



Convention d'objectifs et de gestion Etat-CANSSM

2008/2011



SOMMAIRE

1- PROMOUVOIR UNE OFFRE DE SOINS DE QUALITE POUR TOUS	Page 6
1.1. Mettre en œuvre pour chaque groupement d'œuvre le plan de recomposition	Page 7
1.1.1. Une politique volontariste d'acteur reconnu sur les champs sanitaires et sociaux et considéré comme un élément moteur de la régulation de l'offre de soins sur son territoire	Page 7
1.1.2. Préserver et accroître le potentiel des structures d'offre de soins	Page 8
1.1.3. L'engagement dans une démarche qualité	Page 9
1.1.4. Suivre l'application des plans de réorganisation de l'offre de soins	Page 9
1.2. Développer la qualité de l'offre pharmaceutique	Page 10
1.3. Permettre aux établissements sanitaires et médico-sociaux de se développer dans leur environnement	Page 10
1.3.1. La généralisation de la création d'associations de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux	Page 11
1.3.2. La CANSSM devra créer et piloter une structure de coordination des associations	Page 11
1.3.3. Le travail d'animation par la CANSSM au sein de la conférence des directeurs d'établissements	Page 12
1.3.4. Développement de la qualité et de la performance dans les établissements au service des patients	Page 12
1.3.5. Les CARMI rechercheront la valorisation du patrimoine immobilier des établissements	Page 12
1.4. Création et développement de filières et de réseaux de soins	Page 12
1.5. Développer des partenariats	Page 12 Page 13
1.5.1. Des partenariats pour une plus grande efficacité et un meilleur service à l'assuré	Page 13
1.5.2. Vers la construction d'un partenariat avec la mutualité	Page 14
1.6. Poursuivre la démarche qualité	Page 14
1.7. Prévention et actions de santé publique	Page 16
1.8. Placer le patient au centre du système d'information	Page 17
2 – CONSOLIDER L'OFFRE DE SERVICE	Page 17
2.1. Mettre en œuvre le plan d'action sociale	Page 17
2.1.1. Assurer le financement de projets de lieux de vie collectifs pour les retraités	Page 17

2.1.1.1.	Une évolution de la conception des projets	Page 18
2.1.1.2.	Une diversification des projets immobiliers	Page 19
		Page 20
2.1.1.3.	De nouvelles conditions d'attribution des aides financières et d'éligibilité des projets	Page 20
2.1.2.	Mettre l'accent sur le maintien à domicile des personnes âgées	Page 21
2.1.2.1.	Développement de l'information sur l'action sociale en faveur des affiliés du régime minier	Page 21
2.1.2.2.	Une simplification des démarches administratives	Page 21
2.1.2.3.	Mieux connaître les besoins des affiliés du régime	
2.1.2.4.	Un renforcement des partenariats permettant d'assurer la continuité des prises en charge par une bonne orientation des affiliés	Page 22
		Page 22
2.1.3.	Autonomiser la gestion des services d'aides ménagères et des SSIAD gérés en direct	Page 22
2.1.3.1.	Une professionnalisation de la gestion des services	Page 23
2.1.3.2.	Une organisation et une coordination de l'action des aides à domicile située dans les politiques locales	Page 23
2.1.3.3.	Le développement d'un partenariat avec l'union nationale d'aide, de services et de soins à domicile (UNA)	Page 23
2.1.4.	Développer les partenariats dans les domaines d'action du service social	Page 24
2.1.4.1.	Une mobilisation de l'ensemble des moyens nécessaires et disponibles autour du projet défini avec la personne âgée	Page 24
2.1.4.2.	La signature de convention de partenariat avec les caisses de retraites et les départements	Page 25
		Page 25
2.1.4.3.	L'engagement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité de ses interventions	Page 25
		Page 25
2.1.5.	Moderniser la gestion des centres de vacances	
2.1.5.1.	Une ouverture des centres de vacances aux vacanciers extérieurs	Page 25
		Page 26
2.1.5.2.	Une diversification de l'offre de vacances	
2.1.6.	Améliorer l'information des affiliés	Page 26
		Page 27
2.2.	Moderniser la gestion des risques maladies et AT-MP	
2.2.1.	Achever l'organisation de l'activité assurantielle et mener une réflexion sur les modalités d'un adossement au régime général	Page 27
		Page 27
2.2.2.	Réaliser l'adossement technique au régime général	

2.2.3. Confier au régime général les missions de la médecine conseil minière	Page 28
2.2.4. Consolider la qualité du service rendu aux assurés	
2.3. La gestion du risque vieillesse par la CDC	Page 28
2.4. Transférer la gestion du régime de retraite des salariés de la CANSSM à la CDC	Page 28 Page 28
	Page 29
3 – RENFORCER LE PILOTAGE ET L’EFFICIENCE DU REGIME MINIER	Page 29
3.1. Piloter le changement sous l’égide de la CANSSM	Page 29
3.1.1. Initier la mutualisation de certaines fonctions supports	Page 30 Page 30
3.1.2. Faire connaître le régime	
3.1.2.1. Harmoniser la communication à destination des agents du régime	Page 31
3.1.2.2. Faire connaître l’offre de soins du régimes	Page 31
3.1.3. Renforcer la qualité des comptes du régime	
3.1.3.1. Réussir la démarche de certification des comptes annuels de la CANSSM	Page 31
3.1.3.2. Produire une information comptable fiabilisée et enrichie	Page 32
3.1.4. Poursuivre les efforts de dynamisation de la gestion immobilière	Page 33
3.1.4.1. Poursuivre la valorisation du patrimoine géré par la caisse	Page 33
3.1.4.2. Engager la valorisation du patrimoine immobilier des CARM	Page 33 Page 33
3.1.5. Renforcer la CANSSM dans l’accomplissement de ses missions stratégiques	Page 33 Page 34
3.1.6. Décliner la COG en CPG	Page 34
3.2. Renforcer la performance de la gestion	Page 34
3.2.1. Mettre en place un véritable contrôle de gestion	
3.2.1.1. Mettre en place la comptabilité analytique	Page 35
3.2.1.2. Améliorer le pilotage du régime	
3.2.1.3. Améliorer la connaissance des effectifs du régime	Page 35
3.2.1.4. Réaliser des prévisions financières annuelles	Page 35 Page 36
3.2.1.5. Définir des indicateurs adaptés à chaque activité	Page 39
3.2.2. Mettre en place un contrôle interne	Page 39
3.2.3. Mettre en place une véritable gestion des ressources humaines	
3.2.4. Mettre en place une démarche qualité débouchant sur la certification des activités du régime	Page 39
3.2.5. Prendre en compte les exigences du développement durable	Page 39
	Page 40
3.3. Poursuivre le partenariat entre la CAN et la CDC dans	

les domaines RH et logistique

Page 40

3.3.1. Les Ressources Humaines en cours de concertation avec la CDC

Page 40

3.3.2. La logistique

Page 40

4 – SUIVI, REVISION ET EVALUATION DE LA COG

Page 41

4.1. Le suivi et l'évaluation

4.2. Les contrôles et la tutelle

4.3. La révision et l'actualisation

Annexe 1 : Le FNGA

Annexe 2 : Le FNASS

Annexe 3 : Le FNPPS

Annexe 4 : Les règles budgétaires

Annexe 5 : Le projet médical du régime minier

Annexe 6 : Gestion de l'assurance vieillesse et invalidité par la CDC

Préambule

Grâce à la détermination de ses administrateurs et à l'implication de l'ensemble de ses personnels, dans toutes ses composantes, le régime minier s'est profondément réformé au cours de la précédente convention d'objectifs et de gestion de façon à mieux répondre aux besoins de ses affiliés et, au-delà, de toute la population, et à accroître son efficience.

Le régime minier dispose d'une expérience et d'une organisation qui lui sont propres et sont particulièrement adaptées à des modes innovants de prise en charge de qualité sanitaire et sociale de patients notamment pour des populations âgées atteintes de pathologies chroniques ou de polyopathologies.

Le régime minier a considérablement accru la dynamique de son action par le regroupement de ses structures locales en sept caisses régionales qui sont les acteurs majeurs sur le terrain, sous l'égide de la CANSSM, du déploiement de sa politique.

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

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

1 - PROMOUVOIR UNE OFFRE DE SOINS DE QUALITE POUR TOUS

Le régime minier s'engage à :

- situer l'intervention de ses personnels médicaux et paramédicaux ainsi que de ses structures d'offre de soins dans le cadre d'un projet médical du régime, annexé à la présente convention, identifiant les forces et faiblesses de son potentiel et présentant les objectifs et plans d'actions permettant de renforcer ces points forts et résorber au mieux ces points faibles,

- préserver, en l'adaptant, son potentiel de structures d'offre de soins, et l'accroître en cas de besoin en portant une attention particulière aux zones où cette offre est rendue nécessaire par des difficultés d'accès aux soins de la population. Cette adaptation nécessite de tenir compte de la situation économique de ces structures, de maintenir et promouvoir la qualité des pratiques professionnelles de tous les personnels médicaux et paramédicaux participant à cette prise en charge, notamment par le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue,

- démontrer sa capacité à mettre en œuvre les techniques les plus innovantes en matière de prise en charge des publics qu'il sait et peut le mieux prendre en charge ; à ce

titre, il expérimentera, à compter de 2008, un dispositif de prise en charge du diabète, de l'insuffisance cardiaque, et de la BPCO,

- accroître la synergie entre ses interventions sanitaires d'une part et sociales d'autre part,

- développer des partenariats.

1.1. Mettre en œuvre le plan de recomposition pour chaque groupement d'œuvres

En élaborant les plans de recomposition de l'offre de soins ambulatoires et de groupements d'œuvres, les CARMI se sont engagées dans une démarche d'adaptation et d'optimisation de leur offre de soins. L'objectif est de garantir à l'usager une prise en charge coordonnée et globale de santé sur les plans curatif, préventif et social en adéquation avec la réalité du territoire sans ignorer les contraintes économiques.

Le régime des mines joue un rôle important en termes d'offre de soins essentiellement dans les zones à forte concentration de population minière, mais aussi dans les zones en sous-médicalisation ou dans les secteurs où se posent des problèmes d'accès aux soins.

