



Rapport sur l'avenir du régime de sécurité sociale dans les mines

RAPPORT

Présenté par

M. Yves BUR

Député du Bas-Rhin

SOMMAIRE

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| SYNTHESE | 5 |
| RAPPORT SUR L'AVENIR DU REGIME DE SECURITE SOCIALE DANS LES MINES | 7 |
| 1. ETAT DES LIEUX DU REGIME MINIER | 8 |
| 1.1. <i>Historique et structuration du régime minier</i> | 8 |
| 1.1.1. Un régime issu d'une histoire particulière | 8 |
| 1.1.2. La gouvernance du régime reste perfectible..... | 8 |
| 1.1.3. Un personnel relevant de règles de gestion différentes | 9 |
| 1.2. <i>Un régime plongé dans de grandes difficultés</i> | 10 |
| 1.2.1. La disparition progressive des fonctions assurantielles..... | 10 |
| 1.2.2. Un recentrage forcé sur une offre de soins lourdement déficitaire..... | 11 |
| 2. LA SUPPRESSION DU DISPOSITIF DIT "2.2.B" DOIT ETRE CONFIRMEE MAIS FAIRE L'OBJET DE MESURES COMPENSATOIRES | 12 |
| 2.1. <i>La suppression du dispositif dit "2.2.b" ne peut pas être remise en cause</i> | 12 |
| 2.1.1. La suppression du 2.2.b comme gage de la non-application des franchises..... | 12 |
| 2.1.2. Eléments sur le coût et la nature des prestations couvertes | 14 |
| 2.2. <i>Des dispositifs compensatoires doivent permettre de limiter l'impact de cette suppression sur la population minière</i> | 16 |
| 2.2.1. La question des renoncements aux soins | 16 |
| 2.2.2. Des assouplissements doivent être apportés | 18 |
| 2.3. <i>La suppression du dispositif du 2.2.b pose la question de l'ouverture des pharmacies minières</i> | 19 |
| 2.3.1. Les pharmacies minières sont condamnées à terme et pénalisent les affiliés..... | 19 |
| 2.3.2. Rétablir pour les affiliés du régime minier la prise en charge à 100% dans les pharmacies libérales..... | 20 |
| 3. LES ACTIVITES ASSURANTIELLES DU REGIME MINIER DOIVENT ETRE TRANSFEREES AU REGIME GENERAL | 21 |
| 3.1. <i>Le transfert des fonctions assurantielles au régime général doit être l'occasion d'en améliorer la gestion</i> | 21 |
| 3.2. <i>L'action sanitaire et sociale doit être confiée à l'ANGDM</i> | 23 |
| 4. L'OFFRE DE SOINS MINIERE DOIT ETRE PROFONDEMENT REFORMEE EN CONFIAANT SA GESTION A DES PARTENAIRES SOLIDES..... | 24 |
| 4.1. <i>Les activités de MCO du régime minier en Lorraine doivent être regroupées autour de l'hôpital public</i> | 25 |
| 4.1.1. L'offre du régime minier en matière de MCO est menacée à court terme..... | 25 |
| 4.1.2. La sauvegarde de cette offre passe par une réorganisation globale de l'offre de soins dans le bassin houiller de Lorraine | 26 |
| 4.1.3. La situation est moins critique dans les autres régions..... | 27 |
| 4.2. <i>Les activités de SSR, médico-sociales et ambulatoires doivent être reprises par d'autres acteurs du secteur sanitaire et médico-social</i> | 28 |
| 4.2.1. Une offre diversifiée aux résultats inégaux | 28 |
| 4.2.2. Les activités hors MCO du régime ont vocation à être reprises | 28 |
| 5. CES TRANSFERTS IMPLIQUERONT DES CHANGEMENTS DE STATUTS POUR LES PERSONNELS DU REGIME MINIER | 31 |
| 5.1. <i>Les changements de statut constituent un chantier lourd qui doit être préparé</i> | 31 |
| 5.1.1. Des premières tentatives ont échoué | 31 |
| 5.1.2. Le statut choisi devra permettre l'exercice des fonctions d'offre de soins | 32 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.1.3. La question des différentiels de rémunération entre conventions | 32 |
| 5.2. Deux options se présentent pour transférer les personnels du régime minier..... | 33 |
| 5.2.1. Option 1: transfert des contrats de travail en application de l'article L. 1224-1 du code du travail après rachat des avantages conventionnels | 33 |
| 5.2.2. Option 2: transfert des contrats de travail à l'ANGDM suivi d'une mise à disposition illimitée au coût des conventions des entreprises utilisatrices | 35 |
| 6. MENER LES EVOLUTIONS NECESSAIRES DANS LE CADRE D'UNE GOUVERNANCE RENOVEE..... | 36 |
| 6.1. Une nouvelle COG sera nécessaire..... | 36 |
| 6.2. Une gouvernance plus centralisée pour mettre en œuvre les changements..... | 36 |
| 6.3. Préparer les cessions et reprises du personnel..... | 36 |
| ANNEXE 1: LETTRE DE MISSION..... | 39 |
| ANNEXE 2: BESOIN DE FINANCEMENT DES ŒUVRES..... | 43 |
| ANNEXE 3: LISTE DES ŒUVRES DU REGIME MINIER..... | 45 |
| ANNEXE 4: TENTATIVE D'EVALUATION DES COUTS DES DIFFERENTES CONVENTIONS COLLECTIVES | 47 |
| 1. DONNEES ISSUES DU RAPPORT BARTOLI / BRAS | 47 |
| 2. ELEMENTS FOURNIS PAR LA CANSSM | 48 |
| 3. ELEMENTS ISSUS DU RAPPORT DELAHAYE-GUILLOCHEAU / DURAND / SALAS / SCHAETZEL..... | 48 |

Synthèse

Par lettre du 6 mai 2010 figurant en annexe, madame la Ministre de la Santé et des Sports m'a chargé d'un rapport concernant la suppression de l'article dit "2.2.b.", la mise à disposition du personnel sous statut minier auprès d'autres structures ainsi que l'évolution de l'offre de soins dans le cadre de la prise en charge globale assurée par le régime minier à ses assurés.

En ce qui concerne la suppression de l'article 2.2.b, la mission préconise de ne pas revenir sur cette mesure nécessaire à la convergence du régime minier avec le régime général. Les renoncements aux soins que la mission a cherché à chiffrer sont limités par deux phénomènes: une forte hausse des déclarations en affections longue durée (ALD) qui compense une sous-déclaration antérieure et, en matière de transports, une modification des modes de transport utilisés. Afin de garantir qu'aucun affilié du régime minier n'ait à renoncer aux soins, la mission recommande d'utiliser un budget additionnel d'action sanitaire et sociale pour les cas les plus difficiles.

La suppression de l'article 2.2.b a amené la mission à s'intéresser à l'accès des affiliés du régime aux pharmacies minières, seules structures encore "fermées", c'est-à-dire réservées aux affiliés du régime. Malgré des bénéfices affichés, ces pharmacies sont condamnées à terme par l'évolution démographique du régime. La mission préconise donc une ouverture bilatérale des pharmacies minières afin que les affiliés ne soient plus pénalisés et que les pharmacies répondant à une réelle offre puissent se développer.

La mise à disposition du personnel pose en préalable la question du devenir des activités du régime minier. En ce qui concerne les activités assurantielles, réduites au risque maladie et AT/MP, la mission recommande qu'elles soient transférées au régime général. L'action sanitaire et sociale a vocation à être confiée à l'Association Nationale de Garantie des Droits des Mineurs, proche des mineurs et de leurs familles.

L'activité d'offre de soins, devenue au fil du temps la principale activité mais aussi un puissant facteur de déstabilisation et d'endettement croissant, l'absence de comptabilité analytique ayant permis aux déficits récurrents des œuvres d'être financés par la partie assurantielle. L'identification actuelle de ces "œuvres" au sein d'une filière intégrée "Filiaris" ne fait que pérenniser ce schéma. La mission recommande donc plusieurs repreneurs en fonction du type d'activité considérée:

- les services d'aide à domicile pourront être autonomisés au sein d'associations existantes;
- les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique concentrées dans le bassin houiller lorrain doivent être regroupées autour de l'hôpital public dans un schéma à définir par l'ARS;
- les autres activités et établissements (centres de santé, pharmacies, établissements de soins de suite et de réadaptation, établissements médico-sociaux) pourront être confiés au réseau UGECAM.

Le devenir du personnel du régime minier est intimement lié à ces choix stratégiques: si le personnel en charge des fonctions assurantielles et d'action sociale a vocation à rejoindre respectivement le régime général et l'ANGDM, le personnel des œuvres devra être transféré aux repreneurs potentiels. Afin à la fois de sécuriser le personnel inquiet sur son avenir et de présenter au repreneur une situation claire et économiquement viable, la mission préconise de faire basculer le personnel du régime minier vers la convention UCANSS en rachetant les avantages viagers liés au statut minier. Ensuite, le transfert pourra s'effectuer selon les modalités de droit commun du code du travail.

Afin de mener à bien ces évolutions, la mission recommande de négocier un avenant à la COG actuelle prévoyant notamment le renforcement sensible des pouvoirs du directeur général de la CANSSM, sur le modèle du régime général.

Rapport sur l'avenir du régime de sécurité sociale dans les mines

- [1] Par lettre du 6 mai 2010 figurant en annexe, madame la Ministre de la Santé et des Sports m'a chargé d'une mission sur certaines spécificités du régime de sécurité sociale dans les mines en me demandant de lui rendre un rapport et lui faire des propositions concernant la suppression de l'article dit "2.2.b."¹, la mise à disposition du personnel sous statut minier auprès d'autres structures ainsi que l'évolution de l'offre de soins dans le cadre de la prise en charge globale assurée par le régime minier à ses assurés.
- [2] La mission concerne donc deux spécificités qui caractérisent le régime de sécurité sociale minier :
- le principe d'une prise en charge globale à 100 % des ressortissants du régime minier au-delà du panier de soins pris en charge par le régime général,
 - les avantages sociaux individuels et collectifs des personnels du régime minier, liés au statut minier.
- [3] L'analyse de ces spécificités ne peut être déconnectée de l'organisation même du régime minier qui intègre à la fois la fonction assurantielle et celle d'offreur de soins. En effet, une prise en charge globale de qualité ne peut se résumer à la garantie de la gratuité des soins. Elle est largement tributaire de la qualité et de la répartition territoriale de l'offre de soins. De même, l'évolution du statut des personnels du régime minier, en particulier ceux exerçant au sein des structures de santé et de soins, est liée à l'adaptation de l'offre de soins aux réalités sanitaires, démographiques et économiques.
- [4] Aussi, le rapport abordera les évolutions qui paraissent s'imposer à l'offre de soins du régime minier. Celle-ci est le résultat d'une longue histoire, celle des mineurs qui, en contrepartie d'un travail pénible, dangereux et préjudiciable à leur santé, ont pu bénéficier d'une prise en charge globale de leurs besoins de santé tout au long de leur vie au sein de structures de soins et de santé qui leur étaient réservées.
- [5] La mission a considéré qu'elle devait élargir ses investigations au devenir global de l'offre de soins (i.e. en prenant en compte non seulement les structures relevant des CARMI mais aussi celles relevant des associations partenaires, AHNAC et Hospitalor). Par ailleurs, la mission a intégré un développement spécifique sur la question des pharmacies.

-0-

¹ car issu de l'article 2, alinéa 2 point b du décret du 24 décembre 1992, détaillé *infra*

1. ETAT DES LIEUX DU REGIME MINIER

1.1. *Historique et structuration du régime minier*

1.1.1. Un régime issu d'une histoire particulière

- [6] La loi du 29 juin 1894 a ainsi institué deux régimes de protection sociale obligatoires, couvrant les risques vieillesse et maladie des mineurs et de leurs familles. Ces régimes ont été confortés par le décret du 27 novembre 1946 relatif à l'organisation de la sécurité sociale dans les mines (ci-après "décret de 1946") et qui pose les bases du régime en place aujourd'hui. Le décret pose notamment le principe d'une prise en charge à 100% des dépenses de soins exposées. Par ailleurs, une offre de soins s'est développée à partir des sociétés de secours minières, intégrant des établissements de court séjour, des pharmacies, des établissements médico-sociaux et des capacités en médecine ambulatoire. Le système mis en place est ainsi un système de caisse, réservé aux affiliés du régime minier. Cependant, l'offre de soins a été progressivement ouverte aux affiliés non-miniers, à des degrés divers, les établissements de court-séjour étant relativement ouverts alors que les pharmacies restent, sauf exception, fermées.
- [7] Le décret du 2 novembre 2004 a réorganisé institutionnellement le régime de sécurité sociale dans les mines autour d'une caisse nationale autonome de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et de sept caisses régionales² de la sécurité sociale dans les mines (CARMI) qui succèdent à un nombre encore plus important de sociétés de secours minières et d'unions régionales. Les relations avec les tutelles font l'objet de Conventions d'Objectifs et de Gestion dont la version actuelle, en vigueur depuis le 1er janvier 2008 court jusqu'au 31 décembre 2011.
- [8] Le décret 2010-975 du 27 août 2010 a mis en extinction au 1^{er} septembre 2010 le régime de sécurité sociale des mines. Le nombre d'affiliés au régime est donc appelé à décroître régulièrement dans les années à venir, évolution déjà engagée. Le risque vieillesse ayant été transféré à la Caisse des dépôts et Consignations en 2005, la seule activité assurantielle concerne la branche assurance maladie et accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), qui compte environ 180 000 bénéficiaires.

1.1.2. La gouvernance du régime reste perfectible

- [9] La gouvernance du régime minier diffère sur plusieurs points de celle du régime général, ce qu'ont souligné plusieurs rapports récents. Sont récapitulés ci-dessous les seuls points saillants intéressant la mission :
- le conseil d'administration de la CANSSM dispose de pouvoirs plus étendus par rapport au directeur général que dans le régime général. Deux considérations sont à prendre en compte de ce point de vue :
 - d'une part les pouvoirs du directeur et du conseil d'administration sont limitativement attribués par le décret de 1946, avec des rôles dévolus à "la caisse autonome nationale" flous, alors que le directeur général de la Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) dispose d'une compétence générale ;
 - d'autre part, la pratique d'une gouvernance par un bureau auquel le conseil d'administration a délégué certains pouvoirs tend, selon l'IGAS³, vers "une direction collégiale de fait";

² Le périmètre d'action des CARMI est en fait interrégional (CARMI Nord Pas-de-Calais, Est, Centre-Est, Ouest, Centre, Sud-est et Sud-ouest).

³ Valérie Delahaye-Guillocheau, Nicolas Durand, Frédéric Salas, Dr Françoise Schaezel, L'offre de soins du régime minier, rapport provisoire de l'inspection générale des affaires sociales, janvier 2010.

- la CANSSM ne dispose pas de tous les moyens nécessaires à l'animation de son réseau :
 - juridiques d'une part, le directeur de la CANSSM ne disposant pas, à l'instar du directeur général de la CNAMTS d'un pouvoir de substitution et de réformation des décisions prises par une caisse régionale ;
 - techniques et humains, la Cour des Comptes notant⁴ que la CANSSM ne dispose pas des moyens de jouer pleinement son rôle de tête de réseau, "son personnel ne comprenant que 8% de cadres supérieurs et 30% de cadres".

[10] Par ailleurs, le contrôle de la caisse nationale ne s'exerce pas pleinement sur les associations issues du régime des mines, du type de l'AHNAC⁵ dans la région Nord Pas-de-Calais ou Hospitalor en Lorraine. Au sein du conseil d'administration de l'AHNAC, la CANSSM est ainsi un acteur parmi d'autres, aux côtés de la CARMi Nord Pas-de-Calais, de la mutualité et d'élus. La CANSSM est représentée au conseil d'administration d'Hospitalor.

1.1.3. Un personnel relevant de règles de gestion différentes

[11] Le nombre de personnels employés par la CANSSM et les CARMIs fait l'objet d'évaluations contradictoires. La direction de la CANSSM l'évalue en septembre 2010 à 6591 personnes, personnel d'aides à domicile compris (1466 personnes), soit 5125 personnes celui-ci non-compris.

[12] La Cour des Comptes dénombrait fin 2007 4780 agents au sein des CARMIs et 192 agents au sein de la CANSSM, tandis que le rapport annuel 2009 d'activité de la CANSSM évaluait à 4856 agents titulaires le personnel du régime (hors aides ménagères).

[13] De plus, les personnels du régime minier relèvent de plusieurs conventions collectives et accords conclus au fil du temps. La direction de la CANSSM recense 6 conventions collectives⁶ et un accord national interprofessionnel applicable aux différentes catégories de personnels. Plusieurs statuts cohabitent au sein du régime des mines, la principale évolution a consisté en un recrutement, depuis 2007, sous convention UCANSS en lieu et place des conventions minières. Les personnels cadres et non-cadres disposent par ailleurs d'un droit d'option, illimité dans le temps mais irrévocable pour passer de la référence minière à la référence UCANSS⁷.

