Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION ENTRE L'ETAT ET LA CANSSM

2014-2017

Sécurité sociale dans les mines

Préambule

Le régime minier de sécurité sociale a 120 ans en 2014, première année de cette nouvelle convention d'objectifs et de gestion.

Sa longue histoire a accompagné l'expansion des mines de notre pays, leur déclin progressif puis leur fermeture.

Les nombreuses réformes qui ont été mises en œuvre durant ces 20 dernières années n'ont remis en cause aucun des droits des mineurs à des soins de santé gratuits et l'essentiel de l'action sanitaire et sociale a été maintenue.

De nombreuses adaptations structurelles ont été rendues nécessaires par la forte réduction des effectifs affiliés et le régime a toujours su les assumer.

La présente COG 2014-2017 s'inscrit dans la continuité des COG antérieures à 2011, et notamment des principes notés dans le préambule de la COG 2008-2011 : « *grâce à la détermination de ses administrateurs et à l'implication de l'ensemble de ses personnels, dans ses composantes, le régime minier s'est profondément réformé de façon à mieux répondre aux besoins de ses affiliés et au-delà, de toute la population, et à accroitre son efficience.*

Le régime minier dispose d'une expérience et d'une organisation qui lui sont propres et sont particulièrement adaptées à des modes innovants de prise en charge de qualité sanitaire et sociale de patients.

Le régime minier doit poursuivre son adaptation à l'évolution de l'environnement dans le souci d'optimiser sa réponse aux besoin sanitaires et sociaux, d'adapter ses prestations sociales aux caractéristiques de la population minière, de renforcer la performance de sa gestion administrative, et d'assurer une garantie d'emploi et la recherche de parcours professionnels adaptés à ses salariés

Confronté à la décroissance démographique tendancielle de la population de ses affiliés, le régime minier situe résolument son action dans une logique d'ouverture de son offre de soins à l'ensemble de la population, quel que soit son régime de sécurité sociale, et dans l'optique de la recherche active de partenariats avec les institutions œuvrant dans le champ de la protection sociale et notamment les régimes de protection sociale de base et complémentaires».

Après que le décret a modifié la gouvernance du régime et engagé le transfert de l'action sanitaire et sociale à l'ANGDM le 1er avril 2012, le Gouvernement a souhaité réorienter cette réforme du régime dans la concertation.

Après un moratoire, l'article 80 du décret du 30 août 2011 qui organisait les transferts au régime général a été abrogé. Une instance de coordination stratégique (ICS) a été mise en place par Madame Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé qui en confie la présidence à Monsieur Philippe RITTER, préfet honoraire.

Lors de la séance d'installation, le 26 avril 2013, Madame TOURAINE a fixé le cadre des travaux de cette instance et les éléments à respecter :

« La population minière a profondément évolué et ses spécificités doivent être prises en compte. La population affiliée fait face à une baisse démographique importante qui devrait s'accélérer au cours des années à venir. Les affiliés miniers vieillissent : ils ont en moyenne plus de 75 ans, voire plus de 80 ans dans le Nord-Pas-de-Calais. Ils ont donc des besoins spécifiques auxquels nous nous devons d'apporter les réponses adaptées.

Le réseau d'établissements et de services représente un patrimoine commun à l'ensemble des mineurs, désormais ouvert à l'ensemble de la population.

L'offre sanitaire et sociale minière s'appuie sur un réseau intégré d'établissements et de services hospitaliers, sociaux et ambulatoires. Il s'agit donc d'une organisation tout à fait originale mais les affiliés du régime sont désormais, dans certains secteurs, minoritaires parmi les patients.

C'est la raison pour laquelle cette offre doit trouver une place nouvelle en apportant des réponses spécifiques aux populations de ces territoires qui connaissent des indicateurs sociaux et sanitaires très dégradés.

Nous avons en effet la responsabilité de construire ensemble un nouvel avenir pour le régime minier. »

(…)

1. *Sur les activités d'assurances sociales*

*« **Les droits des anciens mineurs** seront préservés jusqu'au dernier affilié du régime. J'y suis très attachée. C'est l'engagement de la collectivité nationale vis-à-vis de la corporation minière. Cet engagement repose sur une base légale et il sera respecté.*

Il est toutefois nécessaire de réfléchir sur de nouvelles organisations pour assurer le versement des prestations. L'organisation actuelle ne peut pas perdurer compte tenu de la baisse du nombre d'affiliés. Deux objectifs me paraissent prioritaires : la qualité de service pour répondre aux besoins des mineurs ainsi qu'une gestion efficiente et performante. »

(…)

2. *Sur la politique de loisirs et de vacances*

« Les besoins de la population minière ne sont plus les mêmes : les anciens mineurs ont vieilli et leurs aspirations ne sont plus les mêmes qu'il y a 20 ans. La politique de loisirs doit ainsi contribuer au maintien du lien social malgré le vieillissement. »

(…)

3. *Sur l'offre de soins minière*

« (Elle) connait des difficultés structurelles qui compromettent, à moyen terme, son existence même.

La dégradation de la situation financière des œuvres et des établissements n'est plus soutenable alors même que nous engageons des efforts importants pour redresser la situation financière de la France. (…)

Ces œuvres et établissements sont également insuffisamment attractifs pour la population.

Ils doivent évoluer pour apporter un service de soins de qualité à l'ensemble de la population de ces territoires tout en engageant une démarche de retour à un équilibre économique pérenne.

L'héritage historique ne peut pas tout justifier et le statut quo n'est pas possible. L'enjeu est aujourd'hui crucial : il s'agit de construire, sans complaisance et avec exigence, un avenir au patrimoine commun que la corporation minière s'est attachée à construire au fil des années.

Votre instance devra donc permettre de construire et d'accompagner rapidement et sans tabou ces évolutions.

Le maître-mot est la logique de territoire. Cela signifie que les analyses et les solutions doivent être construites localement, au plus près du terrain. Je fais ainsi pleinement confiance aux acteurs opérationnels, en premier lieu les directeurs des ARS de Lorraine et du Nord-Pas-de-Calais ici présents. »

(…)

4. *Sur les questions de personnel*

« Pour y parvenir, d'autres sujets importants devront être traités très rapidement. Je pense notamment aux garanties à apporter aux personnels des structures du régime minier, sur lesquelles nous ne devons pas transiger. »

5. *Sur la méthode*

« Pour construire ces évolutions, nous avons fait le choix du dialogue et de la confiance. »

(…)

« C'est notre responsabilité si nous entendons construire un nouvel avenir aux structures minières, en commençant par les situations les plus urgentes. C'est le début d'une nouvelle histoire qui doit s'ouvrir aujourd'hui pour le régime minier. »

(…)

« Cette instance de coordination met ainsi pour la première fois autour de la table l'ensemble des parties prenantes : les élus, les fédérations minières, les organismes chargés de la protection des mineurs, les administrations centrales et territoriales. Elle devra s'accompagner, au niveau territorial, des mêmes objectifs de dialogue et de concertation.

Cette instance n'est pas, par construction, une instance décisionnelle. Elle n'a pas vocation à se substituer aux prérogatives propres des administrations centrales et déconcentrées ainsi que de celles des opérateurs. Elle n'a pas non plus vocation à priver les fédérations minières de leur capacité d'expression propre. Et je sais que vous savez en faire usage.

En revanche, elle a vocation à traiter sans tabou tous les sujets permettant aux pouvoirs publics de prendre à court et moyen terme les arbitrages nécessaires. Ces arbitrages, qui seront déclinés d'ici la fin de l'année dans la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion de la CANSSM, devront reposer sur des solutions opérationnelles respectueuses des droits des affiliés et du service aux populations des territoires concernés.

La situation nécessite aujourd'hui que chacun d'entre nous prenne pleinement la mesure de ses responsabilités.

Je sais que vos attentes sont fortes.

Les travaux que vous engagez aujourd'hui doivent être à la hauteur des enjeux et cette nouvelle étape doit pouvoir permettre d'enclencher rapidement les premières évolutions. »

Les six réunions de travail de l'ICS, d'avril à septembre 2013, ont permis de réaliser un inventaire exhaustif des activités du régime minier et de les confronter à leur environnement par des éclairages extérieurs : Agences Régionales de Santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, Direction Générale de la Cohésion Sociale, mission Inspection Générale des Affaires Sociales, Agence Nationale d'Appui à la Performance. Ces échanges permettent de répondre à la question centrale qui est celle de l'apport pour les populations des activités du régime minier, de leur avenir et des stratégies à développer pour en garantir la viabilité.
Les orientations de la présente COG sont exigeantes, sa réussite nécessite la mobilisation de chacun dans les compétences ou attributions qui sont les siennes.

La réussite est conditionnée par le réalisme des orientations et l'adhésion du corps social.

Ces deux éléments ont guidé le mode de construction de cette convention qui a justifié :

- la constitution d'un groupe technique de professionnels de santé reconnus pour leur implication dans les activités ambulatoires du régime

- des réunions régionales dans chaque CARMI avec les équipes de direction et d'encadrement, les représentants du personnel, les présidents et vice-présidents des conseils territoriaux

- des rencontres avec chacune des directions d'Agences Régionales de Santé concernées par les activités sanitaires du régime

- des réunions thématiques de concertation entre les fédérations syndicales de mineurs et la direction générale du régime

- des travaux techniques soutenus entre la direction de la sécurité sociale, la direction du budget, la CNAMTS et la direction générale de la CANSSM, alimentés par les travaux du comité de direction eux même préparés par des comités de pilotage associant des cadres de direction du siège et des régions

- des travaux, débats et décisions au sein des instances délibérantes de la CANSSM, commission de gestion et conseil d'administration.

Introduction

Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé, en fixant le cadre des travaux de l'instance de coordination stratégique, a donné le cap de la présente COG.

Ces nouvelles orientations constituent une opportunité inespérée pour les gestionnaires du régime minier. C'est une marque de confiance dans la capacité du régime à porter et à mettre en œuvre les réformes d'envergure qu'implique sa situation. Et le défi est de taille : il ne s'agit rien de moins que de donner un nouveau souffle à une structure en grande difficulté, dont la gestion complexe rendait toutes réformes difficiles.

L'instance de coordination stratégique a en effet réalisé un état des lieux sans complaisance du régime. Des orientations de réforme nombreuses ont été proposées et étudiées en vue d'assurer un avenir aux structures du régime minier.

De cette concertation, ont notamment été tirés les enseignements suivants :

- L'offre de santé du régime est utile et nécessaire aux populations des bassins miniers, elle doit poursuivre son évolution pour trouver une place nouvelle dans les territoires, une efficacité accrue et un équilibre pérenne.

- Les fonctions assurantielles ne peuvent plus être assumées par les services territoriaux dans des conditions satisfaisantes, tant du point de vue économique que de celui de la qualité du service rendu aux bénéficiaires et aux professionnels de santé

- Les statuts des personnels et leur évolution, comme l'affirmation de la responsabilité sociale de la CANSSM et l'engagement de la garantie d'emploi, font partie intégrante de la réussite de la réforme du régime minier.

Cette convention d'objectifs et de gestion pour les années 2014-2017 fixe les orientations retenues par les pouvoirs publics et précise les engagements réciproques souscrits entre l'Etat et la CANSSM.

Par la voix de la Ministre des affaires sociales et de la santé, l'Etat a rappelé son attachement au contrat social des mineurs, qui traduit la dette de la Nation à l'égard de la corporation minière, et son intangibilité. Cet engagement qui a désormais une base légale, garantit le financement des droits des mineurs jusqu'au dernier des affiliés.

Cet engagement inconditionnel constitue le socle sur lequel s'appuie cette convention : les droits des mineurs seront maintenus, respectés et financés, quelles que soient les évolutions de structure que le régime sera amené à conduire.

Il convient toutefois d'en mesurer la portée.

La garantie de paiement apportée par l'Etat au régime minier, qui est la traduction financière de l'engagement de l'Etat vis-à-vis de la corporation des mineurs, ne saurait constituer un blanc-seing pour les gestionnaires du régime. Bien au contraire, elle induit de nombreuses exigences, parmi lesquelles la plus grande rigueur dans la gestion des fonds confiés, et la recherche de l'équilibre financier durable pour les activités sanitaires et de service en gestion directe.

Ainsi, l'Etat renouvelle sa confiance dans les gestionnaires du régime minier autour des engagements stratégiques suivants :

Tout d'abord, il conviendra de conduire le transfert de l'activité assurantielle à la CNAMTS sous forme de mandat de gestion. Cette opération doit être préparée sans attendre et être achevée au plus tard en 2015. Elle doit se traduire par des gains d'efficience sur la gestion des droits, et par une qualité de service accrue pour les bénéficiaires et les professionnels de santé. Les personnels assurant ces activités seront transférés au gestionnaire, en application des règles légales, et bénéficieront de la protection de leur emploi.

Ensuite, dans le domaine sanitaire, la garantie de financement du régime par l'Etat implique l'engagement d'une trajectoire énergique de retour à l'équilibre, qui passe notamment par l'amélioration de la gestion, par la rénovation et la recomposition de l'offre de santé et par l'évolution des accords collectifs d'entreprise.

Aussi, conviendra-t-il de poursuivre la restructuration de l'offre de soins en liaison avec les ARS, et de mettre en œuvre de nouveaux standards de gestion permettant aux structures sanitaires de devenir progressivement autonomes des subventions de la collectivité nationale.

Enfin, la CANSSM doit porter un nouveau projet d'entreprise qui préfigure l'offreur de santé et de services qu'elle est appelée à préserver au-delà de la présente COG, projet mobilisateur au service des populations des territoires miniers.

En cohérence avec la stratégie nationale de santé, une stratégie médicale nationale doit être définie et engagée, afin de valoriser les apports de santé du régime minier et ses atouts sur les territoires, de garantir la qualité des prises en charge, et de fixer les priorités de développement. Des efforts conséquents doivent être poursuivis dans le domaine de l'évaluation des pratiques médicales et de la formation des professionnels de santé. L'évaluation de la qualité de l'offre de santé du régime minier et de sa pertinence doit associer les représentants des affiliés, au plan national et en régions, les équipes médicales et administratives du régime ainsi que les agences régionales de santé et les collectivités territoriales. Elle doit permettre d'engager une modernisation de cette offre, de la rationaliser et de la développer sur des enjeux de santé publique insuffisamment couverts sur les territoires où le régime est présent. Elle doit, pour être crédible, se fixer un objectif impératif d'équilibre pérenne et axer son développement sur les enjeux incontestables, notamment sur les soins de premier recours plutôt que sur les activités commerciales.

Le régime minier doit, au travers de ses services d'aide à la personne, développer sa capacité à répondre aux besoins nouveaux des populations vieillissantes. Son savoir-faire dans ce domaine constitue un atout incontestable, et des améliorations seront recherchées dans les conditions de travail et d'emploi des personnels, dans le respect de l'équilibre économique global de l'activité de service. Il doit s'affirmer comme un organisme de référence dans l'aide aux familles pour la prise en charge des aînés devenus dépendants, et poursuivre ses actions visant à faciliter le maintien et le retour à domicile des personnes âgées, leur permettant de vieillir dans la dignité.

A cette fin, une attention sera portée à la bonne coordination entre professionnels de la santé et du social. Les partenariats avec l'ANGDM, organisme gestionnaire du service social, seront également confortés pour répondre au mieux aux besoins des affiliés.

Au niveau de la gestion interne, l'adaptation de l'organisation des activités du régime est une nécessité. Les problématiques de territoires des CARMI, et des éloignements géographiques doivent être clairement posées et résolues au cours de la durée de la COG. Les questions de statuts des personnels devront être traitées dans leur ensemble, transferts inclus, autour d'un dialogue social rénové et adapté à la nouvelle gouvernance de l'entreprise.

Le management et le pilotage doivent être exemplaires en matière de développement durable et de responsabilité sociale, et fidèles aux valeurs de solidarité et d'humanisme des fondateurs du régime.

En se conformant à cette stratégie, la CANSSM bénéficiera du plein soutien de l'Etat, et de son accompagnement dans la mise en œuvre des décisions de gestion qu'elle implique.

PARTIE 1

RENOVER, ADAPTER ET METTRE EN VALEUR L'OFFRE DE SANTE DU REGIME MINIER DANS UNE LOGIQUE DE TERRITOIRES, DE SANTE PUBLIQUE ET DE PERFORMANCE ECONOMIQUE

Page

Introduction 10

A. La définition d'une stratégie nationale de modernisation de l'offre médicale et médico-sociale et de réponse à des besoins territoriaux 12

La CANSSM entend :

1) Agir pour les populations âgées et souhaite réduire les inégalités sociales en matière de santé 13

2) Mettre en place une organisation des soins simplifiée, décloisonnée et recentrée autour du médecin traitant et du parcours de soins et de santé 13

3) Inscrire l'action de son offre de santé et de soins dans le cadre des complémentarités territoriales 14

4) Développer les partenariats 14

5) Rechercher une meilleure performance économique de son offre de santé 14

6) Renforcer l'attractivité de l'offre de soins du régime pour élargir la patientèle nouvelle 15

7) Définir un projet médical national articulé avec l'organisation régionale de l'offre de soins 15

8) Investir sur la prévention 16

9) Appuyer sa stratégie sur une expertise nationale et régionale en santé 17

B. L'engagement dans une trajectoire énergique de retour à l'équilibre, qui passe notamment par l'amélioration de la gestion et la recomposition de l'offre de santé 17

1) Améliorer le modèle économique de ses centres de santé 17

2) Moderniser et recomposer l'offre de soins ambulatoire 18

- Moderniser la gestion des centres de santé 19
- Recomposer l'offre commerciale 20
  - Les pharmacies 20
  - Les centres d'optique 21
  - Les laboratoires d'analyses médicales 21
  - Les laboratoires de prothèses dentaires et les services de transport 21

3) Améliorer la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux et des services à la personne pour répondre aux besoins territoriaux 21

- Le retour à l'équilibre des établissements sanitaires et médico-sociaux 21
  - Les établissements sanitaires 22
  - Les EHPAD 22
  - Les foyers logements 22
  - Les SSIAD 23
  - Les services d'aide à la personne 23

PARTIE 2

POURSUIVRE ET MAITRISER LA DELEGATION DE LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE MINIERE ET RENFORCER L'EFFICIENCE DE LA GESTION INTERNE

Page

Introduction 25

A. Poursuivre la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière en conservant la maîtrise et en garantissant la qualité 25

1) Déléguer à la CNAMTS la gestion des assurances sociales maladie et AT/MP 25

- Les attentes de la CANSSM vis-à-vis de la CNAMTS 25
- Les engagements de la CANSSM pour faciliter le mandat de gestion 26
- Les engagements de l'Etat 27
- Les grandes étapes du projet 27

2) Veiller à la continuité des relations avec la CDC-Retraite des Mines, la CNAMTS et l'ANGDM pour garantir la qualité de service 28

- Garantir et suivre la qualité des gestions déléguées 28
- Suivre l'action sanitaire et sociale transférée à l'ANGDM 29

B. Adapter l'organisation du régime à ses nouveaux enjeux et renforcer sa gestion interne 30

1) La modification du décret n°46-2769 du 27 novembre 1946 30

2) Une nouvelle organisation administrative 30

- Renforcer la gouvernance du régime 30
- Rénover l'organisation territoriale 31
- Améliorer la cohérence des organisations internes par la mise en place d'un organigramme intégré 31

3) Une politique attentionnée de gestion des ressources humaines accompagnant les mutations de l'entreprise 31

- Mutualiser certaines fonctions support 32
- Faire évoluer les statuts collectifs des personnels pour favoriser la mise en œuvre des orientations de la COG 32
- Poursuivre la politique de GPEC et accompagner les évolutions des personnels 32

4) Le renforcement de la gestion interne 34

- Obtenir la certification des comptes et maîtriser les risques, lutter contre la fraude 34
- Assurer la mutabilité du système d'information 35
- Elaborer une stratégie de communication 35
- Elaborer et suivre une politique d'achats 36
- Veiller à une gestion immobilière active et un engagement résolu dans la démarche de développement durable 36
- Assurer un suivi de la COG 37

ANNEXES

	Page
Annexe 1. Les indicateurs de suivi et d'objectifs	**40**
Annexe 2. Le calendrier et les points de révision	**45**
Annexe 3. Les fonds budgétaires nationaux 2014-2017 et les règles budgétaires	**49**
Annexe 4. La stratégie médicale nationale de la CANSSM	**59**
Annexe 5. Le schéma directeur du système d'information	**69**

PARTIE 1

RENOVER, ADAPTER ET METTRE EN VALEUR L'OFFRE DE SANTE DU REGIME MINIER DANS UNE LOGIQUE DE TERRITOIRES, DE SANTE PUBLIQUE ET DE PERFORMANCE ECONOMIQUE

INTRODUCTION

L'offre de santé du régime est utile aux populations des bassins miniers. Elle dispose d'atouts certains et joue un rôle reconnu dans la prise en charge sanitaire et médico-sociale.

A partir de son offre de service actuelle, composée d'établissements de soins, de centres de santé, de SSIAD et d'aides à domicile, la CANSSM doit conforter une offre de services FILIERIS performante, implantée dans les anciennes régions minières, ouverte à l'ensemble de la population, spécialiste de la prise en charge globale du vieillissement.

Face aux enjeux de proximité de notre système de santé, les centres de santé ont notamment leur rôle à jouer dans les domaines de la prévention, de la prise en charge d'un nombre croissant de patients souffrant de pathologies chroniques sous l'effet du vieillissement de la population, dans l'amélioration de l'accès aux soins tant du point de vue financier que de l'implantation géographique. Mais ils doivent s'intégrer dans l'évolution générale de l'organisation du système de soins pour améliorer la prise en charge et la coordination entre les différents acteurs.

Ils répondent aux attentes des patients, des professionnels de santé et aux impératifs de la médecine moderne. Ils apportent notamment :

- une garantie d'accès géographique, financier et social à des soins ambulatoires de proximité : présence médicale pluri-professionnelle, accès aux soins pour les plus démunis, et chaque fois que nécessaire visites à domicile,

- un mode d'exercice attractif pour les professionnels de santé : cadre collectif et pluridisciplinaire, charge administrative réduite et meilleure maitrise du temps de travail diversification des activités (actions de prévention et d'éducation pour la santé …),

- une organisation de soins adaptée aux nécessités du système de santé : la coordination des soins, une participation à la politique de santé publique et en particulier à la vaccination et à la permanence des soins.

Après les deux années de réflexions sur l'avenir du régime (2012 et 2013), il conviendra de mettre en valeur ces apports et de dynamiser les atouts du régime sur les territoires.

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES FIXES PAR LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Les objectifs stratégiques fixés par Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé sont les suivants :

- Nécessité pour l'offre de santé du régime minier de s'engager sans attendre dans une nouvelle dynamique, sous l'égide des ARS avec pour objectif de repositionner l'offre du régime au plus près des besoins et des parcours de santé de toute la population des bassins.

- Trouver à cette offre de santé une place nouvelle en apportant des réponses spécifiques aux besoins des populations des territoires miniers qui connaissent des indicateurs sociaux et sanitaires très dégradés, ainsi qu'aux exigences de qualité, d'accessibilité

- Améliorer l'attractivité pour la population des œuvres et établissements,

- Un maître-mot : la logique de territoire avec des recompositions qui permettront à l'offre de soins minière d'y avoir toute sa place, d'évoluer pour apporter un service de soins de qualité tout en engageant une démarche de retour à un équilibre économique pérenne.

PERIMETRE, SITUATION DE L'OFFRE, OBJECTIFS ET ENJEUX

PERIMETRE

L'offre de santé du régime minier comprend les trois degrés de la prise en charge médicale :

- médecine généraliste ambulatoire, soins dentaires et soins infirmiers,
- médecine spécialisée, analyses médicales,
- hospitalisations, soins de suite et de réadaptation.

Elle est constituée de centres de santé polyvalents (médical, infirmier, dentaire, spécialisé), de pharmacies, de centres d'optique, de laboratoires d'analyses médicales, de services ambulanciers…structures ambulatoires auxquelles viennent s'ajouter des services à la personne, des services de soins infirmiers à domicile, ainsi que des établissements de soins répartis sur l'ensemble du territoire : établissements hospitaliers, établissements de soins de suite et de réadaptation, structures d'hébergement temporaire, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, foyers logements.

Cette offre couvre également les champs de :

- la prévention, du dépistage, du traitement et du suivi des maladies et affections courantes,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux,
- l'orientation dans le système de santé et le secteur médico-social,
- l'éducation pour la santé.

- L'offre de soins ambulatoire est composée aujourd'hui de :

  - 230 centres de santé et points de consultation secondaires regroupés en 150 gestions budgétaires (spécialités, médecine générale, infirmier et/ou dentaire),
  - 2 laboratoires de prothèses dentaires,
  - 57 pharmacies,
  - 5 laboratoires d'analyses médicales,
  - 14 cabinets d'optique,
  - 3 services d'ambulances,
  - 3 gestions dispensaires.

- 22 établissements sanitaires et médico-sociaux (regroupant 25 gestions) : établissements hospitaliers et SSR, structures d'hébergement temporaire, EHPAD, foyers logements

  - 13 établissements sanitaires,
  - 4 EHPAD (dont 3 intégrés dans des établissements sanitaires),
  - 1 résidence d'hébergement temporaire,
  - 6 foyers logements,
  - 1 résidence services.

- 15 services de soins infirmiers à domicile

- 2 services à la personne

- Des services de prévention – promotion de la santé:

  - centres de vaccination,
  - centre d'examens de santé,
  - centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des infections Sexuellement Transmissibles,
  - consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit,
  - maison des aidants.

LES ENJEUX

Au-delà de ses nombreux atouts, le régime minier doit relever un certain nombre d'enjeux :

- mieux répondre aux besoins de la population, notamment en augmentant le taux d'ouverture à la patientèle des autres régimes de sécurité sociale,
- restaurer son efficience, notamment en évaluant la taille critique des centres de santé et/ou des points de consultation secondaires, en mutualisant les fonctions support et en améliorant les outils de pilotage.

Le maintien du statu quo n'est pas possible. Il conduirait à :

- une inadaptation progressive de l'offre de santé aux besoins des territoires et des populations,
- une détérioration de la qualité des soins,
- une dégradation de la situation financière.

La recherche de l'équilibre passe nécessairement par des investissements dont la rentabilité sera garantie, permettant de mener les restructurations, modernisations et valorisations nécessaires à la pérennité de l'offre. Cette valorisation vise notamment à créer une dynamique d'entreprise attentive aux besoins des populations et à l'accès aux soins.