Cependant, en 2006, le déficit des centres de santé s'élève à 35,5 M€ et représente 54% de leurs chiffres d'affaires. Or, la pérennité des œuvres est conditionnée à la réduction de leur déficit.

Les CARMI, sous l'égide de la CANSSM, mènent donc une politique volontariste de maîtrise des dépenses et recherchent les ressources complémentaires afin que leurs œuvres tendent à l'équilibre.

L'objectif est de réduire, sur deux ans, de moitié le déficit des centres de santé par rapport au déficit 2006 sachant que, l'Etat s'est cependant engagé à admettre des déficits de centres de soins lorsqu'ils remplissent une mission de service public palliant les carences des autres acteurs en termes d'accès aux soins, en application des dispositions de l'article 225 du décret du 27 novembre 1946 modifié.

Le régime minier rappelle que, de façon générale, le mode de financement à l'acte des centres de santé est inadapté à leur activité, qu'ils soient gérés par le régime ou par toute autre organisation. Aussi, le régime minier propose-t-il de participer activement à toute réflexion et expérimentation en la matière auxquelles l'Etat s'engage à l'associer.

1.1.1. Une politique volontariste d'acteur reconnu sur les champs sanitaires et sociaux et considéré comme un élément moteur de la régulation de l'offre de soins sur son territoire

Cette politique s'articulera autour des axes suivants :

- affirmation du positionnement territorial des CARMI par la poursuite de l'ouverture des centres de santé qui doit compenser la baisse de la population minière,

- promotion des centres de santé, notamment auprès des populations les plus confrontées aux problèmes d'accès aux soins, et, plus généralement, offre de leurs prestations à l'ensemble de la population.

La présence d'une assistante sociale dans le centre de santé est un atout supplémentaire puisqu'elle apporte une réponse sociale dans le cadre de la prise en charge globale du patient.

Les centres de santé et autres œuvres ouvertes à l'ensemble de la population doivent manifester leur existence par différents moyens. Un plan de communication de l'offre de santé sera élaboré sur la signalétique et l'identification des centres de santé, édition de lettres d'informations régulières, proposition d'un livret d'accueil aux nouveaux patients, participation à des forums ou autres manifestations locales.

Les centres de santé doivent mettre en place un véritable accueil et une attente structurée :

- donner au patient une information claire, compréhensible et adaptée, pour lui permettre de faire les choix les plus conformes à ses attentes, dans le respect de la confidentialité,

- réduire des délais de réponse téléphonique, mise en œuvre d'une gestion de la file d'attente des patients et de conditions d'attente confortables.

L'adaptation des horaires d'ouverture devra répondre également aux contraintes d'une population dont les besoins sanitaires et sociaux ne sont pas pris en charge.

A partir des données démographiques sanitaires faisant apparaître une offre insuffisante, il s'agira de positionner le régime en termes de médecine spécialisée, d'art dentaire ou de redéfinir les territoires infirmiers sous réserve de disposer d'un budget prévisionnel sur 3 ans avec un objectif de réduction des déficits afin d'être en capacité de garantir la pérennité de ces activités

Enfin, les CARMI devront fortement s'impliquer dans la prévention en appliquant les orientations définies par le plan national de prévention.

1.1.2. Préserver et accroître le potentiel des structures d'offre de soins

Il conviendra de réduire et limiter les frais de structure par :

- la fermeture des points de consultation ne correspondant pas à des besoins avérés et d'ici fin 2008, la fermeture de tous les points non agréés, conformément aux plans de recomposition de l'offre de soins des CARMI,

- une affectation plus fine des dépenses réparties (fonctions supports) qui sera possible avec la mise en place de la comptabilité analytique,

- la mise en place de centres polyvalents de taille critique intégrant la médecine générale au sein de regroupements. Ces centres devront comprendre un nombre de médecins et d'infirmiers permettant l'inter remplacement. Un équilibre devra être trouvé entre le maintien d'une offre de proximité et les contraintes économiques. La rationalisation des dépenses devra passer par la réduction et une meilleure gestion du coût des charges de fonctionnement,

- l'optimisation de la gestion des RH des œuvres,

- l'utilisation rationnelle des locaux,

- tout moyen d'économie supplémentaire sur les dépenses courantes dès lors qu'il n'obère pas la qualité des prestations.

Il conviendra également d'optimiser et de rechercher des ressources supplémentaires par :

- l'optimisation prioritaire de la valorisation des actes médicaux et des actes infirmiers,

- la recherche et l'optimisation de tous les financements prévus par l'accord national des centres de santé (subventions d'équipement informatiques, récupération de 11,5 % de cotisations, forfait formation...),

- la mise en place de l'option de coordination dans les centres de santé et sa valorisation. Cette action prioritaire devra être suivie au travers de tableaux de bord,

- la recherche systématique de financements extérieurs, contrepartie de la participation à des actions de prévention et de formation.

Plus largement, les CARMI devront, en liaison avec les services déconcentrés de l'Etat, pouvoir développer des structures adaptées, avec l'aide, autant que possible, de tous les acteurs locaux externes, sur des zones où des besoins sanitaires et sociaux non remplis sont avérés. Chaque opération devra alors faire l'objet d'un budget prévisionnel approuvé par la CANSSM.

1.1.3. L'engagement dans une démarche qualité

La participation de la CANSSM au regroupement national des organismes gestionnaires de centres de santé (RNOGCS) démontre sa volonté d'inscrire les centres de santé gérés par les CARMI dans une démarche qualité.

Le RNOGCS, avec l'aide de la HAS, a élaboré un référentiel d'évaluation des centres de santé qui permet de s'engager dans cette démarche, fondée sur l'évaluation de leurs pratiques organisationnelles. « Elle vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue de l'organisation et de la dispensation des soins et services médicaux dans les centres. Elle vise également à contribuer à la reconnaissance de la qualité des prestations en centres de santé. »

Ce référentiel propose des éléments d'appréciation qui permettent au centres de santé de s'auto-évaluer. L'objectif est d'obtenir à terme et au plus tard en 2010 une « labellisation des centres de santé ».

Plus largement, la CANSSM s'est dotée d'un responsable qualité du régime sous l'égide duquel des programmes qualité seront déployés par les CARMI tant dans le domaine des centres de santé que dans celui des cabinets dentaires, des pharmacies, et des laboratoires.

1.1.4. Suivre l'application des plans de réorganisation de l'offre de soins

Fin 2007, chaque CARMI a fait approuver par le bureau de la CANSSM son plan de réorganisation de l'offre de soins. Celui-ci devra faire l'objet d'un bilan de réalisation semestriel et d'une actualisation tous les deux ans.

La CANSSM veillera au travers des CPG au respect des engagements pris par les CARMI dans leurs plans de recomposition des œuvres ambulatoires, par la mise en place d'un dispositif de reporting sur le respect des objectifs.

De plus elle mettra en œuvre des outils de comparaison de la performance par l'élaboration d'un référentiel d'indicateurs concernant :

- le suivi quantitatif et qualitatif de la fréquentation portant sur les populations recourant aux centres de santé,

- le suivi de la valorisation des actes,
- le suivi des différentes ressources provenant de l'adhésion à l'accord national,
- le suivi plus particulier de la montée en charge des options coordination,
- le volume et les caractéristiques des actes sanitaires et sociaux,
- les éléments de satisfaction de la clientèle sur la qualité du service.

Afin d'assurer l'efficacité de ce reporting, le régime minier devra, dans le cadre de son nouveau schéma directeur des systèmes d'information, achever l'installation d'outils informatiques adaptés aux besoins des centres de santé.

1.2. Développer la qualité de l'offre pharmaceutique

Les pharmacies minières demeurent, sauf exceptions, les seules œuvres à n'être ouvertes qu'à la population minière.

L'Etat et le régime minier s'engagent à rechercher activement les situations locales où une ouverture bilatérale pourrait être obtenue par voie de convention.

Dans le même temps, les conseils d'administration des CARMI adopteront, courant 2008, des plans stratégiques de développement de la gamme de services offerts par les pharmacies de leur circonscription (portage de médicaments à domicile, conseils en prévention, télé-assistance, désinfection du matériel médical). Les CARMI désigneront, dans ce cadre, un responsable régional chargé de mettre en œuvre cette stratégie.

1.3. Permettre aux établissements sanitaires et médico-sociaux de se développer dans leur environnement

Dans le cadre de la COG 2004-2006, les établissements déjà ouverts à l'ensemble de la population se sont intégrés dans le tissu sanitaire et social qui constitue leur environnement.

Ils ont signé avec les ARH des contrats d'objectifs et de moyens, et pour la plupart d'entre eux, ont été accrédités (1^{ère} version).

Beaucoup ont développé des coopérations pertinentes avec d'autres établissements.

Par contre, ainsi que le souligne le rapport d'évaluation de la COG produit par l'IGAS, la démarche d'autonomisation de la gestion des établissements a peu progressé.

L'avenant prolongeant la COG pour l'année 2007 a réaffirmé cet objectif qui sera mis en œuvre en 2008.

La gestion des établissements s'effectuera dans le respect de la répartition des compétences confiant aux CARMI la responsabilité du sanitaire ambulatoire et du médico-social, le champ sanitaire relevant des établissements.

1.3.1. La généralisation de la création d'associations de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux

La gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux devra être autonomisée de façon à la rendre plus efficace et professionnelle. A cet effet, les CARMI créeront des associations de gestion.

Celles-ci devront associer la CANSSM et les CARMI, le régime minier devant rester majoritaire, dans la gestion des établissements. Elles pourront s'ouvrir dans un deuxième temps, le cas échéant, en fonction du contexte local, à d'autres partenaires ou à des personnalités qualifiées.

Le périmètre d'activités de ces associations devra être défini en fonction du contexte local. L'avis de l'ARH sera sollicité, ainsi que celui des collectivités locales, des services de l'Etat, et de l'assurance maladie, quand il s'agit d'établissements relevant de leurs attributions (contrats tripartites des établissements médico-sociaux).