⁴ Cour des Comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre XV, 16 septembre 2009.

⁵ Association Hospitalière Nord-Artois Cliniques

⁶ Agents non-cadres (80% du personnel), cadres supérieurs (90 personnes), omnipraticiens (230), médecins spécialistes (270), chirurgiens-dentistes (40), pharmaciens (160).

⁷ Dans le détail, l'exercice de cette option prévoit:

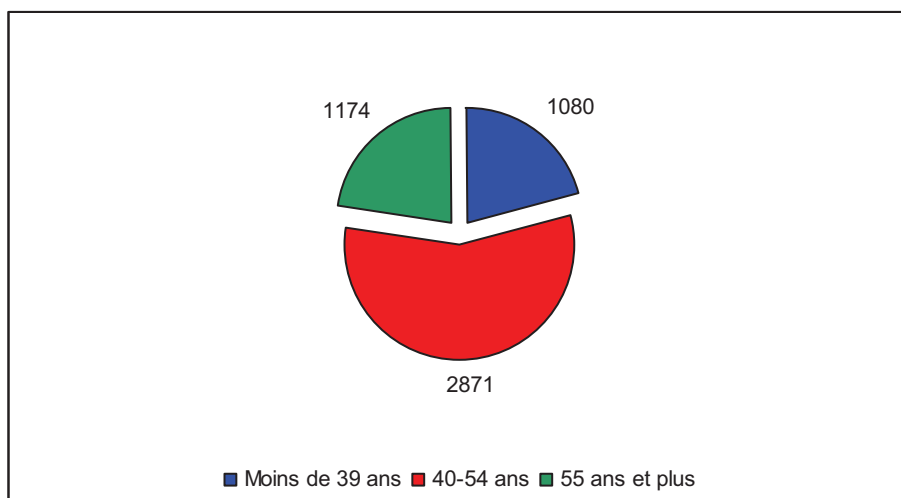
- le passage sous référence UCANSS;
- le maintien des droits viagers (avantages chauffage-logement contenus dans les conventions minières) au niveau atteint à la date d'exercice de l'option sous forme, au choix du salarié, de rente ou de soulte.

| Tranche d'âge | Aides à domicile | Cadre minier | Cadre UCANSS | Cadre santé minier | Non-Cadre minier | Non-cadre UCANSS | Total |
|---------------|------------------|--------------|--------------|--------------------|------------------|------------------|-------|
| < 25 ans | 15 | | | | 6 | 72 | 93 |
| 25-29 ans | 25 | | | 3 | 82 | 200 | 310 |
| 30-34 ans | 26 | | 1 | 25 | 164 | 108 | 324 |
| 35-39 ans | 102 | 7 | | 47 | 237 | 128 | 521 |
| 40-44 ans | 188 | 8 | 1 | 67 | 410 | 113 | 787 |
| 45- 49ans | 320 | 9 | 6 | 112 | 795 | 101 | 1343 |
| 50-54 ans | 394 | 18 | 8 | 153 | 979 | 91 | 1643 |
| 55-59 ans | 304 | 14 | 9 | 161 | 632 | 56 | 1176 |
| 60-64 ans | 77 | 14 | 4 | 98 | 113 | 11 | 317 |
| > 64 ans | 15 | | | 42 | 20 | | 77 |
| Total | 1466 | 70 | 29 | 708 | 3438 | 880 | 6591 |

Source : Direction de la CANSSM, 9 septembre 2010.

- [14] On note que la pyramide des âges du régime minier est déformée vers le haut, ce qui implique des départs à la retraite massifs possibles dès à présent et envisageables dans un avenir proche :

Schéma 1 : Répartition des salariés du régime minier par âge, hors aides à domicile.



1.2. Un régime plongé dans de grandes difficultés

1.2.1. La disparition progressive des fonctions assurantielles

- [15] Le régime des mines est un régime spécial de sécurité sociale qui gère les risques i) maladie, maternité, congés de paternité et décès, ii) AT-MP et iii) vieillesse et invalidité.
- [16] Le régime vieillesse-invalidité a vu sa gestion transférée depuis 2005 à la Caisse des dépôts et consignations, les agents du régime des mines ayant également été transférés à cette occasion.
- [17] Les risques maladie et AT-MP sont donc les seuls gérés par la CANSSM. La COG actuelle prépare le transfert de ces risques vers le régime général, à travers notamment une adaptation du système informatique de la CANSSM.

- [18] Ce transfert des fonctions assurantielles du régime des mines vers le régime général est justifié par sa démographie: avec moins de 200 000 affiliés pour le volet maladie et AT-MP (et moins de 350 000 pensionnés), l'extinction prévue par le décret du 27 août 2010 et une diminution tendancielle de 5% par an du nombre d'affiliés, le volet assurantiel du régime des mines est condamné à terme⁸. Le régime est d'ailleurs financé majoritairement par le mécanisme de la compensation interrégimes.

Tableau 1 : Résultats financiers du régime des mines (volet assurantiel), en m€⁹

| Branche | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------|--------|-------|--------|-------|
| Maladie | -116,1 | -36,4 | -82,7 | -61,7 |
| AT-MP | -52 | 7,2 | | |
| Vieillesse | 103 | -29,1 | -117,6 | 0 |

Source : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, rapport de septembre 2010.

1.2.2. Un recentrage forcé sur une offre de soins lourdement déficitaire

- [19] L'offre de soins du régime minier est "globale et diversifiée" selon le rapport d'activité 2009. Elle relève de la compétence des CARMIs et permet au régime d'assurer une prise en charge à 100% à ses affiliés et à des tarifs conventionnés pour les affiliés non-miniers.
- [20] Cette offre de soins comprend¹⁰ 3 établissements hospitaliers, 10 établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), 8 établissements et maisons de retraite, 1 Institut médico-éducatif, 14 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que les places gérées par les établissements associés au régime minier, soit au total plus de 7800 places et lits autorisés.
- [21] En matière de soins ambulatoires, le régime minier gère 175 centres de santé, 60 pharmacies, 2 laboratoires de prothèses dentaires, 5 laboratoires d'analyses médicales, 14 cabinets d'optique et 3 services d'ambulances, ouverts à 9,6% à des affiliés hors régime minier.
- [22] Les résultats de l'offre de soins du régime minier sont présentés ci-dessous.

Tableau 2 : Résultats combinés des œuvres et établissements du régime minier, m€

| | Résultat 2008 | Résultat 2007 |
|----------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Offre ambulatoire | -9,8 | -10,8 |
| - dont pharmacies | 15,7 | ? |
| - dont centres de santé | -26,9 | -32,3 |
| Etablissements sanitaires | -8 | -4,9 |
| - dont hôpital de Freyming | -6,6 | -4 |
| Etablissements médico-sociaux, SSIAD et aides à domicile | 0,3 | 0,3 |
| Total | -17,5 | -15,4 |

Source : Rapport IGAS, rapports annuels d'activité 2009 et 2008 de la CANSSM.

⁸ Le rapport IGAS précité notait (en janvier 2010) que la plus importante CARMI, la CARMI Nord-Pas-de-Calais, gérait moins de 75 000 bénéficiaires, ce qui représente l'équivalent d'une petite CPAM.

⁹ Dans la suite du rapport, m€ = million d'euros et M€ = milliard d'euros

¹⁰ Chiffres issus du rapport d'activité du régime minier pour 2009.

- [23] A l'exception du secteur médico-social, toutes les œuvres sont déficitaires. La question du déficit du principal établissement sanitaire, l'hôpital de Freyming-Merlebach, est particulièrement préoccupante, d'autant qu'elle s'accompagne dans cette région des déficits des établissements d'Hospitalor, partenaire du régime des mines. Selon l'ARS de Lorraine, les déficits des établissements relevant d'Hospitalor et du régime minier se montent à 20m€ en 2009, soit 19% des produits. Cette situation conduit la mission à faire des préconisations spécifiques en ce qui concerne ces établissements.
- [24] Par ailleurs, ces déficits affichés sont largement sous-estimés, du fait de l'impossibilité de comptabiliser séparément les moyens et les coûts générés par les œuvres de ceux relevant du régime assurantiel. Cette situation est l'une des raisons qui a conduit les commissaires aux comptes à refuser de certifier les comptes combinés du régime pour 2008 et à ne certifier que ceux de la CARMi de l'Ouest, qui compte 44 agents.
- [25] Si cette sous-estimation est reconnue¹¹ par la direction de la CANSSM, les tentatives de chiffrage du déficit réel des œuvres donnent des résultats variables:
- la direction de la CANSSM avance le chiffre de 186m€ (cf annexe 2) ;
 - en appliquant les ratios charges nettes / charges de gestion courantes du régime général aux charges du régime minier, la mission de l'IGAS chiffre ce déficit entre 70 et 100m€.
- [26] Selon le rapport de l'IGAS précité, ces déficits importants présentés par les œuvres sont liés à des sureffectifs au sein des fonctions support des œuvres, aux surcoûts salariaux imposés par l'application du statut minier pour les personnels des œuvres et à certains choix hasardeux de gestion.

2. LA SUPPRESSION DU DISPOSITIF DIT "2.2.B" DOIT ETRE CONFIRMEE MAIS FAIRE L'OBJET DE MESURES COMPENSATOIRES

2.1. La suppression du dispositif dit "2.2.b" ne peut pas être remise en cause

2.1.1. La suppression du 2.2.b comme gage de la non-application des franchises

- [27] La suppression du dispositif appelé 2.2.b, car issu de l'article 2, alinéa 2 point b du décret du 24 décembre 1992¹², s'inscrit dans une volonté de la tutelle de faire appliquer, au sein du régime minier les franchises mises en place depuis la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance-maladie.

¹¹ Selon une note de la Direction de l'Offre de Santé et de l'Action Sociale en date du 25 octobre 2009, "Les déficits comptables des structures constitutives de l'offre de santé du régime ne représentent qu'une partie du financement nécessaire à l'autonomisation complète de cette offre vis-à-vis de son support assurantiel. Les résultats de chaque structure ne retracent pas, en effet, le coût de leurs fonctions supports, actuellement assurées par les caisses régionales et par la caisse nationale, ni d'une partie de leurs investissements ou de leurs actions de prévention et de promotion de la santé".

¹² Article 2, alinéa 2 point b du décret du 24 décembre 1992: "Pour les dépenses exposées par les assurés et leurs ayants droit qui ne sont pas mentionnées aux articles 186 à 188 [du décret du 27 novembre 1946], les règles de remboursement pratiquées au 1er janvier 1993 restent provisoirement applicables, nonobstant les dispositions de l'article 184. Le conseil d'administration d'une caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines peut, après avis de celui de la Caisse autonome nationale, décider de mettre fin à une ou plusieurs dispositions dérogeant aux articles 184 et suivants".

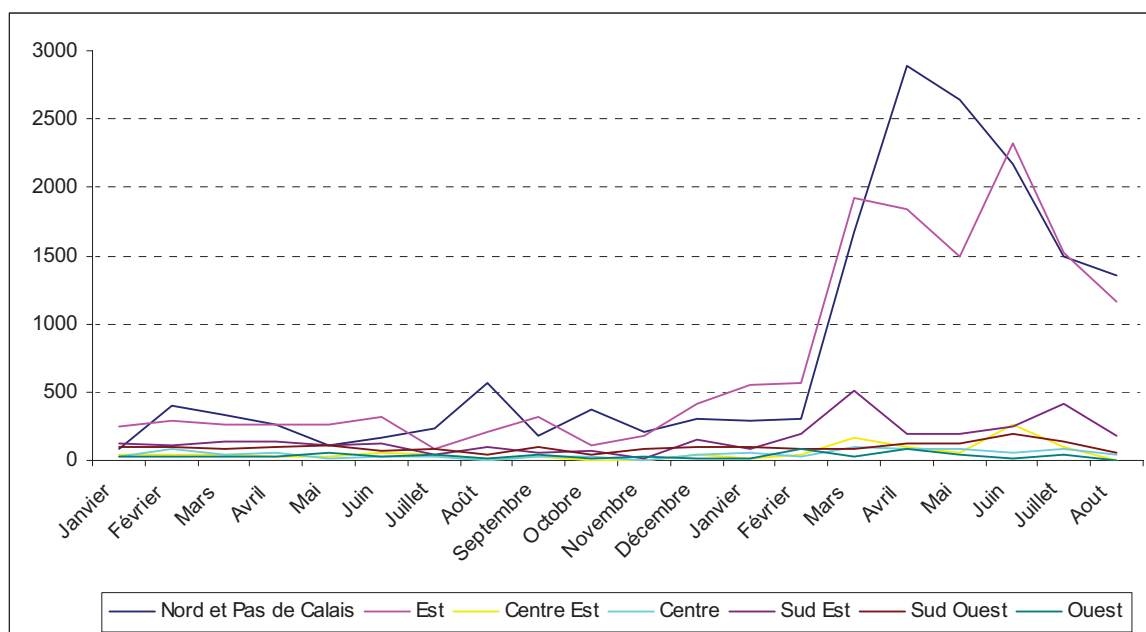
L'article 184 du décret du 27 novembre 1946 prévoit l'application des modalités de remboursement du régime général pour les affiliés du régime minier: "Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les prestations de l'assurance maladie sont servies aux personnes qui sont affiliées au régime minier au titre de ce risque ou sont bénéficiaires d'avantages ouvrant droit à l'assurance maladie dudit régime, ainsi qu'à leurs ayants droit, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que celles qui sont fixées pour le régime général".

- [28] En effet, lors de la mise en place de ces dispositifs (participation forfaitaire d'un euro et franchise médicale), la loi a prévu une application à l'ensemble des régimes de base, y compris les régimes spéciaux. De 2006 à 2009, la tutelle a tenté d'obtenir du régime des mines la récupération de ces participations. Cette démarche s'est trouvée contrariée par plusieurs éléments pratiques, en particulier:
- l'inexistence de flux financiers lors de la prise en charge des assurés par le régime minier, la prise en charge à 100% les rendant inutiles;
 - les difficultés de la CNAMTS à adapter ses systèmes informatiques pour comptabiliser les dépenses des affiliés miniers lorsque ceux-ci font appel au régime général.
- [29] Face à ces difficultés, l'idée de ne pas appliquer les franchises au sein du régime minier pour les patients soignés en dehors de celui-ci en échange d'un provisionnement par le régime de ces dépenses a été proposée par la tutelle le 30 juin 2009. La proposition de financer ce provisionnement par suppression du régime du 2.2.b y figure également. Le 2 septembre 2009, une rencontre est organisée au siège de la CANSSM à ce sujet et le 15 septembre 2009, la Direction de la sécurité sociale présente à la CANSSM le projet de décret supprimant le 2.2.b, la mesure étant applicable au 1^{er} janvier 2010.
- [30] La mission considère qu'il n'est pas opportun de revenir sur la suppression de cette disposition restée transitoire pendant 17 ans. Ceci pour plusieurs raisons:
- parler d'un dispositif 2.2.b relève de l'abus de langage, le dispositif n'étant pas homogène selon les CARMIs dans lesquelles il s'applique et donnant lieu à des exceptions et sous-exceptions par département, commune ou hameau, voire par centre de santé ou pharmacie (cf tableau *infra* récapitulant les prestations couvertes par le 2.2.b). Ce dispositif est donc potentiellement créateur d'inégalités injustifiées ;
 - la persistance d'un tel dispositif est créatrice d'une complexité de gestion telle qu'elle rend l'adossement des systèmes informatiques de la CANSSM à ceux de l'assurance-maladie du régime général impossible. La mission rappelle que le coût de gestion courante par bénéficiaire au sein de la branche maladie de la CANSSM est près de 4 fois supérieur à celui affiché par la CNAMTS (451,5 € par bénéficiaire contre 123€ par bénéficiaire¹³ pour la CNAMTS). La suppression de dispositifs complexes à gérer pour un nombre de bénéficiaires réduits est donc justifié pour la CANSSM ;
 - le dispositif du 2.2.b, par la prise en charge complète des prestations, a conduit les caisses régionales à peu se soucier de la classification des affiliés selon leur pathologie et de l'alimentation en conséquence des systèmes d'information¹⁴. L'existence du 2.2.b a par exemple conduit à une sous-déclaration manifeste des Affections longue durée (ALD) au sein de la population minière. On observe ainsi une hausse brutale du taux de déclaration en ALD depuis la suppression du dispositif 2.2.b, effective au 2 janvier 2010 :

¹³ Source: rapport IGAS, précité.

¹⁴ Le contrôle de gestion de la CANSSM conclut une note du 22 avril 2010 par ces termes: "Cette constatation porte à penser que les pratiques des personnels de santé sont suffisamment homogènes et rigoureuses. Il semble impératif qu'en 2010, les systèmes d'information soient alimentés correctement par les professionnels de santé".

Graphique 1 : Inscription en ALD au sein du régime minier par les CARMIs (janvier 2009 – août 2010)



Source : CANSSM, septembre 2010.

