



CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION

2004-2006

entre

**la Caisse autonome nationale
de la sécurité sociale dans les mines,**

et

l'ÉTAT

TABLE DES MATIÈRES

1.	PRÉAMBULE	1
1.1.	UN SYSTÈME ORIGINAL ET COMPLET DE PRISE EN CHARGE SOCIALE ET SANITAIRE	1
1.2.	LES ÉVOLUTIONS DU CONTEXTE : DÉMOGRAPHIE DES RESSORTISSANTS –BESOINS SANITAIRES DES POPULATIONS - RÉGLEMENTATION.....	2
1.2.1.	démographie des ressortissants.....	2
1.2.2.	besoins sanitaires des populations	2
1.2.3.	une réglementation évolutive et exigeante	2
1.2.4.	les conséquences pour le régime minier	2
1.3.	LA DÉLIBÉRATION VOTÉE LE 17/12/2003 PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CANSSM	3
1.4.	UN IMPÉRATIF – UN DÉFI – DES ATOUTS – UNE DÉMARCHE	4
1.5.	LES ENGAGEMENTS RESPECTIFS DE LA CANSSM ET DE L'ÉTAT	5
2.	AMÉLIORER LE SERVICE RENDU EN ASSURANCE MALADIE ET AT-MP	6
2.1.	RAPPROCHER LE SERVICE DE L'AFFILIÉ.....	6
2.1.1.	étudier et mettre en place une plate-forme d'accueil téléphonique	6
2.1.2.	mieux connaître les attentes et apporter des réponses adaptées.....	6
2.1.3.	affecter les moyens nécessaires.....	6
2.2.	GÉNÉRALISER LE REMBOURSEMENT À 100% DU TARIF DE RESPONSABILITÉ.....	6
2.3.	METTRE EN PLACE SESAM VITALE	6
2.4.	DONNER LE LIBRE CHOIX DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	7
2.5.	AMÉLIORER LE SERVICE EN MATIÈRE D'ASSURANCE AT-MP	7
2.6.	MIEUX INFORMER LES ASSURÉS ET LES PARTENAIRES	7
2.7.	DÉVELOPPER LA GESTION DU RISQUE	8
3.	REDÉFINIR LES MISSIONS DU CONTRÔLE MÉDICAL	9
3.1.	LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET TECHNIQUE.....	9
3.2.	L'INTÉGRATION DES PRATICIENS-CONSEILS AU RÉGIME GÉNÉRAL.....	9
3.3.	CALENDRIER	9
4.	AMÉLIORER LE SERVICE RENDU EN ASSURANCE VIEILLESSE	10
4.1.	PRÉVENIR LES RUPTURES DE RESSOURCES.....	10
4.2.	DÉVELOPPER LA PRÉLIQUIDATION	10

4.2.1.	<i>Préliquidation en direction des cotisants (groupe de 18 000 assurés environ)</i>	11
4.2.2.	<i>Reconstitutions de carrières des ex-cotisants âgés de 54 à 65 ans (groupe de près de 26 000 personnes)</i>	11
4.3.	<i>SIMPLIFIER LES DÉMARCHES</i>	11
4.3.1.	<i>Réduction des formalités à effectuer pour les demandes de prestations.</i>	11
4.3.2.	<i>Clarification des correspondances</i>	11
5.	RENFORCER L'ACTION SPÉCIFIQUE DU RÉGIME MINIER EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES	12
5.1.	<i>DÉFINIR UNE POLITIQUE NATIONALE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE</i>	12
5.1.1.	<i>Définir un cadre et des priorités nationales</i>	12
5.1.2.	<i>Rendre plus efficiente l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées</i>	13
5.1.3.	<i>Recentrer le rôle du service social dans la prise en charge de la perte d'autonomie</i>	14
5.2.	<i>ORGANISER ET COORDONNER L'ACTION DES AIDES À DOMICILE</i>	14
5.3.	<i>ORGANISATION - CALENDRIER</i>	15
6.	VALORISER LE RÉSEAU DE SOINS	16
6.1.	<i>DÉFINITIONS</i>	16
6.1.1.	<i>Les différentes appellations des structures de soins minières</i>	16
6.1.2.	<i>La dénomination réglementaire du Centre de Santé</i>	16
6.2.	<i>LES ENJEUX</i>	16
6.2.1.	<i>la place originale des centres de santé miniers</i>	16
6.2.2.	<i>les défis de l'ouverture</i>	16
6.2.3.	<i>le libre choix</i>	17
6.2.4.	<i>incidence sur les structures</i>	17
6.3.	<i>ÉVALUER LES PRATIQUES MÉDICALES ET L'ORGANISATION</i>	17
6.3.1.	<i>évaluation des pratiques</i>	17
6.3.2.	<i>évaluation de l'organisation</i>	17
6.3.3.	<i>évaluation médico-économique</i>	18
6.3.4.	<i>organisation - calendrier</i>	18
6.4.	<i>ADAPTER LES CENTRES DE SANTÉ AUX NOUVELLES EXIGENCES DÉCOULANT DE L'OUVERTURE</i>	18

6.4.1.	<i>Élaboration du plan et du calendrier de l'ouverture.....</i>	<i>18</i>
6.4.2.	<i>Agrément des plans d'ouverture par la CANSSM procédure de réalisation de l'ouverture</i>	<i>19</i>
6.4.3.	<i>Le Fonctionnement économique des centres de santé.....</i>	<i>20</i>
6.4.4.	<i>périmètre des centres de santé et dénomination des autres réalisations.....</i>	<i>22</i>
6.4.5.	<i>Suivi quantitatif et qualitatif de fréquentation, rapport d'activité, système d'information et évaluation.</i>	<i>22</i>
6.5.	<i>LES PHARMACIES MINIÈRES.....</i>	<i>22</i>
6.5.1.	<i>Restructurer.....</i>	<i>22</i>
6.5.2.	<i>Rechercher une nouvelle dynamique partenariale.....</i>	<i>23</i>
6.5.3.	<i>élaborer les propositions régionalisées et les soumettre à l'agrément de la CANSSM.....</i>	<i>23</i>
6.5.4.	<i>Promouvoir un service favorisant la santé publique et les réseaux de soins</i>	<i>23</i>
6.6.	<i>DÉFINIR ET METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX.....</i>	<i>23</i>
6.6.1.	<i>évolution récente de la situation des établissements.....</i>	<i>23</i>
6.6.2.	<i>recherche de partenariats</i>	<i>24</i>
6.6.3.	<i>Financement par le régime minier des opérations d'investissement des établissements.</i>	<i>24</i>
6.6.4.	<i>organisation et planification des opérations</i>	<i>25</i>
7.	<i>AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DE LA GESTION.....</i>	<i>27</i>
7.1.	<i>METTRE EN PLACE UNE DÉMARCHÉ QUALITÉ</i>	<i>27</i>
7.2.	<i>AMÉLIORER LA MAÎTRISE DES COÛTS DE GESTION.....</i>	<i>27</i>
7.2.1.	<i>assurance maladie et AT-MP</i>	<i>27</i>
7.2.2.	<i>assurance vieillesse-invalidité.....</i>	<i>27</i>
7.2.3.	<i>œuvres sanitaires établissements et autres missions</i>	<i>27</i>
7.2.4.	<i>actions de redéploiement – mobilité externe.....</i>	<i>27</i>
7.2.5.	<i>caisse autonome nationale</i>	<i>28</i>
7.3.	<i>ADOPTER LA PLURIANNUALITÉ BUDGÉTAIRE.....</i>	<i>28</i>
7.4.	<i>ADAPTER LES STRUCTURES</i>	<i>28</i>
7.5.	<i>OPTIMISER LA GESTION DU PATRIMOINE ET DES INFRASTRUCTURES.....</i>	<i>28</i>
7.5.1.	<i>étude et mise en oeuvre d'un schéma directeur de gestion et de valorisation des infrastructures et du patrimoine</i>	<i>28</i>

7.5.2.	<i>utilisation du produit de la vente des immeubles</i>	29
7.6.	AMÉLIORER LA PRODUCTION DES COMPTES	30
7.6.1.	<i>objectifs - engagements</i>	30
7.6.2.	<i>démarche retenue</i>	30
7.7.	RENFORCER LE CONTRÔLE INTERNE	31
7.7.1.	<i>Démarche générale</i>	31
7.7.2.	<i>Contrôle interne par branche de risque</i>	31
7.7.3.	<i>Contrôle interne et gestions budgétaires</i>	32
7.8.	METTRE EN PLACE UN CONTRÔLE DE GESTION	32
7.9.	POURSUIVRE L'ÉVOLUTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION	33
8.	ADAPTER L'ORGANISATION AUX ENJEUX	34
8.1.	CRÉER DES CAISSES RÉGIONALES	34
8.2.	RENFORCER LE RÔLE DE LA CAISSE NATIONALE	34
8.3.	CONFIER À LA CDC LA GESTION DE L'ASSURANCE VIEILLESSE-INVALIDITÉ	34
8.4.	CALENDRIER PRÉVISIONNEL D'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION	35
9.	GARANTIR L'EMPLOI GRÂCE À L'ADAPTATION DES STRUCTURES, DES CONVENTIONS, DES STATUTS	36
9.1.	ADAPTER LES CONVENTIONS COLLECTIVES DES PERSONNELS DES SSM ET DES UR	36
9.2.	INTÉGRER LES PERSONNELS DE LA CANSSM À LA CDC	37
9.3.	TRANSFÉRER LES PRATICIENS CONSEILS À LA CNAMTS	38
10.	SUIVI ET ÉVALUATION DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION	39
10.1.	SUIVI DE LA COG	39
10.2.	ÉVALUATION	39
10.3.	RÉVISION DE LA COG	39
11.	LISTE DES ANNEXES	40

1. PRÉAMBULE

1.1. UN SYSTÈME ORIGINAL ET COMPLET DE PRISE EN CHARGE SOCIALE ET SANITAIRE

La pénibilité et la dangerosité du travail à la mine ont conduit très tôt à la mise en place d'un dispositif spécifique de protection sociale et sanitaire au profit des mineurs et de leurs familles. C'est ainsi que, dès le 29 juin 1894¹, la loi a institué pour les mineurs une assurance maladie et une assurance vieillesse obligatoires, cofinancées par les travailleurs et les exploitants.

À la Libération, lors de la « bataille du charbon », la protection sociale spécifique des mineurs est confortée dans le cadre du décret du 27 novembre 1946, avec d'une part une généralisation à toutes les substances, d'autre part la création d'une véritable structure pyramidale à trois niveaux : à la base les sociétés de secours minières en charge de l'assurance maladie, les unions régionales en charge des AT-MP, des prestations familiales et de la coordination de l'action sanitaire et sociale dans leur circonscription, et la caisse autonome nationale à la fois caisse de retraite et organisme national pour l'ensemble de la sécurité sociale minière.

À partir des années 50, compte tenu de la carence de l'organisation sanitaire et de la sous-médicalisation des régions à forte densité de population minière, les sociétés de secours minières ont développé un important système de soins permettant une prise en charge globale des patients. Le pivot du système est constitué par les médecins généralistes, rémunérés forfaitairement et assistés le plus souvent d'une infirmière. Le système de soins comporte également, pour sa composante « ambulatoire », des centres de médecine spécialisée, des pharmacies, des laboratoires d'analyses médicales, des cabinets dentaires, des laboratoires de prothèses dentaires, des cabinets d'optique, des services d'ambulances, des services de soins à domicile... Le dispositif est complété par des établissements de diverses natures : hôpitaux de court séjour, établissements de soins de suite et de réadaptation, établissements pour personnes âgées dépendantes.

Le régime minier s'est trouvé confronté très tôt aux problèmes de vieillissement de la population. En 2003, plus de 55 % des bénéficiaires de l'assurance maladie ont plus de 70 ans (alors que dans la population française cette proportion n'est que de 10%). Cet âge élevé se traduit par une consommation plus importante de soins (liée à de fréquentes polyopathologies) et, en termes de gestion, par un nombre d'actes administratifs (traitement de feuilles de soins) plus élevé que dans d'autres régimes, ce qui rend malaisées les comparaisons avec d'autres caisses d'assurance maladie n'ayant pas la même structure démographique.

Pour accompagner le vieillissement de ses ressortissants, le régime minier a choisi de développer des aides au maintien à domicile. En complément des services de soins à domicile gérés par les SSM, les unions régionales ont conduit diverses actions, coordonnées par des assistants de service social : aide ménagère, portage de repas, pose de téléalarmes, aide à l'amélioration de l'habitat. Les unions régionales mènent aussi des actions d'aide aux vacances.

En matière d'assurance maladie les soins dispensés dans les œuvres sont gratuits² ; pour les soins dispensés par des professionnels de santé libéraux, le taux de remboursement avoisine les 99 %. S'agissant des AT-MP, le rapport du nombre de rentes au nombre de bénéficiaires d'assurance maladie se situe à un niveau exceptionnellement élevé (36,7 %), triste illustration des dangers du métier de mineur et de ses conséquences en termes d'accidents du travail et surtout de maladies professionnelles.

Le régime minier présente donc des caractéristiques tout à fait originales dans le paysage social français : pour reprendre les termes du rapport Ruellan³, « *il a su traiter conjointement le social et le sanitaire, le préventif et le curatif, faire le lien entre la ville et l'hôpital, bref prendre en charge la santé des populations concernées* ».

¹ sans remonter à Henri IV et à l'édit de 1604 ou à Napoléon et à la loi de 1810 suivie des décrets de 1813

² hors les cas particuliers des prothèses dentaires et de la lunetterie

³ Rapport sur les relations entre l'État et l'assurance maladie – décembre 2002

1.2. LES ÉVOLUTIONS DU CONTEXTE : DÉMOGRAPHIE DES RESSORTISSANTS – BESOINS SANITAIRES DES POPULATIONS - RÉGLEMENTATION

1.2.1. DÉMOGRAPHIE DES RESSORTISSANTS

La récession des activités minières a commencé dès les années 1960. Elle approche maintenant de son terme puisque l'extraction de charbon va s'arrêter en 2004 et que le nombre d'actifs (16 900 à la fin 2003, dont plus de la moitié correspondent à des agents des SSM et UR, des « convertis » ou des CCFC) va encore continuer à décroître.

Les nombres de bénéficiaires maladie et de rentes AT-MP vont eux aussi continuer à décroître. Le nombre de pensionnés va également diminuer, mais l'activité de liquidation (droits propres et droits dérivés) va rester assez stable jusqu'à la fin de la décennie :

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/2003
Bénéficiaires maladie	251 880	239 664	228 040	216 980	206 456	196 442	186 915	177 850	-29.4%
Rentes AT-MP	92 428	89 147	85 982	82 930	79 986	77 146	74 407	71 766	-22.4%
Pensionnés	376 922	369 457	360 720	350 706	339 383	326 759	312 812	297 812	-21.0%
Liquidations	16 197	16 473	16 728	16 905	17 013	17 008	16 869	16 472	ns

1.2.2. BESOINS SANITAIRES DES POPULATIONS

Avec un décalage de quelques décennies par rapport à la population minière, la population française est à son tour touchée par le phénomène du vieillissement avec tous les besoins que cela induit. Dans le même temps des problèmes sérieux de démographie médicale commencent à se poser et le besoin de soins mieux coordonnés (médecin référent) et d'une meilleure intégration de la prévention et des soins se fait jour. Il est à noter à cet égard que le régime minier est le plus souvent implanté dans des régions où les indicateurs de santé sont mauvais et l'offre privée insuffisante, ce qui est particulièrement vrai dans la région Nord.

