

### Caisse Autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

77 avenue de Ségur 75714 Paris Cedex 15

Tél: 01 45 66 34 00 Fax: 01 45 66 35 97

COG 2014 / 2017

#### **Préambule**

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

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

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

De nombreuses adaptations structurelles ont été rendues nécessaires par la forte réduction des effectifs affiliés et le régime a toujours su les assumer. Les années 2011 à 2013 marquent incontestablement une période majeure de cette histoire.

Une réforme est décidée en 2011 qui modifie la gouvernance du régime et transfère l'ensemble des activités : assurance maladie – risques professionnels et offre de santé à la CNAMTS au plus tard le 31 décembre 2013 ainsi que l'action sanitaire et sociale à l'ANGDM le 1<sup>er</sup> avril 2012.

Une première partie de l'année 2012 est consacrée à organiser en collaboration avec la CNAMTS ces transferts jusqu'au 7 août, date à laquelle un moratoire décidé par le gouvernement interrompt ces travaux. A l'issue d'une période qui s'achève en mars 2013, l'article 80 du décret du 30 août 2011 qui organise les transferts au régime général est abrogé. Une instance de coordination stratégique (ICS) est mise en place par Madame Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé qui en confie la présidence à Monsieur Philippe RITTER, préfet honoraire. Lors de la séance d'installation, le 26 avril 2013, Madame TOURAINE a fixé le cadre des travaux de cette instance et les éléments à respecter :

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

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

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

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

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

*(…)* 

#### 1. Sur les activités d'assurances sociales

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

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

*(…)* 

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

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

*(…)* 

#### 3. Sur l'offre de soins minière

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

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

Ces œuvres et établissements sont également insuffisamment attractifs pour la population. Ils doivent évoluer pour apporter un service de soins de qualité à l'ensemble de la population de ces territoires tout en engageant une démarche de retour à un équilibre économique pérenne.

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

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

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

(...)

#### 4. Sur les questions de personnel

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

#### 5. Sur la méthode

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

*(...)* 

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

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

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

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

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

Je sais que vos attentes sont fortes.

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

Les six réunions de travail de l'ICS, d'avril à juillet 2013, ont permis de réaliser un inventaire exhaustif des activités du régime minier et de les confronter à leur environnement par des éclairages extérieurs : Agence Régionale de Santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, Direction Générale de la Cohésion Sociale, mission Inspection Générale des Affaires Sociales, Agence Nationale d'Appui à la Performance. Ces échanges permettent de répondre à la question centrale qui est celle de l'apport pour les populations des activités du régime minier, de leur avenir et des stratégies à développer pour en garantir la viabilité.

Les orientations de la présente COG sont exigeantes, sa réussite nécessite la mobilisation de chacun dans les compétences ou attributions qui sont les siennes.

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

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

- -la constitution d'un groupe technique de professionnels de santé reconnus pour leur implication dans les activités ambulatoires du régime
- -des réunions régionales au siège de chaque CARMI avec les équipes de direction et d'encadrement, les représentants du personnel, les présidents et vice-présidents des conseils territoriaux
- -des rencontres avec chacune des directions d'Agences Régionales de Santé concernées par les activités sanitaires du régime
- -des réunions thématiques de concertation entre les fédérations syndicales de mineurs et la direction générale du régime
- -des travaux techniques soutenus entre la direction de la sécurité sociale, la direction du budget, la CNAMTS et la direction générale de la CANSSM, alimentés par les travaux du comité de direction eux même préparés par des comités de pilotage associant des cadres de direction du siège et des régions
- -des travaux, débats et décisions au sein des instances délibérantes de la CANSSM, commission de gestion et conseil d'administration.

#### Introduction

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

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

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

De cette concertation, l'état et l'ICS ont notamment tiré les enseignements suivants :

- Les fonctions assurantielles ne peuvent plus être assurées par les services territoriaux dans des conditions satisfaisantes, tant du point de vue économique que de celui de la qualité du service rendu aux bénéficiaires et aux professionnels de santé.
- L'offre de santé du régime est utile et nécessaire aux populations des bassins miniers mais elle doit poursuivre son évolution pour retrouver une efficacité accrue et un équilibre pérenne.
- Les statuts des personnels et leur évolution, comme l'affirmation de la responsabilité sociale de la CANSSM et l'engagement de garantie d'emploi, font partie intégrante de la réussite de la réforme du régime minier.

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

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

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

Il convient toutefois d'en mesurer la portée.

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

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

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

Ensuite, dans le domaine sanitaire, la garantie de financement du régime par l'Etat implique l'engagement d'une trajectoire énergique de retour à l'équilibre, qui passe notamment par la révision

des accords collectifs d'entreprise, par l'amélioration de la gestion et par la recomposition de l'offre de santé.

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

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

Une stratégie médicale nationale doit être définie et engagée, permettant de garantir la qualité des prises en charge, et de fixer les priorités de développement. Des efforts conséquents doivent être poursuivis dans le domaine de l'évaluation des pratiques médicales et la formation des professionnels de santé. L'évaluation de la qualité de l'offre de santé du régime minier et de sa pertinence doit associer les équipes du régime ainsi que les agences régionales de santé et les collectivités territoriales. Elle doit permettre d'engager une modernisation de cette offre, de la rationaliser et de la développer sur des enjeux de santé publique insuffisamment couverts sur les territoires où le régime est présent. Elle doit, pour être crédible, se fixer un objectif impératif d'équilibre pérenne et gager par des fermetures d'activités son développement sur les enjeux incontestables.

De même, le régime minier doit, au travers de ses services d'aide à la personne, développer sa capacité à répondre aux besoins nouveaux des populations vieillissantes. Son savoir-faire dans ce domaine constitue un atout incontestable, et des améliorations seront recherchées dans les conditions de travail et d'emploi des personnels, dans le respect de l'équilibre économique global de l'activité de service.

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

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

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

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

### AXE 1

- 1. RENOVER ET RECOMPOSER L'OFFRE DE SANTE DU REGIME MINIER DANS UNE LOGIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET DE PERFORMANCE ECONOMIQUE
  - 1.1 Rappel des éléments de contexte
  - 1.2 Périmètre, situation de l'offre, objectifs et contraintes
    - 1.2.1 Périmètre
    - 1.2.2 Situation de l'offre : chiffres clefs
    - 1.2.3 Les objectifs stratégiques fixés par la Ministre
    - 1.2.4 Les contraintes
  - 1.3. La définition d'une stratégie nationale de modernisation de l'offre médicale et médico-sociale et de réponse aux besoins territoriaux
    - 1.3.1. La CANSSM entend agir pour les populations âgées et pour réduire les inégalités sociales de santé
    - 1.3.2. La CANSSM entend mettre en place une organisation des soins simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant et de parcours de soins et de santé
    - 1.3.3. La CANSSM entend inscrire l'action de son offre de santé et de soins dans le cadre des complémentarités territoriales
    - 1.3.4. La CANSSM entend à cet effet développer les partenariats pour une plus grande efficience et un meilleur service aux populations
    - 1.3.5. La CANSSM entend rechercher une meilleure performance économique de son offre de santé
    - 1.3.6. La CANSSM entend conquérir des clientèles nouvelles
    - 1.3.7. La CANSSM entend définir un projet médical national
    - 1.3.8. La CANSSM entend miser sur la prévention
    - 1.3.9. La CANSSM entend appuyer sa stratégie sur une expertise nationale et régionale en santé
  - 1.4. L'engagement dans une trajectoire énergique de retour à l'équilibre, qui passe notamment par l'amélioration de la gestion et la recomposition de l'offre de santé
    - 1.4.1 La CANSSM entend améliorer le modelé économique de ses centres de santé
    - 1.4.2 La CANSSM entend moderniser et recomposer l'offre de soins ambulatoire
      - La modernisation de la gestion des centres de santé
      - Une recomposition de l'offre commerciale
      - Les pharmacies
      - Les centres d'optiques
      - Les laboratoires d'analyses médicales
      - Les laboratoires de prothèses dentaires
      - Les services de transport
    - 1.4.3 La CANSSM entend rendre plus efficiente la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux et les services à la personne pour répondre aux besoins territoriaux
      - Le retour à l'équilibre des établissements sanitaires et médico-sociaux
      - Les établissements sanitaires
      - Les EHPAD
      - Les foyers logements

- Les services médico-sociaux, alternatives à l'hospitalisation complète
- Les SSIAD
- Les services d'aide à la personne
- 1.5. Calendrier : les étapes de mise en œuvre

### AXE 2

- 2. ASSURER LE PILOTAGE ET LE SUIVI DES GESTIONS DELEGUEES D'ASSURANCE VIEILLESSE ET D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE CONCEVOIR ET METTRE EN OEUVRE LE MANDAT DE GESTION DES ACTIVITES D'ASSURANCES SOCIALES A LA CNAMTS
  - 2.1. Garantir et suivre la qualité de service des gestions déléguées
    - 2.1.1- Pour les assurances Vieillesse et Invalidité confiées à la CDC
    - 2.1.2- Pour l'action sanitaire et sociale et le service social confiés à l'ANGDM
  - 2.2. Définir un mandat de gestion portant sur les assurances sociales encore gérées par le régime
    - 2.2.1- Réaliser les transferts d'activité et de personnels
    - 2.2.2- Garantir et suivre la qualité de service rendu

### AXE 3

- ADAPTER L'ORGANISATION DE L'ENTREPRISE A SES NOUVEAUX ENJEUX
  - 3.1.1 Renforcer la nouvelle gouvernance et poursuivre la rationalisation du réseau
  - 3.1.2 Les compétences respectives du Conseil d'administration, du Directeur général et des Conseils des CARMI
    - 3.1.2.1 Le conseil d'administration de la CANSSM
    - 3.1.2.2 Le directeur général
    - 3.1.1.3Les conseils des CARMI
      - 3.1.3.1 Etablir un statut type des conseils de CARMI
      - 3.1.3.2 Renforcer le rôle des conseillers en matière de représentation des usagers
  - 3.2 Poursuivre et intensifier la mutualisation des fonctions support entre le Siège et les CARMI dans le cadre de l'entreprise unique
    - 3.2.1 Améliorer la cohérence des organisations internes du Siège et des CARMI par la mise en place d'un organigramme intégré.
    - 3.2.2 Modifier les circonscriptions et le nombre des CARMI pour leur permettre d'atteindre une taille suffisante et en réduire les coûts de fonctionnement
  - 3.3 Rénover le dialogue social pour faire évoluer le statut collectif des personnels
    - 3.3.1 Vers une convention collective unique d'entreprise
      - 3.3.1.1 garantissant les acquis collectifs
      - 3.3.1.2 rénovant les dispositifs conventionnels en cohérence avec la réalité juridique et opérationnelle de l'entreprise

- 3.3.1.3 adaptée aux nouveaux enjeux des activités de santé et aux défis de l'entreprise unique
  - 3.3.1.3.1 Des dispositifs innovants pour l'exercice professionnel dans les centres de santé
  - 3.3.1.3.2 L'accompagnement des mobilités professionnelles et géographiques
- 3.4 Mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et compétences et moderniser la gestion des ressources humaines
  - 3.4.1 Etablir une cartographie prospective des emplois
  - 3.4.2 Poursuivre la constitution d'une base de données des compétences disponibles dans l'entreprise
  - 3.4.3 Définir et mettre en œuvre avec l'appui des partenaires sociaux une stratégie nationale et ambitieuse de formation professionnelle adaptée au projet d'entreprise
  - 3.4.4 Accompagner les salariés des activités récessives dans leur projet professionnel
  - 3.4.5 Préparer et sécuriser le transfert des personnels de l'assurantiel notamment...dans le cadre de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014
- 3.5 Elaborer une stratégie de communication
  - 3.5.1 En appui de la mise en œuvre du projet d'entreprise et de la conduite du changement
  - 3.5.2 Promouvant l'offre de santé FILIERIS et son ouverture aux assurés sociaux de tous régimes
  - 3.5.3 Contribuant à l'information des affiliés sur leurs droits et participant à la qualité de service
  - 3.5.4 valorisant l'image de l'institution CANSSM auprès de ses partenaires institutionnels
- 3.6 Maîtriser les risques, prévenir les fraudes et obtenir la certification des comptes
  - 3.6.1 Contrôle interne du domaine assurantiel
  - 3.6.2 Contrôle interne du domaine offre de santé
  - 3.6.3 Sécurisation de la trésorerie
  - 3.6.4 La certification des comptes
- 3.7 Adapter le système d'information
  - 3.7.1 Une modernisation nécessaire
  - 3.7.2 Renforcement des structures de maitrise d'ouvrage et de support utilisateurs
  - 3.7.3 Favoriser une politique de partenariat et/ou d'achat au détriment des développements spécifiques
- 3.8 Rationaliser la gestion du patrimoine immobilier
  - 3.8.1 en conséquence du mandat de gestion assurantiel
  - 3.8.2 pour accompagner la recomposition de l'offre de santé ambulatoire
  - 3.8.3 pour accompagner la restructuration du réseau territorial

### **AXE** 4

#### 4 LE SUIVI DES ENGAGEMENTS

- 4.1 Les instances chargées du suivi
- 4.2 Les contrôles et la tutelle
- 4.3 Le calendrier de suivi des engagements, la révision et l'actualisation

#### **ANNEXES**

- 1. Les indicateurs de suivi des différents axes
- 2. les fonds budgétaires nationaux 2014-2017

DOCUMENTAL

# Axe I

RENOVER ET RECOMPOSER L'OFFRE DE SANTE DU REGIME MINIER DANS UNE LOGIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET DE PERFORMANCE ECONOMIQUE

L'offre de santé du régime est utile et nécessaire aux populations des bassins miniers. Elle joue un rôle primordial et reconnu dans la prise en charge sanitaire et médico-sociale, experte pour la prise en charge des maladies chroniques, de l'isolement et des conséquences du vieillissement. Elle permet de répondre aux besoins insuffisamment couverts par les autres acteurs, en particulier les médecins libéraux, et de faciliter l'accès aux soins.

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

Il est rappelé que les centres de santé sont une réponse aux attentes des patients, des professionnels de santé et aux impératifs de la médecine moderne :

- une garantie d'accès géographique, financier et social à des soins ambulatoires de proximité: présence médicale pluriprofessionnelle, accès social et financier aux soins.
- un mode d'exercice attractif pour les professionnels de santé : demande de travail en équipe, refus de la charge administrative, recherche de diversification des activités (actions de prévention et d'éducation à la santé ...), attrait du salariat,
- une organisation de soins adaptée aux nécessités du système de santé : la coordination des soins, une participation à la politique de santé publique, la permanence des soins.

### Ñ RAPPEL DES ELEMENTS DE CONTEXTE

Le Décret du 30 août 2011 prévoyait le transfert de l'offre de santé du régime minier, au régime général pour la fin 2013.

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

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

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

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

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

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

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

L'offre de soins minière « connait des difficultés structurelles qui compromettent, à moyen terme, son existence même.

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

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

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

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

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

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

### N PERIMETRE, SITUATION DE L'OFFRE, OBJECTIFS ET CONTRAINTES

#### 1. PERIMETRE

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

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

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

Cette offre couvre également les champs de :

- la prévention, du dépistage, du traitement et du suivi des maladies et affections courantes,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux,
- l'orientation dans le système de santé et le secteur médico-social
- l'éducation pour la santé
- L'offre de soins ambulatoire répartie sur 22 groupements d'œuvres est composée de :
- 230 centres de santé et points de consultation secondaires regroupés en 150 gestions budgétaires (spécialités, médecine générale, infirmier et/ou dentaire),
- 2 laboratoires de prothèses dentaires,
- 57 pharmacies,
- 5 laboratoires d'analyses médicales,
- 14 cabinets d'optique,
- 3 services d'ambulances
- 3 gestions dispensaires
- 22 établissements sanitaires et médicosociaux (regroupant 25 gestions) : établissements hospitaliers et SSR, structures d'hébergement temporaire, EHPAD, foyers logements
- 13 établissements sanitaires \*
- 4 Ehpad (dont 3 intégrés dans des établissements sanitaires)
- 1 résidence d'hébergement temporaire
- 6 foyers logements
- 1 résidence services

- 15 services de soins infirmiers à domicile
- 2 services à la personne
- des services de prévention promotion de la santé :
- centres de vaccination
- · centre d'examens de santé
- centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des infections Sexuellement Transmissibles
- consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit.
- une maison des aidants

#### 2. SITUATION DE L'OFFRE : CHIFFRES CLEFS

- Un chiffre d'affaire de 369,2 M€
- Un déficit global de -40 M€ soit 10,93% des produits dont -19,5 M€ pour les établissements de sanitaires et médico-sociaux et services médico-sociaux et -20,77 M€ pour l'offre de soins ambulatoire
- 1 153 473 actes de médecine générale (C et V) dont 26,6 % en visites à domicile
- 2 189 588 actes infirmiers (AMI, DI, AIS)
- 3185 lits et places dont 1545 places de SSIAD
- 982 571 journées réalisées
- 1 742 838 ordonnances servies

### 3. LES OBJECTIFS STRATEGIQUES FIXES PAR LA MINISTRE

Les objectifs stratégiques fixés par Mme La Ministre et M Le Préfet Ritter sont les suivants :

- Trouver une place nouvelle en apportant des réponses spécifiques aux populations des territoires miniers qui connaissent des indicateurs sociaux et sanitaires très dégradés
- Améliorer l'attractivité pour la population des œuvres et établissements
- Evoluer pour apporter un service de soins de qualité à l'ensemble de la population de ces territoires tout en engageant une démarche de retour à un équilibre économique pérenne
- Un maître-mot : la logique de territoire avec des recompositions qui permettront à l'offre de soins minière d'avoir toute sa place au sein des territoires
- Nécessité de surmonter plusieurs handicaps structurels doivent être surmontés : taille critique des structures, fonctions supports, manque d'outils de pilotage...
- Nécessité pour l'offre de santé du régime minier de s'engager sans attendre dans une nouvelle dynamique, sous l'égide des ARS,

afin de répondre dans les territoires aux besoins des populations ainsi qu'aux exigences de qualité, d'accessibilité et de retour à l'équilibre économique pérenne.

- Repositionner l'offre du régime au plus près des besoins et des parcours de santé de toute la population des bassins.
- Mettre en place des plans de recomposition importants, pour chaque domaine d'activité.

#### 4. LES CONTRAINTES

Le régime minier doit faire face à de nombreuses faiblesses de son offre de santé

- taille critique non atteinte pour de nombreux centres de santé et/ou points de consultation secondaires
- certaines structures réservées aux seuls affiliés
- un taux d'ouverture à la patientèle des autres régimes de sécurité sociale en progression mais qui reste sur certaines activités encore insuffisant,
- une diminution naturelle du nombre d'affiliés miniers.
- des conventions collectives coûteuses,
- des fonctions support éclatées et nombreuses

Le maintien du statu quo n'est dans ces conditions pas possible. Il ne peut que conduire à :

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

Les conditions d'un retour à l'équilibre passent toutefois par

- √ la recomposition de l'offre
- √ la réduction de la masse salariale.

Sans investissements de restructurations, sans révision possible de certaines conventions collectives, sans une dynamique d'entreprise attentive aux nouveaux besoins des populations et aux objectifs des ARS, le retour à l'équilibre ne sera pas possible.

La CANSSM rappelle que, de façon générale, le mode de financement à l'acte des centres de santé est inadapté à leur activité, qu'ils soient gérés par le régime ou par toute autre organisation.