2.1.2. Éléments sur le coût et la nature des prestations couvertes

- [31] La mission a recueilli auprès de la CANSSM les éléments les plus précis dont celle-ci dispose. Les prestations couvertes par le 2.2.b sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Synthèse des pratiques 2.2.b dans les régions

| CARMI | Transports | Cures thermales | Pharmacies |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nord-Pas-de-Calais | Prise en charge à 100%, pas de tiers payant pour les transports réalisés dans le secteur par des transporteurs privés hors recommandation du service transport | 100% du tarif opposable à l'assurance maladie sans conditions de ressources (transport, hébergement et soins) | 100% en hors tiers payant si recours à une pharmacie dans le rayon d'une pharmacie minière. 100% pour les pharmacies en dehors du rayon du tiers payant. Gratuité dans les pharmacies minières, reste à charge de l'assuré les HTI et les STI, selon le règlement d'ASS |
| Est | Remboursement si déplacement hors de la commune de résidence pour recevoir des soins, en particulier auprès d'un kinésithérapeute, médecin spécialiste et hospitalier. Prise en charge de tout type de transport (sur la base des tarifs de transport en commun ou véhicule particulier si prescription médicale) sauf sur le site de Mulhouse. Prise en charge des frais de repas. | 100% du tarif opposable à l'assurance maladie (transport sur la base du billet de 2 ^{ème} classe SNCF + hébergement) | Ticket modérateur de 5% pour le site de Mulhouse si recours à une pharmacie libérale dans le rayon d'activité d'une pharmacie minière. |

| | | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centre-est | <p>En secteur médecine forfaitaire, prise en charge de tous examens réalisés au CMS Claude Gauthiers, y compris actes de kiné.</p> <p>Hors secteur, idem sauf pour les actes de kiné.</p> <p>Dans le secteur d'Epinaç, prise en charge si les examens s'effectuent dans la structure la plus proche du domicile.</p> <p>Dans les départements n° 01, 26, 38, 69, 73 et 74, prise en charge de tous types de transports pour se rendre auprès d'un spécialiste (tous lieux d'activité) ainsi qu'auprès de certains auxiliaires médicaux (kinés, orthoptistes, orthophonistes,...)</p> | <p>100% du tarif opposable à l'assurance maladie (transport sur la base du billet de 2^{ème} classe SNCF + hébergement et soins).</p> <p>Pour les départements n° 01, 26, 38, 69, 73 et 74, prise en charge de la distance de clocher à clocher sans conditions de ressources</p> | |
| Centre | Prise en charge pour les affiliés se rendant chez un médecin spécialiste (ou avec "compétence") ou en établissement d'hospitalisation. | Prise en charge à 100% des frais (transport, séjour, soins) au titre de la maladie, sans conditions de ressources. | |
| Sud-est | <p>Prise en charge à 100% pour les transports hors de la commune de résidence.</p> <p>Gard: prise en charge à 100% selon les dispositions du code de la sécurité sociale pour ceux qui résident hors secteur minier.</p> <p>Hérault: prise en charge à 100% mais application des dispositions du code de la sécurité sociale pour les affiliés ayant opté pour un médecin traitant libéral alors qu'ils résident en secteur minier et pour les hors secteurs.</p> | <p>100% du tarif opposable à l'assurance maladie sans conditions de ressources (transport, hébergement et prestations en espèces si l'arrêt de travail est en rapport avec la cure thermale).</p> | <p>Prise en charge partielle du ticket modérateur pour la commune de Gardanne, y compris le hameau de Biver.</p> <p>Pour les autres communes dans le rayon d'activité d'une pharmacie minière des Bouches du Rhône, prise en charge à 100% et pas de tiers payant.</p> <p>Gard et Hérault: application du ticket modérateur du régime général dans toutes les communes dans le rayon d'une pharmacie minière.</p> |
| Sud-ouest | Prise en charge à 100% pour les affiliés se rendant dans un service spécialisé de la CARMI, dans la limite de 50km. | 100% du tarif opposable à l'assurance maladie sans conditions de ressources. | |
| Ouest | Prise en charge à 100% du tarif opposable le plus économique et le plus adapté pour un traitement médical hors de la commune de résidence. | 100% du tarif opposable à l'assurance maladie sans conditions de ressources (transport, hébergement et soins). | Prise en charge du ticket modérateur pour les dépenses auprès d'une officine libérale située en zone d'activité minière |

Source : Contrôle de gestion de la CANSSM, note du 22 avril 2010.

- [32] Le coût global du 2.2.b n'a jamais été évalué avant que la question de sa suppression se pose. La CANSSM l'a d'abord chiffré à 3,5m€, puis 9m€, ce qui correspond peu ou prou au montant qui aurait été prélevé si les franchises avaient été appliquées au sein du régime minier. Le principal poste de coûts concerne les transports sanitaires:

Tableau 4 : Estimation du coût du 2.2.b pour 2009, en €

| CARMI | Est | NPDC | Centre | Sud-Ouest | Ouest | Centre-est | Sud-est | Total |
|------------|-----------|-----------|---------|-----------|--------|------------|---------|-----------|
| Pharmacies | 2 271 | 693 108 | 195 | 23 360 | 17 628 | 2 626 | 59 106 | 798 294 |
| Cures | 1 211 974 | 219 098 | 21 763 | 67 821 | 8 682 | 14 113 | 101 971 | 1 645 421 |
| Transports | 4 131 982 | 1 462 991 | 236 552 | 87 440 | 70 205 | 232 976 | 408 051 | 6 630 197 |
| Total | 5 346 227 | 2 375 197 | 258 510 | 178 621 | 96 516 | 249 714 | 569 127 | 9 073 912 |

Source : Contrôle de gestion de la CANSSM, note du 22 avril 2010. Ces chiffres sont des estimations. La consommation de la CARMI Est est sujette à caution.

- [33] Comme l'indique un courrier du 15 avril 2010 signé par le Premier Ministre, la gratuité des soins, prévue par le décret de 1946, n'est pas remise en cause par la suppression du dispositif 2.2.b, en particulier pour les assurés en ALD bénéficiant d'une absence de ticket modérateur pour la totalité de leurs soins, ce qui n'aurait pas été le cas si les franchises médicales et des forfaits s'étaient appliqués. La modification apportée par la suppression du 2.2.b concerne le panier de soins sur lequel ce remboursement à 100% s'exerce, qui est désormais celui du régime général.
- [34] Il est évident cependant que la suppression du dispositif a pour conséquence de supprimer certains avantages dont bénéficiaient sans condition de ressources des assurés miniers. À cet égard, le point le plus sensible semble concerner les transports sanitaires auxquels il est fait recours de manière dérogatoire par rapport aux conditions de prise en charge pour des ressortissants du régime général, par exemple hors hospitalisation et hors ALD. Il convient également de souligner qu'il existe dans le régime minier trois services d'ambulances, dont un, dans le Nord Pas-de-Calais, demeure exclusivement ouvert aux affiliés miniers. Les spécificités de prise charge autorisées par le 2.2.b contribuent à rentabiliser ces services.

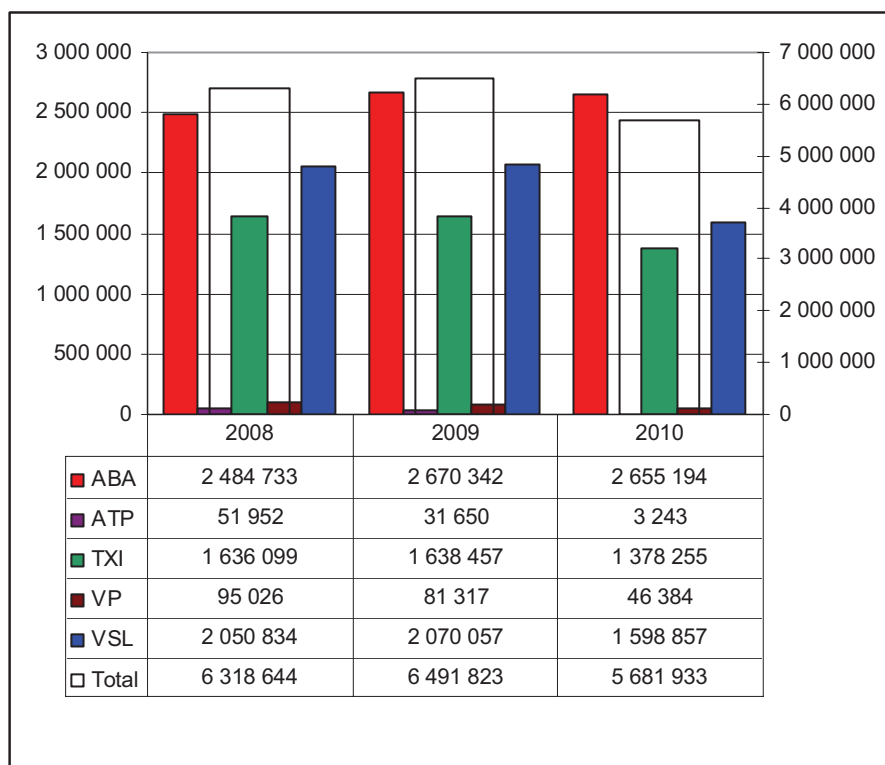
2.2. Des dispositifs compensatoires doivent permettre de limiter l'impact de cette suppression sur la population minière

2.2.1. La question des renoncements aux soins

- [35] Plusieurs acteurs, dont des représentants syndicaux, font état de renoncements aux soins parmi les affiliés du régime minier suite à la suppression du 2.2.b. Ces renoncements toucheraient principalement la question du remboursement des transports.
- [36] Les résultats, en dépenses journalières, du recours au 2.2.b pour les transports sur les deux premiers mois de 2009 pendant lesquels les affiliés ont découvert les conséquences de la suppression du 2.2.b, étendus à toute l'année 2009 sont comparés dans le graphique ci-dessous aux mêmes résultats appliqués aux années 2008 et 2010. La prise en compte des deux premiers mois de l'année vise à neutraliser l'effet de rattrapage des déclarations en ALD observé à compter de mars 2010 qui aurait entraîné, même en cas de maintien du dispositif 2.2.b, une baisse du recours à celui-ci.

Graphique 2 : Dépenses de transport estimées sur l'année à partir des résultats des deux premiers mois, pour 2008, 2009 et 2010.

ABA : Ambulances agréées; ATP: Autre type de transport; TXI: taxi; VP: voiture particulière; VSL: Véhicule sanitaire léger



Source : CANSSM.

- [37] Ces résultats montrent que la baisse du recours aux transports est réelle en 2010 (-12,5% en valeur, -24,4% en volume) et se concentre sur les taxis et les VSL, alors que les transports en ambulance sont peu touchés. Il est probable que le recours aux véhicules individuels sans remboursement ait augmenté. Par ailleurs, il faudrait en toute rigueur pondérer ces évolutions par la baisse du nombre d'affiliés (-7% par an en moyenne), qui vient modérer le recours aux prestations.
- [38] Enfin, on constate une baisse de la dépense moyenne par bénéficiaire, hors hospitalisation, résumée dans le tableau ci-dessous. Cette baisse de la dépense moyenne par tête ne fait toutefois que rejoindre le niveau de 2008, ce qui ne plaide pas pour des renoncements aux soins massifs.

Tableau 5 : Dépense maladie ambulatoire remboursée (hors hospitalisation) pour 2008, 2009 et les 9 premiers mois de 2010

| | 2008 | 2009 | jan-sept 2010 |
|----------------------------------|-------------|-------------|---------------|
| Montant remboursé toutes Carmis | 594 468 504 | 599 755 135 | 410 123 500 |
| Nombre de mois | 12 | 12 | 9 |
| Montant mensuel | 49 539 042 | 49 979 595 | 45 569 278 |
| Nombre de bénéficiaires | 193 157 | 182 990 | 176 238 |
| Montant mensuel par bénéficiaire | 256 | 273 | 259 |

Source : CANSSM, note du 11 octobre 2010.

2.2.2. Des assouplissements doivent être apportés

- [39] La mission estime qu'il doit être garanti que la suppression du dispositif 2.2.b n'entraîne pas de renoncements aux soins. Or, la publication du décret supprimant les dispositions de l'article 2.2.b le 31 décembre 2009 n'a peut-être pas permis à la CANSSM¹⁵ et aux CARMI d'informer suffisamment en amont non seulement l'ensemble des assurés du régime minier, mais aussi les médecins du régime minier qui n'ont pas pu anticiper les changements dans leurs prescriptions et la nécessaire information de leurs patients. Aussi pour une période allant du 1er janvier au 20 février 2010, les CARMI ont refusé de rembourser un certain nombre de frais de transports en raison de la suppression du 2.2.b, alors que les médecins n'ont pas pu prévenir leurs patients des changements intervenus pour leur prise en charge. Ainsi la CARMI Est a refusé de rembourser 2120 factures de frais de transports pour un montant de 111 262 €, soit 1493 factures émises par les transporteurs agréés pour 103 818 € et 627 remboursements directs aux affiliés pour 7444 €.
- [40] Il conviendrait de prendre en compte cette période de transition entre le 1er janvier 2010 et le 20 février 2010 et d'accepter la prise en charge des frais engagés notamment par rapport aux transports des affiliés du régime. La prise en compte des dépenses exposées pendant cette période devrait se faire sur le budget d'ASS, ce qui éviterait d'avoir à modifier le décret du 31 décembre 2009 pour y ajouter une exception rétroactive.
- [41] Par ailleurs, la suppression du 2.2.b entraîne l'alignement des affiliés du régime minier sur les conditions de prise en charge du régime général. S'agissant notamment des frais de transports et de la prise en charge des cures thermales, leur prise en charge sera accordée aux seuls ressortissants relevant des tranches de ressources 1et 2 du barème national de l'action sociale, à savoir moins de 833 € pour une personne seule et moins de 1449 € pour un couple.
- [42] L'action sociale du régime minier a vocation à intervenir pour garantir l'accès aux prestations pour les personnes présentant une situation sociale particulièrement fragile et ne relevant pas de la prise en charge selon les critères du régime général.
- [43] La CANSSM a mis en place un groupe de travail qui a formulé trois propositions en matière de réforme de l'action sociale minière pouvant être mobilisées pour pallier la suppression du 2.2.b :
- la mise en place d'une prestation d'aide au transport, soumise au plafond fixé pour les bénéficiaires de l'ASS – maladie, soit 1317€ par mois pour une personne seule et 2012 € par mois pour un couple en 2009 ;
 - l'application de prestations déjà prévues par le règlement national d'action sanitaire et sociale des mines, couvrant les prestations supplémentaires facultatives ou les participations non-prises en charge par l'assurance maladie pour le remboursement des dépenses de pharmacie ;
 - l'alignement de la prise en charge des cures thermales sur les règles de l'assurance-maladie (65% du billet de train 2^{ème} classe SNCF et des dépenses engagées, 65% des frais d'hébergement dans le cadre d'un forfait, le tout sous plafond de ressources de 14 664,38€ annuels pour une personne seule et 21 996,57€ pour un couple).
- [44] Considérant les coûts 2009 du 2.2.b (9,074m€) fournis par la CANSSM et le fait que 22% des affiliés du régime minier est susceptible de bénéficier de prestations d'ASS (15% d'affiliés pourraient bénéficier de la première mesure, dont le plafond de ressources est plus élevé), les coûts supplémentaires en ASS seraient les suivants :
- 994 000€ pour la première mesure (15% de 6,63m€ de dépenses de transport) ;
 - 176 000€ pour la deuxième mesure (22% de 0,8m€ de dépenses de pharmacie) ;
 - 236 000€ pour la troisième mesure (22% de 1,65m€ de dépenses de cures, remboursées à 65%).

¹⁵ Bien que la DSS ait communiqué à la CANSSM le projet de décret supprimant le 2.2.b le 15 septembre 2009.

- [45] Ce total de 1,406m€ supplémentaires doit toutefois être considéré comme un maximum. En effet, du fait de la sous-déclaration en ALD qui prévalait au sein du régime minier (et qu'il est impossible d'évaluer), de nombreux affiliés pourront continuer à être remboursés à 100% sans avoir recours à l'ASS. Il est par ailleurs possible que le chiffrage de 9,074m€ pour le dispositif 2.2.b soit surévalué. La prise en charge des dépenses des deux premiers mois de 2010 viendra par contre augmenter le budget nécessaire.

Recommandation n°1 : Prendre en compte des dépenses exposées entre le 1^{er} janvier et le 20 février 2010, au titre du budget d'ASS, la suppression du 2.2.b étant intervenue brutalement;

Recommandation n°2 : Utiliser le budget d'ASS de la CANSSM pour les situations individuelles problématiques à hauteur d'1,4m€.