1.2.3. UNE RÉGLEMENTATION ÉVOLUTIVE ET EXIGEANTE

Dans le domaine de l'assurance maladie la réglementation évolue rapidement ; elle a de plus en plus un caractère interrégimes et son application aux spécificités du régime minier devient chaque jour plus difficile et plus coûteuse.

Concernant le dispositif de soins, l'évolution de la réglementation pousse à généraliser les démarches d'évaluation des pratiques et les processus d'accréditation.

1.2.4. LES CONSÉQUENCES POUR LE RÉGIME MINIER

La baisse du nombre de bénéficiaires des assurances maladie et AT-MP, combinée à une complexification croissante de la réglementation rend impossible une gestion efficace avec un dispositif éclaté en vingt-deux organismes.

Par ailleurs, si les établissements sanitaires sont déjà ouverts aux ressortissants de tous les régimes, il n'en va pas de même pour les autres catégories d'œuvres : certaines sont plus ou moins « ouvertes » (services de soins à domicile, cabinets dentaires par exemple), d'autres le sont très peu (cabinets de médecine générale, centres de médecine spécialisée), voire pas du tout (pharmacies). Pour les œuvres peu ou pas ouvertes, la chute du nombre de bénéficiaires va entraîner dans bien des cas le passage en dessous du seuil critique si aucun effort de recrutement de nouveaux patients n'est fait.

Il en résulte un impérieux besoin d'adaptation du dispositif tant en ce qui concerne la gestion des activités assurantielles que pour le dispositif de soins.

1.3. LA DÉLIBÉRATION VOTÉE LE 17/12/2003 PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CANSSM

Le 17 décembre 2003, le conseil d'administration de la CANSSM a voté la délibération suivante :

« Vu le vote du CA de la CAN du 19 décembre 2001,

Vu la lettre du 28 mai 2003 du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le protocole d'accord du 19 septembre 2003 entre la direction de la sécurité sociale, la direction du budget, la caisse autonome nationale et la caisse des dépôts et consignations,

Le conseil d'administration exprime sa volonté de mettre en œuvre, en vue de garantir une évolution du régime minier rendue nécessaire du fait des perspectives démographiques, en respectant les droits spécifiques des mineurs et prenant en compte les aspirations légitimes des personnels, les objectifs suivants :

1- L'amélioration du service rendu, notamment :

- en matière d'assurance-vieillesse, par la prévention des ruptures de ressources et le développement de la pré-liquidation ;*
- en matière d'assurance-maladie, par l'évaluation des pratiques et l'amélioration de la qualité du service et par la diffusion de la carte Vitale aux assurés.*

2- Le souci d'une meilleure maîtrise des coûts de gestion du régime, ainsi que l'unification et la simplification de la réglementation en matière d'assurance-maladie, en particulier à travers l'exonération du ticket modérateur pour les affiliés non pris en charge par les œuvres du régime.

3- La poursuite des travaux en vue du transfert, sous mandat de l'État, de la gestion du risque vieillesse-invalidité à la caisse des dépôts et consignations ; l'élargissement des perspectives de carrière des personnels de la caisse autonome nationale, dans le cadre d'une intégration négociée et volontaire sous convention collective à la caisse des dépôts et consignations ou, pour les agents qui le souhaitent, l'intégration à la caisse des dépôts et consignations avec maintien du statut actuel et de tous les droits qui s'y rattachent ; l'ensemble de ces travaux devant aboutir avant la fin du premier trimestre 2004.

4- La reconnaissance de l'action spécifique du régime minier dans chaque département en matière de prise en charge des personnes âgées, sous toutes ses formes, des aides à domicile aux soins de suite et de réadaptation.

5- Le libre choix des professionnels de santé par les affiliés du régime et le libre accès des œuvres aux affiliés des autres régimes, dans la recherche de partenariats de gestion, qui constituent les caractéristiques de l'ouverture bilatérale.

6- La garantie de l'emploi de toutes les catégories de personnels relevant de la convention collective du régime, et l'assurance, pour les agents qui le souhaitent, de finir leur carrière sous cette convention, dans le cadre d'une évolution des structures et des œuvres, avec l'arrêt du recrutement à la convention minière et le remplacement négocié de la référence minière.

7- *En ce qui concerne les œuvres et les autres activités, réduction du nombre des organismes, l'objectif étant de regrouper l'ensemble des activités d'une région sous l'autorité d'un organisme unique à la fin de la COG, au moment du renouvellement des conseils, ceux-ci pouvant s'ouvrir à des partenaires non miniers.*

8- *Le renforcement du rôle de la caisse autonome nationale en matière de gestion des risques maladie et d'AT-MP, en créant un service unique gérant les droits des affiliés, avec possibilité de délégations régionales ; dans les organismes, les personnels concernés relèveront de la caisse autonome nationale sur le plan opérationnel et de leurs organismes d'affectation sur le plan logistique, dans le cadre d'une gestion mutualisée la plus large possible ; un plan d'ouverture des œuvres par région, prenant en compte les données locales, sera soumis à l'agrément de la caisse autonome nationale.*

Et appelle en conséquence les services de la caisse autonome nationale à préparer dans les deux mois un projet de convention d'objectifs et de gestion qui sera soumis, ainsi que les modifications réglementaires nécessaires, au conseil d'administration. »

1.4. UN IMPÉRATIF – UN DÉFI – DES ATOUTS – UNE DÉMARCHE

L'impératif pour le régime minier est double :

- d'une part fournir un service de qualité à ses ressortissants pour tout ce qui touche à la protection sociale (assurance maladie, AT-MP, assurance vieillesse-invalidité) ce qui passe notamment par la gratuité des soins, la mise en place de SESAM Vitale, l'accélération des délais de traitement des dossiers,
- d'autre part fournir un service de qualité à tous les patients qui fréquentent les œuvres et établissements de son dispositif de soins, que ces patients soient des ressortissants miniers ou relèvent d'autres régimes.

Le défi consiste pour le régime minier à fournir ce service de qualité en combinant amélioration de l'efficacité, maîtrise des coûts et garantie de l'emploi à ses diverses catégories de personnels.

Pour respecter cet impératif et relever ce défi, le régime minier dispose d'importants atouts :

- le fort niveau d'engagement de ses administrateurs et de ses personnels,
- une implantation géographique dans des zones où les besoins sanitaires des populations sont les plus importants,
- un savoir-faire éprouvé notamment en matière de traitement conjoint du social et du sanitaire, de combinaison préventif-curatif, de prise en charge des personnes âgées.

La démarche appliquée par le régime minier consiste, dans le cadre du maintien de l'unicité du régime minier, et en cohérence avec les demandes des ministères de tutelle, à :

- mettre en place une politique qualité généralisée à l'ensemble de ses activités,
- adapter son organisation par :
 - la séparation de la gestion des activités assurances des activités offreur de soins,
 - la diminution du nombre d'organismes locaux (passage de 22 à 7 à l'horizon 2007),
 - le renforcement du rôle de la CAN,
 - le transfert à la CDC de la gestion de l'assurance vieillesse-invalidité et du recouvrement des cotisations.

- procéder à une « ouverture bilatérale » consistant :
 - à permettre aux bénéficiaires d'accéder aux professionnels de santé libéraux de leur choix tout en étant remboursés à 100 % du tarif de responsabilité,
 - à ouvrir le dispositif de soins à l'ensemble de la population,
 - en matière de recrutement des patients, à passer de l'obligation de recours à une attractivité fondée sur la qualité,
 - en ce qui concerne le mode de gestion des œuvres, à passer de l'isolement au partenariat.

1.5. LES ENGAGEMENTS RESPECTIFS DE LA CANSSM ET DE L'ÉTAT

Il apparaît nettement que le processus engagé va bien au-delà de l'exercice déjà exigeant que constitue l'élaboration puis la mise en oeuvre d'une convention d'objectifs et de gestion « classique ». Il s'agit en fait d'une profonde réforme du régime minier.

Dans ce cadre,

La CANSSM s'engage à :

- atteindre les objectifs fixés par la présente convention au meilleur coût,
- faciliter les missions de contrôle et d'évaluation conduites par les services de l'État et à fournir à l'État les éléments d'information nécessaires à l'évaluation de la présente convention,
- préparer la déclinaison des objectifs au niveau régional dans le cadre de contrats pluriannuels de gestion,
- améliorer la productivité du régime minier dans le cadre de la réforme du régime,
- valoriser le patrimoine, notamment immobilier, du régime.

L'ÉTAT s'engage à :

- simplifier la réglementation,
- allouer les moyens budgétaires nécessaires en tenant compte de l'évolution démographique et de l'activité ainsi que des ressources apportées par l'ouverture bilatérale des œuvres,
- valoriser les activités de prévention et de prise en charge globale des patients effectuées par le régime minier,
- aider les actions menées dans le cadre de l'évolution des structures, notamment par l'allocation des moyens nécessaires à la formation des personnels et par l'examen rapide des projets d'avenants aux diverses conventions collectives, ainsi que par la coordination avec l'évolution de l'emploi dans les autres secteurs de la protection sociale.

Il est précisé que la prise en compte par la CDC des objectifs définis en matière d'assurance vieillesse-invalidité s'effectuera dans le cadre du mandat de gestion que lui confiera l'État. Les points concernant ces objectifs sont récapitulés en annexe.

2. AMÉLIORER LE SERVICE RENDU EN ASSURANCE MALADIE ET AT-MP

2.1. RAPPROCHER LE SERVICE DE L’AFFILIÉ

Le régime minier se caractérise déjà, dans les zones où son implantation est dense, par une grande proximité de ses affiliés, notamment grâce à son réseau d’œuvres et au travail des assistantes sociales. Des améliorations sont nécessaires afin de prendre en compte les particularités de la population minière, et en premier lieu l’âge moyen élevé.

Le regroupement de la gestion de l’assurance maladie et de celui des AT-MP permettra à l’affilié, là où ce n’était pas déjà le cas, de n’avoir qu’un seul interlocuteur au lieu de deux. Cette amélioration pourra intervenir dès début 2005.

2.1.1. ÉTUDIER ET METTRE EN PLACE UNE PLATE-FORME D’ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE

L’âge des ressortissants miniers ne facilite pas leurs déplacements en vue de l’accomplissement de démarches. À l’instar de ce que pratiquent d’autres organisations, le régime minier va étudier l’opportunité de mettre en place une plate-forme d’accueil téléphonique. L’étude sera entreprise début 2005.

2.1.2. MIEUX CONNAÎTRE LES ATTENTES ET APPORTER DES RÉPONSES ADAPTÉES

En sus du partage d’informations entre les divers acteurs du régime minier, à partir de 2005, des enquêtes seront menées en se rapprochant des régimes ayant l’habitude de ce genre de démarche, afin d’une part de mesurer le degré de satisfaction, d’autre part de recenser les attentes des affiliés.

2.1.3. AFFECTER LES MOYENS NÉCESSAIRES

Les moyens nécessaires seront fournis par redéploiement dans le cadre de la nouvelle organisation et de la gestion mutualisée.

2.2. GÉNÉRALISER LE REMBOURSEMENT À 100% DU TARIF DE RESPONSABILITÉ

Actuellement les affiliés bénéficient de la gratuité pour les soins dispensés dans les œuvres. Pour les soins dispensés par des professionnels de santé libéraux, il existe, autour des articles 186 à 188 du décret du 27 novembre 1946 et de l’article 2-2-b du décret du 24 décembre 1992, toute une mosaïque de règles et de pratiques très complexes qui aboutit au final à un remboursement d’environ 99 % du tarif de responsabilité.

La généralisation du remboursement à 100% du tarif de responsabilité est le préalable indispensable à la mise en place de SESAM Vitale au profit de l’ensemble des ressortissants du régime minier. Le rapport IGF-IGAS de septembre 2002 a d’ailleurs montré que le coût de la mesure serait limité.

2.3. METTRE EN PLACE SESAM VITALE

Lorsqu’ils vont dans les œuvres du régime minier, les affiliés n’ont aucune démarche administrative à effectuer à part la remise d’une étiquette d’identification délivrée par la SSM. Lorsqu’ils s’adressent à des professionnels de santé libéraux ne pratiquant pas le tiers payant, les affiliés doivent ensuite adresser à la SSM une feuille de soins papier. La quasi-totalité des professionnels de santé libéraux faisant désormais des échanges SESAM Vitale avec les autres régimes, ils demandent aux affiliés miniers s’ils ont une carte Vitale et en répondant par la négative, ceux-ci se sentent quelque peu marginalisés.

La mise en oeuvre de SESAM Vitale constituera une amélioration du service rendu aux affiliés, car cela supprime tout envoi de documents à la SSM et contribue à l’accélération des remboursements.

Le régime minier a effectué depuis plusieurs années de nombreux travaux préparatoires en vue du passage à SESAM Vitale, notamment en matière de recueil des NIR des bénéficiaires.

Le régime minier a également acquis une expérience significative en matière d'échanges en télétransmissions tant avec les professionnels de santé libéraux qu'avec les professionnels de santé miniers (70% des lignes de facture en 2003).

Compte tenu de l'avancement des travaux, il est prévu d'effectuer à l'été 2004 la première distribution de cartes Vitale aux 3 800 bénéficiaires de la SSM de Fer et Sel habitant hors du rayon d'action de tout professionnel de santé minier et qui font déjà l'objet d'un remboursement à 100%. La généralisation à l'ensemble des bénéficiaires pourra intervenir au 1^{er} semestre 2005 dans la mesure où le remboursement à 100 % du tarif de responsabilité aura été généralisé par l'État à l'ensemble des bénéficiaires du régime minier.

2.4. DONNER LE LIBRE CHOIX DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le libre choix du praticien est affirmé par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale. Pour les bénéficiaires du régime minier, l'application de ce principe était tempérée par les règles de prise en charge plus favorables en cas de recours à des professionnels de santé du régime minier.

Donner le libre choix des professionnels de santé aux affiliés constitue une amélioration de la qualité du service, notamment lorsque le lieu d'exercice du professionnel de santé et le domicile de l'affilié sont éloignés. C'est aussi la contrepartie à l'ouverture des œuvres à des ressortissants d'autres régimes. Pour les œuvres cette ouverture bilatérale est stimulante puisqu'elle fait passer d'une logique d'obligation de recours à une logique d'attractivité fondée sur la qualité.

Pour permettre l'ouverture bilatérale, l'État et la CANSSM mettront tout en oeuvre pour que les dossiers d'agrément des oeuvres soient constitués et traités avant le 1^{er} janvier 2005. Des agréments provisoires pourront être délivrés dans l'attente des travaux nécessaires.