I. La définition d'une stratégie nationale de modernisation de l'offre médicale et médico-sociale et de réponse aux besoins territoriaux

La CANSSM entend développer une offre performante et efficiente. Il s'agit pour elle de

rénover et recomposer l'offre de santé du régime minier dans une logique de santé publique (sur des enjeux insuffisamment couverts sur les territoires où le régime est présent) et de performance économique.

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

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

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

#### Cela passe par

- la définition d'une stratégie médicale nationale permettant de répondre aux besoins de chaque territoire de santé, de garantir la qualité des prises en charge et de fixer les priorités d'action. Une stratégie médicale nationale sera ainsi définie et engagée, permettant de garantir la qualité des prises en charge, et de fixer les priorités de développement.
- la définition d'une stratégie nationale de modernisation de la gestion de cette offre (ambulatoire, hospitalière, médico-sociale)
- l'engagement dans un processus de recomposition de cette offre notamment ambulatoire en liaison avec les ARS. La stratégie sera d'identifier les secteurs géographiques et les types de services pour lesquels le régime doit se renforcer, et à l'inverse les secteurs et services sur lesquels il convient progressivement de se désengager. La CANSSM s'engage ainsi sur la durée de la COG à améliorer les résultats financiers des structures sanitaires du régime, en engageant ce plan ambitieux de rénovation et de recomposition de son offre, à mettre en œuvre de nouveaux standards de gestion permettant aux structures sanitaires de devenir progressivement autonomes financièrement.
- une plus grande efficience des établissements de santé (sanitaires, médicosociaux) et des services médico-sociaux (SSIAD, services à la personne) pour répondre aux besoins
- un retour progressif à l'équilibre de l'offre de soins par une politique volontariste de maîtrise des dépenses et d'amélioration des recettes par notamment la recherche de financements complémentaires.

- L'offre de santé du régime minier doit, pour être crédible, se fixer un objectif d'équilibre pérenne et gager par des fermetures d'activités son développement sur des enjeux incontestables.
- des efforts conséquents à poursuivre dans le domaine de l'évaluation des pratiques
- médicales et de la formation des professionnels de santé.
- une évaluation de la qualité de l'offre de santé du régime minier et de sa pertinence qui doit associer les équipes du régime ainsi que les agences régionales de santé et les collectivités territoriales. Elle doit permettre d'engager une modernisation de cette offre, de la rationaliser et de la développer sur des enjeux de santé publique insuffisamment couverts sur les territoires où le régime est présent.
- sur le volet ressources humaines, par le remplacement dans les conditions des conventions actuelles des personnels dont l'emploi est maintenu dans le cadre du maintien des services existants. A l'opposé toute mesure conduisant à élargir le périmètre d'activité devra faire l'objet de recherches de partenariats y compris sur les recrutements. Les questions de statuts des personnels devront être traitées dans leur ensemble, transferts inclus, autour d'un dialogue social rénové et adapté à la nouvelle gouvernance de l'entreprise. Des mesures d'accompagnement devront, si besoin est, être proposées.
- sur la gestion interne, par une adaptation de l'organisation des activités du régime. Les problématiques de territoires des CARMIS, et des éloignements géographiques doivent être clairement posées et résolues au cours de la durée de la COG.
- 1. LA CANSSM ENTEND AGIR POUR LES POPULATIONS AGEES ET POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

### Le régime minier doit agir pour réduire les inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales et territoriales de santé continuent à s'accroître en France. Ces inégalités ne sont pas une fatalité.

Le régime minier entend contribuer à la réduction de ces inégalités en mettant à disposition des populations (âgées, fragiles, isolées, pauvres, précaires, exclues socialement...) ses structures de soins.

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

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

### Quatre axes de développement stratégiques sont identifiés :

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

Pour répondre à ces besoins, les structures de santé Filieris (centres de santé, centres de soins infirmiers, centres de santé dentaire, pharmacies, laboratoires d'analyses médicales, d'optique, services de kinésithérapie, SSIAD, de SAD (services d'aides à domicile), services de transports, établissements de santé (soins de suite et de réadaptation, hébergement temporaire, EHPAD et maisons de retraite...) sont des moyens de proximité, et devront être mobilisées dans le cadre de projets régionaux et parcours de soins cohérents : incluant des consultations spécialisées et des actes techniques réalisés en établissements, les centres de santé pouvant accueillir les consultations avancées des établissements, et les moyens du domicile prendre le relai des séjours hospitaliers.

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

Il doit également au travers de ses services d'aide à la personne et de ses services de soins infirmiers,

développer sa capacité à répondre aux besoins (y compris des nouveaux besoins) des populations vieillissantes. Son savoir-faire dans ce domaine constitue un atout incontestable.

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

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

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

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

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

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

3. LA CANSSM ENTEND INSCRIRE L'ACTION DE SON OFFRE DE SANTE ET DE SOINS DANS LE CADRE DES COMPLEMENTARITES TERRITORIALES

La CANSSM travaillera à partir des besoins de santé des populations de chaque territoire sur lesquels son offre est implantée. Le mieux soigner (to cure) et le mieux prendre soin (to care) ne pourront toutefois être mis en place que dans le cadre de complémentarités actives avec les autres acteurs de santé de chaque territoire de santé.

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

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

4. LA CANSSM ENTEND A CET EFFET DEVELOPPER LES PARTENARIATS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE ET UN MEILLEUR SERVICE AUX POPULATIONS

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

- diversifier, améliorer et compléter les services aux affiliés,
- soutenir l'ouverture bilatérale et contribuer au développement des œuvres du régime,
- mutualiser les moyens et maîtriser les coûts.

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

- des caisses primaires qui gèrent des centres de santé.
- du groupe UGECAM qui gère des établissements de santé et services médico-sociaux

- de la MSA qui développe des politiques de prévention active, et partage, avec le régime minier, des préoccupations de réponse, à des besoins sanitaires et sociaux, dans des zones sousmédicalisées.
- d'associations ou fondations gestionnaires de services de santé, dans le domaine ambulatoire, médico-social ou hospitalier, de services d'aides à la personne...
- de la Mutualité qui présente des caractéristiques communes avec le régime minier : même histoire, mêmes valeurs, mêmes métiers.
- des médecins libéraux et professions de santé libérales
- des établissements hospitaliers publics et privés (CH, CHU…)

## 5. LA CANSSM ENTEND RECHERCHER UNE MEILLEURE PERFORMANCE ECONOMIQUE DE SON OFFRE DE SANTE

Le positionnement « santé publique » de l'offre de santé du régime minier, devra être concilié avec la recherche d'une meilleure performance économique. La gestion à l'équilibre, sans endettement, de nos budgets d'assurance maladie représente une exigence qui découle des principes mêmes qui fondent notre solidarité face à la maladie. Une gestion à l'équilibre des recettes et des dépenses est en effet une exigence fondamentale car valeur fondatrice Mais aujourd'hui des mesures encore plus énergiques sont nécessaires. Elles doivent se fonder sur deux orientations majeures:

- une réorganisation de nos flux de dépenses de santé,
- et un meilleur discernement dans la dépense.

Le régime minier entend ainsi réorganiser ses flux de dépenses de santé en :

- développant la médecine de proximité et le maintien à domicile qui sont autant de prises en charge qui n'incombent plus aux établissements de santé, et conduit donc à des réductions ou transformations importantes de capacités d'hospitalisation complète,
- favorisant le financement d'un exercice pluriprofessionnel de proximité,
- développant la prise en charge à domicile,

- en choisissant, à qualité donnée, ce qui peut être fait à coût plus faible aux dépens d'actions ou d'interventions plus onéreuses,
- luttant efficacement contre toutes les dépenses inappropriées et en sachant y mettre fin, plus sûr chemin pour se redonner des marges de manœuvre.
- renforçant le pilotage stratégique national et en centrant les énergies au profit du soin et du prendre soin nécessitant de redéployer les moyens consacrés aux charges administratives et de gestion,

### 6. LA CANSSM ENTEND CONQUERIR DES

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

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

Cette politique devra s'articuler autour des axes suivants :

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

Pour cela, la marque Filieris devra pouvoir être promue (plan de communication de l'offre de santé...)

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

Le régime minier doit pouvoir conforter le potentiel des structures d'offre de soins en répondant aux appels à projets pour autant que les réponses apportées répondent à un impératif d'équilibre économique.

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

### 7. LA CANSSM ENTEND DEFINIR UN PROJET MEDICAL NATIONAL

Les Centres de Santé constituent une réponse aux attentes des patients, des professionnels de santé et correspondent aux évolutions les plus récentes de la médecine moderne.

Les atouts de l'offre de santé du Régime Minier sont nombreux et correspondent aux évolutions souhaitées pour optimiser la qualité des prises en charge médicales et sociales.

On notera en particulier les points suivants mis en exergue dans le dernier rapport de l'IGAS:

- Une accessibilité liée à une proximité géographique dans des territoires souvent sous-médicalisées et qui risquent d'être encore plus fragilisées par la faiblesse de la démographie médicale
- Une accessibilité tarifaire conditionnée par l'absence de dépassement d'honoraires, en particulier pour les spécialistes : cardiologues, dermatologues, ophtalmologistes, gynécologues, pneumologues...
- •Un dispositif de tiers payant pour les prestations d'action sanitaire et sociale (fournitures de dispositifs contre l'incontinence, appareillages... suppléments non pris en charge par l'assurance maladie...)
- •Des conditions d'exercice particulièrement adaptées à la prise en charge des maladies chroniques avec le salariat et l'exercice en équipe
- une expertise sur la prise en charge de populations âgées souffrant de polypathologies, la moyenne d'âge des populations minières étant élevée et plutôt féminine
- Des actions reconnues en matière de Promotion de la santé, de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique, jusqu'aux soins à domicile et aux services à la personne en passant par les soins hospitaliers et la réadaptation
  - Sur l'axe prévention une contribution active au dépistage organisé des cancers, aux programmes de vaccination, au dépistage du diabète, au dépistage de la maladie d'Alzheimer

<u>Cependant il faut noter des points susceptibles</u> <u>d'être améliorés afin de rendre plus stable le</u> <u>modèle médico-économique de ces structures :</u>

- -leur taille critique insuffisante de avec nombreux points de consultation secondaires qui alourdissent les charges sans procurer une meilleure proximité aux patients
- Un taux d'ouverture à la patientèle des autres régimes de sécurité sociale en progression rapide mais qui reste sur certaines activités encore insuffisant.
- Une diminution naturelle du nombre d'affiliés miniers, de l'ordre de 6% par an qui impose une ouverture aux autres affiliés dynamique, en proposant une offre de santé axée sur l'innovation et les besoins de la population au plus près des territoires
- -Certaines conventions collectives coûteuses, avec des incitations à l'activité insuffisantes et donc pénalisant le modèle économique et l'efficience dans la gestion
- -Des fonctions support éclatées et nombreuses.

L'amélioration globale du Service Médical Rendu aux consultants des Centres de Santé polyvalents et Spécialisés repose sur un calage étroit de l'offre des Centres de Santé avec les besoins de santé au niveau des territoires , tels que définis par les diagnostics territoriaux conduits par les Agences Régionales de Santé.

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

La structuration du Pacte Territoire Santé repose sur 12 engagements organisés autour de 3 axes :

- AXE I : Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins
- AXE II: Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé par la généralisation du travail en équipe, le développement de la télémédecine, ou encore l'accélération du transfert de compétences
- AXE III: Promouvoir des investissements spécifiques pour les territoires isolés.

Parmi ces axes et engagements un certain nombre trace la route à suivre pour orienter résolument l'activité des Centres de Santé vers une mission de Santé Publique, au profit des populations qui risquent d'être éloignées des soins. De ce point de vue, ces structures constituent un puissant levier de réduction des inégalités sociales de santé.

Rappelons ici les termes du Pacte Territoire Santé qui font écho à nos orientations futures :

- Engagement 1
- Assurer un Stage de médecine générale pour 100% des étudiants en 2017

- Encourager l'exercice en ville et prolonger le processus d'élargissement des stages pour les internes de spécialités
- Poursuivre la généralisation du stage de 2ème cycle
- Accélérer la recherche de maîtres de stage
- Développer les stages mixtes des étudiants

#### Engagement 6

- Rapprocher les maisons de santé des universités
- Améliorer l'attractivité de la médecine générale
- Définir les meilleurs pratiques et les modalités qui permettront d'atteindre cet objectif

#### Engagement 7

- Développer la télémédecine ; lancer des expérimentations dans la filière dermatologie
- Améliorer la prise en charge des patients par télémédecine : faciliter l'accès aux soins spécialisés, faciliter le suivi des pathologies chroniques
- Valider les orientations sur la filière dermatologique et élargir à la Télésurveillance
- Elaborer les protocoles des expérimentations et définir les modalités de financement
- Déployer les expérimentations dans les territoires

#### Engagement 8

- Accélérer les transferts de compétence ; avancer sur la filière ophtalmologie notamment à partir des rétinographies non mydriatiques
  - Réduire les délais d'attente pour les spécialités les plus critiques
  - Mettre à disposition les protocoles de coopération susceptibles d'intéresser le 1er recours
  - Elaborer le modèle économique pour l'ophtalmologie et aider au déploiement des protocoles
  - Elargir le concept à d'autres champs que l'ophtalmologie

#### Engagement 12

- Conforter les centres de santé
- Consolider les centres de santé existant pour leur permettre d'assurer de façon satisfaisante leurs missions de proximité
- Rénover le modèle économique des centres de santé
- Définir les conditions permettant de consolider les centres de santé dans l'offre de proximité
- Préciser le rôle des centres de santé au titre des solutions proposées à mettre en œuvre sur les territoires identifiés comme fragiles par le SROS

Les grandes lignes du projet médical seront notamment les suivantes (cf. document annexe)

- Développement de la télémédecine : mise en place des dépistages de la rétinopathie diabétique et de la DMLA par rétinographes avec lecture des clichés numériques par Centres de Référence distant
- Développement de protocoles de coopération sanitaire entre professionnels et entre structures dans le cadre de ces innovations
- Développement de l'accueil des futurs médecins sans que cela ne puisse être considéré comme un axe de recrutement futur : liens avec la Faculté, les ARS, la Médecine Libérale pour favoriser la Maîtrise de Stages
- \* Elaboration d'un Plan National de Formation centré sur la Fragilité de la personne âgée et son repérage dans les CSP: mise en œuvre des instruments simples et rapides (CSP Carmaux et Polyclinique Sainte Barbe à titre d'expérimentation pilote) de repérage des sujets fragiles
- Structuration d'un réseau de Correspondants Régionaux multiprofessionnels : responsables administratifs, médecins, infirmières, assistantes sociales.

### 8. LA CANSSM ENTEND MISER SUR LA PREVENTION

En conformité avec la stratégie nationale de santé, la CANSSM entend miser sur la prévention pour agir sur tout ce qui a une influence sur la santé des affiliés miniers et des populations fréquentant les structures de soins (notamment centres de santé) Filieris.

Ces priorités comprennent notamment

- la lutte contre les addictions et les maladies chroniques qui leur sont liées (le tabac tue 73 000 personnes par an, et l'alcool près de 50 000)
- le cancer pour lequel un nouveau plan est annoncé en 2014
- les personnes âgées
- les jeunes de 0 à 25 ans (mortalité infantile, nutrition, comportements addictifs, etc.)

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

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

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

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

- de la stratégie nationale de santé
- des axes et engagements du pacte territoire santé
- du projet médical national de la CANSSM prévu par la COG et qui sera arrêté à fin 2014
- de partenariats noués tant au niveau national qu'en régions: la prévention est un enjeu local, régional et national autour duquel tous les acteurs d'un même territoire s'organisent pour des actions plus efficaces.

Les CARMI, dans ce cadre, s'intègreront dans le tissu sanitaire et social des régions dans lesquelles elles sont implantées en développant des partenariats avec les structures locales aussi bien institutionnelles qu'associatives.

 des projets régionaux de santé de chacune des ARS.

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

- participation, en collaboration avec les structures de gestion, aux campagnes de dépistage des cancers (cancer du sein, cancer colorectal, et dans certaines régions, cancer de l'utérus) organisées par l'Etat;
- ✓ bilan vaccinal et vaccinations;
- √ dépistage du diabète et des situations pré-diabétiques ;
- ✓ mise en place des dépistages de la rétinopathie diabétique et de la DMLA
- ✓ repérage de la fragilité chez les sujets âgés
- prévention de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés

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

Les objectifs seront de :

prioriser les besoins et les enjeux locaux

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

Deux aspects seront développés :

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

#### 9. LA CANSSM ENTEND APPUYER SA STRATEGIE SUR UNE EXPERTISE NATIONALE ET REGIONALE EN SANTE

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

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

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

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

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

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

 LA CANSSM ENTEND AMELIORER LE MODELE ECONOMIQUE DE SES CENTRES DE SANTE

Améliorer le modèle économique des centres de santé en échange d'une amélioration de leur gestion s'avère nécessaire.

Le modèle économique idéal ? Il doit comporter au moins 3 médecins et 3 infirmières. Les infirmières doivent être intégrées au cabinet dans le cadre de pools infirmiers.

Un secrétariat doit assurer la permanence.

Les permanences des infirmières doivent être optimisées.

La prise en charge entre médecins et infirmiers doit être optimisée.

Plusieurs activités doivent être regroupées dans un centre de santé. La présence d'une assistante sociale est souhaitable

**Pour la médecine générale** : le regroupement des centres dans plusieurs régions est nécessaire avec comme objectif l'amélioration des accessibilités (accessibilité handicapées dans une logique de « cabinets de groupe », bâtiments adaptés aux besoins en sortant de la logique « immobilière »).

Pour les cabinets dentaires : il n'est pas efficient de laisser les chirurgiens-dentistes seuls. Il faut dans une logique de rentabilité et d'amélioration de l'attractivité regrouper les fauteuils et les dentistes. Dans le cadre d'un centre de santé dentaire isolé, au moins chirurgiens-dentistes doivent regroupés permettant de mutualiser les frais. regroupement des médecins et chirurgiens-dentistes dans le cadre de plateformes de soins communes doit être encouragé.

Pour les centres de spécialités : il faut rester positionné sur des spécialités fortes en fonction des territoires, des besoins identifiés par l'ARS, en abandonnant les spécialités pour lesquelles on ne trouve pas de remplaçants ou en attirant les professionnels par des plateaux techniques de grande qualité. Il faut également revoir les chaines d'organisation des soins avec des tâches déléguées —champs visuels par ex...-modèle du Kintrom et en créant des pôles d'excellence.

Il va sans dire que le choix des activités ou spécialités qu'il convient de préserver dépend de l'offre existante sur les territoires de santé.

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

A noter que l'ouverture des centres de santé ne peut être faite que s'il y a un vrai centre, visible, accueillant, avec un secrétariat : la réussite de l'ouverture passe en effet par l'accueil physique.

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

Il y a par ailleurs nécessité de disposer d'un back office opérationnel avec des secrétariats dédiés aux tâches informatiques et administratives, en charge de gérer l'aval (télétransmission, gestion des rejets, traitement des FSE,...)

La problématique des remplacements doit conduire à la mise en place de pools de secrétariats avec plusieurs médecins et un accueil téléphonique mutualisé, tout en veillant à ne pas externaliser avant 17h30-18h ces secrétariats, cette externalisation rendant plus compliquée la gestion du circuit des tournées et impersonnel la réponse aux patients.

