personnes (1 800 salariés en poste et plus de 4 000 anciens salariés de la CANSSM), les avantages conventionnels (chauffage-logement, préretraites⁵⁹², aides à la reconversion et indemnités de départ à la retraite spécifiquement pour les personnels médicaux) ont un coût considérable, y compris pour l'avenir, évalué à 378 M€ dans les comptes de la caisse au titre des engagements hors bilan (dont 98 M€ au titre des salariés en fonction). Ces avantages sont financés par la branche maladie du régime minier. Depuis 2016, ils sont donc supportés *in fine* par la CNAMTS à travers la subvention d'équilibre de cette dernière à la CANSSM.

Afin de permettre un transfert aux organismes du régime général des agents de la caisse qui conservent une référence salariale minière et qui ne seraient pas affectés à l'une des structures de soins, une voie d'évolution possible consisterait à leur proposer d'intégrer le cadre collectif des employeurs d'accueil et de les indemniser de la perte des avantages viagers. Un dispositif de cette nature a d'ailleurs été mis en place pour les agents optant pour la convention UCANSS dans le cadre de la délégation à la CNAMTS de la gestion des prestations maladie et AT-MP⁵⁹³.

⁵⁹² La préretraite permet aux agents de quitter leur poste de travail dès 55 ans, avant de pouvoir bénéficier d'une retraite à taux plein. En contrepartie, le poste est supprimé à la CANSSM.

⁵⁹³ Les indemnités versées s'élèvent à 16 670 € en moyenne par agent.

Compte tenu de niveaux élevés de rémunération, le reclassement des professionnels de santé relevant des conventions collectives médicales de la caisse des mines, soit 527 agents⁵⁹⁴ dont 160 de moins de 50 ans, appellera des solutions individuelles.

Au total, les contraintes liées aux spécificités statutaires de la caisse des mines sont réelles et particulièrement fortes pour les agents relevant des conventions collectives à référence minière. Néanmoins, le fait qu'un tiers des agents relèvent désormais des conventions collectives du régime général ouvre la voie à des reclassements dans d'autres organismes de sécurité sociale ou d'autres structures de soins et les caractéristiques de la pyramide des âges de la caisse devraient réduire les difficultés à régler. L'ampleur de ces reclassements reste au demeurant très limitée à l'échelle des 172 000 agents du régime général, de la Mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants⁵⁹⁵.

3 - Mettre en cohérence la politique de recrutement avec les transferts de personnel

La masse salariale n'a commencé à diminuer qu'en 2012 alors que les baisses d'effectifs ont été engagées antérieurement grâce en particulier à une pyramide des âges favorable et à une politique généreuse de départs en pré-retraite. Les effectifs totaux ont ainsi baissé de 9 % à périmètre constant de 2010 à 2014.

Mais dans le même temps, la caisse a continué à recruter, principalement dans les œuvres et établissements de santé, malgré leur situation déficitaire, du fait de l'absence de mobilité géographique et fonctionnelle des personnels. 46 % des agents en poste ont ainsi été recrutés sur la décennie 2000, et encore 12 % de 2011 à 2014. Certes, ces recrutements ont très majoritairement concerné des agents relevant d'une convention collective à référence salariale UCANSS (504 CDI de 2012 à 2014). Mais des recrutements ont encore eu lieu sous les conventions collectives des professions médicales de la caisse des mines (68 personnes de 2012 à 2014), dont 22 pharmaciens après la fin du monopole de délivrance aux affiliés miniers en 2011, alors que les perspectives de ces activités étaient gravement compromises.

⁵⁹⁴ Dont 192 médecins généralistes (115 de plus de 50 ans), 170 spécialistes (132 de plus de 50 ans), 135 pharmaciens (98 de plus de 50 ans) et 30 dentistes (19 de plus de 50 ans).

⁵⁹⁵ Données 2014 exprimées en ETPMA (équivalent temps plein moyen annuel).

Il apparaît dès lors indispensable de reconsidérer dès maintenant la politique de recrutement. Jusqu'à la fermeture de la caisse, il importe de ne recruter sur emploi durable que dans les structures ayant une perspective d'avenir et de privilégier les mobilités internes dans des conditions soutenables pour l'offre de soins ayant vocation à être externalisée.

C - Restructurer plus activement l'offre de soins

Des réorganisations plus profondes restent à mener pour assurer, en dehors de la caisse des mines et de ses lourdeurs, la pérennité d'une offre de soins adaptée aux besoins des territoires concernés. Il convient à cette fin d'établir les coûts complets de chacune des structures de soins et d'ajuster en conséquence les efforts de réorganisation nécessaires pour parvenir à un équilibre financier durable et transférer leur gestion à d'autres opérateurs.

1 - Amplifier les restructurations

Il faut en premier lieu assurer la transparence des coûts complets des structures concernées. Une partie des frais de gestion administrative des CARMi et de la caisse nationale aujourd'hui non affectés à l'offre de soins concourt, de fait, à son fonctionnement. Ces frais sont à imputer impérativement aux budgets et aux comptes des œuvres et établissements.

Cette transparence doit permettre d'apprécier, structure par structure, et composante par composante de l'offre de soins, la réalité des déséquilibres et de prendre la mesure des effectifs en surnombre. Elle constitue un préalable indispensable à l'approfondissement des restructurations et au transfert des structures vers d'autres acteurs.