2.3. *La suppression du dispositif du 2.2.b pose la question de l'ouverture des pharmacies minières*

2.3.1. Les pharmacies minières sont condamnées à terme et pénalisent les affiliés

- [46] Actuellement, le régime minier gère 60 pharmacies (dont 34 pour la seule région Nord-Pas-de-Calais), qui ont dégagé un bénéfice net de 16m€ en 2009, contre 15,7m€ en 2008¹⁶. Les pharmacies minières, créées à partir de 1894 par les sociétés de secours minières, permettent d'offrir aux affiliés du régime la délivrance gratuite des médicaments.
- [47] Cette possibilité a pour corollaire l'obligation pour les affiliés miniers de se fournir dans une pharmacie minière, sauf à supporter le tiers-payant et les franchises. L'ouverture des œuvres du régime réalisée par le décret du 2 novembre 2004 –restée très relative au demeurant, de l'ordre de 10%- a laissé les pharmacies de côté. Le décret du 1^{er} août 2006 a confirmé cette fermeture des pharmacies minières et la pénalisation des assurés se rendant dans les pharmacies libérales¹⁷.
- [48] L'obligation pour les affiliés miniers de se fournir dans une pharmacie minière les pénalise : sauf dans certaines régions, la disponibilité de l'offre minière en termes de proximité et d'horaires d'ouverture n'est pas toujours adaptée à une population fragile. Par ailleurs, la gestion des affiliés du régime minier est dérogoire aux règles mises en place par la Convention Nationale Sésame Vitale, qui prévoit la généralisation du tiers payant.

¹⁶ La Cour des Comptes émet toutefois des réserves dans le RALFSS 2010 en ce qui concerne les comptes des pharmacies, notant en particulier une "gestion des stocks [...] peu fiable, ce qui induit un risque d'inexactitude et de fraude".

¹⁷ L'article 1^{er} du décret du 1^{er} août 2006 complète le décret fondateur en ces termes: " Toutefois, [les affiliés du régime minier] font l'avance de la totalité des frais pharmaceutiques et d'appareils engagés auprès d'officines et ils en sont remboursés selon les mêmes modalités que celles applicables aux assurés du régime général, sauf :

1° Lorsque les prestations leur sont dispensées par les pharmaciens couverts par les conventions collectives visées aux articles 76 et 77 ;

2° Lorsqu'ils ne résident pas habituellement dans le rayon d'activité d'un tel pharmacien ;

3° Lorsque la dispense d'avance des frais est prévue par une convention d'ouverture visée à l'article 189 dans sa rédaction applicable avant l'entrée en vigueur du décret du 2 novembre 2004 ;

4° Lorsqu'ils résident dans le rayon d'activité d'une pharmacie de secours minière ouverte à tous les assurés sociaux.

Lorsqu'ils résident habituellement dans le rayon d'activité d'une pharmacie de secours minière qui n'est pas ouverte à tous les assurés sociaux mais qu'ils ne peuvent s'y rendre en raison de l'urgence, dûment vérifiée par la suite par caisse, ils font, en tout état de cause, l'avance des frais pharmaceutiques et d'appareils engagés auprès d'officines mais en sont remboursés intégralement".

[49] Le dispositif 2.2.b masquait ce problème en permettant –dans certaines régions et pas dans d'autres- le remboursement à 100% dans les pharmacies libérales sur une base autre que celle de la convention Sésame Vitale. Avec la suppression du 2.2.b, la mission considère que les affiliés miniers sont soumis à une alternative insatisfaisante: soit se déplacer spécifiquement dans une pharmacie minière pour bénéficier de la gratuité, soit se fournir auprès d'une pharmacie de proximité, le plus souvent pharmacie libérale, et devoir faire l'avance de frais.

[50] Enfin, la mission ne peut que constater que la fermeture des pharmacies minières aux affiliés autres que ceux du régime des mines, généralement vue comme protectrice, est la plus sûre garantie de leur déclin. La population minière étant âgée (moyenne d'âge de 77 ans dans les pharmacies minières du Nord-Pas-de-Calais) et diminuant de 5 à 6% par an, le chiffre d'affaires des pharmacies minières est inéluctablement amené à décliner.

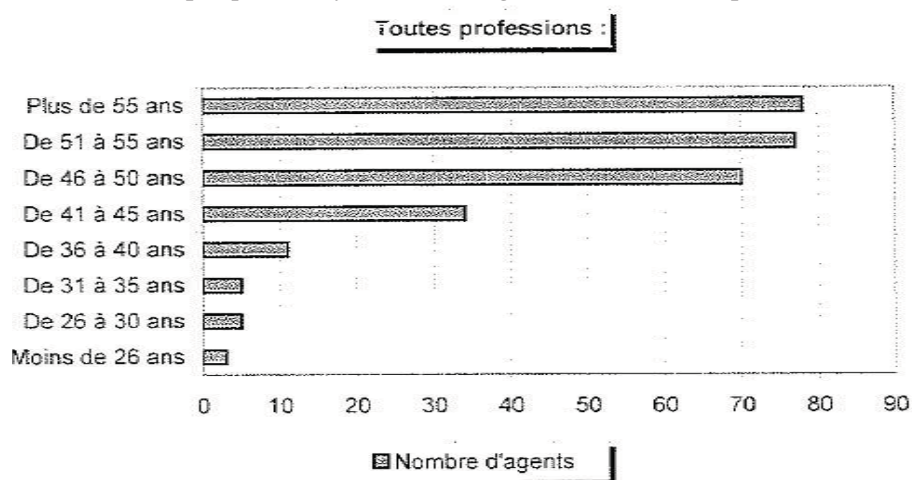
2.3.2. Rétablir pour les affiliés du régime minier la prise en charge à 100% dans les pharmacies libérales

[51] Le rapport Coulomb, réalisé pour le compte du régime des mines suite au décret du 1^{er} août 2006, dessine trois scénarii en ce qui concerne les pharmacies minières :

- le scénario 1 consiste à poursuivre la politique actuellement suivie, qui consiste à fermer progressivement les pharmacies les plus déficitaires, en fonction de la démographie. 8 pharmacies ont été fermées entre 2006 et 2010 ;
- le scénario 2 consiste à rapprocher les pharmacies minières des pharmacies mutualistes. Ce scénario est écarté par le rapport, la généralisation du tiers payant ayant limité l'intérêt des pharmacies mutualistes ;
- le scénario 3 consiste à ouvrir les pharmacies minières aux autres assurés. L'ouverture peut se faire de manière unilatérale (i.e. les affiliés miniers peuvent fréquenter les pharmacies libérales mais pas l'inverse) ou bilatérale. La mission considère toutefois que l'ouverture unilatérale condamne définitivement les pharmacies minières alors que, dans certaines régions, elles compensent une l'offre libérale insuffisante¹⁸.

[52] L'alternative est donc entre le scénario 1 et l'ouverture bilatérale. Le scénario 1 a pour avantage de garantir le plus longtemps possible le caractère bénéficiaire des pharmacies minières dans les bassins de population les plus nombreux. Il permet également de lisser les conséquences sociales des fermetures, du fait d'une pyramide des âges déséquilibrée, particulièrement en ce qui concerne les pharmaciens gérants (43 sur 54 ont plus de 50 ans), pharmaciens assistants ou adjoints (39 sur 85 de plus de 50 ans) et préparateurs ou élèves préparateurs (48 sur 80 de plus de 50 ans) :

Graphique 3 : Pyramide des âges des salariés des pharmacies minières



¹⁸ Hérault et Gard, où des pharmacies minières ont été ouvertes d'office par le préfet.

- [53] Par contre, le scénario 1 ne permet pas de résoudre le problème des affiliés qui vont progressivement voir disparaître les pharmacies minières et vont être confrontés à des exigences de déplacement de plus en plus fortes pour pouvoir bénéficier de la prise en charge à 100%.
- [54] La mission recommande donc d'ouvrir bilatéralement les pharmacies minières et de permettre aux affiliés du régime minier de bénéficier de la prise en charge à 100% et du tiers payant dans n'importe quelle pharmacie. Cela nécessitera une modification des dispositions du code de la santé publique afin que les pharmacies minières puissent être ouvertes à l'ensemble de la population en dérogeant à la règle de l'identité entre le gérant et le propriétaire de l'officine.
- [55] La mission est consciente que cette ouverture va entraîner la disparition d'environ 2/3 des pharmacies minières (selon une étude de la CANSSM datant de 2007, 17 pharmacies restent viables à horizon de deux ans sous réserve de l'adaptation des effectifs). La mission note par ailleurs que dans certains départements, des conventions ont déjà prévu une ouverture limitée des officines minières¹⁹, en application de la COG 2008-2011. Le choix de ce scénario ne fait qu'accélérer un déclin inévitable à réglementation inchangée, tout en préservant les intérêts des affiliés du régime minier.
- [56] Pour les pharmacies minières fermant, des structures et mesures de reclassement devront être mises en œuvre par le(s) repreneurs des œuvres minières (cf *infra*): utilisation des avenants n°5 et n°20 de la convention collective des pharmaciens miniers prévoyant l'un des possibilités de reconversion des pharmaciens miniers et l'autre des mesures de préretraite, reclassement possible comme pharmaciens-conseils auprès des organismes de sécurité sociale ou dans le privé²⁰. Afin de garantir la qualité du reclassement des salariés des pharmacies minières, il pourrait être envisagé de fixer une période transitoire de deux ans avant de réaliser l'ouverture bilatérale.

Recommandation n°3 : Ouvrir les pharmacies du régime minier aux autres assurés et autoriser les affiliés du régime minier à se fournir dans des pharmacies non-minières avec maintien d'une prise en charge à 100%.

3. LES ACTIVITES ASSURANTIELLES DU REGIME MINIER DOIVENT ETRE TRANSFEREES AU REGIME GENERAL

3.1. Le transfert des fonctions assurantielles au régime général doit être l'occasion d'en améliorer la gestion

- [57] On l'a dit, le nombre d'affiliés du régime minier baisse de 5 à 6% par an, ce qui représente environ 180 000 affiliés au titre de la maladie et 340 000 au titre de la vieillesse. Afin de tenir compte de cette évolution démographique, la COG 2008-2011 prévoit d'une part un recentrage des fonctions assurantielles auprès de la CANSSM et d'autre part un "adossement technique" au régime général (points 2.2 à 2.4 de la COG 2008-2011).

¹⁹ Exemple: convention d'ouverture du 30 octobre 2007 entre la CARMi du Centre et le syndicat départemental des pharmaciens de la Loire permettant à tout assuré ayant désigné un médecin exerçant dans un centre de santé minier comme médecin traitant ou ayant eu recours à un desdits médecins de retirer les médicaments prescrits dans une pharmacie minière.

²⁰ A noter que le reclassement comme pharmacien d'officine n'est pas en l'état actuel de la réglementation possible, les pharmaciens miniers, tout comme les pharmaciens mutualistes, n'étant pas titulaires d'une officine. Toutefois, la réglementation française devra s'adapter aux évolutions européennes sur ce sujet à court ou moyen terme.

- [58] Comme le note la Cour des Comptes dans son rapport précité, la version initiale de la COG 2008-2011 prévoyait un transfert des activités assurantielles de la branche maladie au régime général. Devant les réactions des organisations syndicales au conseil d'administration de la CANSSM, la formule de l' "adossement technique" a finalement été retenue, sans que la COG soit explicite sur les conséquences logiques qu'il conviendrait d'en tirer²¹.
- [59] L'adossement technique prévu devrait être mis en place à compter de 2011. Il est donc probable que la prochaine COG prévoit la migration de la fonction assurantielle du risque maladie du régime minier vers le régime général. En ce qui concerne la branche vieillesse-invalidité, elle a été transférée dès 2005 à la caisse des dépôts et consignations.
- [60] Dès lors, le régime des mines va être confronté à une évolution majeure qui est la disparition des fonctions assurantielles. Le recentrage du régime sur l'offre de soins est d'ailleurs une des priorités affichées par la direction du régime des mines²². Plus qu'un recentrage, cette disparition de l'activité assurantielle implique l'autonomisation comptable et de gestion des œuvres. En d'autres termes, la pratique actuelle de dilution des déficits des œuvres dans l'activité assurantielle –elle-même financée à hauteur de 68% de ses produits par la compensation inter régimes²³ - va devoir être abandonnée et les déficits réels des œuvres vont apparaître au grand jour (cf point 1.2.2 *supra*).
- [61] Toutefois, les dettes cumulées des œuvres ayant été noyées dans les déficits récurrents du régime minier dans son ensemble, la première démarche à mettre en œuvre est la réalisation de bilans séparés pour les deux parties du régime minier. Ces bilans permettront d'identifier les passifs des œuvres.
- [62] La direction de la CANSSM s'est engagée dans un scénario en 2 temps :
- tout d'abord renforcer la gouvernance du niveau national (CANSSM) par rapport aux CARMIs en développant une marque reprenant l'ensemble des œuvres du régime minier au niveau national, "Filiaris" créée en septembre 2009. La COG 2008-2011 encourageait d'ailleurs cette évolution (point 3.1.2.2);
 - apurer les déficits des œuvres par une meilleure gouvernance "tout en conservant un statut (et un financement) d'organisme de sécurité sociale pour une durée telle qu'elle puisse assurer la viabilité économique des structures de santé". Dit autrement, cela consiste à faire financer par la compensation inter régimes la remise à niveau des œuvres du régime minier.
- [63] La mission est en désaccord avec cette approche:
- elle considère que la gestion d'une offre de soins diversifiée sous forme de filière intégrée nécessite des compétences et des moyens d'animation qui n'existent pas pour le moment à la CANSSM (la direction médicale est ainsi de création récente). En ce cas, mieux vaut réorganiser l'offre sur une base régionale en lien avec les ARS ;
 - elle considère que le calendrier prévu n'est pas suffisamment rigoureux en matière de retour à l'équilibre (le retour intervenant après la refonte des institutions, soit vers 2015) et surtout n'offre aucune garantie de succès ;

²¹ La formulation utilisée dans la COG signée est la suivante: "Au-delà, la baisse de la démographie du régime amène à envisager, dans des conditions et selon un calendrier à définir, l'adossement de la gestion de la branche maladie au régime général. Les instances de la CANSSM engageront une réflexion sur les conditions de sa réalisation notamment au regard de la garantie de l'emploi et du nécessaire accompagnement des parcours professionnels des agents concernés. L'Etat s'engage, le moment venu, à soutenir le régime minier pour qu'il étudie ces évolutions et à conclure en temps utile avec la CNAMTS et la CANSSM une convention comportant des volets technique et financier incluant notamment les garanties d'emplois offertes aux personnels concernés".

²² Entretien du directeur général de la CANSSM à l'agence AEF, dépêche n° 138006, 27 septembre 2010.

²³ Source Cour des Comptes, RALFSS 2010, septembre 2010. Pour des produits bruts de 0,46Md€ et un résultat brut de -1,12Md€ en 2008, la compensation inter régimes apporte 1Md€ à la CANSSM, soit 68,4% des produits.

- elle estime enfin que la compensation inter régimes mise en place en 1974, qui avait pour but de compenser des déséquilibres démographiques et contributifs entre régimes vieillesse d'une part et maladie d'autre part, a été détournée afin de combler les dettes accumulées par l'offre de soins minière. L'apurement de ces dettes doit prioritairement reposer sur la vente des actifs du régime minier et non sur la solidarité nationale.

[64] *A contrario*, la mission considère que l'évolution prévisible des fonctions assurantielles du régime minier vers le régime général incite plutôt à autonomiser comptablement la partie relative aux œuvres par rapport à la partie assurantielle.

[65] Il faut également profiter de l'adossement au système informatique du régime général, pour engager des discussions afin d'intégrer la gestion assurantielle dans les services des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) dans chaque département. On peut estimer que ce transfert à l'intérieur des institutions de sécurité sociale concernera près de 400 agents du régime minier représentant 210 ETP (estimations IGAS et CANSSM). Il conviendra d'engager des discussions avec la direction du régime général pour arrêter les conditions générales de ce transfert et sa concrétisation au niveau des 7 CARMI.

[66] Ce transfert doit se faire en tenant compte des spécificités de certains affiliés du régime minier, principalement des anciens mineurs de fond qui présentent des pathologies chroniques liées à l'exercice de leur dur métier. Leur basculement vers les caisses primaires ne doit pas constituer une rupture dans la prise en charge de leur état de santé. Il s'agit en particulier d'attirer l'attention du service médical des caisses primaires sur les pathologies spécifiques dont ils souffrent afin qu'une attention particulière soit portée à l'examen de leur situation médicale. L'expérience du transfert des médecins-conseils miniers dans les CPAM depuis 2009 pourra être mise à profit.

[67] La mission estime qu'il faudra réfléchir à l'installation des agents en charge de la gestion du public spécifique des mines au sein d'une ou de quelques CPAM bien identifiées plutôt que de disperser les agents dans chaque CPAM. Sans mettre en place une caisse spécifique, il pourrait être envisagé que les CPAM de Lille, Lens ou Nancy concentrent les moyens de gestion des affiliés. Cette spécialisation existe déjà au sein de l'assurance maladie: ainsi la CPAM de Vannes gère t'elle les questions d'affiliation internationales pour l'ensemble du réseau.