## 2. LA CANSSM ENTEND MODERNISER ET RECOMPOSER L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Le régime minier doit pouvoir rénover, recomposer son offre de santé, moderniser sa gestion, la rendre plus efficiente dans une logique de santé publique et de performance économique.

L'offre ambulatoire, hospitalière, médico-sociale et de services à la personne n'a pas vocation à dégager des excédents. Elle ne peut toutefois se satisfaire d'un déséquilibre durable entre ses charges et ses recettes.

Cette amélioration des résultats financiers de l'offre ne pourra se faire sans un plan ambitieux de rénovation et de recomposition et l'appui de l'Etat et des ARS.

### N LA MODERNISATION DE LA GESTION DES CENTRES DE SANTE

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

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

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

Les services internet seront développés sur la durée de la COG, afin d'améliorer le service rendu aux patients (affichage des tarifs, évaluation de la satisfaction des usagers...).

Seront également généralisées les expériences en cours d'externalisation des prises de rendez-vous

permettant notamment de faire diminuer le nombre de rendez-vous non assuré par les patients.

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

Enfin, l'informatisation des centres de santé sera poursuivie en plaçant le patient au centre du système d'information. Elle devra notamment intégrer la facturation, le codage, le dossier patient.

- L'efficience et l'attractivité seront les deux maitres mots du devenir des centres de santé. Il s'agira de :
  - mettre en place des centres de santé visibles, accueillants, attractifs
  - poursuivre et adapter les plans de recomposition de l'offre de soins génératrice de réduction de charges
  - d'optimiser les modes de gestion
  - de créer des parcours alternatifs
  - d'améliorer la communication/information
- une recomposition du réseau des centres de santé, en fonction de la stratégie nationale, déclinée au niveau des territoires, sera menée. La CANSSM s'engage à mettre en œuvre, en lien avec les ARS, un plan de recomposition qui répondra aux besoins sanitaires des territoires et au nécessaire retour à l'équilibre des centres de santé et des activités commerciales.
  - Le nombre de points de consultation sera réduit (une cinquantaine de points de consultation seront fermés), et des regroupements seront engagés afin de diminuer les frais de structure et d'optimiser le temps médical.
  - Pour les centres de santé de médecine spécialisée, une réflexion globale sera engagée afin que l'offre de santé du régime soit une véritable plus-value pour les territoires. Ainsi, outre le regroupement des professionnels de santé, il s'agira de créer des pôles de compétence et d'excellence.
  - Il conviendra en lien avec les ARS de vérifier la pertinence de l'offre « spécialiste » dont l'activité principale est extérieure au régime. Le maintien de ces activités sera également fonction des possibilités de recrutement.
- <u>Une réduction des déficits sera opérée</u>. Une politique volontariste de maîtrise des dépenses et de recherche des financements complémentaires sera conduite par la CANSSM.

#### La maîtrise des dépenses

- Elle passe par la mise en commun de moyens et une révision des modes de rémunération des professionnels de santé.
- Les centres devront comporter un nombre de médecins et d'infirmiers permettant une

continuité de la prise en charge des soins dans le cadre de l'inter remplacement.

#### L'optimisation des recettes

- Un taux d'activité optimal sera recherché pour les centres de santé. Cela passe notamment par :
  - l'élargissement des horaires d'ouverture ou par leur adaptation en fonction de la fréquentation,
  - la fermeture de consultations secondaires sous utilisées,
  - la maîtrise des visites à domicile,
  - la lutte contre l'absentéisme des patients aux rendez-vous.
  - le développement des partenariats avec notamment les médecins libéraux.
- Des financements complémentaires seront recherchés auprès des partenaires: ARS, CPAM, mutuelles...Les centres de santé participent à la réduction des inégalités d'accès aux soins, et constituent des opérateurs de proximité pour conduire des innovations en matière de santé. La participation à des actions de santé publique, à la permanence des soins comme la conduite d'innovations doit donner lieu à juste rétribution.
- Un nouveau modèle économique devra être mis en place pour les centres de santé, permettant de concilier les impératifs de santé publique et la recherche de l'équilibre économique.

Pour les centres de santé, l'Etat doit s'engage à :

- mettre en œuvre tous les moyens permettant une renégociation de l'accord national des centres de santé et à transposer aux centres de santé les modes de financements dont bénéficient les Médecins libéraux,
- mettre en place les dispositifs juridiques permettant le partenariat entre maisons de santé libérales et centres de santé.

### Ñ UNE RECOMPOSITION DE L'OFFRE COMMERCIALE

Les pharmacies, les centres d'optique, les services de transport, les laboratoires d'analyses médicales et de prothèses dentaires seront maintenus tant qu'ils seront bénéficiaires. Cette offre commerciale sera maintenue dans la mesure où elle compense les déficits des centres de santé.

En revanche, une activité commerciale non excédentaire devra faire l'objet d'une fermeture si elle ne retrouve pas l'équilibre à fin 2015. Il conviendra, en lien avec la politique de GPEC, de procéder au redéploiement des moyens humains en fonction des opportunités locales.

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

#### LES PHARMACIES

 Un regroupement et une fermeture progressive des pharmacies déficitaires

Sur la période de COG, il sera procédé à un regroupement et une fermeture progressive des pharmacies devenues déficitaires, au fur et à mesure notamment des départs à la retraite des pharmaciens gérants et ou pharmaciens assistants. Les pharmacies qui restent excédentaires seront maintenues.

L'élaboration d'un « plan pharmacies »

La mise en œuvre d'un « plan pharmacie » permettra, prioritairement, des reconversions de pharmaciens- assistants.

1°) Un accord-cadre avec les syndicats de pharmaciens libéraux sur des solutions de reclassement possibles pour le personnel

Un accord avec les syndicats de pharmaciens libéraux sera par ailleurs signé pour :

Améliorer le service aux populations minières
Les dispositions de l'article 186 du décret de 1946
rendent possible un service de proximité garanti par
le maillage territorial des pharmacies minières et
libérales.

Les pharmacies d'officine libérales doivent en conséquence s'engager à offrir aux assurés et ayants-droit du régime minier un service de proximité tenant compte des caractéristiques de cette population, notamment de son âge élevé et de ses atteintes poly pathologiques.

 Offrir aux personnels des pharmacies minières (pharmaciens, préparateurs...) des solutions de reclassement.

Considérant que le dispositif crée par l'article 62 du décret du 30 août 2011 est assimilable à un transfert continu et irréversible d'activité; les représentants des pharmaciens d'officine s'engagent à favoriser auprès de leurs mandants l'intégration de pharmaciens assistants ou de préparateurs en pharmacie dont l'emploi au sein de la CANSSM serait menacé.

Pour ce faire, les pharmaciens d'officine installés dans les départements du NORD, du Pas-de Calais, du Haut-Rhin, du Maine-et-Loire; de la Saône et Loire, de l'Isère, de la Loire, du Gard, de l'Hérault, des Bouches du Rhône et du Tarn et Garonne seront sollicités par les syndicats signataires aux fins de connaitre leurs besoins en recrutement pour les deux catégories professionnelles mentionnées ci-dessus.

Les salariés de la CANSSM dont la candidature serait retenue par un pharmacien d'officine libérale dans le cadre des dispositions prévues à l'article 5 de la présente convention pourront, à leur demande, relever des dispositions de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2014.

### 2°) Des solutions de reclassement pour les pharmaciens à mener de concert avec l'Etat

Parmi les pistes de conversion possibles pour les pharmaciens et préparateurs qui nécessitent d'être examinées, il paraît possible de lister des premières orientations suivantes :

- possibilité d'être désigné pharmacien inspecteur de santé publique (PHISP)
- possibilité d'être désigné pharmacien conseil auprès de l'assurance maladie
- nomination de praticiens hospitaliers attachés ou assistants
- nomination de pharmaciens gérants ou adjoints de pharmacies à usage intérieur.
- possibilité de devenir pharmaciens grossistes répartiteurs (responsables d'exploitation, directeur de site, responsables des achats ou des approvisionnements, responsable de la réclamation client/renseignement, chargé de qualité en établissement, chargé de clientèle)
- possibilité d'être désigné pharmacien attaché de recherche clinique ou chargé de recherche clinique
- désignation de pharmaciens comme enseignants en université
- nomination de pharmaciens inspecteurs/ ou en charge des questions de santé publique en ARS
- professeurs chercheurs associés des universités recrutés sur la base de l'expérience professionnelle directement en rapport avec la spécialité enseignée (pharmaceutique)
- possibilité d'être désigné pharmacien expert ou pharmacien conseil auprès de la HAS
- possibilité d'être désigné pharmacien coordonnateur en EHPAD.
- intégrer les Services départementaux d'incendie et de secours (équipes des services de Santé et de Secours Médical) - SDIS
- formation professionnelle continue aux métiers liés par exemple à la prise en charge des personnes âgées... avec possibilité d'exercer des missions connexes à celles qui étaient les leurs dans les officines du régime minier
  - Le développement du portage de médicaments à domicile et du matériel médical

Le regroupement et la fermeture progressive des officines du régime minier devra être accompagné par le développement dans les officines maintenues d'actions de portage de à domicile. Cela permettra de reclasser certains personnels.

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

Le développement du portage de médicaments et de gestions en charge de porter le matériel médical permettra de mieux utiliser nos personnels et de garantir la gestion globale à l'équilibre.

 Offrir la possibilité aux pharmaciens miniers ou /libéraux de racheter les licences de certaines pharmacies minières dans des zones ou le numerus clausus permet l'installation d'une officine supplémentaire (cas par exemple dans le nord Pas-de-Calais)

#### LES CENTRES D'OPTIQUE

La CANSSM compte engager le retour à l'équilibre d'ici fin 2015 des centres d'optique. Cette offre sera maintenue tant qu'elle reste équilibrée ou excédentaire dans la mesure où compense les déficits des centres de santé. Dans l'hypothèse où le retour à l'équilibre n'est pas atteint, un transfert (à la Mutualité par exemple) des centres d'optique sera opéré.

- Les objectifs à atteindre pour permettre un retour à l'équilibre :
  - Harmoniser la politique de prix
  - Harmoniser les offres commerciales et les rationaliser
  - Mise en place de tests de vue
- Une nouvelle structuration de l'offre

Mettre en avant les critères qui permettent, et permettront, de maintenir une offre efficiente :

✓ Installation de magasins à proximité d'un (ou plusieurs) ophtalmologue(s)

Il est démontré que la proximité entre les magasins et les professionnels de santé favorise « la vente directe ». Pour exemple, 65% des ventes du magasin d'optique de Freyming-Merlebach prescriptions proviennent des faites l'ophtalmologue du Centre de Médecine Spécialisée. Les deux strucutures sont installées dans le même bâtiment.

 Favoriser le déploiement d'équipes comprenant au minimum un opticien lunetier, un monteur et un vendeur

Cette constitution d'équipe permet une efficience et une répartition du travail optimale. Selon les résultats des structures, et afin de favoriser la maîtrise des charges de personnel, il est possible de supprimer le poste de monteur et de favoriser, en période d'activité haute, la sous traitance pour le montage.

 Négocier les prix d'achat pour favoriser le développement de la marge

#### LES LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES

L'activité de biologie médicale sera maintenue tant qu'elle reste excédentaire. Si à fin 2014, le laboratoire d'analyses médicales de Carmaux ne s'est pas réorganisé et n'est pas revenu à l'équilibre, la question de son devenir devra être posée.

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

#### LES LABORATOIRES DE PROTHESES DENTAIRES

Sauf à ce que ces services reviennent à fin 2015 à l'équilibre leur fermeture sera engagée.

#### LES SERVICES DE TRANSPORT

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

Sauf à ce que ces services reviennent à fin 2015 à l'équilibre une fermeture de ces services par cession des autorisations données sera engagée.

3. LA CANSSM ENTEND RENDRE PLUS EFFICIENTE LA GESTION DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX ET LES SERVICES A LA PERSONNE POUR REPONDRE AUX BESOINS TERRITORIAUX

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

N Le retour à l'équilibre des établissements sanitaires et médicosociaux

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

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

Un plan de restructuration et d'humanisation des établissements sera engagé sur la période de la COG.

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

Pour sa part, l'Etat s'engage :

- à accompagner la mise en œuvre des plans de retour à l'équilibre du régime, en laissant aux gestionnaires le temps nécessaire pour conduire les opérations de restructuration dans le respect des garanties sociales consenties.
- à favoriser les réponses aux appels à projets des ARS, notamment, si elles permettent de revenir à l'équilibre pour les établissements dont la taille critique ne permet pas ce dernier ou à offrir.
- à autoriser la CANSSM à financer les investissements courants nécessaires au bon fonctionnement des structures de santé dont accès handicapés.
- à autoriser le financement des projets d'investissements et de restructuration nécessaires à la restructuration des établissements.
- à ce que le régime minier puisse étudier la possibilité d'opérer des transferts de gestion dans le cadre de partenariats sécurisants quand il n'y a pas de cohérence dans la filière ou pour les structures excentrées.
- à autoriser la CANSSM à développer de nouveaux projets ou de reprendre de nouvelles activités permettant d'assurer la pérennité et l'équilibre des structures existantes.

#### LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

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

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

Une plus grande maitrise des charges devra être opérée.

La situation des établissements de 40 lits sera examinée : augmentation des capacités, fusion avec d'autres établissements, transferts de lits....

#### LES EHPAD

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

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

- permettent d'apporter une réponse aux besoins du territoire
- d'apporter des réponses au reclassement d'un certain nombre de personnels du régime minier.

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

La CANSSM engagera un processus de réduction du nombre de lits éligibles à l'aide sociale. Les EHPADs du Régime Minier sont habilités à 100% à l'aide sociale. Le tarif d'hébergement moyen, défini par les conseils généraux, des EHPADs du Régime Minier s'élève aujourd'hui à 55 €, ce qui permet difficilement d'équilibrer le budget hébergement des EHPADs. A l'exception de l'EHPAD de Lallaing, le pourcentage des patients éligibles à l'aide sociale est inférieur à 20% au sein des EHPADs du Régime Minier (le pourcentage s'élève à 42% pour l'EHPAD de Lallaing). Aussi, le Régime Minier se propose de négocier avec les conseils généraux une habilitation à l'aide sociale entre 50% et 70% des capacités de ses EHPADs afin de pouvoir pratiquer un tarif d'hébergement non soumis aux conseils généraux sur la capacité non habilitée à l'aide sociale.

#### LES FOYERS LOGEMENTS

Une réflexion sur le devenir des foyers-logements au regard des déficits de ces structures sera engagée d'autant plus que le Régime Minier n'est pas propriétaire de ces structures et que certains sont dans un état de vétusté compromettant la sécurité et le bien-être des patients.

LES SERVICES MEDICO-SOCIAUX, ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE

### Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

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

Il doit donc pouvoir répondre aux appels à projet pour des extensions de capacité :

- création d'équipes spécialisées Alzheimer (ESAD)
- création de places pour adultes handicapés,
- création de places personnes âgées.

Les places (et postes) supplémentaires sont financées par une dotation allouée par l'agence.

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

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

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

Enfin, une réflexion sur le devenir des SSIADs de moins de 40 places qui ne seraient pas à l'équilibre sera par ailleurs engagée.

#### Les services d'aide à la personne

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

En 2012, le résultat comptable global des SAP était excédentaire.

Toutefois, au regard des difficultés économiques que peuvent rencontrer ces services d'aide à domicile liées notamment aux tarifs définis par les différents financeurs ne couvrant pas les charges, la CANSSM poursuivra les travaux visant à :

- mettre en place une gouvernance commune et à mutualiser les moyens des 2 services d'aide à domicile avec pour objectif une unité de gestion, de statut et de système d'information.
- au passage sous un accord d'entreprise unique pour les deux SAAD (référencement UNA): afin d'unifier les statuts « EST » et «NORD», il est proposé de mettre en œuvre un accord d'entreprise spécifique aux SAAD
- une diversification de l'activité en proposant de nouveaux services aux usagers actuels mais aussi à de nouvelles clientèles afin d'assurer un équilibre pérenne des structures : développement par ces services d'activités complémentaires à l'aide à domicile comme par exemple le portage de repas, transports accompagnés, téléalarme ...
- un développement de partenariats avec d'autres structures avec reprises en gestion possibles
- un développement de la coordination SAAD/SSIAD si possible dans une dimension SPASAD avec conclusion avec les personnes âgées des contrats de prestations unifiés SSIAD/AMD).

### III. Calendrier : les étapes de mise en œuvre

#### 2014

- 1°) La rédaction d'un projet médical national
- 2°) Elaboration d'un plan de rénovation, modernisation, recomposition de l'offre de santé en lien avec les ARS

#### Les services médico-sociaux

#### 2014-2015

- 2°) Pour les SSIAD : retour à l'équilibre à fin 2015
- 3°) Pour les services d'aide à la personne mise en place d'ici fin 2015 d'une gestion unifiée des deux services avec statut commun et système d'information commun

#### Les établissements sanitaires et médico-sociaux

#### 2014

1°) Etat des lieux de la situation de chaque établissement et service

#### 2014-2017

- 1°) Engagement en lien avec les ARS de plans de retour à l'équilibre (ou contrats de performance) pour les établissements déficitaires
- 2°) Réalisation de travaux de restructuration et humanisation (Porebski, la Mannaie, Freyming...)
- 3°) Plan sur le devenir des foyers logements de la CARMI Nord-Pas-de-Calais

#### Les centres de santé

#### 2014

1°) Définition du modèle médico-économique des centres de santé

#### 2015-2017

- 1°) Regroupement des centres de santé, fermeture d'antennes et de consultations (de 3 à 5 projets en 2014 et au minimum 10 projets par an sur les autres années) avec recours possible à un prestataire extérieur pour l'accompagnement à la mise en place de la stratégie de l'offre de santé du Régime Minier. Les objectifs sont de pouvoir disposer, sur chaque projet (de regroupement par exemple) à mener, d'une analyse de la pertinence sanitaire et économique de l'opération, d'une évaluation et de de préconisations.
- 2°) l'engagement dans un processus progressif de réduction du déficit des centres de santé. La réduction du déficit des centres de santé ne pourra être menée que progressivement au fur et à mesure des recompositions et restructurations. Les effets

sur la situation financière des centres de santé ne pourront être visibles qu'à partir de 2016.

#### **Activités commerciales**

#### 2014

1°) Signature d'un accord-cadre avec les syndicats de pharmaciens libéraux d'ici fin 2014

#### 2014-2015

- 2°) Plan de retour à l'équilibre pour fin 2015 de l'ensemble des structures commerciales (fin 2014 pour le laboratoire d'analyses médicales de Carmaux). Faute de retour à l'équilibre, leur transfert/fermeture devra être engagée.
- 3°) Mise en place d'un plan Pharmacie
- 4°) signature d'une convention de coopération entre l'AHNAC et la CANSSM : plan sur l'activité de biologie médicale

#### 2014-2017

- 1°) Regroupement et fermeture des pharmacies minières déficitaires
- 2°) Transfert et fermeture des activités commerciales non revenues à l'équilibre à fin 2015

#### **Annexe**

### Les axes de la Stratégie médicale nationale

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

#### 1-DEVELOPPER LA TELEMEDECINE POUR REPONDRE AUX PROBLEMES DE SANTE PUBLIQUE

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

Il s'agit de :

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

La télémédecine est une pratique médicale qui met en relation, grâce aux nouvelles technologies :

- le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels un professionnel médical,
- plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels au moins un professionnel médical.

