Convention d'Objectifs et de Gestion
Etat - CANSSM
2014 - 2017

Rapport du Directeur Général au
Comité de Suivi de la COG
19 Avril 2016

Préambule

La Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'Etat et la CANSSM, votée par le Conseil d'administration de la CANSSM le 10 juillet 2014, a été signée le 22 juillet 2014.

Elle trace la stratégie d'évolution du régime minier jusqu'en 2017, en fixe les orientations et précise les engagements réciproques souscrits entre l'Etat et la CANSSM.

Son socle inconditionnel : les droits des mineurs seront maintenus jusqu'au dernier des affiliés, respectés et financés, quelles que soient les évolutions de structure que le régime sera amené à conduire.

La contrepartie : la plus grande rigueur dans la gestion des fonds confiés et la recherche d'un équilibre financier durable pour les structures sanitaires et les services.

Les négociations entre l'Etat et la CANSSM ont été menées sur ces bases et ont abouti à la définition de deux ambitions stratégiques comportant chacune deux grands axes :

AMBITION 1 **Rénover, adapter et mettre en valeur l'offre de santé du régime minier dans une logique de territoires, de santé publique et de performance économique**

- Axe 1 - Définir une stratégie nationale de modernisation de l'offre médicale et médico-sociale
- Axe 2 - S'engager dans une trajectoire énergique de retour à l'équilibre de l'offre de santé

AMBITION 2 **Poursuivre et maîtriser la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière et renforcer l'efficience de la gestion interne**

- Axe 1 - Poursuivre la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière en conservant la maîtrise et en garantissant la qualité
- Axe 2 - Adapter l'organisation du régime à ses nouveaux enjeux et renforcer sa gestion interne.

§§§

A mi-chemin de la COG, ce rapport d'exécution présente à Mesdames et Messieurs les membres du Comité de Suivi, après un bref rappel des objectifs et actions prévus par la COG, les moyens déployés par le Régime Minier pour y répondre. Ce rapport comporte quatre parties reprenant les quatre axes et ambitions de la COG. Le parti pris a été d'illustrer par des exemples les actions entreprises plutôt que de rechercher l'exhaustivité d'informations par ailleurs disponibles dans les dossiers présentés aux instances ou les rapports d'activité.

§§§

SOMMAIRE

AMBITION 1 : Rénover, adapter et mettre en valeur l'offre de santé du régime minier dans une logique de territoires, de santé publique et de performance économique

- **Axe 1** - **Définir une stratégie nationale de modernisation de l'offre médicale et médico-sociale -** *Les objectifs et actions prévus par la Cog* page 4

- **Axe 1** - **Définir une stratégie nationale de modernisation de l'offre médicale et médico-sociale -** *Les moyens déployés/ Les résultats* page 6
  - ✓ La stratégie médicale nationale page 7
  - ✓ L'offre de la CANSSM évolue et s'adapte aux besoins page 8
  - ✓ La CANSSM innove dans la prise en charge des personnes âgées page 13
  - ✓ La CANSSM met son offre de soins au service de la prévention page 14
  - ✓ Des partenariats à renforcer page 20

- **Axe 2 - S'engager dans une trajectoire énergique de retour à l'équilibre de l'offre de santé** - *Les objectifs et actions prévus par la Cog* page 21

- **Axe 2 - S'engager dans une trajectoire énergique de retour à l'équilibre de l'offre de santé** - *Les moyens déployés/ Les résultats* page 23
  - Les résultats globaux de l'offre de santé page 24
  - ✓ La CANSSM agit pour améliorer la performance de l'offre de santé page 26

AMBITION 2 : Poursuivre et maîtriser la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière et renforcer l'efficience de la gestion interne

- **Axe 1 - Poursuivre la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière en conservant la maîtrise et en garantissant la qualité -** *Les objectifs et actions prévus par la Cog* page 30

- **Axe 1 - Poursuivre la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière en conservant la maîtrise et en garantissant la qualité** *Les moyens déployés/ Les résultats* page 32

- ✓ La gestion des prestations d'assurance maladie et AT MP a été déléguée au régime général — page 33
- ✓ Le suivi de la garantie de la qualité de service — page 33

➢ **Axe 2 - Adapter l'organisation du régime à ses nouveaux enjeux et renforcer sa gestion interne -** *Les objectifs et actions prévus par la Cog* — page 35

➢ **Axe 2 - Adapter l'organisation du régime à ses nouveaux enjeux et renforcer sa gestion interne -** *Les moyens déployés/ Les résultats* — page 37

La CANSSM adapte sa gouvernance et son organisation — page 38

- ✓ La CANSSM réorganise ses fonctions support pour les mettre au service de l'offre de santé — page 39
- ✓ La CANSSM maîtrise l'évolution de ses budgets — page 40
- ✓ La CANSSM accompagne l'évolution de ses activités — page 40
- ✓ La CANSSM outille et sécurise sa gestion — page 45

Conclusion — page 54

Indicateurs

- ✓ Indicateurs d'objectif — page 55
- ✓ Indicateurs de suivi — page 57

Annexes

- ✓ Répartition et évolutions des ETP : 2013 à 2015 — page 59
- ✓ Budget national de gestion administrative — page 61

AMBITION 1

Rénover, adapter et mettre en valeur l'offre de santé du régime minier dans une logique de territoires, de santé publique et de performance économique

Axe 1

Définir une stratégie nationale de modernisation de l'offre médicale et médico-sociale

LES OBJECTIFS ET ACTIONS PREVUS PAR LA COG

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

- Développer les transferts de compétences et la coordination entre professionnels
- Organiser le repérage de la fragilité chez les personnes âgées
- Favoriser le développement professionnel continu
- Evaluer le fardeau de la prise en charge des maladies chroniques
- Organiser le dépistage de la rétinopathie diabétique
- Développer la maîtrise de stage en accueillant les étudiants en médecine
- Développer la télémédecine
- Déployer sur l'ensemble des centres de santé une démarche d'amélioration continue de la qualité

Agir pour les populations âgées et réduire les inégalités sociales en matière de santé

- Mettre à disposition des populations (âgées, fragiles, isolées, pauvres, précaires, exclues socialement…) les structures de soins du régime minier et travailler en liaison avec les services sociaux, particulièrement le service social de l'ANGDM pour les personnes relevant de son périmètre d'intervention.

Investir sur la prévention

- Elaborer un plan national de prévention et de promotion de la santé

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

- Constituer des équipes pluri-professionnelles, organisées autour du médecin traitant et en articulation avec l'hôpital et les soins spécialisés

Inscrire l'action de l'offre de santé et de soins dans le cadre des complémentarités territoriales

- Elaborer des plans de recomposition de l'offre de santé dans les territoires en concertation avec les conseillers territoriaux et dans le cadre de complémentarités avec les autres acteurs de santé

Développer les partenariats

- Rechercher des synergies et des partenariats avec des organismes proches du régime minier en vue de compléter l'offre de santé à l'échelle des territoires

Renforcer l'attractivité de l'offre de santé pour élargir la patientèle

- Affirmer le positionnement territorial de l'offre de santé par la poursuite de son ouverture (notamment des centres de santé)
- Promouvoir la marque FILIERIS

AMBITION 1

Rénover, adapter et mettre en valeur l'offre de santé du régime minier dans une logique de territoires, de santé publique et de performance économique

Axe 1

Définir une stratégie nationale de modernisation de l'offre médicale et médico-sociale

LES MOYENS DEPLOYES/LES RESULTATS

En synthèse : L'offre de santé de la CANSSM continue à évoluer, en fonction des opportunités offertes dans les bassins d'implantation. Elle est de plus en plus ouverte et près de la moitié des patients des centres sont affiliés à d'autres régimes que le régime minier. Des initiatives ont été prises pour valoriser le potentiel de cette offre de santé dans la construction de parcours de soins attentionnés.

La stratégie médicale nationale

La Stratégie médicale nationale définie par la CANSSM a l'ambition de :

- répondre aux besoins de chaque territoire de santé où Filieris est implanté
- garantir la qualité des prises en charge et fixer les priorités d'action et de développement.

Elle prend en compte :

- Les populations (ouverture à l'ensemble de la population, priorité aux personnes âgées, aux populations fragilisées, personnes handicapées, en perte d'autonomie, personnes non intégrées dans un parcours de soins (migrants, personnes isolées, populations précaires, etc.),
- les pathologies (cancers, diabète, asthme, etc.)
- Les territoires (la logique de territoire est priorisée en lien avec les ARS en vue de contribuer à répondre aux besoins de santé des zones sous-médicalisées et isolées où FILIERIS est implanté).

Les 10 objectifs de la stratégie médicale nationale

1) Développer la télémédecine pour répondre aux problèmes de Santé Publique
2) Améliorer les processus de coordination entre professionnels par un usage structurant du logiciel métier alimentant le dossier médical partagé
3) Connaître l'état de santé et les pathologies présentées par les populations suivies en Centres de Santé Polyvalents
4) Offrir aux personnes âgées un dépistage de la fragilité suivi de prises en charge adaptées
5) Proposer aux populations jeunes et/ou précarisées un repérage des problèmes de santé mentale et d'addiction
6) Développer les actions d'Education Thérapeutique du Patient en lien avec le milieu libéral et le Régime Général d'Assurance Maladie
7) Favoriser la formation continue dans le cadre du DPC en intégrant les besoins de formation spécifiques liés aux objectifs de la stratégie médicale nationale
8) S'engager auprès des Agences Régionales de Santé à accueillir les étudiants en développant la Maîtrise de Stage
9) Evaluer le fardeau de la prise en charge des maladies chroniques – notamment la maladie d'Alzheimer – par les aidants
10) Déployer sur l'ensemble du réseau des centres de santé polyvalents une démarche d'amélioration continue de la qualité avec labellisation à la clef.

Ces objectifs ont constitué la trame de l'action du régime, même s'ils n'ont pas, à mi COG, tous donné lieu à une traduction opérationnelle.

La suite du rapport donne plusieurs exemples de projets menés pour leur réalisation.

L'offre de la CANSSM évolue et s'adapte aux besoins

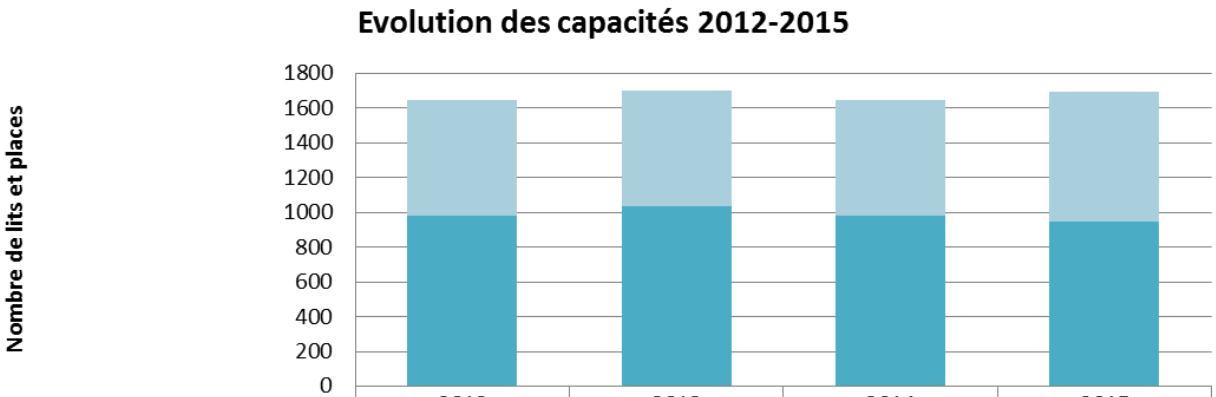
L'évolution de l'offre de santé

L'évolution de la capacité des établissements sanitaires et médico-sociaux

D'une capacité de 1 702 lits et places fin 2012, les établissements FILIERIS disposaient au 31 décembre 2015 de 1 694 lits et places, soit globalement une quasi stabilité.

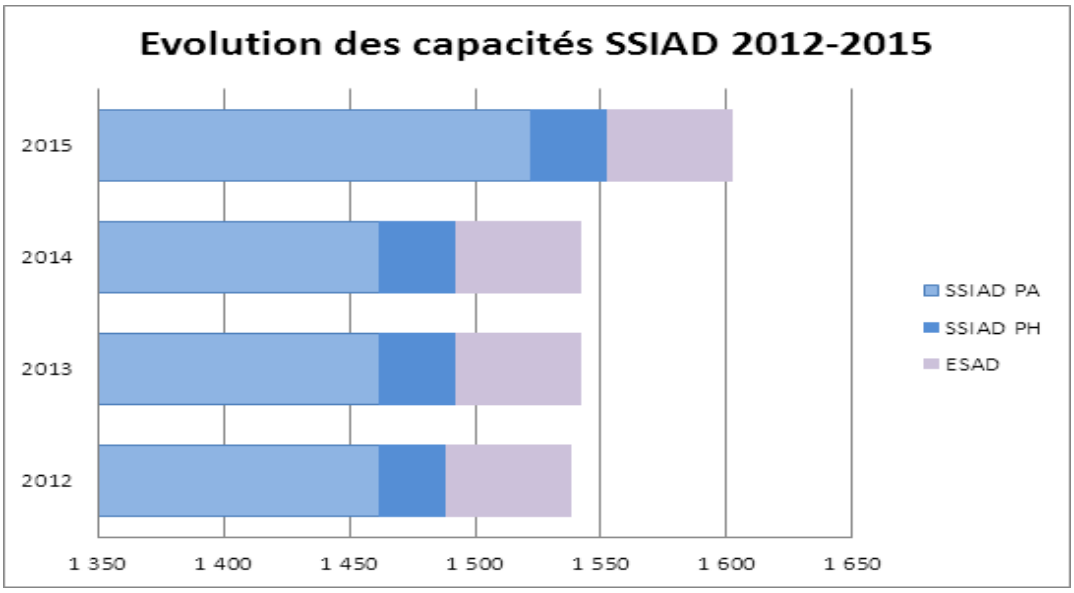
Dans le secteur sanitaire, la restructuration de l'Hôpital de Freyming-Merlebach et du Pôle Gérontologique de Creutzwald, dans le cadre du Projet Médical Moselle Est, explique à titre principal l'évolution à la baisse des capacités.

Dans le même temps, la capacité des établissements médico-sociaux a augmenté avec l'ouverture, en 2015, d'un nouvel EHPAD dans le Tarn, l'EHPAD de Pampelonne, d'une capacité de 82 lits et places.



	2012	2013	2014	2015
Etablissements médico-sociaux	666	664	666	748
Etablissements sanitaires	979	1038	981	946

FILIERIS dispose également de 16 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de 2 services d'aide à domicile. D'une capacité globale de 1 540 places en 2012, les SSIAD disposaient fin 2015 de 1 602 places.



L'évolution de l'offre ambulatoire

L'offre ambulatoire au 31/12/2012

- 155 centres de santé (gestions budgétaires) dont :
  - 135 centres de santé polyvalents,
  - 20 centres de santé dentaire
- 57 pharmacies
- 2 laboratoires d'analyses médicales
- 2 laboratoires de prothèses dentaires
- 13 cabinets d'optique
- 3 services de transports sanitaires

L'offre ambulatoire au 31/12/2015

- 142 centres de santé (gestions budgétaires) dont :
  - 125 centres de santé polyvalents
  - 17 centres de santé dentaire
- 50 pharmacies
- 2 laboratoires d'analyses médicales
- 2 laboratoires de prothèses dentaires
- 12 cabinets d'optique (y compris le cabinet de Montceau-les-Mines fermé le 31.12.2015)
- 2 services de transports sanitaires

Une offre qui s'adapte

Les plans de recomposition des centres de santé

Conformément aux objectifs fixés par la COG, la réflexion a été engagée par les CARMI au cours du 1er trimestre 2015 (soit avant la conclusion des négociations du nouvel accord national des centres de santé) autour de la modernisation, de l'adaptation et de la rénovation des centres de santé médicaux, polyvalents, dentaires et infirmiers implantés dans les territoires.

Les objectifs

- **Améliorer le service rendu** à la population des bassins de vie miniers dans lesquels le réseau FILIERIS est implanté.
- **Améliorer la performance économique** globale des centres de santé.
- **Inscrire l'action des centres de santé FILIERIS dans la structuration des soins de proximité** avec pour ambition de mettre en place les conditions pour :
  - accroître l'ouverture des structures aux populations non minières,
  - améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge des patients,
  - renforcer la prévention et la qualité de la prise en charge des patients grâce à de nouveaux services coordonnés,
  - améliorer le suivi et l'évolution des pathologies chroniques,
  - mettre en place une intervention adéquate des différents acteurs du secteur sanitaire (articulation ville-hôpital) et social (lien avec les structures médico-sociales et les intervenants sociaux) afin d'assurer la continuité des parcours,
  - renforcer l'attractivité des structures pour les professionnels de santé.

Les plans proposés

- **Une évolution territoriale et fonctionnelle des centres de santé**
  - des centres de santé plus importants en taille (exemple Carmi Nord : 5 regroupements),
  - un nombre de points de consultation resserré (exemple Carmi Nord : 31 fermetures d'antennes).