Le régime minier s'inscrira dans la dynamique du dossier médical partagé et veillera à assurer une bonne orientation du patient.

2.5. AMÉLIORER LE SERVICE EN MATIÈRE D'ASSURANCE AT-MP

En matière d'AT-MP, le régime minier se caractérise par la très forte proportion de ressortissants bénéficiaires d'une rente. En outre, le caractère évolutif des maladies professionnelles (pneumoconioses notamment) amène fréquemment à procéder à des révisions pour constatation d'aggravation.

Le paiement périodique des rentes est d'ores et déjà réalisé en respectant les échéances. Par contre, le régime minier a une moins bonne connaissance des délais relatifs d'une part aux premières liquidations d'autre part aux nombreuses révisions pour aggravation.

La CAN s'engage donc à définir d'ici la fin 2004 les indicateurs pertinents de qualité de service relatif aux liquidations et révisions de rentes et à mener en 2005 et 2006 les actions nécessaires à l'amélioration de cette qualité de service.

2.6. MIEUX INFORMER LES ASSURÉS ET LES PARTENAIRES

Les efforts d'information menés au cours des années écoulées vont être accentués pendant la période couverte par la COG.

S'agissant des affiliés, un soin tout particulier sera apporté à la diffusion des informations nécessaires à la bonne appropriation de la carte Vitale.

La rationalisation du dispositif de gestion de l'assurance maladie permettra de renforcer la spécialisation des personnels en charge des relations avec les professionnels de santé libéraux et de donner à ces derniers, notamment à l'occasion de la mise en place de SESAM Vitale, toutes les informations nécessaires, adaptées au contexte du régime minier.

L'information d'autres partenaires tels que les mutuelles sera également améliorée afin de faciliter les remboursements complémentaires aux affiliés.

2.7. DÉVELOPPER LA GESTION DU RISQUE

La circulaire interrégimes du 24 mars 1999 donne la définition suivante de la gestion du risque en assurance maladie : « *Le but de l'assurance maladie est de permettre à la population d'être et se maintenir en bonne santé. La gestion du risque y contribue par l'ensemble des actions et procédures conduisant à : optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins, amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts, dans le cadre financier voté par le Parlement.* ».

Le régime minier est membre des URCAM des régions Nord-Pas-de-Calais et Lorraine et est pleinement engagé dans les actions de régulation et d'optimisation menées par ces deux URCAM. Dans les autres régions, les organismes du régime minier participent, le plus souvent à la demande des CPAM, à des actions telles que des contrôles concertés de l'activité de certains professionnels de santé.

Pendant la période de la COG, la CANSSM va poursuivre les actions qu'elle mène déjà dans le cadre des URCAM et conduire des actions similaires dans les autres régions. En fonction des possibilités des organismes et du contexte local, il pourra s'agir d'actions concernant :

- les programmes de santé publique (cancer, maladies cardio-vasculaires, pathologies liées à l'amiante),
- la permanence des soins,
- la préservation de l'autonomie des personnes âgées (polymédication, sortie d'hospitalisation),
- missions d'observation et de connaissance du milieu,
- actions ponctuelles et de contrôle (interactions médicamenteuses, gros consommateurs, asthme, Alzheimer, bon usage des soins, ..).

Par ailleurs la CANSSM va développer les analyses des consommations de soins de ses ressortissants. Ces analyses viseront à mesurer l'impact de déterminants classiques tels que l'âge et le sexe, mais aussi l'impact d'autres facteurs tels que les pathologies des populations minières ou encore le mode d'organisation des soins ; sur ce dernier point les analyses viseront à mesurer l'influence du mode de distribution des soins (prise en charge globale ou accès non coordonné aux professionnels de santé) tant sur la santé des personnes que sur les coûts.

En termes de calendrier, il est prévu de disposer d'une première série d'analyses au deuxième semestre 2004. Ces analyses serviront de guide à la conduite d'actions d'optimisation. La même démarche sera ensuite poursuivie sur 2005 et 2006. S'agissant des moyens, une partie des personnels rendus disponibles du fait de la rationalisation de l'organisation et de la poursuite de l'automatisation sera redéployée sur des actions de gestion du risque.

La prévention et la « promotion de la santé » seront par ailleurs au cœur des démarches engagées. Ainsi, les prestations sanitaires individuelles (dépistage, prévention) devront être coordonnées dans le cadre d'une politique de gestion du risque en lien avec les Unions régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

3. REDÉFINIR LES MISSIONS DU CONTRÔLE MÉDICAL

3.1. LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET TECHNIQUE

La mise à jour régulière des connaissances des praticiens-conseils tant dans le domaine de l'expertise médicale que dans celui de la santé publique est nécessaire dans le cadre notamment de leurs nouvelles missions d'accompagnement des praticiens dans une démarche de qualité, ainsi que dans celle de la réponse à apporter aux organismes miniers.

3.2. L'INTÉGRATION DES PRATICIENS-CONSEILS AU RÉGIME GÉNÉRAL

Les missions actuelles des praticiens-conseils du régime minier sont pour partie comparables à celles du régime général. Néanmoins, des spécificités propres existent, pour la plupart liées au fait que le régime minier est un organisme de sécurité sociale mais aussi un système offreur de soins ; à ce titre l'on peut citer :

- le conseil auprès des affiliés, des professionnels de santé, des instances délibérantes, des services des organismes et des instances prévues par les conventions collectives ;
- la prévention et le dépistage ;
- la procédure de recrutement des professionnels de santé et de leur classement, la formation continue ;
- l'action sanitaire et sociale et les investissements médicaux ;
- l'attribution des prestations individuelles ;
- le fonctionnement des services, œuvres et établissements du réseau de soins ;
- les particularités des maladies professionnelles liées à la profession minière.

Certaines des activités du service médical seront remises en cause, du fait des modifications prévisibles apportées aux différentes conventions collectives des professionnels de santé et de leurs impacts sur l'organisation du système de soins et donc sur l'activité des praticiens-conseils.

Ces différents éléments militent en faveur de l'intégration des praticiens-conseils au sein du régime général. Celle-ci nécessite une réflexion sur l'organisation fonctionnelle, de manière à assurer conjointement la poursuite des missions du service médical au sein du régime minier, la suppléance au départ en retraite de certains praticiens dans plusieurs régions en assurant un transfert de compétence, et l'implication des praticiens à l'activité du régime général selon un principe de progressivité évaluée en leur assurant une formation adaptée aux missions nouvelles proposées.

3.3. CALENDRIER

L'État s'engage à prendre en temps utile les mesures législatives et/ou réglementaires nécessaires à cette évolution. La CANSSM s'engage à effectuer dans les meilleurs délais l'étude, puis la mise en application du nouveau dispositif.

4. AMÉLIORER LE SERVICE RENDU EN ASSURANCE VIEILLESSE

La gestion de l'assurance vieillesse-invalidité va être transférée en 2004 à la CDC dans le cadre d'un mandat donné par les pouvoirs publics. Des conditions de ce transfert d'activité sont proposées dans l'offre de service de la CDC qui reste à valider par les ministères de tutelle.

L'intégration des équipes vieillesse de la CANSSM à la CDC et la préparation de la mise en oeuvre des applications informatiques CDC représentent un chantier important, consommateur en ressources. En conséquence les engagements en matière d'amélioration de la qualité de service exposés au présent chapitre sont garantis pour l'année 2004 car ils sont liés, pour l'essentiel, à des actions déjà lancées. Pour les années 2005 et 2006 les objectifs chiffrés correspondent, à ce stade, à une simple reconduction des objectifs 2004 ; la CDC en donnera une valeur actualisée à la fin 2004 au terme d'une première phase de management direct de l'activité retraites minières.

4.1. PRÉVENIR LES RUPTURES DE RESSOURCES

En matière de liquidation le régime minier se distingue des autres sur trois points essentiels :

- près de 4/5 des comptes de cotisants concernent d'anciens salariés des mines, poursuivant leur activité professionnelle auprès d'un autre régime de sécurité sociale : le dépôt de leur demande de pension est généralement postérieur à la date d'ouverture du droit ;
- plus d'une pension sur quatre est attribuée à un assuré résidant hors de France : les délais de liquidation sont plus longs en raison du rôle des institutions de résidence du demandeur ;
- près de 60 % des pensions attribuées sont des pensions de réversion.

Compte tenu de ces éléments, les actions de la CANSSM, destinées à prévenir toute rupture de revenus des assurés, sont articulées autour des axes de progrès suivants :

■ Pour les pensions de droit propre :

1. développer la préliquidation des droits des assurés de plus de 50 ans, cotisant à cet âge au régime minier.
2. Favoriser le dépôt anticipé de la demande de pension et la liquidation par anticipation.

■ Pour les pensions de réversion :

3. mettre en place une procédure de gestion spécifique pour accélérer le traitement.

■ Pour toutes les pensions

4. lorsque le dossier est incomplet, mettre en paiement un montant minimum si le droit est reconnu.
5. réduire les délais internes à tous les stades de traitement de la demande de pension.
6. favoriser l'information en direction des assurés.

4.2. DÉVELOPPER LA PRÉLIQUIDATION

La préliquidation consiste à mener toutes les opérations relatives à la carrière par anticipation à la demande de prestation. Ces opérations recouvrent les étapes suivantes :

- reconstitution de la carrière,
- estimation des droits,
- communication et validation par l'assuré des résultats produits,
- liquidation par anticipation.

Les actions développées ci-après distinguent deux catégories distinctes de populations cibles :

- les assurés cotisant au régime minier (un peu plus de 18 000 cotisants au 31/12/2002) pour lesquels la préliquidation systématique des droits doit devenir la règle ;
- les anciens assurés poursuivant leur activité professionnelle ressortissant d'un autre régime de sécurité sociale, pour lesquels seules les deux premières étapes peuvent être réalisées.

4.2.1. PRÉLIQUIDATION EN DIRECTION DES COTISANTS (GROUPE DE 18 000 ASSURÉS ENVIRON)

Une étude réalisée en novembre 2003 sur le fichier des cotisants, montre que 58 % de l'ensemble des cotisants ont bénéficié d'une reconstitution de carrière. La CANSSM s'engage à porter à 70% le pourcentage de carrières validées en 2004.

4.2.2. RECONSTITUTIONS DE CARRIÈRES DES EX-COTISANTS ÂGÉS DE 54 À 65 ANS (GROUPE DE PRÈS DE 26 000 PERSONNES)

La difficulté rencontrée par la CANSSM réside dans le fait que l'adresse et le parcours professionnel de ses ex-cotisants lui sont inconnus.

Il convient donc de faire appel au concours des autres régimes de sécurité sociale, notamment le régime général et le régime des industries électriques et gazières.

À l'occasion de la création du groupement d'intérêt public, prévu par la loi sur les retraites du 21 août 2003, il est demandé à l'État de favoriser les échanges d'informations entre régimes d'assurance vieillesse concernant l'adresse des poly-actifs.

Le taux de reconstitutions de carrières pour les anciens cotisants passera de 18 % en novembre 2003 à 25 % à la fin 2004.

4.3. SIMPLIFIER LES DÉMARCHES

La simplification des démarches est une des composantes du projet SIREM ; elle s'effectue selon les deux axes suivants :

- réduction des formalités à effectuer pour les demandes de prestations ;
- clarification des correspondances rédigées à destination des assurés.

Ces actions seront menées au profit de l'ensemble des assurés, ce qui implique une prise en compte adaptée des spécificités de certaines populations plus fragiles en raison de leur situation économique et sociale ou de leur situation familiale (anciens mineurs convertis, demandeurs d'emplois, personnes en situation de veuvage, pensionnés âgés, assurés résidant à l'étranger).

4.3.1. RÉDUCTION DES FORMALITÉS À EFFECTUER POUR LES DEMANDES DE PRESTATIONS.

Sur ce volet, la CANSSM s'engage à :

- ne réclamer aux assurés que les pièces justificatives prévues par les textes réglementaires et en aucun cas, celles résultant d'une pratique interne ;
- revoir les formulaires de demandes en fonction des difficultés rencontrées et y annexer une notice ou un protocole précisant les éléments indispensables ;

4.3.2. CLARIFICATION DES CORRESPONDANCES

Les notifications d'attribution des prestations seront améliorées pour permettre une meilleure lisibilité.

5. RENFORCER L'ACTION SPÉCIFIQUE DU RÉGIME MINIER EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

L'action sanitaire et sociale connaît aujourd'hui un contexte général de forte évolution avec la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ; le rôle des divers acteurs s'en trouve profondément modifié avec notamment la place prépondérante occupée par les départements.

Il importe d'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'action sanitaire et sociale dans un contexte d'allongement de la durée de vie des personnes âgées et du vieillissement général de la population minière qui rend certains enjeux prioritaires :

- organiser l'intervention des organismes pour favoriser le maintien à domicile,
- favoriser les conditions du soutien à domicile en fonction du degré de perte d'autonomie,
- rendre plus efficaces les actions des services d'aides à domicile.

La CANSSM s'engage, dans le cadre de la présente convention d'objectifs et de gestion, à renforcer l'action spécifique du régime minier en faveur des personnes âgées au travers notamment de :

- la définition et la mise en œuvre d'une politique d'action sanitaire et sociale nationale,
- l'organisation et la coordination de l'action des aides à domicile et la mise en commun des moyens au profit de la population, quel que soit son régime d'appartenance.

La satisfaction des usagers sera au cœur de la politique d'action sanitaire et sociale du régime.

5.1. DÉFINIR UNE POLITIQUE NATIONALE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Il appartiendra à la CANSSM de déterminer la politique d'action sanitaire et sociale du régime minier, de déterminer, coordonner, évaluer et contrôler l'ensemble des actions engagées en ce domaine.

5.1.1. DÉFINIR UN CADRE ET DES PRIORITÉS NATIONALES

5.1.1.1. ÉLABORER UN SCHÉMA DIRECTEUR NATIONAL PLURIANNUEL DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Un schéma directeur d'action sanitaire et sociale pluriannuel sera mis en place, des priorités nationales en ce domaine seront établies. Il s'agira de :

- mieux appréhender les besoins et les attentes exprimés par les organismes, à partir des réflexions engagées localement par chacun d'eux sur la prise en charge de notre population,
- disposer d'une connaissance plus fine des besoins en fonction des bénéficiaires pour pouvoir orienter l'action du régime minier.

5.1.1.2. ÉTABLIR UN RÈGLEMENT NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Un règlement national d'action sanitaire et sociale sera établi, qui devra :

- Définir les prestations individuelles et collectives
- Harmoniser les critères d'attribution des prestations
- Déterminer les conditions d'attribution des prêts et subventions au niveau national.

5.1.1.3. ENGAGER UNE DÉMARCHÉ QUALITÉ

Les organismes du régime minier devront s'engager dans une démarche qualité par la mise en place d'outils d'évaluation et de suivi.

Il s'agira notamment :

- d'engager des études permettant une meilleure connaissance des besoins des affiliés du régime afin de prévenir au mieux la dépendance,
- de mettre en œuvre l'évaluation de la qualité du service rendu auprès des ressortissants,
- de généraliser l'utilisation par les organismes du régime minier de la grille AGGIR et des autres outils développés facilitant la coordination entre l'action des départements et celles des organismes du régime minier,
- d'assurer la complémentarité des aides individuelles du régime minier concourant au maintien à domicile avec les aides que les affiliés peuvent percevoir des autres organismes financeurs.