Recommandation n°4 : Transférer la gestion des risques maladie et AT/MP ainsi que le personnel qui en a la charge au sein du régime minier au régime général le plus tôt possible.

Recommandation n°5 : Identifier quelques CPAM et y concentrer les effectifs en charge de la gestion des affiliés du régime minier.

Recommandation n°6 : Mettre en place une profonde révision des comptes de la CANSSM et des CARMI pour identifier ce qui relève des œuvres et ce qui relève de l'activité assurantielle, de manière à faire certifier les comptes du régime.

3.2. *L'action sanitaire et sociale doit être confiée à l'ANGDM*

[68] La disparition des activités assurantielles va poser la question du devenir de l'action sanitaire et sociale, actuellement gérée selon un règlement national par la CANSSM. Le transfert et l'affiliation des ressortissants du régime minier aux caisses primaires du régime général devront tenir compte malgré tout de l'histoire minière elle-même, une histoire marquée par une prise en charge globale de la santé des mineurs.

[69] Les particularités de cette prise en charge globale constituent pour les ayants droits miniers et leurs conjoints une sécurité et une garantie d'accès et de prise en charge des soins. Il me semble donc nécessaire d'atténuer les inquiétudes compréhensibles que suscitera leur transfert au régime général. Aussi, la mission recommande de maintenir auprès des caisses primaires une instance spécifique chargée de la mise en œuvre d'une aide sociale aux bénéfices des affiliés du régime minier. De plus, au sens de la mission, l'action sanitaire et sociale a vocation à être mobilisée pour accompagner la suppression du 2.2.b, ce qui justifie le maintien de sa spécificité.

[70] En termes institutionnels, deux pistes pourraient être suivies:

- soit l'ASS est transférée au régime général à l'occasion du transfert des risques maladie et AT/MP, auquel cas la mission estime nécessaire, au sein des caisses du régime général qui serviront les prestations, de maintenir une "identité minière" spécifique;
- soit l'ASS est confiée à l'Agence Nationale pour la Garantie des Droits des Mineurs, dont la loi prévoit qu'elle reprenne à son compte les engagements sociaux des anciennes entreprises minières envers leurs salariés. Cette piste est privilégiée par la mission, l'ANGDM disposant déjà de structures sur le terrain plus proches de la population minière.

Recommandation n°7 : Confier les budgets et la charge de l'action sanitaire et sociale à l'ANGDM.

4. L'OFFRE DE SOINS MINIERE DOIT ETRE PROFONDEMENT REFORMEE EN CONFIAANT SA GESTION A DES PARTENAIRES SOLIDES

[71] Toutes les analyses et tous les experts rencontrés au cours de la mission convergent pour faire des œuvres le cœur du problème du régime minier aujourd'hui. Trop longtemps exclusivement ouvertes aux seuls ressortissants du régime minier, confrontées aujourd'hui aux difficultés inéluctables de la démographie des affiliés miniers, les œuvres sanitaires et médico-sociales minières sont condamnées à évoluer en engageant des réformes structurelles profondes.

[72] Les principaux handicaps qui justifient ces évolutions sont :

- le déclin démographique des usagers miniers,
- les difficultés d'une ouverture à l'ensemble de la population des bassins concernés, trop tardivement engagée avec un enthousiasme limité,
- une prise en charge médicale inégale qualitativement,
- une gouvernance impuissante pour porter de vraies réformes structurelles,
- une gestion insuffisamment différenciée des activités assurantielles (pas de comptabilité analytique),
- des charges élevées dues en particulier à des sureffectifs et à une convention collective très coûteuse;
- des activités et des structures dès lors lourdement déficitaires dont la conséquence est un déficit annuel pour l'ensemble du régime minier estimé à près de 120 millions d'euros.

[73] Pourtant, les œuvres sanitaires et médico-sociales du régime minier présentent aussi un certain nombre d'atouts qu'il s'agit de valoriser au service des territoires où elles sont implantées :

- les centres de santé sont implantés dans les territoires qui risquent d'être fragilisés par la faiblesse de la démographie médicale ;
- les centres de santé peuvent trouver leur place dans une politique de développement des maisons médicales afin de compenser le manque d'attractivité médicale par les avantages associés à un exercice groupé ;
- dans l'ensemble, les structures médico-sociales (EHPAD) comme les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) offrent des prises en charge de qualité et sont dans des situations financières moins fragiles.

[74] Les perspectives des œuvres minières varient donc en fonction des territoires et de leurs besoins ainsi que des structures elles-mêmes. Il convient donc d'analyser leurs perspectives futures en fonction de leur secteur :

- l'offre minière court séjour ou MCO,
- l'offre de soins ambulatoire
- l'offre de soins médico-sociale.

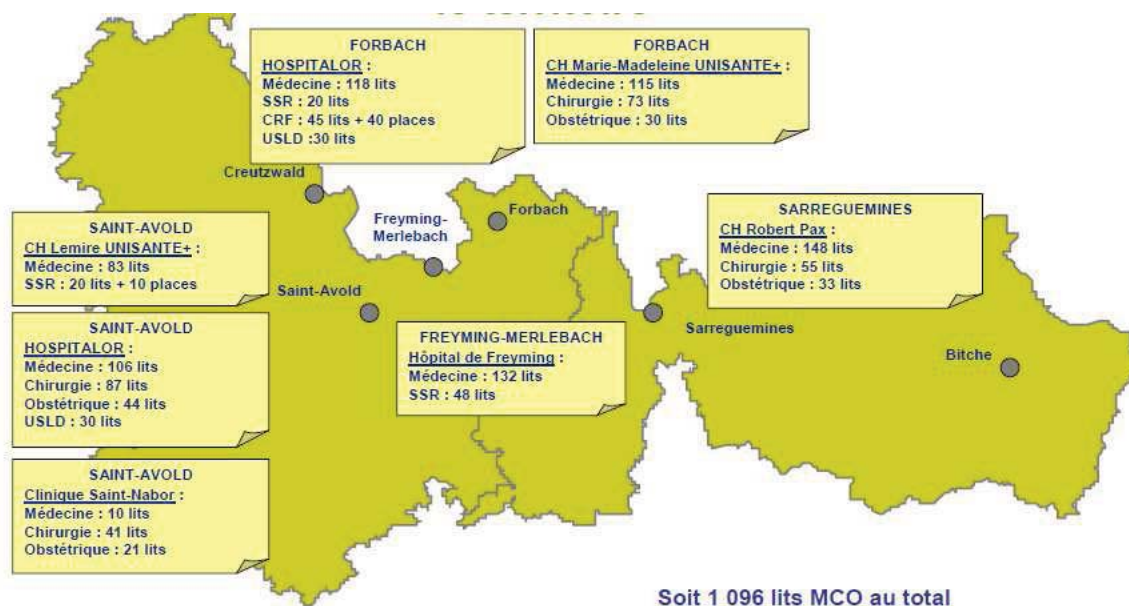
[75] Enfin, la restructuration de l'offre de soins minière posera, après le transfert de la fonction assurantielle, le problème des fonctions supports, portées à la fois par les CARMI et par les œuvres, qui constituent une part significative du déficit du régime minier.

4.1. *Les activités de MCO du régime minier en Lorraine doivent être regroupées autour de l'hôpital public*

4.1.1. L'offre du régime minier en matière de MCO est menacée à court terme

[76] Le bassin houiller présente, avec une population de 350 000 habitants et une évolution négative, des caractéristiques particulières en matière d'offre de santé. Alors que le vieillissement de la population frappera fortement ce territoire, nécessitant une offre médico-sociale étoffée, c'est l'offre en matière de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) qui prédomine. Les trois secteurs (public (UNISANTE +), privé sans but lucratif (Hospitalor et Hôpital de Freyming) et privé à but lucratif (Clinique St Nabor)) sont représentés sur ce territoire, avec 7 structures au total éclatées entre 4 localisations:

Schéma 2 : L'offre de soins sur le territoire de santé du bassin houiller



Source : ARS de Lorraine, 30 septembre 2010.

[77] Au sein de cette offre, le régime des mines est présent à travers l'hôpital de Freyming-Merlebach, géré par la CARMI Est et les établissements gérés par Hospitalor. L'association Hospitalor, créée en 1977 suite au désengagement des Houillères et de Charbonnages de France du bassin houiller lorrain est proche du régime des mines, le régime étant majoritaire dans les instances délibérantes de l'association. Par ailleurs, les autorisations d'activité des établissements de la CARMI Est ont été transférées à Hospitalor, qui les exploite avec du personnel mis à disposition par la CARMI Est. La mission a donc pris le parti de considérer ensemble l'offre de santé de la CARMI Est et d'Hospitalor.

- [78] La situation financière des établissements tant d'Hospitalor que de la Carmi Est est très préoccupante : l'hôpital de Freyming Merlebach voit son déficit se creuser d'année en année (6,6m€ en 2008, environ 9m€ en 2009 et 10m€ en 2010 attendus, cf point 1.2.2 *supra*) tandis que les structures MCO d'Hospitalor ont vu leur déficit passer de 6m€ en 2008 à 10,9m€ en 2009 (alors que les activités médico-sociales d'Hospitalor restent bénéficiaires à hauteur de 1m€ en 2009). Au global, le déficit cumulé des secteurs MCO et SSR des établissements de la Carmi – Hospitalor atteint en 2009 20m€, soit 19% des produits générés par leur activité.
- [79] Ces déficits sont à rechercher, selon l'ARS dans les surcoûts salariaux liés à l'utilisation de la convention collective minière au lieu de la convention collective de l'hospitalisation privée sans but lucratif (convention FEHAP)²⁴, des effectifs trop élevés par rapport à l'activité réelle²⁵ et une mauvaise structuration de l'offre de soins.

4.1.2. La sauvegarde de cette offre passe par une réorganisation globale de l'offre de soins dans le bassin houiller de Lorraine

- [80] Le projet de plateau technique unique (PTU) à l'ensemble du bassin houiller a été retenu au titre des financements du plan Hôpital 2012 à hauteur de 82m€. La CANSSM a provisionné 30m€ pour accompagner ce projet d'investissement lourd, dont Hospitalor devait être maître d'ouvrage. Il vise à la construction d'un nouvel ensemble hospitalier dans le bassin houiller.
- [81] Cependant, la mise en œuvre de ce projet est subordonnée à une restructuration préalable de l'offre de soins au sein du bassin houiller, laquelle devait permettre un retour à l'équilibre des différentes structures. Manifestement, cette condition n'est pas remplie aujourd'hui et la mise en place du PTU, qui est le fruit d'une réflexion de plusieurs années, ne permet pas d'éluder la question plus pressante concernant les établissements de la Carmi Est et d'Hospitalor.
- [82] La mission estime que le projet de PTU n'est plus d'actualité et qu'il serait nécessaire de rediriger les financements y affectés vers un projet plus modeste de spécialisation des activités des établissements du bassin houiller. Cela permettrait de restructurer l'offre sanitaire du bassin sur une base plus rationnelle et de maintenir, en les transformant, les activités des établissements du régime minier.
- [83] L'idée est de regrouper les soins aigus sur un pôle bi-sites entre Forbach et Sarreguemines d'une part et de transformer l'offre de soins disponible à St Avold de manière éclatée entre 3 acteurs sur un seul site mutualisant les compétences publiques et privées. Enfin, l'hôpital de Freyming pourrait être spécialisé sur les soins de suite et de réadaptation pour l'ensemble du bassin.
- [84] Quel que soit le projet retenu *in fine* par l'ARS, la mission insiste sur trois points à prendre en compte :
- il est nécessaire de séparer les activités de MCO des activités de SSR afin de réduire la part des premières sur le territoire du bassin houiller ;
 - en préalable à toute réorganisation de l'offre de soins du régime minier, il sera nécessaire de recapitaliser les établissements. L'ARS Lorraine évalue à environ 150m€ la somme nécessaire pour apurer les passifs de l'hôpital de Freyming et des structures d'Hospitalor. Cette recapitalisation incombe en partie au régime minier, mais elle ne pourra être gagée en totalité sur les réalisations des ventes immobilières (évaluées au maximum à 116m€ pour le patrimoine de la CANSSM et à 134m€ pour le patrimoine de l'ensemble des CARMIs). La réorientation de crédits provisionnés par la CANSSM (30m€) et le ministère de la santé (82m€) au titre du PTU doit être envisagée ;

²⁴ Selon les chiffres de l'ARS Lorraine, les coûts de personnel atteignent 86% des coûts globaux contre une moyenne d'environ 70%.

²⁵ Le rapport de l'IGAS pointait une part des personnels techniques et administratifs de l'ordre de 27% pour l'hôpital de Freyming très élevée par rapport aux standards du secteur et une absence de maîtrise de la charge salariale: tant à l'hôpital de Freyming que sur les sites d'Hospitalor, les embauches ont continué en 2008-2009.

- les enjeux de ressources humaines doivent également être préparés. Il est certain que la réorganisation entraînera des suppressions de postes au sein des structures issues du régime minier ainsi que de nombreux changements d'activité. Ces suppressions doivent être mises en regard des perspectives que la réorganisation donnera à ces structures. En d'autres termes, le maintien en l'état actuel des choses serait la pire des solutions, conduisant à l'arrêt des activités à court terme faute de financements. La mission insiste sur deux points :
 - un effort particulier de formation devra être réalisé par une partie significative du personnel des structures du régime minier afin de s'adapter aux nouvelles activités développées (SSR et médico-sociales notamment). Les personnels doivent être accompagnés dans cet effort ;
 - les suppressions de postes doivent permettre de sortir des difficultés financières actuelles (80% des déficits sont imputables aux charges de personnel). Elles doivent être réalisées au maximum par l'utilisation des dispositifs prévus par le statut du mineur, en particulier les avenants 24 et 25²⁶. L'avenant 25 n'est toutefois pas applicable aux médecins. Pour les emplois sauvegardés, une phase de négociation devra s'ouvrir avec les nouveaux employeurs publics afin d'intégrer, les personnels et de compenser, pour une période transitoire les pertes d'avantages liés aux conventions minières (cf *infra* pour les dispositifs de droit commun pouvant être adaptés).

[85] En tout état de cause, la mission réaffirme sa conviction que la pire des solutions serait de ne rien faire. Elle estime que l'adossement des structures du régime minier à un pôle organisé autour de l'hôpital public est de nature à garantir de la manière la plus efficace la pérennité des activités au sein du bassin houiller. Cette évolution comporte certes des sacrifices et efforts importants, mais elle donne des perspectives pérennes aux œuvres issues du régime minier dans cette région.

Recommandation n°8 : Abandonner le projet PTU et adosser, selon un schéma et des modalités à définir par l'ARS Lorraine, l'offre de soins de court séjour de la CARMI Est et d'Hospitalor à l'hôpital public.

Recommandation n°9 : Apurer les dettes des œuvres par réorientation de crédits et vente du patrimoine immobilier de la CANSSM.

4.1.3. La situation est moins critique dans les autres régions

[86] Une situation en apparence équivalente concerne l'Association Hospitalière Nord-Artois Cliniques (AHNAC), groupe d'origine minière créé en 1977 qui gère 5 établissements de santé privés sous statut ESPIC, un service de psychiatrie et deux services d'hospitalisation à domicile. Troisième opérateur de santé de la région (derrière le CHRU de Lille et le CH de Valenciennes), l'AHNAC présente des difficultés financières qui ont justifié la signature d'un plan de retour à l'équilibre avec l'ARS Nord-Pas-de-Calais.

²⁶ L'avenant n°24 (1995) à la convention collective des non-cadres "relatif au départ à la retraite normale ou anticipée" prévoit l'accompagnement des agents de plus de 55 ans ayant une ancienneté de plus de 15 ans. Alors que les salariés du régime minier peuvent bénéficier d'une retraite à taux plein à compter de 55 ans et d'une durée de cotisation de 120 trimestres, l'avenant n° 24 prévoit une allocation de préretraite, des indemnités de départ et un rachat des avantages chauffage-logement en cas de suppression du poste concerné.

L'avenant n° 25 (1995) à la même convention collective accompagne tout agent quittant volontairement, en accord avec son employeur, un organisme local ou régional de sécurité sociale minière lorsque son poste est supprimé. A condition que le salarié ait au moins 5 ans d'ancienneté et une distance de plus de 5 ans à la retraite, il reçoit une prime de conversion, le rachat des avantages chauffage-logement, des indemnités compensatrices de perte de salaire pendant un an et des indemnités liées à la réadaptation professionnelle.

Les avenants n° 74 et 77 (2009) à la même convention prévoient le principe (n°74) et les modalités (n°77) du droit d'option des personnels non-cadres de la convention minière vers la convention UCANSS, à savoir un droit d'option illimité dans le temps mais irrévocable, qui implique l'arrêt de l'acquisition des avantages en nature chauffage-logement. Le bénéfice des prestations déjà acquises au jour d'exercice du droit d'option est maintenu perdue toutefois sous forme de soulte ou de rente.