Le dialogue social et une politique de gestion des ressources humaines adaptée aux enjeux seront deux éléments clés des évolutions de l'offre de santé.

A. LA DEFINITION D'UNE STRATEGIE NATIONALE DE MODERNISATION ET DE MISE EN VALEUR DE L'OFFRE MEDICALE ET MEDICO-SOCIALE POUR MIEUX REPONDRE AUX BESOINS DE SANTE DANS LES TERRITOIRES

La CANSSM entend maintenir une offre performante. Il s'agit pour elle de rénover, d'adapter et de mettre en valeur l'offre de santé du régime minier dans une logique de santé publique (sur des enjeux insuffisamment couverts sur les territoires où le régime est présent) et de performance économique.

Le positionnement « santé publique » de l'offre de santé du régime doit en effet être concilié avec la recherche d'une meilleure performance économique.

A cette fin doivent être impérativement engagées sur les quatre prochaines années :

- la restructuration du réseau,
- la rénovation de la gestion du réseau,
- la rationalisation de ses coûts.

Cela passe par :

- la définition d'une stratégie médicale nationale permettant de :
  - répondre aux besoins de chaque territoire de santé,
  - garantir la qualité des prises en charge et fixer les priorités d'action et de développement.

- la définition d'une stratégie nationale de modernisation de la gestion de cette offre (ambulatoire, hospitalière, médico-sociale) avec :
  - une évaluation de la qualité de l'offre de santé du régime minier et de sa pertinence,
  - l'engagement dans un processus de recomposition de cette offre notamment ambulatoire, en liaison avec les ARS, avec une identification des secteurs géographiques et des types de services pour lesquels le régime doit se renforcer et, à l'inverse, les secteurs et services desquels il convient progressivement de se désengager,
  - une plus grande efficience des établissements de santé (sanitaires, médico-sociaux) et des services médico-sociaux (SSIAD, services à la personne) pour répondre aux besoins,

- la fixation d'un objectif d'équilibre pérenne de l'offre de santé du régime minier, avec un retour progressif à l'équilibre de cette offre par une politique volontariste de maîtrise des dépenses et d'amélioration des recettes liées à l'activité reposant à la fois sur des fermetures d'activités non viables et la réduction des coûts des fonctions supports et logistiques,

- des efforts conséquents à poursuivre dans le domaine de l'évaluation des pratiques médicales et de la formation des professionnels de santé.

La CANSSM s'engage ainsi sur la durée de la COG à :

- rationnaliser cette offre et à la développer sur des enjeux de santé publique insuffisamment couverts sur les territoires où le régime est présent,
- humaniser et à rendre attractive son offre de santé ambulatoire,
- améliorer les résultats financiers des structures sanitaires du régime, en engageant un plan ambitieux de rénovation et de recomposition de son offre,
- mettre en œuvre de nouveaux standards de gestion permettant aux structures sanitaires de devenir progressivement autonomes financièrement.

La recherche de la performance implique également, sur le volet ressources humaines, le remplacement des professionnels de santé partants, afin de répondre aux besoins des patients, d'optimiser l'inter-remplacement et de limiter le recours à l'intérim.

En matière de gestion interne, elle justifie la poursuite de l'adaptation de l'organisation aux activités du régime, et en particulier la rationalisation des fonctions support et logistiques et la poursuite des mutualisations entre établissements.

1. AGIR POUR LES POPULATIONS AGEES ET POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET INVESTIR SUR LA PREVENTION

Le régime minier entend contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé, en mettant à disposition des populations (âgées, fragiles, isolées, pauvres, précaires, exclues socialement…) ses structures de soins et en travaillant en liaison avec les services sociaux, particulièrement le service social de l'ANGDM pour les personnes relevant de son périmètre d'intervention.

Il s'agit d'associer l'objectif d'amélioration de la santé des populations à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

Les affections chroniques touchent près de 25% des Français, elles représentent 60% des dépenses de l'assurance maladie et plus de 75% de leur augmentation annuelle : ce sont des problèmes prioritaires pour les ARS.

Quatre axes de développement stratégiques sont identifiés :

- par population: une priorité est donnée aux personnes âgées, ainsi qu'aux populations fragilisées - personnes handicapées, en perte d'autonomie, personnes non intégrées dans un parcours de soins (migrants, personnes isolées, populations précaires,…)-,
- par pathologie: les pathologies chroniques, cancers, diabète, asthme…
- par territoire: la logique de territoire doit être priorisée en lien avec les ARS avec l'objectif de contribuer à répondre aux besoins de santé des zones sous-médicalisées et isolées où le régime est implanté
- par moyen d'action: le développement de techniques et savoir-faire pour le maintien à domicile, la valorisation des centres de santé en tant que plates-formes de soins, mais aussi de prévention et de dépistage, en appui de la qualité des soins, dans le cadre de coopérations.

Pour répondre à ces besoins, les structures de santé FILIERIS devront être mobilisées dans le cadre de projets régionaux et de parcours de soins cohérents : orientation à partir des centres de santé vers les consultations spécialisées et les actes techniques réalisés en établissements, relais des séjours hospitaliers par les services d'aide et de soins à domicile, les services d'hospitalisations à domicile…

A terme, et grâce au système d'information de santé interconnecté (le DSM-Pro), la coordination régionale utilisera comme outil de décision clinique, des protocoles de filières assurant un continuum ville-hôpital-ville, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et notamment le déploiement du DMP.

Le régime minier doit également au travers de ses services d'aide à la personne et de ses services de soins infirmiers, développer sa capacité à répondre aux besoins des populations vieillissantes. Son savoir-faire dans ce domaine constitue un atout incontestable.

Il doit enfin s'affirmer comme un organisme de référence dans l'aide aux familles pour la prise en charge des aînés devenus dépendants, et poursuivre ses actions visant à faciliter le maintien et le retour à domicile des personnes âgées, leur permettant de vieillir dans la dignité.

2. METTRE EN PLACE UNE ORGANISATION DES SOINS SIMPLIFIEE, DECLOISONNEE, CENTREE AUTOUR DU MEDECIN TRAITANT ET DE PARCOURS DE SOINS ET DE SANTE

La CANSSM entend inscrire son action sur la période de la COG dans le cadre des orientations arrêtées au titre de la stratégie nationale de santé.

Dans le contexte de renforcement des défis de santé et de grandes tensions sur les équilibres des finances publiques, la CANSSM entend pour consolider le principe fondateur de la solidarité entre bien portants et malades améliorer la fluidité des parcours de soins et de santé en rendant le système de santé plus proactif, par une médecine entendue dans son sens le plus large, c'est-à-dire une médecine coordonnée incluant la prévention comme une prise en charge appropriée à tous les âges de la vie, en faisant en sorte que le « soin » et le « prendre soin ».

L'organisation des soins du régime minier devra en conséquence être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne devient un acteur de sa santé et de sa prise en charge intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de promotion de la santé, de modification des modes de vie.

La constitution d'équipes pluri-professionnelles, organisées autour du médecin traitant et en articulation avec l'hôpital et les soins spécialisés, sera un axe prioritaire.

3. INSCRIRE L'ACTION DE SON OFFRE DE SANTE DANS LE CADRE DES COMPLEMENTARITES TERRITORIALES

La CANSSM travaillera à partir des besoins de santé des populations de chaque territoire sur lesquels son offre est implantée. Elle s'appuiera pour cela sur les conseillers des CARMI représentants les affiliés et sur les équipes régionales du régime minier.

Le mieux soigner et le mieux prendre soin ne pourront toutefois être mis en place que dans le cadre de complémentarités actives avec les autres acteurs de santé de chaque territoire de santé.

Il s'agira de développer de bonnes compétences au bon moment et au bon endroit sur un territoire donné, pour que chaque personne dont l'état le nécessite, puisse trouver sur une aire géographique accessible une complémentarité d'offre de soins et d'accompagnement.

La CANSSM entend inscrire son action de rénovation et de recomposition de l'offre de santé du régime minier dans le cadre de ces complémentarités en mettant en place une organisation des soins résolument plus collaborative qui la conduira, à réduire les dépenses inappropriées et à porter l'accent là où il doit l'être au service des plus fragilisés et du bien commun.

4. DEVELOPPER LES PARTENARIATS

Le régime cherchera, dans le cadre de la mise en place de ces complémentarités actives, à développer les partenariats en vue de :

- diversifier, améliorer et compléter les services aux affiliés,

- soutenir l'ouverture et contribuer à l'intégration des œuvres du régime dans les territoires,

- mutualiser les moyens pour maîtriser les coûts.

L'offre de santé, ambulatoire, hospitalière et médico-sociale du régime est parcellaire. Pour la meilleure prise en charge des patients, le régime minier doit compléter cette offre, dans le cadre de partenariats s'appuyant sur des conventions, afin de pouvoir informer et accompagner les affiliés dans leurs démarches de soins. Ces partenariats peuvent concerner la prévention et l'éducation sanitaire, l'offre de soins ambulatoires, l'offre de soins hospitaliers, l'offre d'hébergement médico-social, les organismes promoteurs, les organismes financiers, les organismes décideurs. Dans ce cadre, la recherche de synergies et de partenariats revêt une importance particulière. Certains organismes sont proches du régime minier, par leur histoire, leurs missions, leur organisation, leur cadre juridique, leurs valeurs. Il peut notamment s'agir :

- des caisses primaires qui gèrent des centres de santé,
- du groupe UGECAM qui gère des établissements de santé et services médico-sociaux,
- de la MSA qui développe des politiques de prévention active, et partage, avec le régime minier, des préoccupations de réponse à des besoins sanitaires et sociaux dans des zones sous-médicalisées,
- d'associations ou fondations gestionnaires de services de santé, dans le domaine ambulatoire, médico-social ou hospitalier, et de services d'aides à la personne,
- de la Mutualité qui présente des caractéristiques communes avec le régime minier et gère également une offre de soins et de santé,
- des médecins libéraux et professions de santé libérales,
- des établissements hospitaliers publics et privés (CH, CHU…).

5. RECHERCHER UNE MEILLEURE PERFORMANCE DE SON OFFRE DE SANTE

Le positionnement « santé publique » de l'offre de santé du régime minier devra être concilié avec la recherche d'une meilleure performance et de l'équilibre entre les recettes et les dépenses.

Le régime minier entend contribuer à la maîtrise des dépenses de santé en :

- assurant une médecine de proximité et de maintien à domicile qui sont autant de prises en charge n'incombant plus aux établissements de santé,
- favorisant le financement d'un exercice pluri-professionnel de proximité,
- choisissant, à qualité donnée, ce qui peut être réalisé au meilleur coût,
- luttant efficacement contre toutes les dépenses inappropriées et en sachant y mettre fin, plus sûr chemin pour se redonner des marges de manœuvre,

- renforçant le pilotage stratégique national et en centrant les énergies au profit du soin et du prendre soin nécessitant de redéployer les moyens consacrés aux charges administratives et de gestion,
- organisant au sein de la CANSSM un service de contrôle de gestion de l'offre sanitaire.

Par la valorisation de ses activités, le régime minier entend également accroitre ses recettes et ainsi garantir la pérennité de son offre de santé.

6. RENFORCER L'ATTRACTIVITE DE L'OFFRE DE SOINS DU REGIME POUR ELARGIR LA PATIENTELE NOUVELLE

L'offre de santé existante doit poursuivre son ouverture à l'ensemble des populations.

- Le régime minier doit pouvoir mener une politique d'acteur reconnu sur les champs sanitaires et médico-sociaux et être considéré comme un élément moteur de la régulation de l'offre de soins sur son territoire.

  Cette politique devra s'articuler autour des axes suivants :

  - affirmation du positionnement territorial de l'offre de santé par la poursuite de son ouverture (notamment des centres de santé) qui doit compenser la baisse de la population minière,
  - promotion des centres de santé auprès de l'ensemble de la population, notamment auprès des populations les plus confrontées aux problèmes d'accès aux soins.

  Pour cela, la marque Filieris devra pouvoir être promue. A partir des données démographiques sanitaires faisant apparaître une offre insuffisante, il s'agira de positionner le régime en termes de médecine générale, spécialisée, d'art dentaire ou de redéfinir les territoires infirmiers afin d'être en capacité de garantir la pérennité de ces activités.

- Le régime minier pourra, en fonction des besoins, répondre à certains appels à projets dans le respect de l'impératif d'équilibre économique,

- La diversification sur des activités rentables pour répondre à certaines situations doit pouvoir être envisagée au cas par cas ; elle seule reste à même, dans un monde concurrentiel, de permettre de mieux utiliser les personnels et de garantir l'atteinte globale de l'équilibre.

7. DEFINIR UN PROJET MEDICAL NATIONAL ARTICULE AVEC L'ORGANISATION REGIONALE DE L'OFFRE DE SOINS

Les atouts de l'offre de santé du régime minier s'avèrent nombreux et correspondent aux évolutions souhaitées pour optimiser la qualité des prises en charge médicales et sociales.

Dans ce cadre, il convient d'orienter résolument l'activité des centres de santé vers une dimension de santé publique, au profit des populations qui risquant d'être éloignées des soins. De ce point de vue, ces structures constituent un puissant levier de réduction des inégalités sociales de santé.

L'amélioration globale du service médical rendu aux consultants des centres de santé polyvalents et spécialisés repose sur un calage étroit de l'offre des centres de santé avec les besoins de santé au niveau des territoires, tels que définis par les diagnostics territoriaux conduits par les Agences Régionales de Santé.

C'est sur cette adéquation « offre spécifique à forte valeur ajoutée des centres de santé / besoins de la population dans les territoires » établie en lien avec les ARS que reposent l'utilité et l'avenir de ces structures. Un outil conceptuel vient en aide à cette approche : le Pacte Territoire Santé présenté par la Ministre des affaires sociales et de la santé en décembre 2012.

Le projet médical national du régime minier s'inscrit pleinement dans ce pacte, l'offre de santé FILIERIS pouvant constituer un levier et une réponse aux enjeux de santé publique définis.

En particulier, le régime minier entend participer pleinement à la formation des étudiants en médecine, encourager l'exercice en ville, développer la télémédecine et le travail en équipe, améliorer la prise en charge de ses patients.

Dans cette optique, les grandes lignes du projet médical national sont les suivantes:

- développement de la télémédecine : mise en place des dépistages de la rétinopathie diabétique et de la DMLA par rétinographes avec lecture des clichés numériques par centres de référence distants,
- développement de protocoles de coopération sanitaire entre professionnels et entre structures dans le cadre de ces innovations,
- développement de l'accueil des futurs médecins dans les établissements et centres de santé du régime en lien avec les UFR de médecine, les ARS, et la médecine libérale pour favoriser la maîtrise de stage,

- élaboration d'un plan national de formation centré sur la fragilité de la personne âgée et son repérage dans les centres de santé polyvalents : mise en œuvre des instruments simples et rapides (CSP Carmaux et polyclinique Sainte Barbe à titre d'expérimentation pilote) de repérage des sujets fragiles,
- structuration d'un réseau de correspondants régionaux multi-professionnels : responsables administratifs, médecins, infirmiers, assistants sociaux.

Ce projet médical national sera enrichi après la signature de la COG, des travaux effectués en concertation avec les échelons territoriaux de la CANSSM (conseils des CARMI, équipes médico-administratives).

L'Etat veillera à associer le régime minier aux réflexions menées concernant l'offre de soins présente dans les territoires et l'élaboration des Plans Régionaux de Santé.

8. INVESTIR SUR LA PREVENTION

En conformité avec la stratégie nationale de santé, la CANSSM entend s'engager encore plus sur la prévention pour agir sur tout ce qui influence la santé des affiliés miniers et des populations fréquentant les structures de soins FILIERIS.

Ces priorités comprennent notamment

- la lutte contre les addictions et les maladies chroniques induites
- le cancer pour lequel un nouveau plan a été lancé en 2014
- les personnes âgées
- les jeunes de 0 à 25 ans (mortalité infantile, nutrition, comportements addictifs, etc.)

Les médecins des centres de santé (en leur qualité de médecins traitants) seront le pivot de cette politique de prévention.

La CANSSM pourra également renforcer l'information et les droits des patients en participant en région aux actions, colloques, évènements faisant appel aux témoignages des professionnels.

La prévention, l'éducation à la santé et la lutte contre les inégalités de santé figureront également parmi les priorités du régime minier.

Les actions de prévention- promotion de la santé engagées par le régime minier pour 2014-2017 s'inscriront dans le cadre :

- de la stratégie nationale de santé présentée par Madame la Ministre des affaires sociales et de la Santé
- des axes et engagements du pacte territoire santé
- du projet médical national de la CANSSM associé à la présente COG
- de partenariats noués tant au niveau national qu'en régions : la prévention est un enjeu local, régional et national autour duquel tous les acteurs d'un même territoire s'organisent pour des actions plus efficaces. Les CARMI poursuivront leur intégration dans le tissu sanitaire et social des régions dans lesquelles elles sont implantées en développant des partenariats avec les structures locales aussi bien institutionnelles qu'associatives. Elles participeront aux actions visant à préserver le capital santé des retraités et à prévenir la dépendance engagées par les caisses de retraite, et s'inscriront activement dans les partenariats initiés par les collectivités locales (conseils généraux, contrats locaux de santé avec les communes).
- des projets régionaux de santé de chacune des ARS auxquels la CANSSM proposera sa contribution.

D'ores et déjà les thématiques de prévention prioritaires retenues sont les suivantes :

- participation, en collaboration avec les structures de gestion, aux campagnes de dépistage des cancers (cancer du sein, cancer colorectal, et dans certaines régions, cancer de l'utérus) organisées par l'Etat
- bilan vaccinal et vaccinations
- dépistage du diabète et des situations pré-diabétiques

- mise en place des dépistages de la rétinopathie diabétique et de la DMLA
- repérage de la fragilité chez les sujets âgés
- prévention de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés

Une adaptation de ces thèmes aux problématiques régionales sera mise en place, notamment pour coopérer efficacement aux actions promues par les ARS.

Les objectifs seront de :

- prioriser les besoins et les enjeux locaux
- identifier les actions de prévention, les rendre plus lisibles, dans les conditions actuelles d'activité médicale salariée
- en faire un point de référence qui améliore l'attractivité des structures pour les patients

Deux aspects seront développés :

- donner plus de visibilité et de lisibilité à la politique de prévention du régime, structurer les domaines d'intervention,
- évaluer, mesurer avec rigueur les actions réalisées susceptibles d'apporter un bénéfice à la population minière mais également à l'ensemble des usagers des centres de santé.

9. APPUYER SA STRATEGIE SUR UNE EXPERTISE NATIONALE ET REGIONALE EN SANTE

La Direction Nationale du pilotage et de la performance de l'offre de santé et les directions régionales santé permettront de s'assurer de la mise en œuvre de la stratégie nationale, et de piloter l'activité des structures sanitaires du régime. En particulier, elles assureront la maîtrise d'ouvrage, en lien avec les utilisateurs, des outils informatiques utilisés par les établissements et les centres de santé. Elles superviseront la facturation, la gestion financière et budgétaire (évolution des recettes et des dépenses) des structures de santé et de soins.

Elles apporteront un appui aux directions d'établissement ainsi qu'aux centres de santé dans leurs relations avec les ARS.

Elles coordonneront les actions afin que l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales soient certifiées à horizon 2017.

Elles faciliteront les opérations de mutualisation et le partage des bonnes pratiques.

B. L'ENGAGEMENT DANS UNE TRAJECTOIRE ENERGIQUE DE RETOUR A L'EQUILIBRE, QUI PASSE NOTAMMENT PAR L'AMELIORATION DE LA GESTION ET L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SANTE

La CANSSM entend sur la période de la COG restructurer son réseau de soins, le rénover, en valoriser les atouts et en rationnaliser les coûts.

1. AMELIORER LE MODELE ECONOMIQUE DE SES CENTRES DE SANTE

L'action à engager sur les centres de santé doit s'inscrire dans les préconisations du rapport récent de l'IGAS sur les centres de santé qui a mis en exergue[1] :

- leur accessibilité liée à une proximité géographique dans des territoires souvent sous-médicalisés et qui risquent d'être encore plus fragilisés par la faiblesse de la démographie médicale,
- leur accessibilité tarifaire conditionnée par l'absence de dépassement d'honoraires, en particulier pour les spécialistes,
- un dispositif de tiers payant pour les prestations d'action sanitaire et sociale (fournitures de dispositifs contre l'incontinence, appareillages… suppléments non pris en charge par l'assurance maladie…),
- des conditions d'exercice particulièrement adaptées à la prise en charge des maladies chroniques avec le salariat et l'exercice en équipe,

[1] Rapport IGAS de juillet 2013 sur « les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », Ph. Georges et C. Waquet.

- leur expertise sur la prise en charge de populations âgées souffrant de poly-pathologies, la moyenne d'âge des populations minières étant élevée,
- des actions reconnues en matière de promotion de la santé, de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique, jusqu'aux soins à domicile et aux services à la personne en passant par les soins hospitaliers et la réadaptation et une contribution active au dépistage organisé des cancers, aux programmes de vaccination, au dépistage du diabète, au dépistage de la maladie d'Alzheimer,
- une gestion pas toujours maîtrisée.

Pour améliorer le modèle économique des centres de santé, la CANSSM entend parvenir à un modèle de centre de santé polyvalent comportant au moins 3 médecins**.** Les infirmières doivent être intégrées au cabinet dans le cadre de pôles infirmiers.

L'enjeu consiste à permettre aux centres de santé de contribuer, selon leur modèle spécifique, à une offre de soins de proximité, avec une qualité et une efficience de prise en charge des patients comparable aux autres formes d'exercice tout en confortant leurs apports spécifiques.

Les permanences des médecins et auxiliaires médicaux doivent être optimisées, de façon à assurer une accessibilité étendue.

En fonction des besoins et des partenariats possibles, le regroupement de plusieurs activités sera recherché et favorisé : soins dentaires, orthophonie, kinésithérapie. La présence d'une assistante sociale de secteur ou de l'ANGDM est souhaitable.

- Pour la médecine générale : le regroupement des centres dans plusieurs régions est nécessaire avec comme objectif l'amélioration des accessibilités (accessibilité handicapés dans une logique de « cabinets de groupe », bâtiments adaptés aux besoins en sortant de la seule logique « immobilière »),
- Pour les cabinets dentaires : il n'est pas rationnel de laisser les chirurgiens-dentistes seuls. Il faut, dans une logique d'amélioration de l'attractivité, regrouper les fauteuils de dentistes. Dans le cadre d'un centre de santé dentaire isolé, au moins 2 chirurgiens-dentistes doivent être regroupés afin d'améliorer l'offre et de mutualiser les frais. Le regroupement des médecins et chirurgiens-dentistes dans le cadre de plateformes de soins communes doit être encouragé,
- Pour les centres de spécialités : il convient de positionner les spécialités au regard des besoins des territoires tels qu'identifiés avec les l'ARS, en abandonnant les spécialités pour lesquelles on ne trouve pas de remplaçants, ou en attirant les professionnels par des plateaux techniques de grande qualité, ou encore en créant des coopérations avec d'autres institutions. Il faut également revoir les chaines d'organisation des soins avec des tâches déléguées - champs visuels par ex…- modèle du Kintrom et cela en créant des pôles d'excellence.

Le choix des activités ou spécialités qu'il convient de préserver dépend de l'offre existante sur les territoires de santé.

Il conviendra à cet égard de prendre en compte le fait que si le cadre est par exemple trop restrictif, les centres de santé pourraient se heurter à un problème d'attractivité, déjà perceptible, mais qui s'amplifiera.

L'ouverture aux nouveaux patients des centres de santé ne peut être réalisée que s'il y a un vrai centre, visible, accueillant, la réussite de l'ouverture passe en effet par la qualité de l'accueil et le respect du patient.

Cette amélioration de l'accueil dans les centres de santé suppose des secrétariats opérationnels, chargés de prendre en charge la «communication», l'accueil des patients, mais également la gestion «administrative» (gestion des absences, des remplacements…).

Il y a par ailleurs nécessité de disposer d'un back office opérationnel sur les tâches informatiques et administratives.

La problématique des remplacements doit conduire à la mise en place de pools de secrétariats venant en appui de plusieurs médecins, ou même de plusieurs lieux de consultation avec un accueil téléphonique mutualisé, voire sur certaines plages horaires externalisé, tout en veillant à ne pas rendre impersonnelle la réponse aux patients.

2. MODERNISER, ADAPTER ET METTRE EN VALEUR L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Le régime minier doit rénover adapter, et mettre en valeur son offre de santé et en moderniser la gestion.

L'offre ambulatoire, hospitalière, médico-sociale et de services à la personne ne peut se satisfaire d'un déséquilibre durable entre ses charges et ses recettes. Cette amélioration des résultats financiers nécessite un plan ambitieux de rénovation et de recomposition et l'appui de l'Etat et des ARS.

- **MODERNISER LA GESTION DES CENTRES DE SANTE**

Il s'agit de promouvoir des centres de santé intégrés dans les territoires, acteurs reconnus de la santé publique et porteurs d'innovations et économiquement équilibrés. La stratégie consiste à identifier les secteurs géographiques et les types de services pour lesquels le régime doit se renforcer, et à l'inverse les secteurs et services sur lesquels il convient de se désengager.

La CANSSM veillera au respect du patient et à la satisfaction de ses attentes.

Ainsi, elle garantira tout d'abord la qualité de prise en charge par un personnel médical et paramédical régulièrement formé (taux d'effort en formation continue au moins égal aux obligations des professionnels de santé libéraux).

Elle améliorera l'accès à l'offre de soins des patients en développant une politique de service « client/patient ». Ainsi, sera mise en place une organisation permettant l'orientation dans le parcours de soins du patient et sa prise en charge coordonnée.

Les services internet seront développés sur la durée de la COG, afin d'améliorer le service rendu aux patients.

Seront également généralisées les expériences en cours de rappel des prises de rendez-vous permettant notamment de faire diminuer le nombre de rendez-vous non assurés par les patients.

Le référencement de l'offre de santé FILIERIS devra être amélioré afin de mieux faire connaître celle-ci. Ainsi, l'offre de soins pourrait être intégrée dans AMELI Direct, service mis à disposition par la CNAMTS pour orienter les patients dans le système de soins.

Enfin, l'informatisation des centres de santé sera poursuivie en plaçant le patient au centre du système d'information. Elle devra notamment intégrer la facturation, le codage, le dossier patient et les télé-services de la CNAMTS (formulaire médecin traitant en ligne, avis d'arrêt de travail en cinq clics, etc.).