5.1.2. RENDRE PLUS EFFICIENTE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

5.1.2.1. AVOIR UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES AVEC LA VOLONTÉ DE PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE

La prévention de la perte d'autonomie constituera le fil conducteur de la politique d'action sanitaire et sociale du régime minier.

Dans cette optique, la CANSSM et les organismes du régime minier s'efforceront :

- de réunir les différentes formes de prestations servies par le régime minier dans une approche globale d'aide et de maintien à domicile,
- d'assurer l'émergence d'actions innovantes en termes de prévention et de repérage auprès des personnes âgées fragiles,
- de mettre en place une politique d'adaptation en matière d'habitat en sollicitant les compétences d'organismes spécialisés,
- de contribuer au développement d'actions intermédiaires dans une logique d'aide aux aidants (accueil de jour, accueil séquentiel),
- de favoriser les projets d'hébergement de qualité.

5.1.2.2. DÉVELOPPER LES ACTIONS DE COORDINATION

Le régime minier, compte tenu de la structure démographique de sa population, doit être un acteur majeur dans la mise en place d'actions de coordination en partenariat avec l'extérieur dans le cadre de structures juridiques distinctes.

Dans cet objectif, les organismes du régime minier, sous l'impulsion de la CANSSM, devront engager, poursuivre, voire renforcer :

- le partenariat avec les Conseils Généraux,
- les partenariats avec les autres régimes de sécurité sociale et les régimes de retraite,
- les actions de coordination gérontologique notamment avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique (CLIC) articulant les services et les établissements existants, en liaison avec les différents professionnels de santé dans une démarche de prévention sanitaire et de prévention du risque de désinsertion sociale des personnes âgées, avec l'objectif d'assurer la continuité de l'aide apportée aux personnes âgées, par le développement de procédures d'échanges et d'informations au niveau local. Le concours du régime minier au développement des CLIC devra se traduire par une participation voire une intégration des assistantes sociales au sein même de ces structures.

5.1.3. RECENTRER LE RÔLE DU SERVICE SOCIAL DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Le service social assure aujourd'hui une part importante de la présence sur le terrain nécessaire aux développements actuels de l'action sanitaire et sociale du régime minier en faveur des personnes âgées.

La caisse autonome nationale, en coordination avec la conseillère sociale nationale et les organismes du régime minier, s'emploiera à élaborer un plan national d'orientations du service social qui précisera les attributions et modalités d'action des services sociaux des organismes régionaux.

Il s'agira de définir le cadre d'action des assistants sociaux notamment au regard de la mise en place de l'APA et des nouveaux partages de compétences.

L'élaboration du plan national d'orientations du service social sera menée d'avril à la fin du premier semestre 2005.

Le plan national d'orientations du service social portera sur la période 2005-2009.

Le service social doit rester le pivot de l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées.

Les objectifs du travail social sont et doivent rester le maintien ou la restitution de l'autonomie de la personne âgée ; la prévention et la résolution des difficultés sociales ; l'accès aux droits et aux prestations ; l'adaptation et la promotion des personnes ; la transmission des savoirs ; la veille sociale par la remontée des nouveaux besoins des personnes âgées.

Dans ce cadre, sur l'impulsion de la CANSSM, les organismes du régime auxquels la gestion des services sociaux a été déléguée s'engageront à :

- recentrer l'activité des assistants sociaux sur le travail social et, à ce titre, abandonner, dans le cadre de redéploiements internes, la gestion et l'encadrement des aides à domicile et des actes assistanciels,
- mettre en œuvre la politique d'action sanitaire et sociale,
- favoriser l'accueil, l'évaluation, l'information, l'orientation, l'aide à la personne,
- accompagner les personnes et leurs familles dans une démarche de maintien ou de restauration de l'autonomie et de lutte contre l'exclusion,
- développer la prévention dans le cadre d'un travail en réseau multidisciplinaire,
- favoriser la coordination entre les différents services sociaux intervenant sur le même territoire (conseils généraux,...) permettant d'apporter une réponse globale aux besoins de la population,
- développer le partenariat avec les autres intervenants sociaux (CCAS, hôpitaux...) par le biais de conventions,
- adapter l'outil informatique afin de mieux appréhender l'activité des services sociaux, d'évaluer les services rendus et de faire émerger des besoins non couverts.

5.2. ORGANISER ET COORDONNER L'ACTION DES AIDES À DOMICILE

Le régime minier gère deux services d'aides ménagères et quinze services de soins infirmiers à domicile.

La gestion directe par le régime des services d'aides à domicile est aujourd'hui remise en cause par la diminution du nombre de ressortissants miniers.

Les organismes du régime minier devront, à l'issue de la présente convention d'objectifs et de gestion, avoir amélioré la stratégie d'aide et de soins à domicile auprès des personnes âgées, mobilisé les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales au profit de l'ensemble de la population, fédéré l'ensemble des volontés, mutualisé les pratiques et les moyens.

Des partenariats devront être développés, en vue de l'autonomie de gestion de ces structures, une démarche de regroupement de ces structures engagée.

A cet égard, les organismes du régime minier devront :

- 1. déterminer l'efficacité des actions des services d'aides à domicile par leur inscription dans les démarches d'assurance qualité et d'évaluation des prestations existantes (régime général, normes ISO...).**
- 2. améliorer et systématiser au sein du régime minier les prises en charge globales, coordonnées, condition d'un soutien à domicile adapté. Il s'agira notamment de :**
 - mettre en place pour chaque affilié qui le nécessite une prestation d'aide à domicile adaptée et dans un délai rapide,
 - conclure avant 2007, des conventions entre les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide à domicile des différents organismes du régime minier,
 - mobiliser les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales dans les départements au profit de l'ensemble des populations dans le cadre d'un fonctionnement en réseau, moyen indispensable pour la prise en compte coordonnée adaptée des besoins des personnes âgées.
- 3. Examiner et engager les modalités d'un partenariat des services d'aides à domicile et de soins infirmiers à domicile avec des partenaires extérieurs au régime qui pourront se traduire par :**
 - une coordination inter-régimes,
 - le rapprochement de structures existantes (CCAS, ADMR, UNASSAD...),
 - la mise en place d'entités juridiques distinctes pour la gestion des aides à domicile ou communes dénommées service polyvalent d'aide et de soins à domicile par la création d'une association ou d'une fédération avec des partenaires susceptibles d'apporter une clientèle (Conseils Généraux, Mutualité...) en collaboration avec l'UNASSAD, l'ADMR...).

5.3. ORGANISATION - CALENDRIER

L'élaboration :

- du schéma directeur national,
- du règlement national d'action sanitaire et sociale,
- du plan national d'orientations du service social,

sera menée d'avril 2004 à la fin du premier semestre 2005.

Le schéma directeur et le plan porteront sur la période 2005-2009 ; ils feront l'objet d'une actualisation à la fin 2006, au moment de la préparation de la 2^{ème} COG.

6. VALORISER LE RÉSEAU DE SOINS

6.1. DÉFINITIONS

6.1.1. LES DIFFÉRENTES APPELLATIONS DES STRUCTURES DE SOINS MINIÈRES

Le régime minier a identifié son réseau de soins médicaux et ambulatoires à l'aide de noms tirés de l'histoire sanitaire des structures de soins des bassins. La médecine générale (avec, le plus souvent, une infirmière qui assiste le médecin) est identifiée sous le vocable de « médecine de 1^{er} degré », la médecine de spécialité étant pour sa part appelée « médecine de second degré », les hôpitaux miniers étant le 3^{ème} degré.

Les noms donnés aux lieux de consultation et de soins ambulatoires, s'appellent selon l'usage ou l'identification, consultation médicale, dispensaire, maison médicale, cabinet médical, centre de santé, cabinet dentaire pour les activités dentaires, ou service de soins infirmiers, pour les soins infirmiers. Lorsqu'il y a des médecins spécialistes regroupés majoritairement dans un site de consultation, ce site s'appelle centre de médecine spécialisée (CMS).

6.1.2. LA DÉNOMINATION RÉGLEMENTAIRE DU CENTRE DE SANTÉ

Compte tenu de la difficulté à définir la terminologie et le statut des structures de soins ambulatoires, qui fréquemment portaient les mêmes dénominations que dans le régime minier, les codes de la santé publique, de la sécurité sociale et l'accord national des centres de santé, ont retenu une seule dénomination pour identifier ces structures, sous le terme générique de CENTRE DE SANTÉ. On distingue ainsi :

- le centre de santé médical,
- le centre de santé dentaire,
- le centre de soins infirmiers,
- le centre de santé polyvalent,
- les antennes des centres de santé.

6.2. LES ENJEUX

6.2.1. LA PLACE ORIGINALE DES CENTRES DE SANTÉ MINIERS

Les centres de santé miniers bénéficient d'une expérience de plusieurs décennies, dans la prise en charge des populations minières.

Leur fonctionnement repose sur un travail d'équipe. Ce mode de fonctionnement permet une prise en compte des besoins individuels de santé compatible avec des préoccupations de santé publique et excluant toute relation financière entre patients et soignants.

Cette expérience et cette pratique qualifient les centres de santé minier, pour participer à la mise en place de réseaux de prise en charge sanitaire et sociale, en faveur des personnes âgées, dans le cadre d'un objectif de maintien à domicile.

6.2.2. LES DÉFIS DE L'OUVERTURE

L'évolution démographique défavorable de la population minière a pour corollaire sa dilution dans la population générale, rendant l'ouverture des centres de santé miniers inéluctable et vitale. Les objectifs de l'ouverture doivent s'exprimer en termes d'économie de la santé, de santé publique et de qualité technique des prestations médicales.

6.2.3. LE LIBRE CHOIX

L'ouverture s'accompagne du libre choix donné aux affiliés entre l'offre libérale et l'offre minière. Cette possibilité va générer des déplacements de clientèle du « minier » vers le « libéral » et inversement. Ces mouvements seront proportionnels à la qualité perçue des prestations offertes par les praticiens. Le libre choix ne constituera une nouveauté dans son exercice professionnel que pour le médecin minier.

Aussi la mise en place rapide du dispositif d'acte d'adhésion, entre le patient et le médecin choisi par lui dans le cadre de l'option de coordination des soins (cf. point 3.2.2 de l'accord national du 19 novembre 2002 approuvé par arrêté paru au JO du 19 avril 2003), permettra-t-elle de solidifier les relations entre les patients (miniers ou non miniers) et leur médecin et de les fidéliser dans le recours aux centres de santé miniers, pour y recevoir des soins.

6.2.4. INCIDENCE SUR LES STRUCTURES

Des centres de santé, des pharmacies, verront leur économie complètement et immédiatement modifiée par ces mouvements de clientèle alors que les stratégies d'ouverture vers de nouvelles clientèles, ne seront pas quant à elles d'une efficacité immédiate. C'est pourquoi il faudra tenir compte des spécificités locales et prévoir un financement adapté.

La COG est un outil de gestion de l'ouverture. L'ouverture est le moyen de sauvegarde d'une pratique médicale originale qui répondra au besoin de santé d'une population non minière.

6.3. ÉVALUER LES PRATIQUES MÉDICALES ET L'ORGANISATION

6.3.1. ÉVALUATION DES PRATIQUES

L'évaluation des pratiques professionnelles a comme objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

La CANSSM engage les médecins du régime minier dans le processus d'évaluation en s'inspirant notamment du dispositif prévu par le décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales. Dans cette approche, le Comité Médical National sera l'instance de pilotage nationale, les Commissions Médicales Consultatives Locales (CMCL) des différents organismes actuels et des futures caisses régionales pourront proposer des thèmes d'actions et évaluer le bilan des différentes actions menées, dans la mise en œuvre de cette démarche qualité. Par ailleurs les centres de santé miniers mettront en œuvre toutes les clauses de l'accord national des centres de santé relatives à l'évaluation.

6.3.2. ÉVALUATION DE L'ORGANISATION

L'évaluation des pratiques doit être complétée d'une évaluation médico-administrative du système organisationnel des soins du régime minier. Cette évaluation est à conduire sur le mode de la démarche d'assurance qualité. Il s'agit d'une description pas à pas du fonctionnement actuel, de la rédaction d'un cahier des charges avec détermination d'un niveau d'exigence, du suivi et de l'évaluation de sa mise en pratique. Ceci peut concerner par exemple, le cabinet médical, l'accueil, les modalités d'appel, la permanence des soins, la régulation des urgences... Cette évaluation médico-administrative pourra déborder le champ des cabinets médicaux, pour couvrir les autres œuvres sanitaires et professions de santé faisant partie du dispositif.

6.3.3. ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE

L'évaluation médico-économique de l'activité des centres de santé sera engagée progressivement dans le cadre défini par l'accord national des centres de santé. Les points d'évaluation porteront notamment sur le suivi des patients ayant adhéré aux contrats de coordination des soins, des patients atteints d'affections de longue durée et de maladies professionnelles, le bilan en termes épidémiologiques des actions de prévention, de participation aux réseaux de soins.

6.3.4. ORGANISATION - CALENDRIER

La CANSSM s'engage à prendre les dispositions nécessaires à la formation à la technique de l'évaluation des médecins chargés d'aider, guider et évaluer leurs confrères.

Il semble raisonnable d'envisager de former 10 % de l'effectif, soit, compte tenu, du nombre actuel de médecins généralistes, former de 25 à 30 médecins. Ces formations seront demandées à l'ANAES.

Pour les médecins spécialistes - 73 à temps plein et 146 à temps partiel-, il conviendra de former une vingtaine de praticiens.

Le Comité Consultatif National arrêtera les thèmes médicaux objets d'une évaluation, dans le cadre d'un programme annuel. Il sera, au même titre que les CMC des organismes, destinataire d'un rapport annuel d'évaluation.

Au cours de l'année 2004 le processus de formation sera engagé. Les années 2005 et 2006 verront se dérouler les premières évaluations sur au moins deux thèmes annuels différents arrêtés par le Comité Consultatif National. L'évaluation de l'organisation fonctionnelle de la distribution des soins sera conduite simultanément.

6.4. ADAPTER LES CENTRES DE SANTÉ AUX NOUVELLES EXIGENCES DÉCOULANT DE L'OUVERTURE

6.4.1. ÉLABORATION DU PLAN ET DU CALENDRIER DE L'OUVERTURE

L'adaptation de l'implantation et de l'organisation des centres de santé miniers, doivent répondre aux nécessités d'évolution et développer l'efficacité et la pertinence du réseau existant, en termes

- d'utilité,
- de résultats,
- d'efficacité sanitaire et sociale,

dans une économie mieux maîtrisée, à partir de critères représentatifs des pratiques de la médecine minière :

1. en maintenant une présence dans les lieux de concentration des populations minières, permettant l'exercice d'une médecine de qualité et la coordination des soins,
2. en intégrant la présence et les besoins de la population environnante, dans une approche de médecine de proximité et de territoire avec une démarche de santé publique,
3. en réunissant les moyens de soins pour un meilleur fonctionnement de leur coordination et un meilleur service aux patients.