La création de ces associations se fera dans le respect des engagements pris lors de la précédente COG : maintien du bénéfice de la convention collective des mines pour tous les agents qui le souhaitent, affirmation de la garantie d'emploi et absence de mobilité géographique imposée.

Elle se fera également dans le respect des principes de répartition des compétences entre un champ sanitaire relevant des établissements d'une part, et un champ ambulatoire et médico-social relevant des CARMI.

Cette structuration en associations, sur des bases régionales, permettra au régime d'inscrire son action en termes de complémentarités entre l'hôpital et la ville, le sanitaire, étant pris en charge par les associations de gestion et le médico-social, géré par les CARMI.

Dès lors que le régime minier généralise ce mode de gestion de ses établissements, l'Etat s'engage à préserver l'autonomie du régime dans la gestion de ses structures hospitalières et médico-sociales.

1.3.2. La CANSSM devra créer et piloter une structure de coordination des associations

Afin de renforcer la cohérence de sa politique hospitalière et médico-sociale, concernant notamment la stratégie de développement, d'investissement, d'amélioration continue de la qualité, la CANSSM proposera une structure souple de coordination fédérant les associations de gestion, où seront représentées des CARMI. Quelle que soit la forme juridique choisie, celle-ci devra permettre, dans le respect de l'activité propre à chaque association de gestion, de mutualiser les compétences, de développer, des outils de gestion et de comparaison, des indicateurs médico-économiques de performances, à l'instar du programme COMPAQH, qui devra se poursuivre et se généraliser, et de mettre en place des outils d'aide au financement des investissements.

1.3.3. Le travail d'animation par la CANSSM au sein de la conférence des directeurs d'établissements

Ce travail sera poursuivi et élargi, dans le cadre de groupes de travail spécifiques, aux présidents des commissions médicales d'établissements, des directeurs de soins, des directeurs ou responsables qualité.

1.3.4. Développement de la qualité et de la performance dans les établissements au service des patients

Tous les établissements devront satisfaire, dans le cadre des calendriers arrêtés avec la HAS, aux exigences de la version 2 de la certification. Dès à présent, les établissements doivent anticiper et se préparer à la version 3 en participant au programme COMPAQH, programme associant établissements publics et privés, placé sous l'égide de l'INSERM, et permettant, grâce à des indicateurs de performance médicaux, de réaliser des auto-analyses et des comparaisons entre établissements.

1.3.5. Les CARMI rechercheront la valorisation du patrimoine immobilier des établissements

Le régime minier modernisera la gestion du patrimoine immobilier des établissements par le biais d'outils permettant notamment de dégager une capacité de financement de leurs investissements.

1.4. Création et développement de filières et de réseaux de soins

Les associations de gestion précitées et les CARMI, gestionnaires de l'offre de soins ambulatoires du régime minier, développeront des filières de soins, autour de pathologies ou de réseaux de soins, autour de populations spécifiques, notamment les personnes âgées, ou participeront à des filières ou réseaux existants.

Ces filières et réseaux coordonneront les œuvres du régime, y compris les établissements en association, mais aussi d'autres professionnels de santé et d'autres établissements, ainsi que des acteurs sociaux, afin d'optimiser la prise en charge et l'accompagnement des patients.

1.5. Développer des partenariats

L'effort d'ouverture vers des partenaires, déjà engagé lors de la précédente COG, doit être poursuivi.

1.5.1. Des partenariats pour une plus grande efficacité et un meilleur service à l'assuré

Le régime cherchera à développer des partenariats en vue de :

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

L'offre de santé, ambulatoire, hospitalière et médico-sociale du régime est parcellaire. Pour la meilleure prise en charge des patients, le régime minier doit compléter cette offre, dans le cadre de partenariats s'appuyant sur des conventions, afin de pouvoir informer et accompagner les affiliés dans leurs démarches de soins.

Ces partenariats peuvent concerner la prévention et l'éducation sanitaire, l'offre de soins ambulatoires, l'offre de soins hospitaliers, l'offre d'hébergement médico-social, les organismes promoteurs, les organismes financiers, les organismes décideurs tels que les collectivités locales et les services déconcentrés de l'Etat. Dans ce cadre, la recherche de synergies et de partenariats, entre autres avec les caisses primaires d'assurance maladie et les URCAM, revêt une importance particulière.

Par ailleurs, certains organismes sont proches du régime minier, par leur histoire, leurs missions, leur organisation, leur cadre juridique, leurs valeurs.

- Il peut s'agir de la MSA qui développe des politiques de prévention active, gère une offre de soins ou qui s'investit dans la prise en charge des maladies chroniques. La

MSA partage, avec le régime minier, des préoccupations de réponse, à des besoins sanitaires et sociaux, dans des zones sous-médicalisées.

- Il peut s'agir d'association, gestionnaire des services de santé, dans le domaine ambulatoire, médico-social ou hospitalier.

1.5.2. Vers la construction d'un partenariat avec la Mutualité

Parmi ces partenaires potentiels, la Mutualité présente des caractéristiques communes avec le régime minier :

- même histoire : l'organisation solidaire d'une couverture sociale, dès le XIXème siècle,

- mêmes valeurs : solidarité, entraide, prévoyance, accès aux soins de qualité,

- mêmes métiers : prévention, centre de santé, pharmacie, optique, centres dentaires, établissements de santé.

- des partenariats locaux existent déjà. Il convient de les étendre et de les situer dans une perspective plus large. Dans le cadre de son projet « Priorité-Santé-Mutualité », la mutualité est intéressée par l'ouverture à ses adhérents de l'offre de soins du régime minier, dès lors que la qualité et la maîtrise des coûts sont garanties. Le régime minier peut y trouver un appui à l'ouverture de ses œuvres, mais aussi une amélioration du service à ses affiliés en les faisant bénéficier de « Priorité Santé Mutualité ». Le partenariat avec la Mutualité devra se développer dans les régions et départements, dans le cadre d'un accord cadre national. Il pourra se concrétiser par des accords locaux concernant l'organisation, la gestion et la pratique des métiers, et la prise en charge des adhérents et affiliés.

1.6. Poursuivre la démarche qualité

Les centres de santé doivent nécessairement développer leur image et envisager une stratégie de communication basée sur la qualité des prestations offertes. Ils doivent pouvoir affirmer leur capacité à organiser les soins, la prévention et les actions de santé publique. Etre reconnu et apprécié est le seul gage de leur pérennité.

Les centres de santé doivent rapidement appliquer le référentiel organisationnel des centres de santé validé par la HAS et se préparer méthodiquement à l'accréditation/certification.

Les médecins, des centres de santé, à l'instar de tous les autres médecins doivent améliorer leurs connaissances et évaluer leurs pratiques professionnelles.

L'accord national des centres précise par ailleurs que les médecins généralistes, spécialistes, dentistes, et professionnels paramédicaux peuvent bénéficier de formations financées dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle, par les CPAM, sous réserve de suivre des formations délivrés par des organismes agréés.

Des actions d'évaluation des pratiques professionnelles seront engagées rapidement.

Les pharmaciens par ailleurs sont impliqués avec les médecins généralistes dans le cadre d'actions complémentaires sur deux sites, choisis pour développer une action d'éducation thérapeutique et de suivi des malades sous anti-vitamines K : à cette occasion, un travail d'évaluation des pratiques pluriprofessionnelles (EPP) est mis en place, avec rédaction d'un référentiel de pratique pour les médecins, les biologistes et les pharmaciens, et une évaluation par enquête réalisée en pharmacie.

La CANSSM a engagé une démarche qualité dans les cabinets dentaires dans le cadre d'un appel d'offre avec choix d'un consultant. Celui-ci accompagne les professionnels en visant l'objectif de la certification des cabinets dentaires, selon un référentiel professionnel reconnu. Deux sites pilotes expérimentaux servent de démonstrateurs avant généralisation.

1. 7. La prévention et les actions de santé publique

Au regard des 100 objectifs de santé publiques énumérés par la loi du 9 août 2004, les problèmes de santé communs aux 7 régions où l'offre de soins minière est présente sont regroupés en : **cancers, maladies cardio-vasculaires, suicides, troubles mentaux et du comportement, obésité et diabète, maladies respiratoires.**

Les déterminants de santé dans les 7 régions où l'offre de soins minière est présente sont les suivants par ordre d'importance : **alcool, précarité, vieillissement-dépendance-handicaps, tabac, environnement, nutrition, conduites addictives et sédentarité.**

, l'offre de soins minière ne s'adresse plus aux seuls ressortissants du régime. Elle s'adresse à l'entourage, aux familles, aux populations proches de la clientèle traditionnelle. Les expositions aux risques sont désormais comparables, avec l'extinction progressive des groupes professionnels spécifiquement concernés par les pathologies de la mine.

Le titre III, chapitre VI de l'accord national des centres de santé apporte les éléments suivants :

Les centres de santé sensibiliseront les usagers sur l'importance du dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables mentionnées à l'article L.1411-2 du code de santé publique.

Les thèmes d'action privilégiés pour les centres polyvalents et médicaux optants : l'accord détermine pour la durée de celui-ci les deux thèmes de prévention privilégiés par les parties :

- le dépistage du cancer du sein,
- les vaccinations.

Parmi les thèmes d'action privilégiés dans le cadre des actions locales de prévention et d'éducation sanitaire et indépendamment des actions citées ci-dessus, les trois thèmes retenus sont :

- santé et travail,
- nutrition,
- asthme.

Les objectifs à échéance de la COG sont :

A/ Dépistage de l'hypertension artérielle (HTA)

un taux de 100% des patients avec ouverture d'un registre par praticien) et normalisation des chiffres tensionnels selon les recommandations de l'HAS dans 50% des cas.

B/ Dépistage des cancers

un taux de 80 % des médecins généralistes du régime et 100 % des spécialistes concernés, actifs dans les programmes de dépistage du cancer du sein et du colon.

C/ Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Consultation organisée pour l'arrêt du tabac proposée dans 100% des cas. Monitoring du peak flow dans 100% des cas. Réhabilitation respiratoire proposée dans 100% des cas correspondant aux indications.

D/ Diabète

Monitoring régulier du taux de HbA1c, recherche de 80 % de patients maintenus à un taux inférieur ou égal à 7 %.