- L'attractivité et l'efficience seront les deux maitres mots du devenir des centres de santé.
- Une recomposition du réseau des centres de santé, en fonction de la stratégie nationale, déclinée au niveau des territoires, sera menée. La CANSSM s'engage à mettre en œuvre, en lien avec les ARS, un plan de recomposition qui répondra aux besoins sanitaires des territoires et au nécessaire retour à l'équilibre des centres de santé et des activités commerciales,
    - le nombre de points de consultation sera réduit et des regroupements seront engagés afin de diminuer les frais de structure et d'optimiser le temps médical,
    - pour les centres de santé de médecine spécialisée, une réflexion globale sera engagée afin que l'offre de santé du régime constitue une véritable plus-value pour les territoires. Ainsi, outre le regroupement des professionnels de santé, il s'agira de créer des pôles de compétence et d'excellence,
    - il conviendra en lien avec les ARS de vérifier la pertinence de l'offre « spécialiste » dont l'activité principale est extérieure au régime. Le maintien de ces activités sera également fonction des possibilités de recrutement.
- une réduction des déficits sera opérée.

La maîtrise des dépenses

- Elle passe par la mise en commun de moyens et une révision des modes de rémunération des professionnels de santé.
- Les centres devront comporter un nombre de médecins et d'infirmiers permettant une continuité de la prise en charge des soins dans le cadre de l'inter remplacement.

L'optimisation des recettes

- Un taux d'activité optimal sera recherché pour les centres de santé. Cela passe notamment par :
    - l'élargissement des horaires d'ouverture ou par leur adaptation en fonction de la fréquentation,
    - la fermeture de consultations secondaires sous utilisées,
    - la lutte contre l'absentéisme des patients aux rendez-vous,
    - le développement des partenariats avec notamment les médecins libéraux.
- Des financements complémentaires seront recherchés auprès des partenaires : ARS, CPAM, organismes complémentaires, collectivités locales …

- **RECOMPOSER L'OFFRE COMMERCIALE**

Les pharmacies, les centres d'optique, les services de transport, les laboratoires d'analyses médicales et de prothèses dentaires seront maintenus tant qu'ils seront bénéficiaires.

L'activité commerciale devra faire l'objet d'une fermeture si elle ne retrouve pas l'équilibre à fin 2015. Il conviendra dans cette hypothèse, en lien avec la politique de GPEC, de procéder au redéploiement des moyens humains en fonction des opportunités locales. Une attention particulière sera portée aux situations individuelles des salariés concernés.

Un point d'étape sera fait au 30 juin 2015 en vue d'éclairer les décisions à prendre.

Une diversification des activités pourra être engagée sur des activités rentables pour lesquelles le régime minier (FILIERIS) dispose de savoirs faire: centres d'appareillage, laboratoires d'analyses médicales. Cette diversification doit permettre de mieux utiliser les personnels et de garantir la gestion globale à l'équilibre.

- LES PHARMACIES

L'évolution de la situation des pharmacies minières sur la période de la COG appelle une attention particulière pour tenir compte à la fois des exigences d'équilibre financier de l'offre de santé, de la place que ces pharmacies occupent dans la délivrance des produits de santé sur les territoires où elles sont situées et donc dans l'accès aux soins, mais aussi du réseau officinal existant dont la forte densité mérite d'être soulignée.

Dans le principe, les pharmacies devenant déficitaires ont vocation à faire l'objet d'un regroupement et d'une fermeture progressive, au fur et à mesure notamment des départs à la retraite des pharmaciens gérants et assistants. Les pharmacies dont l'activité est équilibrée seront maintenues.

Afin de permettre à l'offre de soins du régime minier de répondre aux besoins de santé de la population, une réflexion sera engagée sur la possibilité d'ouverture de certaines pharmacies minières aux assurés d'autres régimes, au cas par cas et dans des circonstances très précises, caractérisées par une faible densité de l'offre locale, et dans des conditions débattues avec la profession. Cette ouverture, qui ne concernerait qu'un nombre limité de pharmacies, serait « raisonnée » : les pharmacies minières seraient ainsi habilitées à accueillir les demandes des assurés de tous les régimes de sécurité sociale, sans distinction, sous réserve qu'ils présentent une prescription délivrée par une structure de santé du régime minier.

Les décisions concernant le devenir des pharmacies minières seront prises au vu des éléments d'analyse permettant d'appréhender l'ensemble des enjeux.

Pour répondre à ces préoccupations d'évolution, la mise en œuvre d'un « plan pharmacies » permettra, prioritairement, de favoriser des reconversions de pharmaciens-assistants.

Un accord-cadre avec les syndicats de pharmaciens libéraux sur des solutions de reclassement possibles pour le personnel sera mis en œuvre pour :

- améliorer le service aux populations minières,
- offrir aux personnels des pharmacies minières (pharmaciens, préparateurs…) des solutions de reclassement.

Des solutions de reclassement pour les pharmaciens à mener de concert avec l'Etat.

Plusieurs pistes de reconversion seront recherchées, avec les Pouvoirs Publics, les partenaires institutionnels, les instances de régulation de la profession et les représentants du personnel.

Le développement du portage de médicaments à domicile et du matériel médical.

Le regroupement et la fermeture progressive des officines du régime minier devront être accompagnés par le développement dans les officines maintenues d'actions de portage de médicaments et de matériel médical à domicile. Cela permettra de reclasser certains personnels à titre transitoire.

Parallèlement, sera développée la vente du matériel médical, qui pourra être sortie des officines et gérée dans le cadre d'une gestion spécifique du matériel médical dans laquelle pourront être reclassés des personnels des pharmacies.

- **Le développement du générique**

La CANSSM poursuivra les efforts de développement des génériques dont les prix d'achats sont optimisés par les appels d'offres dans le cadre des marchés publics.

Ce développement sera favorisé financièrement par l'application de l'accord conventionnel attendu dans le cadre de la LFSS pour 2014.

- LES CENTRES D'OPTIQUE

La CANSSM compte engager le retour à l'équilibre d'ici fin 2015 des centres d'optique. Cette offre sera maintenue tant qu'elle reste équilibrée ou excédentaire.

Les objectifs à atteindre pour permettre un retour à l'équilibre :

- harmoniser la politique de prix
- harmoniser les offres commerciales et les rationaliser
- mettre en place des tests de vue

- LES LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES

L'activité de biologie médicale sera maintenue tant qu'elle reste excédentaire. Les services aujourd'hui déficitaires qui ne seraient pas à l'équilibre à fin 2015 devront s'engager dans un processus de fermeture.

La question de l'organisation et des modalités de facturation de l'activité de biologie médicale de la CARMI Nord Pas-de-Calais implantée sur les 3 sites de l'AHNAC sera revue. Une convention de partenariat avec l'AHNAC sera négociée.

- LES LABORATOIRES DE PROTHESES DENTAIRES ET LES SERVICES DE TRANSPORT

Le régime minier n'a pas vocation à gérer des services de transport ni des laboratoires de prothèses dentaires, d'autant moins si ceux-ci sont déficitaires.

Sauf à ce qu'ils reviennent à fin 2015 à l'équilibre une fermeture de ces services sera engagée.

3. AMELIORER LA GESTION DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX ET DES SERVICES A LA PERSONNE POUR REPONDRE AUX BESOINS TERRITORIAUX

L'objectif est d'améliorer la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux et des services d'aide à la personne et d'engager, pour les structures déficitaires, leur retour à l'équilibre.

- **Le retour à l'équilibre des établissements sanitaires et médico-sociaux :**

  - l'ancrage des établissements de santé dans les territoires de santé, en les inscrivant pleinement dans les projets régionaux de santé, devra être poursuivi,

  - les établissements sanitaires poursuivront le développement des partenariats et complémentarités avec les structures environnantes sur le territoire de santé,

  - l'effort d'efficience sur les moyens humains des établissements sera poursuivi, sans préjudice pour la qualité de l'offre de santé, par un effort de réduction du ratio des effectifs administratifs rapportés aux effectifs globaux,

  - la systématisation de l'inter-remplacement, le renforcement des mutualisations entre les établissements et l'expérimentation d'équipes de réserves pour faire face aux pics d'activité,

  - un plan d'humanisation et de restructuration des établissements sera engagé sur la période de la COG. Tout projet de restructuration et d'humanisation qui nécessiterait un financement du Fonds national d'action sanitaire et sociale devra systématiquement faire l'objet d'une note d'opportunité avec descriptif détaillé du projet médico-économique et présentation d'un plan prévisionnel de financement incluant l'impact de l'opération sur l'exploitation. Des rencontres régulières seront instaurées avec la Direction de la Sécurité sociale et la Direction du Budget pour permettre une concertation sur les dossiers présentés.

- tous les établissements déficitaires devront s'engager, en concertation et en partenariat avec les ARS et les conseils généraux, dans un plan de retour à l'équilibre ; des contrats de performance seront, en tant que de besoin, formalisés avec les agences régionales de santé.

Pour sa part, l'Etat s'engage :

- à accompagner la mise en œuvre des plans de retour à l'équilibre du régime, en laissant aux gestionnaires le temps nécessaire pour conduire les opérations de restructuration dans le respect des garanties sociales consenties,

- à donner à la CANSSM les moyens de financer les investissements courants nécessaires au bon fonctionnement des structures de santé (dont l'accessibilité aux personnes handicapées),

- à examiner, en lien avec les ARS, le financement des projets d'investissements nécessaires à la restructuration des établissements, qui s'inscrivent dans les projets régionaux de santé,

- à ce que le régime minier puisse étudier la possibilité d'opérer des transferts de gestion dans le cadre de partenariats sécurisants quand il n'y a pas de cohérence dans la filière ou pour les structures excentrées,

- à examiner les projets de la CANSSM qui permettent d'assurer la pérennité et l'équilibre de structures existantes.

- LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

Le déficit des établissements sanitaires devra être à la fin de la Convention d'objectifs et de gestion inférieur à 3% (hors provisions Plan Comptable Unique des Organismes de Sécurité Sociale –PCUOSS- et /ou non prévues règlementairement dans le cadre de la M21) sauf situations particulières (exemple de l'hôpital de Freyming-Merlebach au regard des sureffectifs constatés dont le déficit devra être réduit d'au moins 50 %).

Pour ce faire, un dialogue et des négociations sur une augmentation des dotations devront être menés avec les agences régionales de santé et les conseils généraux (pour les USLD).

Une plus grande maîtrise des charges devra être opérée.

La situation des établissements de 40 lits ou moins sera examinée : augmentation des capacités, regroupements et partenariats avec d'autres établissements, transferts de lits vers une structure plus robuste, etc.

- LES EHPAD

Dans le cadre du développement de la filière gériatrique, le Régime Minier a décidé de recomposer son offre médico-sociale notamment par la transformation en EHPAD des foyers logement qu'il a en gestion.

La CANSSM pourra par ailleurs répondre au cas par cas, et sous réserve de l'accord des autorités de tutelle, à des appels à projets de création d'EHPAD pour autant que ces projets :

- permettent d'apporter une réponse aux besoins du territoire,
- comportent la garantie d'un équilibre économique et financier crédible et fiable,
- soient menés en partenariat avec d'autres acteurs,
- contribuent au reclassement d'un certain nombre de personnels du régime minier, et à l'optimisation des fonctions support existantes.

Ces établissements devront être à l'équilibre à la fin de la Convention d'objectifs et de gestion (hors provisions PCUOSS et /ou non prévues règlementairement dans le cadre de la M22).

- LES FOYERS LOGEMENTS

Une réflexion sur l'avenir des foyers logements sera engagée. Cette réflexion devra s'appuyer sur les préconisations du rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes et le futur projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement lequel devrait s'attacher à valoriser ces établissements en les rendant plus attractifs pour leur permettre de mieux assurer leur mission de prévention et de préserver l'autonomie des personnes âgées. En fonction de l'état du foyer et des besoins d'hébergement, des réhabilitations et reconversions en EHPAD pourront être conduites en lien avec les l'ARS et les Conseils Généraux (voir ci-dessus).

En revanche le régime minier abandonnera la gestion des foyers inadaptés et déficitaires, surtout quand il n'est pas propriétaire de ces structures et qu'elles sont dans un état de vétusté compromettant la sécurité et le bien-être des patients.

- LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (SSIAD)

Le Régime Minier s'inscrit dans le développement des SSIAD, structures d'aval et d'alternative à l'hospitalisation.

Le retour à l'équilibre des SSIAD déficitaires à fin 2015 est une nécessité. A noter que sur 15 SSIAD, 8 étaient équilibrés en 2012.

Des discussions avec les ARS seront engagées pour revoir le montant des dotations allouées à certains SSIAD.

Une meilleure maîtrise des charges de fonctionnement sera par ailleurs engagée.

- LES SERVICES D'AIDE A LA PERSONNE

Les services d'aide à domicile (SAAD) du Régime Minier s'inscrivent dans le développement d'alternatives à l'hospitalisation dans le cadre des filières gériatriques développées dans les régions Nord Pas de Calais et Lorraine (aval des établissements hospitaliers pour favoriser la fluidité des parcours de soins).

Au regard des difficultés économiques que peuvent rencontrer ces services d'aide à domicile et des évolutions à venir sur le financement, la CANSSM poursuivra les travaux visant à :

- mettre en place une organisation unifiée et à mutualiser les moyens des deux services d'aide à domicile avec pour objectif une unité de gestion, de statut et de système d'information,

- passer sous un accord d'entreprise unique pour les deux SAAD. Afin d'unifier les statuts « Est » et «Nord» ; il est proposé de mettre en œuvre un accord d'entreprise spécifique aux SAAD,

- diversifier l'activité en proposant de nouveaux services aux usagers actuels mais aussi à de nouvelles clientèles afin d'assurer un équilibre pérenne des structures : développement par ces services d'activités complémentaires à l'aide à domicile comme par exemple le portage de repas, les transports accompagnés, la téléalarme, voire parfois certains travaux d'entretiens, etc.

- développer les partenariats avec d'autres structures avec reprises en gestion possibles,

- développer la coordination SAAD/SSIAD si possible dans une dimension SPASAD, avec conclusion de contrats de prestations unifiés SSIAD/AMD avec les personnes âgées.

L'ANGDM est un acteur à privilégier sur la prise en charge des personnes âgées relevant du régime.

Les évolutions relatives aux services d'aide à la personne s'inscriront également dans le cadre fixé par la future loi sur l'autonomie des personnes âgées.

POURSUIVRE ET MAITRISER LA DELEGATION DE LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE MINIERE ET RENFORCER L'EFFICIENCE DE LA GESTION INTERNE

Le régime minier a été conduit à confier, selon des cadres juridiques et des périmètres divers, certaines de ses activités de sécurité sociale :

- l'assurance vieillesse et invalidité, à la Caisse des dépôts et consignations,
- l'action sanitaire et sociale, à l'Agence nationale de garantie des droits des mineurs (ANGDM).

Lors de la présente COG, il va poursuivre et achever ce mouvement en confiant, sous mandat de gestion, les activités assurantielles maladie et AT/MP à la CNAMTS.

Cette évolution devra se traduire par le transfert des personnels affectés aux activités assurantielles au nouvel opérateur.

En parallèle, l'organisation administrative comme les fonctions supports vont devoir accompagner l'évolution de l'entreprise, et renforcer leur efficience au service des activités sanitaires et de services en gestion directe.

A. Poursuivre la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière en conservant la maitrise et en garantissant la qualité

PERIMETRE, OBJECTIFS ET ENJEUX

L'organisation actuelle ne peut pas perdurer compte tenu de la baisse du nombre d'affiliés. Deux objectifs paraissent prioritaires : la qualité de service pour répondre aux besoins des mineurs ainsi qu'une gestion efficiente et performante.

En application des conclusions de l'Instance de Coordination Stratégique présidée par le Préfet honoraire Philippe RITTER, la CANSSM, dans un cadre qui sera précisé par un décret modificatif du décret du 27 novembre 1946, donnera mandat à la CNAMTS (et aux organismes de son réseau) pour gérer pour son compte l'assurance maladie et les risques professionnels des ressortissants du régime minier de sécurité sociale.

Cette opération constituera un enjeu fort de la première période de la COG, pour une mise en œuvre programmée à mi-2015.

Le Conseil d'Administration de la CANSSM demeurera légitime à suivre les activités et à arrêter les comptes y afférents.

En effet, le délégataire doit s'assurer de la qualité du service rendu aux bénéficiaires. L'opérateur délégué doit lui rendre des comptes sur la gestion et les opérations réalisées.

La CDC et l'ANGDM, pour les missions qui leurs sont respectivement confiées, s'assureront de la qualité du service rendu aux bénéficiaires. Elles communiqueront à la CANSSM des informations sur leur gestion et les opérations réalisées.

1. Déléguer à la CNAMTS la gestion des assurances sociales maladie et AT/MP

La gestion par la CNAMTS des assurances sociales du régime minier (maladie et AT/MP) doit garantir a minima le maintien des droits des affiliés, la qualité de service et la proximité.

Compte tenu de la qualité de l'opérateur délégué, et des nombreux échanges déjà engagés avec la CANSSM, cette opération permet d'envisager de porter la qualité du service rendu aux ressortissants du régime minier à un niveau supérieur à celle proposée aujourd'hui.

Le régime général consolidera les services de proximité en utilisant son réseau implanté sur l'ensemble du territoire, tout en l'adaptant aux réalités géographiques et sociologiques des ressortissants du régime minier.

Par ailleurs, les personnels du régime minier affectés à ces activités devront être repris par la CNAMTS et son réseau de CPAM, qui proposeront aux personnels des emplois, et seront en mesure d'assurer une professionnalisation et des perspectives de développement de carrière.

- **Les attentes de la CANSSM vis-à-vis de la CNAMTS**

La délégation de gestion de l'activité assurantielle assurera la continuité des prestations versées par le régime minier à ses ressortissants.

Le transfert des activités et des personnels sera réalisé pour le 1er juillet 2015.

Le transfert de l'activité sous mandat de gestion concerne exclusivement le domaine assurantiel du régime minier, hors branche retraite et hors action sanitaire et sociale.

- L'assurance maladie, maternité, paternité, décès, à l'exception de l'invalidité qui relève de la vieillesse; elle est traitée par la CDC dans le cadre du mandat de gestion de la vieillesse,
- Les rentes, les maladies professionnelles et l'incapacité temporaire,
- La tarification des cotisations AT/MP,
- Les activités support et diverses (informatique, trésorerie, contentieux, conciliation…) verront leurs modalités de prise en charge examinées dans le cadre du mandat.

Dans le cadre du mandat de gestion, qui sera présenté au Conseil d'Administration de la CANSSM, elle attend de la CNAMTS :

- une prise en charge la plus complète possible de la conduite du changement, dans l'animation de chaque phase du projet, tant à l'égard de l'ensemble des usagers du régime, que des personnels,
- le respect des règles de gestion légalement et réglementairement spécifiques aux affiliés miniers,
- la reprise de l'intégralité des personnels affectés aux activités assurantielles conformément au cadre défini par l'article 30 de la LFSS pour 2014. Les CARMI seront appelées, autant que faire se peut, à dédier, avant le 1er juillet 2015, des sites spécifiques et complets à l'activité assurantielle et à stabiliser les effectifs affectés à l'activité,
- un respect de la visibilité du régime et une qualité du service rendu homogène sur l'ensemble du territoire (présence du logo du régime minier sur les documents à destination des affiliés),
- une garantie de relation de proximité au bénéfice des affilés miniers,
- le maintien des relations avec les autres opérateurs de l'assurantiel (CDC pour la retraite et l'invalidité, ANGDM pour l'Action Sanitaire et Sociale Individuelle et pour la gestion de la reconnaissance des maladies professionnelles),
- s'agissant des organismes complémentaires, il est demandé à la CNAMTS de respecter les conventions signées par la CANSSM.

La question de l'accueil de proximité fera l'objet d'un examen attentif dans la mise en place de ce mandat. La CANSSM souhaite notamment à ce titre que le régime général puisse mettre à la disposition des bénéficiaires du régime minier un ou plusieurs référents pouvant jouer un rôle de médiation avec les assurés du régime minier.
La CAN veillera à ce que les affiliés puissent, en fonction du contexte et des ressources disponibles, bénéficier d'un relais d'information et de conseil pour assurer le bon accès aux droits et aux prestations du régime; ces relais pourraient également être mutualisés au sein des points d'accueil relevant de l'A.N.G.D.M.

La CANSSM envisage de déléguer à la CNAMTS la mission de conciliation qui répond à l'obligation de l'art.58.VII de la loi du 13 août 2004, qui pourra être traitée en application de l'article L 162-15-4 du code de la sécurité sociale, le secrétariat de la Commission de recours amiable ainsi que la gestion de la commission des pénalités financières. Les recours amiables resteront de la compétence du C.A de la CANSSM et de sa commission de recours amiable.

• Les engagements de la CANSSM pour faciliter le mandat de gestion

Afin de faciliter la mise en œuvre du mandat de gestion, la CANSSM s'engage à :

- fournir au mandataire et à l'Etat toutes les informations dont ils ont besoin tant pour la préparation de la mise en œuvre du mandat (effectifs concernés, implantation, projections sur 4 ans..) que pour le suivi de la réalisation de ce mandat,
- coproduire avec le mandataire le séquencement des opérations, les tests et l'expérimentation si besoin, la « bascule », dans un délai contraint compte tenu de la diminution des effectifs,
- coproduire avec le mandataire les processus de relations et de fonctionnement optimaux (échanges financiers, suivis, indicateurs, trésorerie, comptabilisation…),
- maintenir sans recrutement externe pérenne le service assurantiel, et en conséquence différer les départs en retraite anticipée (avenant 24 de la convention collective minière),
- fournir la liste des activités « pré-transférables » qui peuvent permettre de maintenir le service avant mandat de gestion, sans impact budgétaire sur le régime minier, ainsi que la liste des activités en situation de fragilité (expertise et gestion des AT/MP, contrôle des prestations).

Exemples :

- envisager des mises à disposition de personnels par la CNAMTS avant le transfert, afin de le préparer, et d'éviter des ruptures de service,
- étudier le transfert dès 2014 des feuilles de soins papier à scanner et à saisir par le régime général avant injection dans le traitement informatique du régime minier,
- donner à son conseil d'administration les informations relatives au suivi du mandat de gestion,
- consulter les instances représentatives du personnel en application de la réglementation en vigueur,
- tenir des indicateurs de suivi de l'activité qui reste de sa responsabilité directe,
- suivre les dépenses relatives au mandat de gestion, et notamment les coûts conformes à la convention passée avec le mandataire, et le coût des personnels transférés et ayant opté pour la mise à disposition.

Pour faciliter la reprise des règles de gestion et le service des pensions AT/MP, la CANSSM proposera de mettre à disposition certains des outils propres au régime minier, comme la base de données des rentiers AT/MP (PRIAM).

Elle envisage également la cession de certains immeubles dédiés principalement ou exclusivement aux activités assurantielles.

Ces éléments feront l'objet de différentes conventions qui définiront notamment les relations extérieures, les relations comptables, les reporting, les conditions de mise à disposition du personnel.

• Les engagements de l'Etat

La CANSSM souhaite organiser la mise sous mandat de gestion de ses activités assurantielles dans un cadre juridique qui clarifie les rôles des deux régimes et les engagements de la CNAMTS, et qui rende la démarche opposable à l'ensemble des acteurs du régime minier et aux tiers.

A cette fin, l'Etat apportera son soutien et les supports juridiques et réglementaires nécessaires à la mise en œuvre de cette opération, et procédera à l'intégration du mandat de gestion au sein du décret n°46-2769 du 27 novembre 1946 modifié.

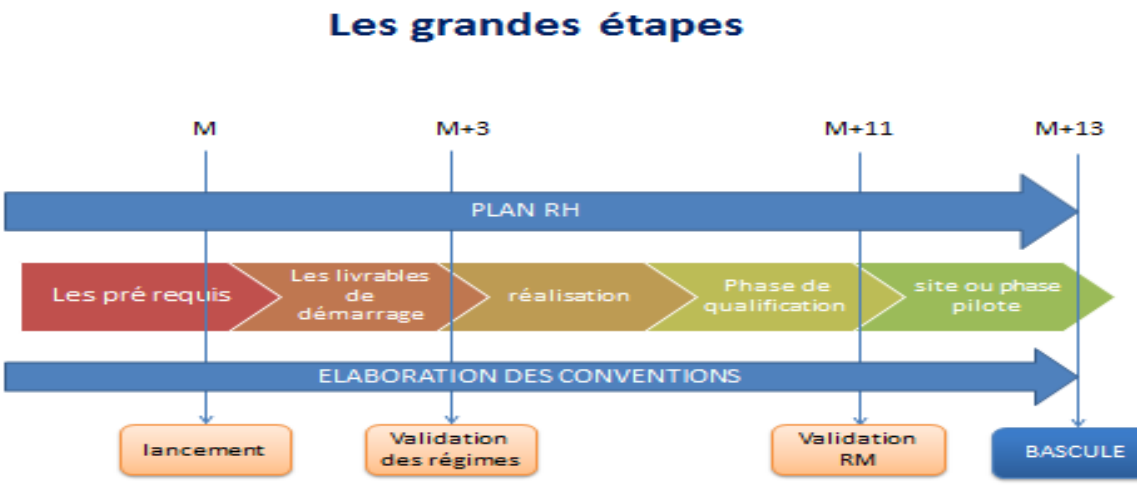
• Les grandes étapes du projet

A partir de l'engagement des opérations, 12 mois sont nécessaires à la reprise en gestion par la CNAMTS et son réseau des assurances maladie et AT/MP du régime minier.

Les livrables pour le démarrage sont :

- le plan projet,
- le cahier des charges technico fonctionnel,
- le schéma d'organisation,
- le plan « ressources humaines » : base de données sociales, modalités de transfert, plan de formation.

Le projet de mandat de gestion sera soumis au Conseil d'Administration.



2. Veiller à la continuité des relations avec la CDC-Retraite des Mines, la CNAMTS et l'ANGDM pour garantir la qualité de service :

La CANSSM organisera avec la CDC-Retraite des Mines, la CNAMTS, et l'ANGDM des rencontres régulières entre les services afin de favoriser la meilleure coordination aux bénéfices des affiliés.

- Garantir et suivre la qualité des gestions déléguées

La délégation de la gestion nécessite son contrôle et un compte rendu d'activité sera fait au Conseil d'Administration.