L'adaptation du réseau de soins sera programmée dans un plan pluriannuel couvrant la période de la COG. Les organismes gestionnaires établiront leurs prévisions dans ce cadre.

6.4.1.1. LIEUX D'IMPLANTATION ET FORMES D'ORGANISATION RETENUES

Les formes d'organisation, d'implantation et de regroupement actuelles des activités ambulatoires et particulièrement les centres de santé qui seront constitués dans le nouveau cadre juridique découlant de l'ouverture, devront répondre aux critères d'une meilleure efficacité de la distribution et du service des soins.

Que ce soit comme centre de santé médical, ou de soins infirmiers ou dentaires, avec une activité unique, au besoin isolée sur son territoire géographique, ou bien comme centres de santé polyvalents, regroupant plusieurs activités différentes.

Cela passe par plusieurs scénarios d'évolution, à évaluer en fonction de chaque contexte local :

- maintien dans les formes d'organisation et d'implantation actuelles, avec au besoin modernisation des locaux,
- regroupement de plusieurs activités, ou dispensaires, ou consultations, médicale, dentaire en un seul site pour former un plus grands Centre de Santé Polyvalent,
- déplacement vers un nouveau lieu d'activité, mieux implanté parmi les populations à soigner (par exemple déplacement d'un cabinet dentaire, transformé en centre de santé dentaire ouvert).

6.4.1.2. FERMETURE DES LIEUX DE CONSULTATION INADAPTÉS

Les lieux de consultation hors normes d'agrément ou ne correspondant pas aux critères de maintien d'un service et d'une organisation de qualité à coût maîtrisé seront fermés.

6.4.1.3. CHIFFRAGE DU COÛT ÉCONOMIQUE DE LA RESTRUCTURATION DU RÉSEAU

Il sera procédé à l'établissement du budget prévisionnel des travaux à réaliser pour mise aux normes, regroupement, création de nouveaux locaux.

Il sera également procédé au chiffrage des moyens administratifs et humains dans le cadre d'une organisation repensée en vue d'une meilleure coordination (par exemple : secrétariats médicaux, réception centralisée des appels téléphoniques, régulation des moyens et des interventions...).

Une comparaison économique entre l'organisation actuelle et l'organisation cible sera effectuée ; elle prendra notamment en compte les gains obtenus grâce à la fermeture des lieux de consultation inadaptés.

6.4.2. AGRÉMENT DES PLANS D'OUVERTURE PAR LA CANSSM PROCÉDURE DE RÉALISATION DE L'OUVERTURE

6.4.2.1. COMITÉ DE PILOTAGE SOUS L'AUTORITÉ DU DIRECTEUR DE LA CANSSM

Les plans d'ouverture concerneront la totalité des réalisations ambulatoires des SSM. Ils seront élaborés par les organismes locaux ; ils seront soumis pour validation à un comité d'experts placé sous l'autorité du directeur de la CANSSM. L'avis du comité d'experts sera transmis à l'organisme concerné. Le conseil d'administration de la CANSSM pourra donner son agrément aux plans proposés et attribuera la dotation budgétaire de restructuration des centres de santé.

Une maîtrise d'ouvrage unifiée pourrait être mise en place par mutualisation des moyens, sous l'autorité de la CANSSM : pour les réhabilitations lourdes, ou les restructurations à neuf, cela permettrait de réaliser des économies d'échelle et de tendre vers une standardisation des locaux de consultation définis sur un modèle type (fonctionnalité, ergonomie, accueil...).

6.4.2.2. DEMANDE ET ACTUALISATION DES AGRÉMENTS CENTRES DE SANTÉ

À partir du plan d'ouverture validé par la CANSSM, chaque organisme gestionnaire procèdera à l'inventaire de ses agréments «centres de santé» (agréments déjà existants, à solliciter, à modifier, voire à supprimer en cas de fermeture d'un centre déjà agréé). La politique d'immatriculation systématique des centres (numéro FINESS) et des professionnels de santé (numéro ADELI) sera poursuivie.

6.4.2.3. ADHÉSION À L'ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTÉ

À l'issue de la procédure d'agrément, le centre de santé adhérera à l'accord national des centres de santé du 19 novembre 2002 approuvé par arrêté paru au JO du 19 avril 2003. Cette adhésion détermine de manière précise la manière dont s'exerce l'activité de soins. En particulier :

- les obligations de l'article 6323-1 du CSP, du décret 15 juillet 1991 et de l'annexe XXVIII du décret du 9 mars 1956 modifié (accessibilité des patients, conditions d'information sur le fonctionnement et la continuité des soins) devront être respectées ; un grand nombre de ces dispositions sont déjà appliquées dans les faits, mais elles feront désormais l'objet d'un suivi formalisé dans le cadre du rapport annuel du centre de santé.
- l'ensemble des dispositions réglementaires découlant des conventions médicales et du code de la sécurité sociale s'applique (feuille de soins, cotation des actes, FSE, dispense d'avance des frais, dossier du patient, ...)
- l'adhésion aux options facultatives de l'accord, notamment celles relatives à la coordination des soins et l'engagement dans les actions de prévention, la participation aux réseaux de soins revêtent un caractère impératif pour les centres de santé miniers ; le cadre de référence fixé par ces options doit constituer un élément structurant de la démarche qualité des centres de santé miniers.

6.4.2.4. CALENDRIER

2004	élaboration par la CANSSM d'un « guide de l'ouverture » (2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestres), élaboration de plans d'ouverture (2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestres), examen par la CANSSM des premiers projets de restructuration (4 ^{ème} trimestre) inscription des crédits au budget 2005
2005	engagement de l'ouverture (consultations restructurées ou non) élaboration de la 2 ^{ème} tranche des restructurations de locaux de centres de santé (par exemple création, extension, modernisation.) examen des projets (3 ^{ème} et 4 ^{ème} trimestre) validation CANSSM et inscription des crédits au budget 2006 (4 ^{ème} trimestre)
2006	3 ^{ème} tranche des restructurations, mêmes principes pour préparation du budget 2007

6.4.3. LE FONCTIONNEMENT ÉCONOMIQUE DES CENTRES DE SANTÉ

6.4.3.1. PARTICIPATION DE LA CAN

La médecine de secteur minière a fonctionné jusqu'à présent selon les principes de « médecine de caisse » : les soins étant gratuits, l'ensemble des charges de la médecine de secteur était considéré comme une dépense de l'assurance maladie et était en conséquence supporté directement par le FNAM.

Pendant la durée de la COG, la CANSSM continuera d'assurer par l'intermédiaire du FNAM, le financement des dépenses de soins concernant les affiliés miniers.

Les ressources des divers centres de santé miniers seront :

- la valorisation de tous les actes techniques effectués pour les clients miniers et non miniers,
- la participation des fonds de prévention pour les actes à l'intention des affiliés miniers et non miniers, relevant des divers fonds,
- les diverses subventions et participations auxquelles les centres de santé miniers pourront prétendre dans le cadre de leur adhésion à l'accord national des centres de santé. dénombrement statistique et tarification ngap.

Les soins réalisés en faveur des assurés sociaux relevant des autres régimes d'assurance maladie seront facturés selon les règles des conventions médicales et l'accord national des centres de santé et récupérés auprès des dits régimes, dans le cadre de la mise en œuvre du mécanisme de dispense d'avance des frais.

Le système de valorisation et de tarification mis en œuvre dans le cadre de l'ouverture, permettra d'identifier précisément les actes et activités réalisés, au titre des soins, de la coordination des soins et des interventions d'éducation, de prévention ou d'accompagnement social.

En conséquence, et afin de se mettre en conformité avec les règles applicables aux centres de santé, l'ensemble des actes réalisés, y compris ceux réalisés en faveur des affiliés du régime minier seront dénombrés au plan statistique et permettront l'évaluation médico-économique de l'activité.

6.4.3.2. RESSOURCES ISSUES DE L'ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTÉ

Les avantages de l'accord national des centres de santé s'appliqueront aux centres de santé miniers. Cela concerne d'une part les subventions prévues aux articles L. 162-32 et D.162-22 à D. 162-28, du code de la sécurité sociale, d'autre part les honoraires ou forfaits de soins relatifs aux options de coordination des soins et des réseaux de soins.

Les dispositifs de subventions sur salaires, rémunération des activités de coordination, de prévention, d'éducation sanitaire, prévus et rémunérés explicitement dans le cadre de l'accord national des centres de santé, s'appliqueront de plein droit, selon les critères définis par l'accord national.

6.4.3.3. PARTICIPATION DU FONDS NATIONAL DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA CANSSM

Les centres de santé miniers qui développeront des programmes de prévention, de dépistage, et de promotion de la santé, percevront une participation du fonds national de prévention et de promotion de la santé dont les objectifs et modalités de financement sont décrits en annexe III à la présente convention d'objectifs et de gestion. Cette participation constituera une ressource nouvelle.

6.4.3.4. COTATION AU FORFAIT

La problématique financière posée aux centres de santé réside en particulier dans le décalage existant entre d'une part les caractéristiques des actes réalisés en consultation, constitués d'actes techniques et de prestations intellectuelles, de conseil en santé, en prévention et éducation sanitaire, en actes de maintien à domicile, dans le cadre d'activités coordonnées entre le médecin, l'infirmière, le service social, et d'autre part la cotation rendue possible par la NGAP.

Cet écart aboutit faute d'évaluation et de quantifications précises, à ne pas valoriser une partie du temps soignant et d'accompagnement soignant.

La cotation et la facturation des actes devraient en conséquence obéir à deux critères :

- d'une part l'application de la NGAP, en matière de cotation et de tarif, lorsque la prestation ou l'acte correspond parfaitement à la définition et cotation de l'acte
- d'autre part la définition de forfaits de soins représentatifs, lorsque la prise en charge est plus globale et fait intervenir une coordination pluridisciplinaire, dans le cadre du

financement des réseaux de soins, dont la charge d'instruction revient au GUR (Guichet Unique des réseaux), et le financement relève des URCAM.évaluation économique

Le système d'évaluation économique mis en œuvre comportera deux grandes étapes d'évaluation :

- la première portera sur le suivi des indicateurs de gestion et de dépenses, avec en particulier le suivi des charges de structures et de personnels, notamment de remplacement nécessité par l'obligation de continuité des soins ;
- la seconde portera sur le système d'information de l'activité de soins, adapté aux caractéristiques des actes, avec développement d'un mode d'analyse économique portant sur la formation des coûts médicaux, infirmiers et sociaux, dans une prise en charge en réseau.

6.4.4. PÉRIMÈTRE DES CENTRES DE SANTÉ ET DÉNOMINATION DES AUTRES RÉALISATIONS

D'autres activités de soins ou de services, en fournitures, produits et prestations existent dans le régime minier. Elles ne relèvent pas spécifiquement de la réglementation des centres de santé, et les règles d'agrément ou de conventionnement obéissent à d'autres règles que l'accord national des centres de santé n'a pas abordé ou regroupé.

Ce sont notamment les pharmacies minières, les laboratoires de biologie médicale, les entreprises de transport sanitaire, les cabinets de prothèses dentaires, les magasins d'optique et tout service à visée commerciale ou de services concourant à l'objet social du régime minier.

6.4.5. SUIVI QUANTITATIF ET QUALITATIF DE FRÉQUENTATION, RAPPORT D'ACTIVITÉ, SYSTÈME D'INFORMATION ET ÉVALUATION.

L'obligation du rapport d'activité annuel, se concrétisera par la mise en place d'un suivi quantitatif et qualitatif, de fréquentation portant sur les populations qui ont recours au centre de santé, le volume et les caractéristiques des actes sanitaires et sociaux, les éléments de satisfaction de la clientèle sur la qualité du service, l'accessibilité. Le système d'information des centres de santé devra intégrer ces paramètres. Il s'accompagnera de l'élaboration et du suivi de tableaux de bord, retraçant ces éléments quantitatifs et qualitatifs de fréquentation.

En conclusion, la CANSSM s'engage à ce que tous les actuels dispensaires de médecine générale, les CMS ambulatoires, les cabinets dentaires, remplissant les conditions de viabilité, soient à l'issue de la présente COG tous devenus des centres de santé relevant de l'accord national des centres de santé.

6.5. LES PHARMACIES MINIÈRES

6.5.1. RESTRUCTURER

La restructuration doit être préparée par un état des lieux régional, intégrant les paramètres de clientèle minière, et sa dispersion sur le territoire environnant, l'offre libérale et le positionnement de l'officine minière par rapport au numerus clausus opposable aux pharmacies libérales, la possibilité de partenariat avec la mutualité.

L'évolution des officines doit être examinée, sous plusieurs angles :

- maintien dans les locaux d'implantation actuels,
- regroupement de plusieurs pharmacies en une seule,
- transfert dans les locaux attenants aux centres de santé,
- transfert dans un nouvel espace géographique mieux adapté aux flux de chalandise minière ou, le cas échéant, non minière,
- fermeture programmée ou cessions éventuelles.

La CANSSM proposera les éventuelles adaptations législatives ou réglementaires afin de favoriser ces évolutions et de permettre aux pharmacies viables de perdurer.

Le groupe de travail sur l'avenir des pharmacies minières mis en place par le ministère de la santé et de la protection sociale et les services de la CAN en février 2004 présentera son rapport au conseil d'administration de la CAN dans les prochains mois.

6.5.2. RECHERCHER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE PARTENARIALE

La possibilité d'ouvrir les pharmacies minières, sans modification de la réglementation, passe très probablement par le partenariat et le conventionnement avec la Mutualité, dans le cadre d'un exercice réservé aux populations mutualistes. élaborer les propositions régionalisées et les soumettre à l'agrément de la CANSSM

6.5.3. ÉLABORER LES PROPOSITIONS RÉGIONALISÉES ET LES SOUMETTRE À L'AGRÉMENT DE LA CANSSM

Les propositions de restructuration des pharmacies, seront rassemblées dans un projet régionalisé, avec un calendrier de réalisation au besoin différent de celui relatif aux centres de santé.

La CAN validera les propositions régionalisées et établira le plan national de restructuration des pharmacies minières Cela permettra d'obtenir les différentes autorisations pour les transferts éventuels et pour l'ouverture auprès du ministère de tutelle, dans le cadre d'un plan d'ensemble applicable aux pharmacies minières.

6.5.4. PROMOUVOIR UN SERVICE FAVORISANT LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES RÉSEAUX DE SOINS

Le positionnement des pharmacies minières dans le dispositif de santé publique devra être recherché, afin d'aborder leur devenir dans le nouveau cadre concurrentiel de l'ouverture.

Sont par exemple à prendre en compte, leur contribution active aux politiques de maîtrise des dépenses de médicaments, avec en priorité la dispensation de médicaments génériques déjà largement effective (73% en volume fin 2003 au sein du répertoire) et l'accompagnement au bon usage du médicament, leur rôle comme acteurs ou relais d'information dans les actions de prévention, leur participation aux réseaux de services pour la mise à disposition et l'entretien d'appareillages pour handicapés et personnes âgées.