100 % des diabétiques sont inclus dans une prévention cardio-vasculaire primaire et secondaire.

E/ Dépistage des troubles cognitifs

100 % des praticiens seront formés à un outil simple de dépistage. Consultation de neurologie ou dans un centre mémoire dans un délai inférieur à 4 mois dans 80 % des cas au moins.

F/ Iatrogénie

Une expérience sur le suivi des patients sous anti-vitamines K (première cause de mortalité iatrogène) devra se développer avec comme objectif la diminution de 20 % des accidents hémorragiques.

Toutes les actions pourront être validées dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'Etat s'engage à faciliter l'accès du régime minier au financement d'actions expérimentales qu'il pourrait développer en matière de santé publique, ainsi que sur les dispositifs permettant de les mettre en œuvre (systèmes d'informations).

1.8. Placer le patient au centre du système d'information

Centrés sur le patient, les éléments du système d'information ne sont pas tous informatiques. Les dossiers papier répondent aussi à la définition d'un système d'information, mais ils cèdent progressivement la place :

- La mutation vers un exercice multiprofessionnel, rassemblant des compétences des champs sanitaires et sociaux au service d'un même projet pour le patient, va nécessiter à court terme une informatique différente, évolutive et communicante, capable de suivre une

même personne de son domicile à une institution de santé, puis à son domicile à nouveau, ou bien jusqu'à une institution d'hébergement.

- Le régime minier s'engage résolument dans les dynamiques de dossiers partagés sur support informatique particulièrement adaptées à son organisation en filières.

- Le projet médical annexé à la COG détaille les modalités de cet engagement.

2 – CONSOLIDER L'OFFRE DE SERVICE

2.1. Mettre en œuvre le plan d'action sociale

Le vieillissement de la population minière requiert une politique de prévention et d'accompagnement qui permette de concevoir et d'organiser les réponses aux attentes et aux besoins spécifiques des personnes fragilisées et isolées qui constituent désormais la population cible dont le régime minier a la charge.

Dans ce contexte, il appartient au régime minier de mettre en œuvre son schéma directeur d'action sanitaire et sociale et de prévention, lequel s'inscrit dans une démarche visant à développer une politique d'action sociale et de prévention destinée à favoriser la maintien à domicile et à prévenir la perte d'autonomie.

Les CARMI ont un rôle privilégié à jouer, fondé sur une large coordination des actions pilotées.

Plus largement, c'est au regard du rôle important que le régime minier joue au profit des affiliés et de son attachement à lancer et soutenir des actions innovantes qu'il convient de considérer sa volonté de poursuivre et d'adapter ses missions.

2.1.1. Assurer le financement de projets de lieux de vie collectifs pour les retraités

Dans le souci d'améliorer la prise en charge la plus globale possible des personnes âgées, le régime minier participera au développement d'une gamme diversifiée de lieux de vie collectifs adaptés à aux besoins de la population du régime minier.

Une part des produits des opérations de cessions du patrimoine immobilier de rapport de la CANSSM pourra venir financer ces investissements, notamment au profit de structures de prise en charge des personnes âgées dépendantes, dans le cadre défini par la délibération du conseil d'administration du 15 mars 2006.

2.1.1.1. Une évolution de la conception des projets

Cette évolution est motivée par le souci de voir se réaliser une diversification des structures d'accueil destinées à répondre aux besoins des affiliés du régime minier, d'apporter une attention renforcée à leur projet de vie et de contribuer à prendre en compte les besoins locaux.

Le régime minier s'attachera à financer des projets de création, d'extension, de transformation, de restructuration, d'humanisation, d'évolution des établissements et structures :

- qui agissent pour prendre en charge et accompagner les personnes âgées dépendantes du régime minier,

- qui visent à retarder, voire éviter la perte d'autonomie en apportant des réponses en termes de prévention et d'aide en contribuant au développement de réponses diversifiées de proximité.

Les populations cibles du régime minier seront :

- les personnes âgées en perte progressive d'autonomie,
- les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer,
- les personnes fragilisées par des situations de rupture liées notamment à l'avancée en âge.

L'ensemble de ces projets s'articule dans le cadre des réflexions menées au plan national sous l'égide de la CNSA.

2.1.1.2. Une diversification des projets immobiliers

L'objectif est de favoriser la diversification des projets immobiliers susceptibles de bénéficier d'une aide financière, pour répondre, entre autres, aux besoins des affiliés du régime minier
Il s'agit notamment :

- d'améliorer l'accueil des populations minières en favorisant leur vie sociale et leur bien-être, développant des modes d'accueil intermédiaires entre le domicile et l'hébergement collectif en institution, en offrant des structures d'hébergement collectif de qualité,

- d'accorder des financements à des structures et établissements visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées, à leur offrir un large choix de vie permettant de prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles physiques et psychiques et le risque de désocialisation.

Les structures et établissements qui pourront faire l'objet de financements sont notamment les suivantes :

- **structures de court séjour gériatrique**, qui s'adressent à des malades âgés, spolyopathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale ;

- **EHPAD** (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), qui s'adressent aux personnes âgées qui sont en perte d'autonomie et dont le maintien à domicile devient difficile ;

- **EHPA** (établissements d'hébergement pour personnes âgées) de type maisons de retraite ;

- **logements-foyers**, qui offrent aux personnes âgées qui ne sont pas dépendantes une solution associant logement autonome et services collectifs ;

- **USLD psycho-gériatriques** (unités de soins de longue durée), qui accueillent des personnes âgées dépendantes et dont l'état de santé nécessite un suivi médical ;

- **SSR pour personnes âgées** (services de soins de suite et de réadaptation à caractère gériatrique ou psycho gériatrique) ;
- **petites unités de vie**, qui permettent de maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie habituel en offrant des espaces « privatifs » permettant de vivre comme « au domicile » et des espaces collectifs pour la préservation de l'autonomie et la participation des personnes ;
- **appartements d'accueil ou accueil familial**, qui permettent à la personne âgée d'être accueillie à titre payant dans une famille autre que la sienne ;
- **structures d'accueil de jour**, qui permettent d'accueillir, une ou plusieurs journées par semaine, des personnes âgées vivant à leur domicile. Elles peuvent concerner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés avec comme objectif principal de préserver l'autonomie de ces personnes et de permettre une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles ;
- **structures d'hébergement temporaire** pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible momentanément : isolement, absence des aidants, travaux dans le logement, etc. Cet hébergement peut également être une transition après une hospitalisation et avant le retour à domicile ;
- **groupes de logements individuels, domicile services, foyers d'animation, salles polyvalentes, maison des aînés** accessibles aux personnes à mobilité réduite et installées dans des zones géographiques d'habitat dispersé ;
- **résidences pour personnes handicapées vieillissantes.**

2.1.1.3. De nouvelles conditions d'attribution des aides financières et d'éligibilité des projets

Quel que soit le type de structure d'accueil et d'hébergement, une attention particulière sera portée aux projets de vie proposés, tant sur le plan du maintien de la vie sociale que sur les partenariats mis en place.

Dans leurs choix quant à la nature des projets à privilégier, les caisses veilleront à tenir compte de la nature et du niveau d'équipement local, ainsi que de la programmation sur la durée de la COG des structures destinées aux affiliés du régime. A cet égard, une étude des besoins de la population âgée et des réponses qui sont apportées complètera utilement la demande d'aide financière pour les travaux.

La CANSSM affectera ses aides financières aux dépenses d'investissement, que ce soit pour la construction, l'aménagement ou l'équipement mobilier structures.

Les caisses régionales s'attacheront, dans la sélection des projets, à prendre en considération

- les propositions des ressortissants miniers appelés à fréquenter la structure,
- l'importance des partenariats financiers associés à leur réalisation, lorsque l'aide d'autres organismes peut être mobilisée et notamment le soutien et la participation financière de collectivités locales,

Les aides apportées s'effectueront sous la forme de prêts sans intérêts remboursables en 20 ans pour les travaux et 10 ans pour l'équipement.

Les aides financières qui pourront être attribuées s'adressent prioritairement à tous les organismes du régime minier et aux associations qu'ils contrôlent. Le montant du prêt sera déterminé après l'examen du projet et de son plan de financement.

La CANSSM pourra continuer à attribuer des aides financières à des demandeurs extérieurs au régime minier dans la mesure où les projets présentés répondent bien aux besoins locaux de la population notamment minière. Des règles spécifiques quant au montant des prêts accordés devront être arrêtées.

2.1.2. Mettre l'accent sur le maintien à domicile des personnes âgées

L'objectif général de maintien de l'autonomie doit se concrétiser par une meilleure prise en compte des attentes et des besoins de ses ressortissants les plus fragiles, à travers la réalisation des objectifs suivants :

- un développement d'actions d'information, de conseil et d'orientation,
- une simplification des démarches administratives,
- une meilleure connaissance de leurs attentes et de leurs besoins,
 - un renforcement des partenariats permettant d'assurer la continuité des prises en charge par une bonne orientation des affiliés.

Au travers de ces actions, le régime minier contribuera, dans le cadre de son règlement national d'action sanitaire et sociale, à promouvoir la qualité, la diversité et la facilité d'accès à des prestations et services adaptés et à favoriser le développement d'une offre plurielle destinée à répondre à la diversité des situations et des besoins des retraités.

2.1.2.1. Développement de l'information sur l'action sociale en faveur des affiliés du régime minier

Un effort en matière d'information générale sur l'action sanitaire et sociale du régime devra être mené à l'attention de l'ensemble des affiliés et plus particulièrement des retraités.

Cet effort devra se traduire par :

- l'élaboration d'une plaquette d'information nationale décrivant les grands axes de la politique d'action sociale du régime remis aux assurés fréquentant les centres de santé ou structures de proximité,
- l'élaboration d'un guide d'information de l'action sociale et des prestations servies,
- le développement de l'information internet tant sur les supports informatiques de la CANSSM que de ses partenaires (CDC, caisses complémentaires...).