Le décret d'application de la loi HPST (octobre 2010), renforce l'assise juridique de la télémédecine, en précisant les conditions de sa mise en œuvre et son organisation, désormais inscrites au sein des articles R.6316-1 à R.6316-9 du code de la santé publique.

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

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

La télé-expertise : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

La télésurveillance médicale : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

La téléassistance médicale : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

La régulation médicale : les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

Sa mise en œuvre permet différentes applications comme :

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

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

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

Plusieurs recommandations préconisent photographie du fond d'œil comme méthode de dépistage de la rétinopathie diabétique C'est le cas États-Unis. Australie. Nouvelle-Zélande. Angleterre, et Écosse. La conférence européenne de Liverpool sur le dépistage de la rétinopathie diabétique l'a désignée comme méthode de référence pour ce dépistage. Un avis de la HAS favorable à la création d'un acte d'interprétation différée de la photographie du fond d'oeil a été donné en juillet 2007.La mesure « Reconnaître les nouveaux acteurs de la prévention » du plan d' «

amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011 » fait référence au développement de nouveaux métiers autour de la prévention et de l'éducation des patients par des professionnels de santé formés et cite comme exemple « les infirmiers, les orthoptistes et les techniciens, notamment dans le dépistage de la rétinopathie diabétique ».

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

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

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

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

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

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

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

#### LES REPERCUSSIONS DE LA MALADIE SONT PARTICULIEREMENT LOURDES

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

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

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

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

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

d'endocrinologie d'un même établissement ou d'établissements différents.

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

Un orthoptiste ou un infirmier réalise ensuite les clichés, qui sont transmis à un centre de lecture ou des ophtalmologistes formés et expérimentés les interprètent et rédigent un compte rendu. Celui-ci est adressé au patient et à son médecin. En cas de lésions, le patient peut accéder à un ophtalmologiste dans un délai permettant la prise en charge adaptée de la lésion et fixé par protocole. Ces expériences ont en commun une collaboration étroite entre différents professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, infirmiers et/ou orthoptistes, ophtalmologistes, médecins généralistes, endocrinologues, pharmaciens, autour du patient.

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

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

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

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

### DEVELOPPER LES TRANSFERTS DE COMPETENCE ET LES COOPERATIONS PROFESSIONNELLES

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

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

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

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

#### 2- AMELIORER LES PROCESSUS DE COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS PAR UN USAGE STRUCTURANT DU DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DSM PRO)

La coordination des soins est l'une de missions légales des centres de santé définies à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique (loi du 4 mars 2002), avec le développement d'actions de santé publique et l'accessibilité sociale. L'accord national du 19 novembre 2002 (publié au JO le 19 avril 2003), qui organise les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, précise la notion de coordination des soins, qui inclut de « nouveaux modes de prise en charge de la santé » et la « démarche de coopération (...) avec les autres offreurs de soins en articulation avec les services des secteurs social et médico-social ». Le

développement d'outils informatiques, qui permettent d'assurer le stockage sécurisé et le partage d'informations, facilite la coopération entre les professionnels parce qu'il allège et fiabilise les tâches d'écriture manuelle et de stockage de papiers.

Le dossier médico-social pour professionnels (DSM-Pro) est un système d'information conçu pour assurer le partage d'informations entre professionnels de santé FILIERIS¹ (médecins et infirmières) et les assistants de service social (ANGDM²), ainsi que les secrétaires médicales.

DSM-Pro est certainement le seul logiciel intégrant à ce jour la notion de coordination médico-sociale, grâce aux formulaires d'informations sociales des ASS et au formulaire de coordination médico-sociale rendant compte des réunions de coordination entre professionnels. Le dossier d'autorisation de ce système d'information est déposé à la CNIL sous le n° 1666176.

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

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

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

Le DSM-Pro recueille tous les documents publiés dans le dossier d'un patient identifié par son

<sup>1</sup> FILIERIS : offre de santé du régime minier.

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

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

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

#### Le projet DSM-Pro poursuit quatre objectifs :

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

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

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> ANGDM : Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs.

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

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

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

La mise en place de filière comme celle de Carmaux, associant repérage de la fragilité et programme d'HDJ susceptible de minimiser celle –ci constituent une activité innovante qui non seulement ne dégrade pas le modèle médico-économique des Centres de Santé mais génère une activité à la fois sur le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.

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

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

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

Le recueil de telles données populationnelles représente également un enjeu de recherche privilégié en soins primaires. En effet , grâce aux possibilités d'inter-professionnalité offertes et aux bases de données médico-sociales ainsi constituées une recherche-action en soins de premier recours est désormais possible .Celle-ci souffre en France d'un retard par rapport aux

pays comparables : ce volet « recherche en Centres de Santé » permettra donc à la fois de mieux connaître l'offre de 1er recours tout en conférant à ces structures un attrait nouveau de nature à attirer des jeunes – ou moins jeunes – médecins soucieux de compléter leur exercice par des travaux de recherche.

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

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

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

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

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

Un enregistrement exhaustif du recours aux urgences pour les accidents de la vie courante a été réalisé par neuf hôpitaux en France. Ainsi, 450 000 chutes accidentelles par an, dont 330 000 survenant chez les femmes et 120 000 chez les hommes (Ricard, Thélot, 2008) sont dénombrées chez les personnes âgées. Elles représentent 84 % des accidents de la vie courante chez les plus de 65 ans (Ricard, Thélot, 2008). La prévalence des troubles de la marche et de l'équilibre est importante dans le groupe des personnes âgées, variant de 20 à 60 % en fonction essentiellement de deux paramètres que sont l'âge et l'altération de l'état de santé. Le taux de rechute dans l'année est également élevé.

Les études mentionnant les rechutes ont montré que l'incidence des chutes à répétition (au moins 2 chutes et plus pour 12 mois de suivi) était comprise entre 11 % et 21 %. Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la problématique des chutes à répétition ont été élaborées par un groupe de travail de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS). Il s'agit de fournir aux professionnels de santé une démarche clinique d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées qui soit applicable à la pratique quotidienne (SFGG, 2009).

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

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

Elle témoigne le plus souvent d'une diminution des ressources attentionnelles retentissant sur les capacités d'enregistrement des informations ou sur leur récupération. Dans un certain nombre de cas, cependant, la plainte mnésique est en rapport avec une affection cérébrale organique telle la maladie d'Alzheimer (MA) qui constitue la pathologie neurodégénérative la plus fréquente. La prévalence de la maladie d'Alzheimer croît avec l'avancée en âge pour atteindre 13,2 % chez les hommes à partir de 75 ans et 20,5 % chez les femmes après 75 ans. Il existe par ailleurs en France un sous-diagnostic de cette affection puisque la moitié des cas ne serait pas diagnostiquée ou déclarée et on estime qu'il s'écoule en moyenne une période de deux ans entre les premiers symptômes caractéristiques et le moment où la maladie est diagnostiquée. En termes de santé publique, les répercussions de cette maladie représentent un enjeu socio-économique de première importance puisqu'elles accélèrent le processus de dépendance et de perte d'autonomie

aboutissant à un taux de placement en institution élevé et à un coût financier non négligeable.

La consultation dédiée au plus de 65 ans permet à l'équipe médicale d'un Centre de santé de repérer facilement les sujets ayant déjà chuté et de sensibiliser les consultants n'ayant pas chuté à ce risque. Au décours de l'examen, il parait logique de proposer une prise en charge de ce risque en invitant les consultants à participer à des ateliers « prévention des chutes ». Ainsi, une approche personnalisée des problèmes dépistés lors de l'examen tant au niveau de la coordination, de l'équilibre, ou de la marche pourra être réalisée pendant ce type d'ateliers.

Lors de la consultation standard, la recherche d'une plainte de la mémoire n'est pas systématique. Un test simple tel que le MMSE (Folstein) ajouté à la batterie de tests ciblant le risque de chute chez les consultants seniors constitue une approche novatrice qui sera proposée par vagues dans les Centres de santé Polyvalents après l'implantation sur certains sites pilotes.

Une filière de prise en charge des sujets fragiles est expérimenté à CARMAUX avec l'accord de l'ARS Midi-Pyrénées : grâce à un outil simple de repérage validé par l'Université et l'Equipe Régionale Vieillissement les sujets âgés fragiles sont dépistés lors de la consultation et se voient proposés une prise en charge spécifique en HDJ. Le programme rééducatif mis en œuvre lors de ces hospitalisations de jour est fixé en s'appuyant sur l'expérience conduite par cette équipe au niveau régional.

La mise en place de cette filière, associant repérage de la fragilité et programme d'HDJ susceptible de minimiser celle-ci, constituent une activité innovante qui, encore une fois, non seulement ne dégrade pas le modèle médico-économique des Centres de Santé mais génère une activité à la fois sur le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier

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

L'ouverture des Centres de Santé polyvalents à tous les publics, quel que soit le régime d'affiliation impose de reconsidérer les besoins des populations consultant nos structures. Dans les bassins de vie frappés par le chômage et les difficultés économiques un repérage social de la précarité doit s'associer à un repérage des problèmes de santé mentale.

Qu'il s'agisse de mal-être, d'addictions à différents psychotropes cette recherche systématique conduira à un adressage aux structures compétentes par des circuits identifiés (avec les CMP en particulier).

Ces filières de prise en charge seront identifiées territoire par territoire et feront l'objet de conventions de partenariat sur des objectifs de fluidité des circuits, de rapidité de réponse à la demande et de suivi des publics concernés.

Des instruments validés seront mis en place afin de faciliter ce repérage et de systématiser sa mise en œuvre sur les territoires de forte prévalence de la précarité-socio-économique.

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

Le développement de l'Education Thérapeutique répond au poids sans cesse croissant des maladies chroniques, en particulier chez le sujet âgé chez lequel celles-ci s'ajoutent les unes aux autres, contribuant ainsi à majorer la fragilité de la personne.

C'est vers les maladies chroniques les plus prévalentes que sera ciblée notre action, qui s'adressera aux sujets diabétiques mais aussi aux sujets atteints de maladies cardio-vasculaires.

Des programmes d'éducation thérapeutique pourront ainsi être mis en œuvre, au sein de nos structures après agrément par l'Agence Régionale de Santé des contenus éducatifs et leur planification. Des partenariats seront recherchés, en particulier avec les Centres d'examens de l'Assurance Maladie qui ont démarré depuis bientôt quatre ans des programmes éducatifs validés. Un adressage des patients qui consultent dans les Centres de Santé Polyvalents sera organisé toutes les fois que la proximité le permet entre nos structures et celles du Régime Général.

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

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

7- FAVORISER LA FORMATION CONTINUE DANS LE CADRE DU DEVELOPPEMENT CONTINU PROFESSIONNEL (DPC) INTEGRANT LES BESOINS DE FORMATION SPECIFIQUES LIES AUX OBJECTIFS DE LA STRATEGIE **MEDICALE** NATIONALE. ΕN **PARTICULIER** SUR LE **CHAMP** DU VIEILLISSEMENT ET DE LA BIENTRAITANCE EN **ETABLISSEMENT** 

Les Centres de Santé constituent aussi un lieu privilégié de développement professionnel continu, les professionnels qui y exercent aspirant à se former de manière dynamique sur des sujets concrets de leurs pratiques quotidiennes.

Dans le cadre du DPC seront proposées aux médecins en particulier des formations portant sur le champ gérontologique, en particulier sur le thème de la fragilité, du risque de chute et des troubles cognitifs.

En établissement (SSR, EHPAD mais aussi SSIAD) une formation spécifique à la prévention de la maltraitance sera organisé en résidentiel et en groupes pluri-professionnels associant médecins, infirmières, aides-soignantes par séquences de trois heures trois fois par an. Il s'agit d'une démarche visant à resserrer le lien social entre catégories de personnels différentes gravitant toutes autour de la personne âgée avec une prise en charge globale et collective du risque de maltraitance.

Sur le champ de l'Education Thérapeutique, et en fonction des programmes éducatifs à construire sur les territoires, des formations en conformité avec les exigences réglementaires, notamment sur les volumes horaires d'enseignement, seront favorisées.

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

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

La formation pratique constitue un volet essentiel de la formation. C'est dans ce cadre que se dessine le lien entre le futur professionnel de santé et les établissements sanitaires et médico-sociaux où il pourra exercer par la suite. De la même facon, l'accueil des étudiants chez des maîtres de stage libéraux est l'occasion de se confronter à d'autres modes d'exercice de la profession. Cette approche pragmatique des professions de santé et, in fine, la mise en œuvre des besoins de santé de la population est une des pierres angulaires de la formation des internes de médecine, de pharmacie et d'odontologie. En effet, s'ils conservent un statut d'étudiant aux yeux de l'Université, les internes sont bel et bien des professionnels de santé en formation pour le Code de santé publique. A cet égard, ils participent au fonctionnement des services et maîtres de stage au sein desquels ils sont affectés chaque semestre

Sur le plan du premier recours, la volonté de chaque ARS est de multiplier les lieux de stages chez le praticien médecin généraliste pour offrir un panel d'encadrants suffisant pour un nombre d'internes qui ne cesse de croître, mais aussi pour bien mailler le territoire, y compris dans les zones déficitaires où le rôle du médecin traitant ,pivot du système de santé, est encore plus important qu'ailleurs.

.Plusieurs critères de choix individuels propres à chaque interne (aspirations pour telle ou telle discipline/spécialité, pour telle ou telle région ; choix du conjoint(e) ; rang de classement, etc.) conduisent à des effets visibles dans les régions et les territoires. Il convient de souligner que l'une des 12 mesures du Pacte Territoire – Santé est l'obligation de mettre en place, dans chaque région, un stage de médecine générale chez le médecin généraliste) pour tous les étudiants de 2<sup>e</sup> cycle afin que ceux-ci découvrent un autre mode d'exercice que le mode hospitalier qu'ils connaissent depuis la 2<sup>e</sup> année d'études de médecine. Cette découverte d'un métier et d'un territoire vise à « donner envie » aux futurs internes de choisir ensuite la médecine

générale non plus de manière contrainte par le rang de classement mais par choix positif. L'enjeu pédagogique devient territorial ce qui est encore plus vrai lorsqu'une grande majorité des internes d'une région ayant choisi la médecine générale sont originaires de cette région. C'est à l'aune de ce constat statistique que se mesure aussi l'attractivité d'un territoire et les installations après la formation...

Un recensement des Maîtres de Stage exerçant en Centres de santé polyvalents permettra la constitution d'un groupe de travail afin de proposer un cadre d'accueil et des référentiels communs à tous les Centres. Dans le cadre du Plan National de Formation des appels à candidature seront lancés de façon à répondre aux besoins d'encadrement et de lieux de stage exprimés par les différentes Agences Régionales de Santé.

Cette démarche ne dégrade pas la performance des structures d'accueil, bien au contraire, et ce d'autant qu'elle est partagée entre plusieurs lieux d'encadrement.

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

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

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

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

Pour pouvoir vivre à leur domicile, les sujets Alzheimer bénéficient d'aides plus ou moins étendues et plus ou moins organisées. Ces aides peuvent être qualifiées d'informelles lorsqu'elles sont apportées par l'entourage — le conjoint, les enfants, les voisins — ou d'aides formelles lorsqu'elles sont fournies par des professionnels du champ sanitaire et social.

L'aide formelle à domicile est représentée par toute une série de structures et d'organisations de professionnelles du secteur sanitaire et social et comprend entre autres : l'Hospitalisation à Domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services de maintien à domicile, les structures assurant une information et une coordination : les Centres Locaux d'Information de

Coordination (CLIC), l'ensemble des professionnels libéraux de santé, et les représentants des usagers. Leur organisation est généralement arrêtée lors de la définition du plan d'aide, à l'occasion de la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : sont alors précisés le profil des intervenants à domicile, leur fréquence et leur durée, les types de tâches qui seront assurées afin de s'adapter à la situation de dépendance ou du handicap, de prendre en compte le projet de vie des personnes concernées et de s'articuler avec l'action des aidants familiaux .

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, un des axes importants consiste à favoriser le soutien à personnels par de l'intervention domicile spécialisés. Le renforcement à domicile de l'offre de services de soins adaptés s'organise avec le recrutement de personnel spécialement formé. Des équipes spécialisées, composées d'assistants de soins en gérontologie, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes dans le cadre des SSIAD ou dans le cadre des services polyvalents d'aides et de soins à domicile (SPASAD) ou encore dans le cadre de groupements de coopération sociale et médicosociale (GCSMS), doivent faciliter le soutien à domicile par la coordination des professionnels et le soutien aux aidants.

Malgré ces aides formelles, le maintien à domicile repose en bonne partie sur l'aidant principal qui est le plus souvent un conjoint âgé. Une difficulté est, de ce fait, apparue ces dernières années et est liée au vieillissement du proche lui-même affecté par des comorbidités le faisant entrer dans la spirale de l'incapacité et du handicap.

Par conséquent, apprécier la possibilité du maintien à domicile du patient Alzheimer requiert une évaluation de l'état de santé et des incapacités de l'aidant principal. Il s'agit d'une information primordiale dont il convient de disposer afin de mieux expliquer comment, à domicile, se situe le curseur de la répartition entre l'aide formelle et informelle délivrée au malade Alzheimer, cet aspect environnemental pouvant constituer par ailleurs l'un des facteurs de l'institutionnalisation.

L'évaluation du fardeau de la maladie par échelle de Zaritt simplifiée chez les aidants permettra, lors de la consultation en Centre de Santé Polyvalent, de proposer à ces publics un adressage de leurs malades vers une structure répit ou l'intervention des services appropriés (CLIC, Service Sociaux...) afin de prévenir les situations de rupture, et d'éviter ainsi l'institutionnalisation du malade ou tout au moins la retarder. Cette problématique concerne tout autant les aidants de malades atteints de maladie de Parkinson, de séquelles post neurologiques -accident vasculaire cérébral, de sclérose en plaque....etc . Dans tous les cas la mesure du fardeau de la maladie chez l'aidant constitue un temps de consultation supplémentaire, ne dégradant pas le modèle économique de l'offre de soins ambulatoires qui repose sur le paiement à l'acte.

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

Les Centres de Santé Polyvalents participent à l'accès de tous à des soins de qualité, sans sélection ni discrimination comme structures de proximité, se situant au plus près des populations et de leurs besoins.

Ils peuvent désormais s'appuyer sur le référentiel d'évaluation élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) (février 2007) avec les institutions composant le Regroupement National des Organismes Gestionnaires des Centres de Santé (RNOGCS). L'application de ce référentiel repose sur un dispositif progressif regroupant deux étapes :

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

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

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

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

-la garantie de l'accès aux soins pour tous

-des réponses téléphoniques, un accueil physique et des solutions de prise en charge adaptées à la situation de chacun y compris pour les soins non programmés

-une garantie de libre choix du praticien

-une coordination des rendez-vous avec les différents professionnels du Centre

-la délivrance d'informations claires et précises dans le cadre d'une confidentialité absolue et un partage d'information entre professionnels assurant la meilleure coordination des soins possible.

La labellisation pourra être conduite en multisite au sein d'une même région, les retours d'expérience des sites pilotes permettant un déploiement par vagues successives au cours de la présente COG.

Une meilleure efficience globale des structures est attendue de cette démarche, en particulier grâce à une gestion optimisée des rendez-vous et des rappels systématiques des patients permettant de maximiser le présentéisme quotidien des consultants.