Le colportage des médicaments devra être revu au regard des règles de concurrence et le portage à domicile (dispensation de l'ordonnance à domicile) rendu possible par la loi du 18 janvier 1994 et son décret d'application N° 95-862 du 25 juillet 1995, développé en fonction des besoins de la population tout en maîtrisant le coût pour le maintien de l'équilibre économique de la pharmacies, et au regard des règles de concurrence.

6.6. DÉFINIR ET METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

6.6.1. ÉVOLUTION RÉCENTE DE LA SITUATION DES ÉTABLISSEMENTS

Les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux du régime minier sont ouverts à l'ensemble de la population et constatent une diminution progressive de leur fréquentation par la population minière.

Toutefois, la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines doit tenir compte de la diminution du pourcentage de ressortissants miniers accueillis dans les établissements du régime (de 1% à 100%) et adapter sa politique de financement à cette réalité.

Dans ce contexte, et afin de préserver l'avenir de ces établissements, il convient de rechercher la solution la plus adéquate de partenariat en utilisant les atouts du régime.

6.6.2. RECHERCHE DE PARTENARIATS

Les partenariats peuvent prendre différentes formes qui peuvent être combinées entre elles.

6.6.2.1. INTÉGRATION DES ÉTABLISSEMENTS DANS UN RÉSEAU DE SANTÉ.

Lorsque l'offre de soins dispensée par un organisme comprend des œuvres, des établissements, SSIAD...et permet de couvrir l'ensemble des besoins sanitaires des ressortissants miniers et autres populations du bassin, elle peut s'intégrer dans un réseau de santé principalement dédié aux personnes âgées en associant des partenaires externes également présents sur le territoire d'intervention.

6.6.2.2. FORMULE ASSOCIATIVE

Cette formule souple, déjà utilisée dans le régime minier, se prête à des partenariats multiples (mutuelles, élus ...). rapprochement avec l'hôpital public

Le rapprochement de certains établissements sanitaires du régime avec des établissements publics de santé devra être privilégié lorsqu'il répond à une cohérence sanitaire territoriale. Ce rapprochement peut prendre plusieurs formes, notamment l'intégration à l'hôpital public ou la constitution d'un groupement de coopération sanitaire.

6.6.2.3. RATTACHEMENT AUX UGECAM

Il permet de disposer immédiatement du savoir-faire d'une structure qui est dédiée complètement et uniquement aux établissements sanitaires. Il convient cependant de noter qu'en matière d'établissements de santé, les UGECAM ont choisi de se spécialiser dans les soins de suite et de réadaptation.

Tous ces scénarios peuvent s'inscrire dans une logique de réseau. La solution choisie doit être déterminée à partir d'un projet médical global pour une réelle insertion dans l'offre territoriale de soins ou médico-sociale, au regard des complémentarités, de la légitimité et de la compétence des acteurs.

6.6.3. FINANCEMENT PAR LE RÉGIME MINIER DES OPÉRATIONS D'INVESTISSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS.

Le taux d'occupation par les ressortissants miniers des établissements du régime sera désormais le critère déterminant du financement des politiques de restructurations qui ne donneront pas automatiquement lieu à une aide du régime. Ce financement se fera sous forme de prêts sans intérêt, remboursables au maximum sur 20 ans.

Ces règles s'appliqueront aux établissements dès la mise en œuvre de la présente COG pour toute nouvelle opération engagée après le 31 décembre 2003. Les opérations déjà engagées pourront s'accompagner d'une recherche active de co-financements extérieurs afin de recentrer les moyens financiers du régime minier sur les besoins de ses assurés.

En parallèle, une démarche visant à l'autonomisation financière des établissements devra être engagée. Le financement des « projets de restructuration » des établissements devra suivre le schéma suivant :

6.6.3.1. MOBILISATION DES FONDS PROPRES - AUTOFINANCEMENT

Les établissements du régime mobiliseront au préalable les ressources dont ils disposent (excédents de fonctionnement sur exercices antérieurs, ...). À cet égard, les sections d'investissement des établissements devront être soumises à un examen des plus attentifs.

La valorisation de leur patrimoine, affecté ou non affecté, devra contribuer de manière optimale à l'effort d'investissement, soit par une exploitation rentable, soit, le cas échéant par une cession d'actifs.

6.6.3.2. APPEL À DES PARTICIPATIONS FINANCIÈRES EXTÉRIEURES

Les projets de restructuration devront contribuer de manière indiscutable à l'adaptation de l'offre de soins au niveau régional et s'inscrire dans le tissu sanitaire et médico-social déterminé par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (S.R.O.S.).

Dans ce cadre, les organismes du régime, gestionnaires d'établissements, devront solliciter le partenariat :

- de l'ÉTAT - les établissements du régime devront solliciter auprès des ARH des aides financières (FIHMO ou autres)
- des collectivités territoriales - ces structures seront plus particulièrement sollicitées pour la modernisation des établissements accueillant des personnes âgées.
- des autres régimes de sécurité sociale - les différents régimes seront sollicités lors de la restructuration ou modernisation des établissements miniers accueillant une part non négligeable de leurs ressortissants.

6.6.3.3. CONCOURS FINANCIER DE LA CANSSM

La participation financière de la CANSSM sera réservée aux opérations déjà engagées ; ensuite elle sera progressivement arrêtée.

6.6.3.4. RECOURS À DES EMPRUNTS BANCAIRES

Pour assurer le financement des opérations de restructuration, les établissements pourront solliciter des emprunts bancaires, sous le contrôle de la CAN, dans la limite de leur capacité effective d'honorer leurs engagements et dans une perspective d'évolution de la tarification des établissements.

6.6.4. ORGANISATION ET PLANIFICATION DES OPÉRATIONS

Afin d'assurer l'avenir des établissements et le financement de leurs opérations d'investissements lourds et de celles des structures sanitaires où le régime minier est représenté par des administrateurs du régime minier, le dispositif suivant va être mis en place :

6.6.4.1. DÈS SIGNATURE DE LA COG

- organisation d'un séminaire de réflexion sur la stratégie hospitalière avec les administrateurs d'organismes gérant des établissements et des directeurs des organismes et d'établissements : sensibilisation à la nécessité d'assurer l'avenir des établissements du régime en s'engageant dans des évolutions structurelles (restructuration interne, redéploiement de moyens etc.), dans le développement des systèmes d'information (mise en place de la tarification à l'activité...), dans l'amélioration des conditions de travail des personnels soignants et non-soignants ...
- création d'une dynamique managériale collective par le lancement de la conférence des directeurs des établissements afin de partager leurs expériences, rechercher des mutualisations de moyens et des synergies dans le sens d'un plus grand professionnalisme ;
- détermination de la politique de la CANSSM avec les administrateurs la représentant au sein des instances délibérantes de structures sanitaires (AHNAC, HOSPITALOR, Rochebelle, Vence, Association de St Exupéry, Durtol...), les administrateurs devenant ainsi les porte-parole et les défenseurs de cette politique ;
- mise en place d'une démarche d'audit des établissements ;
- élaboration par les établissements de leur programme relatif aux opérations de restructuration, investissements immobiliers ou mobiliers et aux acquisitions d'équipements et de matériels lourds ;

- point sur les opérations en cours et pour lesquelles une décision de financement par le régime minier a été prise.

6.6.4.2. FIN 2004

- point sur l'état d'avancement des conventions d'objectifs et de moyens signées par les établissements et les ARH ;
- choix d'une forme institutionnelle d'autonomie de gestion ;
- détermination des opérations immobilières, d'investissements lourds en équipements et des restructurations qui seront financés par le FNASS sur 2005 et 2006 ;

6.6.4.3. FIN 2005 ET FIN 2006

- finalisation des projets avec les partenaires et point avec la CAN sur les démarches engagées et leur mise en œuvre.

Ces objectifs seront déclinés dans les contrats pluriannuels de gestion.

7. AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DE LA GESTION

7.1. METTRE EN PLACE UNE DÉMARCHE QUALITÉ

Au cours des années 2004-2006, la CANSSM entreprendra une généralisation de l'application de la démarche qualité à l'ensemble des activités du régime minier. Cela passera dans une première phase par l'appropriation et de la mise en œuvre des concepts de l'assurance qualité : identification des couples clients/fournisseurs, description critique des processus observés, définition et mise en œuvre d'un référentiel cible pour chaque domaine, le tout dans le but d'enclencher le cycle vertueux de l'audit et de l'actualisation du référentiel en conséquence. Chaque fois que ce sera possible, la qualité atteinte sera objectivée par une mesure.

7.2. AMÉLIORER LA MAÎTRISE DES COÛTS DE GESTION

Les actions de maîtrise des coûts de gestion du régime minier concernent ses divers domaines d'activité.

7.2.1. ASSURANCE MALADIE ET AT-MP

Au 1^{er} janvier 2004, l'effectif affecté à la gestion de l'assurance maladie dans les SSM et à la gestion de l'assurance AT-MP dans les UR représente 724 ETP, soit 65% des effectifs de la gestion administrative.

D'ici la fin 2004, la CANSSM s'efforcera de déterminer, avec le concours du régime général, des indicateurs d'activité permettant des comparaisons pertinentes.

La décroissance du nombre de bénéficiaires, les gains de productivité résultant des actions d'informatisation (notamment l'utilisation des feuilles de soins électroniques), et la centralisation de la gestion des risques au niveau national, doivent permettre une rationalisation des tâches, tout en conservant pour les affiliés un service de proximité nécessaire compte tenu de la moyenne d'âge des ressortissants, et une amélioration des performances liée à une gestion déconcentrée des risques, plus efficace. Dans ce contexte la CANSSM s'engage à réduire les effectifs affectés à la gestion de l'assurance maladie et AT-MP à hauteur des départs liés à la retraite, auxquels s'ajouteront des efforts de redéploiement et de mobilité vers d'autres structures, pendant la période 2005 et 2006. La CANSSM veillera aussi à une réduction des autres dépenses de fonctionnement.

7.2.2. ASSURANCE VIEILLESSE-INVALIDITÉ

La maîtrise des coûts s'effectue dans le cadre du transfert de l'activité à la CDC dans des conditions exposées en détail dans l'offre de service de la CDC, notamment par une prise en compte de l'évolution du volume d'activité, soumise à validation de l'État.

7.2.3. ŒUVRES SANITAIRES ÉTABLISSEMENTS ET AUTRES MISSIONS

La CANSSM s'engage, dans le respect des garanties données par ailleurs aux personnels, à adapter, pendant la période 2005 et 2006, ses effectifs administratifs des fonctions support à hauteur des départs liés à la retraite auxquels s'ajouteront des efforts de redéploiement et de mobilité vers d'autres structures,. Elle s'engage en outre à faire évoluer ses dépenses de fonctionnement au regard des gains de productivité liés à la mutualisation des moyens et à une meilleure organisation des fonctions support.

7.2.4. ACTIONS DE REDÉPLOIEMENT – MOBILITÉ EXTERNE

Dans la mesure où les départs en retraite et autres départs naturels s'avèreraient ne pas suffire pour empêcher des situations de surcapacité, la CANSSM s'engage à mener une action volontariste de recherche de redéploiement des personnels administratifs vers d'autres organisations dans des conditions à la fois compatibles avec une bonne qualité de service et respectueuses des droits des personnels. À l'occasion au plus tard, de la préparation des budgets 2005 et 2006, la CANSSM présentera un rapport relatif à ces opérations de redéploiement et de mobilité externe.

7.2.5. CAISSE AUTONOME NATIONALE

Dans le nouveau dispositif, après transfert à la CDC de la gestion de l'assurance vieillesse-invalidité et du recouvrement des cotisations, la CANSSM aura une configuration beaucoup plus restreinte qu'actuellement. Recentrée d'une part sur son rôle de « tête de réseau », d'autre part de gestionnaire de son patrimoine immobilier, la CAN ne comptera plus qu'une centaine de collaborateurs. À l'exception de quelques cas particuliers (dont le directeur, le directeur-adjoint et l'agent-comptable), il s'agira d'agents repris par la CDC et remis à disposition.

La période 2004-2006 sera pour le régime minier une phase intense de réforme et la CANSSM, en tant que tête de réseau, sera très fortement sollicitée, ce qui explique que son effectif, restera stable. Hors charges liées au service des retraites aux anciens agents de la CAN, les dépenses connaîtront peu de variations sur la durée de la COG.

Années	2004	2005	2006
Dépenses de fonctionnement (k€)	8 316 k€	8 219 k€	8 296 k€

7.3. ADOPTER LA PLURIANNUALITÉ BUDGÉTAIRE

La CANSSM s'est engagée, depuis plusieurs exercices, dans une rénovation de l'exercice de sa tutelle budgétaire sur les organismes locaux.

Le but en est d'améliorer les délais d'examen et d'approbation des budgets et de ne plus limiter son contrôle au seul taux d'évolution des dépenses, afin d'entrer dans une culture d'évaluation et de prévision.

Pour poursuivre cette réforme en se donnant une meilleure lisibilité à moyen terme, il est nécessaire de définir de façon pluriannuelle l'évolution des masses financières et les règles budgétaires de l'organisme national. Toutefois, compte tenu de la difficulté d'effectuer des prévisions précises dans certains domaines liés à la réforme de l'organisation du régime minier, l'application de ce principe de connaîtra des limitations dans le cadre de cette première COG.

Le détail de ce cadrage budgétaire pluriannuel (et des limitations de l'application du principe de pluriannualité) est exposé dans les annexes budgétaires.

7.4. ADAPTER LES STRUCTURES

La CANSSM s'engage à veiller à ce que les structures du régime minier présentent la meilleure adaptation possible à l'exercice efficient de ses missions ; l'État s'engage pour sa part à aider la CANSSM dans cette démarche.

7.5. OPTIMISER LA GESTION DU PATRIMOINE ET DES INFRASTRUCTURES

7.5.1. ÉTUDE ET MISE EN OEUVRE D'UN SCHÉMA DIRECTEUR DE GESTION ET DE VALORISATION DES INFRASTRUCTURES ET DU PATRIMOINE

La CANSSM étudiera, puis mettra en œuvre, un schéma directeur de gestion et de valorisation du patrimoine et des infrastructures. Le document issu de l'étude ainsi que les points périodiques d'avancement seront communiqués aux ministères de tutelle.

Cette démarche tiendra compte du caractère composite du patrimoine immobilier du régime minier :

- il y a d'une part le patrimoine immobilier locatif de la CANSSM, géré la régie immobilière ; ce patrimoine est bien connu et il s'agit principalement de poursuivre les actions de valorisation menées depuis déjà plusieurs années
- il y a d'autre part le patrimoine immobilier des organismes locaux, beaucoup plus disparate, car correspondant à des finalités différentes, et nettement moins bien connu.

7.5.1.1. ORIENTATIONS POUR LE VOLET DU SCHÉMA DIRECTEUR RELATIF AU PATRIMOINE IMMOBILIER DE LA CANSSM

Les 69 immeubles qui composent ce patrimoine sont pour la plus grande partie situés dans les meilleurs quartiers de la capitale et font l'objet depuis maintenant près de quinze ans de travaux de remise en état systématique, qu'il s'agisse des appartements proprement dits ou des parties communes.