- Les assurances vieillesse et invalidité confiées à la Caisse des dépôts et consignations

Le décret n°2004-1172 du 2 novembre 2004 modifié par le décret n°2006-1590 du 12 décembre 2006 a confié la gestion administrative de l'assurance vieillesse invalidité du régime minier à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Dans le prolongement du mandat de gestion confié à la Caisse des dépôts et défini à l'article 15-II du décret n°46-2769 du 27 novembre 1946 modifié, cette dernière assure la gestion de prestations complémentaires pour le compte de la CANSSM :

- le versement aux URSSAF des cotisations assises sur ces revenus de remplacement ainsi que les déclarations annuelles,
- la gestion de la Commission de Recours Amiable, ainsi que l'assistance à la CANSSM devant les juridictions compétentes,
- la fourniture de données statistiques sur l'assurance vieillesse et sur la branche recouvrement du régime minier pour le compte de la CANSSM notamment dans ses relations avec la commission des comptes de la sécurité sociale.

Afin de rendre compte de sa gestion, l'opérateur fournit régulièrement à la CANSSM, pour approbation ou information, les éléments suivants :

- les rapports annuels de Retraite des Mines et de Retraite des Statutaires,
- les prévisions budgétaires pluri-annuelles pour la Direction du Budget et la Direction de la Sécurité Sociale, le bilan annuel de gestion, les indicateurs des COG Etat / CDC-retraite des mines et les statistiques mensuelles des Avenants 24,
- les comptes annuels certifiés de Retraite des Mines en liaison avec l'Agence comptable de la CANSSM,
- le reporting annuel Contrôle des Risques,
- la fourniture d'études ponctuelles et de fichiers informatiques,

- une veille législative et réglementaire concernant les réformes des retraites, ainsi qu'une assistance juridique ponctuelle à la CANSSM.

En outre la CDC fournira directement :

- à la CNAMTS les éléments pertinents jusque-là fournis à la CANSSM dès lors que celle-ci lui aura transféré ses activités assurantielles,
- à l'ANGDM les éléments jusque-là fournis à la CANSSM dans le cadre de son rôle de gestionnaire de prestations d'action sanitaire et sociale.

En effet, la Caisse des dépôts et consignations dispose des données relatives aux dossiers de compte et de pensions. En matière d'affiliation maladie, les droits sont déterminés à partir de ces données, ce qui nécessite la poursuite de liaisons informatiques avec l'opérateur gestionnaire de l'assurance maladie. Ces données servent également pour l'établissement des formulaires de soins de santé des pensionnés vers l'étranger dans le cadre des relations internationales.

En outre, en application de l'article 15 du décret n°46-2769 du 27 novembre 1946 modifié, la Caisse des dépôts et consignations est l'organisme en charge du recouvrement des cotisations sociales de l'assurance maladie et de l'assurance AT-MP.

Enfin, sur la durée de la COG, la CANSSM entend réviser avec la CDC, au regard des évolutions constatées de la charge de travail et des techniques mises en œuvre par l'opérateur, les conditions financières de la délégation de gestion, ainsi que les engagements de services rendus aux bénéficiaires.

- Les assurances maladie et AT/MP confiées à la CNAMTS

La CANSSM demandera à la CNAMTS de fournir l'ensemble des éléments de « reporting» fonctionnel et financier lui permettant d'exercer sa mission de veille quant au bon accomplissement des missions sous mandat.

Dans le cadre d'un mandat de gestion, conformément à ce qui a été instauré avec la CDC Retraite des Mines pour la vieillesse, il est nécessaire de prévoir une remontée de l'ensemble des écritures passées par le tiers gestionnaire au titre des prestations Maladie et AT-MP du Régime Minier via une interface permettant une intégration automatique de ces écritures dans les comptes de la CANSSM.

L'assurance maladie sera sollicitée pour mettre à disposition de la CANSSM, selon une périodicité à définir, des indicateurs lui permettant de suivre l'activité et la qualité du service rendu aux affiliés du régime minier afin d'en rendre compte à son conseil d'administration.

En sus d'un suivi statistique annuel du nombre d'assurés et ayants droits ainsi que du montant des prestations versées, pour l'assurance maladie, d'une part et les accidents du travail et maladies professionnelles, d'autre part, il sera demandé à l'assurance maladie de fournir les indicateurs du benchmark inter-régimes, à savoir :

- 4 indicateurs semestriels :
  - délais de traitement des feuilles de soin papier,
  - délais de traitement des feuilles de soin électroniques,
  - taux de feuilles de soins électroniques ou taux de flux externes,
  - taux de pénétration des génériques.
- 2 indicateurs annuels :
  - part des dépenses remboursées à 100% pour les ALD,
  - taux de couverture vaccinale contre la grippe.

- Suivre l'action sanitaire et sociale transférée à l'ANGDM

Le transfert de l'action sociale individuelle du régime minier, ainsi que de son service social, a été opéré par le décret n°2011-1034 du 30 août 2011, et confirmé dans ses modalités par le législateur.

Ainsi, depuis le 1er avril 2012, l'ANGDM détermine les orientations de la politique d'action sanitaire et sociale individuelle au bénéfice des ressortissants du régime spécial de la Sécurité Sociale dans les mines, et en assure également la gestion. Elle liquide, verse ou attribue les prestations correspondantes. Elle fixe, coordonne et con-

trôle l'ensemble des actions engagées en matière de politique d'action sanitaire et sociale et en établit un bilan annuel.

Dans le cadre d'une bonne coordination avec la CANSSM, l'ANGDM communiquera, au travers du rapport financier sur le service de l'ASS :

- les éléments statistiques et financiers sur les différentes prestations individuelles servies, (nature de prestations, nombre de prestations et volume financier par prestation,
- les restitutions d'exécution budgétaire relatives aux dépenses de gestion administrative (fonctionnement, investissements et masse salariale), dans des délais et formes compatibles avec les exigences de la certification des comptes.

B) Adapter l'organisation du régime à ses nouveaux enjeux et renforcer sa gestion interne

Le décret du 30 août 2011 a fait évoluer la gouvernance du régime en l'adaptant, notamment, à sa nouvelle structure d'entreprise unique.

Dans ce cadre, les rôles respectifs du conseil d'administration de la CANSSM, de son directeur général, de l'agent comptable, des directeurs régionaux, des agents comptables territoriaux et des conseils locaux maintenus, ont été modifiés. A la suite du décret du 28 mars 2013 ouvrant de nouvelles perspectives pour la CANSSM, des évolutions sont à nouveau nécessaires pour organiser l'avenir du régime minier, qui est confronté à des difficultés importantes, notamment sur le plan financier et de la gestion.

La réussite des projets du régime, notamment la rénovation de l'offre de santé et la recherche d'un équilibre pérenne, le mandat de gestion des activités assurantielles, la rationalisation des fonctions support et la certification des comptes, nécessitent la réaffirmation des rôles et missions des acteurs du régime.

Pour cela, la gouvernance du régime doit être resserrée et renforcée. Le dialogue social doit être rénové pour faire évoluer le statut collectif des personnels. La politique de GPEC doit être poursuivie pour accompagner les évolutions de l'entreprise. Une nouvelle approche des territoires, de l'organisation des activités et de leur pilotage doit être définie.

1. La modification du décret n°46-2769 du 27 novembre 1946

Les engagements de la présente COG doivent s'accompagner du nécessaire toilettage des dispositions du décret du 27 novembre 1946. A ce titre, seront apportées les modifications permettant de prendre en compte :

- la délégation à la CNAMTS de la gestion des activités d'assurance maladie et AT/MP,
- la création et la composition du comité de suivi de la COG CANSSM/Etat,
- la révision de la composition du Conseil d'Administration de la CANSSM avec l'entrée des représentants du personnel.

Le décret sera élaboré en concertation avec la CANSSM et les Fédérations nationales de mineurs avant d'être soumis, en application de l'article 69 du décret 46-2769 du 27 novembre 1946, à l'avis du Conseil d'Administration de la CANSSM.

2. Une nouvelle organisation administrative

Produit de l'histoire et de ses évolutions successives, l'organisation administrative de la CANSSM doit évoluer dans le prolongement de la réforme de 2011, conçue pour une période transitoire.

Pour porter le projet d'entreprise, une gouvernance renforcée avec un réseau de services territoriaux resserré, s'avère nécessaire.

- Renforcer la gouvernance du régime

La rénovation de la gouvernance du régime doit être poursuivie et renforcée.

Les rôles respectifs des organes de décision de la CANSSM doivent être affirmés, avec la prise en compte de la double nature de l'organisme : un organisme de sécurité sociale d'une part, un opérateur en santé d'autre part. La représentation du personnel au niveau du Conseil d'administration de la CANSSM sera mise en place.

Une gouvernance propre à l'offre de santé, permettant d'intégrer des représentants des usagers et des ARS, doit être étudiée.

Par ailleurs, il convient de revoir la place et le rôle des organes « maintenus » au niveau des CARMI, comme les conseils et les agents comptables territoriaux, afin de clarifier leurs attributions par rapport aux organes nationaux de même nature.

A cette fin, une révision du décret n°46-2769 du 27 novembre 1946 devra intervenir rapidement.

- Rénover l'organisation territoriale

Les regroupements régionaux envisagés permettant de diviser par 2 le nombre de services territoriaux sur la durée de la COG sont les suivants :

1. Nord-Pas-de-Calais ; Basse Normandie ; Pays de la Loire,
2. Lorraine ; Alsace ; Bourgogne,
3. Rhône-Alpes ; Auvergne ; Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Languedoc-Roussillon ; Midi-Pyrénées, Aquitaine.

Ils permettront à chaque ARS de n'avoir comme correspondant qu'un seul responsable territorial, et de poursuivre la réduction du nombre de CARMI.

Les modifications ainsi envisagées seront décidées et mises en œuvre dans le cadre de l'article 15 III 3° du décret du 27 novembre 1946 modifié.

- Améliorer la cohérence des organisations internes par la mise en place d'un organigramme intégré

La répartition des rôles et des responsabilités entre les échelons nationaux, régionaux et locaux sera clarifiée.

La Caisse Autonome Nationale définira la stratégie de l'entreprise et supervisera sa mise en œuvre, en s'appuyant à cette fin sur les directions régionales.

Une contractualisation régulière des objectifs et des moyens avec les acteurs régionaux et locaux garantira la mise en œuvre des orientations définies et le respect des instructions.

Ces contrats détermineront également les modalités de supervision et de reporting. Ils seront actualisés au minimum chaque année, en cohérence avec le cycle budgétaire propre à chaque acteur.

Une fonction finances intégrée au niveau du siège sera mise en place.

3. Une politique attentionnée de gestion des ressources humaines accompagnant les mutations de l'entreprise

L'organisation comme les missions de l'entreprise étant en profonde mutation, une attention particulière sera portée à la gestion des ressources humaines.

Ainsi, la CANSSM veillera à réunir les conditions nécessaires à l'acceptabilité sociale de ces mutations, sur la base des principes suivants :

- application de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014,
- garantie pour chaque salarié de l'emploi, de son statut, des garanties collectives et du régime d'affiliation dont il relève,
- absence de mobilité géographique contrainte entraînant un changement de résidence,
- négociation d'un nouveau dispositif accompagnant la mobilité fonctionnelle et géographique,
- développement d'une GPEC permettant notamment d'identifier les passerelles entre emplois,
- accompagnement systématique et personnalisé des salariés concernés par un transfert d'activités.

L'efficience de l'organisation sera recherchée par la constitution de pôles d'activités cohérents, concrétisant la mutualisation des fonctions support et permettant la poursuite des projets professionnels. En parallèle, un programme de négociation collective sera engagé afin de rénover le dialogue social.

- Mutualiser certaines fonctions support

La décroissance des effectifs des fonctions support au cours de la présente COG fera l'objet d'un suivi attentif.

La mutualisation des fonctions résulte naturellement de la transformation du régime minier en entreprise unique. Elle permettra d'aboutir à des convergences entre les sites territoriaux en vue d'unifier les procédures de l'ensemble des activités. Les actions entreprises dans ce domaine, dans le cadre du plan de gestion initié dès janvier 2013, ont vocation à être poursuivies et intensifiées tout au long de la durée de la présente COG.

Les principales finalités de la mutualisation des fonctions support sont :

- une plus grande efficacité de ces fonctions par l'agrégation d'expertises,
- des économies de gestion grâce à la réduction des effectifs permise par le dispositif de retraite anticipée,
- la valorisation des compétences,
- le partage des connaissances/la transmission des savoirs pour garantir la continuité de service de l'entreprise.

Ces mutualisations permettront de faire face au non remplacement des départs à la retraite et en préretraite des agents affectés à la gestion administrative.

Les principaux domaines concernés sont :

- la fonction ressources humaines : paie, formation professionnelle GPEC…,
- les services généraux (achats, marchés, budgets, contrôle de gestion, immobilier, etc.),
- les fonctions comptables et financières.

La mutualisation des fonctions support nécessite certains investissements notamment en matière de modernisation du système d'information (fusion de bases, nouveau logiciel comptable, etc.).

La CAN engagera une réflexion avec l'A.N.G.D.M. afin de déléguer, en tant que besoin, la gestion des engagements sociaux vis-à-vis des personnels tels que : traitement des avantages en nature, de la gestion des avenants 24, des mises à disposition dans le cadre de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale.

- Faire évoluer les statuts collectifs des personnels pour favoriser la mise en œuvre des orientations de la COG

Les conventions collectives minières comptent aujourd'hui de nombreuses dispositions devenues obsolètes qui ne favorisent pas une gestion dynamique des carrières et des emplois nécessaire face aux enjeux de l'entreprise unique CANSSM.

Aussi, la CANSSM doit-elle rechercher, avec les représentants du personnel, une évolution des statuts collectifs qui permette d'améliorer la gestion interne des activités du régime et de l'adapter à sa nouvelle organisation en caisse unique.

Cet objectif doit être poursuivi dans le respect des salaires actuels et des droits, et être accompagné d'un programme de négociation pluriannuel intégrant :

- la négociation de l'accord sur les personnels concernés par un transfert d'activité visé à l'article 30 de la LFSS pour 2014,
- la rénovation du dialogue social dans l'entreprise, pour rationaliser les consultations des IRP entre les niveaux régional et national,
- la négociation d'un dispositif d'accompagnement à la mobilité,
- la généralisation de la complémentaire santé dans le cadre légal national,
- la mise en œuvre d'un dispositif d'intéressement.

- Poursuivre la politique de GPEC et accompagner les évolutions des personnels

La poursuite de la politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est indispensable à la réussite des évolutions de l'entreprise.

Il convient d'accompagner les personnels de la CANSSM, afin qu'ils puissent s'adapter aux besoins de l'entreprise, répondre aux enjeux, s'adapter au changement, tout en poursuivant leur carrière dans des conditions satisfaisantes.

La politique de GPEC passe notamment par les étapes suivantes, qui seront engagées sans délai :

- établir une cartographie prospective des emplois

La cartographie permettra de lister et quantifier les métiers et emplois relevant des secteurs récessifs, stabilisés ou en développement parmi les activités gérées par le régime minier. Le résultat de cette démarche constituera le volet « offres » du marché interne de l'emploi de l'entreprise CANSSM.

- poursuivre la constitution d'une base de données des compétences disponibles dans l'entreprise

Les entretiens annuels de développement professionnels seront poursuivis et améliorés de façon à achever la constitution et l'actualisation des données disponibles sur les compétences existantes dans l'entreprise : ces données constitueront le volet « demandes » du marché interne de l'entreprise CANSSM.

- définir et mettre en œuvre, avec l'appui des partenaires sociaux et de l'ensemble des professionnels, une stratégie nationale et ambitieuse de formation professionnelle adaptée au projet d'entreprise

Un plan de formation pluriannuel sera élaboré en cohérence avec les axes stratégiques de la présente COG

Axe managérial :

- renforcer la dimension managériale, la conduite de projet et du changement

- identifier, prévenir et traiter les risques psychosociaux

Axe métier :

- améliorer l'efficacité dans la réalisation des cœurs de métier, toutes branches d'activité confondues, notamment pour les fonctions support et le domaine des œuvres

- prévenir et réduire la pénibilité au travail

Axe maîtrise des risques :

- conforter les démarches qualité, la gestion du risque et le contrôle interne

- consolider le contrôle de gestion, la gestion budgétaire, la comptabilité analytique, la lutte contre la fraude

Axe soins :

- mettre en œuvre le DPC pour toutes les professions médicales et paramédicales

Axe qualité :

- décliner pour chaque métier

Afin de favoriser l'employabilité de chacun et l'accompagnement des projets professionnels individuels, les leviers DIF, CIF, VAE, période de professionnalisation notamment seront mis en œuvre.

Le plan national de formation fera chaque année l'objet d'une consultation et les plans régionaux, déclinaisons du plan national, seront présentés aux instances respectives.

- accompagner de façon attentionnée les salariés des activités récessives dans leur projet professionnel

La sauvegarde de l'emploi est un objectif prioritaire, y compris pour les activités récessives : pharmacies et autres activités commerciales (transport, optique, laboratoire…).

Pour les activités déficitaires, au-delà de l'arrêt des recrutements, de la mise en œuvre des mobilités, l'élaboration d'un projet professionnel sera proposée aux salariés concernés avec, le cas échéant, la recherche de solutions d'emplois externes.

- préparer et sécuriser les transferts de personnel.

En liaison avec la CNAMTS, une méthodologie permettant de sécuriser et d'accompagner l'ensemble des personnels concernés par la mise en œuvre du mandat de gestion sera mise en œuvre.

Les salariés des établissements de santé en cours de restructuration, comme l'hôpital de Freyming-Merlebach, pourront bénéficier d'un accompagnement RH attentionné.

Les opérations de transfert d'activité pourront, le cas échéant, s'inscrire dans le cadre sécurisant défini par le législateur à l'article 30 de la LFSS pour 2014.

La CANSSM accordera une attention particulière à la participation des personnels à l'amélioration des conditions de travail, à la prévention des risques professionnels et à la réduction des risques psycho-sociaux.

4. Le renforcement de la gestion interne

La CANSSM va devoir poursuivre sur la durée de la COG les efforts significatifs consentis en termes de maîtrise des coûts de gestion et de diminution des effectifs. En parallèle, elle devra relever les défis de gestion interne qui assoient sa crédibilité et sa légitimité de gestionnaire : la certification des comptes, la mise en œuvre d'une comptabilité analytique, la mutabilité de son système d'information, une communication positive, une gestion immobilière active, et un engagement résolu dans une logique de développement durable.

- Obtenir la certification des comptes et maîtriser les risques, lutter contre la fraude

Comme les autres régimes de Sécurité sociale, le régime minier est engagé depuis 2008 dans une démarche annuelle de certification de ses comptes. Cet objectif n'a pas été atteint en 2012, quand bien même les commissaires aux comptes ont pu noter des progrès, qui demeurent toutefois insuffisants.

Les marges de progrès concernent essentiellement le dispositif de contrôle interne.

Depuis 2011 a été mise en œuvre une démarche d'homogénéisation et de pilotage centralisé des actions de contrôle interne, qui s'est concrétisée par :

- un protocole de contrôle interne signé par le directeur général et l'agent comptable de la CANSSM,
- la constitution d'un comité de pilotage associant les CARMI,
- la création de deux postes de coordonnateurs et superviseurs du contrôle interne à la CANSSM et la constitution d'un réseau de référents dans les CARMI,
- la mise en œuvre d'un plan de contrôle interne du domaine assurantiel intégrant des actions de contrôle a priori et a posteriori sur la gestion des prestations maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles (gestion des fichiers, paiement des prestations, lutte contre la fraude),
- l'engagement d'une procédure similaire pour le domaine offre de santé.

Ces démarches ont permis au régime minier d'accomplir des améliorations sensibles d'ailleurs soulignées par les commissaires aux comptes « qui constatent que sa mise en œuvre permet d'ancrer progressivement une culture du contrôle interne au sein de la CANSSM »

Les enjeux sont de taille :

- garantir la correcte évaluation des risques, y compris le risque de fraude, et la correcte adéquation des actions de maîtrise de ces risques,
- assurer la mise en œuvre systématique et permanente des actions de maîtrise,
- garantir le moment venu à la CNAMTS que le risque pour l'activité assurantielle est sous contrôle,
- crédibiliser la gestion par le régime minier de son offre de santé et de services, en garantissant la sincérité et la fiabilité de ses comptes.

Sur les deux premiers exercices de la COG, il conviendra notamment :

- d'optimiser la gestion par processus (dépasser le principe de gestion par territoires),
- de créer une seule base comptable (faire évoluer le système informationnel),
- de définir le contenu du mandat de gestion confiant la gestion des risques de l'assurantiel à la CNAMTS obligations réciproques en termes d'échanges d'informations, des flux de trésorerie, de la maîtrise des risques),
- d'adopter avant la fin de 2015 un plan d'identification des risques de fraude dans tous les métiers de la CANSSM et conduire une analyse, par processus, des risques et des politiques de détection à mettre en place,
- de mettre en œuvre une comptabilité analytique portant sur l'ensemble des activités de la CANSSM afin d'obtenir notamment des données macro-économiques au niveau du siège du régime minier par agrégation des données des établissements et œuvres.

Sur le domaine assurantiel :

- optimiser la cartographie des risques par la cotation des risques AT/MP, la cotation des risques résiduels du domaine assurantiel,
- formaliser de façon homogène les procédures et les fiches de contrôle,
- intégrer dans chaque procédure le volet lutte contre la fraude, et développer les échanges avec les partenaires pour prévenir et réprimer la fraude,
- développer et sécuriser le reporting des résultats et notamment mieux chiffrer l'impact des anomalies,
- mettre en place un dispositif de contrôle complet de second niveau pour obtenir l'assurance que toutes les activités de contrôle sont appliquées de façon régulière et homogène dans toutes les CARMI et que les conclusions et résultats des contrôles de premier niveau sont corrects.

Sur le domaine offre de santé :

- fédérer l'ensemble des initiatives locales autour d'un plan de contrôle interne national cohérent et piloté par la CAN en relation avec les CARMI. Ce dispositif devra par ailleurs contribuer à améliorer la gestion des structures,
- optimiser les procédures de facturation des actes médicaux en recourant principalement aux outils de dématérialisation et sécuriser le recouvrement des créances,
- optimiser les procédures d'inventaires physiques (parc immobilier, stocks),
- sécuriser les procédures et contrôles du chiffre d'affaires, des achats, de la paie,
- lutter contre toutes les anomalies de facturation, les atteintes au patrimoine, les vols et les fraudes,
- mettre en œuvre une comptabilité analytique permettant d'obtenir des données macro-économiques au niveau du siège du régime minier par agrégation des données des établissements et œuvres.

- La démarche doit être complétée par :

- la mise en place d'indicateurs clés et de tableaux de bord harmonisés (avec centralisation au niveau national) permettant le pilotage et la surveillance des activités ; à ce titre, seront particulièrement suivis les ratios d'efficience définis par l'ANAP en fonction des activités, ainsi que la part des effectifs administratifs et des effectifs supports sur les effectifs globaux,
- l'engagement d'un plan pluriannuel d'audit des structures de santé,
- la transmission par l'ANGDM des éléments relatifs aux activités relevant de son périmètre ;
- l'optimisation du suivi des provisions pour risques et charges,
- l'évaluation des engagements sociaux (avantages logements, avantages chauffage, indemnités de départ à la retraite, médailles du travail …),
- la correcte évaluation des risques attachés à certains actifs (tels les prêts accordés à l'AHNAC et HOSPITALOR),
- un objectif de certification des comptes 2015 est assigné à la CANSSM.

- Assurer la mutabilité du système d'information

Un schéma directeur du système d'information est annexé à la présente COG et précise les opérations nécessaires pour :

- le développement de l'informatisation en santé,
- l'accompagnement de l'évolution du réseau,
- le transfert des fonctions assurantielles et en particulier de la gestion des AT/ MP,
- la mutualisation des fonctions supports,
- l'informatisation des services à la personne
- la mise en place d'une comptabilité analytique.

- Elaborer une stratégie de communication

Une stratégie de communication positive et ambitieuse sera mise en œuvre.

En interne, elle viendra en appui de la mise en œuvre du projet d'entreprise et de la conduite du changement

- Elaborer et suivre une politique d'achats

Cette politique vise à permettre la réalisation d'économies d'échelle, et de répondre de façon optimale aux besoins de l'entreprise unique CANSSM. Chaque fois que cela sera possible, cette politique d'achats prendra appui sur celle des autres régimes de sécurité sociale.

- Veiller à une gestion immobilière active et à un engagement résolu dans la démarche de développement durable

La CANSSM entend poursuivre une politique de gestion immobilière active, répondant notamment aux objectifs suivants :

- adapter le périmètre du patrimoine du régime minier à ses activités stratégiques,
- réduire les coûts immobiliers en rationalisant le nombre, le dimensionnement et en densifiant l'occupation des locaux, en fonction des ratios exigés pour les services de l'Etat : la CANSSM visera une surface utile nette de 12m2 par agent affecté dans un service administratif ou support (hors structures de soins),
- mettre aux normes techniques les bâtiments (notamment accessibilité handicapés pour les établissements recevant du public),
- maîtriser la politique pluriannuelle de travaux,
- réorganiser la gestion du patrimoine actuellement dispersée, en développement un (ou des) pôle(s) de compétences (juridique, technique, gestion),
- standardiser les outils et les modes de gestion.

La réalisation de ces objectifs doit permettre de disposer à terme d'un patrimoine immobilier adapté aux besoins réels, d'en optimiser la gestion, tout en poursuivant les objectifs du développement durable.

L'adaptation du patrimoine immobilier du régime minier concerne la totalité des actifs, qu'ils soient :

- à usage administratif (Sièges sociaux, antennes administratives),
- à usage sanitaire et social (centres de santé, cabinets médicaux, pharmacies, SSIAD…),
- à usage d'habitation (maisons individuelles, logements dans des immeubles à usage mixte…).

Les différents aspects de la politique immobilière seront inscrits dans un Plan National Immobilier (PNI) établi pour toute la durée de la COG. Ce PNI, soumis à l'appréciation des tutelles, a pour objet de répertorier chaque bien et son devenir prévisionnel ainsi que les recettes et dépenses attendues sur la période.

Les enjeux :

La dissémination géographique et l'éloignement des implantations constituent une contrainte forte. La rationalisation de ces implantations a nécessairement des impacts directs pour les agents (déplacements voire mobilités…) et ne doit pas se faire au détriment des services rendus.