AXE 2

## ASSURER LE PILOTAGE ET LE SUIVI DES GESTIONS DELEGUEES

#### N CONTEXTE, ENJEUX ET CONTRAINTES

#### 1. CONTEXTE

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

- -assurance vieillesse et invalidité
- -action sanitaire et sociale

Il va poursuivre et achever ce mouvement par le transfert, sous mandat de gestion, des activités assurantielles maladie et AT MP.

#### 2. ENJEUX

Pour autant le conseil d'administration demeure légitime à fixer des orientations, suivre les activités et, le cas échéant, arrêter les comptes afférents.

#### 3. LES CONTRAINTES

Créer un contexte vertueux d'échanges d'informations entre la CANSSM et les opérateurs, indépendants et multiples, auxquels ces gestions ont été déléguées.

#### N CADRE ET PERIMETRE

#### 1. ASSURANCE VIEILLESSE ET INVALIDITE

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

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

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

#### 2. ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

#### Article 79 du décret du 30 août 2011 :

- II. La gestion de l'action sanitaire et sociale mentionnée au 5° du I de l'article 15 du décret du 27 novembre 1946 susvisé dans sa rédaction résultant de l'article 3 du présent décret est transférée, le 31 mars 2012 au plus tard, à l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs. Pour autant, la loi n° 2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'Agence nationale pour la
- Pour autant, la loi n° 2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs et diverses dispositions relatives aux mines est ainsi modifiée :
- « Toutefois, et pour le compte du régime spécial de la sécurité sociale dans les mines, l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs détermine les orientations de la politique d'action sanitaire et sociale individuelle au bénéfice des ressortissants de ce régime et en assure également la gestion. Elle liquide, verse ou attribue les prestations correspondantes. Elle fixe, coordonne et contrôle l'ensemble des actions engagées en matière de politique d'action sanitaire et sociale et en établit un bilan annuel. »

## 3. ASSURANCES MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

En application des conclusions de l'Instance de Coordination Stratégique présidée par le Préfet honoraire Philippe RITTER; la CANSSM, dans un cadre qui sera précisé par un décret modificatif du décret du 27 novembre 1946 et la COG 2014-2017, donnera mandat de gestion à la CNAMTS (et aux organismes de son réseau) pour gérer pour son compte l'assurance maladie et les risques professionnels des ressortissants du régime minier de sécurité sociale.

#### N LE REPORTING ATTENDU

#### 1. DE LA CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATIONS

La fourniture des mêmes éléments que ceux présentés au conseil d'administration ou soumis à sa délibération ou à son approbation, à savoir :

- 1) les rapports annuels de Retraite des Mines et de Retraite des Statutaires,
- 2) Les prévisions budgétaires pluri-annuelles pour la Direction du Budget et la Direction de la Sécurité Sociale, bilan annuel de la gestion, indicateurs de la COG 2012 2015 et facturation annuelle, statistiques mensuelles Avenants 24,
- 3) Les comptes annuels certifiés de Retraite des Mines en liaison avec l'Agence comptable de la CANSSM.
- 4) Le reporting annuel Contrôle des Risques,
- 5) La fourniture d'études ponctuelles et de fichiers informatiques,
- 6) Une veille législative et réglementaire concernant les réformes des retraites, assistance juridique ponctuelle à la CANSSM.

#### En outre la CDC fournira directement :

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

#### 2. DE L'ANGDM

#### Sont attendus:

- les éléments statistiques et financiers sur les différentes prestations individuelles servies, selon le modèle élaboré par la CANSSM et renseigné par les CARMI jusqu'en 2011.
- les éléments financiers nécessaires au suivi budgétaire des dépenses de fonctionnement, notamment celles liées aux dépenses de personnels transférées au titre de l'article 12 du décret 2012--434 du 30 mars 2012.

#### 3. DE LA CNAMTS

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

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

### N LES ATTENTES

#### 1. LES ENGAGEMENTS DE L'ETAT

La CANSSM sollicite l'appui de l'Etat pour obtenir de ses partenaires les éléments indiqués.



AXE 2

## LE MANDAT DE GESTION ASSURANTIEL

#### N ENJEUX ET CONTRAINTES

#### 1. ENJEUX

L'enjeu principal est le maintien des droits des affiliés du régime. La poursuite de l'activité dans le cadre d'un mandat de gestion donné à un partenaire de référence garantit à minima cet objectif, dans la durée, la qualité des engagements du régime auprès de ses ressortissants et permet d'envisager de la porter à un niveau supérieur à celle proposée aujourd'hui.

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

Le partenaire garantira aux mineurs et à leurs ayants droits un niveau de qualité de prestation à minima identique à celui d'aujourd'hui.

L'autre enjeu est de garantir aux personnels des emplois, une professionnalisation et des perspectives de développement de carrière.

#### 2. LES CONTRAINTES

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

Le transfert des activités est souhaité pour Mi 2015 au plus tard

#### N PERIMETRE ET OBJECTIFS

#### 1. PERIMETRE

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

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

L'action sanitaire et sociale a été transférée en avril 2012, à l'ANGDM.

#### 2. ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNELS

Une convention précisera le cadre juridique et les modalités du transfert du personnel ; elle aura pour cadre l'article 30 de la LFSS pour 2014. Les CARMI seront appelées, autant que faire se peut, à dédier des sites spécifiques et complets à l'activité assurantielle et à stabiliser les effectifs affectés à l'activité. Les IRP seront informées et consultées conformément à la réglementation en vigueur.

#### N LES ENGAGEMENTS

#### 1. DU MANDATAIRE

La CANSSM souhaite que la CNAMTS s'engage à garantir le maintien des liens existants avec la CDC pour la vieillesse et le recouvrement, l'ANGDM pour l'ASS, et les ELSM pour la médecine conseil.

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

Un respect de la visibilité du régime et un engagement sur la qualité du service rendu.
 présence du logo du régime minier sur les documents à destination des partenaires, affiliés
 S'agissant des organismes complémentaires, il est demandé à la CNAMTS de respecter les conventions signées par la CANSSM.

La mission nationale de conciliation qui répond à l'obligation de l'art.58.VII de la loi du 13 août 2004, pourra être traitée en application d l'article L 162-15-4 du code de la SS (Les réclamations concernant les relations d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers sont reçues par une personne désignée par le directeur après avis du conseil au sein de cet organisme afin d'exercer la fonction de conciliateur pour le compte de celui-ci. Son intervention ne peut pas être demandée si une procédure a été engagée devant une juridiction compétente par l'usager la sollicitant. L'engagement d'une telle procédure met fin à la conciliation. Un conciliateur commun à plusieurs organismes locaux d'assurance maladie peut être désigné conjointement par les directeurs des organismes concernés après avis de leurs conseils respectifs).

La CANSSM demandera à la CNAMTS de mettre à la disposition des bénéficiaires du régime minier un ou plusieurs référents pouvant jouer un rôle de médiation entre la CNAMTS, les CPAM concernées et les assurés du régime minier ; ce ou ces référent(s) assurant également les relais de niveau 2.

- une prise en charge la plus complète possible de la conduite du changement, dans l'animation de chaque phase du projet, tant à l'égard de l'ensemble des usagers du régime, que des personnels.
- l'intégration des règles de gestion légalement et réglementairement spécifiques aux affiliés miniers, avec possibilité de conservation lors de la mise en place du mandat, de certains des outils propres au RM, et de la base des rentiers AT/MP (PRIAM).

Ces éléments feront l'objet d'une convention globale et de différentes conventions qui définiront : les relations extérieures, les relations comptables, le reporting, les conditions de mise à disposition du personnel dans le cadre de l'article 30 de la LFSS.

#### LES RELATIONS EXTERIEURES A CONSERVER

#### CDC

La CDC a reçu un mandat de gestion de la CANSSM concernant l'assurance vieillesse invalidité et dispose des données relatives aux dossiers de compte et de pensions, les liaisons informatives sont à maintenir.

En matière d'affiliation maladie, les droits sont déterminés à partir de ces dossiers même. Ces éléments sont nécessaires, notamment dans le cadre de l'établissement des formulaires de soins de santé des pensionnés vers l'étranger dans le cadre des Règlements Européens et des Etats avec lesquels la France a signé une convention bilatérale de sécurité sociale.

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

#### **ANGDM**

L'action sanitaire et sociale du régime miner a été transférée en mars 2012 à l'ANGDM. Concernant l'ASS maladie, deux prestations particulières sont à prendre en compte, pour la gestion en ASS individuelle (ex 2.2 b):

- Les transports
- Les cures thermales

Les liaisons de gestion et d'information sont à maintenir, et le non cumul des droits ASS au RG et au RM garanti.

Concernant les demandes de MP, l'ANGDM est consultée sur la carrière professionnelle des affiliés dont elle garantit les droits.

#### MEDECINE CONSEIL DU R G

Les relations avec la médecine conseil existent au travers des relations mises en place avec les ELSM du régime général.

#### LES RETOURS D'INFORMATION

## LES RETOURS D'INFORMATIONS DE GESTION COMPTABLE ET FINANCIERE

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

#### LES TABLEAUX DE BORD D'ACTIVITE ET DE SUIVI

La CNAMTS sera sollicitée pour mettre à disposition de la CANSSM, selon une périodicité à définir, un ensemble de tableaux de bords et d'indicateurs lui permettant de suivre l'activité et la qualité du service rendu, de délai,... afin d'en rendre compte à son conseil d'administration.

#### LES CRA ET LA COMMISSION DES PENALITES

Dans le cadre d'un mandat de gestion des prestations assurantielles, la CRA reste organisée à l'identique, son Secrétariat pour la partie Maladie et AT-MP sera confié à l'opérateur preneur. Les mêmes modalités sont à mettre en place pour la commission des pénalités.

#### 2. LE REGIME S'ENGAGE A :

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

#### Exemples:

- o des mises à disposition de personnels par la CNAMTS <u>avant</u> le transfert (une solution complémentaire serait la gestion de feuilles de soins papier à scanner et à saisir par le RG avant injection dans le traitement informatique du RM).
- o le poste de direction de l'assurance maladie, dont le titulaire vient de partir en retraite

- Donner à son CA les informations relatives au suivi du mandat de gestion
- Tenir des indicateurs de suivi de l'activité qui reste de sa responsabilité directe
- Suivre les dépenses relatives au mandat de gestion, et notamment les coûts conformes à la convention passée avec le mandataire, et le coût des personnels transférés et ayant opté pour la mise à disposition.

#### 3. LES ENGAGEMENTS DE L'ETAT

La CANSSM souhaite organiser la mise sous mandat de gestion de ses activités assurantielles dans un cadre juridique

- qui clarifie les rôles des deux régimes et les engagements de la CNAM.
- qui rende la démarche opposable à l'ensemble des acteurs du régime minier et aux tiers.

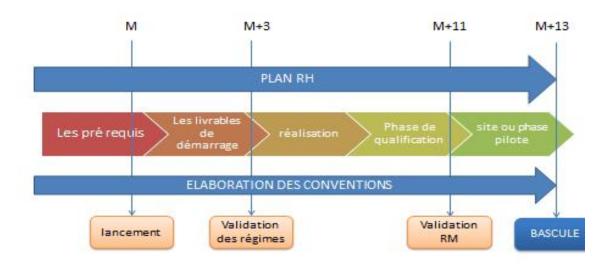
A cette fin, l'Etat apportera son soutien et les supports juridiques et réglementaires nécessaires à la mise en œuvre de cette opération ; et procédera à l'intégration du mandat de gestion au sein du décret de 1946 modifié, conformément aux dispositions relatives au mandat de gestion de l'assurance retraite confié à la CDC.

#### **N** PLANIFICATION

Les livrables pour le démarrage :

- Plan projet
- · Cahier des charges technico fonctionnel
- Schéma d'organisation
- Plan RH : modalité transfert, plan de formation

### Les grandes étapes



DOCUMENT DE PRANTE

## **AXE** 3

## ADAPTER L'ORGANISATION DE L'ENTREPRISE A SES NOUVEAUX ENJEUX

#### N CONTEXTE ET ENJEUX

#### 1. CONTEXTE

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

Dans ce cadre, les rôles respectifs du conseil d'administration de la CANSSM, de son directeur général, de l'agent comptable, des directeurs régionaux, des agents comptables territoriaux et des conseils locaux maintenus, ont été modifiés.

A la suite du décret du 28 mars 2013 ouvrant de nouvelles perspectives pour la CANSSM, des évolutions sont à nouveau nécessaires pour organiser l'avenir du régime minier, qui rencontre des difficultés importantes, notamment sur le plan financier et de sa gestion.

#### 2. ENJEUX

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

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

#### N PERIMETRE ET OBJECTIFS

#### 1. RENFORCER LA GOUVERNANCE DU REGIME

La rénovation de la gouvernance du régime doit être poursuivie et renforcée. En effet, engagée pour une période qui devait être transitoire, elle n'est pas adaptée aux enjeux de la COG 2014-2017.

Les rôles respectifs des organes de décision de la CANSSM doivent être affirmés, dans le prolongement de la réforme engagée en 2011, avec la prise en compte de sa double nature: un organisme de sécurité sociale d'une part, un opérateur en santé d'autre part.

Une gouvernance propre à l'offre de santé, permettant d'intégrer des représentants des usagers et des ARS, doit être étudiée. La représentation du personnel au niveau du Conseil d'administration de la CANSSM peut être envisagée.

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

A cette fin, une révision du décret du 27 novembre 1946 devra intervenir avant le premier semestre 2014.

#### 2. RENOVER L'ORGANISATION TERRITORIALE

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

1. Nord-Pas-de-Calais ; Basse Normandie ; Pays de la Loire

- 2. Lorraine; Alsace; Bourgogne
- 3. Rhône-Alpes; Auvergne; Provence-Alpes-Côte d'Azur; Languedoc-Roussillon; Midi-Pyrénées, Aquitaine.

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

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

## 3. AMELIORER LA COHERENCE DES ORGANISATIONS INTERNES PAR LA MISE EN PLACE D'UN ORGANIGRAMME INTEGRE.

La répartition des rôles et des responsabilités entre les échelons nationaux, régionaux et locaux sera clarifiée et facilitée par la mise en place d'un organigramme intégré.

Les directions centrales du siège participeront à la définition de la stratégie de l'entreprise et superviseront sa mise en œuvre, en s'appuyant à cette fin sur les directions régionales.

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

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

## 4. FAIRE EVOLUER LES STATUTS COLLECTIFS DES PERSONNELS

Les conventions collectives minières ne sont aujourd'hui plus adaptées aux besoins de l'entreprise CANSSM.

Aussi, la CANSSM doit-elle rechercher avec les délégués syndicaux centraux une évolution des statuts collectifs des personnels, qui permette de gérer les activités de façon compétitive par rapport aux autres opérateurs, et de faciliter d'éventuels rapprochements.

La conclusion d'une convention collective d'entreprise unique, qui se substituerait aux conventions collectives actuelles, et qui renverrait largement aux dispositions de conventions collectives de branche par métier, est privilégiée.

Celle-ci comprendrait:

- Un socle de dispositions communes,
- Un renvoi aux dispositions UCANSS pour les personnels administratifs et les personnels soignants des établissements (voire à la FEHAP pour ces derniers),
- La définition de dispositions particulières pour le personnel de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile et pour les personnels soignants des centres de santé : principes communs à toutes les professions médicales et paramédicales, spécificités par métier et spécialité.

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

- La négociation de l'accord sur les personnels concernés par un transfert d'activité visé à l'article 30 de la LFSS pour 2014,
- La négociation d'un dispositif d'accompagnement à la mobilité,
- La généralisation de la complémentaire santé

## 5. POURSUIVRE LA POLITIQUE DE GPEC POUR ACCOMPAGNER LES EVOLUTIONS DE L'ENTREPRISE

1 - Etablir une cartographie prospective des emplois

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

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

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

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

Un plan de Formation sera élaboré en cohérence avec les axes stratégiques de la présente COG.

#### Axe managérial:

- renforcer la dimension managériale, la conduite de projet et du changement
- identifier, prévenir et traiter les risques psychosociaux

#### Axe métier :

- améliorer l'efficacité dans la réalisation des cœurs de métier, toutes branches d'activité confondues, notamment pour les fonctions support et les domaines des œuvres et de l'assurantiel
- > prévenir et réduire la pénibilité au travail

#### Axe maîtrise des risques :

- > conforter les démarches qualité, la gestion du risque et le contrôle interne
- consolider le contrôle de gestion, la gestion budgétaire, la comptabilité analytique

#### Axe soins :

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

#### Axe qualité :

A décliner pour chaque métier afin de favoriser l'employabilité de chacun et l'accompagnement des projets professionnels individuels, les leviers DIF, CIF, VAE, période de professionnalisation notamment seront mis en œuvre.

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

4 - Accompagner les salariés des activités récessives dans leur projet professionnel

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

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

5 - Préparer et sécuriser le transfert des personnels de l'assurantiel.

6. OBTENIR LA CERTIFICATION DES COMPTES, EN ASSURANT LA MAITRISE DES RISQUES, EN GARANTISSANT LA FIABILITE DES OPERATIONS COMPTABLES ET L'INTEGRITE DES DONNEES

#### 1 - CONTEXTE, ENJEUX ET CONTRAINTES

#### LE CONTEXTE

Le Régime Minier est engagé comme les autres régimes de sécurité sociale dans une démarche annuelle de certification de ses comptes.

Cet objectif n'a pas encore été atteint, quand bien même les commissaires aux comptes ont pu noter des progrès, ces derniers demeurent cependant encore insuffisants.

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

Depuis 2011 a été mise en œuvre une démarche d'homogénéisation et de pilotage centralisé des actions de contrôle interne. Le décret du 30 août 2011 fusionnant la CAN et les CARMI a conforté cette orientation qui s'est concrétisée par :

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

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

#### **LES ENJEUX**

- Garantir la correcte évaluation des risques et la correcte adéquation des actions de maîtrise de ces risques.
- Assurer la mise en œuvre systématique et permanente des actions de maîtrise.
- Garantir le moment venu à l'opérateur qui prendra en charge l'activité assurantielle sous forme de mandat de gestion que ce risque est sous contrôle.
- Obtenir la certification des comptes pour crédibiliser la gestion par le régime minier des risques assurantiels et de l'offre de santé.

#### **LES CONTRAINTES**

- Optimiser la gestion par processus (dépasser le principe de gestion par territoires)
- Créer une seule base comptable (faire évoluer le système informationnel)
- Définir le contenu du mandat de gestion confiant la gestion des risques de l'assurantiel à un opérateur partenaire (obligations réciproques en termes d'échanges d'informations, des flux de trésorerie, de la maîtrise des risques)

#### 2- PERIMETRE ET OBJECTIFS

#### **DOMAINE ASSURANTIEL**

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

#### **DOMAINE OFFRE DE SANTE**

- Fédérer l'ensemble des initiatives locales autour d'un plan de contrôle interne national cohérent et piloté par la CAN en relation avec les CARMI. Ce dispositif devra par ailleurs contribuer à améliorer la gestion des structures.
- Optimiser les procédures de facturation des actes médicaux en recourant principalement aux outils de dématérialisation et sécuriser le recouvrement des créances.
- Optimiser les procédures d'inventaires physiques (parc immobilier, stocks)
- Sécuriser les procédures et contrôles du chiffre d'affaires, des achats, de la paie.
- Mettre en œuvre une comptabilité analytique permettant :
  - une imputation des charges et produits selon un découpage en unité fonctionnelle des établissements et associations,
  - d'obtenir des données macro-économiques au niveau du siège du régime minier par agrégation des données des établissements et œuvres.