À ce jour, près de 800 logements sur un total de 1210 sont refaits et donc loués aux conditions du marché, la progression des loyers et résultats financiers demeurant continue.

La CANSSM doit donc moderniser et requalifier l'ensemble des appartements libérés non encore mis aux normes, en incluant dans ses projets et préoccupations l'important patrimoine de locaux administratifs. La CANSSM s'engage à mettre en place des indicateurs de performances sur son volet patrimonial.

Un plan de développement devra accompagner l'ensemble des travaux et c'est à ce prix que pourra être mise à profit la réserve de croissance des loyers dont dispose encore la CANSSM grâce notamment à :

- l'application systématique des majorations annuelles prévues dans de nombreux baux en cours,
- l'existence de locations encore sous-évaluées notamment celles soumises au régime de la loi de 1948 qui disparaîtront au fur et à mesure ou qui seront réajustés,
- la location au prix du marché des appartements rénovés,
- saisir les opportunités de valorisation de ce patrimoine au vu, notamment, des offres présentées.

7.5.1.2. ORIENTATIONS POUR LE VOLET DU SCHÉMA DIRECTEUR RELATIF AU PATRIMOINE IMMOBILIER ET AUX INFRASTRUCTURES DES ORGANISMES LOCAUX

La caisse autonome nationale doit être en possession d'un fichier concernant le patrimoine des organismes, dans lequel tous les éléments techniques, de sécurité, d'utilisation, d'affectation et d'occupation sont retracés.

L'état des lieux doit être accompagné de la valeur comptable à l'inventaire de l'organisme, et d'une indication de la valeur du bien sur le marché, par une évaluation éventuelle réalisée par les services fiscaux départementaux (service des Domaines).

Les objectifs retenus en matière de valorisation du patrimoine sont les suivants :

- adapter les locaux, en fonction de l'existant, aux diverses missions des organismes, et prévoir leur adéquation dans le cadre de la future organisation avec sept caisses régionales et leurs antennes à fin 2006 ;
- conserver et améliorer les locaux nécessaires au fonctionnement des œuvres, lorsque ceux-ci répondent aux besoins de l'œuvre, par leur localisation, leurs critères d'utilisation, leur état et les perspectives d'avenir de l'œuvre. au besoin, créer de nouvelles implantations mieux adaptées à l'activité de l'œuvre, dans le cadre de l'ouverture et de la réponse à apporter à la prise en charge des soins ;
- se séparer des immeubles non occupés ou sous occupés par les divers services des organismes ou mal adaptés aux missions des futures caisses régionales ;
- valoriser le patrimoine conservé par une approche plus professionnelle de la gestion.

7.5.2. UTILISATION DU PRODUIT DE LA VENTE DES IMMEUBLES

L'optimisation du patrimoine peut conduire à la vente d'immeubles ; le produit de ces ventes doit pouvoir être laissé à la disposition des organismes (en tant que recette des fonds régionaux de modernisation des œuvres mentionnés à l'annexe 4), afin de subvenir aux besoins de financement des opérations de réhabilitation, ou d'opérations de restructuration, permettant de répondre à leur politique de gestions des œuvres et des établissements, après agrément par la CANSSM.

7.6. AMÉLIORER LA PRODUCTION DES COMPTES

7.6.1. OBJECTIFS - ENGAGEMENTS

Dans le cadre défini par les dispositions législatives et réglementaires et les lois de financement de la sécurité sociale, les comptes du régime minier doivent répondre à un double objectif :

- donner aux gestionnaires du régime, une connaissance précise et non contestable de l'activité des organismes, de leurs résultats, de leur situation financière et patrimoniale ;
- apporter aux pouvoirs publics les informations dont ils ont besoin pour assurer leurs missions.

Dans cette optique, la CANSSM s'engage à :

1. Assurer aux instances délibérantes du régime une information lisible, fiable et produite dans les délais impartis ;
2. Apporter à l'ensemble de ses interlocuteurs externes, l'information demandée ;
3. Engager une démarche de mise en place de la comptabilité analytique.

7.6.2. DÉMARCHE RETENUE

La mise en œuvre de ces engagements se situe en continuité avec l'action déjà engagée par le régime minier ces dernières années.

- Le projet Centralisation de l'Information COMptable Minière (CICOM) lancé fin 2002 doit permettre de réaliser les objectifs ci-après dès 2004 :
 - Les données de comptabilité générale et développée du régime seront fournies mensuellement à la mission comptable permanente selon un calendrier fixé par la caisse nationale,
 - La caisse nationale, pour sa part, s'engage à fournir ses comptes annuels en 2004 et 2005 à la fin du premier trimestre suivant l'exercice clôturé. À compter de 2006, pour les comptes de 2005, les délais devront être réduits d'un mois,
 - Les données comptables relatives à un exercice N des organismes locaux doivent être disponibles au 31 janvier N + 1.

Les processus mis en place dans le régime minier en 2004 permettront d'assurer le respect de ces engagements.

- Une structure nationale rattachée à l'agent comptable national assurera la gestion uniforme de l'évolution du plan comptable unique dans le régime, en stricte conformité avec les directives de la mission comptable permanente (MCP). Cette structure sera constituée par mutualisation des compétences dont dispose déjà le régime minier.
- Le processus de gestion des remontées mensuelles et annuelles qui s'appuie sur des outils informatiques adaptés permet le respect des délais et des formats imposés.

7.6.3. AMÉLIORATIONS ATTENDUES

Le régime minier s'engage, pour la durée de la convention d'objectifs et de gestion, à agir selon trois axes :

■ Améliorer la fiabilité des données

Dans cette optique, la généralisation du progiciel comptable ERIC'S, outil plus structurant que le produit actuel constitue un vecteur indispensable pour assurer l'homogénéisation, la fiabilité et le suivi budgétaire du régime.

■ Améliorer la lisibilité des informations à partir de plusieurs actions :

- adopter des modèles de document type en liaison avec la Mission Comptable Permanente (rapport de l'agent comptable, annexe ...) pour l'ensemble du réseau.
- mise au point d'un dictionnaire des comptes évolutif diffusé tant aux ordonnateurs qu'aux comptables.
- mise en œuvre du module de centralisation des données comptables avec le logiciel ERIC'S pour préparer une réelle consolidation des comptes du régime.

■ Renforcer l'animation du réseau déjà amorcée depuis quelques années par une association croissante des directeurs aux projets en relation avec la comptabilité.

7.7. RENFORCER LE CONTRÔLE INTERNE

La CANSSM s'engage à renforcer le contrôle interne au sein du régime minier selon une méthodologie qui repose sur des principes déclinés par branche de risque d'une part ou de gestions budgétaires d'autre part.

Les objectifs de la démarche du contrôle interne s'appuient sur ceux présentés dans le cadre de la COG qui visent à privilégier la qualité de service, d'assurer l'égalité de traitement des affiliés et de maîtriser le risque financier dans tous les domaines d'activité du régime.

7.7.1. DÉMARCHE GÉNÉRALE

7.7.1.1. DISPOSER D'UNE INSTRUCTION NATIONALE ACTUALISÉE POUR LES RISQUES MALADIE ET AT/MP

L'instruction générale de contrôle date de 1995. Elle devra être refondue et adaptée avant la fin de la période couverte par la COG. Pour y parvenir, dès 2004, la CANSSM va créer une cellule nationale, pilotée par la caisse nationale et associant les directeurs et les agents comptables du régime.

7.7.1.2. DÉVELOPPER LES OUTILS DE PILOTAGE

Le contrôle interne réalisé dans le régime n'est pas toujours mesuré de manière exhaustive et homogène selon les organismes et les risques concernés.

L'objectif retenu est de disposer d'outils nationaux à la fin de la période couverte par la convention.

7.7.1.3. INTÉGRER LA DÉMARCHE DU CONTRÔLE DANS LA DÉMARCHE QUALITÉ DU SERVICE RENDU ATTACHÉE À CHACUN DES PROJETS DU RÉGIME.

7.7.2. CONTRÔLE INTERNE PAR BRANCHE DE RISQUE

7.7.2.1. ASSURANCES MALADIE ET AT-MP

La branche maladie de la CANSSM devra dans la période couverte par la COG passer d'une politique de contrôle basée sur de nombreux contrôles a priori à une politique axée sur le contrôle a posteriori.

Cette politique permettra d'améliorer les délais de paiement des prestations aux affiliés et aux professionnels de santé mais imposera une réorganisation substantielle des services gestionnaires (impact sur l'organisation, la prise en compte des statistiques...).

S'agissant des rentes AT-MP, la généralisation du logiciel PRIAM (associé à CASCADES et CHEOPS) permettra d'unifier les modalités de contrôle dans les organismes gestionnaires de la branche.

Les modalités du contrôle interne seront également adaptées pour prendre en compte l'évolution de l'organisation du régime minier (gestion de l'assurance maladie et des AT-MP incombant à la CANSSM qui délègue des missions aux organismes locaux dans le cadre d'une gestion mutualisée).

7.7.2.2. DOMAINE VIEILLESSE

Après transfert de l'activité dans le cadre du mandat de gestion donné par l'État, La Caisse des dépôts et consignations intégrera sa fonction de contrôle des prestations dans la gestion du risque, cette fonction étant précédemment exercée conjointement par le directeur et l'agent comptable de la CANSSM.

7.7.3. CONTRÔLE INTERNE ET GESTIONS BUDGÉTAIRES

En matière de gestions budgétaires (gestion administrative et action sanitaire et sociale), le contrôle interne s'exerce classiquement par contrôle du respect des engagements budgétaires ou des évaluations prévisionnelles annuelles étendues à la gestion des biens immobiliers de la CAN.

Comme en matière de prestations, le contrôle interne présente un caractère sélectif dans la plupart des cas. Il fait l'objet de statistiques mensuelles qui sont communiquées à chaque service ordonnateur.

La Caisse autonome nationale s'engage, par ailleurs, à établir une nomenclature des pièces justificatives qui s'imposerait à la fois au directeur et à l'agent comptable.

La procédure de contrôle budgétaire déjà en place à la CANSSM sera fortement renforcée sur la période janvier 2004 à juin 2005 par la généralisation à l'ensemble des organismes du progiciel comptable ERIC-S déjà utilisé à Paris. Ce produit repose essentiellement sur la séparation ordonnateur - comptable et impose un suivi des engagements aux ordonnateurs et un suivi budgétaire aux comptables.

7.8. METTRE EN PLACE UN CONTRÔLE DE GESTION

Au cours de la période de la COG, la CANSSM se dotera d'un outil de pilotage simple couvrant :

- les activités opérationnelles :
 - assurance maladie,
 - assurance AT-MP,
 - gestion des œuvres et des établissements,
 - action sociale.
- les activités support :
 - logistique,
 - immobilier,
 - informatique.

Cet outil permettra de retracer le fonctionnement et les résultats du régime minier tant en termes d'activité (unités d'œuvres, volumes) qu'en termes financiers.

La CANSSM fournira des informations budgétaires, réelles, prévisionnelles et des données sur l'environnement. Cet outil de pilotage est destiné à la fois à la Caisse nationale et aux organismes locaux.

Ce dispositif devra permettre de mesurer le degré d'atteinte des objectifs fixés dans la COG.

7.9. POURSUIVRE L'ÉVOLUTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION

Les orientations stratégiques relatives à l'évolution du régime minier, telles que définies dans la COG, serviront de base à l'étude du nouveau schéma directeur informatique qui sera menée d'avril à novembre 2004 en vue d'une approbation avant la fin 2004.

Ce schéma directeur indiquera comment doit évoluer le système d'information afin qu'il apporte une contribution optimale aux diverses activités du régime. Ce schéma directeur portera sur la période 2005-2009, avec une actualisation à la fin 2006 de manière concomitante à la préparation de la deuxième COG.

Divers éléments de cadrage relatifs à la préparation de ce schéma directeur sont fournis en annexe.

8. ADAPTER L'ORGANISATION AUX ENJEUX

L'adaptation de l'organisation est une nécessité pour la fourniture d'un service de qualité à coûts maîtrisés. Elle obéit à quelques principes simples :

- recherche de la simplicité,
- recherche de l'efficacité,
- recherche de la taille critique,
- séparation de la gestion des activités assurances des activités offreur de soins,
- regroupement de la gestion de l'assurance maladie et de la gestion des AT-MP.

8.1. CRÉER DES CAISSES RÉGIONALES

La création, au plus tard à la fin de la COG, de sept caisses régionales minières se substituant aux quinze SSM et sept UR actuelles correspond à la recherche de la taille critique, tout en prenant en compte la nécessité du maillage territorial.

Les caisses régionales minières auront, dans le cadre des plans de restructuration et d'ouverture agréés par la CAN, la pleine responsabilité de la gestion des œuvres et des établissements. Elles seront amenées à nouer des partenariats avec des tiers et à créer avec eux des structures dotées de la personnalité juridique pour la gestion de certaines œuvres.

En matière d'assurance maladie et AT-MP, les caisses régionales minières se verront confier des missions par la CANSSM ; dans le cadre d'une gestion mutualisée, ces missions pourront avoir un caractère national, c'est à dire qu'elles ne seront pas limitées aux seuls ressortissants des anciennes SSM et UR de la région. L'ASS sera également gérée sur délégation de la CAN.

8.2. RENFORCER LE RÔLE DE LA CAISSE NATIONALE

La gestion de l'assurance vieillesse-invalidité étant transférée à la CDC, la CANSSM va recentrer son action d'une part sur son rôle de tête de réseau, d'autre part sur la gestion de l'assurance maladie et AT-MP.

Outre son rôle d'interlocuteur unique des pouvoirs publics, la CANSSM coordonne l'action sanitaire et sociale et agréée les plans de restructuration et d'ouverture des œuvres. Pour renforcer sa fonction de pilotage la CANSSM se dotera, lorsque c'est nécessaire, de compétences correspondant aux divers métiers exercés par le régime.

Dès le début de 2005, après une phase de préparation menée au cours des neuf derniers mois de 2004, la CANSSM va gérer l'assurance maladie et AT-MP. Une partie de l'équipe CANSSM en charge de diriger l'activité assurance maladie et AT-MP sera constituée de cadres d'organismes locaux. L'essentiel des travaux liés au service des prestations sera effectué par les personnels des organismes locaux (SSM et UR dans un premier temps, caisses régionales minières par la suite) dans le cadre d'une gestion mutualisée.

8.3. CONFIER À LA CDC LA GESTION DE L'ASSURANCE VIEILLESSE-INVALIDITÉ

L'activité de gestion des retraites minières va décroître au cours des années à venir. Dans le même temps les activités retraites de la CDC vont s'accroître, notamment sous l'effet du « papy-boom » sur des fonds tels que la CNRACL ou l'IRCANTEC. Dans ces conditions le transfert à la CDC, dans le cadre du mandat confié par l'État, de la gestion de l'assurance vieillesse-invalidité permet d'une part à la CDC de se doter de personnels expérimentés en matière de retraites, notamment à l'international, d'autre part d'assurer le devenir des personnels CANSSM. Ce regroupement permet aussi des économies d'échelle, par exemple dans le domaine des systèmes d'information. Il est à noter que, à l'occasion de ce transfert, le conseil d'administration de la CAN garant de l'unité du régime minier, reste compétent pour définir la politique vieillesse du régime et veiller à la bonne exécution du mandat de gestion confié à la CDC.