- **Une évolution des implantations qui doit faciliter l'organisation des centres de santé et leur permettre de mieux répondre à leurs missions en santé en :**
  - confortant l'accessibilité des centres de santé,
  - confortant ou stabilisant l'offre de soins de proximité dans les territoires en difficulté.

- **Le cas des centres de santé « de spécialités »**
  Une nouvelle répartition de cette offre est proposée en fonction des besoins territoriaux avec pour objectifs de :
  - recentrer les activités par territoire,
  - mutualiser les ressources en personnel et en locaux pour créer un pôle de santé attractif et diminuer les charges de structure,
  - augmenter les taux de fréquentation,
  - offrir des plages horaires en adéquation avec les besoins de la population de tous les régimes.

Les investissements nécessaires

Le montant total des investissements prévus pour 2016 et 2017 dans le cadre de ces plans est évalué à 22,147 M€, dont 18,881 M€ pour les travaux et 3,265 M€ pour les équipements.

Ces montants comprennent le coût des travaux de mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP).

Les plans de recomposition des centres de santé ont été approuvés par le Conseil d'administration le 8 octobre 2015.

Des établissements ancrés dans leurs territoires de santé : l'exemple de l'Hôpital de FREYMING-MERLEBACH/CREUTZWALD

Le Projet médical de la Moselle-Est (PMME), lancé en janvier 2013, prévoit la recomposition de l'offre de soins hospitalière dans l'Est Mosellan, impliquant tous les acteurs du territoire afin de :

- pérenniser l'offre de soins et répondre aux besoins de la population,
- organiser de façon efficiente les activités de soins au sein de filières de prise en charge graduées.

L'Hôpital de Freyming-Merlebach (HFM) est ainsi devenu le centre de référence d'aval en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) avec un plateau technique adapté et modernisé en activité.

Une première étape a été menée au cours de l'année 2014 avec la réalisation de travaux d'importance permettant d'accueillir l'activité du CRF de FORBACH. Le nouveau PMPR (Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation) a, après huit mois de travaux, ouvert ses portes fin 2014.

Dans le même temps, a été organisé le transfert d'activités médicales sortantes de l'hôpital de Freyming-Merlebach qui ne sont plus en cohérence avec le projet. Le site de Freyming a poursuivi en 2015 la mue engagée avec le départ, au 1er trimestre, de l'ensemble des activités de médecine subsistantes.

A la fin de l'année 2015, étaient installés sur le site de Freyming :

- 98 lits de SSR (dont 20 en provenance de Creutzwald)
- 55 places de SSR de jour

Le 1er avril 2016, l'établissement a accueilli 35 lits d'hospitalisation dont 5 lits identifiés de soins palliatifs et 10 places de jour de SSR, en provenance de l'UGECAM Nord-Est. Cette opération se fera sans transfert de personnel. Elle permettra à l'établissement d'atteindre, aux termes de sa réorganisation, un capacitaire global de 198 lits et places de SSR, auxquels s'ajoutent 60 places autorisées d'HAD.

Par ailleurs, depuis le 1er/1/2016, les deux établissements de Freyming Merlebach et Creutzwald n'en forment plus qu'un.

De nouveaux services et établissements

L'EHPAD de PAMPELONNE

Le 5 janvier 2015, l'EHPAD de Pampelonne a ouvert ses portes.

Ce nouvel établissement, situé à une vingtaine de kilomètres de Carmaux, compte 80 lits et 2 places d'hébergement temporaire. Il est le fruit d'une collaboration entre la mairie de Pampelonne, gestionnaire auparavant d'un foyer-logement, et l'Association AGIR 81 (Association Gérontologique Inter-Régional), porteuse du projet immobilier. La CANSSM, exploitant de l'EHPAD, est locataire.

Le SSIAD de LONGWY

Ce nouveau service, ouvert en novembre 2015, s'inscrit dans une démarche globale de maintien à domicile des personnes âgées.
Il participe au renforcement d'une présence ancienne et forte du réseau FILIERIS qui compte à présent 5 services de ce type dans le bassin ferrifère.

Son ambition est d'agir en complémentarité avec les programmes et structures en place pour une offre de santé globale qui s'inscrit parfaitement dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
Il convient de souligner le caractère innovant de la prise en charge déployée, qui propose par exemple une activité Snoezelen à domicile.

Le SSIAD de Longwy compte aujourd'hui 6 aides-soignantes et, d'ici à quelques mois, il pourra prendre en charge jusqu'à 60 personnes âgées sur le territoire.
Ses locaux abritent également les services administratifs du SSIAD d'Audun-Le-Roman et l'équipe spécialisée Alzheimer.
Y est également installée la cellule du Programme Régional de Réduction des Risques Cardio-vasculaires « Je t'aime mon cœur ».

Ce regroupement des services permet une meilleure coordination et une continuité des soins pour un service global répondant aux attentes des patients.

Le service unique de Matériel Médical FILIERIS

Le Matériel Médical FILIERIS bénéficie depuis le 1er janvier 2016 d'une **gestion unique,** au sein de la CARMI du Nord, qui lui permet désormais de se **développer en tant qu'activité commerciale à part entière auprès de tous les publics (tous régimes de sécurité sociale) sur l'ensemble du bassin minier**.

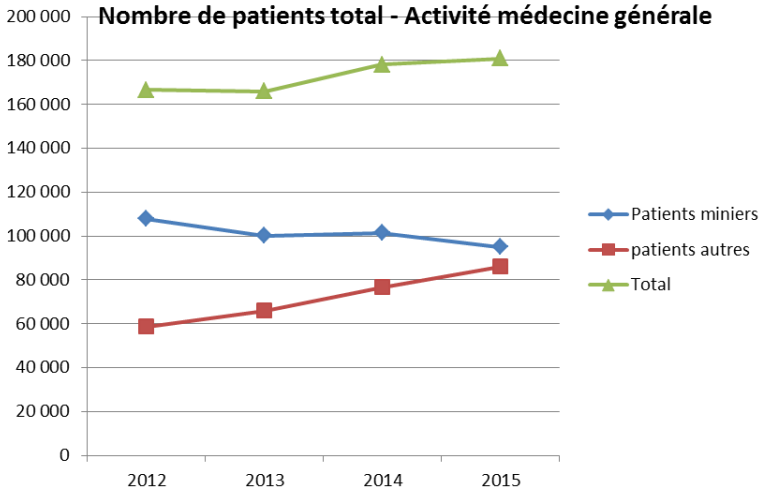
Comme prévu par la Convention d'Objectifs et de Gestion 2014/2017, les activités de vente et location de matériel médical, auparavant réparties sur 4 pharmacies, ont été détachées des officines et sont aujourd'hui gérées dans le cadre d'une gestion spécifique.
Ce service fait à présent l'objet d'une gestion comptable unique, d'une centralisation administrative avec création d'un back office et de la mise en place d'un standard téléphonique, situé au centre de santé d'Oignies.
Il continue son activité sur l'ensemble du bassin minier dans le Nord et dans le Pas de Calais. La centralisation va faciliter le travail en équipe et permettre une optimisation de la gestion des stocks mais elle est sans incidence sur les zones de desserte et le service rendu aux patients.

Une offre de santé de plus en plus ouverte aux affiliés des autres régimes

L'exemple de la médecine générale

Entre 2012 et 2015, le nombre de patients ayant consulté au moins une fois dans l'année est en augmentation de 8,7 % (1,7 % entre 2014 et 2015).
On observe une progression pour les mêmes périodes, respectivement de 46,5 % et de 12,2 % pour les affiliés des autres régimes.

Alors que les patients non miniers représentaient un peu plus du tiers des patients en 2012, ils en représentent près de la moitié en 2015



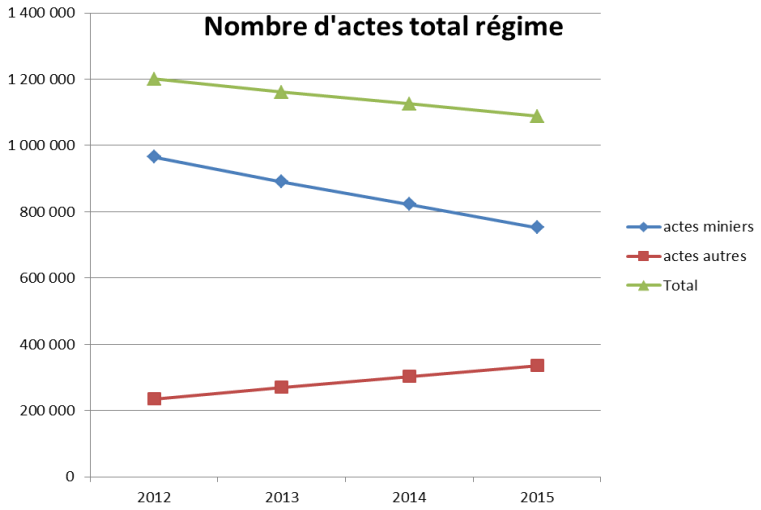
	Patients miniers	patients autres	Total
2012	107 838	58 704	166 542
2013	100 094	65 881	165 975
2014	101 386	76 696	178 082
2015	94 997	86 025	181 022

Taux d'ouverture 2015 : 30,8% en nombre d'actes
47,5% en nombre de patients

Depuis 2012, le taux d'ouverture en nombre de patients est donc en constante augmentation, tout comme le taux d'ouverture en nombre d'actes, ce pour toutes les tranches d'âge.

S'agissant du nombre des actes, on observe cependant une baisse de 9,3 % de 2012 à 2015 et de 3,3 % entre 2014 et 2015 :

- - 22 % concernant les patients miniers depuis 2012 et - 8,5 % entre 2014 et 2015,
- + 42,9 % et + 10,7 % pour les mêmes périodes pour les patients des autres régimes.



	actes miniers	actes autres	Total
2012	965 631	234 757	1 200 388
2013	890 627	269 987	1 160 614
2014	822 546	303 096	1 125 642
2015	752 839	335 435	1 088 274

En synthèse si, entre 2012 et 2015, les patients des autres régimes ont largement compensé la perte démographique de patients miniers, ce n'est pas le cas en nombre d'actes.

La CANSSM innove dans la prise en charge des personnes âgées

Les ressortissants du régime minier ont un âge moyen de 74 ans, avec une proportion de 65 ans et plus de 78 %. Les plus de 60 ans représentent 57,9 % des patients des centres de santé du régime minier. Cette proportion atteint 87% pour les patients miniers.

Dès lors, l'implication du régime minier auprès des personnes âgées est naturelle et constitue l'un des axes de la Stratégie Médicale Nationale précédemment évoquée.

Mieux repérer et prendre en charge la fragilité

Pour les personnes âgées, la fragilité s'évalue dans ses dimensions physique, sociale et cognitive. Elle est corrélée au risque d'institutionnalisation, de déclin fonctionnel et de décès. Le but des actions ciblant la fragilité est d'en faciliter le repérage et la prise en charge pour retarder, ou empêcher, la survenue d'une incapacité génératrice de perte d'autonomie, de consommations de soins, et à terme de décès.

Malgré l'ancienneté de son émergence (années 80), ni sa définition ni ses modes d'évaluation ne font l'objet d'un réel consensus scientifique. Cependant, l'accord est fait sur la nécessité d'un repérage précoce et d'une prise en charge pluri- professionnelle coordonnée, médicale, paramédicale et sociale définissant le parcours de santé de la personne au sein de l'ensemble des dispositifs locaux de santé.

Le régime minier a souhaité constituer un groupe de travail réunissant des experts gériatres et des professionnels des CARMI pour apporter dans la durée les compétences scientifiques et l'expérience de terrain nécessaires à la définition et à la mise en place du cadre d'une action de premier recours visant au repérage puis à l'accompagnement de la fragilité, inscrits dans sa stratégie médicale nationale.

Les travaux de ce groupe ont permis la description des modalités pratiques du repérage, notamment par la structuration d'un examen gériatrique de premier recours (EGPR) pouvant être réalisé en ambulatoire, évitant le recours systématique à des examens spécialisés. Un plan en 4 étapes a été élaboré dans le cadre d'un protocole national modélisé, qui est en cours de test sur 15 sites répartis sur l'ensemble du territoire national afin d'en vérifier la faisabilité et la pertinence. Ce plan d'action a été repris dans le Livre Blanc sur « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles » publié en 2015 sous l'égide de la société française de gériatrie et de gérontologie, auquel la CANSSM a participé. Un outil de recueil d'indicateurs médico-économiques de ces actions a été diffusé aux CARMI en septembre 2015.
Au 31 octobre 2015, 1479 personnes avaient bénéficié d'un repérage, parmi lesquelles 458 ont été repérées comme fragiles.

Par ailleurs, des actions de partenariat ont été menées sous l'égide de l'ARS entre la CARMI Est, le centre universitaire de Nancy et l'INSERM pour l'élaboration et la réalisation d'une expérimentation visant à vérifier « dans la vraie vie » la validité des outils de repérage et d'évaluation, et à apporter les éléments épidémiologiques d'analyse de ces actions. Ces travaux font l'objet de publication en congrès.

Une convention de partenariat a également été établie sur le site de la Loire avec le CHU de St Etienne et une association d'aide à domicile qui assure le suivi des préconisations du plan d'action des personnes fragiles repérées. Les résultats en ont été analysés au sein d'une thèse de médecine générale.

Parallèlement, des formations ont été mises en place sur l'ensemble des territoires pour sensibiliser les personnels au concept de la fragilité et à sa prise en charge sous l'aspect de la bientraitance ; elles concernent à la fois les structures ambulatoires et hospitalières du Régime.
A la fin 2015, 333 personnes avaient bénéficié de cette formation, dont 184 au titre du DPC.

Enfin, la CANSSM a répondu à un appel à témoignage de la HAS sur le repérage et la prise en charge de la fragilité en ambulatoire. Au terme de l'analyse des 39 réponses reçues il apparait que seul FILIERIS propose une action modélisable sur ces points dans le cadre du premier recours. Ces éléments ont été proposés dans la contribution de la France portée par la HAS et la DGOS dans le cadre de la Joint Action européenne sur la fragilité.

Prévenir ou retarder la perte d'autonomie

Des actions ciblées en faveur du « Bien vieillir » sont inscrites au Plan national de prévention et de santé publique dans une logique de parcours personnalisé et de prise en charge pluri-professionnelle coordonnée.

Cette démarche repose notamment sur :

- **L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées**
  Les CARMI se mobilisent chaque année à l'occasion de la journée mondiale de la maladie d'Alzheimer. C'est également le symbole de la convention de partenariat passée en 2010 entre l'Union Nationale des associations France Alzheimer et le régime minier.
  A cette occasion, ***5 actions spécifiques ont été organisées en 2014*** dont 2 par les équipes mobiles spécialisées ALZHEIMER des CARMI du Nord et de l'Est.

- **Des actions en faveur des « aidants »** : alors que les politiques de santé publique s'intéressent de plus en plus à la situation des aidants, ***14 actions spécifiques ont été organisées en 2014*** pour répondre à leurs besoins et aux problématiques liées à leur statut d'aidant. Il s'agit notamment de conférences, de formations, de groupes de paroles, ou encore de séances d'activité physique adaptée pour prévenir les risques liés au fardeau de l'aide quotidienne.
  En outre, une « Maison des aidants », créée en partenariat avec l'ensemble des acteurs territoriaux investis dans l'aide aux aidants est implantée à la CARMI du Sud à la Grand Combe.
  Il s'agit d'un lieu d'accueil, d'écoute, de soutien, d'accompagnement des aidants familiaux et professionnels. Cette structure est reconnue comme une ressource pour l'ensemble des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.

La CANSSM met son offre de soins au service de la prévention

Le plan national de prévention et de santé publique

Le plan national de prévention et de santé publique 2014/2017 est déployé depuis janvier 2015.

Les thématiques nationales prioritaires

Répondre aux défis des maladies chroniques

- Sensibiliser, orienter, et accompagner vers le dépistage organisé des cancers (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus)
- Prévenir, dépister, accompagner les personnes atteintes de diabète et prévenir les complications, notamment avec la mise en place des dépistages de la rétinopathie diabétique et de la DMLA.
- Sensibiliser, dépister, accompagner les personnes sur les facteurs de risque des maladies chroniques, notamment par la mise en place de repérage, dépistage et d'accompagnement des personnes atteintes de BPCO.

Agir en faveur du mieux vieillir

- Repérer et accompagner la fragilité des personnes âgées.
- Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés et leurs aidants.

Développer des actions ciblées

- Renforcer et adapter pour les affiliés miniers,

le suivi post professionnel des maladies liées à l'activité professionnelle.

- Promouvoir la couverture vaccinale.