2.1.2.2. Une simplification des démarches administratives

Afin de rendre plus efficiente l'action sociale du régime, le régime minier s'attachera dans le cadre de la mise en œuvre du règlement national d'action sanitaire et sociale à simplifier les démarches des affiliés en mettant en place des imprimés uniques de demande.

2.1.2.3. Mieux connaître les besoins des affiliés du régime

Les CARMI s'attacheront à mieux connaître les besoins de ses affiliés par :

- une enquête générale conforme à un cahier des charges arrêté par la CANSSM en concertation avec les CARMI et permettant, sur échantillons, de disposer d'une image d'ensemble actualisée des besoins des affiliés du régime. Le résultat de cette enquête sera examiné par la CANSSM qui pourra en déduire des infléchissements de son règlement d'action sociale,

- la mise en place d'outils d'évaluation et de suivi des prestations d'action sanitaire et sociale servies par les caisses régionales,

- la mise en place d'outils d'évaluation de la qualité du service rendu auprès des ressortissants,

- le développement d'études de la connaissance des attentes des retraités (enquêtes de satisfaction, sondage auprès d'un panel de retraités).

2.1.2.4. Un renforcement des partenariats permettant d'assurer la continuité des prises en charge par une bonne orientation des affiliés

La mise en place du schéma directeur d'action sanitaire et sociale doit s'accompagner d'un renforcement de la coordination avec les différents partenaires du régime minier : autres régimes de retraites de base et complémentaires, CLIC, et réseaux de coordination gérontologiques, les communes (chargées du recensement des personnes âgées et handicapées isolées à domicile), et les conseils généraux (orientation des retraités relevant des GIR 1 à 4).

Il s'agit :

- d'établir une complémentarité avec les autres acteurs du champ social qui vise à favoriser la prise en charge globale des affiliés,

- de favoriser la coordination inter régimes,

- favoriser une évolution des services vers une meilleure intégration dans la politique gérontologique des départements.

2.1.3. Autonomiser la gestion des services d'aides ménagères et des SSIAD gérés en direct

Dans le prolongement des orientations de la précédente convention d'objectif et de gestion, les caisses régionales devront s'inscrire dans une politique d'autonomisation des services d'aides à domicile (aides ménagères et soins infirmiers à domicile). Des associations de gestion seront créées et pourront s'ouvrir aux partenaires locaux (conseils généraux, unions départementales de l'aide, des soins et des services aux domiciles...).

Dans le cadre de ces évolutions structurelles, les orientations stratégiques de la précédente COG concernant la garantie de l'emploi et du maintien à la convention minière sont prorogées.

2.1.3.1. Une professionnalisation de la gestion des services

La création d'associations de gestion permettra une nouvelle gouvernance des structures et un renforcement de la professionnalisation de leur gestion.

Il s'agit :

- d'organiser et coordonner l'action des aides à domicile,
- d'inscrire les services dans une démarche qualité et d'évaluation des prestations existantes visant à déterminer l'efficacité des actions des services et qui constituent un engagement affirmé vis-à-vis des populations,
- de renforcer l'identité des services dans leur environnement local par une ouverture affirmée.

2.1.3.2. Une organisation et une coordination de l'action des aides à domicile située dans les politiques locales

Il est aujourd'hui essentiel que les services d'aides à domicile du régime minier évoluent vers une meilleure intégration dans la politique gérontologique des départements. Ces services qui se situent dans le champ d'application de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale doivent pouvoir répondre aux besoins de l'ensemble de la population.

La création d'associations de gestion des services de soins infirmiers à domicile et des services d'aides à domicile permettra, par leur ouverture aux partenaires locaux :

- une meilleure organisation et coordination de leurs actions,
- d'améliorer et systématiser au sein du régime minier les prises en charges globales coordonnées, condition d'un soutien à domicile adapté (régime général, normes ISO...),
- d'identifier et construire des passerelles entre services de soins infirmiers à domicile et services d'aides ménagères en fonction des données de chaque territoire et de chaque entité.

2.1.3.3. Le développement d'un partenariat avec l'Union nationale de l'aide, des services et des soins à domicile (UNA)

Les services d'aides à domicile du régime minier doivent pouvoir diversifier, améliorer et compléter leurs services.

Un partenariat entre la CANSSM et l'UNA, qui sera décliné au niveau local, offrira notamment la possibilité pour le régime de :

- conclure des conventions entre services de soins infirmiers à domicile et services d'aide à domicile avec mise en place de services polyvalents de secteurs,

- 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 et adaptée des besoins des personnes âgées,

- accompagner les services dans le processus de démarche qualité avec un processus de certification.

2.1.4. Développer les partenariats dans les domaines d'action du service social

Renouvelé dans ses pratiques, ses méthodes et ses modèles d'intervention, le service social doit évoluer conformément aux orientations fixées par le plan national d'orientations du service social.

En trouvant une place dans l'offre de santé du régime, il constitue une valeur ajoutée aux structures du régime minier en permettant une approche transversale des pratiques et doit être un acteur majeur dans la mise en place d'actions de coordination en partenariat avec l'extérieur. L'échange d'informations par un travail en équipe, d'une part, et le partenariat formalisé sur la base de procédures contractuelles, d'autre part, sont indispensables pour faire face à l'évolution des politiques sociales, à la diversification des organisations et à la complexification des dispositifs tant nationaux que départementaux.

Dans ce cadre, les CARMI devront favoriser la recherche de partenariat de leur service social avec les conseils généraux, permettant ainsi de dégager également des financements pour les activités menées à leur profit, ou pour financer la prise en charge sociale que le régime assure dans les centres de santé au profit de populations extérieures au régime.

2.1.4.1. Une mobilisation de l'ensemble des moyens nécessaires et disponibles autour du projet défini avec la personne âgée

Les services sociaux devront veiller à une bonne cohérence des intervenants autour de la personne âgée en :

- développant la coordination des différents intervenants des domaines sanitaires et sociaux, par exemple avec les réseaux gérontologiques, les CLIC et les différents acteurs qui œuvrent autour de la personne âgée,

- utilisant la dynamique des schémas gérontologiques départementaux pour trouver des ressources nouvelles et assurer la promotion de la politique sociale du régime minier auprès des associations, des CLIC, etc.

L'objectif sera d'assurer la continuité de l'aide apportée aux personnes âgées, par le développement de procédures d'échanges et d'informations au niveau local.

2.1.4.2. La signature de convention de partenariat avec les caisses de retraites (notamment le régime général) et les départements

Dans cet objectif, les services sociaux des caisses régionales devront, comme le prévoyait la précédente convention d'objectifs et de gestion, renforcer activement :

- les partenariats 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) 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.

A cet effet des conventions devront être signées au sein de chaque région qui préciseront les objectifs, les moyens, le rôle et les tâches des différents intervenants, et les outils d'évaluation.

2.1.4.3. L'engagement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité de ses interventions

Pour faciliter l'accès aux services, le service social devra s'engager dans une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité de ses interventions, laquelle passe par la mise en place et l'utilisation d'un outil d'évaluation et de suivi. Il fera connaître le résultat de ses actions aux moyens d'indicateurs.

Le service social devra pouvoir :

- identifier les attentes et les besoins des ressortissants du régime minier, et être force de proposition pour la CAN et les organismes régionaux,

- mettre à disposition des partenaires son expertise professionnelle.

2.1.5. Moderniser la gestion des centres de vacances

La politique vacances menée par le régime minier ne bénéficie qu'à un nombre très limité de ressortissants du régime minier pour lesquels un effort important est consenti de la part du régime en termes de moyens humains et financiers.

L'offre de vacances proposée par le régime minier est limitée, seuls les centres de vacances étant proposés, à la population minière.

Une aide aux vacances n'est accordée qu'aux affiliés du régime se rendant dans les centres de vacances du régime. Ainsi, plus de 90 % des affiliés miniers de plus de 60 ans ne bénéficient pas d'aide aux vacances.

2.1.5.1. Une ouverture des centres de vacances aux vacanciers extérieurs

Une ouverture des centres de vacances à une clientèle extérieure devra en conséquence être progressivement mise en place. Les conditions de cette ouverture devront être définies au regard notamment de l'impact fiscal d'une telle ouverture. Les instances de la CANSSM engageront une réflexion sur les modalités de gestion des centres de vacances.

2.1.5.2. Une diversification de l'offre de vacances

Une réflexion sur une offre de vacances élargie et diversifiée à proposer aux affiliés miniers devra être menée. Le vieillissement de la population minière et la réduction du nombre d'affiliés miniers ne peuvent qu'accroître la baisse de fréquentation des centres de vacances, notamment compte tenu des difficultés de prise en charge en matière de transport d'une population de plus en plus âgée.

Cette réflexion devra envisager la création d'un dispositif qui pourrait être offert aux ressortissants miniers permettant la prise en charge, pour partie, en fonction de leurs ressources, de leurs frais de transport et d'hébergement, que ce soit dans les centres de vacances de la CANSSM ou dans les structures de vacances avec lesquelles la caisse autonome nationale pourrait passer convention.

2.1.6. Améliorer l'information des affiliés

Dans ce but, le régime expérimentera l'ouverture de permanences locales d'information permettant d'offrir un guichet unique de renseignements et d'orientations pour les différents risques gérés par le régime ainsi qu'en matière d'action sociale.

2.2. Moderniser la gestion des risques maladies et AT-MP

Les affiliés du régime minier bénéficient, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires, de la gratuité des soins.

2.2.1. Achever l'organisation de l'activité assurantielle et mener une réflexion sur les modalités d'un adossement au régime général

La réduction des activités assurantielles liées à la diminution de la population minière entraîne une baisse des personnels affectés à ces activités. Ainsi, certaines n'auront plus la taille critique pour assurer avec un niveau de qualité suffisant certaines de ces activités. Le régime minier doit donc entrer dans une phase plus opérationnelle d'organisation des missions sous la responsabilité de la CANSSM, caisse unique, à savoir :

- organiser la mutualisation de certains travaux entre sites du régime,
- assurer une activité aux personnels restant sur leur site dans le cadre de l'évolution des structures,
- veiller dans tous les cas à l'homogénéité du niveau de service rendu à l'affilié.