La CDC devient aussi l'employeur des personnels CANSSM nécessaires aux fonctions de caisse nationale.

8.4. CALENDRIER PRÉVISIONNEL D'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION

Période →	2 ^{ème} trim 2004	2 ^{ème} semestre 2004	2005 - 2006	2007
	assure au plan national le financement et la trésorerie des branches de risques du régime minier : assurances maladie, AT-MP, vieillesse-invalidité			
	Signe la COG	gestion assurance vieillesse-invalidité et recouvrement des cotisations transférée à la CDC		
	Gère l'assurance vieillesse-invalidité	consolide les informations comptables et de gestion de l'assurance vieillesse-invalidité (fournies par la CDC) suit et, en fin de période, évalue l'application de la COG (en relation avec l'État)		
	organise et dirige l'informatique et la bureautique du régime.	organise et dirige la gestion des systèmes d'information de l'ensemble du régime pour toutes les activités autres que l'assurance vieillesse-invalidité		
CAN	gère le patrimoine immobilier			
	définit (avec le concours de responsables d'UR et de SSM) l'organisation cible assurance maladie et AT-MP et le phasage de la mise en place		La CAN est en charge de l'assurance maladie et AT-MP. Elle a autorité sur les organismes locaux pour le service des prestations correspondantes et peut confier des missions à ces organismes dans le cadre d'une gestion mutualisée	
	coordonne l'action sanitaire et sociale	agrée les plans de restructuration et d'ouverture des oeuvres		
	AT-MP gestion directe		service des prestations assurances maladie et AT-MP : placés sous l'autorité de la CAN, elles se voient confier des missions (pouvant avoir un caractère national)	
UR (7)	oeuvres, établissements : gèrent en pleine responsabilité ; ASS dans les conditions du décret du 24 décembre 1992		oeuvres, établissements : gèrent en pleine responsabilité ; ASS et services sociaux sur délégation CAN	
	assurance maladie : gestion directe		service des prestations assurances maladie et AT-MP : placés sous l'autorité de la CAN, elles se voient confier des missions (pouvant avoir un caractère national)	
SSM (15)	oeuvres, établissements : gèrent en pleine responsabilité ; ASS dans les conditions du décret du 24 décembre 1992		oeuvres, établissements : gèrent en pleine responsabilité ; ASS sur délégation CAN	
			si toutes les conditions sont réunies, peuvent être créés par fusion des actuelles SSM et de l'UR d'une région	se substituent aux UR et SSM
CARMI (7)			service des prestations assurances maladie et AT-MP : placés sous l'autorité de la CAN, elles se voient confier des missions (pouvant avoir un caractère national)	
			oeuvres, établissements : gèrent en pleine responsabilité ASS : gèrent sur délégation CAN	
			assurance vieillesse-invalidité : assurent le renseignement de proximité pour le compte de la CDC	
CDC	reçoit le mandat de gestion assurance vieillesse	devient l'employeur de tous les personnels CAN (hors praticiens conseils, gardiens d'immeubles et quelques cas particuliers)		
		gère l' assurance vieillesse-invalidité et le recouvrement des cotisations dans le cadre du mandat confié par l'État met à disposition de la CAN les personnels nécessaires aux fonctions de caisse nationale		
État (pour mémoire)	Signe la COG Donne mandat de gestion assurance vieillesse à la CDC Modifie le décret de 1946	suit et, en fin de période, évalue l'application de la COG (en relation avec la CAN et la CDC en ce qui concerne l'assurance vieillesse-invalidité et le recouvrement des cotisations)		<i>nouvelle COG</i>

9. GARANTIR L'EMPLOI GRÂCE À L'ADAPTATION DES STRUCTURES, DES CONVENTIONS, DES STATUTS

9.1. ADAPTER LES CONVENTIONS COLLECTIVES DES PERSONNELS DES SSM ET DES UR

La gestion des ressources humaines des organismes du régime minier s'inscrira dans le cadre fixé par la délibération du 17 décembre 2003.

Dès sa signature, et avec pour objectif d'avoir élaboré un cadre national rénové dans les douze mois, la COG donne la priorité à la négociation entre la CANSSM et les représentants des personnels, afin de réformer les conventions collectives.

La mise en place d'une gestion prévisionnelle dynamique des emplois et des compétences respecte les engagements suivants :

- absence de recours au licenciement : la garantie de l'emploi est affirmée pour toutes les catégories de personnels relevant de la convention collective minière, en particulier s'agissant des non cadres, dans le cadre de l'adaptation des structures ;
- droit d'option : les salariés qui le souhaitent, ont l'assurance de pouvoir continuer à relever d'une convention collective minière jusqu'à la fin de leur carrière, y compris en cas d'évolution des organismes, structures ou œuvres qui les emploient actuellement ;
- arrêt du recrutement à la convention collective minière ;
- les personnels se voient proposer de participer à la mutualisation des moyens des organismes (en particulier pour la gestion du personnel, la formation professionnelle, le droit du travail, le contentieux et la gestion des marchés...), ainsi qu'à la mise en œuvre de la mobilité.
- La CAN proposera un calendrier de négociation aux organisations syndicales représentant le personnel du régime pour la mise en œuvre des engagements mentionnés au point 6) de la délibération du 17 décembre 2003.

Les mesures de redéploiement et de mobilité feront l'objet de négociations avec les organisations syndicales dans le respect du volontariat des personnels et des stipulations de l'avenant 25 à la convention collective de la sécurité sociale dans les mines. La priorité devra être donnée à la reconversion des personnels. La négociation pourra apporter les ajustements nécessaires à la prise en compte de situations particulières.

9.2. INTÉGRER LES PERSONNELS DE LA CANSSM À LA CDC

La délibération du 17 décembre 2003 a prévu dans son point 3 « *le transfert, sous mandat de l'État, de la gestion du risque vieillesse-invalidité à la caisse des dépôts et consignations ; l'élargissement des perspectives de carrière des personnels de la caisse autonome nationale dans le cadre d'une intégration négociée et volontaire sous convention collective à la caisse des dépôts et consignations ou pour les agents qui le souhaitent l'intégration à la caisse des dépôts et consignations avec maintien du statut actuel et de tous les droits qui s'y rattachent* ».

La suite du présent paragraphe détermine les engagements de l'État au regard des conditions de travail du personnel de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) qui feront, dans les prochains mois, l'objet d'un texte législatif et d'un décret d'application distinct du décret du 27 novembre 1946 modifié.

1. Tous les contrats de travail des personnels de la CANSSM, à l'exception de ceux du directeur, du directeur-adjoint, de l'agent comptable, du médecin et pharmacien-conseil national, des praticiens-conseils relevant des textes réglementaires, des gardiens d'immeubles et des agents des établissements de la CANSSM, seront transférés à la caisse des dépôts et consignations (CDC).
2. Sauf mesures disciplinaires, la garantie de l'emploi est assurée aux personnels dont les conditions de travail seront transférées.
3. Les conditions de travail des personnels resteront fixées par le statut de la CANSSM (cf. article 79 du décret de 1946 modifié) tel que défini par les textes en vigueur à la date de la délibération précitée aussi longtemps que les salariés souhaiteront conserver lesdites conditions de travail.
4. Aucun recrutement dans le champ des emplois transférés à la CDC ne pourra plus être effectué par la CANSSM. Les effectifs réels, tels qu'arrêtés au budget de gestion administrative pour 2004, minorés des contrats de travail non transférés à la CDC (cf. point 1), seront figés.
5. L'avancement de grade ou de classe ou le changement de corps par nomination au choix continueront à s'effectuer par inscription sur un tableau d'avancement ou une liste d'aptitude établie par le directeur des ressources humaines de la CDC après avis des commissions paritaires administratives compétentes.
6. La CDC remettra à disposition, à titre gratuit, les personnels nécessaires à l'accomplissement des missions de la CANSSM définies par le décret de 1946 modifié.
7. Les personnels mentionnés au point 1 auront la possibilité d'intégrer, à titre irréversible, la convention collective de la CDC.

Les droits à pension de vieillesse resteront acquis dans le régime de retraite de la CANSSM jusqu'à la date d'intégration à la convention collective précitée.

8. L'accès aux emplois gérés par la CDC sera ouvert à tous les personnels mentionnés au point 1 indépendamment du choix effectué par le salarié entre le maintien de ses conditions de travail (point 3) et l'intégration à la convention collective de la CDC (point 7).
9. Les présentes dispositions seront sans effet sur les pensions servies par la CANSSM à ses anciens agents et leurs conjoints survivants.
10. La couverture maladie et maternité ainsi que la protection complémentaire maladie, maternité, décès et incapacité demeureront inchangées pour les personnels en poste à la date de l'intégration et dont les conditions de travail seront maintenues. Les obligations de l'employeur à cet égard seront assurées par la CDC.

9.3. TRANSFÉRER LES PRATICIENS CONSEILS À LA CNAMTS

Le corps des praticiens-conseils, lequel dépend actuellement de la Caisse autonome nationale de manière directe, sera intégré au service du contrôle médical du régime général par voie de convention bipartite entre la CANSSM et la CNAMTS sous réserve des adaptations juridiques nécessaires.

Les salariés bénéficieront d'un maintien de salaire. Ils n'auront plus de lien hiérarchique et juridique avec la Caisse autonome nationale.

Ils relèveront « d'un pôle de compétence minier » mis en place en concertation avec la CAN au sein du service médical du régime général.

De cette manière, il sera possible de conserver la spécificité qui s'attache à l'examen des dossiers des affiliés et des programmes du régime minier compte tenu de la diversité du contrôle médical dans le régime minier.

10. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION

10.1. SUIVI DE LA COG

Le suivi de la convention sera assuré contradictoirement par la CANSSM et les services de l'État à partir d'indicateurs dont la liste figure en annexe, ces indicateurs reflétant la mise en œuvre de l'ensemble des engagements de la COG.

La définition précise, le mode de calcul et de recueil de ces indicateurs seront finalisés, en concertation avec le réseau des organismes locaux et les ministères de tutelle, avant la fin de l'année 2004. La CANSSM s'assurera de la bonne appropriation des méthodologies de mesure et de fiabilité des données transmises par les organismes locaux et définira, dans les six mois suivant la signature de la convention, un tableau de bord pour assurer le suivi national des indicateurs. Un tableau de bord est transmis semestriellement aux services de l'État.

Les organismes locaux transmettront aux DRASS les contrats pluriannuels de gestion qu'ils auront conclus avec la CANSSM.

Par ailleurs, les enquêtes, audits et contrôles menés par la CANSSM ou par les DRASS sur tout ou partie du fonctionnement d'un organisme local feront l'objet de transmission entre la Direction de la Sécurité Sociale et la CANSSM.

L'État et la CANSSM conviennent d'un rendez-vous annuel qui donne lieu à l'édition d'un document commun provisoire qui est obligatoirement examiné par le conseil d'administration au cours du dernier trimestre de chaque année

Le document définitif est examiné à l'occasion du premier conseil d'administration de l'année suivante. Les documents comportent notamment les résultats annuels de la convention obtenus au regard des indicateurs figurant en annexe de la convention ainsi que des indicateurs de satisfaction des assurés.

Au niveau des organismes locaux, un bilan annuel d'étape est présenté au conseil d'administration dans le courant du premier trimestre de chaque année.

Les résultats annuels seront diffusés sur l'Intranet du régime et les directeurs d'organismes sont appelés à communiquer régulièrement auprès du personnel sur les progrès accomplis et les difficultés rencontrées.

10.2. ÉVALUATION

A l'issue de la période conventionnelle, l'État et la CANSSM procéderont à l'évaluation contradictoire de la COG pour apprécier l'atteinte des objectifs et analyser les raisons des écarts éventuels entre objectifs et réalisations.

L'évaluation de la mise en œuvre de la COG s'appuiera notamment sur les évaluations des organismes locaux par les DRASS. Ces rapports d'évaluation seront transmis aux conseils d'administration des organismes régionaux et à celui de la CANSSM.

L'évaluation finale constituera le document de référence pour les négociations de la COG suivante. Elle permettra de tirer les conséquences de la mise en œuvre de la convention sur le fonctionnement du régime et sur les relations avec la tutelle.

10.3. RÉVISION DE LA COG

La présente convention, complétée par les annexes qui y sont jointes, est conclue à périmètre constant. Elle est susceptible d'être révisée en cours de période par avenant à l'initiative de l'une ou l'autre des parties et après avis du conseil d'administration pour tenir compte d'éléments extérieurs nouveaux dont l'importance serait de nature à affecter de façon notable son exécution.

Cette clause pourra jouer notamment en cas de modification de la nature des missions ou tâches confiées à la CANSSM par décision de l'État.

La CANSSM s'engage par ailleurs à fournir aux pouvoirs publics un nouveau projet de convention pour le mois d'octobre de l'année 2006.

11. LISTE DES ANNEXES

Catégorie	N°	Contenu
Annexes budgétaires	1	Fonds National de Gestion Administrative (FNGA)
	2	Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)
	3	Fonds National de Prévention et de Promotion de la Santé (FNPPS)
	4	Fonds National de Modernisation des Oeuvres (FNMO)
Indicateurs	5	Indicateurs de la COG 2004-2006
Assurance vieillesse- invalidité	6	Objectifs relatifs à l'assurance vieillesse-invalidité à l'occasion du transfert de gestion à la CDC par mandat de l'État
Informatique	7	Éléments pour l'établissement du schéma directeur informatique

Fait à Paris le 30 MAI 2005

Le Président de la CANSSM


Jean-Claude AUROUSSEAU

Le Directeur de la CANSSM


Christian ROLLET

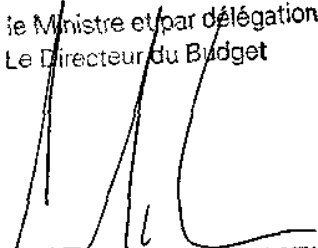
Le Ministre des solidarités, de la santé
et de la famille

Pour le Ministre et par délégation,
Le Directeur de la Sécurité Sociale


Dominique LIBAULT

Le Ministre de l'économie, des finances
et de l'industrie

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur du Budget


Pierre-Mathieu DUHAMEL

Le Ministre délégué à l'Industrie

Pour le Ministre et par délégation
Par empêchement du Directeur Général
de l'Energie et des Matières Premières
La Directrice des Ressources
Énergétiques et Minérales


Sophie GALEY-LERUSTE

Le Ministre délégué au budget
et à la Réforme budgétaire

Pour le Ministre délégué et par délégation
Le Directeur du Budget


Pierre-Mathieu DUHAMEL

Le Secrétaire d'État à l'Assurance maladie

Pour le Ministre et par délégation,
Le Directeur de la Sécurité Sociale.


Dominique LIBAULT