Une convention entre La CANSSM et la CNAMTS vient d'être signée sur le programme PRADO

La convention a pour objet de définir les modalités techniques, organisationnelles et financières permettant aux assurés et ayants droit affiliés au régime minier de bénéficier du PRADO. Ainsi, la CANSSM s'engage à faciliter l'organisation du retour à domicile des personnes à la suite d'une hospitalisation sur les événements et thématiques des programmes PRADO, consultants au sein de ses centres de santé Filièris. Le programme PRADO est proposé aux assurés de la CANSSM pour les thématiques suivantes : maternité, orthopédie, insuffisance cardiaque et BPCO et celles qui viendraient à terme compléter cette offre de service, dans l'ensemble des établissements dans lesquels ils sont déployés.

Des échanges ont par ailleurs été engagés avec pour objectif la signature d'une convention nationale cadre pour déterminer les axes de partenariat entre les structures de la CNAMTS et la CANSSM en matière de prévention, notamment concernant la participation aux dépistages organisés des cancers et des actions de lutte contre les maladies chroniques.

La mise en oeuvre

Garantir la pertinence, l'efficience et l'unité

- Les services territoriaux déterminent leurs interventions à partir du socle commun de thématiques nationales prioritaires pour être au plus près des préoccupations des populations sur l'ensemble des territoires.
- Des plans locaux de prévention - santé publique sont établis par chaque délégation territoriale, en coordination avec l'échelon national.

Une structuration indispensable de la politique de prévention pour permettre une meilleure visibilité et lisibilité des interventions réalisées.

Un pivot : les médecins des centres de santé FILIERIS

En leur qualité de médecin traitant, ils peuvent proposer un parcours personnalisé en garantissant un accompagnement et une prise en charge interdisciplinaire.

Des actions à caractère individuel ou collectif

- Des actions individuelles réalisées par des professionnels de santé tels que les médecins lors de consultations.
- Des actions collectives par sollicitation des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux et des assistantes sociales.

La garantie de la mise en œuvre d'un parcours de prévention personnalisé

A travers une coordination et une coopération interdisciplinaire, grâce à l'action combinée d'actions à caractère individuel et ou collectif au sein d'une démarche partenariale avec les différents acteurs en santé du territoire.

Le dépistage de la rétinopathie diabétique

Le diabète est actuellement la première cause de cécité acquise de l'adulte. Une action de dépistage doit être réalisée tous les 2 ans chez les diabétiques de moins de 70 ans (HAS). Or, les données produites par le régime général montrent que plus de 40 % des diabétiques ne bénéficient pas de cet examen, notamment en raison des délais d'accès aux consultations d'ophtalmologie. Le but de l'action de la CANSSM est de proposer aux diabétiques non dépistés du bassin d'implantation la réalisation de photographies du fond d'œil, avec lecture différée par un centre de référence, universitaire le plus souvent.

Un travail de repérage des besoins et des opportunités a été réalisé sur 2015, identifiant les sites possibles d'implantation et les modalités de collaboration locales, notamment avec les effecteurs : médecins généralistes, orthoptistes et ophtalmologistes des services universitaires de proximité, en lien avec les autorités de tutelles (ARS). La population cible en fonction de l'âge (< 70 ans) représente moins de 30 % des affiliés miniers. Un effort particulier doit donc être mené pour faire bénéficier de cette action les assurés des autres régimes.

La CARMI du Sud, et tout particulièrement le Centre de Santé de Gardanne, a répondu à un appel à projet de l'ARS PACA portant sur l'amélioration de la coordination des centres de santé. Le projet a été retenu et un rétinographe a été installé.
Le protocole est rédigé, et transposable à d'autres sites, moyennant quelques adaptations aux spécificités locales éventuelles. L'appareil est en place depuis juin 2015.
Malgré la sollicitation des professionnels de santé libéraux et hospitaliers du bassin de Gardanne la montée en charge de l'activité est lente : 76 rétinographies ont été pratiquées au cours du 2° semestre 2015. Or, le modèle prévoit l'atteinte de l'équilibre économique pour un volume d'environ 600 rétinographies annuelles, correspondant aux besoins calculés de la population du bassin.

De même, dans le cadre d'une expérimentation locale, l'ARS du Nord- Pas de Calais-Picardie a fourni en novembre 2015 à la CARMI du Nord un rétinographe. Le projet est en cours de mise en place opérationnelle avec accès à toute la population par adressage des médecins de la Carmi ainsi que des médecins libéraux.

Le travail est engagé sur d'autres sites : la Mûre, St Etienne et Alès mais n'a pas été encore conclusif. Les modalités d'équipement en matériel sont en cours d'étude. Il faut signaler par ailleurs que la CNAMTS s'est lancée dans une expérimentation nationale sur le même sujet. La CANSSM est entrée en contact avec le régime général pour étudier la faisabilité d'un partenariat et éviter les doublons.

La prévention des maladies cardio-vasculaires

Multifactorielles, les maladies cardio-vasculaires ont une fréquence augmentée avec l'âge. Il convient donc de garantir la qualité de vie des personnes atteintes de ces pathologies liées à l'âge par une prévention adaptée, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Démarré en 2010, le programme de réduction des risques cardio-vasculaires (P3RCV) « Je t'aime mon cœur », compte désormais près de 2 200 adhérents répartis sur quatre territoires prioritaires de santé au sein de la région Lorraine.

Ce programme est financé par l'Agence Régionale de Santé de Lorraine et le régime local d'Alsace Moselle. La Caisse de Sécurité Sociale dans les Mines de l'Est (CARMI Est) est promoteur en partenariat avec différents acteurs locaux.

Le programme s'inscrit dans une approche globale des facteurs de risques afin de mettre en place une organisation pérenne permettant de prévenir la survenue des maladies cardio-vasculaires.

Pour ce faire, il s'appuie sur l'offre l'existante, dont le médecin généraliste est le pivot et propose un continuum d'interventions. Cette démarche de promotion de la santé intègre l'évaluation du risque cardio vasculaire globale, par les médecins traitants pour chacun de leurs patients, l'adaptation de la prise en charge non médicalisée par des cellules éducatives composées d'une équipe pluridisciplinaire.

« Je t'aime mon cœur » vise à renforcer la connaissance des facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires que sont le tabac, le stress, l'alimentation et l'activité physique des bénéficiaires afin d'adapter leurs comportements.

Principaux résultats

- **En matière de fonctionnement des cellules éducatives :**

Depuis son lancement, ***le programme a touché près de 2200 adhérents.***

- **En matière de satisfaction des médecins généralistes**
  - Une grille de repérage du risque cardio-vasculaire global est à disposition des médecins généralistes. Elle a été créée et validée par un comité scientifique et les médecins ont été informés lors de soirées de formation.
  - 90 % des médecins pensent que les cellules éducatives sont pertinentes pour leurs patients et 65 % déclarent que le programme permet d'approfondir leur démarche de prévention. Les médecins sont satisfaits de travailler en lien avec les cellules éducatives car ils n'ont pas forcément le temps de prendre une heure par semaine pour faire de l'accompagnement diététique ou sportif. Les cellules éducatives sont alors un relais.

313 médecins, répartis sur les territoires, participent au programme.

- **En termes de notoriété**

Un site Internet www.jetaimemoncoeur.fr, dédié au programme, a été créé.
Construit de façon ludique et attractive, il explique le fonctionnement du programme et c'est également un espace d'information sur les maladies cardio-vasculaires, leurs causes et leurs conséquences, informations qui ont été validées médicalement.
Depuis le début du programme, le site a enregistré près de 20 000 visites.

Le Suivi post-professionnel

Le suivi post-professionnel des personnes ayant été exposées à des substances ou procédés, notamment cancérogènes, de par la nature de leur tâche, est prévu par la réglementation (code du travail, code de la sécurité sociale).

Dans chacune des trois CARMI, des actions de suivi post-professionnel ont été engagées, parfois de longue date, mais les organisations en place sont hétérogènes d'une région à l'autre.

Dans la CARMI du Nord, c'est l'AHNAC qui gère par délégation de la Carmi, le centre d'étude des pneumoconioses et ses prestations réalisées au profit des anciens mineurs. Le protocole en est très complet, selon les modalités promues par un service spécialisé du CHU de Lille.
La CARMI du Sud a réalisé en 2015 une expérience de parcours de suivi post professionnel reposant sur les ressources de proximité de l'offre de santé du régime (cf. ci-dessous)

Un travail de synthèse des différentes modalités de suivi post-professionnel est lancé, avec la volonté de construire dès 2016 une proposition d'action exemplaire capitalisant sur les acquis des trois CARMI et les ressources régionales disponibles.

L'expérimentation en 2015 du « Parcours Suivi Post Professionnel » au sein de centres de santé sur le département du Gard

Dans le cadre du projet d'entreprise et de l'action spécifique identifiée relative au suivi post-professionnel, un groupe de travail a été missionné afin de proposer un plan d'action permettant à l'ensemble des affiliés miniers de bénéficier d'un suivi.
Parmi les propositions formulées par le groupe figurait notamment la mise en place à titre expérimental d'un parcours coordonné où l'offre de soins de premier recours FILIERIS permet aux affiliés atteints de pathologies respiratoires, telles que la pneumoconiose, silicose, BPCO… liées à une exposition professionnelle, d'être pris en charge au sein d'un dispositif de proximité.

Les résultats au 31 décembre 2015

Sur les **453 personnes invitées** par voie postale, **154 ont donné suite**:

- 129 retours positifs,
- 23 retours négatifs,
- 2 personnes ne se sentant pas concernées par cette démarche du fait qu'elles étaient suivies par ailleurs.

108 patients au total se sont présentés dont les dossiers, à l'issue du bilan, ont été transmis pour analyse au Centre de Rééducation Respiratoire de FOLCHERAN.
Au terme de cette expérimentation, il a été mis en évidence que :

- **54** patients sont toujours sans maladie professionnelle,
- **15** patients ont été déclarés sans aggravation de leur maladie professionnelle,
- **9** patients doivent demander la reconnaissance de l'aggravation de leur maladie professionnelle,
- **14** patients doivent être déclarés en maladie professionnelle (nouvelle) dont 1 personne au tableau 91 (BPCO du mineur de charbon),
- **16** patients doivent faire l'objet d'un suivi médical renforcé soit à mettre en œuvre ou à poursuivre :
    - pathologie infectieuse (1)
    - personnes ayant déjà un suivi pneumo (6)
    - personnes à revoir par le médecin traitant (6) et le pneumologue (1)

L'expérimentation « Parcours BPCO »

Cette expérimentation consiste en la mise en place d'un parcours coordonné où l'offre de soins de premier recours FILIERIS permet aux affiliés atteints de pathologies respiratoires, telles que la BPCO, d'être pris en charge au sein d'un dispositif de proximité.
La CARMI du Sud a ainsi organisé un parcours de santé : sensibilisation, repérage, dépistage et prise en charge des personnes atteintes de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).
En 2014 et 2015, la structuration de l'action a nécessité un temps de gestion de projet important tant sur le plan fonctionnel que médical.
Le parcours a été initié sur deux centres de santé (La Grand Combe et Bessèges) depuis le 22 octobre 2015.

La méthodologie

Le repérage est effectué par questionnaire disponible en salle d'attente au centre de santé.
En cas de résultats positifs, des tests sont effectués par l'infirmière et, en cas d'anomalie, le médecin peut orienter rapidement vers une consultation spécialisée avancée au sein des centres de santé et des épreuves fonctionnelles respiratoires.

Un plan d'action concerté (sevrage tabagique, activité physique, alimentation/diététique, kinésithérapie, vaccinations) est ensuite proposé au patient, dont le suivi revient au médecin traitant.
L'intérêt de cette expérimentation réside dans sa modélisation et sa reproductibilité possible sur d'autres territoires. Elle nécessite toutefois que des coopérations internes et externes (médecins spécialistes) soient engagées et formalisées.

Les résultats

A la suite du questionnaire de repérage de l'HAS proposé aux patients fumeurs venant consulter aux centres de santé, 14 patients ont été orientés vers une consultation avancée de pneumologie.
A la suite de ce bilan pneumologique, 3 BPCO ont été diagnostiquées soit 21 % des patients ayant consulté en second recours.

Des partenariats à renforcer

La CANSSM gère une offre de santé dont les caractéristiques sont proches de celles d'autres opérateurs à but non lucratif du secteur de la santé. Ses spécificités - organisme de sécurité sociale, gestionnaire d'un régime spécial, disposant d'une convention collective propre, présent uniquement dans des bassins de soins géographiquement déterminés - en font toutefois un opérateur à part des grandes organisations du secteur. Cette singularité est peut-être aussi une faiblesse dans la défense de ses intérêts et un frein dans l'échange de bonnes pratiques ou la possibilité de pratiquer le parangonnage. Il est nécessaire que la CANSSM noue des partenariats tant à l'échelle nationale que locale.

A l'échelon national

La CANSSM est membre du RNOGCS. Elle a participé à ce titre à la négociation de l'accord national des centres de santé signé le 10 juillet 2015 avec la CNAMTS. Pour l'application de l'accord, elle est membre des commissions paritaires nationales et régionales là où elle est présente.

Un protocole d'accord avec la fédération nationale de la mutualité française a été signé le 20 mars 2008, mais son contenu mériterait d'être actualisé. La FNMF est également membre du RNOGCS. CANSSM et FNMF sont par ailleurs toutes deux membres de l'Union européenne des pharmacies sociales.

Le partenariat avec le groupe Ugecam est peu développé alors qu'il semble naturel eu égard à la nature des opérateurs.

Il n'existe pas par ailleurs de partenariat avec la Fehap, principale fédération du secteur non lucratif.

A l'échelon régional

Le partenariat le plus développé, et l'un des plus essentiels, est celui noué avec l'AHNAC. Une convention cadre est envisagée ; surtout, des réunions régulières ont lieu en vue de l'approfondissement des coopérations dans plusieurs domaines d'intérêt commun : prestations d'analyses médicales, coordination médico-sociale entre médecins traitants, établissements et assistantes sociales, suivi post professionnel etc..

Le partenariat noué avec les UGECAM a abouti au transfert de gestion à l'Ugecam d'Alsace / Bourgogne Franche Comté de l'établissement de Liebfrauenthal et, dans le cadre du Plan médical Moselle Est, au transfert de 45 lits et places de l'Ugecam de Lorraine (site de Longeville Saint Avold) à l'Hôpital de Freyming Merlebach.

De façon générale, les établissements et services de la CANSSM sont à l'échelon local, engagés dans de multiples partenariats et coopérations essentielles pour le maintien de la bonne organisation de l'offre.

AMBITION 1

Rénover, adapter et mettre en valeur l'offre de santé du régime minier dans une logique de territoires, de santé publique et de performance économique

Axe 2

S'engager dans une trajectoire énergique de retour à l'équilibre de l'offre de santé

LES OBJECTIFS ET ACTIONS PREVUS PAR LA COG

L'offre ambulatoire

Améliorer le modèle économique des centres de santé et moderniser leur gestion

- Reconfigurer l'offre pour répondre aux enjeux de proximité, de qualité et d'efficience
- Intégrer les dispositions du nouvel accord national des centres de santé en vue de bénéficier de manière optimale des financements qu'il prévoit (objectif post-COG)
- Bâtir un modèle économique et mettre en place des tableaux de bord de suivi

Recomposer l'offre commerciale

- Elaborer et mettre en œuvre un plan « Pharmacies »
- Engager le processus de fermeture des activités commerciales déficitaires

Les services à la personne

Mettre en place une organisation unifiée et mutualisée s'inscrivant dans le développement d'alternatives à l'hospitalisation et optimiser sa gestion

- Diversifier l'activité en proposant de nouveaux services aux usagers
- Développer les partenariats
- Développer la coordination SAAD/SSIAD dans une dimension SPASAD
- Engager une stratégie de retour à l'équilibre

Les établissements sanitaires et médico-sociaux

Améliorer la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux et des services d'aide à la personne

- Engager, pour les structures déficitaires, une stratégie de retour à l'équilibre via :
  - l'ancrage des établissements de santé dans les territoires de santé, en les inscrivant pleinement dans les projets régionaux de santé
  - 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, 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,
  - un plan d'humanisation et de restructuration des établissements
  - et le cas échéant, des contrats de performance avec les ARS

AMBITION 1

Rénover, adapter et mettre en valeur l'offre de santé du régime minier dans une logique de territoires, de santé publique et de performance économique

Axe 2

S'engager dans une trajectoire énergique de retour à l'équilibre de l'offre de santé

LES MOYENS DEPLOYES/LES RESULTATS

En synthèse : La performance économique s'est globalement améliorée. Les résultats sont toutefois contrastés en fonction des secteurs. Ils appellent la poursuite d'une mobilisation forte de l'institution, dans un contexte d'évolutions importantes des modes de financement de l'offre de santé.

Les résultats globaux de l'offre de santé

L'offre ambulatoire

Le déficit global de l'offre ambulatoire s'établit en 2015 à -20,918 M€ contre -20,778 M€ en 2012, -19,312 M€ en 2013, -18,161 M€ en 2014, soit une évolution de 0,7 % par rapport à 2012.