La démarche doit être complétée par la mise en place d'indicateurs clés et de tableaux de bord harmonisés (avec centralisation au niveau national) permettant le pilotage et la surveillance des activités.

#### LA CERTIFICATION DES COMPTES

L'obtention de la certification des comptes du Régime Minier est conditionnée principalement par le niveau de maîtrise des risques auquel concourent les items cités précédemment : contrôle interne des domaines assurantiel et offre de soins.

Une clarification des modalités de pilotage et de comptabilisation de la gestion de l'ASS déléguée à l'ANGDM.

L'optimisation du suivi des provisions pour risques et charges.

L'évaluation des engagements sociaux (avantages logements, avantages chauffage, indemnités de départ à la retraite, médailles du travail ...)

La correcte évaluation des risques attachés à certains actifs (tels les prêts accordés à l'AHNAC et HOSPITALOR)

#### 7. LA MUTUALISATION DES FONCTIONS SUPPORT

La mutualisation des fonctions support résulte naturellement de la transformation du régime minier en entreprise unique. Elle permettra en premier lieu d'aboutir à des convergences entre les sites territoriaux et en second lieu d'unifier les procédures de l'ensemble des activités.

Les actions entreprises dans ce domaine, dans le cadre du plan de gestion initié dès janvier 2013, ont vocation à être poursuivies et intensifiées tout au long de la durée de la présente COG.

Les principales finalités de la mutualisation des fonctions support sont :

- des économies de gestion grâce à la réduction des effectifs permise par le dispositif de retraite anticipée.
- la valorisation des compétences,
- le partage des connaissances/la transmission des savoirs pour garantir la continuité de service de l'entreprise
- la création de pôles d'expertise.

Ce dernier point pourra justifier des mobilités fonctionnelles et/ou géographiques. Il pourra également avoir pour conséquences la fermeture et la cession de sites.

Les principaux domaines concernés sont:

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

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

L'externalisation de certaines fonctions auprès de partenaires institutionnels sera également envisagée.

#### 8. ELABORER UNE STRATEGIE DE COMMUNICATION

- 1 En appui de la mise en œuvre du projet d'entreprise et de la conduite du changement
- 2- Promouvant l'offre de santé FILIERIS et son ouverture aux assurés sociaux de tous régimes
- 3- Contribuant à l'information des affiliés sur leurs droits et participant à la qualité de service
- 4- Valorisant l'image de l'institution CANSSM auprès de ses partenaires institutionnels

#### 9. ASSURER LA MUTABILITE DU SYSTEME D'INFORMATION

Un schéma directeur du système d'information sera élaboré et annexé à la COG en vue de préciser les opérations nécessaires pour :

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



#### **LES ATTENTES**

#### 1. LES ENGAGEMENTS DE L'ETAT

L'Etat est sollicité pour valider des objectifs stratégiques définis ci-dessus et, si nécessaire, exprimer son appui politique pour permettre leur mise en œuvre, en particulier par l'exercice du pouvoir réglementaire.

#### N PLANIFICATION

Les évolutions indiquées nécessitent un an de mise en œuvre à partir de la date de décision.

DOCUMENT DE PRANTE

**AXE** 3

## SCHEMA DIRECTEUR INFORMATIQUE 2014/2017

Ce document représente une première trame des éléments qui pourraient constituer le futur schéma directeur des systèmes d'information de la CANSSM pour la période 2014-2017. Dans l'attente des orientations nouvelles qui seront données par la COG, ce document présente à périmètre inchangé les projets à mener pour assurer la maintenance et la gestion des activités de la CANSSM tant dans les domaines métier de l'assurantiel et de la santé que dans les fonctions support.

#### CONTEXTE

Au terme du décret du 30 Aout 2011, l'ensemble des activités du Régime Minier devait être transféré à la CNAM à l'exception de l'ASS qui devait être transférée à l'ANGDM. Dans ce contexte, il n'y a pas eu d'élaboration de schéma directeur Informatique mais des orientations informatiques inscrites dans la Convention d'objectif et de Gestion couvrant la période 2012-2013. Ces orientations consistaient essentiellement à préparer le transfert en fiabilisant les outils en place, en réduisant les maintenances aux seules évolutions réglementaires dans le domaine de l'assurantiel notamment et en limitant les investissements à la mise en place de quelques logiciels métiers complémentaires nécessaires au pilotage de l'activité Santé que ce soit en ambulatoire ou dans les établissements. Aucun investissement majeur n'était prévu pour mettre à niveau l'infrastructure du Centre de production informatique. L'instauration du moratoire le 7 aout 2012 puis l'abrogation de l'article 80 le 28 mars 2013 n'ont pas eu d'impact direct sur ce plan d'actions mais l'ont plutôt conforté dans sa réalisation dans l'attente des orientations à venir de la future COG 2014-2017.

#### **ENJEUX DU SCHEMA DIRECTEUR 2014-2017**

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

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

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

La poursuite de l'activité nécessite de moderniser les logiciels de gestion administrative (Comptabilité, RH,...) qui deviendront (voire le sont déjà pour certains) obsolètes pendant la durée de la COG. Cette

rénovation doit s'inscrire dans le cadre plus global de fonctionnement d'une caisse unique ce qui n'avait pas été mis en œuvre précédemment compte tenu de la charge de travail et des perspectives de la COG précédente.

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

#### LES PROJETS DU DOMAINE ASSURANTIEL

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

#### 1 - LE MAINTIEN EN CONDITION OPERATIONNELLE

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

#### 2 - PROGRAMME 2

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

## 3 - ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU MANDAT DE GESTION

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

#### LES PROJETS DU DOMAINE SANTE

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

Dans <u>les structures ambulatoires</u>, chaque entité dispose d'un logiciel métier spécifique à l'activité et agréé Sesam Vitale. La facturation des actes est réalisée dans le logiciel métier. Elle est ensuite déversée dans un logiciel centralisé de suivi de l'activité et des règlements des patients à l'exception du logiciel de gestion des transports sanitaires et du logiciel de gestion des laboratoires.

Ces logiciels sont éprouvés et donnent satisfactions à l'exception du logiciel infirmier (Hellosanté) qui couvre mal les besoins des utilisateurs.

<u>Les établissements</u> sont a minima équipés d'un logiciel de gestion administrative des patients , d'un PMSI et plus partiellement selon les régions de logiciels financiers et de dossiers médicaux informatisés. Une architecture applicative homogène cible a été définie et son déploiement a été initialisé en 2013. Elle est constituée de logiciels nationaux et couvre l'ensemble des fonctions de Gestion administrative des patients, de gestion économique et financière, de Gestion de la pharmacie et de dossier médical

<u>Les services d'aide à la personne et les SSIAD</u>. La CANSSM comprend 2 services d'aide à la personne dont un est équipé d'un progiciel et le second d'un logiciel spécifique qui est en cours de remplacement par le même progiciel. Ce progiciel équipera également l'ensemble des SSIAD.

Dans ce contexte les grands projets identifiés sont :

#### POUR LES ŒUVRES AMBULATOIRES

#### 1 - LE MAINTIEN EN CONDITION OPERATIONNELLE

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

#### 2 - L'HARMONISATION DES PROCEDURES DE FACTURATION

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

## 3 - LA MISE EN ŒUVRE D'UN NOUVEAU LOGICIEL POUR LES INFIRMIERS

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

## 4 - LA MISE EN ŒUVRE D'UN NOUVEAU LOGICIEL POUR LES CABINETS D'OPTIQUE

Un bilan de l'existant et des attentes des utilisateurs permettra d'envisager le remplacement éventuel du logiciel en place qui ne semble pas complétement satisfaisant pour les utilisateurs concernés. Toutefois, en cas de fermeture rapide des cabinets d'optique, ce projet sera abandonné.

#### 5 - LA MODIFICATION DE L'ARCHITECTURE TECHNIQUE DE SUPPORT DU SYSTEME D'INFORMATION DES CENTRES DE SANTE

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

## 6 - LE DOSSIER DE SUIVI MEDICO-SOCIAL POUR PROFESSIONNELS DE SANTE (DSMPRO)

Ce système d'information permet le partage sécurisé d'informations de santé entre professionnels afin d'améliorer la prise en charge des patients. Il est directement corrélé au logiciel métier des médecins. Particulièrement adapté aux centres de santé, le DSM-pro permet d'assurer, de manière sécurisée et simple, la coordination des soins et, le cas échéant, la coordination médico-sociale avec les assistantes de service social, comme le prévoit la convention des centres de santé de 2003. La structuration des données du logiciel, permettra à terme d'élaborer des études de santé publique utiles pour répondre aux appels à projets de santé des institutions nationales ou locales, ou de développer de manière plus efficace des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Il s'agit de déployer ce dossier médico-social partagé dans l'ensemble des structures de santé du Régime Minier après l'expérience concluante effectuée dans une région pilote fin 2013 et de l'ouvrir dans un deuxième temps à des acteurs externes au régime Minier.

#### **POUR LES ETABLISSEMENTS**

#### 1- L'INFORMATISATION DES ETABLISSEMENTS SSR

Il s'agit ici de poursuivre la mise en place de différents logiciels nationaux tant financiers que médicaux définis dans un schéma cible validé par l'ensemble des directeurs d'établissement

en 2013 et qui vont permettre à la fois d'améliorer la gestion interne (Comptabilité analytique, comptabilité auxiliaire rénovée, suivi plus précis des engagements, fusion logique de bases pour faciliter le pilotage national....) et de répondre à certaines obligations réglementaires ou de certification (comptabilité analytique, dossier médical,..).

#### 2 - LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME D'INFORMATION HOMOGENE POUR LES SAP ET LES SSIAD

Il s'agit de mettre en œuvre dans les SAP et les SSIAD une solution homogène qui est le logiciel déjà en place dans le SPASSAD du Nord.

#### 3 - INFORMATISATION DES EHPAD

Il s'agit de mettre en œuvre une solution adaptée à la gestion des EHPAD gérées par le régime minier.

#### 4 - LE MAINTIEN EN CONDITION OPERATIONNELLE

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

#### LES PROJETS DES FONCTIONS SUPPORT

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

#### **POUR LES ACTIVITES FINANCIERES ET JURIDIQUES**

## 1 - MISE EN ŒUVRE D'UN NOUVEAU PROGICIEL COMPTABLE ET FINANCIER

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

#### 2 - LE MAINTIEN EN CONDITION OPERATIONNELLE

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

#### **POUR LES RESSOURCES HUMAINES**

#### 1 - MIGRATION DU LOGICIEL DE PAYE

Ce projet va consister à mettre en œuvre la nouvelle version E5 de Pléiades avec tous les apports liés à la technologie WEB en termes de souplesse d'utilisation, d'ergonomie et de fonctionnalités nouvelles.

Cette évolution est rendue nécessaire à court terme compte tenu de la limitation technique de la version actuelle dite Client/serveur qui ne permettra bientôt plus de faire évoluer le

réglementaire. Au terme de cette migration, il n'y aura plus qu'une seule base au lieu de 7 aujourd'hui pour la gestion des dossiers du personnel, la paye et la GPEC tout en permettant par paramétrage des découpages régionaux et/ou fonctionnels.

#### 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU MODULE FORMATIONS

Il s'agit de mettre en œuvre le module Formations de Pléiades ;

## 3 - GENERALISATION DU MODULE WORKFLOW DE GESTION DES ABSENCES

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

## 4 - GENERALISATION DU MODULE DE PLANIFICATION DES RESSOURCES

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

#### 5 - LE MAINTIEN EN CONDITION OPERATIONNELLE DES LOGICIELS RH

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

#### POUR LA COMMUNICATION ET LA SECURITE INFORMATIQUE

#### 1 - REFONTE DES SITES INTRANET ET INTERNET

Il s'agit de moderniser et d'harmoniser les sites en relation avec l'évolution de l'activité de la CANSSM.

#### 2 - GESTION DES HABILITATIONS ET DES ACCES

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

#### 3 - MISE EN PLACE D'UN REFERENTIEL DES STRUCTURES

Il s'agit de mettre en place un référentiel unique et partagé entre les différents acteurs techniques et métier des structures géographiques, des composants techniques implantés, des agents y travaillant, des biens dont ils disposent.

#### POUR LE PILOTAGE DES ACTIVITES

#### 1 - DEVELOPPEMENT DES OUTILS DECISIONNELS

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

#### 2 - GESTION ELECTRONIQUE DE DOCUMENTS

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

#### POUR L'INFRASTRUCTURE DE PRODUCTION INFORMATIQUE

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

#### 1 - AGREMENT HEBERGEUR DE SANTE

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

#### 2 - DEPLOIEMENT DE LA TOIP

Il s'agit ici de finaliser le déploiement de la Téléphonie sur IP, qui apporte plus de services pour un coût moindre dans les régions non équipées à ce jour.

#### 3 - MAINTIEN EN CONDITION OPERATIONNELLE DE L'INFRASTRUCTURE

Il s'agit ici de maintenir et de faire évoluer en permanence les différents composants techniques (matériels et logiciels techniques) du centre de production et des réseaux locaux en fonction des évolutions technologiques et des exigences des applications métier.

DOCUMENT DE PRAVILLE

**AXE** 3

## LE PATRIMOINE IMMOBILIER

63

#### N ENJEUX ET CONTRAINTES

#### 1. LES ENJEUX

La politique immobilière à mener par le régime minier au cours des années 2014-2017 comporte plusieurs enjeux importants :

- . Adapter le périmètre de ce patrimoine aux seules activités stratégiques du régime ;
- . Réduire les coûts immobiliers en rationalisant le nombre, le dimensionnement et l'utilisation des locaux ;
- . Apporter des ressources financières complémentaires au régime au travers des cessions ;
- . Mettre aux normes techniques les bâtiments (notamment accessibilité handicapés pour les établissements recevant du public) ;
- . Maîtriser la politique pluriannuelle de travaux ;
- . Réorganiser la gestion du patrimoine actuellement dispersée, en développement un (ou des) pôle(s) de compétences (juridique, technique, gestion) ;
- . Standardiser les outils et les modes de gestion.

La réalisation de ces objectifs doit permettre de disposer à terme d'un patrimoine immobilier adapté aux besoins réels et d'en optimiser la gestion et les coûts.

#### 2. LES CONTRAINTES

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

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

Le coût des travaux d'entretien, de modernisation ou de mise aux normes, nécessite des ressources financières qui pourraient en partie être abondées par les produits des cessions immobilières.

#### N PERIMETRE ET CADRE

#### 1. LE PERIMETRE

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

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

#### 2. LE CADRE

Les différents aspects de la politique immobilière seront inscrits dans un Plan National Immobilier (PNI) établi pour toute la durée de la COG.

Ce PNI a pour objet de répertorier chaque bien et son devenir prévisionnel ainsi que les recettes et dépenses attendues sur la période.

#### **N** LES ATTENTES

#### 1. LE REGIME S'ENGAGE A :

- Poursuivre activement la politique de cession des actifs non stratégiques qui avait été amorcée depuis 2012 :
  - smise en vente systématique des biens vacants
  - ➡ mise en vente des maisons d'habitation (individuelles ou collectives) vacantes ou occupées (sauf cas particuliers nécessitant impérativement le maintien d'un logement pour l'accueil de professionnels de santé)
  - 🔖 mise en vente de biens au profit de locaux plus adaptés en location.
- Regrouper autant que possible les services administratifs régionaux afin de réduire, dans chaque région, le nombre d'implantations géographiques.
- Adapter le dimensionnement des locaux aux effectifs et aux besoins réels des services
  - → Indicateur COG: nombre de m² par agent (ETP)
- Rechercher des partenariats pour la création de pôles administratifs et/ou de santé, sur des sites appropriés en vue d'une même implantation géographique.
- Fournir à l'Etat toutes les informations nécessaires au suivi de la réalisation du Plan National Immobilier, dont :
  - . Un tableau de bord des biens proposés à la vente
  - . Un tableau de bord des cessions immobilières réalisées
- Mise en œuvre de mesure d'économie, notamment au niveau des consommations (eau, électricité, chauffage...) dans le cadre de la politique de développement durable
  - → Indicateur COG : évolution des coûts immobiliers (au niveau de la GA)
- Réaliser des travaux d'investissement (mise aux normes, rénovation, modernisation...)
   uniquement sur des sites conservés dans la durée
- Etablir un rapport annuel sur la gestion du patrimoine immobilier détaillant l'état d'avancement des objectifs du PNI.

#### 2. LE REGIME ATTEND DE L'ETAT

La CANSSM attend le soutien de l'Etat pour la mise en œuvre de sa politique de réorganisation de la fonction immobilière.

DOUNTH IN DE TRANSPORTED TO THE PARTY OF THE

## AXE 3

## LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DURABLE POUR 2014-2017

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

Il aura l'occasion d'actualiser les objectifs de sa Charte, signée fin 2009, en fonction des orientations du futur Plan cadre de développement durable de la Sécurité sociale.

#### 1.1 LA GOUVERNANCE

La CANSSM a organisé le pilotage de la démarche à partir d'un chef de projet développement durable, d'un réseau de référents et de l'utilisation généralisée de l'outil informatique PERL'S. Par ailleurs, elle publie depuis 2010 un bilan annuel (3 rapports déjà réalisés).

Au fur et à mesure des années, la gestion de données communes ont été mises en place dans les différents domaines du développement durable. Toutefois, plusieurs de ces données ne sont pas encore standardisées ou prises en compte dans certaines régions.

Le but de la période qui s'engage est d'harmoniser dans chaque région l'intégralité des indicateurs afin d'accroître leur pertinence et leur exhaustivité.

Une meilleure utilisation de l'outil informatique permettra également de fiabiliser les données.

#### 1.2 L'ENVIRONNEMENT

Le régime minier va accentuer ses efforts pour réduire son empreinte environnementale en continuant d'agir sur les cibles prévues à la Charte du régime minier. Les indicateurs suivis sont :

Energie Réduction de 2 % par an de la consommation d'énergie

Eau Réduction de 2 % par an de la consommation.

Papier Utilisation de 100% de papier "écologique"

Réduction de 3% par an de la consommation

Déchets Plan de traitement et de recyclage des déchets

Immobilier Évolution des émissions de gaz à effet de serre générées par l'ensemble des

bâtiments et des activités

Transports. % de véhicules propres de la flotte automobile en propriété ou en location En limitant le nombre de sites d'implantation, en réduisant fortement le nombre de m² inoccupés et en rationalisant l'utilisation des surfaces par agent, l'empreinte carbone du régime en sera réduit d'autant.

#### 1.3 LA RESPONSABILITE SOCIALE

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

Plusieurs indicateurs seront suivis :

- Partenariat avec les opérateurs locaux de l'emploi
- . Taux de féminisation des agents de direction
- . % de salariés ayant suivi une action de sensibilisation au travail sur écran et/ou aux troubles musculo squelettique (TMS)

#### 1.4 LA RESPONSABILITE ECONOMIQUE

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

. % de marchés intégrant des clauses sociales ou environnementales.

AXE 4

# ANNEXE BUDGETS DES FONDS NATIONAUX

#### N ENJEUX ET CONTRAINTES

#### 1. L'OBJECTIF

La CANSSM, en tant qu'opérateur de l'état, se doit d'être exemplaire dans la gestion des fonds qui lui sont alloués. La réduction des charges est l'objectif central de l'élaboration des Budgets des Fonds Nationaux, notamment concernant les budgets de fonctionnement qui font l'objet d'une attention particulière de maîtrise des dépenses et d'efficience.