Une grande partie de la politique immobilière découle des décisions qui seront prises au niveau de la recomposition de l'offre de santé. En effet, la gestion du patrimoine immobilier doit s'adapter au fur et à mesure aux ouvertures ou fermetures de sites, aux créations de nouveaux services de soins dans des sites existants, mais aussi procéder aux travaux de construction, de rénovation ou d'adaptation des locaux en fonction des besoins exprimés.

Les engagements de la CANSSM :

- poursuivre activement la politique de cession des actifs non stratégiques :

  - mise en vente systématique des biens vacants,
  - mise en vente des maisons d'habitation (individuelles ou collectives) vacantes ou occupées (sauf cas particuliers nécessitant impérativement le maintien d'un logement pour l'accueil de professionnels de santé),
  - mise en vente de biens au profit de locaux plus adaptés en location,

- regrouper autant que possible les services administratifs locaux afin de réduire, dans chaque région, le nombre d'implantations géographiques,
- adapter le dimensionnement des locaux aux effectifs et aux besoins réels des services,
- rechercher des partenariats pour la création de pôles administratifs et/ou de santé, sur des sites appropriés en vue d'une même implantation géographique,
- fournir au Conseil d'Administration et à l'Etat toutes les informations nécessaires au suivi de la réalisation du Plan National Immobilier, dont :
  - un tableau de bord des biens proposés à la vente,
  - un tableau de bord des cessions immobilières réalisées,
- mettre en œuvre des mesures d'économies, notamment au niveau des consommations (eau, électricité, chauffage…) dans le cadre de la politique de développement durable,
- réaliser des travaux d'investissements strictement nécessaires (mises aux normes, rénovations, modernisations…) sur les sites conservés,
- établir un rapport annuel sur la gestion du patrimoine immobilier détaillant l'état d'avancement des objectifs du PNI.

Ils s'accompagnent d'un engagement résolu dans la démarche de développement durable.

Le régime minier entend poursuivre ses efforts en vue de promouvoir une organisation toujours plus éco responsable qui améliore sa performance environnementale tout en s'appuyant sur le progrès social.

Conformément aux engagements souscrits dans la Charte signée fin 2009, qui sera actualisée en fonction des orientations du futur Plan cadre de développement durable de la Sécurité sociale, le régime minier va accentuer ses efforts pour réduire son empreinte environnementale.

Les objectifs fixés dans ce domaine (annexe 1) constituent des minima. Ils seront réévalués en cours de COG en fonction des résultats et de l'évolution du périmètre d'activité de la CANSSM.

Ces engagements pour le développement durable s'accompagnent d'un axe social et économique.

Le régime minier continuera de privilégier des objectifs emblématiques et significatifs sur les problématiques de la diversité, de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement, du bien-être au travail, de la formation et de l'accompagnement des changements.

Dans sa politique d'achats, il poursuivra tout ce qui peut contribuer à une prise en compte effective d'enjeux de développement durable, en particulier la systématisation des clauses de développement durable et les clauses sociales dans les marchés publics.

- Assurer un suivi de la COG

La COG fera l'objet d'un suivi au sein d'un Comité de suivi dont la composition sera fixée par le décret du 27 novembre 1946 modifié. Y siégeront notamment les représentants de la CANSSM, de l'ANGDM, les fédérations nationales de mineurs, et pour l'Etat la direction de la sécurité sociale, la direction du budget et le contrôleur économique et financier. Sa composition pourra s'inspirer de celle de l'ICS. En outre, un bilan annuel de la COG sera présenté au Conseil d'Administration.

A la fin de l'année 2015, un bilan d'étape sera réalisé afin de faire le point:

- sur les engagements découlant de la mise en œuvre du mandat de gestion des activités assurantielles, confiées à la CNAMTS le 1er juillet 2015,
- sur l'avancement des plans de retour à l'équilibre de l'offre de santé et le respect, par la CANSSM, des engagements qu'elle prend en matière d'amélioration de ses résultats économiques.

La présente convention est conclue sur la base de la législation et la réglementation applicables lors de sa signature. Au cas où des évolutions viendraient à en modifier significativement l'équilibre, les parties signataires conviennent d'en mesurer exactement la portée et d'en dégager si nécessaire les conséquences pouvant justifier la conclusion d'un avenant.

Fait à Paris, le 22 juillet 2014,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé

Marisol TOURAINE

Le Secrétaire d'Etat au Budget

Christian ECKERT

Le Directeur Général de la CANSSM

Michel BONIN

Le Président du Conseil d'Administration de la CANSSM

Alain VASSELLE

ANNEXES

	Page
Annexe 1. Les indicateurs de suivi et d'objectifs	**40**
Annexe 2. Le calendrier et les points de révision	**45**
Annexe 3. Les fonds budgétaires nationaux 2014-2017 et les règles budgétaires	**49**
Annexe 4. La stratégie médicale nationale de la CANSSM	**59**
Annexe 5. Le schéma directeur du système d'information	**69**

ANNEXE 1

Les indicateurs de suivi et d’objectifs

INDICATEURS COG 2014-2017

INDICATEUR DE SUIVI (type IS)

	2014		2015		2016		2017		Code
	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	(type/chapitre/n°ordre)
Mener une expérimentation sur le suivi de la rétinophatie diabétique : nbre de sites équipés de rétinographes	3		selon résultat expérimen-tation						IS / I - A / 1
Sur les sites équipés de rétinographes, taux de suivi des diabétiques		mesure		mesure		mesure		mesure	IS / I - A / 2
Nombre de sites engagés dans un repérage de la fragilité		mesure		mesure		mesure		mesure	IS / I - A / 3
Sur les sites pilotes où les équipes médicales et para-médicales seront formées, taux annuel de consultants de plus de 70 ans à qui un repérage de fragilité sera réalisé		mesure		mesure		mesure		mesure	IS / I - A / 4
Taux annuel d'aidants-consultants pour lesquels a été mesurée par échelle de Zaritt le fardeau de la maladie de patients atteints de pathologies chroniques lourdes (alzheimer…)		mesure		mesure		mesure		mesure	IS / I - A / 5
% dédié à la formation dans la masse salariale		mesure		mesure		mesure		mesure	IS / I - A / 6
Nombre d'établissements et services médico-sociaux ayant réalisé une évaluation externe		mesure		mesure		mesure		mesure	IS / I - B / 1
Maîtrise des risques et lutte contre la fraude: mise en place d'une procédure de gestion des rejets par l'assurance-maladie des factures des professionnels de santé, avec suivi statistique			pour les actes de médecine générale et premiers résultats		extension à l'ensemble des professionnels de santé		résultats produits		IS / I - B / 2
Mise en place d'un plan de contrôle interne dans le domaine de l'offre de santé et des aides à domicile, incluant un volet d'analyse du risque et de prévention de la fraude			réalisation et premiers résultats		résultats produits		résultats produits		
Regroupement et/ou fermeture de points de consultation		mesure		mesure		mesure		mesure	IS / I - B / 3
Taux d'ouverture de l'offre de soins ambulatoire (médecine générale) en équivalents C		mesure		mesure		mesure		mesure	IS / I - B / 4
Taux d'ouverture de l'offre de soins ambulatoire (activité infirmière) en équivalents AMI		mesure		mesure		mesure		mesure	IS / I - B / 5

INDICATEURS COG 2014-2017									
INDICATEUR DE SUIVI (type IS)									
	2014		2015		2016		2017		Code
	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	(type/chapitre/n°ordre)
valider l'organisation cible pour le mandat de gestion Maladie et AT/MP			30/09/2015						IS / II-A / 1
mettre en œuvre le mandat de gestion Maladie et AT/MP			31/12/2015						IS / II-A / 2
délai de paiement des FSP CANSSM	9		9						IS / II-A / 3
délai de paiement des FSP au 9ème décile CNAMTS			à fixer avec CNAMTS						IS / II-A / 4
délai de paiement des FSE CANSSM	5		5						IS / II-A / 5
délai de paiement des FSE au 9ème décile CNAMTS			à fixer avec CNAMTS						IS / II-A / 6
définir et suivre qualité de service Retraite	définition modalités avec CDC		suivi						IS / II-A / 7
définir et suivre qualité de service ASS			modalités avec ANGDM		suivi				IS / II-A / 8
définir et suivre qualité de service Maladie et AT/MP			définition avec CNAMTS modalités		suivi				IS / II-A / 9

INDICATEURS COG 2014-2017

INDICATEURS d'OBJECTIFS (type IO)

	Résultat 2012	Résultat 2013	2014		2015		2016		2017		Code
			Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	(type/chapitre/n°ordre)
réduire le déficit des centres de santé polyvalents, médicaux, infirmiers, dentaires (hors spécialités) de 60% - base 2012	- 19,015 M€		-15%		-30%		-45%		-60%		IO / I -B / 1
faire progresser le taux de génériques délivrées aux affiliés miniers	74%	74%	76%		78%		81%		85%		IO / I -B / 2
réduire de 100% le déficit des centres d'optique à fin 2015 - base 2012	-207 491 €		-80%		-100%		équilibre ou fermeture		équilibre ou fermeture		IO / I - B / 3
réduire de 100% le déficit des services de transport à fin 2015 - base 2012	-138 423 €		-50%		-100%		équilibre ou fermeture		équilibre ou fermeture		IO / I - B / 4
100% des SSIAD à l'équilibre à fin 2015					déficit = 0						IO / I - B / 5
réduire le déficit des établissements (hors HFM et PSB) avec un taux à fin 2017 inférieur à 3% hors HFM et PSB - base 2012	-5 565 269,99		-15%		-45%		-65%		-80%		IO / I - B / 6
Avoir réduit le déficit de l'établissement HFM - 59 % à fin 2017 - base 2012 conformément au diagnostic prospectif réalisé pour le COPERMO	-12 156 789,43 €		48%		14%		-32%		-59%		IO / I - B / 7
Avoir réduit le déficit de l'établissement PSB de 70 % - base 2012	-1 986 099,89 €		-25%		-45%		-60%		-70%		IO / I - B / 8

INDICATEURS COG 2014-2017

INDICATEURS d'OBJECTIFS (type IO)

	Résultat 2012	Résultat 2013	2014		2015		2016		2017		Code
			Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	(type/chapitre/n°ordre)
nombre de CARMI		6							3		IO / II - B / 1
nbre d'actions de mutualisation de fonctions support		sur 18 fonctions mutualisables	2		4		4		2		IO / II - B / 2
obtenir la certification des comptes du régime	non				oui (sur comptes 2014)		oui (sur comptes 2015)		oui (sur comptes 2016)		IO / II - B / 3
% de marchés passés pour l'ensemble des régions	69,7	74,28	78		80		82		85		IO / II - B / 4
vendre les biens immobiliers non stratégiques (en nombre de cessions)	24 ventes	30 ventes	27 ventes		25 ventes		20 ventes		20 ventes		IO / II - B / 5
nombre de m² cédés (toutes gestions)	sur 300 000 m²	18793 m²	18 000		6 500		5 800		5 500		IO / II - B / 6
pour les seuls immeubles en GA : surface par occupant de la CAN quel que soit le statut de l'agent (en m²)		23,74	21,5		18,5		16		12		IO / II - B / 7
surfaces vacantes en GA (en m²)		9 923	7 500		4 200		2 800		1 000		IO / II - B / 8
consommation d'énergie/ETP (en Kwh) Objectif de la charte de DD du régime - 2%/an	10 030	11 454 (hiver 2012-2013 froid)	9 300		9 100		8 950		8 780		IO / II - B / 9
consommation d'eau/ETP (en m^3) Objectif de la charte de DD du régime - 2%/an	12,03	12,36	11,8		11,55		11,35		11,1		IO / II - B / 10
consommation de papier (en tonne) Objectif de la charte de DD du régime - 2%/an	138	136	132		115		112		108		IO / II - B / 11
% de déchets traités et recyclés	80%	80%	82%		84%		86%		88%		IO / II - B / 12
émission gaz à effet serre (en TEQ CO2)	12042				11200						IO / II - B / 13
% de véhicules propres	46,32	47,25	50		55		60		65		IO / II - B / 14
% marchés incluant clauses sociales ou environnementales	46	66	70		75		80		90		IO / II - B / 15

ANNEXE 2

Le calendrier et les points de révision

N° AXE	N° chapitre COG	ACTION	Échéances principales en 2014	Observations
1	A-7	Rédaction du projet médical national	annexé à la COG	
2	B-3	Elaboration d'une stratégie de communication	31 décembre 2014	
1	B	Elaboration d'un plan de rénovation et modernisation de l'offre de santé	avant fin 2014	Chaque CARMI devra établir un plan de rénovation et de modernisation qui servira d'appui aux opérations à mettre en œuvre sur la période de COG,
1	A-8	Plan national de prévention et actions de santé publique	avant fin 2014	Les objectifs seront de prioriser les besoins et les enjeux locaux, d'identifier les actions de prévention, de les rendre plus lisibles, dans les conditions actuelles d'activité médicale salariée, d'en faire un point de référence qui améliore l'attractivité de nos structures pour les patients, Deux aspects seront développés: donner plus de visibilité et de lisibilité à la politique de prévention du régime, structurer les domaines d'intervention et évaluer, mesurer (tant sur le plan médical, qu'économique) les actions réalisées susceptibles d'apporter un bénéfice à la population minière mais également à l'ensemble des usagers des centres de santé.
1	B-3	Engagement en lien avec les ARS dans des plans de retour à l'équilibre (ou contrats de performance) des établissements	période de COG	
1	B-3	Réalisation des travaux de restructuration et humanisation des établissements de santé et services médico-sociaux	période de COG	Tout projet de restructuration et d'humanisation qui nécessiterait un financement du Fonds national d'action sanitaire et social devra systématiquement faire l'objet d'une note d'opportunité avec descriptif détaillé du projet médico-économique, et présentation d'un plan prévisionnel de financement incluant l'impact de l'opération sur l'exploitation. Des rencontres régulières seront à cette fin instaurées avec la Direction de la Sécurité sociale pour permettre de se concerter sur les dossiers présentés,
1	3,3	Modernisation de l'offre de santé de premier recours	période de COG	3 à 5 projets à par an,
1	B-1 et 2	Engagement dans un processus de réduction des déficits	période de COG	La réduction du déficit ne pourra être menée que progressivement au fur et à mesure des opérations de modernisation et rénovation. Les effets de la situation financière des centres de santé ne pourront être visibles qu'à partir de 2016,
2	B-2	Mutualisation des fonctions support	fin 2014	Réalisation d'un schéma directeur de la mutualisation et transfert de la paie du Centre-ouest vers le NPDC,

N° AXE	N° chapitre COG	ACTION	Échéance	Observations
1	B-1	Définition du modèle medico-économique des centres de santé	1er octobre 2015	Etablir des fiches et tableaux d'aide à la décision. Ces outils regrouperont les renseignements fondamentaux pour un suivi et un pilotage de chaque centre et de chaque professionnel de santé, Le but est de communiquer périodiquement aux PS des informations assorties d'observations de la direction des œuvres et de la CARMI afin d'entrainer les changements nécessaires à l'amélioration des situations qui posent problème en terme d'activité (recettes) ou de coûts de fonctionnement. Exemple de tableau : coût des remplacements par PS pour une période donnée.
1	B-3	Engagement en lien avec les ARS dans des plans de retour à l'équilibre (ou contrats de performance) des établissements	1er octobre 2015	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-3	Réalisation des travaux de restructuration et humanisation des établissements de santé et services médico-sociaux	1er octobre 2015	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-1	Définition du modèle medico-économique des centres de santé	fin 2015	Etablir des fiches et tableaux d'aide à la décision. Ces outils regrouperont les renseignements fondamentaux pour un suivi et un pilotage de chaque centre et de chaque professionnel de santé, Le but est de communiquer périodiquement aux PS des informations assorties d'observations de la direction des œuvres et de la CARMI afin d'entrainer les changements nécessaires à l'amélioration des situations qui posent problème en terme d'activité (recettes) ou de coûts de fonctionnement. Exemple de tableau : coût des remplacements par PS pour une période donnée.
1	B-1 et 2	Modernisation de l'offre de santé de premier recours	1er octobre 2015	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-1 et 2	Engagement dans un processus de réduction des déficits	1er octobre 2015	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-2	Plan de retour à l'équilibre pour l'ensemble des structures commerciales déficitaires (centres d'optique, laboratoires d'anlyses médicales, laboratoires de prothèses dentaires, services de transport)	fin 2015	
1	B-3	Retour à l'équilibre des SSIAD	fin 2015	
1	B-3	Mise en place d'une gestion unifiée de services d'aide à la personne	fin 2015	
1	B-2	Signature d'une convention de coopération AHNAC-CANSSM (activité de biologie medicale)	fin 2015	
1	B-3	Plan sur le devenir des foyers logement	fin 2015	
2	1	Concevoir et mettre en œuvre le mandat de gestion pour les activités assurantielles	1er juillet 2015	
2	A-2	Formaliser la garantie et le suivi de la qualité de la gestion maladie et AT/MP	1er juillet 2015	dans le cadre du mandat de gestion
2	B-3	Faire le 1er bilan d'impact du transfert de l'assurantiel AT/MP et la révision budgétaire GA	31 octobre 2015	Bilan CANSSM/ETAT
2	A-2	Garantir et suivre la qualité des gestions déléguées viellesse et invalidité	31 décembre 2015	
2	A-2	Garantir et suivre la qualité de la gestion ASS	31 décembre 2015	
2	B-1	Renforcer la gouvernance du régime	31 décembre 2015	
2	B-2	Mutualisation des fonctions support	1er juillet 2015	Centralisation du traitement des avantages en nature de retraités à la CARMI de l'Est
2	B-2	Mise en œuvre d'une GPEC	31 décembre 2015	
2	B-2	Négociation d'une convention collective unique d'entreprise	31 décembre 2015	

N° AXE	N° chapitre COG	ACTION	Échéances principales en 2016	Observations
2	B-2	Mutualisation des fonctions support	1er juillet 2016 (processus comptable et RH)	dès la mise en place des nouveaux logiciels ERIC'S et PLEIADE
1	B-3	Engagement en lien avec les ARS dans des plans de retour à l'équilibre (ou contrats de performance) des établissements	1er octobre 2016	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-3	Réalisation des travaux de restructuration et humanisation des établissements de santé et services médico-sociaux	1er octobre 2016	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-1 et 2	Modernisation de l'offre de santé de premier recours	1er octobre 2016	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-1 et 2	Engagement dans un processus de réduction des déficits	1er octobre 2016	Bilan annuel CANSSM/ETAT
2	B-3	Faire le bilan d'impact sur le FNGA des actions menées	1er octobre 2016	Bilan CANSSM/ETAT

N° AXE	N° chapitre COG	ACTION	Échéances principales 2017	Observations
1	B-3	Engagement en lien avec les ARS dans des plans de retour à l'équilibre (ou contrats de performance) des établissements	1er octobre 2017	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-3	Réalisation des travaux de restructuration et humanisation des établissements de santé et services médico-sociaux	1er octobre 2017	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-1 et 2	Modernisation de l'offre de santé de premier recours	1er octobre 2017	Bilan annuel CANSSM/ETAT
1	B-1 et 2	Engagement dans un processus de réduction des déficits	1er octobre 2017	Bilan annuel CANSSM/ETAT
2	B-3	Faire le bilan d'impact sur le FNGA des actions menées	1er octobre 2017	Bilan CANSSM/ETAT

ANNEXE 3

Les fonds budgétaires nationaux 2014-2017 et les règles budgétaires

BUDGET DU FONDS NATIONAL DE GESTION ADMINISTRATIVE: 2014-2017

	Dépenses réalisées en 2012	Dépenses réalisées en 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016	Budget 2017
1ère section : Gestion administrative						
A - Dépenses limitatives	**108,42**	**104,48**	**105,75**	**102,33**	**97,97**	**95,30**
A I - Dépenses limitative CANSSM	**75,97**	**70,85**	**70,96**	**68,64**	**65,40**	**63,64**
A-I-1 - Dépenses de personnel	**58,26**	**53,62**	**52,84**	**52,15**	**50,75**	**49,28**
A-I-2 - Autres charges de fonctionnement	**16,15**	**16,04**	**15,26**	**14,67**	**13,81**	**13,53**
Informatique	*4,23*	*4,87*	*4,63*	*4,45*	*4,19*	*4,10*
Autres	*11,92*	*11,18*	*10,63*	*10,22*	*9,62*	*9,43*
A-I-3 - Dépenses en capital	**1,56**	**1,19**	**2,86**	**1,82**	**0,84**	**0,83**
Informatique	*0,41*	*0,55*	*0,64*	*0,50*	*0,12*	*0,12*
Autres	*1,15*	*0,64*	*2,22*	*1,32*	*0,72*	*0,71*
A II - Autres dépenses limitatives	**32,45**	**33,63**	**34,79**	**33,69**	**32,57**	**31,66**
A-II-1 - Rémunération CDC	**22,07**	**21,39**	**20,52**	**19,84**	**19,04**	**18,28**
A-II-2 - Dotation ANGDM	**10,38**	**12,24**	**14,27**	**13,85**	**13,53**	**13,38**
B- Dépenses évaluatives	**5,69**	**6,51**	**5,94**	**5,94**	**5,94**	**5,94**
B-I - Dépenses nationales	**1,14**	**1,43**	**0,90**	**0,90**	**0,90**	**0,90**
B-II - Dotation aux amortissements et provisions	**4,55**	**5,08**	**5,04**	**5,04**	**5,04**	**5,04**
B-II-1- CANSSM	4,38	4,69	4,69	4,69	4,69	4,69
dont informatique	*0,55*	0,48	*0,48*	*0,48*	*0,48*	*0,48*
Autres	*3,83*	4,21	*4,21*	*4,21*	*4,21*	*4,21*
B-II-2 - ANGDM	0,17	0,39	0,35	0,35	0,35	0,35
TOTAL 1ère section	114,11	110,98	111,69	108,27	103,91	101,24
2ème section (évaluative) : Prestations conventionnelles agents CARMI						
GA spécifique Siège: AVNAT préretraite-CDC (AARC-ATP-ATS)	**15,23**	**16,00**	**14,00**	**14,00**	**14,00**	**14,00**
GA spécifique région -IDR-AVNAT retraité	**13,73**	**13,73**	**13,43**	**14,93**	**13,43**	**13,43**
Provisions pour droit d'option						
Dotation à l'ANGDM		**0,13**	**0,20**	**0,20**	**0,23**	**0,25**
TOTAL 2ème section	28,96	29,86	27,63	29,13	27,66	27,68
3ème section : Prestations pour anciens agents de la CAN						
Prestations sociales (CGSS) - Siège						
Prestations sociales (CGSS)	**0,26**	**0,25**	**0,26**	**0,26**	**0,26**	**0,26**
Prêts			**0,04**	**0,04**	**0,04**	**0,04**
TOTAL 3ème section	0,26	0,25	0,30	0,30	0,30	0,30
Total FNGA	**143,33**	**141,09**	**139,62**	**137,70**	**131,87**	**129,22**

BUDGET DU FONDS NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE : 2014 - 2017

SECTION I : PERSONNES AGEES

Dépenses						
INTITULES	Dépenses réalisées en 2012	Dépenses réalisées en 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016	Budget 2017
1-Section de fonctionnement						
Dépenses ANGDM						
Prest Individualisées CANSSM	*1 981 952*	0				
Prest Individualisées ANGDM	*22 260 983*	*22 382 418*	*0*	*0*	*0*	*0*
Total prest Individualisées	***24 242 935***	***22 382 418***	***24 814 175***	***23 573 466***	***22 394 793***	***21 275 053***
Politique de vacances ANGDM			*3 100 000*	*2 945 000*	*2 797 750*	*2 657 863*
Total dépenses ANGDM	**24 242 935**	**22 382 418**	**27 914 175**	**26 518 466**	**25 192 543**	**23 932 916**
Dépenses CANSSM						
dont prestations collectives (CARMI)	***1 906 055***	**1 370 072**	**390 000**	**370 495**	**351 971**	**334 377**
dont autres dépenses	***309 062***	**340 368**	**400 000**	**400 000**	**400 000**	**400 000**
dont dotation centre de vacances	***366 792***	***392 750***	***3 040 640***	***400 000***	***400 000***	***400 000***
St Gildas		*152 889*	*400 000*	*400 000*	*400 000*	*400 000*
Menton		239 862	*2 640 640*			
Total dépenses CANSSM	**2 581 909**	**2 103 190**	**3 830 640**	**1 170 495**	**1 151 971**	**1 134 377**
TOTAL - section de fonctionnement	**26 824 844**	**24 485 608**	**31 744 815**	**27 688 961**	**26 344 514**	**25 067 292**
2- Section des opérations en capital						
Action immobilière de la CAN	**3 936 988**	0	2 901 834	6 645 800	3 225 000	4 013 500
ANGDM Investissements Centre de vacances Saint Gildas			220 000			
TOTAL - section des opérations en capital	**3 936 988**	**0**	**3 121 834**	**6 645 800**	**3 225 000**	**4 013 500**
TOTAL DES CHARGES de la section personnes âgées	**30 761 832**	**24 485 608**	**34 866 649**	**34 334 761**	**29 569 514**	**29 080 792**
Total pour Balance	**30 761 832**	**24 485 608**	**34 866 649**	**34 334 761**	**29 569 514**	**29 080 792**

BUDGET DU FONDS NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE : 2014 - 2017

SECTION II : MALADIE

INTITULES	Dépenses réalisées en 2012	Dépenses réalisées en 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016	Budget 2017
1-Section de fonctionnement						
Dépenses ANGDM						
Régions Prest Individualisées	*362 046*					
Prest Individualisées ANGDM	***1 398 243***	***2 735 247***	***3 050 000***	***2 897 500***	***2 752 625***	***2 614 994***
ANGDM 22b	***2 494 362***	***2 063 518***	***3 300 000***	***3 135 000***	***2 978 250***	***2 829 338***
Total dépenses ANGDM	**4 254 651**	**4 798 765**	**6 350 000**	**6 032 500**	**5 730 875**	**5 444 331**
Dépenses CANSSM						
dont actions collectives	*1 641 914*	*1 291 110*	*1 800 000*	*1 710 000*	*1 624 500*	*1 543 275*
dont autres dépenses	*807 856*	*789 230*	*1 600 000*	*1 520 000*	*1 444 000*	*1 371 800*
Total dépenses CANSSM	**2 449 770**	**2 080 340**	**3 400 000**	**3 230 000**	**3 068 500**	**2 915 075**
TOTAL - section de fonctionnement	**6 704 421**	**6 879 105**	**9 750 000**	**9 262 500**	**8 799 375**	**8 359 406**
2- Section des opérations en capital						
Action immobilière de la CAN	678 698	930 750	12 639 798	3 661 020	4 494 980	597 750
Réserve						
TOTAL - section des opérations en capital	**678 698**	**930 750**	**12 639 798**	**3 661 020**	**4 494 980**	**597 750**
TOTAL DES CHARGES de la section maladie	**7 383 119**	**7 809 855**	**22 389 798**	**12 923 520**	**13 294 355**	**8 957 156**
Total pour Balance	**7 383 119**	**7 809 855**	**22 389 798**	**12 923 520**	**13 294 355**	**8 957 156**