Dans le détail, le résultat par nature d'activité est le suivant pour les deux derniers exercices :

Activités	2014	2015
Centres de santé	- 21 326 686€	- 23 583 084€
Pharmacies	4 368 066€	2 990 883€
Laboratoires d'analyses médicales	- 526 916€	512 549€
Optique	126 294€	28 923€
Ambulances	- 280 443€	- 416 798€
Laboratoires de prothèses dentaires	- 250 577€	- 201 317€

L'évolution du résultat des centres de santé en 2015, à rebours de l'amélioration observée en 2013 et 2014, tient principalement à une moins-value exceptionnelle de recettes (annulation d'un produit à recevoir de 2,7 M€) au titre d'exercices antérieurs.

Pour les pharmacies, le résultat 2015 s'inscrit dans la tendance à la baisse constatée depuis 2011 et est directement corrélé à la forte baisse du chiffre d'affaires observée depuis cette date (- 12,8% sur le seul exercice 2015).

Au regard des objectifs de la COG, les constats suivants peuvent être faits :

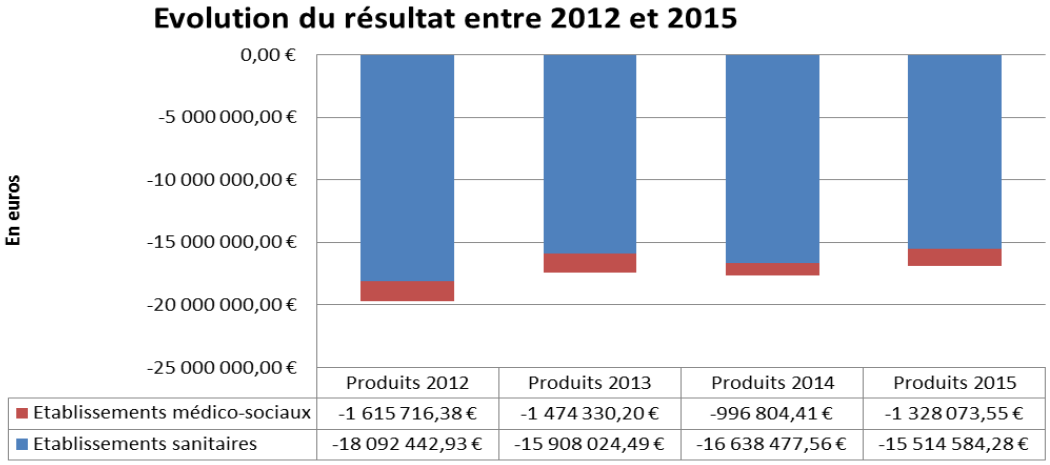
- pour les centres de santé médicaux (hors spécialités), infirmiers et dentaires, l'objectif était pour 2015 une réduction de 30% par rapport au déficit de 2012.
  Le résultat est un déficit en réduction de 22,8%. La cible aurait été atteinte sans la moins-value de recette exceptionnelle évoquée ci-dessus.
- pour les centres d'optique, les activités de transport et celles de prothèse dentaire, l'objectif était l'équilibre.
  Il n'est atteint que pour l'activité d'optique. La COG prévoit l'arrêt des activités en situation de déficit fin 2015.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux

Le résultat comptable global des établissements sanitaires et médico-sociaux FILIERIS (foyers-logements inclus) s'établit à – 16,84 millions d'euros en 2015, soit une baisse du déficit de 4,5% par rapport à 2014 et 14,5% par rapport à 2012, année de référence de la COG.

On observe :

- une baisse du déficit des établissements sanitaires de 6,8%,
- une augmentation du déficit des établissements médico-sociaux de 33,23%, qui s'explique pour l'essentiel par le déficit constaté en année d'ouverture pour l'EHPAD de Pampelonne.



	Produits 2012	Produits 2013	Produits 2014	Produits 2015
Etablissements médico-sociaux	-1 615 716,38 €	-1 474 330,20 €	-996 804,41 €	-1 328 073,55 €
Etablissements sanitaires	-18 092 442,93 €	-15 908 024,49 €	-16 638 477,56 €	-15 514 584,28 €

Les résultats par rapport aux objectifs fixés par la COG

La COG fixe trois objectifs (année de référence : 2012)

- un premier pour l'Hôpital de Freyming-Merlebach,
- un deuxième pour la Polyclinique Sainte Barbe
- un troisième pour le reste des établissements.

Les deux premiers sont atteints, le troisième ne l'est pas, quasi exclusivement du fait de la situation des établissements de Creutzwald et Charleville-sous-bois.

	Résultat 2012	2015		
		Cible COG 2014-2017 : Evolution du résultat 2015 par rapport au résultat 2012	Résultat 2015	Evolution Résultat 2012/2015
Etablissements sanitaires	-18 092 442,93 €		-15 514 584,28 €	-14%
dont PHG	-498 081,73 €		-683 277,13 €	37%
Etablissements médico-sociaux	-1 615 716,38 €		-1 328 073,55 €	-18%
dont PHG	1 622,93 €		-13 106,41 €	-908%
dont EHPAD de Pampelonne			-248 144,05 €	ns
dont Foyers-Logements	-814 135,46 €		-600 281,14 €	-26%
Baisse du déficit des établissements (hors HFM,PSB, EHPAD de PAMPELONNE)	-5 565 269,99 €	-45%	-4 889 866,35 €	-12%
Baisse du déficit de l'établissement HFM	-12 156 789,43 €	14%	-11 061 928,59 €	-9%
Baisse du déficit de l'établissement PSB	-1 986 099,89 €	-45%	-642 718,84 €	-68%

La situation de l'hôpital de Freyming Merlebach reste très dégradée. Le déficit égale 51,3% des produits en 2015 ; le déficit représente 65,7% du déficit global des établissements sanitaires et médico sociaux. Ce constat appelle une réduction des sureffectifs en personnels non soignants.

Les services

Pour les SSIAD, le résultat 2015 s'élève à +1 045 179€. L'objectif de la COG d'une activité en équilibre est donc atteint.

S'agissant des services d'aides à domicile, **le déficit s'élève à - 1 084 528 M€ en 2015** contre - 1 026 724 M€ en 2014, soit une augmentation de +5,6%.
Ce résultat est contrasté selon les sites :

- pour le SPASAD du Nord : -160 K€ en 2015 contre -422 K € en 2014, soit une amélioration de 62%,
- pour le SAAD de l'Est : - 924 K€ en 2015 contre -604 K€ en 2014, soit une aggravation du déficit de 53%.

La CANSSM agit pour améliorer la performance de l'offre de santé

Centres de santé : l'impact du nouvel accord national des centres de santé

L'accord national des centres de santé signé le 8 juillet 2015 modifie très sensiblement l'environnement de ces centres. Il comporte à la fois des risques et des opportunités quant à l'organisation et aux pratiques professionnelles.

Il prévoit :

- une nouvelle rémunération forfaitaire spécifique aux centres de santé adaptée à leurs spécificités en termes d'accessibilité, d'organisation et de coordination des soins. Ces dispositions répliquent et adaptent celles existantes pour l'exercice en maison de santé pluri-professionnelle.
- la transposition aux centres de santé des dispositions conventionnelles applicables aux professionnels de santé libéraux en matière de performance et d'efficience.
    - rémunérations forfaitaires et majorations ouvertes dans le cadre du parcours de soins coordonné,
    - majoration pour personnes âgées de plus de 80 ans,
    - contrats incitatifs destinés à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé médicaux ou polyvalents, infirmiers et dentaires en zone déficitaire ;
- une option conventionnelle dentaire, le Contrat d'Accès aux Soins Dentaires (CASD)

Afin d'accompagner les CARMI dans la mise en œuvre optimale de l'accord, une mesure de son impact financier sur l'ensemble des centres de santé du régime minier a été menée fin 2015.

Au total, l'on estime que 63% des centres seraient perdants à isopérimètre. Les centres perdants sont principalement implantés dans les régions Nord et Est.
Le motif principal de la perte de recettes est l'impossibilité pour ces centres, trop petits, d'atteindre la condition minimale de 8 heures d'ouverture quotidienne pour prétendre aux financements spécifiques aux centres de santé.

Les axes d'amélioration et les actions

Trois axes d'améliorations ont été dégagés qui doivent permettre d'optimiser les financements et sont à mettre impérativement en place :

1) l'accessibilité du centre (8H d'ouverture, un coordonnateur et des plages sans RDV),
2) la mise en place du travail en équipe et des protocoles pluri-professionnels,
3) l'accueil de 2 stagiaires par centre.

Ces axes d'amélioration donnent actuellement lieu à l'élaboration de plans d'actions régionaux par les CARMI.

Focus sur quelques actions phares

Le modèle médico-économique des centres de santé
Les travaux de la CARMI Sud sur les Unités Fonctionnelles de Territoires

Une réflexion s'est engagée sur l'organisation des centres de santé, dans le triple objectif :

- d'améliorer le service rendu à la population,
- d'augmenter la satisfaction des professionnels de santé,
- d'accroître l'efficacité économique.

Cette réflexion a abouti à proposer d'organiser les centres de santé **en Unités Fonctionnelles de Territoires (UFT)**, consistant en un regroupement fonctionnel et une mutualisation des ressources pour un ensemble de centres de santé se trouvant dans un rayon d'action permettant à tout patient de se rendre dans un autre CDS que celui qu'il fréquente habituellement (centres distants d'une dizaine de km ou nécessitant une quinzaine de minutes en voiture pour s'y rendre).

La zone territoriale couverte forme une seule et même unité géographique fonctionnelle : elle doit apporter une plus-value en termes de réponse aux patients, d'amélioration du service et de prise en charge continue et coordonnée sur un territoire donné (accès BDD, partage des carnets de rendez-vous, travail en équipe, etc.).

Cette organisation suppose de nommer :

- des responsables administratifs d'UFT,
- un conseiller et coordonnateur de l'activité des professionnels de santé exerçant en centre de santé,
- un responsable (référent) médico-administratif par centre de santé ou a minima par UFT.

L'accord a été donné pour une expérimentation de cette organisation dans le courant du premier semestre 2016 par la CARMI Sud.

La démarche d'amélioration continue de la qualité dans les centres de santé

Toujours en cohérence avec l'accord national des centres de santé et la COG, l'action « développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans les centres de santé » prévoit l'expérimentation d'une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de deux centres de santé pilotes (Méricourt et Carmaux) en vue d'une certification AFNOR.

La démarche est en cours sur les sites pilotes retenus dans l'objectif d'une certification en juin 2016 pour le site de Méricourt et novembre/décembre 2017 pour le site de Carmaux.
Par ailleurs, des travaux sont actuellement mis en œuvre pour atteindre dans tous les centres de santé les objectifs qualité prescrits par l'accord national des centres de santé.

Les établissements de santé

La démarche des plans de retour à l'équilibre

Compte tenu de la persistance de déficits importants, il a été demandé aux établissements déficitaires de s'engager dans des plans de retour à l'équilibre (PRE) internes à l'entreprise.
La démarche a pour objectif de rechercher de façon systématique les potentiels d'économies ou de valorisation des recettes pour chaque établissement. Elle s'inscrit également dans la perspective d'une préparation à la mise en place de la T2A dans le secteur SSR.

Ce travail fait ressortir des problématiques transversales qui sont autant de leviers d'actions mais également des capacités variables de réduction des déficits selon les établissements :

- **L'action sur les ressources**

L'action sur les ressources passe notamment par :

- une amélioration des taux d'occupation,
- une optimisation de la Durée Moyenne de Séjour (DMS),
- une action sur la tarification chambres individuelles et autres prestations**,**
- pour les établissements médico-sociaux, une action sur les tarifs d'hébergement.

- **Les actions sur les dépenses**

L'action sur les dépenses porte sur deux axes :

- **la maîtrise des charges salariales,** notamment par :
  - la maîtrise des ratios effectifs soignants/lits (taux moyen affiché de 0,57) ;
  - la maîtrise des remplacements du personnel soignant ;
  - la diminution des personnels sous contrat à durée déterminée.

- **La maîtrise des dépenses de fonctionnement**, notamment sur :
  - les achats,
  - la mise en place systématique de PUI dans les établissements SSR qui en sont dépourvus,
  - le poste "analyse médicale " (coût d'achat du B),
  - la diminution des créances douteuses et provisionnées.

Dans la région Nord Pas de Calais, un audit a été conduit, par le cabinet Kurt Salmon, avec le soutien de l'ARS. Les préconisations de cet audit ont été mises en place et les résultats ont dépassé les gains anticipés (baisse du déficit de 48% entre 2012 et 2015).

En région Lorraine, la situation de l'hôpital de Freyming Merlebach/ Creutzwald fait l'objet d'un suivi régulier avec l'ARS dans le cadre du Projet Médical Moselle Est.

L'offre commerciale

Le plan « Pharmacies »

- **Le contexte**

Depuis 2011, le chiffre d'affaires des pharmacies recule de 10% à 15% chaque année (-12,8% en 2015). Le nombre des officines diminue (57 au 31/12/2014, 50 au 31/12/2015). Le résultat global du secteur, traditionnellement très excédentaire (15,21 millions en 2011), s'est fortement réduit.

Dans ce contexte, une étude approfondie sur l'avenir des pharmacies minières a été lancée en 2015 dans l'objectif d'aboutir avant la fin du premier semestre 2016 à des propositions d'actions donnant aux personnels la visibilité quant à l'évolution de ce secteur lors des prochaines années.

Le secteur de l'aide à domicile

La CANSSM dispose des moyens d'une politique globale d'accompagnement à domicile mais dans un contexte économique complexe

Le réseau FILIERIS dispose de deux structures d'Aide et d'Accompagnement à domicile :

- **le SAAD de la CARMI de l'Est** qui déploie son activité en Lorraine Nord sur trois départements : La Moselle, la Meurthe-et-Moselle et la Meuse
- **le SPASAD de la CARMI du Nord,** service polyvalent d'aide et de soins à domicile regroupé sur une même entité « SSIAD et SAAD » et réalisant ses interventions sur les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Le SPASAD est certifié par l'AFNOR norme « NF Services - Services aux Personnes à Domicile » multi - sites, depuis février 2014.

Ces deux structures médico-sociales sont autorisées et interviennent auprès de publics fragiles (pour l'essentiel des personnes âgées) dans le cadre de travaux ménagers ou d'actes essentiels à la vie financés par l'action sanitaire et sociale des Caisses de Retraite pour les GIR 5 et 6 (bénéficiaires du régime minier) ou par les Conseils Départementaux au titre de l'APA (GIR 1 à 4).

➢ **Caractéristiques et évolution du secteur d'activité**

Globalement, on constate une diminution de l'activité des structures FILIERIS depuis l'exercice 2012 :

- - 16,68% pour l'Est
- - 11.22% pour le Nord

Cette diminution s'explique pour l'essentiel par :

- la baisse des heures réalisées dans le cadre de l'action sociale des caisses de retraite :
  - - 29,18% pour l'Est
  - - 28.14% pour le Nord.
- le non renouvellement de la clientèle. La tendance enregistrée en 2013 et 2014 se poursuit sur l'exercice 2015 avec une baisse de la clientèle minière non renouvelée compte tenu de l'âge des bénéficiaires (nombreux décès, placements en établissements, relais famille définitif). Le nombre de clients est passé pour les 2 structures de 8 875 au 31/12/2014 à 8 136 au 31/12/2015 (- 8.3%)
- le désengagement, depuis le 1er janvier 2014, des régimes de retraites complémentaires « AGIRC » et « ARRCO » dans le financement de la prestation « aide-ménagère » qui a provoqué une baisse très significative de l'activité réalisée au titre de l'Action Sociale du régime minier,
- l'impact des mesures fiscales 2013 sur le montant de la participation horaire des bénéficiaires en GIR 5 ou 6 à compter 1er janvier 2015, qui a amené de nombreux clients à stopper ou réduire les interventions d'aide à domicile. A noter que la décision prise par l'ANGDM relative à la diminution des participations horaires des bénéficiaires (nouveau barème au 1er octobre 2015) devrait permettre toutefois de limiter à terme la perte de clientèle concernant ce financeur.

Les difficultés sont sensiblement plus marquées pour le SAAD de l'Est qui, bien que plus petit, concentre l'essentiel des déficits.
Ces difficultés tiennent en particulier :

- à des tarifs appliqués par les conseils départementaux plus faibles (et qui pour certains départements vont baisser en 2016)
- à une organisation de service qui doit être fortement améliorée.

Les actions engagées portent prioritairement sur ce dernier aspect et sur l'apport à cet égard des systèmes d'information (APOWEB et DOMATEL).

Il faut noter enfin que la CANSSM entend inscrire son offre dans le cadre de la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement et participer aux expérimentations menées dans ce contexte.

AMBITION 2

Poursuivre et maîtriser la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière et renforcer l'efficience de la gestion interne

Axe 1

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

LES OBJECTIFS ET ACTIONS PREVUS PAR LA COG

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

- Transférer les activités et les personnels pour le 1er juillet 2015
- Elaborer un mandat de gestion comportant les engagements réciproques de la CNAMTS et de la CANSSM à soumettre au Conseil d'administration de la CANSSM

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

- Garantir et suivre la qualité des gestions déléguées et transférées

AMBITION 2

Poursuivre et maîtriser la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière et renforcer l'efficience de la gestion interne

Axe 1

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

LES MOYENS DEPLOYES/LES RESULTATS

En synthèse : La délégation de la gestion des prestations d'assurance maladie et AT/MP a été réalisée dans le calendrier et les conditions prévues. Un suivi régulier des activités déléguées ou transférées est réalisé.