#### 2. LES CONTRAINTES

Le contenu de la COG 2012-2013 était principalement axé sur le transfert au régime général des activités assurantielles (prestations légales et complémentaires d'action sanitaires et sociales) et d'offre de santé avant le 31 décembre 2013.

En conséquence, le budget alloué aux différents fonds nationaux du régime (FNGA-FNASS-FNPPS) a été négocié en cohérence avec cette perspective et notamment sur les frais de personnel (-7 %) et les dépenses de fonctionnement (-10%).

Cette situation a donc engendré une baisse de la consommation budgétaire des fonds nationaux en 2012-2013 et ne peut en soi constituer analytiquement la seule base de réflexion sur les budgets à venir.

#### N FNGA

#### 1. DÉPENSES

#### .1.1 LES DÉPENSES DE PERSONNEL :

Compte tenu des départs en avenant 24, qu'il convenait de favoriser au regard du décret de 2011, la masse salariale de la Gestion Administrative a été réduite des salaires et charges correspondant. Le nombre de départs en avenants 24, de ce fait non remplacés, a été de 44 agents en 2012 et 50 en 2013.

La poursuite de l'activité au sein du régime minier nécessite des moyens humains à un niveau suffisant.

A partir de 2015, d'autres dispositions seront à prendre en compte dans l'élaboration budgétaire :

- ➤ Organisme complémentaire maladie obligatoire pour les agents : coût évalué à 400K€
- Impact du mandat de gestion confié à la CNAMTS en 2015 (art 30 LFSS)

Suite aux réunions DSS/CANSSM, les principes de construction de la COG seront les suivants :

- Application du taux de 2,25 % par an hors départ.
- Pas de remplacements des départs en retraite pour la période 2014 – 2017.
- Agents affectés à l'Assurantiel : modification de la prise en charge budgétaire à la date du mandat de gestion donné à l'opérateur.
- Transfert à l'ANGDM de 3 agents (Centrale Vacances CARMI du Sud Est) au 1er janvier 2014 ainsi que de 3 postes supplémentaires dont appels diffusés début 2014.
- Pour acter du passage en entreprise unique, les budgets ne distingueront pas le Siège et les régions.

#### .1.2 AUTRES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT

Ces dépenses ont fait déjà l'objet d'une maîtrise dans le cadre de la COG 2012 - 2013, complétées par une réfaction conjoncturelle de 2 M€ annuel demandée par les ministères de tutelle pour la section de fonctionnement du FNGA.

Cette maîtrise a été poursuivie en 2013.

Il est à noter que certaines dépenses pour l'exercice 2014 ont été chiffrées à 900 K€à savoir :

- L'augmentation de la TVA à 20% soit 230 K€ supplémentaires.
- L'augmentation de 197 K€ de l'assurance dommages aux biens dès 2014, la relance du marché d'assurance étant en cours et le contexte est défavorable.
- Les systèmes d'information à rénover (exemple :migration du logiciel de paye pour 400K€).
- L'augmentation prévisible de la ligne des prestations intellectuelles : recours à des cabinets spécialisés, avocats (suite à l'augmentation des recours)...

Ce montant sera compensé par un effort supplémentaire de réduction des dépenses afin d'être sans incidence sur les objectifs budgétaires.

Les budgets proposés entre 2014 et 2017 sont bâtis sur des diminutions annuelles successives de:

- 7 % en 2014
- 3 % en 2015
- 3 % en 2016
- 2 % en 2017.

#### .1.3 DÉPENSES D'INVESTISSEMENT

Les investissements ont été interrompus en 2012-2013, à l'exclusion des dossiers totalement engagés, ou des mises à niveau indispensables

Il y aura lieu de tenir compte de besoins supplémentaires concernant :

- Les investissements restant à mettre en œuvre (519 K€) avant le 1er janvier 2015 pour l'accessibilité des handicapés.
- D'importants travaux 6, 5 M€ tels les regroupements d'immeubles administratifs et médicaux répartis en 3,46 M€ en 2014 et 3,04M€ en 2015.
- L'amélioration du système d'informations, un appel d'offre est en projet pour le remplacement du progiciel comptable et financier (0,50 M€).

Un étalement sur 2 ans de ces travaux est prévu.

Une remise à niveau des moyens (informatique, immobiliers, matériels) sera, elle-aussi, nécessaire.

#### .1.4 LE CAS PARTICULIER DES BUDGETS DE L'ANGDM

Le budget limitatif relatif aux dépenses administrative pour la gestion des prestations d'ASS individuelles, doit être élaboré au vu des informations transmises par l'ANGDM sur les dépenses correspondant aux agents transférés (article 219 du décret modifié de 1946).

#### .1.5 BUDGET DE LA CDC

Ce budget sera conforme à la COG passée entre l'Etat et la CDC.

#### 2. LES RECETTES

Il est proposé, à l'instar de la COG de la CNAM, que les recettes propres puissent donner lieu à majoration des dépenses limitatives d'égal montant :

- les produits des services rendus entre la Caisse Nationale et un autre régime ou établissements publics,
- les produits divers liés à la formation (remboursements forfaitaires...),
- les indemnités d'assurance,

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

Les participations des branches au FNGA sont calculées au prorata des ETP affectés aux activités appropriées à chaque branche (hors affectation directe des charges CDC). Les charges ANGDM sont ventilées au prorata des dépenses de prestations de chacune des branches.

À titre d'exemple, pour 2013 les participations pour la 1<sup>ère</sup> section du FNGA (hors ANGDM et CDC) sont :

	Maladie	АТМР	Vieillesse
CARMI	84,6%	13,4%	2,0%
Siège	35,5%	12,0%	52,5%
DSI	98,0%	2,0%	0,0%

#### 3. PILOTAGE ANGDM

Actuellement, seul un pilotage comptable et de trésorerie est prévu pour l'ANGDM. Un suivi de l'exécution budgétaire et reporting mensuel devra être assuré aussi bien pour le FNGA avec un suivi budgétaire des enveloppes limitatives et des ETP que pour le FNASS.

#### N FNASS

#### 1. DÉPENSES

#### .11 LES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT

L'ANGDM a désormais en charge la gestion :

- des prestations d'action sanitaire et sociale individuelles
- de la politique de vacances.

Un arrêté interministériel fixe à 34 284 175 € l'enveloppe 2014.

## Extrait de la note budgétaire présenté au CA de l'ANGDM le 18 décembre 2013 sur les prestations d'ASS

« Cette enveloppe contient l'ensemble des dépenses liées aux prestations « vieillesse », « maladie hors 2.2.b », « 2.2.b » et « AT/MP ». Les crédits de prestations sociales sont limitatifs, mais fongibles entre gestions (les virements de crédits sont effectués par la Directrice générale et présentés pour information au Conseil d'Administration dans sa plus proche séance qui suit), sachant que les prestations relatives aux 2.2-B restent, elles, tributaires des prescriptions médicales en la matière.

Tout autre virement fait l'objet d'une décision modificative soumise au vote du Conseil d'administration et à l'approbation des services de l'Etat.

Afin d'examiner l'atterrissage 2013, il faut intégrer les reports de crédits budgétaires non employés de 2012 (possible au sein d'une COG) et l'impact de l'exécution en 2013 des charges à payer de 2012. l'agence devrait disposer fin 2013 de marges budgétaires concernant les dépenses de prestations qui, outre la difficulté à bien calibrer les dépenses réelles relatives au 2.2.B, ont pour origines principales l'excédent d'exécution sur les charges à payer 2012 (difficultés d'estimation des stocks ou dépenses non éligibles après contrôles) et les reports de crédits de 2012 sur 2013.

Au final, les excédents prévisionnels diffèrent selon les gestions :

- 0,6 M€ pour la vieillesse (soit moins que les reports de crédits et le différentiel positif sur exécution de charges à payer);
- 1,5 M€ pour la maladie hors 2.2.B (de l'ordre des reports de crédits);
- 6,9 M€ pour le 2.2.B (près de 50% du budget initial 2013 si l'on neutralise les reports de crédits):

Hors reports de crédits et impacts positifs dans l'exécution des charges à payer, les atterrissages budgétaires théoriques auraient été les suivants :

Gestion	Budget initial	Atterrissage	Taux exécution théorique		
AT/MP	28 794€ 12	11 736 € 00	40,76%		
Maladie hors 2.2.B	3 056 464€ 04	2 887 926 € 00	94,49%		
2.2.B	5 735 880€ 00	2 585 370 € 00	45,05%		
Vieillesse	24 053 699 € 57	24 890 949 € 00	103,48%		

Ainsi, hors reports de crédits et impact de charges à payer, l'exécution en vieillesse aurait été tendue, ajustée en maladie hors 2.2.B et très inférieure au budget initial en 2.2.B et en AT/MP (mais cette enveloppe est très faible). Toutefois, cette surestimation apparente devra être confirmée par les exercices suivants car la fin d'année 2013 témoigne d'une dynamique haussière des dépenses « cures thermales » et « transports sanitaires ».

Le financement en prestations sociales pour 2014 a été arrêté par la Direction de la sécurité sociale à 34 284 175€.

En ce qui concerne la politique de vacances, l'Agence propose, conformément à ses engagements, de :

- proposer d'ici début février des barèmes d'aides aux vacances 2013 permettant d'assurer un reste à charge identique pour les bénéficiaires (revalorisée de l'inflation) lesquels seront communiqués aux administrateurs dès que possible;
- reconduire la destination Saint-Gildas pour le même nombre de bénéficiaires ;
- proposer 4 destinations (Normandie, Auvergne Rhône-Alpes, Vosges Alsace, Côte méditerranéenne) pour au moins 60 000 journées à un prix moyen entre 58 et 62 € hors aide ;
- offrir des séjours « senior en vacances » pour 500 à 1000 personnes ;
- prendre en charge les transports correspondants en continuité avec la pratique antérieure de prise en charge (y compris pour les transports collectifs);
- offrir des excursions et des activités de proximité au plus grand nombre ;
- offrir un ou des séjours spécifiques aux personnes à mobilité réduite ;
- poursuivre ainsi l'objectif initial de la politique de vacances du régime minier, à savoir favoriser les départs en vacances des personnes les plus démunies et les plus fragiles en adaptant cette politique devenue politique de loisirs et de vacances à l'évolution de sa population et en diversifiant son offre.

L'Agence propose, conformément à ses engagements, de reconduire dans ce but le montant de financement consacré à la politique de vacances antérieurement au transfert, soit 3,1 M€ sur le financement en prestations sociales pour 2014 transmis par la direction de la sécurité sociale. Ce montant devrait en effet, nonobstant les incertitudes encore actuelles sur cette activité, lui permettre de mener à bien son proiet.

Les crédits non consommés en 2014 pourront être reportés à due concurrence sur 2015, sur proposition de l'Agence et acceptation de la DSS puis la décision sera soumise à l'approbation du Conseil d'Administration suite à l'arrêté des comptes 2014.

Au vu des perspectives d'atterrissage 2013 et des évolutions prévisibles sur 2014 (impact des changements de barèmes des aides financières individuelles maladie, transfert de l'aide au retour

après hospitalisation de la « vieillesse » à la « maladie », montée en charge du 2.2.B, ...), l'Agence propose une répartition des crédits de dépenses de prestations pour 2014 comme suit :

Prestation	Atterrissage 2013	Budget initial 2014
Vieillesse	24 890 949 €	24 814 175€
AT/MP	11 736 €	20 000 €
Maladie	2 887 926 €	3 050 000 €
2.2.B	2 585 370 €	3 300 000 €
Total	30 375 981 €	31 184 175 €

#### La CANSSM reste en charge :

- de l'action sociale collective (subventions, portage de médicaments...)
- des dépenses relatives aux centres de vacances de Menton et Saint-Gildas dont elle reste propriétaire (taxes foncières, amortissements, gardiennage...), à la clinique de cardio-pneumologie de Durtol dont la CANSSM est propriétaire,
- des dépenses intégrées dans le budget d'ASS CAN (section Maladie et Vieillesse) pour financer des études, recourir à des cabinets d'avocats, frais d'enregistrement d'actes notariés...au bénéfice de l'offre de santé et de soins.
- Dépenses d'ASS-Vieillesse : 31 711 217 € sur l'exercice 2014, 27 688 961 € sur 2015, 26 344 514 € sur 2016 et 25 067 292 € sur 2017

SECTION I: PERSONNES AGEES

			Dépenses	<del>)</del>					
		_	Depenses						
INTITULES	Exécution 2011	Exécution 2012	Budget 2013	Budget 2013 modificatif (Excédents 2012)	Atterrissage 2013 (prévisions)	Prévisions 2014	Prévisions 2015	Prévisions 2016	Prévisions 2017
1-Section de fonctionnement	1								
Prestations Collectives (CARMI)	1 513 860	1 906 055	1 757 760	2 414 225	1 493 430	390 000	370 495	351 971	334 377
Prest Individualisées CANSSM	26 468 744	1 981 952	0	0	0				
Prest Individualisées ANGDM		22 260 983	24 053 700	24 750 834	24 890 949	0	0	0	0
Total prest Individualisées	26 468 744	24 242 935	24 053 700	24 750 834	24 890 949	24 814 175	23 573 466	22 394 793	21 275 053
Politique de vacances ANGDM	A. 1	1	_	L	L	3 100 000	2 945 000	2 797 750	2 657 863
Total prestations ASS et politique des vacances ANGDM		22 260 983	24 053 700	24 750 834	24 890 949	27 914 175	26 518 466	25 192 543	23 932 916
Total hors Siège	27 982 603	26 148 990	25 811 460	27 165 059	26 384 379	28 304 175	26 888 961	25 544 514	24 267 292
Dépenses Siège dont dépenses directes dont dotation centre de vacances St Gildas Menton dont provision pour risque contentieux	727 892	675 854 309 062 366 792	1 203 500 401 000 802 500	1 739 326 501 118 1 238 208	1 713 018 420 000 1 293 018 325 087 967 931 650 000	3 407 042 400 000 3 007 042 400 000 2 607 042 650 000	800 000 400 000 400 000 400 000	400 000	400 000
TOTAL - section de fonctionnement	28 710 495	26 824 844	27 014 960	28 904 385	28 097 397	31 711 217	27 688 961	26 344 514	25 067 292
2- Section des opérations en capital Action immobilière de la CAN	2 928 576	3 936 988	4 501 190	7 341 006	7 072 341	11 015 029	11 108 535	10 981 310	9 281 310
Réserve			2 000 000	2 000 000					
TOTAL - section des opérations en capital	2 928 576	3 936 988	6 501 190	9 341 006	7 072 341	11 015 029	11 108 535	10 981 310	9 281 310
TOTAL DES CHARGES de la section personnes âgées	31 639 071	30 761 832	33 516 150	38 245 391	35 169 738	42 726 246	38 797 496	37 325 824	34 348 602
Solde excédentaire									
Total pour Balance	31 639 071	30 761 832	33 516 150	38 245 391	35 169 738	42 726 246	38 797 496	37 325 824	34 348 602

ASS individuelle et Politique de vacances -ANGDM : 27 914 175 € dont 3 100 000 € au titre de la politique de vacances sur l'exercice 2014 et réduction annuelle de 5 % pour 2015 à 2017 Ces éléments ne concernent que l'exercice 2014. Une baisse annuelle de 5% a été provisoirement appliquée.

#### **ASS CANSSM**

- Action collective CARMI = 390 000 € en 2014, et réduction annuelle de 5 % pour 2015 à 2017

La CANSSM entend continuer à développer à travers l'attribution de subventions à des associations, des établissements de soins ou médico-sociaux à participer à l'accompagnement des personnes affiliées au régime minier et fragilisées par l'âge (mise en place d'espace snoezelen, dispositifs spécifiques à la personne (exemple entretien des jardins, projets culturels...) une action sociale

collective ayant pour objectif principal de rompre l'isolement, de maintenir le lien social, de développer les actions inter générationnelles, maintenir l'autonomie des personnes âgées et favoriser le bien vieillir.

Gestion de la propriété des centres de vacances = 3 007 042 € sur 2014 (400 000 € sur les exercices 2015 à 2017)

**Pour le centre de Saint-Gildas**, une enveloppe de **400 000** € est inscrite annuellement permettant de prendre en charge les amortissements (290 000 €), la taxe foncière et les frais d'assurance, une enveloppe prévisionnelle en cas de travaux imprévus à charge du propriétaire (100 000 €).

**Pour le centre de Menton**, une enveloppe de **2 607 042** € est inscrite au titre de l'exercice 2014 dont 650 000 € de provision pour litige Belambra.

Compt	Désignation	*	MONTANT	OBSERVATIONS
628	Gardiennage (6 mois)		325 000,00 €	
628	Gardiennage (6 mois)		325 000,00 €	
628	Diagnostique amiante			7 V Y
628	Diagnostique Plomb	]		
628	Diagnostique Termites	1		
628	Diagnostique état des installations électriques	Estimation	239 200,00 €	Estimation
628	Diagnostique état des installations gaz	1		
628	Risques Naturels et technologiques	1		
	Géomètre	1		
615	Divers contrats d'entretien		75 000,00 €	Sittec, Extincteurs, détection incendie, espaces verts
655	Charges de fonctionnement pour 12 jours (Belambra)		0,00€	= budget réalisé 2013 soit 2 651 197 € / 365 * 12
655	Frais de gestion de Belambra 12 jours		7 003,00 €	
	Provisions pour litige Belambra (3 mois de charges de personnel)		650 000 €	charges de personnel = 1 697 155 € / 12 mois = 141 430 € * 5 mo soit 707 150 € ramenés à 650 000 €
615	Travaux		10 000,00 €	
	Assurances	Dommages aux biens	7 500,00 €	
616		Véhicule	4 000,00 €	7
	Impôts	Locaux	50 000,00 €	
635		Fonciers	42 000,00 €	
	Diverse charges courantes		4 000,00 €	
	Frais de huissier		3 000,00 €	
	Avocats		70 000,00 €	
	Divers frais sur contrats à dénoncer (3 mois)			Orange, SFR, Completel, Machine à affranchir, BP
	déplacement (autoroute)			Autoroute
	EDF			réalisé 2013 = 70 950 € / 4
	GAZ			réalisé 2013 = 65 079 € / 4
	FUEL			réalisé 2013 = 14 333 € / 4
	EAU			réalisé 2013 = 32 268 € / 4
606	Carburants		0,00 €	
	Frais bancaire		2 500,00 €	basé sur réalisé 2013
68	Amortissements		746 500,00 €	
	TOTAL DEPENSES		2 607 041.50 €	

- Autres dépenses = 400 000 € annuel

Cette enveloppe est notamment destinée à assurer le financement des secours (article 217 précisant que la CANSSM peut attribuer des secours aux personnes qui étaient à la charge de l'affilié décédé au cours des trois années précédant le décès et qui ne peuvent prétendre aux pensions de veuves et d'orphelins prévues par le régime minier), de frais de notaire/cabinets d'avocats/frais d'études...pour les structures médico-sociales, frais d'enregistrement d'actes notariés (exemple Ehpad de Pampelonne)...

2 - Dépenses d'ASS-Maladie : 9 750 000 € au titre de 2014 (9 342 500 € pour 2015, 8 955 375 € pour 2016 et 8 587 606 € pour 2017)

#### ASS ANGDM: 6 350 000 € dont 3 300 000 € au titre du 22B pour 2014

Ces éléments ne concernent que l'exercice 2014. Une baisse annuelle de 5% a été provisoirement appliquée.