BUDGET DU FONDS NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE : 2014 - 2017

SECTION III : ACCIDENTS DU TRAVAIL & MALADIES PROFESSIONNELLES

Dépenses						
INTITULES	Dépenses réalisées en 2012	Dépenses réalisées en 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016	Budget 2017
1-Section de fonctionnement						
Dépenses des Régions	**753 197**	**701 620**	**770 000**	**731 500**	**694 925**	**660 179**
Prestations collectives	*752 128*	*701 620*	*770 000*	*731 500*	*694 925*	*660 179*
Prestations individualisées	*1 070*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
Dotation à l'ANGDM	***13 143***	***11 411***	***20 000***	***19 000***	***18 050***	***17 148***
TOTAL - section de fonctionnement	**766 340**	**713 031**	**790 000**	**750 500**	**712 975**	**677 326**
TOTAL DES CHARGES de la section AT/MP	**766 340**	**713 031**	**790 000**	**750 500**	**712 975**	**677 326**

RECAPITULATIF FONDS NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE 2014-2017

Dépenses						
Section de fonctionnement	Dépenses réalisées en 2012	Dépenses réalisées en 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016	Budget 2017
section personnes âgées	26 824 844	24 485 608	31 744 815	27 688 961	26 344 514	25 067 292
dont ANGDM	***22 260 983***	***22 382 418***	***27 914 175***	***26 518 466***	***25 192 543***	***23 932 916***
section maladie	6 704 421	6 879 105	9 750 000	9 262 500	8 799 375	8 359 406
dont ANGDM	***3 892 605***	***4 798 765***	***6 350 000***	***6 032 500***	***5 730 875***	***5 444 331***
section AT/MP	766 340	713 031	790 000	750 500	712 975	677 326
dont ANGDM	***13 143***	***11 411***	***20 000***	***19 000***	***18 050***	***17 148***
section famille/enfance	10 527	13 191				
section service social	1 877 608					
total des charges	**36 183 740**	**32 090 936**	**42 284 815**	**37 701 961**	**35 856 864**	**34 104 025**
dont ANGDM	***26 166 732***	***27 192 594***	***34 284 175***	***32 569 966***	***30 941 468***	***29 394 395***
dont CANSSM	*10 017 009*	*4 898 342*	*8 000 640*	*5 131 995*	*4 915 396*	*4 709 630*
TOTAL des dépenses de fonctionnement	**36 183 740**	**32 090 936**	**42 284 815**	**37 701 961**	**35 856 864**	**34 104 025**
section des opérations en capital	Réalisé 2012	Exécution 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016	Budget 2017
section personnes âgées	3 936 988	0	3 121 834	6 645 800	3 225 000	4 013 500
dont ANGDM			***220 000***			
section maladie	678 698	930 750	12 639 798	3 661 020	4 494 980	597 750
section AT/MP						
section famille/enfance						
section service social	7 794					
total des dépenses	**4 623 480**	**930 750**	**15 761 632**	**10 306 820**	**7 719 980**	**4 611 250**
TOTAL des dépenses en capital	**4 623 480**	**930 750**	**15 761 632**	**10 306 820**	**7 719 980**	**4 611 250**
TOTAL général	**40 807 220**	**33 021 686**	**58 046 447**	**48 008 781**	**43 576 844**	**38 715 275**

Total	Dépenses réalisées en 2012	Dépenses réalisées en 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016	Budget 2017
section personnes âgées	30 761 832	24 485 608	34 866 649	34 334 761	29 569 514	29 080 792
dont ANGDM	***22 260 983***	***22 382 418***	***28 134 175***	***26 518 466***	***25 192 543***	***23 932 916***
section maladie	7 383 119	7 809 855	22 389 798	12 923 520	13 294 355	8 957 156
dont ANGDM	***3 892 605***	***4 798 765***	***6 350 000***	***6 032 500***	***5 730 875***	***5 444 331***
section AT/MP	766 340	713 031	790 000	750 500	712 975	677 326
dont ANGDM	***13 143***	***11 411***	***20 000***	***19 000***	***18 050***	***17 148***
section famille/enfance	10 527	13 191	0	0	0	0
section service social	1 885 402					
TOTAL des dépenses du FNASS	**40 807 220**	**33 021 686**	**58 046 447**	**48 008 781**	**43 576 844**	**38 715 275**

BUDGET DU FONDS NATIONAL DE MODERNISATION DES ŒUVRES (pour mémoire)

Réserves et Report à nouveau FNMO				
	2 010	**2 011**	**2 012**	**2 013**
résultat N:	-679 649	-1 362 732	1 884 850	2 405 898
réserves facultatives au 31-12-(N-1)	56 286 411	56 286 411	56 943 663	56 942 282
Réserves facultatives au 31-12-N après affectation	**56 286 411**	**56 943 663**	**56 942 282**	**59 348 180 (*)**

(*) prévision

report à nouveau au 31-12-(N-1)	43 166 080	41 852 122	40 417 942	42 269 419

BUDGET DU FONDS NATIONAL DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE : 2014-2017

DEPENSES						
	Exécutés 2012	**Exécutés 2013**	**Budget 2014**	**Budget 2015**	**Budget 2016**	**Prévisions 2017**
SECTION MALADIE						
1 - Dépenses des Régions	3 355 456,61	2 330 367,61	2 850 000	2 707 500	2 572 125	2 443 519
2 - Dépenses nationales	1 855 244,18	624 678,80	690 000	655 500	622 725	591 589
TOTAL - section maladie	**5 210 701**	**2 955 046,41**	**3 540 000**	**3 363 000**	**3 194 850**	**3 035 108**
SECTION AT-MP						
1 - Dépenses des Régions	**146 674**	**132 393,47**	**210 000**	**199 500**	**189 525**	**180 049**
TOTAL DES DEPENSES	***5 357 374***	***3 087 439,88***	***3 750 000***	***3 562 500***	***3 384 375***	***3 215 157***

RÈGLES BUDGÉTAIRES

RÈGLES BUDGÉTAIRES COMMUNES AU FNGA, FNASS et FNPPS

Pluri-annualité des dépenses

Les dépenses et les recettes font l'objet d'une programmation budgétaire pluriannuelle sur les quatre années 2014 à 2017. Les procédures budgétaires restent en revanche régies par la règle de l'annualité, ce qui signifie le vote chaque année du conseil d'administration. La programmation budgétaire pluriannuelle est établie à partir d'une base de référence constituée des montants fixés dans le tableau chiffré de la présente annexe.

La réserve nationale

Une enveloppe de crédits, appelée réserve nationale, faisant l'objet d'une ligne budgétaire spécifique, peut être ajoutée à la base de référence. Elle doit permettre à la CANSSM de répondre aux évènements imprévisibles affectant son fonctionnement au cours d'un exercice. Son utilisation est conditionnée par l'autorisation préalable des ministères de tutelle. Une information est faite au conseil d'administration. Les crédits non utilisés de la réserve nationale sont annulés en fin de chaque exercice.

Le vote des budgets annuels

Le budget primitif présenté en N-1 et les budgets rectificatifs présentés en N, sont soumis par le directeur général au vote du conseil d'administration. L'approbation par les ministères de tutelle de ces budgets est réputée acquise sous réserve des conditions de notification prévues par le code de la sécurité sociale, s'ils sont conformes à la convention d'objectifs et de gestion (COG).

Les règles relatives au report des crédits non consommés

Chaque année, après la clôture des comptes, à la constatation du niveau des dépenses exécutées et au regard de leur analyse et de l'estimation des besoins, les crédits limitatifs non consommés au titre de l'année N -1 peuvent donner lieu à report sur l'exercice suivant afin d'être affectés à des dépenses à caractère non pérenne. Ces crédits augmentent à due concurrence le montant des autorisations de dépenses de l'exercice N. Ils donnent lieu à présentation d'un budget rectificatif au conseil d'administration. Les crédits évaluatifs non consommés au titre d'un exercice ne peuvent donner lieu à un report. La CANSSM produit, à l'appui de la décision du conseil d'administration, un état détaillé qui retrace l'origine en N-1 des crédits non consommés par ligne budgétaire. Les crédits non utilisés fin 2017 ne sont pas reportables et seront annulés.

Le bilan de l'exécution budgétaire

À la clôture de l'exercice, le suivi consolidé de la répartition des crédits autorisés puis exécutés est assuré par une présentation du budget de chaque fonds au conseil d'administration dans la même forme que celle figurant dans la COG. S'y ajoute une information sur les dépenses de personnel (évolution du nombre d'agents et d'ETP par statut, crédits exécutés par statut), les dépenses informatiques, les dépenses à caractère évaluatif et les opérations immobilières ainsi, le cas échéant, qu'une information sur les données financières non incluses dans le périmètre de cadrage (opérations sur recettes …). Un document retraçant l'ensemble des charges, produits et résultats des œuvres du régime minier est également communiqué à cette occasion au conseil d'administration ainsi qu'aux ministères de tutelle.

Participation des branches maladie, vieillesse et AT-MP

La participation des branches équivaut aux dépenses nettes aussi bien en fonctionnement qu'en capital du FNGA et du FNASS.

Révision et actualisation

La présente COG est susceptible d'être révisée par avenant en cours de période, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties pour tenir compte d'évènements extérieurs dont l'importance serait de nature à affecter de façon significative l'équilibre entre charges, moyens et les objectifs fixés. Au cours de la période conventionnelle, toute mesure de nature législative ou réglementaire, conduisant à un transfert de charge d'un fonds vers un autre budget ou vers les risques de branches, entraîne une annulation des crédits budgétés à due concurrence. De même, toute nouvelle dépense mise à la charge d'un fonds peut entraîner un ajustement des crédits budgétés.

Les règles d'utilisation des recettes

Les produits liés à des écritures comptables qui n'impliquent pas de sortie de trésorerie (reprises sur amortissements et provisions, …) et dont la contrepartie est comptabilisée en classe 2 ou classe 1 pour la reprise de provisions donnent lieu à autorisation de majoration de la dépense d'égal montant.

RÈGLES BUDGÉTAIRES DU FONDS NATIONAL DE GESTION ADMINISTRATIVE (FNGA)

Le champ d'application du protocole budgétaire

- *les dépenses à caractère limitatif :*

1. Dépenses de personnel de la CANSSM,
2. Autres charges de fonctionnement,
3. Dépenses en capital,
4. Rémunération de la caisse des dépôts,
5. Dotation ANGDM.

Ces dépenses sont arrêtées de manière définitive pour chaque exercice hors application des mécanismes de report. Toutefois, la trajectoire d'évolution de ses crédits sera amendée en 2015 afin de tenir compte du mandat de gestion de l'activité assurantielle qui sera confié à la CNAMTS.

- *les dépenses à caractère évaluatif :*

1. Dépenses d'intérêt national, c'est-à-dire des dépenses prises en charge par la CANSSM à la demande de tiers, notamment les participations aux frais de fonctionnement d'autres structures et organismes de protection sociale (CCMOS, CNAMTS, EN3S, GIPSPI …),
2. Dotation aux amortissements et aux provisions,
3. Charges exceptionnelles (compte 67),
4. Dépenses relatives à la 2ème et à la 3ème section.

Ces dépenses sont arrêtées de manière indicative pour chaque exercice budgétaire et peuvent être ajustées au vu des décisions qui s'imposent à la CANSSM.

Les règles d'évolution pour la période 2014 – 2017

Les dépenses de personnel :

Le pilotage de la masse salariale repose sur trois leviers : la trajectoire d'évolution des effectifs arrêtée pour la durée de la présente COG, le cadrage de la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP) fixé par les pouvoirs publics et l'enveloppe limitative de dépenses de personnel.

La détermination de la masse salariale repose sur trois éléments : le plafond d'emplois annuel arrêté pour la durée de la présente COG, le cadrage de RMPP (en masse) fixé par les pouvoirs publics et les glissements divers en masse (dont l'effet noria et l'effet de structure) au sens de la commission interministérielle d'audit salarial du secteur public.

La CANSSM et les ministères de tutelle procèdent à l'actualisation de la masse salariale sur la base d'un tableau partagé sous-jacent à la programmation budgétaire pluriannuelle, arrêté en commun lors de la négociation de la présente COG. La dotation (base COG) de l'année N est actualisée, soit lors du vote du budget initial, soit lors du vote du premier budget rectificatif de l'année N, du différentiel de niveau de RMPP (en masse) arrêté pour l'année N par les pouvoirs publics par rapport à celui retenu pour la construction de la masse salariale de l'année N figurant dans la présente COG. Lors du vote du premier budget rectificatif de l'année N, la dotation (base COG) de l'année N est actualisée en appliquant le niveau de GVT négatif et d'effet de structure effectivement constaté à la clôture des comptes de l'année N-1 si celui-ci diffère de celui retenu pour la construction de la masse salariale de l'année N figurant dans la présente COG. La masse salariale reconductible de l'année précédente est corrigée du montant correspondant à l'écart de masse salariale de N-1 résultant du différentiel entre le niveau de GVT négatif et d'effet de structure effectivement constaté à la clôture des comptes de l'année N-1 et celui retenu pour la construction de la masse salariale dans le dernier budget approuvé de l'année N-1.

Les dépenses de gestion courante, de fonctionnement informatique ou d'investissement :

Les montants annuels des crédits des autres dépenses de fonctionnement ainsi que les autorisations de programmes pour les investissements immobiliers sont indiqués dans le tableau chiffré de la présente annexe.

Concernant les dépenses de fonctionnement, les parties conviennent de réviser l'autorisation de dépenses 2017 pour la mettre en cohérence avec les futures orientations budgétaires gouvernementales.

Les virements de crédits

Il existe un principe de fongibilité à l'intérieur des groupes de dépenses suivants :

1. Les dépenses de personnel
2. Les dépenses de gestion courantes
3. Les dépenses de fonctionnement informatique
4. Les dépenses d'investissement informatique
5. Les dépenses d'investissement non-informatique

À l'intérieur de ces groupes de dépenses, les virements de crédits sont effectués par le directeur général. Les virements de crédits des dépenses de personnel vers les autres groupes de dépenses et des dépenses de gestion courantes vers les dépenses d'investissement sont effectués par le directeur général. Ils font l'objet d'une information du contrôleur général économique et financier et des ministères de tutelle dans les 15 jours qui suivent le virement. Tout autre virement est interdit. Il ne peut être dérogé à cette règle qu'exceptionnellement, après accord préalable des ministères de tutelle, par une décision modificative soumise au vote du conseil d'administration.

Règles d'utilisation des autres recettes :

Si la réalisation des recettes pour l'année n relatif à :

- les mises à dispositions de personnels facturées, à l'exclusion des personnels transférés dans le cadre d'un mandat de gestion ou d'un transfert d'activités,
- les produits des services rendus entre la Caisse Nationale et un autre régime ou établissement publiques
- les produits divers liés à la formation (remboursements forfaitaires…),
- les indemnités d'assurance

est supérieure à l'évaluation figurant dans la programmation budgétaire de la présente COG au titre du même exercice, la différence vient majorer le niveau des autorisations de dépenses limitatives non pérennes de l'année N+1, à hauteur de 75% du dépassement de la prévision de recette. Les 25% restant viennent atténuer le prélèvement sur cotisation.

Si la réalisation de ces recettes pour l'année n est inférieure à l'évaluation figurant dans la programmation budgétaire de la présente COG au titre du même exercice, les autorisations de dépenses limitatives de l'année N+1 sont réduites à due concurrence.

Dans le cadre de projets ponctuels et bien identifiés, les ministères de tutelle peuvent, au cas par cas, autoriser une réutilisation de recettes sur l'année en cours sur la base d'une prévision communiquée par la CANSSM.

S'agissant des produits de cessions immobilières, la différence entre le prix de vente et la valeur nette comptable de l'actif vient impacter, à due concurrence, les autorisations d'investissements de l'exercice N+1. Elle peut également abonder l'enveloppe des loyers et charges locatives sur une période de dix ans (à hauteur d'un dixième du différentiel par exercice). Ces crédits réutilisés ne peuvent donner lieu à un autre usage.

Tableaux de bord budgétaires (TBB) du budget de gestion

La CANSSM établit pour chaque exercice budgétaire un tableau de bord budgétaire (TBB) accompagné d'une analyse de l'exécution budgétaire. Ce document permet à l'Etat de produire des éléments chiffrés pour la commission des comptes de printemps et pour la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale. Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1 : au 15 juillet N-1 : première prévision pour le budget N,
- TBB 2 : au 1er novembre N-1 : projet de budget N tel que présenté au conseil d'administration et sa prévision d'exécution,
- TBB 3, 4 et 5 : en avril, au 15 juillet et au 1er novembre N : comportant le niveau d'exécution de l'année N à la date de diffusion du TBB ainsi qu'une mise à jour de la prévision d'exécution du budget N ainsi que les budgets rectificatifs le cas échéant. Le TBB3 précise le montant des crédits N-1 reportés et non reportés,
- TBB 6 : au 10 avril N+1 : comportant le budget exécuté N.

Un suivi des effectifs de l'ensemble du personnel de la CANSSM par catégorie et statut sera annexé aux TBB 4 et 6 notamment en termes de flux d'entrées et de flux de sorties : il sera exprimé en ETP annuel moyen et distinguera CDI et CDD. Il présentera un état du recours à l'intérim au sein de la CANSSM. Le TBB 4 comportera

un état des ETP annuels moyens constatés à fin juin d'une part, une prévision à fin d'année d'autre part. Ces effectifs sont ventilés entre les différentes branches en fonction de l'activité majoritairement réalisée par les agents, d'après les données issues de la comptabilité analytique. Les effectifs des fonctions supports sont ventilés entre branches en fonction du poids de chacune d'entre elles au sein des effectifs métiers. Les TBB détailleront les sous-jacents (hypothèses de rendus d'effectifs, d'effet noria et glissements divers, de GVT, d'impact des variations de charges obligatoires, des mesures générales et catégorielles) des prévisions de dépenses de personnel transmises et retraceront la prévision et la réalisation des dépenses effectuées au titre de l'intéressement des personnels.

RÈGLES BUDGÉTAIRES DU FONDS NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE (FNASS)

Le champ d'application du protocole budgétaire

L'ensemble des dépenses d'action sanitaire et sociale revêt un caractère limitatif. Le budget du FNASS se décompose en trois sections de dépenses :

- La section personnes âgées,
- La section maladie,
- La section AT-MP

Les crédits budgétés en 2014 pour accompagner la fermeture du centre de Menton (2.6M€) ne sont ni fongibles, ni reportables.

Les virements de crédits

Il existe un principe de fongibilité à l'intérieur des dépenses de prestations et de fonctionnement de la CANSSM et à l'intérieur des opérations en capital de la CANSSM. À l'intérieur de ces deux groupes de dépenses, les virements de crédits sont effectués par le directeur général. Tout autre virement fait l'objet d'une décision modificative soumise au vote du conseil d'administration et à l'approbation des ministères de tutelle.

Les règles relatives au report des crédits non consommés

Chaque année, les crédits de paiement non consommés constatés au niveau des trois sections sont reportés à due concurrence sur l'exercice suivant, durant la période conventionnelle. Néanmoins, s'agissant des opérations en capital, les crédits reportés ne pourront correspondre qu'aux crédits non engagés sur chacun des programmes autorisés antérieurement.

Les règles d'utilisation des recettes

Les recettes propres constituées en cours de période contractuelle ne majorent pas les autorisations de dépenses.

RÈGLES BUDGÉTAIRES DU FONDS NATIONAL DE PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ (FNPPS)

Toutes les dépenses revêtent un caractère limitatif.

RÈGLES BUDGÉTAIRES DU FONDS NATIONAL DE MODERNISATION DES OEUVRES (FNMO)

Le FNMO national de modernisation des œuvres a pour objet de financer les dépenses d'investissements des œuvres ambulatoires et, le cas échéant, d'apurer les déficits des œuvres.

Ses ressources sont notamment constituées :

- des produits de cessions mobilières et immobilières afférentes aux œuvres,
- des excédents nets des œuvres,
- du montant du loyer correspondant aux amortissements des investissements réalisés dans les œuvres

Le FNMO ne nécessite pas de financement sur les branches de risque.

Les règles d'évolution pour la période 2014-2017

Le montant des dépenses de ce fonds sera déterminé annuellement en fonction des plans de modernisation et de rénovation de l'offre de soins ambulatoire approuvés par la CANSSM et en fonction du montant des réserves affectées à ce fonds (après la dernière affectation en 2013, ce montant s'élève à 56 942 282 €).

Le vote des budgets annuels

Le budget primitif N+1 est soumis au vote du conseil d'administration de la CANSSM après la clôture des comptes de l'exercice N et au plus tard le 30 juin N+1. Afin de permettre aux CARMI de financer les investissements sur le premiers mois de l'année, des déblocages par anticipation seront opérés sous l'autorité du Directeur de la CANSSM. Les budgets rectificatifs N sont soumis au vote du conseil d'administration de la CANSSM avant le 31 décembre de l'année N. Ces budgets deviennent exécutoires vingt jours après réception de la décision du conseil par les ministères de tutelle. A la présentation globale du budget du FNMO sera joint un document présentant les de façon synthétique les investissements de chaque CARMI.

La validation des projets d'investissements

Toute opération d'un montant supérieur à 20000 € HT (montant par opération, quel que soit le nombre d'œuvres concernées par le projet) devra être transmise pour validation avant engagement à la direction générale de la CANSSM, accompagnée d'une note de présentation justifiant cet investissement. Pour les opérations en capital liées à une restructuration ou une réorganisation de l'offre de soins, un dossier économique étayé faisant apparaître l'impact de ces investissements sur la (ou les) gestion(s) concernée(s) au cours des trois années suivant leur réalisation devra être joint à l'appui de chaque demande. Ces règles communes et acceptées par tous sont fixées dans le cadre de la circulaire budgétaire annuelle relative à la procédure d'approbation des budgets N+1 et des budgets rectificatifs de l'exercice N des œuvres ambulatoires et du fonds national de modernisation des œuvres. Elles peuvent être appelées à évoluer.

Le bilan de l'exécution budgétaire

Le suivi consolidé de la répartition des crédits autorisés puis exécutés est assuré par une présentation des dépenses engagées régionalement par site et par nature d'opérations.

ANNEXE 4

La stratégie médicale nationale de la CANSSM

La stratégie médicale nationale de la CANSSM

La stratégie médicale nationale portée par la CANSSM se traduit de manière opérationnelle par de véritables engagements de service, déclinés dans les structures ambulatoires comme en établissement de santé .Il s'agit d'une stratégie qui se donne pour objectif premier de répondre aux besoins des populations vivant dans les territoires d'implantations de notre offre de soins. Aussi les lignes de force de la Stratégie Médicale Nationale doivent-elles se superposer aux axes de la Stratégie Nationale de Santé confrontée à l'augmentation du nombre des patients atteints de maladies chroniques, notamment de patients âgés, et au développement des inégalités sociales et territoriales de santé. Dans le cadre d'un dialogue permanent avec les Agences Régionales de Santé notre stratégie nationale se décline en projets médicaux locaux, épousant au mieux les contours du Pacte Santé territoire, sur son versant ambulatoire comme sur son versant établissements de santé.

1. DEVELOPPER LA TELEMEDECINE POUR REPONDRE AUX PROBLEMES DE SANTE PUBLIQUE

En 2011, cinq chantiers prioritaires pour faciliter le déploiement de la télémédecine en France visent à améliorer l'accès aux soins, la qualité des soins, la qualité de vie des malades ou la réponse spécifique à un problème de santé publique.

Il s'agit de :

- La permanence des soins en imagerie médicale,
- La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC),
- La santé des personnes détenues,
- La prise en charge d'une maladie chronique : insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, *diabète*…,
- La distribution des soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD).

La télémédecine est une pratique médicale qui met en relation, grâce aux nouvelles technologies :
• le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels un professionnel médical,
• plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels au moins un professionnel médical.
Le décret d'application de la loi HPST (octobre 2010), renforce l'assise juridique de la télémédecine, en précisant les conditions de sa mise en œuvre et son organisation, désormais inscrites au sein des articles R.6316-1 à R.6316-9 du code de la santé publique.

On dénombre cinq types d'actes de télémédecine réalisables ainsi définis :

La téléconsultation : un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin à distance pose le diagnostic.

La télé-expertise : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
La télésurveillance médicale : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
La téléassistance médicale : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
La régulation médicale : les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.
Sa mise en œuvre permet différentes applications comme :

- établir un diagnostic,
- assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention ou un suivi post thérapeutique,
- requérir un avis spécialisé,
- préparer une décision thérapeutique,
- prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, en particulier radiologiques
- effectuer une surveillance de l'état des patients.

Une stratégie nationale de déploiement a été mise en œuvre dès la publication du décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, projet est piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Un comité de pilotage national animé par la DGOS coordonne les initiatives des nombreux acteurs intervenant sur le sujet avec l'appui d'autres partenaires institutionnels (DSSIS, ASIP Santé, DSS, CNAM-TS, ANAP, HAS, DATAR, DGCIS et représentants des usagers).

ORGANISER UN DEPISTAGE DE LA RETINOPATHIE DIABETIQUE DANS LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE POLYVALENTS

Plusieurs recommandations préconisent la photographie du fond d'œil comme méthode de dépistage de la rétinopathie diabétique C'est le cas en Australie, États-Unis, Nouvelle-Zélande, Angleterre, et Écosse. La conférence européenne de Liverpool sur le dépistage de la rétinopathie diabétique l'a désignée comme méthode de référence pour ce dépistage. Un avis de la HAS favorable à la création d'un acte d'interprétation différée de la photographie du fond d'œil a été donné en juillet 2007.La mesure «Reconnaître les nouveaux acteurs de la prévention » du plan d' « amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011» fait référence au développement de nouveaux métiers autour de la prévention et de l'éducation des patients par des professionnels de santé formés et cite comme exemple «les infirmiers, les orthoptistes et les techniciens, notamment dans le dépistage de la rétinopathie diabétique».