Pour cela, la caisse unique devra achever l'organisation de l'activité assurantielle en :

- développant une mutualisation entre les CARMI afin de faire face aux évolutions prévisionnelles des charges et des ressources,
- centralisant certaines fonctions (gestion du risque orientée vers les œuvres du régime, contentieux de 2^{ème} niveau, recours contre tiers),
- formant les personnels aux nouveaux métiers ,
- harmonisant les processus de liquidation,

- instaurant la remontée régulière d'indicateurs afin de s'assurer de la qualité de service rendue aux bénéficiaires.

Les enjeux en ce domaine sont d'homogénéiser les pratiques et le niveau de service sur le territoire, d'améliorer la performance économique de la gestion des risques et préparer l'adossement technique, puis à plus long terme, le transfert de l'activité assurantielle vers le régime général, lorsque le régime minier n'aura plus la taille critique pour assurer de manière efficiente cette mission.

2.2.2. Réaliser l'adossement technique au régime général

Une complexification croissante de la réglementation, associée à une baisse constante du nombre de ses bénéficiaires, conduit le régime minier à devoir abandonner son système d'informations assurantiel pour celui du régime général.

La migration vers ces outils informatiques ont été initiés durant la COG 2004-2006.

Le futur schéma directeur des systèmes d'information devra être adapté afin de prendre en compte les spécificités dont bénéficient les ressortissants du régime minier.

L'achèvement de cette opération devra se faire, selon un calendrier fixé par les instances de la CANSSM, dans la période couverte par la présente COG.

De plus, le régime minier poursuivra les évolutions d'organisation et de pratiques de travail des personnels affectés aux missions assurantielles, dans une logique de convergence avec les pratiques du régime général. Ces évolutions devront être accompagnées des formations nécessaires à l'adaptation aux nouveaux métiers ou activités, notamment du fait de l'achèvement du déploiement de la carte Vitale.

Au-delà, la baisse de la démographie du régime amène à envisager, dans des conditions et selon un calendrier à définir, l'adossement de la gestion de la branche maladie au régime général. Les instances de la CANSSM engageront une réflexion sur les conditions de sa réalisation notamment au regard de la garantie de l'emploi et du nécessaire accompagnement des parcours professionnels des agents concernés.

L'Etat s'engage, le moment venu, à soutenir le régime minier pour qu'il étudie ces évolutions et à conclure en temps utile avec la CNAMTS et la CANSSM une convention comportant des volets technique et financier incluant notamment les garanties d'emplois offertes aux personnels concernés.

2.2.3. Confier au régime général les missions de la médecine conseil minière

Compte tenu de l'évolution démographique des médecins conseils, et dans le prolongement de la précédente COG, la CANSSM confiera, par convention, à la CNAMTS les missions de médecine conseil du régime minier. Les praticiens conseils du régime minier intégreront le régime général au sein d'un pôle minier au sein duquel ils continueront à traiter, en priorité, les dossiers du régime minier.

2.2.4. Consolider la qualité du service rendu aux assurés

L'offre de service mise en place par les CARMI au profit des assurés du régime s'inscrira dans le respect de la charte Marianne. Ces engagements s'articulent autour des thèmes suivants :

Les CARMI devront veiller à garantir l'accessibilité du service public de la sécurité sociale minière, notamment au travers du maintien d'un réseau de proximité adaptée. Les lieux d'accueil devront respecter les dispositions de la loi du 11 février 2005 en étant accessibles à tous et notamment aux personnes handicapées. Compte tenu de l'âge des affiliés rendant parfois difficiles les déplacements, un accent particulier sera mis sur la qualité et la disponibilité de l'accueil téléphonique.

2.3. La gestion du risque vieillesse par la CDC

La CDC, gestionnaire de la branche retraite du régime minier depuis 2005, est désormais pleinement associée à la convention d'objectifs et de gestion.

Le document figurant en annexe 6 de la COG 2008-2011 actualise l'offre de service présentée en annexe de la COG précédente pour tenir compte de l'évolution de l'activité dont la diminution s'est avérée moins rapide qu'initialement prévu.

L'annexe 6 inclut également des éléments conventionnels entre la CAN et la CDC non couverts par le décret. Enfin, la nouvelle offre de service actualisée intègre dans les coûts de gestion les évolutions liées au transfert des personnels et aux charges sociales.

2.4. Transférer la gestion du régime de retraite des agents statutaires à la CDC

La CANSSM gère le régime spécial de retraite de ses agents statutaires. Dans le cadre du droit à l'information prévu par la loi du août 2003 relatif à la réforme des retraites, le décret du 19 juin 2006 a confié à la CDC la responsabilité du droit à l'information pour ce régime.

Le fait que la CANSSM gère ce régime ne permet pas de remplir son obligation légale. Compte tenu de l'expérience acquise par la CDC en matière de gestion de régime de retraite et dans la suite logique du transfert de la gestion du régime de retraite des mines, la CANSSM transférera la gestion du régime de retraite des personnels sous statut CANSSM à la CDC.

Ce transfert sera étudié dès le début de l'année 2008 pour que la CDC soit en mesure d'assurer le droit à l'information des salariés de la CANSSM au 2^{ème} semestre 2008.

Dans le cadre de ce transfert, l'action sociale en faveur des retraités de la CAN sera maintenue. La CDC y apportera son concours en tant que de besoin.

3 - RENFORCER LE PILOTAGE ET L'EFFICIENCE DU REGIME MINIER

3.1. Piloter le changement sous l'égide de la CANSSM

3.1.1. Initier la mutualisation de certaines fonctions supports

La réduction de la charge de travail liée à l'évolution démographique naturelle du régime va se traduire de fait par une évolution concomitante des effectifs des CARMI. Cette tendance va se traduire progressivement par des difficultés croissantes pour certaines CARMI, à remplir avec compétence toutes leurs missions. Afin de maintenir voire de renforcer la qualité des services supports dans les CARMI comme à la CANSSM, la mutualisation des moyens ébauchée dans le cadre de la précédente COG devra être généralisée. Celle-ci

permettra également de réduire le coût de ces activités et par conséquent leur impact sur les comptes des œuvres.

Elle devra porter sur les fonctions de logistique, les fonctions supports (paye, formation, achats, documentation, éditions, gestion du patrimoine, assurances, ...) d'activités liées aux missions de bases (gestion des contentieux, activités comptables,...).

Pour parvenir à cet objectif, il est nécessaire d'une part de renforcer la professionnalisation des ressources dédiées à ces fonctions dans les organismes du régime minier, y compris à la CANSSM. Cela implique d'abord qu'un partage se mette en place entre organismes sur les champs où la mutualisation est pertinente, en fonction des compétences existantes.

Les opérations de mutualisation feront l'objet de délibérations des conseils d'administration des caisses régionales concernées avalisées par le bureau de la CANSSM.

D'autre part, dans une logique de maîtrise des coûts nécessaire notamment pour réduire les charges pesant sur les œuvres, la conclusion de marchés publics nationaux sous l'égide de la CANSSM et en concertation avec les CARMI sera recherchée chaque fois que cela sera possible en s'appuyant sur les facilités offertes par l'article 15 - 9° du décret du 27 novembre 1946 modifié. Des économies d'échelle pourront ainsi être réalisées.

3.1.2. Faire connaître le régime

Le régime minier doit diffuser une image positive de son savoir-faire et de ses réalisations, en mettant l'accent sur son unité et la cohérence de ses actions, sur la base de trois axes :

- harmoniser la communication à destination des agents du régime,
- faire connaître l'offre de soins du régime
- mieux communiquer avec les institutions susceptibles de devenir les partenaires du régime.

3.1.2.1. Harmoniser la communication à destination des agents du régime

Le journal interne « Ensemble » est diffusé depuis 2003.

L'intranet mis en œuvre au cours de l'année 2005 a permis une première étape dans la diffusion d'informations aux agents des CARMI.

Cette démarche doit se poursuivre avec la mise en place d'un réseau de correspondants « communication » dans les caisses régionales, qui lors de réunions régulières, mettront en commun leur savoir faire et pourront créer des outils de communication communs.

Le directeur général de la CANSSM réunit régulièrement les directeurs de CARMI afin d'organiser la mise en œuvre des actions opérationnelles liées aux engagements de la COG.

Enfin, des réunions semestrielles de présidents et directeurs des CARMI avec le président et le directeur de la CANSSM ont été mises en place en 2007 et se poursuivront régulièrement pour créer une dynamique collective et interactive autour des grands enjeux du régime.

3.1.2.2. Faire connaître l'offre de soins du régime

L'ouverture des œuvres du régime doit s'accompagner de la mise en place d'une communication active, efficace, et pilotée par la CANSSM et les CARMI.

L'ouverture du site Internet et son alimentation régulière par les caisses régionales seront un moyen de mieux faire connaître le régime, notamment son offre de soins ouverte à l'ensemble de la population.

La création d'un logo unique pour les œuvres sanitaires du régime sera un outil de rénovation de l'image du régime en place fin 2007 pour être pleinement opérationnel en 2008.

Un rapport type d'activité, commun à tous les organismes miniers sera opérationnel dès 2008 pour le rapport d'activité relatif à l'exercice 2007. Ce rapport type sera applicable à la CANSSM, en tant que rapport d'activité du régime minier. Ces rapports permettront une communication homogène et dynamique vis-à-vis des institutions partenaires.

Enfin, les grands événements du régime feront l'objet d'une couverture médiatique. La mission de service public du régime minier est entre autres de s'assurer que les investissements réalisés doivent continuer à servir alors même que la population d'assurés du régime aura fortement décliné.

3.1.3. Renforcer la qualité des comptes du régime

La comptabilité du régime doit être reconnue comme un support fiable permettant :

- de produire et communiquer une information financière de qualité,
- d'offrir un outil pertinent de gestion,
- de constituer un instrument efficace de contrôle.

Pour ce faire, la CANSSM se fixe deux objectifs :

3.1.3.1. Réussir la démarche de certification des comptes annuels de la CANSSM et des comptes combinés du régime, et la validation des comptes des CARMI par l'agent comptable de la caisse nationale

La certification des comptes constitue un véritable projet d'entreprise qui doit mobiliser l'ensemble des responsables de la caisse nationale afin d'aboutir à terme à une certification sans réserves des comptes annuels.