#### ASS CANSSM

- ASS collective = 1 800 000 € sur 2014 et réduction annuelle de 5 % pour 2015 à 2017

Une enveloppe de 1 800 000 € est inscrite au titre de l'action collective pour 2014 dont 1 500 000 € au titre du portage des médicaments.

- Autres dépenses = 1 600 000 € annuel

Cette enveloppe est notamment destinée à assurer le financement d'études (frais de siège, audit sur les établissements et structures de soins), recourir à des cabinets d'avocats, frais de mutation liés à la transformation des créances de la CANSSM à l'égard de l'AHNAC en parts de SCI, frais d'études liés à la création de SCI (Hospitalor, La Maison du Mineur...), frais d'assurance pour Durtol, travaux d'entretien à charge du propriétaire...

#### SECTION II: MALADIE

			Dépenses						
INTITULES	Exécution 2011	Exécution 2012	Budget 2013	Budget 2013 modificatif (Excédents 2012)	Atterrissage 2013 (prévisions)	Prévisions 2014	Prévisions 2015	Prévisions 2016	Prévisions 2017
1-Section de fonctionnement									
Prestations Collectives	1 641 914	1 641 914	1 723 742	1 884 943	1 307 180	1 800 000	1 710 000	1 624 500	1 543 275
Régions Prest Individualisées Prest individualisées ANGDM ANGDM 22b	2 833 753	362 046 1 398 243 2 494 362	0 3 056 464 5 735 880	4 355 426 9 241 518		3 050 000 3 300 000	2 897 500 3 135 000	2 752 625 2 978 250	2 614 994 2 829 338
Total prest Individualisées Total hors Siège	2 833 753 4 475 667	4 254 651 5 896 565	8 792 344 10 516 086	13 596 944 15 481 887	5 473 296 6 780 476	6 350 000 8 150 000	6 032 500 7 742 500		5 444 331 6 987 606
Dépenses Siège TOTAL dépenses Siège	1 571 718	807 856	876 500	1 308 144	919 529	1 600 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000
TOTAL - section de fonctionnement	6 047 385	6 704 421	11 392 586	16 790 031	7 700 005	9 750 000	9 342 500	8 955 375	8 587 606
2- Section des opérations en capital Action immobilière de la CAN	14 952 840	678 698	8 828 169	13 287 534	12 341 157	21 001 637	13 178 250	12 847 370	11 057 250
Réserve			2 000 000	2 000 000	0	1	1		
TOTAL - section des opérations en capital	14 952 840	678 698	10 828 169	15 287 534	12 341 157	21 001 637	13 178 250	12 847 370	11 057 250
TOTAL DES CHARGES de la section maladie	21 000 225	7 383 119	22 220 755	32 077 565	20 041 162	30 751 637	22 520 750	21 802 745	19 644 856
Solde excédentaitre	L				1			_	
Total pour Balance	21 000 225	7 383 119	22 220 755	32 077 565	20 041 162	30 751 637	22 520 750	21 802 745	19 644 856

- 3 Dépenses d'ASS-AT-MP : €
- ASS individuelle = 20 000 € en 2014 avec une baisse de 5% annuelle pour 2015-2017

Ces éléments ne concernent que l'exercice 2014. La CANSSM ne dispose pas de projections pour les années 2015 à 2017. Ces éléments devront être arrêtés en concertation avec l'ANGDM, la CANSSM n'ayant pas de visibilité sur les actions que prévoit d'engager l'agence sur les 4 prochains exercices. Les données inscrites par la CANSSM sur 2015-2017 le sont donc à titre indicatif et devront être ajustées à la hausse ou à la baisse.

Une baisse annuelle de 5% a provisoirement été appliquée.

- Action collective CARMI = 800 000 € pour 2014 avec baisse de 5% appliquée annuellement pour 2015 à 2017

Les crédits sont destinés au suivi post professionnel et notamment à la subvention allouée au CEP de l'AHNAC au titre des affiliés miniers. Une baisse annuelle de 5% a été appliquée.

SECTION III: ACCIDENTS DU TRAVAIL & MALADIES PROFESSIONNELLES

	Dépenses									
INTITULES	Exécution 2011	Exécution 2012	Budget 2013	Budget 2013 modificatif (Excédents 2012)	Atterrissage 2013 (prévisions)	Prévisions 2014	Prévisions 2015	Prévisions 2016	Prévisions 2017	
1-Section de fonctionnement										
Dépenses des Régions	815 490	753 197	865 162	1 017 114	762 260	800 000	760 000	722 000	685 900	
Prestations collectives		752 128	865 162	1 017 114	762 260	800 000	760 000	722 000	685 900	
Prestations individualisées		1 070	0	0	0	0	0	0	0	
Dotation à l'ANGDM		13 143	28 794	44 701	11 736	20 000	19 000	18 050	17 148	
TOTAL - section de fonctionnement	815 490	766 340	893 956	1 061 816	773 996	820 000	779 000	740 050	703 048	
TOTAL DES CHARGES de la section AT/MP	815 490	766 340	893 956	1 061 816	773 996	820 000	779 000	740 050	703 048	

#### .1.2 DÉPENSES D'INVESTISSEMENTS

Les sections d'investissements du FNASS (section maladie et section vieillesse) ont pour objet d'assurer le financement des travaux de restructuration, mises aux normes et financement des établissements sanitaires et médico-sociaux et des services médico-sociaux du régime minier.

Les projets d'investissements s'intègrent dans les orientations définies dans le cadre des réunions préparatoires à la COG sur le domaine de l'offre de santé.

#### 1 - Dépenses d'ASS-Vieillesse : 42 386 000 € sur 4 ans

Le financement de travaux d'humanisation, de mise aux normes (sécurité, accessibilités handicapées...) de restructuration, regroupements, extension de capacité en réponse aux besoins de santé des territoires et afin d'assurer leur équilibre économique, de certains établissements, EHPAD, USLD...

Le financement des équipements des SAP, établissements, EHPAD, foyers logements...se fera dans le cadre du Fonds national d'action sanitaire et sociale section personnes âgées.

Rappels des projets en cours et autorisés (FNASS – ASS SV) (cf tableau adressé pour le CA du 12 décembre) : 7,386 M€

Ce sont notamment les suivants :

- financement du projet de transformation du Foyer logement Porebski en EHPAD
- Financement de l'équipement des EHPAD de Pampelonne, Billy-Montigny et Avion
- extension et restructuration de l'établissement de Fresnes sur Escaut (estimation à 3,8 M€)...

Le cout des projets autorisés et des financements à reconduire sur 2014 est évalué à **7,386 M**€ (données fournies au ministère à l'occasion du conseil d'administration de décembre 2013)

Les projets à venir en cours de réflexion (FNASS - ASS SV) : 35 M€

Ce sont notamment les projets suivants

- Travaux de mise en conformité et de réhabilitation de l'établissement de la Manaie (partie USLD) et de son EHPAD (Réhabilitation du bâtiment existant et extension de l'EHPAD) pour 11 M€
- Accueil de l'USLD de Saint-Avold et réhabilitation du site de Creutzwald (estimé à 5 M€)...

auxquels il convient d'ajouter les projets relatifs aux établissements médico-sociaux.

L'enveloppe qui nécessite d'être affinée est évaluée à 35 M€ sur la période de COG.

#### 2 - Dépenses d'ASS-Maladie : 58 084 000 € sur 4 ans

Rappels des projets en cours et/ou autorisés (FNASS – ASS SM) (cf tableau adressé pour le CA du 12 décembre) : 18,084 M€

Ce sont notamment les suivants :

- Réhabilitation des locaux de l'établissement de la Roseraie (estimation à 2,6 M€)
- Transfert du CRF de Forbach sur le site de l'hôpital de Freyming Merlebach (estimation à 5,7 M€)
- Plateau technique de Folcheran (0,9 M€)
- Extension de l'établissement de Liebfrauenthal (6,3 M€)...

Le cout des projets autorisés et des financements à reconduire sur 2014 est évalué à **18,084 M**€ (données fournies au ministère à l'occasion du conseil d'administration de décembre 2013).

#### Les projets à venir en cours de réflexion (FNASS – ASS SM) :40 M€

Ce sont notamment les projets suivants

- ULS le Surgeon (travaux de réhabilitation et de mise aux normes accessibilité handicapées) pour environ 2,4 M€
- Projet d'humanisation de l'ULS d'Escaudain (5,3 M€)
- Travaux d'accueil des lits de Longeville sur le site de Freyming-Merlebach et réhabilitation de l'ensemble du site (12 à 15 M€)
- Travaux d'extension de capacité l'établissement de la Pomarède (1,2 M€)

 Travaux de mise en conformité et de réhabilitation de l'établissement de la Manaie (partie SSR et pole médicale) pour 6 M€.

#### N FNPPS

#### 1. OBJECTIFS

En conformité avec la stratégie nationale de santé, la CANSSM entend miser sur la prévention pour agir sur tout ce qui a une influence sur la santé des affiliés miniers et des populations fréquentant les structures de soins (notamment centres de santé) Filieris.

Ces priorités comprennent notamment

- la lutte contre les addictions et les maladies chroniques qui leur sont liées (le tabac tue 73 000 personnes par an, et l'alcool près de 50 000)
- le cancer pour lequel un nouveau plan est annoncé en 2014
- les personnes âgées
- les jeunes de 0 à 25 ans (mortalité infantile, nutrition, comportements addictifs, etc.)

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

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

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

- de la stratégie nationale de santé
- des axes et engagements du pacte territoire santé
- du projet médical national de la CANSSM prévu par la COG et qui sera arrêté à fin 2014 : dont l'orientation principale sera d'agir pour les populations âgées et pour réduire les inégalités sociales et territoriales de sante. Quatre axes de développement stratégiques sont identifiés :
  - par populations: une priorité est donnée aux personnes âgées, ainsi qu'aux populations fragilisées: personnes handicapées, en perte d'autonomie, personnes non intégrées dans un parcours de soins (migrants, personnes isolées, populations précaires,...);
  - par pathologies : les pathologies chroniques, cancers...
  - par territoires : la logique de territoire doit être priorisée en lien avec les acteurs opérationnels (ARS) et avec pour objectif de répondre aux besoins de santé des zones sous-médicalisées, isolées...
  - par moyens d'action : le développement de techniques et savoir-faire pour le maintien à domicile, la valorisation des centres de santé en tant que plates-formes de soins, mais aussi de prévention et de dépistage, en appui de la qualité des soins, dans le cadre de coopérations médicales, soignantes et sociales.

Les premières orientations du projet médical national seront les suivantes:

- √ développement de la télémédecine : mise en place des dépistages de la rétinopathie diabétique et de la DMLA par rétinographes avec lecture des clichés numériques par Centres de Référence distant
- √ développement de protocoles de coopération sanitaire entre professionnels et entre structures dans le cadre de ces innovations
- ✓ développement de l'accueil des futurs médecins : liens avec la Faculté, les ARS, la Médecine Libérale pour favoriser la Maîtrise de Stages
- ✓ élaboration d'un Plan National de Formation centré sur la Fragilité de la personne âgée et son repérage dans les CSP : mise en œuvre des instruments simples et

- rapides (CSP Carmaux et Polyclinique Sainte Barbe à titre d'expérimentation pilote) de repérage des sujets fragiles
- ✓ structuration d'un réseau de correspondants régionaux multi-professionnels : responsables administratifs, médecins, infirmières, assistantes sociales.

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

- de partenariats noués tant au niveau national qu'en régions: la prévention est un enjeu local, régional et national autour duquel tous les acteurs d'un même territoire s'organisent pour des actions plus efficaces. Les CARMI, dans ce cadre, s'intègreront dans le tissu sanitaire et social des régions dans lesquelles elles sont implantées en développant des partenariats avec les structures locales aussi bien institutionnelles qu'associatives.
- des projets régionaux de santé de chacune des ARS.

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

- participation, en collaboration avec les structures de gestion, aux campagnes de dépistage des cancers (cancer du sein, cancer colorectal, et dans certaines régions, cancer de l'utérus) organisées par l'Etat;
- √ bilan vaccinal et vaccinations;
- ✓ dépistage du diabète et des situations pré-diabétiques ;
- ✓ mise en place des dépistages de la rétinopathie diabétique et de la DMLA
- ✓ repérage de la fragilité chez les sujets âgés
- ✓ prévention de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés

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

#### Les objectifs seront de :

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

Deux aspects seront développés :

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

#### 2. DÉPENSES

Les prévisions budgétaires pour les exercices 2014-2017 des dépenses du Fonds National de Prévention et de Promotion de la santé s'établissent à 5 010 000 €, soit 2 % de plus que le budget primitif 2012 prévu dans la COG 2012-2013 (4 910 310 €) et 5% de moins que le budget modificatif 2012 (5 280 376 €).

Budget 2014-2017

Fonds National de Prévention et de promotion de la Santé

	DEPENSES										
	Budget 2012	Exécutés 2012	taux d'exécution	Budget 2013 approuvé	Projet de budget modificatif 2013		Taux d'exécution	Budgets 2014	Budgets 2015	Budgets 2016	Budgets 2017
SECTION MALADIE											
1 - Dépenses des Régions	3 381 450	3 355 457	99,2%	3 530 320	3 556 313	2 600 000	73%	3 600 000,00	3 600 000,00	3 600 000,00	3 600 000,00
2 - Dépenses nationales	2 120 000	1 855 244	87,5%	1 170 000	1 434 756	843 460	59%	1 200 000,00	1 200 000,00	1 200 000,00	1 200 000,00
TOTAL - section maladie	5 501 450	5 210 701	94,7%	4 700 320	4 991 069	3 443 460	69%	4 800 000,00	4 800 000,00	4 800 000,00	4 800 000,00
SECTION AT-MP									,^	,	
1 - Dépenses des Régions	225 990	146 674	64,9%	209 990	289 306	180 990	63%	210 000,00	210 000,00	210 000,00	210 000,00
TOTAL DES DEPENSES	5 727 440	5 357 374	93,5%	4 910 310	5 280 376	3 624 450	69%	5 010 000,00	5 010 000,00	5 010 000,00	5 010 000,00

Ces dépenses se répartissent comme suit :

.2.1 SECTION MALADIE: 4 800 000 €annuel

#### 4.2.1.1 - Dépenses des régions : 3 600 000 € annuel

#### Elles doivent permettre :

- le financement des actions de prévention et de promotion de la santé développées en région, en faveur des affiliés miniers (actions d'information, d'éducation, de sensibilisation, analyses et examens de santé...). Ces actions sont menées en liaison avec les centres de santé, structures de soins et établissements du régime minier.
- la prise en charge des 8 jours de santé publique et des 8 jours de formation des médecins généralistes exerçant dans les centres de santé.

Ces actions seront sur la période de COG réalisées de façon individuelle mais aussi collective. A titre d'exemple, il est possible de citer :

#### **Actions individuelles**

- Analyses et examens de santé: mise en place des dépistages de la rétinopathie diabétique et de la DMLA par rétinographes avec lecture des clichés numériques par Centres de Référence distant
- Bilans de santé gériatriques dans certains établissements. Ces bilans permettent de faire un point global sur l'état de santé, la fragilité, de réaliser des différents dépistages et/ou repérer les troubles ou pathologies liés à l'âge, mais d'aborder également le problème de l'isolement.
- Repérage de la Fragilité de la personne âgée
- Actions d'information, éducation, sensibilisation avec la lutte contre les conduites addictives (sevrage tabagique).
- Hygiène: les consultations relatives à l'addictologie et l'aide au sevrage (parcours personnalisé) se développent au sein des structures Filieris depuis plusieurs années. Les médecins participent à des manifestations publiques contribuant à faire connaître l'existence de telles consultations dans les Centres de Santé Pluridisciplinaires de la CARMI.

#### **Actions collectives**

- Actions d'information, d'éducation et sensibilisation en faveur des personnes âgées et du grand public :
  - il s'agit d'actions menées envers les personnes âgées (Alzheimer, forums seniors, bien vieillir, ....), mais également le grand public (journée sans tabac, sensibilisation BPCO).
  - ✓ les CARMI continueront à s'inscrire dans les programmes de diététique, nutrition et dénutrition avec les médecins généralistes et l'aide ponctuelle de diététiciennes diplômées dans le cadre de partenariats locaux.
  - √ des programmes d'accompagnement personnalisé expérimentation en éducation thérapeutique en diabète de type 2 et insuffisance cardiaque se sont développés et le déploiement des ateliers a été mis en place.

En ce qui concerne la promotion de la santé, le déploiement de la démarche qualité a été réalisé dans les centres de santé, dentaires, cabinets d'optique et laboratoires, le service d'aide à la personne et établissements afin d'obtenir la certification / accréditation. (Achats de matériel, logiciels, formations, réunions...), mais aussi pour obtenir une reconnaissance extérieure, la satisfaction du patient. La démarche d'amélioration continue de la qualité permet d'agir, entre autre, sur la prévention des risques qui peuvent concerner les soins, l'organisation, le matériel.

#### Actions de dépistage et de prévention :

- participation des médecins généralistes à la sensibilisation et dépistages des cancers, vaccinations,
- ✓ actions collectives envers le grand public : octobre rose, relais population, mars bleu, semaine cancers, sensibilisation au dépistage des cancers diabète, actions partenariales avec des institutions et des associations locales, ou régionales, participation aux journées nationales.
- Hygiène: activités en faveur des personnes âgées dans les établissements gérés par les CARMI (gymnastique douce, sortir du domicile, prévention des chutes...).
- Déploiement du DSM pro (actions d'information/ formation des médecins et infirmiers).

#### 4.2.1.2 - Dépenses Nationales : 1 200 000 € annuel

Elles doivent permettre d'assurer le financement :

- des campagnes de dépistage organisées du cancer du sein et du cancer colorectal. Suite à la signature en 2012 d'une convention inter régimes avec la CNAMTS, la Caisse autonome prend désormais en charge la quote-part du régime minier dans le financement de ces campagnes. Par ailleurs la CANSSM a dans le cadre des partenariats inter-régimes signé une convention constitutive de groupement relative au programme de dépistage du cancer colorectal prévoyant la fourniture de kits de dépistage et la gestion d'une solution d'analyse des tests. A noter que la CANSSM ne dispose pas à ce jour d'éléments précis concernant les dépenses 2014-2017.
- les éventuelles contributions et subventions versées à des organismes en charge d'actions de prévention et promotion de la santé avec lesquels le régime minier a initié des partenariats,
- des conventions/marchés de prestations de services pour par exemple, la mise en place dans le système de soins de la personne âgée de 65 ans d'une auto-évaluation de son état santé avant toute prise en charge afin de faciliter cette dernière : formalisation d'un d'auto-questionnaire de santé mesurant l'état de santé global d'une personne âgée, algorithme permettant de repérer l'individu à risque ainsi que les propositions génériques de prise en charge qui seront faites seront non spécifiques à la population qui viendra consulter dans les centres de santé, analyse des données, proposition d'amélioration des algorithmes afin de permettre une prise en charge la plus efficiente possible....

#### .2.2 SECTION AT-MP: 210 000 €

Les dépenses de cette section sont estimées 210 000 € annuels sur la période 2014-2017. Cette section comporte les dépenses de dépistage et de prévention des maladies professionnelles, tel le suivi post-professionnel des retraités affiliés au régime minier.