La liste et les conditions des actes professionnels réalisables par les orthoptistes, dont la participation aux actions de dépistage organisées sous la responsabilité d'un médecin et la réalisation de la rétinographie, ont été établies par le décret n° 20 01-591 du 2 juillet 2001.

Ce décret a été modifié en novembre 2007 (décret n° 2007-1671 du 27 novembre 2007) et précise notamment les conditions de réalisation de la rétinographie non mydriatique, sur prescription médicale, l'interprétation restant de la compétence du médecin prescripteur (art. 5).

La rétinographie mydriatique est réalisable sous la responsabilité d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement. Ce décret confirme également l'habilitation des orthoptistes à participer aux actions de dépistage (art. 4).

Pour les infirmiers : l'article R 4311-5 du Code de la santé publique relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier mentionne notamment la pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels, et l'implication dans les actions de dépistage (alinéa 3)

DES CHIFFRES DE PREVALENCE ET D'INCIDENCE DE LA RETINOPATHIE DIABETIQUE QUI JUSTIFIENT LE DEPLOIEMENT DE RETINOGRAPHES

La fréquence de la rétinopathie diabétique est documentée par des données déclaratives récentes et portantes sur un échantillon important de praticiens. La prévalence de la rétinopathie diabétique déclarée par les médecins serait au minimum de 7,9 %, soit un nombre minimal estimé de 200 600 diabétiques avec une rétinopathie diagnostiquée. Les taux de rétinopathies diabétiques identifiées dans les expériences locales de dépistage par photographies du fond d'œil réalisées en France entre 2002 et 2006 sont très variables, de 4% (population d'enfants diabétiques) à 45 % (diabétiques suivis en consultation hospitalière). La série la plus importante porte sur des populations diabétiques suivies en milieu hospitalier en région parisienne et rapporte un taux de prévalence de 23 %. La rétinopathie diabétique proliférante se développe rarement avant 10 années d'exposition à l'hyperglycémie. En Europe, les études épidémiologiques d'effectifs importants les plus récentes ont été conduites entre 1991 et 2000. Pour les diabétiques de type 1, une prévalence de 45 % (12 ans d'ancienneté du diabète) a été rapportée. Pour les diabétiques de type 2, des prévalences plus faibles ont été observées, de l'ordre de 25 %-31 %, pour une ancienneté connue de la maladie de 3-9 ans. .Selon l'étude la plus récente en Europe, l'incidence cumulée de rétinopathie diabétique était de 5,3 % à 1 an et de 30,5 % à 5 ans chez les diabétiques de type 2. Les incidences des formes de rétinopathie diabétique menaçant la vision étaient de 0,3 % à 1 an et 3,9 % à 5 ans.

Les facteurs de risque de la rétinopathie diabétique son documentés et permettent de cibler si nécessaire le dépistage. Tous les patients diabétiques sont susceptibles de développer une rétinopathie mais l'ancienneté du diabète en est le facteur de risque le plus important. Les autres facteurs associés à une augmentation du risque de rétinopathie diabétique ou à sa progression sont l'hyperglycémie et l'hypertension artérielle ; le risque de rétinopathie diabétique associé à l'hyperglycémie et l'hypertension artérielle est continu, sans seuil clairement établi. Les autres facteurs de risque documentés sont les signes d'atteinte rénale, la grossesse et des facteurs génétiques. Le risque de complications oculaires telles que la rétinopathie est différent selon les populations diabétiques. La rétinopathie diabétique est rare chez l'enfant, mais compte tenu des risques de moindre contrôle glycémique et des modifications hormonales liées à la puberté, l'adolescence constitue une période à risque pour le développement d'une rétinopathie.

LES REPERCUSSIONS DE LA MALADIE SONT PARTICULIEREMENT LOURDES

L'incidence de la cécité augmente dans les groupes de patients atteints de rétinopathie et est d'autant plus forte que la rétinopathie est sévère.

L'existence d'autres causes de cécité chez les patients diabétiques (cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge) fait que toutes les cécités rencontrées chez le patient diabétique ne pourraient pas être évitées par un dépistage de la rétinopathie diabétique.

La rétinopathie entraîne une dégradation de plus en plus marquée de la qualité de vie par paliers : au moment du diagnostic, par crainte de la cécité, lorsque des signes visuels apparaissent et gênent l'activité quotidienne, lorsque la présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser les activités quotidiennes, et enfin au moment de la cécité.

UN DEPISTAGE DE LA RETINOPATHIE DIABETIQUE EN FRANCE QUI DEMEURE TRES INSUFFISANT

Celui-ci s'est développé dans le cadre du plan d'action diabète 2002-2005, au sein des réseaux comme OPHDIAT en Ile de France, PREVART dans le Nord-Pas-de-Calais, et à travers l'Union professionnelle des médecins libéraux, en Bourgogne. Il existe également au sein d'autres réseaux Diabète, au sein de structures hospitalières, entre les services d'ophtalmologie et d'endocrinologie d'un même établissement ou d'établissements différents.

Dans les expériences recensées, le patient est informé de la disponibilité du dépistage par le réseau organisateur ou y est orienté suite à un dépistage opportuniste du diabète.

Un orthoptiste ou un infirmier réalise ensuite les clichés, qui sont transmis à un centre de lecture ou des ophtalmologistes formés et expérimentés les interprètent et rédigent un compte rendu. Celui-ci est adressé au patient et à son médecin. En cas de lésions, le patient peut accéder à un ophtalmologiste dans un délai permettant la prise en charge

adaptée de la lésion et fixé par protocole. Ces expériences ont en commun une collaboration étroite entre différents professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, infirmiers et/ou orthoptistes, ophtalmologistes, médecins généralistes, endocrinologues, pharmaciens, autour du patient.

DES OBJECTIFS STRATEGIQUES A DECLINER DE MANIERE OPERATIONNELLE SUR LES TERRITOIRES EN LIEN AVEC LES AGENCES REGIONALES DE SANTE

La population la plus susceptible de bénéficier d'un dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil est celle des patients diabétiques non diagnostiqués pour la rétinopathie, et âgés de moins de 70 ans (Recommandations HAS 2010) .L'examen rétinophotographique sera proposé à tout consultant diabétique d'un Centre de santé Polyvalent du territoire de santé. Il n'est pas nécessaire d'envisager la réalisation d'une mydriase pharmacologique par des professionnels paramédicaux en phase de démarrage du dispositif. Celle-ci ne pourrait être envisagée qu'ultérieurement, dans le cadre de protocoles de coopération entre professionnels de santé, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires.

Les lieux d'implantation sont définis après un diagnostic territorial conduit en lien avec les ARS. Des coopérations avec la médecine libérale et les services des établissements hospitaliers publics ou privés sont systématiquement recherchés.

L'organisation globale de cette démarche de surveillance et de suivi des patients diabétiques repose sur des temps de consultation dédiés à cette activité, et donc une programmation de rendez-vous spécifiques par plage dont la fréquence sera fonction de la file active. Il s'agit de ne pas dégrader le modèle médico-économique de Centres de Santé polyvalents, mais au contraire de générer une activité susceptible d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des consultants.

DEVELOPPER LES TRANSFERTS DE COMPETENCE ET LES COOPERATIONS PROFESSIONNELLES

La notion de coopération entre professionnels de santé constitue une réponse possible aux problèmes de démographie médicale (rapports Berland 2002-2003) car elle peut aussi contribuer à l'évolution des activités, voire à l'émergence de nouveaux métiers.

A la suite des rapports Berlan des expérimentations diverses portant sur des actes techniques effectués par un auxiliaire paramédical – échographie, échocardiographie, explorations fonctionnelles digestives – ou des actes médico - techniques comme le suivi par des infirmiers de patients ayant une prescription médicale de chimiothérapie à domicile, ou encore des actes médicaux – consultations de prévention et de dépistage pour le suivi de pathologies chroniques –ont pu voir le jour.

Ces expérimentations ont été évaluées par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et par la haute autorité de santé (HAS). Les résultats obtenus au bénéfice des patients sont réels par rapport à la pratique médicale habituelle. La HAS a émis des recommandations sur les conditions favorisant la généralisation de ces coopérations entre professionnels de santé. Citons les conclusions des états généraux de l'offre de soins (EGOS, 2008) : « la modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de nouvelles formes de coopération sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé ».

L'axe stratégique télémédecine s'inscrit dans le développement de ces coopérations entre orthoptistes et médecins, infirmières et médecins, généralistes et spécialistes. Des protocoles spécifiques établis selon le modèle prescrit dans l'annexe de l'article 51 de l'arrêté du 31 décembre 2009 seront établis pour chaque implantation de d'appareils de rétinographies.

2. **AMELIORER LES PROCESSUS DE COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS PAR UN USAGE STRUCTURANT DU DOSSIER MEDICO-SOCIAL POUR PROFESSIONNELS (DSM PRO)**

La coordination des soins est l'une de missions légales des centres de santé définies à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique (loi du 4 mars 2002), avec le développement d'actions de santé publique et l'accessibilité sociale. L'accord national du 19 novembre 2002 (publié au JO le 19 avril 2003), qui organise les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, précise la notion de coordination des soins, qui inclut de « nouveaux modes de prise en charge de la santé » et la « démarche de coopération (…) avec les autres offreurs de soins en articulation avec les services des secteurs social et médico-social ». Le développement d'outils informatiques, qui permettent d'assurer le stockage sécurisé et le partage d'informations, facilite la coopération entre les professionnels parce qu'il allège et fiabilise les tâches d'écriture manuelle et de stockage de papiers.

Le dossier médico-social pour professionnels (DSM-Pro) est un système d'information conçu pour assurer le partage d'informations entre professionnels de santé FILIERIS[2] (médecins et infirmières) et les assistants de service social (ANGDM[3]), ainsi que les secrétaires médicales.

DSM-Pro est certainement le seul logiciel intégrant à ce jour la notion de coordination médico-sociale, grâce aux formulaires d'informations sociales des assistants de service social et aux formulaires de coordination médico-sociale rendant compte des réunions de coordination entre professionnels. Le

[2] FILIERIS : offre de santé du régime minier.
[3] ANGDM : Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs.

dossier d'autorisation de ce système d'information est déposé à la CNIL sous le n° 1666176.

Le DSM-Pro permet la *publication des documents ou des données choisis* par le médecin en accord avec le patient, dans une base visible par les professionnels de santé FILIERIS. Chaque professionnel de santé n'accède au dossier partagé d'un patient que s'il participe à sa prise en charge. Ces documents ou données sont produits par les professionnels dans le DSM-pro (pour les médecins, à partir du logiciel-métier Hellodoc). Leur publication dans l'outil permet un *partage entre les professionnels*, sans qu'il soit besoin d'émettre de courrier spécifique. Ce partage favorise une approche globale des patients, y compris sociale, et une meilleure connaissance du patient et de ses antécédents, notamment thérapeutiques. Les professionnels ont en corollaire obligation d'utiliser ces outils conditionnant toute la démarche de coordination indispensable au suivi effectif du patient.

Les professionnels de santé habilités accèdent au DSM-Pro depuis leur poste de travail grâce à leur carte de professionnel de santé (CPS). En mode dégradé, un accès est possible par identifiant et mot de passe, qui est le mode d'accès normal pour les autres professionnels (assistants de service social).

La *gestion des droits d'accès* (médecins, secrétaires médicales, professionnels des soins, personnel administratif) se fait par *profil d'utilisateur*. Chaque droit d'accès est attribué sous la responsabilité du directeur régional, de l'agent comptable et du médecin coordonnateur régional et mis en place par un administrateur fonctionnel disposant d'une délégation formelle. Le médecin traitant s'enregistre lui-même, en accord avec le patient (CPS et Carte Vitale du patient), comme responsable du dossier-patient.

Le DSM-Pro recueille tous les documents publiés dans le dossier d'un patient identifié par *son Identifiant National de Santé (INS-C)*, attribué par le logiciel métier ou par le DSM-Pro grâce aux caractéristiques chiffrées contenues dans la carte Vitale. Il centralise ainsi tous les documents partagés d'un patient, essentiels à sa prise en charge.

Le DSM-Pro permet une *visualisation* graphique et ordonnée, sur la « *ligne de vie* », de tous les documents d'un dossier-patient, émis ou reçus (laboratoire, comptes -rendus) avec un INS-C et un format structuré. A terme, toutes les données structurées seront utilisables pour établir des statistiques, des graphiques ou des tris, sous le contrôle du médecin coordonnateur national. Tous les accès au dossier font l'objet d'une *traçabilité intégrale*.

Afin de régler les problèmes d'identité (doublons éventuels), une *cellule d'identito-vigilance* sous le contrôle du médecin coordonnateur FILIERIS est désignée dans chaque région. Chaque professionnel de santé a le devoir de signaler les incidents à la cellule.

Le projet DSM-Pro poursuit quatre objectifs :

- améliorer la prise en charge des patients des centres de santé, par le stockage et le partage d'informations entre professionnels de santé, Il permet à ce titre de réaliser plusieurs des tâches prévues par l'accord national des centres de santé de 2002 ;
- améliorer et partager les pratiques professionnelles, via l'établissement de formulaires thématiques reflétant les algorithmes et processus de prise en charge optimum, par grand type de pathologie, tels que définis par la HAS ;
- constituer le support informatique du parcours de soins, jusqu'à la prise en charge par les services sociaux (coordination médico-sociale) ce qui n'est le cas d'aucun autre outil informatique en service aujourd'hui ;
- produire des statistiques aux fins d'observation de la santé des populations fréquentant les structures, sous le contrôle d'un médecin. Il permettra à ce titre de regrouper des informations sur la file active des patients des centres de santé, pour valoriser l'activité du régime, mieux répondre aux appels à projets des ARS, conseils généraux, etc…

La mise en place du DSM-Pro dans les centres de santé est réalisée sur la base d'un processus de déploiement à destination des trois publics (patient, professionnels, administration), combinant information et accompagnement (réunions, kits d'information), mise en place et suivi informatique, et formation des utilisateurs.

A terme, l'outil permettra à la fin 2014, de produire des statistiques de santé, sur la base des informations qui seront saisies sous un format structuré dans l'outil.

Il permettra également d'assurer le partage d'informations dans le cadre des parcours de soins des patients, entre professionnels travaillant au sein de structures du régime minier ainsi qu'avec des structures extérieures au régime minier.

De ce point de vue, il convient de citer les projets d'expérimentations sur divers sites: à l'Hôpital de Freyming Merlebach où le DSM-Pro permettra une mise en relation entre le SSR, l'HAD et les médecins des Centres de Santé, mais aussi les médecins libéraux à terme/filière de repérage et prise en charge de la fragilité associant la Polyclinique Sainte-Barbe et le Centre De Santé de Carmaux/ liaison entre le Centre De Santé Filieris et le CH de Montceau sur l'échange de «dossiers Médicaux de Liaison» et de comptes rendus de sortie. Enfin, les comptes rendus de lecture des rétinographies réalisées à distance seront directement transmis dans le DSM-Pro dans un format standardisé.

La mise en place de filière comme celle de Carmaux, associant repérage de la fragilité et programme d'HDJ susceptible de minimiser celle –ci

constituent une activité innovante qui non seulement ne dégrade pas le modèle médico-économique des Centres de Santé mais génère une activité à la fois sur le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.

3. CONNAITRE L'ETAT DE SANTE ET LES PATHOLOGIES PRESENTEES PAR LES POPULATIONS SUIVIES EN CENTRES DE SANTE POLYVALENTS

Parmi les quatre objectifs poursuivis par le projet DSM-Pro produire des statistiques aux fins d'observation de la santé des populations fréquentant les structures, sous le contrôle d'un médecin, constitue un enjeu majeur en termes d'adaptation de l'offre aux besoins réels des patients.

LE DSM PRO PERMETTRA A CE TITRE DE REGROUPER DES INFORMATIONS SUR LA FILE ACTIVE DES PATIENTS DES CENTRES DE SANTE, AFIN DE VALORISER L'ACTIVITE DE L'OFFRE AMBULATOIRE ET DE MIEUX REPONDRE AUX APPELS A PROJETS DES ARS.

Le recueil de telles données populationnelles représente également un enjeu de recherche privilégié en soins primaires. En effet , grâce aux possibilités d'inter-professionnalité offertes et aux bases de données médico-sociales ainsi constituées une recherche-action en soins de premier recours est désormais possible .Celle-ci souffre en France d'un retard par rapport aux pays comparables : ce volet « recherche en Centres de Santé » permettra donc à la fois de mieux connaître l'offre de 1er recours tout en conférant à ces structures un attrait nouveau de nature à attirer des jeunes – ou moins jeunes – médecins soucieux de compléter leur exercice par des travaux de recherche.

Notons que cette production d'information est non coûtante puisqu'elle est un sous-produit de l'activité médicale enregistrée par le logiciel métier et déversé dans le DSM Pro.

4. OFFRIR AUX PERSONNES AGEES UN DEPISTAGE DE LA FRAGILITE LIEE AU RISQUE DE CHUTE ET AUX TROUBLES COGNITIFS SUIVI DE PRISES EN CHARGE ADAPTEES

Une approche intégrant le concept de fragilité semble être intéressante. La fragilité peut se définir comme un état médico-social instable rencontré à un moment donné de la vie d'une personne. Il s'agit d'un processus dynamique qui résulte, sous l'action des pathologies et/ou du vieillissement générant des déficiences, d'une réduction des réserves physiologiques à l'origine d'un défaut d'adaptation au stress qu'il soit médical, psychologique ou social. La fragilité aboutit à un équilibre médico-social précaire pouvant être rompu par tout événement stressant, même d'allure bénigne. La fragilité expose au développement d'incapacités temporaires ou permanentes potentiellement réversibles par des interventions préventives et curatives adaptées. Son évaluation peut se faire via différentes échelles validées et standardisées.

Les chutes constituent un problème majeur de santé publique. Selon les estimations, 424 000 chutes mortelles ont lieu chaque année, ce qui constitue la deuxième cause de décès par traumatisme involontaire, après les décès dus aux traumatismes provoqués par des accidents de la route.

En France, les données chiffrées sur la prévalence et l'incidence des chutes des personnes âgées proviennent de trois sources principales que sont l'« Enquête permanente sur les accidents de la vie courante » (Epac), le « Baromètre Santé » de l'INPES et les données de mortalité issue des certificats de décès enregistrés par le centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc). L'enquête Epac est l'extension française du recueil européen EHLASS (*European Home and Leisure accident Surveillance System*) implanté dans les années 1980 dans plusieurs pays européens.

Un enregistrement exhaustif du recours aux urgences pour les accidents de la vie courante a été réalisé par neuf hôpitaux en France. Ainsi, 450 000 chutes accidentelles par an, dont 330 000 survenant chez les femmes et 120 000 chez les hommes (Ricard, Thélot, 2008) sont dénombrées chez les personnes âgées. Elles représentent 84 % des accidents de la vie courante chez les plus de 65 ans (Ricard, Thélot, 2008). La prévalence des troubles de la marche et de l'équilibre est importante dans le groupe des personnes âgées, variant de 20 à 60 % en fonction essentiellement de deux paramètres que sont l'âge et l'altération de l'état de santé .Le taux de rechute dans l'année est également élevé. Les études mentionnant les rechutes ont montré que l'incidence des chutes à répétition (au moins 2 chutes et plus pour 12 mois de suivi) était comprise entre 11 % et 21 %. . Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la problématique des chutes à répétition ont été élaborées par un groupe de travail de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS). Il s'agit de fournir aux professionnels de santé une démarche clinique d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées qui soit applicable à la pratique quotidienne (SFGG, 2009).

Depuis 2005 deux référentiels de la prévention des chutes de la personne âgée sont à disposition. Il s'agit premièrement des recommandations pour la pratique clinique de la prévention des chutes chez la personne âgée éditées par la Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG). Ces recommandations élaborées en collaboration avec la HAS s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé. Elles visent à dépister les sujets âgés à risque de chute et préciser les interventions pertinentes permettant d'éviter la première chute. Le deuxième référentiel est celui de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Il s'agit d'un référentiel de bonnes pratiques cliniques élaboré à partir d'une collaboration internationale francophone. Il a les mêmes objectifs que le référentiel de la SFDRMG. Par contre, il ne cible que les sujets vivant à domicile, sans fixer de critère d'âge pour l'application des recommandations**.** Ces deux référentiels dépistent le risque de chute à partir d'un test clinique simple le *Time Up & Go* (Podsiallo, Richardson, 1991) qui peut être facilement mis en œuvre dans les Centres de Santé.

Le déclin des performances cognitives est une problématique majeure de l'avancée en âge. La plainte mnésique est un trouble subjectif fréquent qui toucherait jusqu'à 50 % des sujets âgés de plus de 50 ans (Lowenthal, Berrman, Buehler *et al*., 1967).

Elle témoigne le plus souvent d'une diminution des ressources attentionnelles retentissant sur les capacités d'enregistrement des informations ou sur leur récupération. Dans un certain nombre de cas, cependant, la plainte mnésique est en rapport avec une affection cérébrale organique telle la maladie d'Alzheimer (MA) qui constitue la pathologie neurodégénérative la plus fréquente. La prévalence de la maladie d'Alzheimer croît avec l'avancée en âge pour atteindre 13,2 % chez les hommes à partir de 75 ans et 20,5 % chez les femmes après 75 ans. Il existe par ailleurs en France un sous-diagnostic de cette affection puisque la moitié des cas ne serait pas diagnostiquée ou déclarée et on estime qu'il s'écoule en moyenne une période de deux ans entre les premiers symptômes caractéristiques et le moment où la maladie est diagnostiquée. En termes de santé publique, les répercussions de cette maladie représentent un enjeu socio-économique de première importance puisqu'elles accélèrent le processus de dépendance et de perte d'autonomie aboutissant à un taux de placement en institution élevé et à un coût financier non négligeable.
La consultation dédiée au plus de 65 ans permet à l'équipe médicale d'un Centre de santé de repérer facilement les sujets ayant déjà chuté et de sensibiliser les consultants n'ayant pas chuté à ce risque. Au décours de l'examen, il parait logique de proposer une prise en charge de ce risque en invitant les consultants à participer à des ateliers « prévention des chutes ». Ainsi, une approche personnalisée des problèmes dépistés lors de l'examen tant au niveau de la coordination, de l'équilibre, ou de la marche pourra être réalisée pendant ce type d'ateliers.
Lors de la consultation standard, la recherche d'une plainte de la mémoire n'est pas systématique. Un test simple tel que le MMSE (Folstein) ajouté à la batterie de tests ciblant le risque de chute chez les consultants seniors constitue une approche novatrice qui sera proposée par vagues dans les Centres de santé Polyvalents après l'implantation sur certains sites pilotes.
Une filière de prise en charge des sujets fragiles est expérimenté à CARMAUX avec l'accord de l'ARS Midi-Pyrénées : grâce à un outil simple de repérage validé par l'Université et l'Equipe Régionale Vieillissement les sujets âgés fragiles sont dépistés lors de la consultation et se voient proposés une prise en charge spécifique en HDJ .Le programme rééducatif mis en œuvre lors de ces hospitalisations de jour est fixé en s'appuyant sur l'expérience conduite par cette équipe au niveau régional.
La mise en place de cette filière, associant repérage de la fragilité et programme d'HDJ susceptible de minimiser celle-ci, constituent une activité innovante qui, encore une fois, non seulement ne dégrade pas le modèle médico-économique des Centres de Santé mais génère une activité à la fois sur le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier

5. PROPOSER AUX POPULATIONS JEUNES ET /OU PRECARISEES UN REPERAGE DES PROBLEMES DE SANTE MENTALE ET D'ADDICTION

L'ouverture des Centres de Santé polyvalents à tous les publics, quel que soit le régime d'affiliation impose de reconsidérer les besoins des populations consultant nos structures. Dans les bassins de vie frappés par le chômage et les difficultés économiques un repérage social de la précarité doit s'associer à un repérage des problèmes de santé mentale.
Qu'il s'agisse de mal-être, d'addictions à différents psychotropes cette recherche systématique conduira à un adressage aux structures compétentes par des circuits identifiés (avec les CMP en particulier).
Ces filières de prise en charge seront identifiées territoire par territoire et feront l'objet de conventions de partenariat sur des objectifs de fluidité des circuits, de rapidité de réponse à la demande et de suivi des publics concernés.
Des instruments validés seront mis en place afin de faciliter ce repérage et de systématiser sa mise en œuvre sur les territoires de forte prévalence de la précarité-socio-économique.

6. DEVELOPPER LES ACTIONS D'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN LIEN AVEC LE MILIEU LIBERAL ET LE REGIME GENERAL D'ASSURANCE MALADIE

Le développement de l'Education Thérapeutique répond au poids sans cesse croissant des maladies chroniques, en particulier chez le sujet âgé chez lequel celles-ci s'ajoutent les unes aux autres, contribuant ainsi à majorer la fragilité de la personne.
C'est vers les maladies chroniques les plus prévalentes que sera ciblée notre action, qui s'adressera aux sujets diabétiques mais aussi aux sujets atteints de maladies cardio-vasculaires.
Des programmes d'éducation thérapeutique pourront ainsi être mis en œuvre, au sein de nos structures après agrément par l'Agence Régionale de Santé des contenus éducatifs et leur planification.
Des partenariats seront recherchés, en particulier avec les Centres d'examens de l'Assurance Maladie qui ont démarré depuis bientôt quatre ans des programmes éducatifs validés. Un adressage des patients qui consultent dans les Centres de Santé Polyvalents sera organisé toutes les fois que la proximité le permet entre nos structures et celles du Régime Général.

Un suivi conjoint des patients sera réalisé - compliance au programme, résultats des biomarqueurs - ainsi qu'une évaluation du partenariat mis en œuvre.

Notons que la mise en place de programmes d'Education Thérapeutique est susceptible de bénéficier de financements spécifiques de la part des Agences Régionales de Santé sous conditions strictes d'agrément.