La CANSSM déploiera dès 2008 un plan d'action permettant de répondre aux exigences de la certification / validation dans les conditions suivantes :

- appel à un cabinet de conseils pour une mission d'appui et d'accompagnement afin d'évaluer l'état de préparation de la CANSSM et d'élaborer les outils nécessaires,
- constitution d'un groupe de pilotage et de groupes de travail, composés de représentants des directeurs et agents comptables, chargés de valider les outils élaborés pour la mise en œuvre de la certification – validation,

- constitution d'une équipe d'auditeurs certificateurs placés auprès de l'agent comptable national, chargée de mener les travaux de validation des comptes locaux et de suivre la mise en oeuvre des recommandations formulées.

3.1.3.2. Produire une information comptable fiabilisée et enrichie

Le pilotage de l'activité comptable sera renforcé :

- par la formalisation des procédures

La sécurisation des opérations financières passe par la diffusion de référentiels et de guides de procédures comptables à usage des ordonnateurs et des comptables.

La CANSSM poursuivra en ce domaine les travaux déjà engagés, ayant abouti en 2007 à la rédaction de référentiels portant sur les frais de personnel et les immobilisations, notamment dans les domaines suivants :

- formalisation avec les ordonnateurs des conditions de justification et d'apurement des comptes de tiers,

- diffusion d'une nomenclature des pièces justificatives devant être jointes aux ordonnancements,

- harmonisation et automatisation de la production des états de fin d'exercice pour l'ensemble des caisses du régime.

- par l'élaboration d'un tableau de bord de la qualité comptable

La CANSSM s'engage à mettre en place des indicateurs permettant d'assurer un pilotage de la qualité de la tenue de la comptabilité de la caisse nationale et des CARMI, comportant notamment les éléments suivants :

- identification et suivi de comptes sensibles,

- détection d'anomalies significatives,

- délais de traitement.

La qualité des comptes combinés du régime sera améliorée par une meilleure prise en compte des opérations réciproques et en enrichissant la revue analytique des comptes annuels.

3.1.4. Poursuivre les efforts de dynamisation de la gestion immobilière

3.1.4.1. Poursuivre la valorisation du patrimoine géré par la caisse nationale

La réalisation en 2006 du plan patrimoine de la CANSSM a permis de définir les stratégies de valorisation du patrimoine en tenant compte de la situation du marché immobilier, de la qualité des immeubles détenus et du niveau de maturité des baux en cours.

Aussi, la CANSSM poursuivra la valorisation de son patrimoine en application de la délibération du 15 mars 2006. Dans les cas de cessions, l'Etat s'engage à ce qu'un retour significatif des produits de cessions soit affecté à la réalisation de projets du régime au profit de personnes âgées. Le produit de ce retour significatif enregistré sur un exercice pourra être affecté à ces projets sur les exercices suivants sans pouvoir l'être au-delà de l'échéance de la COG.

Par ailleurs, la CANSSM recherchera les moyens d'améliorer la rentabilité de son patrimoine de la manière suivante :

- rénovation des appartements libérés pour permettre la valorisation de leurs loyers,
- transformation progressive des baux sous-évalués, notamment ceux régis par la loi de 48, à mesure de leur disparition,
- application systématique des majorations légales pour les baux en cours.

La CANSSM n'exclura pas, si les conditions du marché immobilier y sont favorables, la mise en œuvre de modalités de gestion plus dynamiques.

3.1.4.2. Engager la valorisation du patrimoine immobilier des CARMI

Les CARMI sont propriétaires d'un patrimoine important qui est rattaché soit à la gestion des activités d'offres de soins (gestion des œuvres), soit à la gestion des risques (gestion administrative). Un inventaire de ce patrimoine, donnant notamment la valeur comptable et la valeur marchande des biens, a été engagé sans être achevé. Cet inventaire sera poursuivi et finalisé.

La valorisation du patrimoine des CARMI devra prendre les formes suivantes :

- recentrage des services des CARMI sur des locaux adaptés à l'évolution des effectifs et des missions et surtout de la nouvelle organisation des CARMI,
- cession des surfaces excédentaires ou libérées. Les produits des cessions seront laissés à la disposition des CARMI, notamment au profit du FRMO s'agissant des biens affectés à la gestion des œuvres.

Dans le cadre des plans de recomposition de leur offre de soins, les CARMI sont amenées à libérer des locaux pour s'implanter dans d'autres lieux. Ces réimplantations devront faire systématiquement l'objet d'une étude sur les modalités à retenir en matière immobilière (location ou acquisition).

La CANSSM dressera, en 2008, un inventaire du patrimoine des CARMI. Le régime minier recensera les besoins en investissements des CARMI qui pourraient être financés par des opérations de valorisation de ce patrimoine.

Par ailleurs, le régime minier poursuivra l'étude, sous l'égide de la CANSSM, permettant de recourir à des modalités de gestion innovantes et performantes du patrimoine CARMI permettant notamment de dégager des moyens de financement de son activité d'offre de soins. Les moyens dégagés à cette fin sur un exercice pourront être affectés sur les exercices suivants sans pouvoir l'être au-delà de l'échéance de la COG.

3.1.5. Renforcer la CANSSM dans l'accomplissement de ses missions stratégiques

La CANSSM devra se doter d'une organisation lui permettant d'assurer pleinement sa mission de pilotage et d'animation du réseau, autour des objectifs inscrits dans les CPG, ainsi que de s'assurer de leur atteinte.

3.1.6. Décliner la COG en CPG

Les contrats pluriannuels et de gestion (CPG) constituent un outil majeur de management et de pilotage et d'animation du réseau des CARMI. Les CPG constituent un dispositif plus responsabilisant pour les CARMI qui s'engagent ainsi sur des objectifs précis vis-à-vis de la CANSSM. En conséquence, celle-ci fera évoluer son mode de pilotage vers une tutelle plus stratégique offrant aux gestionnaires des caisses régionales une plus grande souplesse. En contrepartie, elle s'appuiera désormais sur un compte-rendu de gestion régulier des CARMI, permettant de s'assurer de l'atteinte des objectifs. L'Etat demandera à ses services déconcentrés, auxquelles les CPG seront communiqués, d'adopter la même approche.

Les CPG déclineront les objectifs de la COG adaptés aux spécificités de chacune des CARMI. Ils fixent les budgets de gestion et d'intervention des CARMI qui tiennent compte de la qualité des plans de réorganisation de l'offre de soins. Le projet médical du régime fera également l'objet d'une déclinaison au sein de chaque CPG.

La CANSSM et les CARMI s'engagent à signer dans les six mois suivant la signature de la COG, le CPG qui les lient.

Les CPG sont cosignés par les Présidents et les Directeurs de la CANSSM et des CARMI.

3.2. Renforcer la performance de la gestion

3.2.1. Mettre en place un véritable contrôle de gestion

La CANSSM et les CARMI mettront en place un véritable contrôle de gestion afin d'analyser, d'accompagner et de retracer les évolutions du régime minier sur la durée de la COG.

3.2.1.1. Mettre en place la comptabilité analytique

La mise en place d'une comptabilité analytique au sein du régime minier a pour objectif principal de connaître les consommations réelles en ressources des différentes activités exercées au sein de cet organisme, et donc le poids de chacune d'elle dans l'ensemble. Une bonne connaissance des moyens directs et indirects consommés par chacun des grands métiers est indispensable au pilotage du régime, et se situe au coeur des enjeux financiers de la prochaine COG.

Initié courant 2007, le projet de comptabilité analytique devra être opérationnel en 2008. Dès la première année de la COG, les CARMI recueilleront les unités d'œuvres, permettant de bâtir les clés de répartition et détermineront les charges afférentes aux différents centres principaux et auxiliaires.

3.2.1.2. Améliorer le pilotage du régime

Confronté à des évolutions démographiques contraintes dans un important contexte de restructuration, le régime minier renforcera son pilotage. A ce titre, la CANSSM mettra en place un suivi périodique des caisses régionales à partir d'un compte de résultat simplifié par gestion.

L'établissement d'un reporting allégé par gestion intégrant un comparatif exécuté/budget d'une part et exécuté année n/exécuté année n-1 d'autre part, a pour but de détecter rapidement les postes de charges en dépassement important, d'anticiper les exécutions budgétaires non conformes au budget et de déceler les ruptures de tendances d'une année sur l'autre. Les états communiqués par les CARMI et par la CANSSM feront l'objet d'une consolidation et d'une analyse, et permettront de répondre aux besoins d'information infra annuelle émanant des différents interlocuteurs du régime minier.

Après une analyse des besoins qui aura lieu durant le premier trimestre 2008, l'outil pourrait être opérationnel pour le second semestre de l'année. Cette démarche nécessitera également d'identifier des correspondants dans les CARMI.

3.2.1.3. Améliorer la connaissance des effectifs du régime

La mise en place d'une GPEC nécessite en effet une amélioration de la mesure des effectifs tant au niveau qualitatif que quantitatif.

Au cours du premier semestre 2008, un outil de suivi des effectifs physiques et ETP sera développé par la CANSSM. Cet outil mesurera notamment les effectifs équivalent temps pleins payés, seule notion compatible avec celle de mesure de la productivité.

3.2.1.4. Réaliser des prévisions financières annuelles

Dans un souci d'amélioration du pilotage, les organismes transmettront trimestriellement ou semestriellement un estimé annuel de leurs prévisions de dépenses.

Parallèlement aux comptes-rendus de gestion transmis périodiquement, les organismes établissent, chaque semestre, un compte de résultat prévisionnel, qui consiste en une projection poste par poste des charges au 31 décembre de l'année, réalisée à partir de l'exécuté à la fin de la période (réel cumulé) et du reste à faire (budget restant).

La mise en place de cette procédure a pour but :

- de prévenir les dérives et mettre en œuvre les mesures correctrices adaptées,
- d'accélérer la procédure budgétaire sur la base du prévisionnel,
- d'optimiser les dotations budgétaires,
- d'accélérer le calendrier de production des comptes.