Il est nécessaire en second lieu de poursuivre plus vigoureusement les réorganisations de chacune des structures de l'offre de soins. La persistance des déficits dans les établissements et la fragilité du modèle économique des centres de santé requièrent un examen approfondi de la pertinence de chaque implantation. Des fermetures de structures, des redimensionnements aux perspectives réelles d'activité et des réorientations vers d'autres activités sanitaires et sociales sont à organiser pendant la période transitoire jusqu'à la fermeture de la caisse. L'offre de soins ainsi recomposée avec des structures efficaces et viables, articulées sous l'égide des ARS avec les autres composantes de l'offre de soins dans les territoires concernés, pourrait être transférée à d'autres opérateurs.

2 - Assurer la pérennité des structures viables en externalisant leur gestion

En fonction de la portée de la restructuration de l'offre de soins, plusieurs modes d'externalisation de la gestion, différenciés en fonction de la nature des structures et des territoires de l'offre de soins, seraient envisageables.

Un transfert de tout ou partie des établissements sanitaires et médico-sociaux aux UGECAM leur permettrait de prendre place dans un groupe dont les métiers et conditions d'emploi des personnels sont très proches.

Des transferts à des associations locales permettraient de construire des solutions au plus près du terrain. Ils pourraient concerner notamment des établissements sanitaires et médico-sociaux et l'aide à domicile.

Une autre hypothèse serait d'affecter certaines composantes de l'offre de soins à une structure *ad hoc*, inspirée du régime des fondations et ouverte le cas échéant à d'autres partenaires, publics ou privés à caractère non lucratif, souhaitant renforcer leur présence sur certains territoires.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Confronté à une perspective inéluctable de disparition de ses activités assurantielles et à la nécessité de moderniser son offre de soins pour en limiter les déficits et en assurer la pérennité, le régime des mines s'est engagé depuis 2010 dans un mouvement de réforme en net contraste avec l'attentisme qui avait longtemps prévalu. Ce volontarisme nouveau a connu de nombreux obstacles qui ont ralenti les évolutions nécessaires. Un tournant majeur a été franchi en 2015, avec l'achèvement du transfert à d'autres opérateurs de la gestion des prestations et l'intégration financière de sa branche maladie au régime général. Malgré l'importance des concours publics apportés pour couvrir un déséquilibre structurel, des déficits récurrents ont accumulé une dette de plus de 1 Md€ dont la reprise n'a été que partiellement organisée.

Vidée de sa substance assurantielle, la caisse des mines connaît une situation paradoxale et insatisfaisante : juridiquement organisme de sécurité sociale mais coquille vide du point de vue de la gestion opérationnelle des risques, offreur de soins originellement réservés à ses seuls affiliés, mais dont la patientèle est désormais banalisée, sans que son organisation marquée par les lourdeurs inhérentes au poids du passé ait été adaptée à ce nouveau rôle.

Les efforts de réduction des déficits des différentes composantes de l'offre de soins engagés dans le cadre de la COG en cours se heurtent à la réalité de déficits beaucoup plus lourds qu'estimés du fait de l'insuffisante prise en compte des frais de structure. Cette situation, qui appelle une clarification rapide sur la base d'une comptabilité analytique fiable, doit conduire à des restructurations beaucoup plus fortes que celles aujourd'hui engagées afin de garantir la viabilité d'une offre de soins efficiente.

En fait, se vouloir gestionnaire durable d'une offre de soins spécifique avec toutes les lourdeurs historiques d'une caisse nationale de sécurité sociale se révèle une impasse au regard de l'ampleur des défis à relever. C'est pourquoi il convient de sortir de l'ambiguïté actuelle d'une caisse de sécurité sociale qui n'en est plus une et d'un gestionnaire de structures de soins qui n'en a ni la flexibilité, ni les moyens suffisants.

Dans une situation où les droits des assurés du régime minier et de leurs ayants droits sont garantis par la loi, il importe ainsi de fixer l'objectif d'une fermeture de la caisse autonome nationale dans un délai rapproché après une période de transition nécessaire, et dans cette perspective de fixer comme priorité une restructuration plus ferme de l'offre de soins. Cette restructuration doit elle-même permettre de rendre viables les composantes de l'offre de soins dont la pérennité se justifie, d'en transférer la gestion à d'autres opérateurs dans de bonnes conditions et de reclasser les agents en sureffectif en organisant leur transfert vers d'autres organismes de sécurité sociale et structures de soins.

À cette fin, la Cour formule les recommandations suivantes:

- 57. procéder à la fermeture de la caisse des mines à un horizon de cinq ans ;*
 - 58. amplifier par priorité la restructuration de l'offre de soins dans un objectif d'externalisation de la gestion de ses composantes ayant vocation à être pérennisées ;*
 - 59. gérer dans cette perspective en coûts complets les structures de soins en incluant la totalité des frais de structure qui s'y rattachent ;*
 - 60. mettre en œuvre une gestion active des ressources humaines afin d'assurer le transfert des agents en surnombre vers d'autres employeurs publics et privés ;*
 - 61. transformer la subvention de l'État à la branche vieillesse en une subvention d'équilibre et organiser l'amortissement par la CADES de la dette du régime.*
-