7. FAVORISER LA FORMATION CONTINUE DANS LE CADRE DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) EN INTEGRANT LES BESOINS DE FORMATION SPECIFIQUES LIES AUX OBJECTIFS DE LA STRATEGIE MEDICALE NATIONALE, EN PARTICULIER SUR LE

CHAMP DU VIEILLISSEMENT ET DE LA BIEN-TRAITANCE EN ETABLISSEMENT

Les Centres de Santé constituent aussi un lieu privilégié de développement professionnel continu, les professionnels qui y exercent aspirant à se former de manière dynamique sur des sujets concrets de leurs pratiques quotidiennes.
Dans le cadre du DPC seront proposées aux médecins en particulier des formations portant sur le champ gérontologique, en particulier sur le thème de la fragilité, du risque de chute et des troubles cognitifs.
En établissement (SSR, EHPAD mais aussi SSIAD) une formation spécifique à la prévention de la maltraitance sera organisé en résidentiel et en groupes pluri-professionnels associant médecins, infirmières, aides-soignantes par séquences de trois heures trois fois par an. Il s'agit d'une démarche visant à resserrer le lien social entre catégories de personnels différentes gravitant toutes autour de la personne âgée avec une prise en charge globale et collective du risque de maltraitance.
Sur le champ de l'Education Thérapeutique, et en fonction des programmes éducatifs à construire sur les territoires, des formations en conformité avec les exigences réglementaires, notamment sur les volumes horaires d'enseignement, seront favorisées.

Il s'agit d'orienter un plan national de formation vers des thèmes qui constituent l'essentiel de l'activité des Centre de Santé Polyvalents ou des établissements, afin d'être efficients dans la démarche de mise à jour des connaissances des professionnels de santé.

8. S'ENGAGER AUPRES DES AGENCES REGIONALES DE SANTE A ACCUEILLIR LES ETUDIANTS EN DEVELOPPANT LA MAITRISE DE STAGE

La formation pratique constitue un volet essentiel de la formation. C'est dans ce cadre que se dessine le lien entre le futur professionnel de santé et les établissements sanitaires et médico-sociaux où il pourra exercer par la suite. De la même façon, l'accueil des étudiants chez des maîtres de stage libéraux est l'occasion de se confronter à d'autres modes d'exercice de la profession. Cette approche pragmatique des professions de santé et, in fine, la mise en œuvre des besoins de santé de la population est une des pierres angulaires de la formation des internes de médecine, de pharmacie et d'odontologie. En effet, s'ils conservent un statut d'étudiant aux yeux de l'Université, les internes sont bel et bien des professionnels de santé en formation pour le Code de santé publique. A cet égard, ils participent au fonctionnement des services et maîtres de stage au sein desquels ils sont affectés chaque semestre
Sur le plan du premier recours, la volonté de chaque ARS est de multiplier les lieux de stages chez le praticien médecin généraliste pour offrir un panel d'encadrants suffisant pour un nombre d'internes qui ne cesse de croître, mais aussi pour bien mailler le territoire, y compris dans les zones déficitaires où le rôle du médecin traitant ,pivot du système de santé, est encore plus important qu'ailleurs.
.Plusieurs critères de choix individuels propres à chaque interne (aspirations pour telle ou telle discipline/spécialité, pour telle ou telle région ; choix du conjoint(e) ; rang de classement, etc.) conduisent à des effets visibles dans les régions et les territoires. Il convient de souligner que l'une des 12 mesures du Pacte Territoire – Santé est l'obligation de mettre en place, dans chaque région, un stage de médecine générale chez le médecin généraliste)pour tous les étudiants de 2^{e} cycle afin que ceux-ci découvrent un autre mode d'exercice que le mode hospitalier qu'ils connaissent depuis la 2^{e} année d'études de médecine. Cette découverte d'un métier et d'un territoire vise à « donner envie » aux futurs internes de choisir ensuite la médecine générale non plus de manière contrainte par le rang de classement mais par choix positif. L'enjeu pédagogique devient territorial ce qui est encore plus vrai lorsqu'une grande majorité des internes d'une région ayant choisi la médecine générale sont originaires de cette région. C'est à l'aune de ce constat statistique que se mesure aussi l'attractivité d'un territoire et les installations après la formation…
Un recensement des Maîtres de Stage exerçant en Centres de santé polyvalents permettra la constitution d'un groupe de travail afin de proposer un cadre d'accueil et des référentiels communs à tous les Centres. Dans le cadre du Plan National de Formation des appels à candidature seront lancés de façon à répondre aux besoins d'encadrement et de lieux de stage exprimés par les différentes Agences Régionales de Santé.
Cette démarche ne dégrade pas la performance des structures d'accueil, bien au contraire, et ce d'autant qu'elle est partagée entre plusieurs lieux d'encadrement.

9. EVALUER LE FARDEAU DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADES CHRONIQUES – NOTAMMENT LA MALADIE D'ALZHEIMER - PAR LES AIDANTS ET LEUR PROPOSER UN SUIVI MEDICO-SOCIAL ATTENTIONNE

LES MARQUEURS ECONOMIQUES DE L'AIDE INFORMELLE AUTOUR DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

L'impact socio-économique de la MA en Europe a été évalué en retenant les coûts directs et indirects de la maladie. Le coût total de la MA et des maladies apparentées pour les 27 pays Européens est estimé à 160,3 milliards d'euros dont **55 %** représentent des coûts d'aide informelle en 2008. Les coûts totaux de l'aide informelle en Europe la même année ont été évalués à 33,8 milliards d'euros. A l'horizon 2030, la projection des coûts ajustés à la projection d'évolution démographique prévoit un accroissement des coûts de 43 % entre 2008 et 2030 pour l'Europe entière pour dépasser à terme 250 milliards d'euros.

MALADIE D'ALZHEIMER ET ENVIRONNEMENT : LE ROLE CLEF DES AIDES FORMELLES ET INFORMELLES

Pour pouvoir vivre à leur domicile, les sujets Alzheimer bénéficient d'aides plus ou moins étendues et plus ou moins organisées. Ces aides peuvent être qualifiées d'informelles lorsqu'elles sont apportées par l'entourage – le conjoint, les enfants, les voisins – ou d'aides formelles lorsqu'elles sont four-

nies par des professionnels du champ sanitaire et social.
L'aide formelle à domicile est représentée par toute une série de structures et d'organisations de professionnelles du secteur sanitaire et social et comprend entre autres : l'Hospitalisation à Domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services de maintien à domicile, les structures assurant une information et une coordination : les Centres Locaux d'Information de Coordination (CLIC), l'ensemble des professionnels libéraux de santé, et les représentants des usagers. Leur organisation est généralement arrêtée lors de la définition du plan d'aide, à l'occasion de la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : sont alors précisés le profil des intervenants à domicile, leur fréquence et leur durée, les types de tâches qui seront assurées afin de s'adapter à la situation de dépendance ou du handicap, de prendre en compte le projet de vie des personnes concernées et de s'articuler avec l'action des aidants familiaux .

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, un des axes importants consiste à favoriser le soutien à domicile par l'intervention de personnels spécialisés. Le renforcement à domicile de l'offre de services de soins adaptés s'organise avec le recrutement de personnel spécialement formé. Des équipes spécialisées, composées d'assistants de soins en gérontologie, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes dans le cadre des SSIAD ou dans le cadre des services polyvalents d'aides et de soins à domicile (SPASAD) ou encore dans le cadre de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), doivent faciliter le soutien à domicile par la coordination des professionnels et le soutien aux aidants.
Malgré ces aides formelles, le maintien à domicile repose en bonne partie sur l'aidant principal qui est le plus souvent un conjoint âgé. Une difficulté est, de ce fait, apparue ces dernières années et est liée au vieillissement du proche lui-même affecté par des comorbidités le faisant entrer dans la spirale de l'incapacité et du handicap.
Par conséquent, apprécier la possibilité du maintien à domicile du patient Alzheimer requiert une évaluation de l'état de santé et des incapacités de l'aidant principal. Il s'agit d'une information primordiale dont il convient de disposer afin de mieux expliquer comment, à domicile, se situe le curseur de la répartition entre l'aide formelle et informelle délivrée au malade Alzheimer, cet aspect environnemental pouvant constituer par ailleurs l'un des facteurs de l'institutionnalisation.
L'évaluation du fardeau de la maladie par échelle de Zaritt simplifiée chez les aidants permettra, lors de la consultation en Centre de Santé Polyvalent, de proposer à ces publics un adressage de leurs malades vers une structure de répit ou l'intervention des services appropriés (CLIC, Service Sociaux…) afin de prévenir les situations de rupture, et d'éviter ainsi l'institutionnalisation du malade ou tout au moins la retarder. Cette problématique concerne tout autant les aidants de malades atteints de maladie de Parkinson, de séquelles neurologiques post – accident vasculaire cérébral, de sclérose en plaque….etc . Dans tous les cas la mesure du fardeau de la maladie chez l'aidant constitue un temps de consultation supplémentaire, ne dégradant pas le modèle économique de l'offre de soins ambulatoires qui repose sur le paiement à l'acte.

10. DEPLOYER SUR L'ENSEMBLE DU RESEAU DES CENTRES DE SANTE POLYVALENTS UNE DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

Les Centres de Santé Polyvalents participent à l'accès de tous à des soins de qualité, sans sélection ni discrimination comme structures de proximité, se situant au plus près des populations et de leurs besoins.
Ils peuvent désormais s'appuyer sur le référentiel d'évaluation élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) (février 2007) avec les institutions composant le Regroupement National des Organismes Gestionnaires des Centres de Santé (RNOGCS). L'application de ce référentiel repose sur un dispositif progressif regroupant deux étapes :

- L'accompagnement des centres vers une démarche d'autoévaluation et de mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité
- L'accompagnement des centres dans une démarche de labellisation interne, qui permet à un centre, suite à un audit interne d'être labellisé (audits croisés).

Un référentiel de certification de service, basé sur le référentiel d'évaluation HAS « Centres de Santé » permet, au sein des centres de santé :

- d'accroître l'efficacité interne de l'organisation : optimisation et amélioration des moyens et des processus, au profit d'une meilleure prise en charge des patients
- de démontrer un savoir-faire et une maîtrise des processus liés aux prestations des centres santé tout au long du parcours du patient : accueil, prise en charge, suivi, articulation avec le secteur social si nécessaire
- de disposer d'un outil de management, de valorisation et de motivation
- d'obtenir une reconnaissance par une tierce partie de la bonne maîtrise et de l'amélioration continue de son organisation
- renforcer l'image de marque des centres de santé vis-à-vis de leurs patients, des partenaires institutionnels, des administrations et des ARS
- valoriser la qualité des prestations, plaçant ainsi les centres de santé comme un acteur incontournable du système de santé sur l'offre ambulatoire.

Le présent référentiel concerne les activités des centres de Santé Polyvalents et décrit des engagements de service pris à destination des patients. Les principaux items de l'engagement de service qui feront l'objet d'une labellisation sont :

- la garantie de l'accès aux soins pour tous
- des réponses téléphoniques, un accueil physique et des solutions de prise en charge adap-

tées à la situation de chacun y compris pour les soins non programmés
- une garantie de libre choix du praticien
- une coordination des rendez-vous avec les différents professionnels du Centre
- la délivrance d'informations claires et précises dans le cadre d'une confidentialité absolue et un partage d'information entre professionnels assurant la meilleure coordination des soins possible.
- la labellisation pourra être conduite en multi-site au sein d'une même région, les retours d'expérience des sites pilotes permettant un déploiement par vagues successives au cours de la présente COG.
- Une meilleure efficience globale des structures est attendue de cette démarche, en particulier grâce à une gestion optimisée des rendez-vous et des rappels systématiques des patients permettant de maximiser le présentéisme quotidien des consultants.

ANNEXE 5

Le schéma directeur du système d'information

Le schéma directeur du système d'information

CONTEXTE

Dans le contexte particulier de la COG 2012-2013 qui devait aboutir au transfert de l'ensemble des activités du régime minier à la CNAMTS, il n'y a pas eu d'élaboration de schéma directeur Informatique, mais seulement des orientations informatiques. Ces orientations consistaient essentiellement à préparer le transfert en fiabilisant les outils en place, en réduisant les maintenances aux seules évolutions réglementaires dans le domaine de l'assurantiel notamment et en limitant les investissements à la mise en place de quelques logiciels métiers complémentaires nécessaires au pilotage de l'activité Santé que ce soit en ambulatoire ou dans les établissements. Aucun investissement majeur n'était prévu pour mettre à niveau l'infrastructure du Centre de production informatique. L'instauration du moratoire le 7 août 2012 puis l'abrogation de l'article 80 le 28 mars 2013 n'ont pas eu d'impact direct sur ce plan d'actions mais l'ont plutôt conforté dans sa réalisation dans l'attente des orientations à venir de la future COG 2014-2017.

ENJEUX DU SCHEMA DIRECTEUR 2014-2017

Le schéma directeur doit permettre de planifier les adaptations du Système d'informations induites par la poursuite des activités de la CANSSM au sein d'une nouvelle COG. En outre, il sera à compléter selon les orientations nouvelles de la COG 2014-2017

Le maintien à l'intérieur du Régime d'une offre de santé et l'attribution d'un mandat de gestion à la CNAMTS pour l'assurantiel nécessitent de poursuivre a minima les travaux engagés et non aboutis ou gelés de la période précédente. Cela concerne à la fois :

- La maintenance réglementaire du Système d'information de l'assurantiel (Maladie et AT/MP) et la participation aux projets inter régimes de télé services aux professionnels de santé (programme 2)
- La qualification en relation avec la Direction de l'Assurance Maladie des adaptations du Système d'information Maladie de la CNAMTS pour prendre en compte les spécificités réglementaires de la CAN.
- La standardisation des circuits de facturation des œuvres ambulatoires
- La modernisation de certains logiciels de professionnels de santé (exemple logiciel infirmier et logiciel d'optique)
- L'adaptation de l'architecture technique du système d'information des centres de santé facilitant les évolutions à venir de leur organisation.
- Le déploiement d'une solution informatique homogène pour les services d'aide à la personne et les SSIAD
- Le déploiement du dossier médico-social pour professionnels (DSM-PRO) qui permet notamment de mesurer la production de santé et constitue un outil qui valorise l'activité de nos structures et professionnels de santé.
- La modernisation du système d'information des établissements engagée en 2013.

La poursuite de l'activité nécessite de moderniser les logiciels de gestion administrative (Comptabilité, RH,…) qui deviendront (voire le sont déjà pour certains) obsolètes pendant la durée de la COG. Cette rénovation doit s'inscrire dans le cadre plus global de fonctionnement d'une caisse unique ce qui n'avait pas été mis en œuvre précédemment compte tenu de la charge de travail et des perspectives de la COG précédente.

La poursuite de l'activité du Régime Minier nécessite également de reprendre les travaux de modernisation de l'infrastructure et d'adapter les moyens pour le support et l'entretien du SI qui ne sont plus en phase avec l'activité.

LES PROJETS DU DOMAINE ASSURANTIEL

Le système d'information de l'assurantiel couvre toutes les fonctions de gestion des référentiels, de traitements des flux électroniques, de liquidation et de paiements des prestations en nature, en espèce et des rentes d'Accident du Travail, de Trajet et de Maladie Professionnelle.

1- Le maintien en condition opérationnelle
Il s'agit ici de prendre en compte toutes les évolutions réglementaires y compris toutes les évolutions de normes techniques qui sont indispensables pour le bon fonctionnement global des échanges inter régimes et avec les professionnels de santé. Il s'agit aussi d'assumer des fonctions de formation, de support et d'assistance des utilisateurs. Il peut inclure également les actions d'accompagnement des réorganisations internes à la CANSSM ayant un impact sur le système d'information assurantiel (fusion de bases par exemple)

2. Le développement des télé-services
Ce développement des télé-services aux professionnels de santé (programme 2) est prévu dans le cadre des travaux pilotés par l'UNRS sera poursuivi.

3. L'accompagnement de la mise en œuvre du mandat de gestion

La CANSSM devra participer en relation avec la CNAMTS à la définition et à la qualification des adaptations du système d'information de la CNAMTS nécessaires à la prise en compte des spécificités du régime minier et en particulier celles relatives aux AT/MP qui nécessiteront peut être la réutilisation de briques du SI CANSSM.

LES PROJETS DU DOMAINE SANTE

Le système d'information Santé couvre les structures ambulatoires (Centres de Santé, pharmacies, laboratoires, cabinets d'optique, cabinets dentaires, Services transport), les établissements de Santé (MCO, SSR, EHPAD), les services à la personne, les SSIAD.

Dans les structures ambulatoires, chaque entité dispose d'un logiciel métier spécifique à l'activité et agréé Sesam Vitale. La facturation des actes est réalisée dans le logiciel métier. Elle est ensuite déversée dans un logiciel centralisé de suivi de l'activité et des règlements des patients à l'exception du logiciel de gestion des transports sanitaires et du logiciel de gestion des laboratoires.
Ces logiciels sont éprouvés et donnent satisfactions à l'exception du logiciel infirmier (Hellosanté) qui couvre mal les besoins des utilisateurs.
Les établissements sont a minima équipés d'un logiciel de gestion administrative des patients, d'un PMSI et plus partiellement selon les régions de logiciels financiers et de dossiers médicaux informatisés. Une architecture applicative homogène cible a été définie et son déploiement a été initialisé en 2013. Elle est constituée de logiciels nationaux et couvre l'ensemble des fonctions de Gestion administrative des patients, de gestion économique et financière, de Gestion de la pharmacie et de dossier médical
Les services d'aide à la personne et les SSIAD. La CANSSM comprend 2 services d'aide à la personne dont un est équipé d'un progiciel et le second d'un logiciel spécifique qui est en cours de remplacement par le même progiciel. Ce progiciel équipera également l'ensemble des SSIAD.
Dans ce contexte les grands projets identifiés sont :

POUR LES ŒUVRES AMBULATOIRES

1- Le maintien en condition opérationnelle

Il s'agit à la fois de prendre en compte et de déployer les nouvelles versions de logiciel en fonction des évolutions réglementaires (exemple CCAM pour le dentaire, FSE pour l'optique, Numérisation des ordonnances pour les pharmacies, …) ou des services nouveaux (Télé services pour les médecins, TPO avec les mutuelles pour les cabinets d'optique,….). Il s'agit aussi d'assumer des fonctions de formation, de support et d'assistance des utilisateurs.

2- L'harmonisation des procédures de facturation

Ce projet consiste à harmoniser le système d'information de facturation des centres de santé en finalisant le déploiement du même logiciel dans des centres équipés de solutions non adaptés (kinés, quelques centres de médecine spécialisée)

3- La mise en œuvre d'un nouveau logiciel pour les infirmiers

Le logiciel en place ne couvre que très faiblement les besoins métiers actuels des professionnels infirmier. Le projet consistera à faire évoluer ce logiciel ou à le remplacer.

4- La modification de l'architecture technique de support du système d'information des centres de santé

Il s'agit d'adapter l'architecture technique d'exploitation de ces logiciels afin d'accompagner l'activité des professionnels de santé en mobilité et de faciliter les opérations potentielles de recomposition des centres.

5- Le dossier médico-social pour les professionnels de santé (DSM-PRO)

Ce système d'information permet le partage sécurisé d'informations de santé entre professionnels afin d'améliorer la prise en charge des patients. Il est directement corrélé au logiciel métier des médecins. Particulièrement adapté aux centres de santé, le DSM-pro permet d'assurer, de manière sécurisée et simple, la coordination des soins et, le cas échéant, la coordination médico-sociale avec les assistantes de service social, comme le prévoit la convention des centres de santé de 2003. La structuration des données du logiciel, permettra à terme d'élaborer des études de santé publique utiles pour répondre aux appels à projets de santé des institutions nationales ou locales, ou de développer de manière plus efficace des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
Il s'agit de déployer ce dossier médico-social partagé dans l'ensemble des structures de santé du Régime Minier après l'expérience concluante effectuée dans une région pilote fin 2013 et de l'ouvrir dans un deuxième temps à des acteurs externes au régime Minier.

POUR LES ETABLISSEMENTS

1- L'informatisation des établissements SSR

Poursuivre la mise en place de différents logiciels nationaux tant financiers que médicaux définis dans un schéma cible validé par l'ensemble des directeurs d'établissement en 2013 et qui vont permettre à la fois d'améliorer la gestion interne (Comptabilité analytique, comptabilité auxiliaire rénovée, suivi plus précis des engagements, fusion logique de bases pour faciliter le pilotage national….) et de répondre à certaines obligations réglemen-

taires ou de certification (comptabilité analytique, dossier médical,..)

2- La mise en œuvre d'un système d'information homogène pour les SAP et les SSIAD

Mettre en œuvre dans les SAP et les SSIAD une solution homogène qui est le logiciel déjà en place dans le SPASSAD du Nord.

3- L'informatisation des EHPAD

Mettre en œuvre une solution adaptée à la gestion des EHPAD gérés par le régime minier.

4- Le maintien en condition opérationnelle

Prendre en compte et déployer les nouvelles versions des logiciels en fonction des évolutions réglementaires. Il s'agit aussi d'assumer des fonctions de formation, de support et d'assistance des utilisateurs.

LES PROJETS DES FONCTIONS SUPPORT

Ce domaine couvre les activités financières et juridiques, les ressources humaines, la communication, le pilotage des activités, la sécurité informatique et l'infrastructure de production informatique

POUR LES ACTIVITES FINANCIERES ET JURIDIQUES

1- Mise en œuvre d'un nouveau progiciel comptable et financier

Ce projet vise à moderniser les outils comptables et financiers en tenant compte de l'entreprise unique qu'est la CANSSM depuis le décret du 30 Aout 2011. Il est en effet nécessaire de remplacer à la fois le logiciel actuel qui est de facture assez ancienne et dont certaines fonctionnalités importantes (comptabilité analytique) sont pauvres ou présentent des dysfonctionnements (module immos). En terme organisationnel, l'objectif recherché sera de mettre en place des modes de fonctionnement homogènes et standardisés ainsi qu'une gestion commune, partagée et harmonisée des différents référentiels (plans de comptes, tiers, marchés, …). Les différents processus métiers associés seront ainsi révisés et unifiés.

2- Le maintien en condition opérationnelle

Mise en œuvre des nouvelles versions de logiciel répondant aux évolutions réglementaires. Il s'agit aussi d'assumer des fonctions de formation, de support et d'assistance des utilisateurs. Il peut inclure également les actions d'accompagnement des réorganisations internes à la CAN ayant un impact sur le système d'information financier (fusion de bases par exemple)

POUR LES RESSOURCES HUMAINES

1- La migration du logiciel de paye

Mettre en œuvre la nouvelle version E5 de Pléiades avec tous les apports liés à la technologie WEB en termes de souplesse d'utilisation, d'ergonomie et de fonctionnalités nouvelles.
Cette évolution est rendue nécessaire à court terme compte tenu de la limitation technique de la version actuelle dite Client/serveur qui ne permettra bientôt plus de faire évoluer le réglementaire. Au terme de cette migration, il n'y aura plus qu'une seule base au lieu de 7 aujourd'hui pour la gestion des dossiers du personnel, la paye et la GPEC tout en permettant par paramétrage des découpages régionaux et/ou fonctionnels.

2- La mise en œuvre d'un nouveau progiciel de formation

Mettre en œuvre le module Formations de Pléiades.

3- La généralisation du module workflow de gestion des absences

Généraliser à l'ensemble des CARMI le module de gestion dématérialisée des absences qui permet aux agents au travers d'un workflow de gérer les différentes demandes d'absence.

4- La généralisation du module de planification des ressources

Déployer le module de planification des ressources qui permet de gérer le planning des soignants dans les établissements. Ce module est corrélé au module de gestion des temps de Pleiades. Un seul site pilote est équipé à ce jour.

5- Le maintien en condition opérationnelle des logiciels RH

Paramétrer le logiciel RH pour prendre en compte l'ensemble des évolutions réglementaires relatives à la paye, aux déclarations sociales et à la gestion des temps pour l'ensemble des conventions collectives ou accords gérés par la CAN. Il s'agit aussi d'assumer des fonctions de formation, de support et d'assistance des utilisateurs. Il peut inclure également les actions d'accompagnement des réorganisations internes à la CAN ayant un impact sur le système d'information RH (fusion de bases par exemple)

POUR LA COMMUNICATION ET LA SECURITE INFORMATIQUE

1- La refonte des sites internet et intranet

Moderniser et harmoniser les sites en relation avec l'évolution de l'activité de la CANSSM.

2- La gestion des habilitations et des accès

Adapter, simplifier et optimiser l'architecture technique de la gestion des habilitations et des accès en tenant compte de l'évolution du système d'information.

3- La mise en place d'un référentiel des structures

Mettre en place un référentiel unique et partagé entre les différents acteurs techniques et métier des structures géographiques, des composants techniques implantés, des agents y travaillant, des biens dont ils disposent.

POUR LE PILOTAGE DES ACTIVITES

1- Le développement des outils décisionnels

Renforcer pour les différents métiers les outils de suivi et de gestion de l'activité et de produire pour la direction générale les tableaux de bord de pilotage adaptés à l'évolution des activités.

2- La gestion électronique des documents

La mutualisation ou la répartition de certaines activités quel que soit le domaine entre des sites géographiquement éclatés nécessite de mettre en place un outil de Gestion Electronique de documents de manière à diminuer la circulation des documents papier et à fiabiliser leur gestion et leur archivage.

POUR L'INFRASTRUCTURE DE PRODUCTION INFORMATIQUE

L'architecture du système d'information est essentiellement basée sur des logiciels exploités dans le centre de production informatique de Metz. Il est donc nécessaire de maintenir et de faire évoluer en permanence les différents composants techniques de ce centre en fonction des évolutions technologiques et des normes et bonnes pratiques en termes de pilotage et de sécurité.
Les projets identifiés à ce stade sont :

1- **L'agrément hébergeur de santé**

Compte tenu de la nature des données gérées et de la potentialité d'ouverture du système d'information (dossier médico-social partagé, partenariat ….), il sera étudié l'obtention de l'agrément d'hébergeur de santé du centre de production en sachant que les mises aux normes techniques ont largement déjà été réalisées. Ce projet se traduira entre autre par une mise à niveau des différentes procédures de gestion et par un renforcement du pilotage de l'architecture applicative et technique.

2- **Le développement de la TOIP**

Finaliser le déploiement de la Téléphonie sur IP, qui apporte plus de services pour un coût moindre dans les régions non équipées à ce jour.

3- **Le maintien en condition opérationnelle**

Maintenir et faire évoluer en permanence les différents composants techniques (matériels et logiciels techniques) du centre de production et des réseaux locaux en fonction des évolutions technologiques et des exigences des applications métier.