- [87] La CANSSM et la CARMI Nord-Pas-de-Calais sont membres du conseil d'administration de l'AHNAC et détiennent des créances à hauteur de 21m€ sur le groupe. Les réorganisations mises en œuvre par l'ARS Nord-Pas-de-Calais ont toutefois conduit à une recapitalisation du groupe AHNAC en faisant appel aux organismes mutualistes, les créances du régime minier ayant été transformées en parts de SCI du groupe AHNAC. La mission se félicite de cette décision et recommande, à terme de désengager la CANSSM et la CARMI Nord-Pas-de-Calais de la gestion de l'AHNAC afin de dégager des ressources utilisables pour apurer les passifs divers. Ce désengagement ne doit pas déstabiliser le retour à l'équilibre financier de l'AHNAC; il devra donc s'effectuer selon les indications de l'ARS Nord-Pas-de-Calais.

Recommandation n°10 : Désengager, en fonction du calendrier contractualisé avec l'ARS Nord-Pas-de-Calais, le régime minier de l'AHNAC.

- [88] Le régime des mines gère également une polyclinique à Carmaux, sur laquelle la mission n'a pas d'éléments à apporter.

4.2. Les activités de SSR, médico-sociales et ambulatoires doivent être reprises par d'autres acteurs du secteur sanitaire et médico-social

4.2.1. Une offre diversifiée aux résultats inégaux

- [89] L'offre de soins hors MCO et hors pharmacies du régime minier est composée d'un volet ambulatoire et d'un volet en établissements divers (cf *supra* point 1.2.2 et annexe 3). Les résultats de ces diverses activités apparaissent très contrastés. Les principaux points sont les suivants :

- les centres de santé (principale composante de l'offre ambulatoire) affichent un déficit de 25,4m€ en 2009, en réduction par rapport aux années précédentes même si l'objectif fixé par la COG de diviser par deux le déficit 2006 (35,5m€) d'ici 2010 ne sera sans doute pas atteint. D'autant que les bénéfices des structures excédentaires permettant d'amortir ces pertes (pharmacies et laboratoires d'analyses médicales notamment) sont en baisse. L'IGAS pointait dans son rapport précité des facteurs structurels rendant ces centres peu rentables: une petite taille (1,5 ETP en moyenne contre 5 à 10 habituellement), une absence de projet de santé réellement déterminé, des conventions collectives généreuses ;
- les institutions médico-sociales, légèrement bénéficiaires et d'ampleur encore assez réduite, sont bien insérées dans le tissu local ;
- les établissements de SSR sont quasiment tous déficitaires mais rendent un réel service dans des régions sous-médicalisées, en particulier les établissements à orientation gériatrique ;
- les services à la personne sont viables économiquement et leur activité est satisfaisante.

4.2.2. Les activités hors MCO du régime ont vocation à être reprises

- [90] La COG 2008-2011 fixe les objectifs du régime minier en matière de soins ambulatoires :
- diversifier, améliorer, et compléter les services affiliés,
 - rendre pleinement effective l'ouverture et contribuer au développement des œuvres du régime, mutualiser les moyens et maîtriser les coûts.
- [91] L'intérêt de cette offre ambulatoire est d'être présente dans des territoires fragiles du point de vue de la santé publique et du point de vue de la démographie médicale, en proposant des prestations à tarifs conventionnés. Sa suppression poserait donc problème dans ces territoires.

[92] De la capacité de l'offre de soins ambulatoires pilotée par les sept CARMIs de s'ouvrir à l'ensemble de la population des bassins de vie concernée dépendra pour partie le maintien d'un accès aux soins de qualité pour la population de ces secteurs. À l'heure où l'offre médicale est confrontée à une crise d'identité qui fragilise l'exercice libéral lui-même, à l'heure où le concept de maison de santé est considéré comme l'une des réponses pour répondre aux nouvelles aspirations d'exercice des médecins mais aussi aux risques de désertification médicale, il serait paradoxal que l'offre de soins ambulatoires du régime minier ne puisse pas être au rendez-vous de cette évolution.

4.2.2.1. Option 1: poursuite de la mise en place d'une filière nationale interne au régime minier, "Filiaris"

[93] La piste actuellement suivie par le régime des mines est l'application de la stratégie de filière nationale de l'offre de soins à travers la marque "Filiaris", décrite au point 3.1.1. Cette stratégie vise à pérenniser l'offre de soins du régime minier et à mieux la structurer. La stratégie nationale se décline en projets régionaux de santé, reflétant les compétences des CARMIs.

[94] Le transfert aux agences régionales de santé de la responsabilité d'optimiser le parcours de soins grâce à une offre de santé ambulatoire, hospitalière et médico-sociale plus cohérente et mieux coordonnée, impose d'inscrire l'offre de soins minière dans les différents territoires de santé. Cela doit s'articuler avec une gestion centralisée permettant de mutualiser ce qui peut l'être.

[95] Or, la mise en œuvre de la marque Filiaris n'a pas permis à ce jour à la CANSSM de développer cette approche à la fois centralisée et territorialisée, par la discussion avec les ARS. Les discussions avec divers acteurs, gestionnaires comme syndicaux, du régime minier témoignent d'une réelle méfiance vis-à-vis d'une structure nationale, reflet des relations délicates entretenues par certaines CARMIs avec leur caisse nationale. L'exercice d'un réel leadership de la direction de la CANSSM sur l'offre de soins minière supposerait une révolution culturelle et managériale dont rien ne garantit qu'elle puisse s'opérer dans le calendrier très court prévu par la CANSSM. On peut également douter de la capacité de la CANSSM à imposer les mesures nécessaires à un redressement financier rapide, les partenaires sociaux n'acceptant pas plus que par le passé la perte des "acquis miniers".

4.2.2.2. Option 2: transférer les œuvres du régime minier au groupe UGECAM

[96] Il ne paraît pas judicieux d'adosser dans les territoires concernés l'offre du régime minier à des groupes ou des structures associatives gérant une offre de soins court-séjour, pour éviter toute confusion dans la prise en charge du parcours de soins.

[97] Aussi, deux partenaires potentiels peuvent à mon avis trouver intérêt à intégrer l'offre ambulatoire et médico-sociale du régime minier. Il s'agit de la Mutualité et l'UGECAM.

[98] La Mutualité gère déjà à travers diverses structures mutualistes une offre ambulatoire dans certains secteurs et dans certaines régions. Cependant, l'offre de soins ambulatoire mutualiste présente des situations assez disparates selon les régions. De plus, l'autonomie dans la gestion qui caractérise l'organisation mutualiste ne donne à la Fédération nationale de la Mutualité française qu'un pouvoir relatif sur les mutuelles locales (ce sont les unités départementales mutualistes qui gèrent les œuvres de la mutualité) dont les instances sont autonomes et jalouses de leurs prérogatives.

[99] L'UGECAM gère au sein de ses unions régionales qui couvrent l'ensemble du territoire de nombreux établissements et services sanitaires (comme les SSR) et médico-sociaux. La gestion de ces unions régionales s'inscrit dans le cadre d'une stratégie nationale avec une réelle autonomie de gestion qui est déjà en phase avec la régionalisation de la politique de santé renforcée par la loi HPST et l'installation des Agences Régionales de Santé.

[100] Le directeur de l'UGECAM et le Directeur général de la CNAMTS ont fait parvenir à la mission une offre de reprise globale des œuvres du régime minier, à l'exception du secteur MCO. Cette offre est conditionnée à trois préalables :

- un audit financier, immobilier et juridique réalisé par le cédant ;
- un apurement des passifs avant cession ;
- l'absence de reprise des sureffectifs identifiés dans les CARMIs (cf *infra*).

[101] En ce qui concerne les deux premiers points, la mission estime qu'il sera nécessaire de les réaliser quel que soit le repreneur. Ils correspondent par ailleurs à des préconisations déjà formulées par la Cour des Comptes et l'IGAS.

[102] Considérant que les œuvres minières sont de par leur histoire des institutions de sécurité sociale, les dirigeants de l'UGECAM sont ouverts à un regroupement des œuvres minières avec celles des UGECAM régionales qui sont implantées de manière variable dans toutes les régions. Cette offre de rapprochement présente l'avantage d'être globale et peut constituer une réponse à la crainte d'un démantèlement des œuvres minières. Par ailleurs, le groupe UGECAM se dit prêt à ouvrir les conseils d'administration des UGECAM ayant intégré les œuvres minières à une participation issue de ces structures. Enfin, la COG 2004-2006 avait prévu la reprise d'établissements du régime minier par l'UGECAM (IME de la Villeneuve en Bourgogne).

[103] La seule faiblesse de cette possibilité d'évolution pour les œuvres minières est liée au surcoût de la convention collective UCANSS par rapport à la convention FEHAP (cf *infra*). Cette surcharge peut constituer un handicap par rapport aux objectifs de maîtrise des coûts de gestion des structures de soins.

4.2.2.3. Option 3: rattacher les œuvres minières à des partenaires locaux, au cas par cas.

[104] Une troisième option consisterait à organiser des regroupements des structures minières avec des structures locales se portant candidates comme le préconisait le rapport de l'IGAS. Le rattachement des œuvres du régime minier se ferait donc au cas par cas, sous la responsabilité des ARS et avec des partenaires d'origine variables: mutualité, associations d'origine minière comme l'AHNAC ou encore UGECAM locales.

[105] Cette option permettrait une adéquation plus fine entre les besoins de santé exprimés au niveau régional et les structures minières disponibles à la reprise. Elle présente l'inconvénient d'être plus lourde pour les ARS en charge de l'organiser et moins sécurisante pour les personnels qui devront évoluer vers des statuts différents, sans compter le cas où aucun candidat ne se manifesterait pour la reprise de l'une ou l'autre des structures.

[106] Enfin, un sort particulier pourra être fait aux services d'aide à la personne (SAP). La COG prévoit l'autonomisation de leur gestion et certaines CARMIs ont déjà mis en œuvre cette préconisation, sur la quelle la mission recommande de ne pas revenir. L'association MILVIE a ainsi été créée en 2008 dans le périmètre de la CARMi Nord-Pas-de-Calais afin de reprendre les SAP de ces régions.

Recommandation n°11 : Préparer la reprise des œuvres du régime minier par un audit financier, immobilier et juridique ainsi que par l'apurement des passifs des œuvres déficitaires.

Recommandation n°12 : Transférer les œuvres (hors MCO et SAP) au groupe UGECAM.

Recommandation n°13 : Autonomiser les services d'aide à la personne à travers des associations gestionnaires.

5. CES TRANSFERTS IMPLIQUERONT DES CHANGEMENTS DE STATUTS POUR LES PERSONNELS DU REGIME MINIER

5.1. Les changements de statut constituent un chantier lourd qui doit être préparé

5.1.1. Des premières tentatives ont échoué

[107] Comme le rappelle la lettre de mission, la COG a prévu (point 1.3.1) de conférer une autonomie aux divers établissements du régime minier en transférant la gestion à des associations. Dans ce but, un accord-cadre conclu entre la CANSSM et les organisations syndicales représentatives prévoyait la mise à disposition des personnels des caisses minières, jusqu'à leur départ à la retraite, auprès des associations. Selon la lettre de mission, "cet accord-cadre n'a pas reçu de l'agrément des ministres de tutelle pour deux motifs :

- en droit : ainsi que la direction générale de travail (DGT) l'a elle-même confirmé, cet accord-cadre est contraire aux dispositions du code du travail (art. L. 1224-1 du code du travail²⁷) qui prévoit que le transfert des contrats de travail doit s'imposer dans tous les cas de fusion, d'externalisation ou de reprise d'activité,
- en opportunité : outre les difficultés qu'elle peut engendrer sur le long terme en matière de gestion des personnels, une mise à disposition sans limitation de durée n'est pas sans risque pour les personnels eux-mêmes qui resteraient salariés des CARMi alors que la pérennité de ces structures n'est pas assurée."

[108] Suite à ce refus, et devant le problème posé par les établissements MCO de Lorraine dont les autorisations d'activité avaient déjà été transférées à Hospitalor, il a été proposé une solution transitoire consistant à ce que les agents soient mis à disposition de ces structures pendant une durée de trois ans. Les personnels des établissements de Lorraine sont donc salariés de la Carmi Est et mis à disposition d'Hospitalor.

[109] L'idée des tutelles est de mettre à profit cet intervalle pour négocier un nouvel accord cadre prévoyant d'une part le transfert définitif des contrats de travail au terme de la période de mise à disposition, d'autre part un dispositif de rachat des avantages statutaires et conventionnels pour les agents qui le souhaiteraient.

[110] Au-delà des chiffres fournis au point 1.1.3, quatre catégories de personnel sont à prendre en compte :

- les agents affectés au fonctionnement du régime de sécurité sociale (environ 400), qui ont vocation à rejoindre le régime général ;
- les agents en charge de l'action sanitaire et sociale (environ 300) qui ont vocation à rejoindre l'ANGDM ;
- les agents au sein des œuvres qui seront transférés au(x) repreneur(s) des activités ;

²⁷ "Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation du fonds, mise en société de l'entreprise, tous les contrats de travail en cours au jour de la modification subsistent entre le nouvel employeur et le personnel de l'entreprise."

- un sureffectif lié au doublonnage des fonctions support au sein des œuvres et au sein des CARMIs. Ce sureffectif, estimé à 665 personnes par la mission IGAS sur la base des surcoûts de gestion du régime minier par rapport au régime général n'ont pas vocation à être repris par le(s) repreneur(s) des œuvres ni par le régime général. La mission considère que, compte tenu de la pyramide des âges des agents du régime minier, ces agents devraient se voir proposer soit une préretraite (avenant 24) soit une aide à la reconversion (avenant 25). Le concours de l'UCANSS pourrait être recherché afin d'aider à leur reclassement, en fonction des besoins des organismes locaux de sécurité sociale (CPAM, CAF, URSSAF, RSI, MSA,...)

Recommandation n°14 : Réduire, préalablement à tout transfert, les sureffectifs identifiés en mettant en œuvre les dispositions des avenants 24 et 25

5.1.2. Le statut choisi devra permettre l'exercice des fonctions d'offre de soins

- [111] Le statut des personnels doit correspondre aux fonctions qu'ils exercent. De ce point de vue, la convention minière est celle d'ouvriers effectuant un travail pénible qui a été utilisée pour le fonctionnement d'un régime de sécurité sociale et d'une offre de soins. Les déficits des structures sont souvent liés aux surcoûts imposés par ces conventions minières, au surplus d'application complexe.
- [112] De ce point de vue, seuls les personnels transférés à l'ANGDM auraient vocation à rester sous statut minier. Les agents transférés au régime général ont vocation à travailler sous statut UCANSS. La principale question, détaillée plus bas, concerne donc le personnel actuellement affecté à l'offre de soins du régime minier. Cependant, les mécanismes d'aide à la conversion et de transfert pourront être dupliqués pour les autres agents.
- [113] Un cas particulier concerne les services de MCO en Lorraine qui rejoindraient un pôle constitué autour de l'hôpital public: soit leur employeur demeure un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) et applique la convention collective FEHAP (cas d'Hospitalor), soit les salariés sont transférés à un employeur public, auquel cas l'article L. 1224-3 du code du travail s'applique et ils ont vocation à se voir proposer un contrat de droit public.
- [114] La solution des mises à disposition est un pis-aller: comme l'a souligné la DGT, toute mise à disposition implique un esprit de retour de l'entreprise utilisatrice vers l'entreprise prêteuse. Or, les transferts envisagés plus haut sont définitifs, CANSSM et CARMi ne voyant pas leur pérennité assurée. De plus, la coexistence au sein d'une même entité de personnels exerçant des fonctions identiques mais sous statuts différents ne simplifie pas la gestion, l'exercice du droit disciplinaire et de la gestion de carrière revenant à l'employeur statutaire et non à l'employeur utilisateur.

5.1.3. La question des différentiels de rémunération entre conventions

- [115] Des différentiels de rémunération existent entre les trois conventions collectives en jeu (FEHAP, UCANSS et conventions minières). Une des conditions à la reprise et au retour à l'équilibre des structures issues du régime minier est la diminution des coûts de personnel, à travers un basculement vers les conventions UCANSS et surtout FEHAP. L'audit dont la mission préconise la réalisation devra chiffrer précisément ces économies possibles.
- [116] Les données dont la mission dispose sont rassemblées dans l'annexe 4. Sous toutes les réserves que la multiplicité des sources documentaires et la rusticité d'un indice global de coût d'une convention collective (différents niveaux de qualification, situation familiale,...) impose, les principaux enseignements sont les suivants :
- hors éléments variables, la convention UCANSS est, pour de nombreuses catégories de personnel, plus coûteuse que les conventions minières ;
 - tout compris, pour une base 100 correspondant aux coûts de l'hôpital public et à structure propre, les coûts des différentes conventions sont les suivants :
 - o FEHAP: 106

- Minière hors avantages viagers: 116
- UCANSS: 120
- Minière tout compris: 121

5.2. Deux options se présentent pour transférer les personnels du régime minier

[117] Les divers repreneurs possibles contactés par la mission ont fait part de leur opposition à la reprise de personnel sous statut minier. Il est donc nécessaire de faire basculer les contrats des salariés du régime minier vers un autre statut collectif.