La gestion des prestations d'assurance maladie et AT MP a été déléguée au régime général

Le projet MANGA (MANdat de Gestion Assurantiel)

Le projet, dénommé MANGA, a été lancé le 9 avril 2014. Sa conduite a nécessité la mise en place d'un Comité de Coordination, composé de représentants de la CANSSM et de la CNAMTS, chargé de suivre les 12 « chantiers » nécessaires à sa mise en œuvre**.**

Le mandat de gestion a été approuvé par le Conseil d'administration le 25 mars 2015 et signé le 13 mai 2015 par le Directeur général de la CNAMTS et celui de la CANSSM, en présence des représentants des ministères de tutelle et des Présidents de la CNAMTS et de la CANSSM.

Il est entré en application comme prévu le 1er juillet 2015.
Depuis le 1er juillet, les prestations des quelque 136 000 bénéficiaires du régime minier sont traitées par le régime général, tout comme les rentes AT-MP. Eu égard à l'ampleur du projet, la mise en œuvre du mandat de gestion s'est déroulée dans de bonnes conditions de partenariat et de résultat.

Le transfert des salariés

Sur les 119 salariés concernés par le transfert de leurs activités et le droit d'option instauré par l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 :
- **57 ont demandé un transfert** de leur contrat de travail (dont 33 étaient déjà sous référence UCANSS)
- **62 ont opté pour une mise à disposition** (soit 56%).

19 CPAM différentes ont accueilli les intéressés qui ont été affectés sur **30 sites** différents.

Le suivi de la garantie de la qualité de service

Le suivi des gestions déléguées et transférées

Les relations avec la CNAMTS

Un Comité de pilotage mixte CANSSM/CNAMTS se réunit régulièrement pour assurer le suivi du projet, dont la migration de la gestion des AT/MP de l'environnement CANSSM qui a été temporairement mis à disposition de la CNAMTS vers son propre environnement, à échéance de la fin de COG.

Les travaux du Comité de pilotage, et notamment les questions relevant du service rendu aux affiliés du régime minier, sont présentés aux administrateurs de la CANSSM à l'occasion des réunions de la Commission de gestion. Il faut noter une collaboration étroite dans le cadre de la démarche de certification (cf ci-après).

Les relations avec l'ANGDM et la CDC

L'ANGDM comme la CDC, en leur qualité de partenaires des activités assurantielles de la CANSSM, ont activement participé à la mise en œuvre du mandat de gestion. S'agissant de l'ANGDM, une convention de partenariat lie la CNAMTS et l'agence pour garantir la continuité et la fluidité des organisations de travail.

En outre, dans une logique de continuité et de suivi de la qualité du service rendu aux affiliés, la collaboration se poursuit de la manière suivante :

ANGDM

- Réunions bimestrielles de suivi des dossiers communs aux deux institutions
- Mise en place d'un tableau de reporting des activités de l'ANGDM vers la CANSSM
- Bilan annuel de l'ASS présenté au Conseil d'administration

CDC

- Réunions régulières de suivi des dossiers communs
- Elaboration de la COG Retraite des mines pour 2016-2019, laquelle prévoit des engagements précis relatifs à la qualité de service

AMBITION 2

Poursuivre et maîtriser la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière et renforcer l'efficience de la gestion interne

Axe 2

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

LES OBJECTIFS ET ACTIONS PREVUS PAR LA COG

Modifier le décret n°46-2769 du 27 novembre 1946

- Adapter le décret fondateur du régime minier à ses évolutions et aux engagements de la COG

Rénover l'organisation administrative

- Renforcer la gouvernance du régime
- Resserrer le réseau des services territoriaux

La politique attentionnée de gestion des ressources humaines

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

Le renforcement de la gestion interne

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

AMBITION 2

Poursuivre et maîtriser la délégation de la gestion de la sécurité sociale minière et renforcer l'efficience de la gestion interne

Axe 2

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

LES MOYENS DEPLOYES/LES RESULTATS

En synthèse : La CANSSM a réorganisé sa gouvernance et son implantation territoriale. Dans un contexte de diminution importante de ses effectifs, son organisation administrative et ses processus font l'objet d'un travail continu d'amélioration et de sécurisation.

La CANSSM adapte sa gouvernance et son organisation

La modification du décret n°46-2769 du 27 novembre 1946 par le décret n°2015-1117 du 3/9/2015

Le décret du 3 septembre 2015 met à niveau le décret du 27 novembre 1946 au regard des réformes successives du régime et des engagements de la COG tant pour les attributions relevant du Conseil d'administration et du Directeur général de la CANSSM qu'en matière budgétaire.

Il réforme la gouvernance du régime en :

- renforçant la notion d'entreprise unique,
- créant les conseils territoriaux placés auprès des services territoriaux (CARMI) à effet du 1er janvier 2016, avec des attributions adaptées aux compétences de ces derniers.

Il prévoit enfin la mise en place d'un Comité de suivi de la COG.

La rénovation de l'organisation administrative

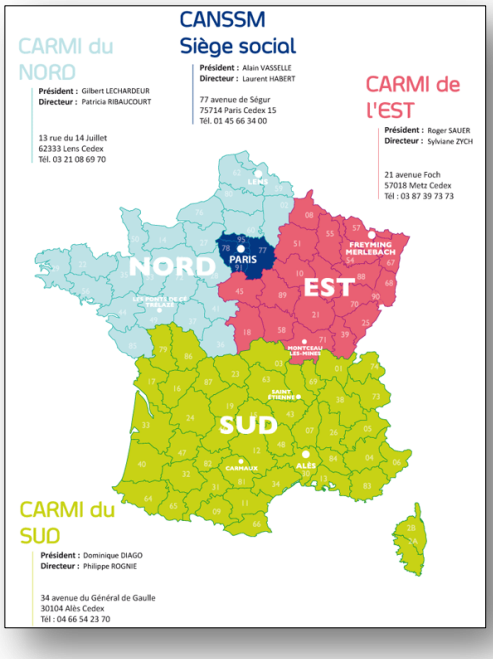
La réorganisation territoriale

Depuis le 1er janvier 2016, 3 services territoriaux issus de la fusion des 6 CARMI sont mis en place.

La CARMI du Nord
Nord Pas de Calais / Picardie à laquelle s'ajoutent les régions Pays de la Loire et Normandie (sites de Trélazé et de Potigny)
Siège : Lens

La CARMI de l'Est
Alsace, Champagne, Ardenne/Lorraine
Bourgogne Franche Comté
Siège : Metz

La CARMI du Sud
Aquitaine/Poitou-Charentes,
Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon,
Rhône-Alpes/Auvergne
Provence Alpes Côte d'Azur
Siège : Alès



La mise en place des conseils territoriaux

Les conseils territoriaux ont été installés par le Directeur général de la CANSSM au cours du mois de janvier 2016.

Leurs missions

Se prononcer sur les orientations en matière d'organisation de l'offre de soins sur leurs territoires respectifs et sur les objectifs en matière de qualité du service rendu aux usagers.

Ils peuvent formuler auprès du conseil d'administration de la CANSSM des recommandations et des avis.

Les Présidents élus

CARMI du Nord : Gilbert LECHARDEUR
CARMI de l'Est : Roger SAUER
CARMI du Sud : Dominique DIAGO

La CANSSM réorganise ses fonctions support pour les mettre au service de l'offre de santé

Parallèlement à l'évolution de l'offre de santé, une réflexion sur l'évolution des fonctions administratives a été engagée.
L'objectif : que l'organisation de ces fonctions soit la plus adaptée et la plus efficiente en support de l'offre de santé et qu'elles puissent être financées à terme par le produit de l'activité de santé.

Plusieurs chantiers ont ainsi été lancés.

Un audit sur les frais « support »

Si l'offre de santé FILIERIS fonctionnait de manière autonome, elle devrait assumer les prestations rendues par des fonctions support dites « classiques » qu'elle utilise aujourd'hui en plus des agents qui lui sont directement affectés.
L'intégration des frais « support » dans les budgets de l'offre de santé du régime répond à un objectif de meilleure gestion des coûts et de rationalisation des compétences. C'est également la recherche d'un nouveau modèle économique des frais de siège.

Un audit et une analyse de ces frais au sein de la CANSSM est mené par le Cabinet DELOITTE.

Les attentes

- Réaliser une identification et une valorisation financière des personnels en ETP travaillant tout à la fois dans l'offre de santé (personnel émargeant dans les budgets des structures de santé et personnel émargeant en Gestion Administrative CAN-Siège et CARMI) et pour l'offre de santé (direction, finances-comptabilité, Ressources humaines, Direction des systèmes d'information, logistique, achats-marché…)
- Proposer un mode de calcul unique et une harmonisation des pratiques en matière de répartition des frais de sièges pour les établissements d'une part, pour l'offre de soins ambulatoire d'autre part, intégrant notamment les charges liées au patrimoine immobilier.

Ces travaux doivent par ailleurs conduire à une réduction progressive du montant des frais de siège et à la poursuite des mutualisations de services engagées.

Des chantiers sont d'ores et déjà en cours dans cette perspective (mutualisation de la paie, des achats, réforme des CARMI, démarche GPEC).

La définition d'une organisation cible des fonctions support à 3 ans

Les travaux actuellement menés doivent s'inscrire dans un schéma d'ensemble permettant de définir une organisation cible des fonctions support à 3 ans. Elle devra notamment permettre de prévoir les mesures de GPEC ainsi que les orientations en matière de systèmes d'information ou autres nécessaires pour l'atteindre.

Cette organisation cible est en cours d'élaboration.

Elle comportera :

- Les principes d'organisation des fonctions support au niveau du siège, des CARMI et des structures de soins elles- mêmes (qui fait quoi ? à quel niveau ?)
- Une évaluation quantitative et, le cas échéant, qualitative (métier, niveau) des effectifs.

Elle doit s'inscrire dans une perspective de recherche de la plus grande efficience possible et donc de réduction globale des effectifs.

La CANSSM maîtrise l'évolution de ses budgets

La COG a défini pour quatre ans les budgets de la CANSSM. Ces budgets ont été respectés. C'est en particulier le cas du budget national de gestion administrative (cf données en annexe), dont la section 1, limitative sur l'essentiel, et correspondant à la gestion administrative stricto sensu, a été exécutée à 91,29% en 2014 et 92,38% en 2015 (82,99% en excluant les reports de l'exercice précédent).

La CANSSM accompagne l'évolution de ses activités

Des effectifs qui évoluent fortement à la baisse

A fin 2015, on constate une baisse des effectifs concernant toutes les catégories professionnelles (entre 4% et 6,7% de baisse par rapport à 2013) mais de façon plus spécifique les services supports (GA-GI) (baisse de presque 10% - *cf. tableau des effectifs en annexe).*
L'on observe notamment de nombreux départs en retraite et préretraite (73 départs pour ces gestions, soit presque 10% des effectifs)

Une politique attentionnée de gestion des Ressources Humaines

Afin d'accompagner cette évolution, de nombreux accords ont été négociés et conclus avec les instances représentatives du personnel depuis 2014 (GPEC, formation professionnelle, mise en œuvre de la délégation de gestion des activités assurantielles, Négociation Annuelle Obligatoire, etc.). Des réunions de négociations sont organisées très régulièrement avec les délégués syndicaux centraux.

Les instances

Le comité central d'entreprise s'est réuni 7 fois en 2014 et 5 fois en 2015. Suite à la réorganisation des Carmi, les instances représentatives seront renouvelées en mai 2016. Un protocole a organisé le fonctionnement des IRP pendant la période transitoire.

Les accords collectifs CANSSM signés depuis 2014

2014

- accord égalité professionnelle femmes-hommes signé le 23/01/2014
- accord fixant les modalités de calcul et de versement de l'indemnité compensatrice d'avantages en nature à caractère viager (article 30 LFSS 2014) signé le 03/04/2014
- accord NAO signé le 18/12/2014

2015

- accord relatif à la mise à œuvre de la mise à disposition des salariés dont les activités sont transférées au sein d'une autre entité juridique signé le 05/02/2015
- accord de mise en place complémentaire santé CANSSM signé le 02/04/2015
- accord GPEC signé le 02/04/2015
- accord NAO signé le 25/06/2015

Formation

- Marchés de formation
  - Signature de la convention UGAP le 23/02/2016, partenariat avec CEGOS sur un grand nombre de thématiques
  - Lancement d'un marché public le 14/03/2016 avec 5 lots :
    - Formation bureautique
    - Formation Informatique
    - Formation pour le personnel médical
    - Formation pour le personnel paramédical
    - Formation sécurité
  - Marché Amiante validé le 08/03/2016, lancement des formations dans le Nord pour respecter notre obligation légale de formation pour le personnel en contact avec l'amiante.

- Le plan de formation
  - Présentation des plans de formation des CARMI aux CE entre fin novembre et début décembre 2015
  - Présentation du plan pluriannuel 2016-2018 au CCE le 23/03/2016
  - Déploiement des plans de formations dans les CARMI et le Siège
  - Suivi des Formations DPC en cours.

- Intranet Formation
  - Développement de fiches sur les dispositifs de formation en cours de validation pour mise en ligne dans l'intranet RM Info.

La GPEC

- Accord relatif à la GPEC au sein de la CANSSM 2014-2017 signé par les DSC le 02/04/2015 après avis favorable du CCE du 24/03/2015.

- Entretiens Professionnels
  - Développement d'un nouveau support de l'EDP en Entretien Professionnel qui correspond à l'évolution légale.

- Lancement de la campagne des EP 2015
  - Pour le siège du 08/10/2015 au 13/11/2015 sous le support en ligne
  - Au national du 05/05/2015 au 30/09/2015 (en deux temps, d'abord sur support papier puis sur support en ligne)

A mi-COG, la stratégie de déploiement de la GPEC reste encore à préciser. Elle doit s'appliquer prioritairement aux situations de mutation / cessation d'activité et aux fonctions support.

La mise en œuvre des dispositions de l'article 30 de la LFSS 2014

- **Le contexte juridique**

Dans le contexte notamment du transfert de la gestion des activités assurantielles à la CNAMTS et par dérogation aux articles L. 1224-1 et L. 1224-3 du code du travail, l'article 30 de la LFSS 2014 prévoit un droit d'option individuel pour les salariés de la CANSSM bénéficiaires, à la date de publication de loi, d'un contrat de travail à durée indéterminée et dont les activités sont transférées vers une autre entité juridique.
Ce droit d'option permet le choix entre :
1) la mise à disposition du nouvel employeur par la CANSSM, dans les conditions prévues aux articles L. 8241-1 et L. 8241-2 du code du travail,
2) le transfert du contrat de travail, dans les conditions prévues au code du travail, avec paiement d'une indemnité compensatrice pour perte d'avantages en nature (ICP).
A défaut d'exercice du droit d'option, le transfert du contrat de travail s'applique dans les conditions citées ci-dessus.

Dans les quinze mois suivant le transfert de l'activité, le salarié dont le contrat a été transféré peut demander à réintégrer les effectifs de la CANSSM, dans les conditions de son précédent contrat et sous réserve, le cas échéant, du remboursement de l'indemnité compensatrice. Dans ce cas, le salarié est mis à disposition du nouvel employeur.

Les modalités d'exercice du droit d'option ont été fixées par le décret n° 2014-1262 du 29/10/2014.

Afin de gérer de façon optimale les dossiers des agents concernés par les transferts d'activité, la CANSSM a mis en place une « Cellule Article 30 » gérée par la CARMI Nord qui a vocation à traiter la situation des intéressés.
Elle est l'interlocuteur unique des agents mis à disposition dans ce cadre : suivi des pointages, des éléments de paie, refacturation auprès des entités utilisatrices.

- **Les mouvements gérés**
  - Le transfert de l'Assurantiel au Régime Général au 01/07/2015 : 119 agents concernés dont 66 au titre d'une mise à disposition (MAD).
  - Le transfert de l'hôpital de Freyming Merlebach en 2 étapes :
    - au 01/09/2015 : Hôpital de Sarreguemines (12 agents dont 5 MAD) et Hospitalor (16 agents dont 15 MAD)
    - au 01/10/2015 : CHIC Unisanté (44 agents dont 26 MAD)
  - Le transfert vers l'UGECAM d'Alsace au 01/01/2016 : 42 agents (11 MAD et 31 transférés)

La mutualisation de la paie

- **Le principe**

L'action « Mutualisation des fonctions supports » de la COG prévoit la mutualisation de la paie.
Elle concerne les salariés et les retraités.

Dans ce contexte, les travaux ont intégré l'objectif de maîtrise des risques du processus essentiellement basé sur les pièces justificatives recevables, le respect de la réglementation et l'harmonisation des pratiques.

- **Le fonctionnement**

Un principe de gestion essentiel a été défini : le dépôt des pièces sur un espace réseau informatique dédié matérialise le transfert de responsabilités entre entités.