5.2.1. Option 1: transfert des contrats de travail en application de l'article L. 1224-1 du code du travail après rachat des avantages conventionnels

[118] Cette option consiste à appliquer strictement l'article L. 1224-1 du code du travail et de transférer les contrats de travail au repreneur. Elle est toutefois contradictoire avec l'engagement de l'Etat figurant dans la COG de donner "la possibilité, pour les agents qui le souhaitent, de terminer leur carrière à la convention minière" (point 3.2.3). Elle est de plus source d'incertitude pour le repreneur, chaque établissement devant, dans les 15 mois qui suivent le transfert, négocier un nouvel accord (application de l'article L. 2261-14 du code du travail), à défaut de quoi les "avantages individuels acquis" du statut précédent s'incorporent aux contrats de travail des salariés repris.

[119] C'est pourquoi, il est nécessaire de préparer ce transfert par la négociation d'une renonciation individuelle aux avantages issus des conventions minières. Cette négociation peut prendre la forme du dispositif envisagé via les avenants n° 74 et 77 (non-encore agréé par la tutelle) pour le basculement vers la convention UCANSS, à savoir :

- le maintien, jusqu'à la retraite, des avantages en nature acquis au jour d'exercice du droit d'option; ceux-ci seront intégrés au salaire et dès lors entreront dans les éléments dont le transfert est protégé par l'article L. 1224-1 du code du travail ;
- une indemnité compensatrice de perte d'avantages en nature viagers correspondant au versement en capital de la rente qui aurait été versée pendant la retraite ;
- une indemnité complémentaire (à hauteur de 56% du montant des droits viagers rachetés dans le cadre des avenants n° 74 et 77) qui pourrait constituer une indemnité de transfert et de renonciation aux autres avantages de la convention minière (retraite à 55 ans, indemnités kilométriques favorables, etc).

[120] Une fois l'ensemble des agents transférables basculés sous référence UCANSS, le transfert pourra s'effectuer plus facilement vers les structures repreneuses. Ce dispositif permettra de plus de présenter au(x) repreneur(s) une situation claire, les adaptations à négocier durant l'application de la procédure prévue par l'article L. 2261-14 du code du travail étant réduites et aucun avantage individuel acquis ne venant s'intégrer aux contrats transférés.

[121] Ce coût élevé constitue néanmoins un passage obligé, du fait de l'engagement de l'Etat de permettre à chaque salarié du régime minier la possibilité de finir sa carrière sous convention minière. Il faut également noter que les salariés du régime minier consentent eux aussi des sacrifices, en particulier celui des indemnités kilométriques très favorable et de la retraite à 55 ans. Enfin, en cas d'échec de la négociation, les avantages individuels acquis seront intégrés aux contrats de travail, ce qui génèrera des surcoûts salariaux pour le repreneur et les difficultés d'une gestion différenciée entre ses salariés propres et les salariés issus du régime minier qui seuls bénéficieront de ces avantages incorporés au contrat de travail.

- [122] Par rapport au dispositif prévu par les avenants n° 74 et 77, il conviendrait de prévoir une possibilité de versement de ce capital, au choix du salarié, sous forme de soulte pour solde de tout compte ou sous forme de rente à compter de son départ en retraite. La mission note que dans le cadre des avenants n° 74 et 77, le choix des salariés s'est porté majoritairement vers l'indemnité pour solde de tout compte par rapport à la rente différentielle.
- [123] L'ANGDM pourrait être la structure porteuse de ces versements, étant entendu qu'elle devrait se voir attribuer le budget correspondant par l'Etat. L'ANGDM est outillée pour ce faire car elle est chargée par la loi de la garantie des droits sociaux des anciens mineurs et de leurs ayant-droits: elle verse d'ores et déjà des avantages en espèces et en nature à 167 079 personnes.
- [124] Enfin, l'objection selon laquelle les avantages en nature versés par un employeur à ses personnels ne sont pas dissociables du contrat de travail, appuyée sur les articles L. 242-1 du code de la sécurité sociale²⁸ et L. 3221-3 du code du travail²⁹ ne paraît pas à la mission devoir être retenue. Ces deux articles se bornent à constater que les avantages en nature font partie de la rémunération mais n'interdisent pas à une structure extérieure à l'employeur de verser ces éléments de rémunération. Au surplus, il ne s'agit plus d'avantages en nature mais d'indemnités compensatrices de la perte desdits avantages.
- [125] Il est clair que ces mesures devront être négociées avec les partenaires sociaux et devront avoir pour contrepartie l'acceptation des réformes du régime minier et l'évolution de ses structures. Le coût des mesures de transfert des personnels sera une charge non récurrente qu'il convient de comparer au déficit structurel du régime minier et en particulier de son offre de soins, déficit qui à défaut de réforme, ira croissant inéluctablement en raison de la structure démographique des affiliés du régime minier.
- [126] Le statu quo risque de toute manière d'être encore plus coûteux que la mise en œuvre d'une réforme qui permettra d'assurer la pérennité d'une offre de soins d'origine minière au service non seulement des ressortissants miniers, mais aussi de l'ensemble des populations des territoires concernés et qui présentent des besoins importants en termes de santé publique.

Recommandation n°15 : Basculer l'ensemble des personnels du régime selon la convention UCANSS en négociant l'abandon du statut minier en échange du rachat, sous forme de soulte ou de rente (au choix du salarié), des avantages du statut.

Recommandation n°16 : Agréer l'avenant n°77 et négocier un équivalent aux avenants n°74 et 77 applicables aux cadres de santé du régime minier.

Recommandation n°17 : Transférer les contrats de travail du régime minier selon les modalités de l'article L. 1224-1 du code du travail.

²⁸ Article L242-1 du code de la sécurité sociale (§1): Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

²⁹ Article L3221-3 du code du travail: Constitue une rémunération au sens du présent chapitre, le salaire ou traitement ordinaire de base ou minimum et tous les autres avantages et accessoires payés, directement ou indirectement, en espèces ou en nature, par l'employeur au salarié en raison de l'emploi de ce dernier.

5.2.2. Option 2: transfert des contrats de travail à l'ANGDM suivi d'une mise à disposition illimitée au coût des conventions des entreprises utilisatrices

- [127] Cette autre option vise à respecter strictement la clause de la COG prévoyant que tout agent puisse finir sa carrière sous convention minière. Elle constitue par contre une dérogation au droit commun du travail. Celui-ci prévoit l'application de l'article L. 1224-1 du code du travail dès lors qu'une "entité économique autonome" est transférée, ce qui est bien le cas en l'espèce. Cependant, cette dérogation est rendue possible par la loi créant l'ANGDM (article 2 de la loi 2004-105 du 3 février 2004³⁰) et est déjà pratiquée pour 4500 personnes selon la CANSSM (mises à disposition d'entreprises comme le BRGM ou la Cokerie de Carling): contrairement au droit commun du travail qui voit dans une mise à disposition un statut par essence temporaire, lié à un "droit au retour" à un moment ou à un autre, la loi permet à l'ANGDM de porter des contrats de travail et de mettre les salariés à disposition de manière illimitée.
- [128] Dans ce cadre, les salariés du régime des mines deviendraient salariés de l'ANGDM qui les mettrait à disposition du ou des repreneur(s) à un tarif correspondant aux conventions collectives de l'entreprise utilisatrice (FEHAP ou UCANSS), absorbant de ce fait le surcoût lié aux avantages en nature de la convention minière. Ils garderaient ainsi le bénéfice des avantages de la convention minière (retraite à 55 ans notamment).
- [129] L'option 2 a la préférence du groupe UGECAM.
- [130] Cette architecture présente toutefois aux yeux de la mission plusieurs inconvénients :
- la persistance, au sein des structures reprenant les activités des œuvres minières, de différences entre salariés issus du régime minier et les autres, les premiers bénéficiant seuls d'une garantie d'emploi et répondant (pour les questions disciplinaires par exemple, cf supra) à l'ANGDM et non à l'entreprise utilisatrice ;
 - la garantie de pérennité de l'emploi est conditionnée à la pérennité de l'ANGDM ;
 - même s'il ne s'agit pas à proprement parler d'un prêt de main d'œuvre à but lucratif, interdit par le code du travail, car l'ANGDM réalisera des moins-values et non des bénéfices dans l'opération, on peut s'interroger sur les coûts de gestion d'une mise à disposition de près de 4000 personnes auprès de plusieurs structures ;
 - le régime de mise à disposition est pensé pour les salariés des œuvres. Son intérêt devient peu évident s'agissant des salariés affectés au régime de sécurité sociale. Dès lors, une différence de traitement devra être effectuée entre salariés de la partie régime de sécurité sociale (transférés au régime général sous convention UCANSS) et salariés des œuvres (transférés à l'ANGDM mais travaillant dans des structures pouvant également appliquer la convention UCANSS). Or on ne voit guère pourquoi deux voies différentes devraient être utilisées pour "migrer" des conventions minières à la convention UCANSS selon l'affectation antérieure du personnel aux œuvres ou au régime de sécurité sociale.

³⁰ Article 2 de la loi 2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'ANGDM et diverses dispositions relatives aux mines: "L'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs assume les obligations de l'employeur, en lieu et place des entreprises minières et ardoisières ayant définitivement cessé leur activité, envers leurs anciens agents et ceux de leurs filiales relevant du régime spécial de la sécurité sociale dans les mines en congé charbonnier de fin de carrière, en dispense ou en suspension d'activité, en garantie de ressources ou mis à disposition d'autres entreprises."

6. MENER LES EVOLUTIONS NECESSAIRES DANS LE CADRE D'UNE GOUVERNANCE RENOVEE

6.1. Une nouvelle COG sera nécessaire

- [131] La COG actuelle arrive à échéance fin 2011. Les réformes préconisées plus haut vont demander du temps et une somme de travaux préparatoires que la CANSSM doit se mettre en mesure de réaliser le plus tôt possible.
- [132] Une question doit être traitée de manière urgente: le devenir de l'offre de soins MCO de la CARMi Est et d'Hospitalor en Lorraine. Du fait de l'impasse financière dans laquelle se trouvent les établissements, il est nécessaire que l'ARS puisse entreprendre des actions correctrices dès que possible.
- [133] Les autres sujets doivent au sens de la mission s'inscrire dans une démarche transparente vis-à-vis des affiliés et salariés du régime des mines, ce qui suppose soit la négociation d'une nouvelle COG, soit la rédaction d'un avenant à la COG actuelle.

Recommandation n°18 : Négocier une nouvelle COG ou un avenant à la COG actuelle contenant les priorités de réforme du régime et un calendrier de réalisation.

6.2. Une gouvernance plus centralisée pour mettre en œuvre les changements

- [134] Par ailleurs, la conduite des nombreux chantiers énumérés plus haut va donner lieu à la fois à des phases de négociation très poussées sur les questions statutaires, la mise en place de nombreux chantiers techniques préalables au transfert des œuvres, la négociation avec le(s) repreneur(s) éventuel(s) en sus de la gestion quotidienne du régime.
- [135] En l'état actuel des choses, le partage des compétences entre CANSSM et CARMi et, au sein de la CANSSM, entre le conseil d'administration, le bureau et la direction générale rend cette conduite de projet dans un temps limité impossible. Le décret de 1946 doit être modifié pour donner au directeur général compétence vis-à-vis de la CANSSM dans son ensemble et des CARMis, en direction desquelles doit exister un réel lien hiérarchique.
- [136] De manière générale, la transposition des mécanismes de gouvernance existant au sein de la CNAMTS est nécessaire afin de gérer les transitions à venir. La direction des CARMis doit être subordonnée juridiquement à celle de la CANSSM laquelle doit se dégager des pratiques de cogestion actuellement en place à travers le bureau du conseil d'administration.

Recommandation n°19 : Prévoir une gouvernance rénovée donnant le pouvoir de décision au DG de la CANSSM, sur le modèle du régime général.

6.3. Préparer les cessions et reprises du personnel

- [137] Les évolutions de carrière toucheront tous les salariés du régime avec des reconversions importantes à mettre en œuvre. Pour cela, la mission estime nécessaire de préparer ces évolutions en mettant en place, dès les modalités d'évolution du régime actées, une cellule d'accompagnement au niveau national et dans les CARMis les plus importantes. L'objectif de cette cellule sera d'informer les salariés des changements à venir et de les suivre (actions de formation, de reclassement, d'accompagnement de mobilités géographiques ou fonctionnelles, ...) tout au long de ce processus.

[138] Par ailleurs, la pyramide des âges du régime minier va pousser les agents à effectuer ces changements majeurs alors que leur vie professionnelle est, pour $\frac{3}{4}$ d'entre eux, déjà bien entamée et qu' $\frac{1}{4}$ ont plus de 55 ans, âge de départ en retraite dans le régime minier. Cette pyramide des âges permettra d'adoucir les changements à venir, dans la mesure où certains agents pourront choisir de partir en retraite à cette occasion.

[139] Enfin, la mission recommande que, face aux nombreuses structures devant voir leurs passifs apurés, l'audit dont elle a recommandé la commande fasse une place particulière à la valorisation du patrimoine immobilier de la CANSSM et des CARMIs ainsi que de toutes les participations dont celles-ci peuvent disposer, en prenant en compte les deux critères de valeur et de liquidité du patrimoine. La CANSSM évalue actuellement à 250m€ la valeur qu'elle pourrait tirer de la liquidation de l'ensemble de son patrimoine et de celui des CARMIs (116m€ liés à la "part significative" revenant à la CANSSM sur les cessions immobilières et 134m€ de patrimoine des CARMIs hors établissements de soins) mais la Cour des Comptes notait dans le RALFSS pour 2008 que la valeur vénale du patrimoine était surestimée. Or, seul le calcul précis du patrimoine de la CANSSM permettra de déterminer la contribution additionnelle que devront verser l'Etat et le régime général.

Recommandation n°20 : Mettre en place une cellule d'accompagnement des changements ouverte aux salariés du régime des mines.

Recommandation n°21 : Réaliser un audit du patrimoine immobilier de la CANSSM et des CARMIs.

-0-

[140] La situation de l'offre de soins du régime minier paraît aujourd'hui suffisamment sérieuse pour que personne ne puisse revendiquer le statu quo. Le temps est venu de regarder la réalité en face et de cesser de se voiler la face. La situation financière du régime est suffisamment critique et pour certaines œuvres catastrophique au point que leur survie est engagée pour ne pas attendre encore.

[141] La pression démographique inexorable ne peut qu'accélérer la dégradation de la situation et amplifier les inquiétudes légitimes des personnels du régime minier et de son offre de soins ainsi que celles des affiliés miniers.

[142] Par ailleurs, la situation des finances publiques limite un recours accru à la solidarité nationale dont dépend quasi exclusivement le régime minier.

Annexe 1: Lettre de mission



Ministère de la santé et des sports

Le Ministre

CAB/RBN/TF/CS/mer D 10-3487

Paris, le 19 AVR.

Monsieur le député,

Cher Yves,

Le régime minier se caractérise par la gratuité totale des soins pour ses affiliés. Ce principe, inscrit dans le décret fondateur du 27 novembre 1946, conduit à l'application du tiers payant intégral dans toutes les structures dont le régime assure la gestion.

Le décret n° 2009-1787 du 31 décembre 2009 a supprimé, au 1^{er} janvier 2010, les dispositions de l'article 2, 2°, b) du décret du 24 décembre 1992 qui permettaient, dans certaines régions, aux affiliés du régime minier de bénéficier de taux de remboursement plus favorables que les taux de droit commun pour certaines dépenses telles que celles liées aux cures, aux transports en ambulance ou à l'application du ticket modérateur pour des prestations réalisées auprès de pharmacies non minières.

Cette mesure a eu pour but de pallier les difficultés que rencontre le régime minier, en raison même de ses spécificités, pour appliquer à ses affiliés les mesures de participation forfaitaire et de franchises médicales, respectivement instituées par la loi du 13 août 2004 et par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

La suppression du dispositif 2.2.b ne remet toutefois pas en cause le principe de la gratuité totale des soins auquel les affiliés du régime minier sont attachés. Conformément aux règles posées par le décret fondateur du 27 novembre 1946, ces affiliés continuent de bénéficier d'une prise en charge à 100% des prestations prises en charge par le régime général.

Toutefois, dans la mesure où le dispositif du « 2.2.b » garantissait, au-delà des règles de droit commun applicables en la matière, la gratuité du transport des patients et celle du transport-hébergement à l'occasion des cures, je souhaite que vous procédiez à une évaluation aussi complète que possible des conséquences de sa suppression au regard de l'accès aux soins de certains affiliés du régime et que vous me fassiez part de vos propositions pour répondre aux préoccupations des affiliés du régime, notamment ceux dont les ressources sont les plus modestes.

.../...

Monsieur Yves BUR
Député du Bas-Rhin
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 Paris 07 SP

Par ailleurs, les caisses régionales minières (CARMI) gèrent directement un nombre important d'établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que de services à la personne. Afin d'assurer la pérennité de ces établissements, la COG a prévu de leur conférer une autonomie par le transfert de la gestion à des associations.

Dans ce but, un accord-cadre conclu entre la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et les organisations syndicales représentatives prévoit la mise à disposition des personnels des caisses minières, jusqu'à leur départ à la retraite, auprès des associations. Cet accord-cadre n'a pas reçu l'agrément des ministres de tutelle pour deux motifs :

- en droit : ainsi que la direction générale du travail l'a elle-même confirmé, cet accord-cadre est contraire aux dispositions du code du travail (art. L. 1224-1 CT) qui prévoient que le transfert des contrats de travail doit s'imposer dans tous les cas de fusion, d'externalisation ou de reprise d'activité,
- en opportunité : outre les difficultés qu'elle peut engendrer sur le long terme en matière de gestion des personnels, une mise à disposition sans limitation de durée n'est pas sans risque pour les personnels eux-mêmes qui resteraient salariés des CARMI alors que la pérennité de ces structures n'est pas assurée.

Afin de tenir compte de la volonté exprimée par les organisations syndicales de garantir la pérennité de l'emploi des personnels concernés et de leur maintenir les avantages attachés à leur statut et leur régime conventionnel actuels, il a été proposé une solution transitoire consistant à ce que ces agents soient mis à disposition pendant une durée de trois ans. Pendant l'intervalle, le régime s'engagerait à négocier un nouvel accord-cadre prévoyant d'une part, le transfert des contrats de travail au terme de la période de mise à disposition, d'autre part un dispositif de rachat des avantages statutaires et conventionnels pour les agents qui le souhaiteraient.

Cette solution étant à ce jour discutée par les organisations syndicales, nous souhaiterions que vous puissiez proposer des dispositions qui pourraient répondre aux préoccupations légitimes des salariés et au nécessaire respect du droit dans le souci de la viabilité économique des établissements concernés. A cette occasion, vous pourrez faire toutes propositions utiles pour conforter l'avenir de ces établissements.

Dans l'accomplissement de votre mission, vous pourrez vous appuyer sur les services de la direction de la sécurité sociale ainsi que sur les services de la direction des ressources humaines des ministères chargés des affaires sociales.

Vous me restituerez vos conclusions au plus tard à la fin du mois de juin prochain.

Je vous prie d'agréer, monsieur le député, l'expression de mes salutations distinguées.

Amitie fidèle,



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Copies à :

- Monsieur Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale,
- Madame Michèle KIRRY, directrice des ressources humaines.

Annexe 2: Besoin de financement des œuvres

Offre de soins (résultats 2009)

offre de soins ambulatoire

| | Charges | Produits | résultat |
|--------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Centres de santé médicaux et polyvalents et infirmiers | 104 995 625,46 € | 80 560 138,02 € | -24 435 487,44 € |
| centres de santé dentaires | 8 300 709,37 € | 7 311 891,68 € | -988 817,69 € |
| pharmacies | 127 956 029,69 € | 144 010 842,39 € | 16 054 812,70 € |
| laboratoires d'analyses médicales | 14 149 354,38 € | 15 307 518,25 € | 1 158 163,87 € |
| centres d'optique | 6 632 665,73 € | 6 623 146,96 € | -9 518,77 € |
| services ambulances | 3 522 439,17 € | 3 626 099,22 € | 103 660,05 € |
| laboratoires de prothèses dentaires | 1 125 179,36 € | 944 291,56 € | -180 887,80 € |
| dispensaires (inclus la gestion kiné) | 722 928,74 € | 225 498,34 € | -497 430,40 € |
| | 267 404 931,90 € | 258 609 426,42 € | -8 795 505,48 € |

Etablissements, SSIAD, SAP

| | | | |
|--|------------------|----------------|-----------------|
| | 167 699 348,31 € | 159 343 292,75 | -8 356 055,56 € |
|--|------------------|----------------|-----------------|

Associations de gestion

| | | | |
|--|------------------|----------------|------------------|
| | 395 375 737,45 € | 377 456 491,61 | -17 919 245,84 € |
|--|------------------|----------------|------------------|

Autres gestions

| | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| foyers clubs (fermeture en 2009) | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € |
| établissements fermés et gestions spécifiques | 6 244 093,80 € | 6 244 093,80 € | 0,00 € |
| | 6 244 093,80 € | 6 244 093,80 € | 0,00 € |

| | | | |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| TOTAL GENERAL | 836 724 111,46 € | 801 653 304,58 € | -35 070 806,88 € |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|

Gestion administrative (Budget 2010)

(hors rémunération CDC, dépenses du contrôle médical, dépenses de service des pensions de retraite)

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------|
| Gestion administrative spécifique | 22 462 800,31 € | 1 196 377,28 € | -21 266 423,03 € |
| Dépenses évaluatives (dépenses nationales et amortissements) | 7 188 778,71 € | | -7 188 778,71 € |
| Dépenses limitatives (CAN + CARMI - fonctionnement + investissements) | 88 832 122,89 € | 12 302 887,38 € | -76 529 235,51 € |
| | 118 483 701,91 € | 13 499 264,66 € | -104 984 437,25 € |

Action sanitaire et sociale (Budget 2010)

(hors prestations d'ASS maladie, vieillesse, AT-MP, centres de vacances et service social)

Investissements (autorisations de programme)

| | | | |
|------------|------------------------|--|-------------------------|
| Maladie | 11 288 416,00 € | | -11 288 416,00 € |
| Vieillesse | 20 772 630,00 € | | -20 772 630,00 € |
| | 32 061 046,00 € | | -32 061 046,00 € |

Dépenses nationales

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|--|------------------------|
| Maladie (dont amortissements Durtol) | 730 000,00 € | | -730 000,00 € |
| Vieillesse | 710 000,00 € | | -710 000,00 € |
| | 1 440 000,00 € | | -1 440 000,00 € |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|------------------------|
| Dépenses Service social (fonctionnement et service social) | 8 538 010,00 € | | -8 538 010,00 € |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|------------------------|

(chiffres réactualisés extraits FNASS modificatif 2010)

| | | | |
|----------------------|------------------------|---------------|-------------------------|
| TOTAL GENERAL | 42 039 056,00 € | 0,00 € | -42 039 056,00 € |
|----------------------|------------------------|---------------|-------------------------|

Prévention - promotion de la santé

(Budget 2010)

| | | | |
|----------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Maladie et AT-MP | 3 925 294,00 € | 0 | -3 925 294,00 € |
| (chiffre réactualisé extrait FNPPS correctif 2010) | | | |
| TOTAL GENERAL | 1 001 172 163,37 € | 815 152 569,24 € | -186 019 594,13 € |

Source : CANSSM

Annexe 3: Liste des œuvres du régime minier

> L'offre de santé au 31 décembre 2009

L'offre de san

CARMi NORD - PAS DE CALAIS

Structures ambulatoires

63 centres de santé polyvalents
15 centres de santé dentaire
8 centres d'optique
34 pharmacies
4 laboratoires d'analyses médicales
1 laboratoire de prothèses
1 service ambulances

Établissements, SSIAD, SAP

1 unité locale de gérontologie clinique et de soins de suite à Bruay-la-Buissière (La Roseaie) - Pas de Calais
1 maison de santé et de cure médicale pour personnes âgées à Auchel (La Manaie) - Pas de Calais
1 unité de gérontologie clinique et de soins de suite à Bully-les-Mines (Le Surgeon) - Pas de Calais
1 résidence pour personnes âgées à Bully-les-Mines (Résidence Joseph POREBSKI) - Pas de Calais
1 domicile collectif protégé à Bully-les-Mines - Pas de Calais
2 unités locales de soins à Fresnes sur Escaut et à Escaudain - Nord
1 maison de santé et de cure médicale (MSCM) à Laillaing - Nord
2 services de soins infirmiers à domicile
3 foyers logements - Pas de Calais
1 service à la personne

5 groupements d'œuvres : Douai, Valenciennes, Auchel, Lens et Hénin.

CARMi EST

Structures ambulatoires

54 centres de santé polyvalents
9 centres de santé dentaire
1 pharmacie
3 centres d'optique

Établissements SSIAD, SAP

1 hôpital à Freyming-Merlebach - Moselle
1 EHPAD à Creutzwald - Moselle
1 établissement de soins de suite et de réadaptation à Charleville Sous Bois - Moselle
1 établissement médical à Liebfrauenthal - Bas-Rhin
4 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
1 service d'aide à domicile

4 groupements d'œuvres : Moselle Est 1 et 2, Fer et Sel et Mulhouse

CARMi OUEST

2 centres de santé polyvalents
2 pharmacies

3 groupements d'œuvres : Trélazé, Combrée et Potigny.

CARMi CENTRE

5 centres de santé polyvalents
1 centre de santé infirmier
1 centre d'optique
3 pharmacies

1 groupement d'œuvres : Loire.



CARMi CENTRE EST

Structures ambulatoires

9 centres de santé polyvalents
2 centres de santé dentaire
1 centre de santé infirmier
2 centres de kinésithérapie
5 centres de santé polyvalents
1 centre de santé infirmier
1 centre d'optique
3 pharmacies
1 centre d'optique
6 pharmacies
1 pharmacie
1 laboratoire de prothèses dentaires
1 service ambulances

Établissements & SSIAD

3 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
1 EHPAD à Montceau-les-Mines
Saône-et-Loire
1 résidence d'hébergement temporaire à La Motte d'Aveillans - Isère
1 institut médico-éducatif à Villeneuve - Côte d'Or

2 groupements d'œuvres : Montceau les Mines, Alpes et Rhône

CARMi SUD OUEST

Structures ambulatoires

7 centres de santé polyvalents
3 pharmacies
1 laboratoire d'analyses médicales
1 service ambulances

Établissements & SSIAD

2 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
1 polyclinique Sainte-Barbe à Carmaux - Tarn

4 groupements d'œuvres : Albi, Carmaux, Decazeville et Pau.

CARMi SUD EST

Structures ambulatoires

6 centres de santé polyvalents
1 centre d'optique
11 pharmacies

Établissements & SSIAD

4 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
1 centre de rééducation respiratoire à Folcheran - Ardèche
1 maison de santé médicale (SSR) La Pomarède aux Salles-du-Gardon - Gard

4 groupements d'œuvres : Bouches-du-Rhône, Alès, La Grand Combe, Hérault.

Source : Rapport d'activité 2009 du régime minier, p11.

Annexe 4: Tentative d'évaluation des coûts des différentes conventions collectives

- [143] Le chiffrage des différences de coûts salariaux des différentes conventions collectives est une tâche très complexe dont la présente annexe n'est qu'une esquisse demandant à être précisée.
- [144] Plusieurs facteurs impactent en effet le coût global du personnel auquel on applique l'une ou l'autre des conventions collectives: les indices correspondants aux catégories d'emploi bien sûr mais aussi la structure d'emploi, le nombre de catégories d'emploi prises en compte (médecins notamment), la date à laquelle les coûts ont été calculés,...
- [145] Les résultats obtenus ci-dessous reflètent les informations dont la mission a pu disposer, dans un laps de temps relativement court. Ils devront être précisés par l'audit détaillé préconisé par la mission.
- [146] Les conventions collectives prises en compte ici sont celles s'appliquant ou pouvant s'appliquer aux personnels du régime des mines en fonction des options de reprise envisageables: hôpital public, établissement sous statut ESPIC (convention FEHAP), groupe UGECAM et CNAMTS (convention UCANSS), conventions minières.

1. DONNEES ISSUES DU RAPPORT BARTOLI / BRAS³¹

Tableau 6 : Ecart synthétique de coûts du travail par secteur avec la structure d'emploi de l'hôpital public

| En %, par rapport à l'hôpital public | Ecart coût global | Ecart salaire net | Ecart cotisations salariés sur | Ecart cotisations employeur sur |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| FEHAP | 4,05 | -0,19 | 23,85 | 3,90 |
| UGECAM | 16,05 | 7,11 | 20,16 | 26,93 |

- [147] En calcul base 100 pour l'hôpital public, un coût global sous convention FEHAP de 104,05 et un coût UGECAM de 116,05 apparaissent. Soit un surcoût de la convention UCANSS par rapport à la convention FEHAP de 11,53%

Tableau 7 : Ecart synthétique de coûts du travail par secteur avec la structure d'emploi propre

| En %, par rapport à l'hôpital public | Ecart coût global | Ecart salaire net | Ecart cotisations salariés sur | Ecart cotisations employeur sur |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| FEHAP | 6,27 | 1,55 | 2,92 | 1,80 |
| UGECAM | 20,29 | 6,10 | 2,63 | 11,56 |

³¹ Fabienne Bartoli, Pierre-Louis Bras, Tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH, rapport IGAS, mars 2007.

[148] Ce calcul permet de prendre en compte les politiques salariales des différents groupes: le rapport pointe ainsi que les UGECAM rémunèrent mieux leur personnel non-médical et un peu moins bien leur personnel médical par rapport à la FEHAP.

[149] Soit en base 100 pour l'hôpital public un coût global sous convention FEHAP de 106,27 et un coût sous convention UCANSS de 120,29. Soit un surcoût de la convention UCANSS par rapport à la convention FEHAP de 13,19%, qui sera retenu.

2. ELEMENTS FOUNIS PAR LA CANSSM

[150] Le surcoût salarial lié à la convention collective minière est évalué à 20% par rapport à la convention FEHAP, soit 13m€ par an. Sur ce total, 11m€ sont liés aux avantages en nature de type chauffage-logement. L'écart est moindre avec la convention UCANSS.

[151] La convention minière hors avantages viagers (85% du surcoût) est donc plus onéreuse à hauteur de 15% environ que la convention FEHAP.

3. ELEMENTS ISSUS DU RAPPORT DELAHAYE-GUILLOCHEAU / DURAND / SALAS / SCHAETZEL³²

[152] A partir de données relevées dans les CARMIs Est et Nord-Pas-de-Calais, la mission IGAS établit que les coûts de la convention UCANSS sont équivalents sinon supérieurs à la convention minière. La comparaison s'effectue toutefois sans tenir compte des éléments variables de rémunération, telles les indemnités de trajet domicile-travail, qui sont importantes dans les conventions minières (0,275€ par km pour les non-cadres, plafonnés à 100km, ce qui peut représenter jusque 17% du salaire de base annuel selon une étude menée sur le personnel de la polyclinique de Riaumont).

Tableau 8 : Coût total comparé des rémunérations Hospitalor / CARMI Est / UCANSS (non chargés, hors éléments variables, en € et en base 100 FEHAP) sur une carrière complète

| Structure Convention | Hospitalor | | | CARMI Est | | |
|-----------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|--------|---------|
| | FEHAP | UCANSS | Minière | FEHAP | UCANSS | Minière |
| Aide-soignante | 1 413 570 | 1 805 103 | 1 597 237 | 100 | 128 | 113 |
| Infirmière | 1 921 006 | 2 486 623 | 2 076 034 | 100 | 129 | 108 |
| Agent services logistiques niv. 1 | 1 171 934 | 1 670 823 | 1 427 453 | 100 | 143 | 122 |
| Manipulateur d'électroradiologie | 1 961 278 | 2 486 623 | 2 225 803 | 100 | 127 | 113 |
| Technicien de laboratoire | 1 961 279 | 2 387 455 | | 100 | 122 | |

Source : Hospitalor et CARMI Est, calculs de la mission

[153] Par ailleurs, le rapport évalue le coût de la mise en œuvre des avenants n° 74 et 77 relatifs au basculement de la convention minière des non-cadres à la convention UCANSS (depuis mai 2007, tous les recrutements s'effectuent sous convention UCANSS, certains établissements ayant déjà l'ensemble de leur personnel sous cette convention.

[154] Le basculement vers une convention dépourvue d'avantages en nature comme les avantages chauffage-logement a plusieurs contreparties :

- le maintien, jusqu'à la retraite, des avantages en nature acquis au jour d'exercice du droit d'option ;

³² Valérie Delahaye-Guillocneau, Nicolas Durand, Frédéric Salas, Dr Françoise Schaetzel, L'offre de soins du régime minier, rapport de l'inspection générale des affaires sociales, janvier 2010, non publié.

- une indemnité compensatrice de perte d'avantages en nature viagers correspondant au versement en capital de la rente qui aurait été versée pendant la retraite ;
- une indemnité complémentaire d'avantage en nature de 30% du montant des droits viagers rachetés.

[155] **Les conclusions à tirer de ces résultats sont de deux ordres:**

- **hors éléments variables, la convention UCANSS est, pour de nombreuses catégories de personnel, plus coûteuse que les conventions minières;**
- **tout compris, pour une base 100 correspondant aux coûts de l'hôpital public et à structure propre, les coûts des différentes conventions sont les suivants:**
 - **FEHAP: 106**
 - **Minière hors avantages viagers: 116**
 - **UCANSS: 120**
 - **Minière tout compris: 121**

o