- **Les étapes**
  - l'examen des pratiques de l'entité cédante :
    - Population concernée
    - Conventions collectives applicables
    - Ressources dédiées au traitement de la paie
    - Cotisations
    - Pratiques de paie
    - Etude des documents administratifs existants
  - l'encadrement technique des opérations de mutualisation (habilitations, réseau dédié)
  - La saisie des éléments

- **Le planning des opérations de reprise**
  - paie du Centre OUEST au 01/01/2015 : 297 dossiers concernés
  - paie du Centre EST au 01/04/2015 : 433 dossiers
  - paie du siège national PARIS au 1er juillet 2015 : 68 dossiers
  - paie du Sud (ex sud-est et sud-ouest) au 1er janvier 2016 : 965 dossiers
  - paie de l'Est (GA/GI/Œuvres) au 1er avril 2016 : 373 dossiers

- Les opérations à venir
  La reprise de la paie des Etablissements de l'Est au dernier trimestre 2016.

La CANSSM outille et sécurise sa gestion

La certification des comptes

La démarche de certification des comptes s'est imposée au régime minier dès les comptes de l'exercice 2008.

Jusqu'à l'exercice 2010 inclus, le régime, organisé en réseau de 6 caisses régionales (CARMI) dotées de l'autonomie juridique, devait produire des comptes combinés après s'être prononcé sur la validation des comptes des CARMI.
Depuis 2011, année de mise en œuvre de la caisse unique suite au décret du 30 août 2011, seul le compte social de la CANSSM demeure à réaliser.

Les comptes des exercices 2008 à 2012 n'ont pas pu être certifiés essentiellement en raison d'un dispositif de contrôle interne ne permettant pas d'obtenir l'assurance raisonnable de la maîtrise des risques, notamment ceux inhérents aux risques assurantiel maladie et AT/MP.

Des efforts importants accomplis par tous les acteurs concernés (au siège et en CARMI) ont permis d'obtenir une première certification des comptes 2013 (en avance de phase sur les objectifs de la COG qui fixait l'atteinte de ce résultat pour les comptes 2014).

La démarche constituait, de l'avis des commissaires aux comptes, une véritable rupture avec les années précédentes mais a fait l'objet de réserves :

- pour insuffisance du reporting des actions de contrôle interne du domaine assurantiel conduites localement par les CARMI,
- pour insuffisance du déploiement du contrôle interne du domaine offre de santé,
- pour non provisionnement en créances douteuses des créances de l'AHNAC,
- pour imperfection du calcul par la CNAMTS des taux de répartition des charges de dotation globale hospitalière envers les régimes contributeurs.

Les comptes 2014 ont été de nouveau certifiés, toujours avec réserves recoupant peu ou prou celles afférentes à 2013, quand bien même les commissaires aux comptes reconnaissaient l'effectivité de réels progrès.

Il faut aussi souligner le travail important impliquant les acteurs des métiers du régime minier pour la réalisation **d'une revue analytique**, véritable reflet dynamique des activités du régime et appréciée par les commissaires aux comptes.

Le déploiement du nouvel outil comptable GESCICA

Avant la parution du décret du 30 août 2011, l'organisation du régime minier en réseau de caisses nécessitait l'exploitation de bases comptables différenciées.

La création d'une entité unique, et l'arrêt de la maintenance de l'outil ERIC'S jusque-là utilisé, nécessitait de moderniser ses outils comptables et financiers pour agréger les données sur une seule base comptable.

Ce changement d'outil comptable est en cours et sera effectif en année pleine pour les comptes 2016.

Les champs couverts par GESCICA

- La comptabilité générale (une base unique pour le régime).
- La comptabilité budgétaire (engagements et suivi des dépenses).
- La gestion des immobilisations.
- La comptabilité analytique sur l'ensemble des activités du régime.

L'organisation fonctionnelle

- Une comptabilité unique pour un seul établissement.
- Le découpage en trois plans de comptes : CHIRCOSS, M21 et M22.
- Quatre services gestionnaires : le siège et les trois CARMI.
- Les gestions offre de santé et supports rattachées aux services gestionnaires.
- La mise à niveau (conversion) des outils interfaces entre GESCICA et PLEIADE (outil paie) , WININVEST (immobilisations), APOLOGIC (services d'aide à la personne), GALAXIE (comptabilité auxiliaire des œuvres), transports, cabinets d'optiques, HEXAGONE (établissements), CDC (retraite), ANGDM(ASS), COPERNIC (balances du régime général).
- Des référentiels et processus communs : la procédure d'achat, les bases tiers et marchés
- L'harmonisation des référentiels (plans de comptes, marchés, tiers/fournisseurs) et des procédures (achats, habilitations, budgets…).

Le développement de la maîtrise des risques

La maîtrise des risques « maladie et AT/MP »

Depuis 2012, la CANSSM a engagé une démarche volontaire de déploiement d'un dispositif de contrôle interne des domaines assurantiels qui a permis d'obtenir, comme indiqué ci-dessus, pour la première fois la certification des comptes de 2013, reconduite pour ceux de 2014.
Suite à la mise sous mandat de gestion de l'activité du domaine assurantiel au régime général à partir du 1er Juillet 2015, le plan de contrôle interne a été mis en œuvre par le régime minier pour le 1er semestre 2015 puis par le régime général pour le 2ème semestre.

La démarche de contrôle interne sur le 1er semestre

Le périmètre

Un plan de contrôle interne en 3 parties :

- contrôles embarqués avant et après paiement
- requêtes assurantielles
- requêtes fraude

Les risques couverts

- Gestion des bénéficiaires
- Prestations en nature
- Prestations en espèces
- Gestion des AT-MP

Une matrice des risques/contrôles par processus et des fiches méthodologiques de contrôle interne permettant de faire le lien entre les risques et les contrôles à réaliser.

Les résultats des contrôles

- **Montant des flux de décomptes 236 M€** sur les 5 premiers mois de l'exercice 2015.
  - sont principalement concernés les pharmacies (31 %), les cliniques privées (14 %), les infirmiers (14 %)
- **23 % du montant total payé a fait l'objet d'un contrôle** embarqué avec :
  - 22 % en a priori
  - 1 % en a posteriori.

Les contrôles ont permis d'éviter 366 K€ d'indus potentiels et de constater 2 K€ d'indus.

- 44% des erreurs constatées en avant paiement et 41% en après paiement concernent les doubles facturations.

La gestion des bénéficiaires (Cascades)

30 % des saisies dans Cascades contrôlées en a priori sur les 5 premiers mois de l'exercice 2015 : **10 anomalies constatées** mais sans incidence financière.

La gestion des rentes AT/MP (Priam)

100 % des mouvements de dossiers de rente dans Priam contrôlés en a priori : **6 anomalies détectées** (incidence financière 6 K€)

La lutte contre les fraudes

- 13 RIB communs à plus de 3 affiliés : pas d'anomalies constatées. Ces RIB concernent principalement les cas de tutelles.
- Les contrôles sur les doublons potentiels de décomptes ont couverts 79% du flux total de l'exercice : 55 K€ d'indus ont été constatés.
- L'ensemble des autres requêtes ont permis d'identifier un montant de 42 K€ d'indus.
- 47 infirmiers libéraux identifiés comme étant potentiellement à risque au niveau de l'ensemble des CARMI.
- 4 infirmiers ont fait l'objet d'une analyse approfondie avec un montant de préjudice global de 180 K€ :
  - Un dépôt de plainte avec un préjudice de 171 K€
  - 9 K€ de prestations payées à tort à recouvrer

La démarche de contrôle interne sur le 2ème semestre

Le dispositif de contrôle interne du second semestre a été mis en œuvre par les CPAM de Moselle, de l'Artois, de la Côte d'Opale, les processus étant ainsi répartis entre les organismes.

Répartition des processus métiers au 1er juillet 2015 :

Processus	CPAM
Gestion des bénéficiaires (GB)	Partagée entre Artois et Moselle selon critère géographique de la résidence de l'assuré
Reconnaissance et rentes AT/MP (RECO et RENTES)	Partagées entre Artois et Moselle selon critère géographique de la résidence de l'assuré
Prestations en nature (PN) par catégorie de PS hors établissement	Partagées entre Artois et Moselle par catégorie de PS (hors établissement)
GDR et lutte contre la fraude (GDR)	Partagées entre Artois et Moselle
Secrétariat de la Commission de Recours Amiable (CRA) et contentieux de second niveau (Contentieux Technique, litiges devant les Juridictions en contentieux Général, faute inexcusable)	Partagés entre Artois et Moselle selon la répartition des prestations (annexe 3)
Courrier, Diadème Synergie	CPAM Artois
Gestion des créances en phase amiable et contentieuse (CREANCES)	CPAM Artois
Gestion de la comptabilité	CPAM Artois
Prestations en nature (PN) établissement	CPAM Moselle
Indemnités journalières (IJ) AS et ATMP	CPAM Moselle
Recours contre tiers	CPAM Moselle
Allocations décès (ADC)	CPAM Côte d'Opale

Le régime général a intégré les flux de prestations du régime minier dans ses outils de traitement, hors la liquidation des rentes AT/MP, qui seront traitées via les outils du régime minier en attente de leur prise en compte dans ceux du régime général.

Globalement, les actions du Plan de Contrôle Interne du régime général s'appliquent aux prestations du régime minier, hormis les requêtes qui font appel à un historique des paiements antérieur au 1er juillet 2015.

Un audit a été diligenté par la CANSSM auprès des CPAM via un cabinet extérieur.

Ses conclusions :

« Les flux Mines PN ont intégré des processus et Systèmes Informationnels fortement sécurisés et certifiés par la Cour des Comptes.

Nous estimons qu'il y a ici un renforcement du contrôle interne par rapport au RM
Forte innovation par rapport à la situation antérieure, les moyens de maîtrise appliqués par le RG au RM permettent un traitement des anomalies à la source (PS), améliorant la qualité du traitement et sa fluidité.

Compte tenu du niveau de maturité constaté du dispositif de maîtrise des risques du régime général et de l'intégration forte des flux mines dans les processus RG, nous préconisons que le régime des Mines adopte une version « simplifiée » du dispositif de maîtrise des risques du RG en lieu et place de son dispositif actuel pour l'assurantiel.

Nous estimons, pour le semestre 2015 écoulé, que l'évaluation des risques résiduels peut être maintenue à son niveau antérieur (risque résiduel acceptable). »

La maîtrise des risques « offre de santé »

Le périmètre

- Le contrôle de la liquidation (facturation)
- Le contrôle interne
- La lutte contre la fraude

Les risques couverts

Toutes les activités de l'offre de santé :

- Ambulatoire
- Médico-sociale
- Sanitaire

Les fonctions supports en appui :

- Ressources humaines
- Affaires Générales
- Agence Comptable
- Patrimoine
- Informatique

L'organisation

Confiée à un Directeur de CARMI en Juillet 2014, cette mission (DNMR) s'appuie sur les responsables de Contrôle interne des CARMI, les Directeurs du domaine offre de soins territoriaux et du siège, les services support et un coordonnateur national au siège. Ils constituent le Groupe National de la Maitrise des Risques.

La méthode de construction du dispositif est basée sur un travail collectif entre référents métier, responsables de Contrôle interne, responsables de pôle, pour, à partir de la base réglementaire et l'analyse des activités, identifier les risques.

Les actions

- Etablir la cartographie des risques par processus.
- Identifier pour les processus offre de santé les risques d'abus et fraudes internes et externes.
- Etablir la cartographie des outils et risques du système informatique du domaine santé.
- Auditer les dispositifs de sécurité des biens et des personnes.

Les outils élaborés par processus

- La cartographie des risques y compris de fraudes
- Les procédures de Contrôle interne
- Les fiches de Contrôle interne
- Le plan de Contrôle interne 2015
- Le plan général de contrôle et de reporting
- Des tableaux de bord
- Des fiches de reporting
- Le bilan des contrôles et audits
- Le plan d'audit
- Des modes opératoires des contrôles

Les résultats au 31 décembre 2015

Les travaux de la DNMR ont été priorisés sur les volumes financiers afin de répondre à l'objectif de la COG « fiabilisation des flux financiers ».

Domaine	Procédures Nationales	Plan Contrôle interne 2015
Ambulatoire 157 M€	Facturation MG Achat pharmacie Stock pharmacie Facturation pharmacie	X X X X
Volume financier couvert	66 %	
Etablissements 138 M€	Budgétaire Facturation SSR	X en cours
Volume financier couvert	69 %	
Masse salariale 273 M€	-Rémunérations des omnipraticiens -Procédure de contrôle de la paie	X X
Volume financier couvert	100%	
Achat 50 M€	Procédure achat et Gestion immobilière	X
Volume financier couvert	100 %	

Ont également été réalisés en 2015 :

- la production aux Commissaires aux comptes du dispositif de maîtrise des risques de l'entreprise (contrôle intérimaire en novembre 2015, restitution des recommandations)
- la mise en œuvre du Plan de Contrôle 2015 dans toutes les entités et centralisation des résultats du reporting à la DNMR en 2016,
- la présentation du bilan du Plan de Contrôle Interne au 1er trimestre 2016 aux Commissaires aux comptes.

L'élaboration et le suivi de la politique d'achats

Le projet PARM (Projet Achat du Régime Minier)

Depuis plusieurs années, la politique d'achat du régime minier est fondée sur la réalisation de marchés nationaux et l'adhésion à des groupements de commandes dans l'objectif de faciliter la mutualisation des procédures de marchés et contribuer à la réalisation d'économies.

C'est dans cette lignée que le Projet Achat du Régime Minier (PARM) a été élaboré en 2015.

Son objectif : faciliter la mutualisation des procédures de marchés et contribuer à la réalisation d'économies sur les achats

Pluriannuel et déployé en deux vagues successives (2016 puis 2017), il va permettre de contribuer à atteindre les objectifs financiers fixés par la COG 2014-2017.

Ses principales orientations

- Adopter une gestion dynamique, en renégociant les prix des marchés en cours et en anticipant les renouvellements à travers une veille fournisseurs permanente.
- Mutualiser les achats au niveau national ou via les groupements de commandes.
- Anticiper les différents temps d'un marché en impliquant les acteurs locaux, en réalisant des études de marché avec les utilisateurs.
- Optimiser l'allotissement pour stimuler la concurrence.
- Définir un Périmètre d'Action Achat annuel (PAA) avec un objectif de gain de 2% minimum. Ce PAA établit la liste des marchés à reconduire ou à initier.
- Partager les bonnes pratiques, former des acheteurs.

Quelques chiffres

2014 : 230 marchés publics notifiés pour 39 M€ dont 72% incluant une clause sociale ou de développement durable
2015 : 250 marchés notifiés pour 34.17M€ dont 88,76% comportant une clause sociale ou de développement durable

La gestion immobilière et l'engagement dans la démarche de développement durable

Une gestion dynamique du patrimoine immobilier

La CANSSM a poursuivi et amplifié la gestion dynamique de son parc immobilier au cours des années 2014/2015 en mettant en place, comme elle s'y était engagée, un Plan national immobilier (PNI).

Ce plan prévoit :

- la mise en vente des biens vacants ou non stratégiques,
- la rénovation et la mise aux normes des sites conservés,
- la rationalisation des implantations dans les locaux,
- la réorganisation de la fonction immobilière.

Concernant les mises aux normes, la CANSSM a élaboré un Agenda d'Accessibilité Programmé (Ad'AP) en vertu des dispositions de l'article L.111-7-6.II du code de la construction et de l'habitation qui a été validé par la sous-commission pour l'accessibilité des personnes handicapées de la Préfecture de Paris le 23 octobre 2015.

L'Ad'AP prévoit la réalisation d'un programme de travaux de mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP) à partir de 2016 et réparti sur plusieurs années compte tenu de la nature complexe du patrimoine de la CANSSM (plus de 200 ERP répartis sur de nombreux départements).

Quelques chiffres

- Au cours de la période 2014/2015 :
  - vente de **51 biens** (objectif COG 52 sur ces 2 ans) pour une valeur totale de **27 879 260 €**
  - représentant **22 446 m²** (objectif COG 24 500 m²) auxquels il convient d'ajouter 2 997 m² que la CANSSM occupait en tant que locataire et qu'elle a libérés.
- **65 autres biens** actuellement proposés à la vente et commercialisés par des agences immobilières locales.

Un engagement résolu dans la démarche de développement durable

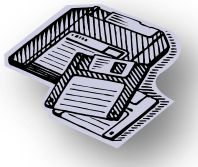
L'engagement de la CANSSM dans une démarche de développement durable vient d'être matérialisé par l'élaboration d'un plan d'actions pour la période 2016-2018 sur les différents volets : gouvernance, environnement, social et économique.

Il fait suite à l'annexion, à la charte du régime minier en septembre 2015, du plan cadre 2015/2018 de développement durable de la sécurité sociale et en décline tous ses aspects.

Un rapport annuel sur ces thématiques est également réalisé par la CANSSM afin de suivre les évolutions et les résultats de ses actions en ce domaine.

Quelques chiffres

Un bilan GES (Gaz à Effet de Serre) à fin 2015 très satisfaisant : diminution **de près de 30 % en 3 ans** des émissions de GES du régime minier par rapport au précédent bilan de 2012 (objectif **COG de -7%).**



L'adaptation du système d'informations de la CANSSM aux objectifs de la COG

Le schéma directeur informatique 2014-2017 a fixé trois axes d'adaptation du Système d'informations induits par la poursuite des activités de la CANSSM au sein d'une nouvelle COG.

- **Premier axe**

Il concerne l'accompagnement de la CNAMTS dans le transfert de l'activité assurantielle depuis le 1er juillet 2015 et le maintien transitoire du système de gestion des rentes AT/MP PRIAM de la CANSSM, le temps que la CNAMTS adapte son propre système d'informations.

- **Deuxième axe**

L'objectif consiste à moderniser les logiciels de gestion administrative (Comptabilité, RH,…) qui étaient devenus obsolètes. Cette rénovation s'inscrit dans le cadre plus global de fonctionnement d'une caisse unique qui n'avait pas été mis en œuvre précédemment compte tenu de la charge de travail et des perspectives de la COG précédente. Le nouveau logiciel de paye a été mis en œuvre en 2015 et, comme évoqué précédemment, le nouveau logiciel comptable et financier est en cours de démarrage depuis début 2016 avec une organisation comptable unique, des référentiels partagés et des processus unifiés.

- **Troisième axe**

Il concerne le nouveau cœur de métier de la CANSSM : la Santé**.**

Les différentes actions :

- La mise en œuvre du nouvel accord national des centres de santé nécessite l'élaboration d'un système d'informations partagé entre les différents professionnels de santé d'un même centre.
  Cela passe par :
  - l'installation des versions actualisées du logiciel HELLODOC équipant ces professionnels de santé,
  - la centralisation de l'exploitation de ces logiciels dans le centre de production, opération planifiée dans le cadre de la COG pour faciliter les évolutions de l'organisation des centres.

- Le déploiement d'un dossier médical professionnel partagé, outil interfacé avec les logiciels des centres de santé, doit permettre à la fois de mesurer la production de santé par consolidation de l'ensemble des données et être un outil de partage d'informations avec les différents acteurs de santé tant internes qu'externes à la CANSSM. Le logiciel DSMPRO a été déployé en 2014 mais n'est pas utilisé. Il fait l'objet d'un audit pour mesurer son adéquation avec les attentes des professionnels de santé et sa complémentarité avec les logiciels métier.

- La démarche d'obtention de l'agrément hébergeur de santé auprès de l'ASIP Santé, nécessaire à l'ouverture du système d'informations santé à des professionnels ou structures de santé externes, a été initialisée au dernier trimestre 2015. Basée sur l'architecture actuelle où le DSMPRO est l'outil de partage privilégié, elle se poursuivra au second trimestre 2016 en fonction des conclusions de l'audit en cours.

Une stratégie de communication globale

La COG prévoit l'élaboration d'une stratégie de communication visant, en interne, à accompagner les changements mis en œuvre dans le cadre du projet d'entreprise, en externe, à promouvoir la marque Filieris dans un objectif d'attractivité de l'offre et d'élargissement de la patientèle.

La fonction communication a été réorganisée en 2015 avec un rattachement direct du responsable national au directeur général. La communication nationale a en charge le pilotage de l'ensemble de la communication et l'animation du réseau des communicants positionnés en régions.

Le début de l'année 2016 a été consacré à une première phase de diagnostic initial dans le but d'identifier les principaux axes de travail au regard des objectifs fixés à la communication. Ce diagnostic aboutit aux préconisations suivantes :

- En interne, formaliser l'identité de l'entreprise, en donner une vision claire et globale, pour contribuer à un sentiment d'appartenance à une seule et même entreprise ; il s'agit également de renforcer la cohésion autour du projet d'entreprise.
- En externe, réfléchir au positionnement image de Filieris et homogénéiser les outils et les messages émis pour une promotion de l'offre plus efficiente.
- Globalement, rationaliser les moyens : repenser le dispositif de communication interne pour tenir compte des spécificités (collaborateurs non connectés, profils variés) ; rationaliser la conception et la réalisation des supports dédiés à l'offre, print et web.

Un travail en cours pour affiner les préconisations, qui conduira à la mise en œuvre de la stratégie globale de communication. D'ores et déjà, des chantiers prioritaires ont été définis et vont être lancés rapidement en matière d'amélioration de l'information des collaborateurs et de promotion de la marque Filieris.

Conclusion

Le bilan présenté montre que la CANSSM, ses personnels, ses instances, se sont saisis de la COG et en ont fait le fil rouge de leur action depuis sa signature mi 2014. Une démarche de projet d'entreprise a été conduite pour en décliner les différents objectifs. Et, de fait, de très nombreux projets de transformation ont été et sont menés, qu'ils aient trait à l'offre de santé ou aux fonctions administratives support.

Dans le même temps par ailleurs, la CANSSM continue à s'adapter aux évolutions de grande ampleur intervenues postérieurement à la signature de la COG ou à venir à brève échéance. C'est le cas notamment de l'entrée en vigueur de l'accord national des centres de santé et, à compter de 2017 pour l'essentiel, de l'instauration de la tarification à l'activité dans le secteur SSR.

A mi-COG, si beaucoup de chantiers ont été lancés, tous ne sont pas aboutis et tous les résultats ne sont pas atteints. C'est en particulier le cas des objectifs de réduction des déficits des centres de santé et des établissements, même si le déficit a diminué. Si pour les centres de santé, le résultat opérationnel est proche de la cible en 2015, l'évolution est moins bien engagée pour les établissements de santé, dans un environnement économique par ailleurs contraint. Il s'agit là d'un point de grande attention pour l'entreprise.

La transformation, la mue peut-on dire, qu'est en train d'opérer la CANSSM est une opération majeure. Elle appelle, outre un rythme d'action soutenu, la mobilisation experte de compétences et d'outils en soutien de cette évolution : système d'information modernisé, contrôle de gestion renforcé, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour accompagner, par l'évolution des compétences et des métiers, l'évolution du champ d'activité de la CANSSM. Elle appelle des réflexions prospectives sur l'adaptation de l'organisation de la CANSSM, sur les partenariats stratégiques qu'elle souhaite nouer et, possiblement, dans la suite du séminaire de Gosnay sur l'adéquation de sa forme juridique avec ses missions.

TABLEAU REPORTING COG 2014-2017

I - INDICATEURS D'OBJECTIF

Code de l'indicateur dans la COG	Nom de l'indicateur	Objectif	Périodicité	Base de référence			2014				2015			
				COG	Définie par l'Organisme si pas dans COG	Année	Cible COG	Résultat		Commentaires	Cible COG	Résultat 31/12/15		Commentaires
IO - I - B - 1	Taux de réduction du déficit des Centres de santé (hors spécialités) et Centres dentaires	Baisse du déficit des Centres de santé (hors spécialités) et Centres dentaires pour maintien de l'activité	Annuelle	(-19,015M€)		2012	-15% -16 162 759 €	-34% - 12 556 339 €			-30% - 13.310.500 €	-22,8 % -14 676 245 €		
IO - I - B - 2	Taux de pénétration des génériques pour les affiliés miniers	Mesurer le taux de génériques et en délivrer de plus en plus	Trimestrielle/ Annuelle	74%		2012	76%	73,50%			78%	74,42% RM		- Taux du 1er semestre 2015 RM. - Difficultés de faire adhérer la patientèle âgée du RM. Rappels Instruction vers les pharmacies en 2015.
IO - I - B - 3	Taux de réduction du déficit des Centres d'optique	Baisse du déficit des Centres d'optique - Retour à l'équilibre afin de maintenir l'activité	Annuelle	-207 491 €		2012	-80% -41 498 €	-160,87% 126 294 €			-100%	-21,7 % 28 923 €		Excédent global des 12 cabinets d'optique, mais seulement 7 sont excédentaires. A noter la fermeture au 31-12-2015 du cabinet d'optique de Montceau-les-Mines
IO - I - B - 4	Taux de réduction du déficit des services transport	Baisse du déficit des services transport - Retour à l'équilibre afin de maintenir l'activité	Annuelle	-138 423 €		2012	-50% -69 211 €	102,6% - 280 443 €			-100%	+201,1 % -416 798 €		Il est rappelé que l'un des trois services d'ambulances, celui de Carmaux, a cessé son activité le 30 juin 2015
IO - I - B - 5	Nbre de SSIAD à l'équilibre	Baisse du déficit des SSIAD - Equilibre fin 2015	Annuelle				/	9			15	16		Ouverture du SSIAD de Longwy dans l'Est faisant passer le nombre total de SSIAD de 15 à 16. 100% des SSIAD sont excédentaires.
IO - I - B - 6	Taux de réduction des déficits des établissements (hors HFM et PSB)	Baisse du déficit des établissements (hors HFM et PSB)	Annuelle	-5 565 269,99 €		2012	-15% -4 730 479,49 €	5% -5 843 533,49 €			-45%	-12% -4 889 866,35 €		
IO - I - B - 7	Taux de réduction du déficit de l'établissement HFM	Baisse du déficit de l'établissement HFM	Annuelle	-12 156 789,43 €		2012	48% -17 992 048,36 €	-10,50% -10 880 326,54 €			14%	-9% -11 061 928,59€		
IO - I - B - 8	Taux de réduction du déficit de l'établissement PSB	Baisse du déficit de l'établissement PSB	Annuelle	-1 986 099,89 €		2012	-25% -1 489 574,91 €	-48% -1 032 771,94 €			-45%	-68% -642 718,84€		
IO - II - B - 1	Nombre de CARMI	Réduire le nombre de CARMI	Annuelle	6			/	6	NE	Projet en cours au 31/12/2014	3	6		Effectif au 01/01/2016 avec la mise en place des CARMIS NORD, EST et SUD.
IO - II - B - 2	Nombre d'actions de mutualisation de fonctions support	Mutualiser les fonctions supports		sur 18 fonctions mutualisables			2	1		Mutualisation de la paie en cours	4	5		
IO - II - B - 3	Obtenir la certification des comptes du régime	Certification des comptes de la CANSSM	Annuelle				/			Comptes certifiés pour 2014		NE au 31/03/2016	EEC	

I - INDICATEURS D'OBJECTIF

Code de l'indicateur dans la COG	Nom de l'indicateur	Objectif	Périodicité	Base de référence			2014				2015			
				COG	Définie par l'Organisme si pas dans COG	Année	Cible COG	Résultat		Commentaires	Cible COG	Résultat 31/12/15		Commentaires
IO - II - B - 4	**Pourcentage** de marchés passés pour l'ensemble des régions dans l'année	Développer l'ensemble des achats effectués dans le cadre de marchés	Annuelle	74,26%		2013	78%	En nombre = 42,00% En montant de marchés = 57,90 %	🔴		80%	En nombre = 52,42% En montant de marchés = 70,15 %	🟡	Sur 269 marchés réalisés en 2015, 141 sont des marchés nationaux En montant : sur 34,17 M€ de marchés, 23,97 M€ sont en marchés nationaux
IO - II - B - 5	**Nbre** de cessions de biens immobiliers non stratégiques	Vendre les biens immobiliers non stratégiques	Annuelle	30 ventes		2013	27 ventes	31 ventes	🟢		25	20	🔴	En baisse par rapport à 2014. Sur les 2 exercices = 51 ventes sur 52 en objectif.
IO - II - B - 6	**Nbre** de m² cédés	Suivre la réduction du parc immobilier (300 000m² en 2012)	Annuelle	18 793 m²		2013	18 000 m²	8 717 m²	🔴		6 500	13 729	🟢	
IO - II - B - 7	**Nbre** de m² par occupant de la CAN en GA	Réduction de la surface par occupant GA quel que soit le statut de l'agent	Annuelle	23,74 m²		2013	21,5 m²	20,42 m²	🟢		18,5 m²	19,16	🟡	
IO - II - B - 8	**Nbre** de m² vacants en GA	Réduction des surfaces vacantes en GA	Annuelle	9 923 m²		2013	7 500 m²	7 227 m²	🟢		4 200	5 058	🟡	
IO - II - B - 9	**Nbre** de Kwh consommés par ETP	Réduire la consommation d'énergie par ETP (en Kwh) - 2%/ an	Annuelle	11 454 Kwh		2013	9 300 Kmh (-18,81 %)	10 727 Kwh (-6,35 %)	🔴		9 100	9 435	🟡	
IO - II - B - 10	**Nbre** de ms consommés par ETP	Réduire la consommation d'eau par ETP (en m³) - 2% /an	Annuelle	12,36 m³		2013	11,8 m³ (-4,53 %)	10,97 m³ (-11,25 %)	🟢		11,55	8,34	🟢	
IO - II - B - 11	**Nbre** de tonnes de papier consommées	Réduire la consommation de papier (en tonne) - 2% /an	Annuelle	136 t		2013	132 t (- 2,94 %)	112 t (-17,65 %)	🟢		115	107	🟢	
IO - II - B - 12	**Pourcentage** de déchets traités et recyclés	Augmenter le taux de recyclage des déchets	Annuelle	80%		2013	82%	83%	🟢		84%	83%	🔴	
IO - II - B - 13	**Nbre** de tonnes équivalent CO2 d'émission de gaz à effet de serre	Réduire les émissions de gaz à effet de serre (en TEQ CO2)	Triennale 2015	12 042 TEQ CO2		2012	/	/	NE		11 200	8446 T	🟢	Obligation quadriennale depuis une ordonnance du 24/12/2015 au lieu de triennale
IO - II - B - 14	**Taux** de véhicules propres	Augmenter le taux de véhicule propre	Annuelle	47,25%		2013	50%	65%	🟢		55%	73%	🟢	
IO - II - B - 15	**Taux** de marchés incluant clauses sociales et/ou environnementales	Augmenter le taux de marché incluant clauses sociales et/ou environnementales	Annuelle	66%		2013	70%	72%	🟢		75%	89%	🟢	
23														

Non atteint	🔴	6
Non atteint mais en progression	🟡	1
Atteint	🟢	14
Evaluation En Cours	(EEC)	0
Non Evalué	(NE)	2
		23

🔴	4
🟡	6
🟢	12
(EEC)	1
(NE)	0
	23

II - INDICATEURS DE SUIVI

Code de l'indicateur dans la COG	Nom de l'indicateur	Objectif	Périodicité	Base de référence			2014			2015		
				COG	Définie par l'Organisme si pas dans COG	Année	Résultat		Commentaires	Résultat		Commentaires
IS - I - A - 1	**Nombre** de sites équipés de rétinographes	Augmenter le nbre de sites avec rétinographes pour un meilleur suivi des patients diabétiques	Semestrielle / Annuelle	/	3	2014	1	↘		2	↗	La COG envisagent un nombre de 3 sites pour l'expérimentation
IS - I - A - 2	**Taux** de suivi des diabétiques avec rétinographie	Augmenter le taux de suivi des patients diabétiques risquant une rétinopathie	Semestrielle / Annuelle	/		2015	en cours	NE	Fonction de la mise en œuvre des rétinographes	76	-	Fonction de la mise en œuvre des rétinographes. Pour 2015, la population cible serait de 300 rétini compte tenu d'une ouverture du service en milieu d'année.
IS - I - A - 3	**Nbre** de sites engagés dans le repérage de la fragilité	Augmenter le nbre de sites pour repérer le maximum de patients souffrant de fragilité	Semestrielle / Annuelle	/	15	2014	15	→		15	→	Restructuration et déploiement en 2016
IS - I - A - 4	**Taux** de patients de + 70 ans reperés pour un risque de fragilité	Augmenter le nbre de repérages de la fragilité chez les plus de 70 ans	Annuelle	/	25,00%	2014	26,09%	↗		30,97%	↗	
IS - I - A - 5	**Taux** d'aidants-consultants dont le fardeau des maladies lourdes a été mesuré	Repérer les aidants-consultants confrontés à des patients atteints de pathologies lourdes dont le fardeau a été mesuré par échelle de Zarit	Annuelle	/		2015	Mise en place courant 2015	NE		NE	-	Définition des modalités et mise en place en 2016
IS - I - A - 6	**Pourcentage** dédié à la formation professionnelle dans la masse salariale	Mesurer l'effort de l'employeur consacré à la formation du personnel.	Annuelle	Indicateur 2012-2013	3%	/	Mise en place février 2015	EEC			EEC	Les modalités de calcul de l'indicateur ont été rebasés sur son objet.
IS - I - B - 1	**Nbre** d'Ets et soes médico-sociaux ayant réalisé une évaluation externe	Déterminer les établissements et services médicaux-sociaux n'ayant pas participé à une évaluation externe	Annuelle	/	7	2014	16	↗	Les 25 structures ont débuté leur évaluation externe en 2014. Les ARS dont relèvent les établissements et services médico-sociaux de la CARMI NPDC et de la CARMI Centre-Est ont accordé un délai supplémentaire (1er trimestre 2015) pour la remise des rapports d'analyse.	25	↗	- Une variante en terme d'effectif sera expérimentée sur 2015
IS - I - B - 2	Maîtrise des risques et lutte contre la fraude / Offre de santé et aide à domicile	Garantir la correcte évaluation des risques y compris le risque de fraude et la correcte adéquation des actions de maîtrise de ces risques	Annuelle	/		2015	En cours de réalisation	NE		Plan de CI_MRI défini Plan de MRI RG à compter du 01/07/2015	F	Production par la CNAMTS d'une liste des PS CARMI déviants avec soupçon de fraude en cours
IS - I - B - 2 suite	Maîtrise des risques et lutte contre la fraude/ Assurance Maladie	Taux indus en montant sur flux requête doublons	Annuelle	/		2015	0,02%	↗		Plan de MRI RG à compter du 01/07/2015	F	Attente indicateur CNAMTS
IS - I - B - 3	**Nbre** de regroupements et/ou fermetures de points de consultation	Améliorer les résultats financiers des activités - diminuer les frais de structure et optimiser le temps médical	Annuelle	/		2014	262 points de consultation au 31/12/2014 (dénombrement établi à partir des projets de plans de rénovation transmis par les directions régionales)	↗		Traitement en cours	EEC	

II - INDICATEURS DE SUIVI

Code de l'indicateur dans la COG	Nom de l'indicateur	Objectif	Périodicité	Base de référence			2014			2015		
				COG	Définie par l'Organisme si pas dans COG	Année	Résultat		Commentaires	Résultat		Commentaires
IS - I - B - 4	Taux d'ouverture de l'offre de soins ambulatoire (médecine générale) en équivalent C	Augmenter le taux d'ouverture à la patientèle des autres régimes	Semestrielle / Annuelle	/	22,40%	2013	26,00%	↗		29,80%	↗	
IS - I - B - 5	Taux d'ouverture de l'offre de soins ambulatoire (activité infirmière) en équivalents AMI	Augmenter le taux d'ouverture à la patientèle des autres régimes	Semestrielle / Annuelle	/	8,90%	2013	9,90%	↗		11,40%	↗	
IS - II - A - 1	Valider l'organisation cible pour le mandat de gestion Maladie et AT/Mp		Annuelle	/	/	/	09/04/2014	F			F	09/04/2014
IS - II - A - 2	Mettre en œuvre le mandat de gestion Maladie et AT/MP							→	Le projet lancé le 09/04/2014, dont les phases opérationnelles sont réalisées sur le 2ème 2014 et le 1er semestre 2015, est achevé au 30/06/2015		F	Objectif atteint le 30/06/2015
IS - II - A - 3	Délai de paiement des FSP CANSSM				9		7,87	↘		10,22	↗	
IS - II - A - 4	Délai de paiement des FSP au 9ème décile CNAMTS				11,7	2013	11,7	→		Attente Chiffre CPAM	EEC	Valeur de l'indicateur conforme à l'indicateur de délai de règlement des FSE assurés inclus au CPG Régime Général (COPIL MANGA 01/04/16).
IS - II - A - 5	Délai de paiement des FSE CANSSM				5		4,97	↘		5,2	↗	
IS - II - A - 6	Délai de paiement des FSE au 9ème décile CNAMTS				3	2013	3	→		Attente Chiffre CPAM	EEC	Valeur de l'indicateur conforme à l'indicateur de délai de règlement des FSP tous DRG inclus au CPG Régime Général (COPIL MANGA 01/04/16)
IS - II - A - 7	Définir et suivre qualité de service Retraite			2014			Travail en cours	NE			F	Rapport annuel de la CDC vers les instances de la CANSSM (CA) et réunions infra annuelles.
IS - II - A - 8	Définir et suivre qualité de service ASS			2015				NE			F	4 réunions trimestrielles ont été organisées en 2015 + Rapport annuel ANGDM
IS - II - A - 9	Définir et suivre qualité de service Maladie et AT/MP			2015				NE		2016	F	- Définitions des indicateurs FSP_FSE réalisées. - Réunions de suivi infra annuelles avec la CNAMTS et les représentants des CPAM délégataire. - Reporting vers les instances CANSSM (CGES et CA)
21												

Réalisé (F)	7
→	1
↗	5
↘	2
Evaluation En Cours (EEC)	4
MO en cours (-)	2
	21

REPARTITION ET EVOLUTION DES ETP : 2013 à 2015

Evolution globale										
Catégorie professionnelle	ETP 2015	% des ETP 2015	ETP 2014	% des ETP 2014	ETP 2013	% des ETP 2013	Variation 2015 - 2014	Variation en %	Variation 2015 - 2013	Variation en %
Administratif et technique	1 876,79	35,3%	2 011,71	35,64%	2 111,97	35,90%	-134,92	-6,7%	-235,18	-11,1%
Aide à la personne	1 269,77	23,9%	1 324,71	23,60%	1 383,42	23,52%	-54,94	-4,1%	-113,65	-8,2%
Médical	502,74	9,5%	535,56	9,54%	560,42	9,53%	-32,82	-6,1%	-57,68	-10,3%
Paramédical	1 669,14	31,4%	1 740,85	31,02%	1 826,88	31,06%	-71,71	-4,1%	-157,74	-8,6%
Nombre d'ETP total	5 318,44	100,0%	5 612,83	100,0%	5 882,69	100,0%	-294,39	-5,2%	-564,25	-9,6%
17 - Charges de personnel	-279 466 783		-296 133 814		-311 157 540		16 667 031	-5,6%	31 690 757	-10,2%
Charges de personnel / ETP	**52 544**		**52 760**		**52 884**		**-216**	-0,4%	**-340**	-0,7%

Evolution N N-1 des ETP par domaine										
Catégorie professionnelle	Domaine	ETP 2015	% des ETP 2015	ETP 2014	% des ETP 2014	ETP 2013	% des ETP 2013	Variation 2015 - 2014	Variation en %	Variation 2015 - 2013	Variation en %
Toutes catégories professionnelles confondues	Offre de soins ambulatoire	1 360,97	25,6%	1 437,63	25,6%	1 537,95	26,1%	-76,66	-5,3%	-176,98	-11,5%
	Etablissements et services sociaux, méd.-soc. et sanit.	3 221,35	60,6%	3 365,32	60,0%	3 471,49	59,0%	-143,97	-4,3%	-250,14	-7,2%
	Services supports	690,79	13,0%	767,02	13,7%	819,86	13,9%	-76,23	-9,9%	-129,07	-15,7%
	Prestations	2,49	0,0%	0,00	0,0%	0,34	0,0%	2,49		2,16	632,4%
	Autres gestions	42,84	0,8%	42,86	0,8%	53,05	0,9%	-0,02	0,0%	-10,21	-19,2%
Toutes catégories professionnelles confondues	**Total**	**5 318,44**	100,0%	**5 612,83**	100,0%	**5 882,69**	100,0%	-294,39	-5,2%	-564,25	-9,6%
Administratif et technique	Offre de soins ambulatoire	437,59	23,3%	466,57	23,2%	512,12	24,2%	-28,98	-6,2%	-74,53	-14,6%
	Etablissements et services sociaux, méd.-soc. et sanit.	733,14	39,1%	765,24	38,0%	764,64	36,2%	-32,10	-4,2%	-31,50	-4,1%
	Services supports	686,22	36,6%	762,50	37,9%	814,77	38,6%	-76,28	-10,0%	-128,55	-15,8%
	Prestations	1,96	0,1%	0,00	0,0%	0,34	0,0%	1,96		1,62	476,5%
	Autres gestions	17,88	1,0%	17,40	0,9%	20,10	1,0%	0,48	2,8%	-2,22	-11,0%
	Total	**1 876,79**	100,0%	**2 011,71**	100,0%	**2 111,97**	100,0%	-134,92	-6,7%	-235,18	-11,1%
Aide à la personne	Etablissements sociaux, méd.-soc. et sanit.	1 269,77	100,0%	1 324,71	100,0%	1 383,42	100,0%	-54,94	-4,1%	-113,65	-8,2%
	Total	**1 269,77**	100,0%	**1 324,71**	100,0%	**1 383,42**	100,0%	-54,94	-4,1%	-113,65	-8,2%

Evolution N N-1 des ETP par domaine											
Catégorie professionnelle	Domaine	ETP 2015	% des ETP 2015	ETP 2014	% des ETP 2014	ETP 2013	% des ETP 2013	Variation 2015 - 2014	Variation en %	Variation 2015 - 2013	Variation en %
Médical	Offre de soins ambulatoire	429,67	65,6%	456,24	65,2%	471,02	64,0%	-26,57	-5,8%	-41,35	-8,8%
	Etablissements et services sociaux, méd.-soc. et sanit.	66,69	13,3%	73,17	13,7%	79,17	14,1%	-6,48	-8,9%	-12,48	-15,8%
	Autres gestions	6,38	1,3%	6,15	1,1%	10,23	1,8%	0,23	3,7%	-3,86	-37,6%
	Total	502,74	100,0%	536,56	100,0%	560,42	100,0%	-32,82	-6,1%	-57,68	-10,3%
Paramédical	Offre de soins ambulatoire	493,71	29,6%	514,82	29,6%	554,81	30,4%	-21,11	-4,1%	-61,10	-11,0%
	Etablissements et services sociaux, méd.-soc. et sanit.	1 151,75	69,0%	1 202,20	69,1%	1 244,26	68,1%	-50,45	-4,2%	-92,51	-7,4%
	Services supports	4,57	0,3%	4,52	0,3%	5,09	0,3%	0,06	1,1%	-0,52	-10,2%
	Prestations	0,53	0,0%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	0,53		0,53	
	Autres gestions	18,58	1,1%	19,31	1,1%	22,72	1,2%	-0,73	-3,8%	-4,14	-18,2%
	Total	1 668,14	100,0%	1 740,86	100,0%	1 826,88	100,0%	-71,71	-4,1%	-157,74	-8,6%

Remarques méthodologiques :

- Tableau issu des requêtes RA-RH 2015 (univers BO dédié). Toutes les données proviennent de PLEIADES E5 et sont donc dépendantes du bon renseignement de l'outil.
- 0,23 ETP étaient non affectés, il ont été otés du tableau. Ces personnels n'ont pas été affectés correctement dans PLEIADES E5.

- **MAD "SORTANTE"** : Les personnels mis à disposition auprès d'organismes extérieurs ne sont pas identifiables à partir du tableau ci-dessus. Certains se retrouvent dans la catégorie "Services supports" (MAD CPAM), d'autres dans la catégorie "Autres gestion " (AHNAC notamment). Enfin, les personnels mis à disposition provenant de l'hôpital de freyming vers des organismes extérieurs, sont inclus dans le domaine établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaire (55 agents au 31/12/2015).

- **MAD "ENTRANTES"** : Les personnels mis à disposition auprès de la CANSSM (très majoritairement au siège), ne sont pas intégrés car cette requête se base sur des données de paie.

- La "**catégorie professionnelle**" est liée au code emploi inséré dans PLEIADES et correspond à une table validée avec la DNPPOS.
La catégorie "Administratif et technique", n'est pas composée que de personnel support. En effet, on retrouve dans cette catégorie les ASH, les magasiniers d'officine, commis de cuisine des établissements...

- Le "**domaine**" provient de la ventilation analytique de l'agent dans telle ou telle gestion. Ce domaine correspond aux différentes activités du régime.
Concernant le domaine "prestation", présente en 2015 (2,49 ETP) il s'agirait d'erreurs d'affectations des CARMI sur des personnels transférés.
Le domaine "Autres gestion", contient également les personnels rattachés à la prévention de la CARMI du Sud Est (CIDDIST).

Budget National de Gestion Administrative
Exécution COG 2014 2017

	A	B	C=B/A	D	E	F	G=F/D	H=F/E
Dépenses (M€)	Budget initial 2014	Réalisés 2014	% d'exécution	Budget initial 2015 (Rebasé)	Budget COG 2015 Modificatif N°2 (Rebasé+reports)	Réalisés 2015	% d'exécution sur budget initial 2015	% d'exécution sur budget actualisé 2015
1ère section - Gestion administrative								
A - Dépenses limitatives	105,75	95,93	90,71%	101,95	114,15	95,45	93,62%	83,62%
A I - Dépenses limitative CANSSM	70,96	65,02	91,63%	68,33	76,65	66,15	96,81%	86,30%
A-I-1 - Dépenses de personnel	52,84	50,36	95,30%	48,34	53,20	47,63	98,53%	89,53%
Charges de personnel courantes				*51,64*	*51,64*	*0,00*		
Autres MAD 2014					*0,36*	*0,00*		
Autres MAD 2015					*0,30*	*0,00*		
MAD Assurantiel 2015					*1,70*	*0,00*		
Transfert de charge assurantiel				*-3,60*	*-3,60*			
A-I-2 - Autres charges de fonctionnement	15,26	13,94	91,36%	18,17	19,49	17,18	94,55%	88,15%
Informatique	*4,63*	*4,22*	*91,07%*	*4,46*	*4,66*	*4,24*	*96,39%*	*87,27%*
Autres	*10,63*	*9,72*	*91,46%*	*10,22*	*11,13*	*12,93*	*126,66%*	*116,27%*
Transfert de charge assurantiel				*3,5*	*3,50*			
A-I-3 - Dépenses en capital	2,86	0,72	25,20%	1,82	3,96	1,34	73,51%	33,79%
Informatique	*0,64*	*0,16*	*25,36%*	*0,50*	*0,96*	*0,44*	*86,71%*	*45,37%*
Autres	*2,22*	*0,56*	*25,15%*	*1,32*	*2,96*	*0,89*	*67,76%*	*29,99%*
A II - Autres dépenses limitatives	34,79	30,91	88,85%	33,62	37,50	29,30	87,15%	78,13%
A-II-1 - Rémunération CDC	20,52	18,59	90,59%	19,84	21,77	16,00	80,63%	73,48%
A-II-2 - Dotation ANGDM	14,27	12,32	86,34%	13,78	15,73	13,31	96,54%	84,58%
Personnel					*12,41*	*10,84*		*87,32%*
Autres charges de fonctionnement					*1,87*	*1,67*		*89,22%*
Investissements					*1,44*	*0,80*		*55,13%*
B- Dépenses évaluatives	5,94	6,04	101,64%	5,94	5,94	4,22	71,02%	71,02%
B-I - Dépenses nationales	0,90	1,44	159,56%	0,90	0,90	0,69	76,71%	76,71%
B-II - Dotation aux amortissements et provisions	5,04	4,60	91,30%	5,04	5,04	3,53	70,01%	70,01%
B-II-1- CANSSM	4,69	4,15	88,49%	4,69	4,69	3,17	67,58%	67,58%
dont informatique	*0,45*	*0,51*	*106,21%*	*0,45*	*0,45*	*0,44*	*91,06%*	*91,06%*
Autres	*4,21*	*3,64*	*86,47%*	*4,21*	*4,21*	*2,73*	*64,90%*	*64,90%*
B-II-2 - ANGDM	0,35	0,45	128,83%	0,35	0,35	0,36	102,55%	102,55%
TOTAL 1ère section	111,69	101,97	91,29%	107,89	120,09	99,67	92,38%	82,99%
2ème section (évaluative) - Prestations conventionnelles agents CARMI								
GA spécifique Siège : AVNAT préretraite-CDC : AARC-ATP-ATS	14,00	14,94	106,71%	14,00	14,00	16,62	118,72%	118,72%
GA spécifique région -IDR-AVNAT retraité	13,43	13,95	103,84%	14,93	14,93	15,10	101,13%	101,13%
Dotation à l'ANGDM	0,20	0,08	40,74%	0,20	0,20	0,14	69,64%	69,64%
TOTAL 2ème section	27,63	28,97	104,84%	29,13	29,13	31,86	109,37%	109,37%
3ème section - Prestations pour anciens agents du de la CAN								
Prestations sociales (CGSS) - Siège								
Prestations sociales (CGSS)	0,26	0,23	88,41%	0,26	0,29	0,23	88,66%	79,45%
Prêts	0,04	0,00	0,00%	0,04	0,08	0,00	0,00%	0,00%
TOTAL 3ème section	0,30	0,23	76,62%	0,30	0,37	0,23	76,84%	62,28%
Totaux BNGA	139,62	131,16	93,94%	137,32	149,59	131,76	95,95%	88,08%

Récapitulatif par section de l'exécution budgétaire 2014-2015

	A	B	C=B/A	D	E	F	G=F/D	H=F/E
	Budget initial 2014	Réalisés 2014	% d'exécution	Budget initial 2015 actualisé	Budget COG 2015 actualisé Modificatif N°2	Réalisés 2015	% d'exécution sur budget initial 2015	% d'exécution sur budget actualisé 2015
inistrative	111,69	101,97	91,29%	107,89	120,09	99,67	92,38%	82,99%
conventionnelles agents	27,63	28,97	104,84%	29,13	29,13	31,86	109,37%	109,37%
ens agents du de la	0,30	0,23	76,62%	0,30	0,37	0,23	76,84%	62,28%
	139,62	131,16	93,94%	137,32	149,59	131,76	95,95%	88,08%