3.2.1.5. Définir des indicateurs adaptés à chaque activité

La CANSSM proposera dans les six mois suivant la signature de la COG un tableau d'indicateurs auxquels seront associés les objectifs fixés sur la période conventionnelle. La CANSSM mènera une étude portant sur la mise au point de ces indicateurs. Cette

démarche visera à déterminer les modifications à apporter au système d'information de gestion pour lui permettre de mesurer ces éléments.

Ce projet permettra au régime d'analyser son activité au travers de la grille de lecture commune que sont les indicateurs inter régimes mis au point par le groupe de travail "comparaison de la performance" piloté par la direction de la sécurité sociale. A partir des quelques indicateurs aujourd'hui disponibles, la CANSSM s'efforcera de développer le nombre d'éléments suivis afin de rendre son activité plus facilement comparable avec celles d'autres régimes de sécurité sociale.

S'agissant de l'offre de soins, en partie spécifique au régime minier, celui-ci poursuivra la définition et la mise au point de ses propres indicateurs.

L'ensemble de ces indicateurs permettront de réaliser un outil de comparaison des performances des CARMI les unes par rapport aux autres. Cet état reprendra les objectifs chiffrés du CPG, les objectifs globaux de la COG et le poids de la CARMI dans l'objectif national.

3.2.2. Mettre en place un contrôle interne

Dans le cadre de la précédente convention d'objectifs et de gestion, une démarche de contrôle interne a été initiée, sous l'égide d'un comité de pilotage animé par l'agent comptable de la CANSSM et réunissant directeurs et agents comptables du réseau.

Ces travaux ont permis la rédaction d'une instruction générale, d'un protocole-type de contrôle interne et l'élaboration de référentiels dans les domaines de l'assurance maladie et des accidents du travail.

Au titre de la présente COG, la CANSSM devra renforcer l'activité de contrôle interne selon les axes suivants :

- Organiser et formaliser la fonction contrôle interne au sein du régime

Selon le protocole-type, la mise en œuvre effective de l'instruction générale et des référentiels suppose que soit identifiée au sein des organismes une fonction contrôle interne, chargée de l'animation de l'activité de contrôle, de l'analyse des risques et du suivi des plans de contrôle.

Cette organisation repose sur l'institution dans chaque CARMI d'un comité de pilotage et d'un coordonnateur du contrôle interne ainsi que sur l'élaboration d'un plan de contrôle interne de l'organisme validé par le directeur et l'agent comptable.

- Poursuivre l'élaboration de référentiels dans les principaux domaines nécessitant une maîtrise des risques

Certains domaines considérés comme sensibles devront faire l'objet d'une analyse de risque, suivie de la rédaction de guides de contrôle interne :

- les sécurités informatiques,
- le paiement des dépenses.

- Intégrer la démarche de contrôle interne dans le processus de certification – validation des comptes du régime.

Le contrôle interne comptable devra être amélioré et organisé afin de constituer un véritable outil de pilotage de l'activité de certification – validation des comptes.

3.2.3. Mettre en place une véritable gestion des ressources humaines

La démarche à suivre pour la gestion des ressources humaines s'inscrit dans le cadre des orientations stratégiques tracées pour la première COG, notamment s'agissant de la garantie de l'emploi pour tous les personnels dans le cadre de l'évolution des structures et des œuvres et de la possibilité, pour les agents qui le souhaitent, de terminer leur carrière à la convention minière.

En outre, il est réaffirmé l'attachement des signataires à une démarche concertée, donnant la priorité à la négociation, en vue de mettre en place mutualisation des moyens et mobilité des personnels, dans le cadre du volontariat.

La mise en place d'une gestion renouvelée des ressources humaines (GRH) doit accompagner la modification des activités ou des modes d'activité dans le régime minier, selon différents axes :

- les métiers évoluent (productivité due à la bureautique, réorientation vers des secteurs porteurs : aide à la personne, domaine médico-social),
- des changements organisationnels ont été initiés : mise en place des CARMI en mars 2007, recomposition de l'offre de soins, regroupement d'œuvres,
- une adaptation du cadre institutionnel (conventions collectives) a été initiée,
- les acteurs ont changé, avec le regroupement administratif de 22 caisses en 7 caisses régionales, dotées d'effectifs et d'activités diverses, et posant donc des problématiques appelant des solutions adaptées au plan local, dans le cadre d'une vue prospective globale des ressources humaines au niveau de la caisse nationale, intervenant en tant que tête de réseau.

La gestion des nombreux changements auquel le régime doit faire face ne peut s'opérer efficacement qu'en concertation avec :

- les partenaires sociaux, notamment au travers des instances de représentation et des négociations conventionnelles,
- les caisses régionales, par une implication renouvelée dans la gestion des ressources humaines sous l'égide de la CANSSM.

Le cadre d'intervention d'une GRH renouvelée

La GRH renouvelée doit s'inscrire dans la continuité de la première convention d'objectifs et de gestion, notamment pour ce qui concerne la garantie de l'emploi dans le cadre de l'évolution des structures et des œuvres et la mobilité au volontariat.

Elle doit pouvoir s'appuyer utilement sur :

- l'accès à des filières de métiers et à une meilleure lisibilité de la carrière, grâce à la possibilité pour les salariés qui le souhaitent, d'accéder à des dispositifs conventionnels différents et à la négociation en continu des dispositifs préexistants,
- l'appropriation par le régime minier d'outils de gestion dont disposent déjà certaines autres caisses nationales,
- une « nouvelle donne » pour un certain nombre de secteurs d'activité, par la prise en compte des nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins,
- une meilleure articulation CAN/CARMI dans le cadre d'un réseau au fonctionnement rénové, notamment en matière de GRH, par la mise en place de référents dans chaque CARMI, coordonnés par la CANSSM, pour la GPEC et la formation professionnelle,
- une implication personnelle, soumise à évaluation, des cadres de direction dans le domaine de la GRH, du management des équipes et des projets,
- la mise en place, comme dans les autres régimes, d'un cadre précis de fixation d'objectifs individuels, d'évaluation et d'intéressement des cadres dirigeants du réseau,
- les modules de formation de l'EN3S pour sensibiliser les cadres du régime aux outils de management et de gestion des ressources humaines.

Les outils de la GRH rénovée : la GPEC et la formation professionnelle

Le régime mesurera et analysera l'existant, grâce notamment à des audits externes, puis définira les perspectives en les déclinant par secteur d'activité, par région, par site.

- L'objectif poursuivi est de mettre en place une GRH active, anticipant les évolutions : à partir d'un audit et d'une analyse, mise en place de préconisations et d'outils techniques ; action de rationalisation de l'organisation interne des structures ; suivi et accompagnement des personnels (notamment par les entretiens de progrès).
- Le volet formation est une composante essentielle de la GPEC, en tant qu'outil pour passer de l'existant à l'organisation-cible : il faut parvenir à mieux utiliser les fonds et à mieux mobiliser les énergies, au moyen :
 - d'une dynamisation du dialogue social, lequel doit être maintenu, à tous les échelons du régime et en continu,
 - de formations favorisant mobilité et employabilité des salariés, notamment au regard des métiers nouveaux et des évolutions des métiers existants,
 - de la mise en place d'un plan national de formation professionnelle prospectif et innovant, adaptable régionalement.

Calendrier

Plusieurs phases peuvent être déterminées, correspondant à l'analyse, à la mise en place et au développement des nouveaux outils de GRH :

- « mieux connaître l'existant, pour mieux l'adapter » : audits sur le management et sur la mise en place d'une GPEC (début 2008),

- mettre en place une nouvelle approche de la GRH, grâce à de nouveaux outils, plus orientés vers une approche managériale et prospective, ainsi que par la mise en place de référents régionaux spécialisés par domaine (février – été 2008),

- sur le long cours : relancer le dialogue social sur la GRH, la GPEC et la formation continue ; suivre et accompagner les personnels ; établir et mettre en œuvre des plans de formation adaptés aux besoins constatés ; mettre en place à la CANSSM une cellule de « veille stratégique », travaillant en association étroite avec les CARMI, sur l'évolution des besoins et des ressources en RH ; développer l'implication, la formation et l'évaluation de l'encadrement managérial, au regard des nouveaux enjeux du régime minier.

3.2.4. Mettre en place une démarche qualité débouchant sur la certification des activités du régime

Les activités du régime minier, notamment celles relatives à l'activité d'offre de soins, suppose une maîtrise très forte des processus mis en œuvre pour assurer une qualité de soins et de service conforme, d'une part, aux normes réglementaires et d'autre part, aux attentes légitimes des patients.

Le régime a déjà engagé une démarche qualité, notamment dans les centres de santé ainsi que dans le domaine de l'assurance maladie.. Cette démarche sera poursuivie et étendue à l'ensemble de l'offre de soins, mais aussi aux autres activités du régime, y compris aux fonctions transverses ou supports. Ces démarches pourront donner lieu à une certification de type ISO pour l'ensemble de ces activités.

3.2.5. Prendre en compte les exigences du développement durable

Le régime minier prendra en compte les exigences du développement durable en s'associant notamment au plan développement durable défini par l'UCANSS.

Il mettra à ce titre en place les indicateurs prévus dans le programme d'éco-responsabilité arrêté par l'Etat pour les services publics.

3.3. Poursuivre le partenariat entre la CAN et la CDC dans les domaines RH et logistique

3.3.1. Les Ressources Humaines

Pour assurer les engagements de la présente COG, la CANSSM doit être pleinement en capacité d'adapter les qualifications de ses personnels aux profils et métiers nécessaires. Il est donc nécessaire de dégager les moyens de l'améliorer.

Ainsi, en matière de mobilité des personnels, , il apparaît nécessaire que le délai de préavis de quatre mois, prévu dans la convention de mise à disposition des personnels conclue entre la Retraite des mines et la CANSSM, soit respecté, pour éviter les dysfonctionnements voire des ruptures de service, obligeant la CAN à recourir à des intérimaires coûteux.

La CDC s'engage à faire le nécessaire pour contribuer à pourvoir dans les meilleurs délais les postes vacants pour lesquels la CANSSM aura proposé une fiche de poste. Pour se donner les meilleures chances de les pourvoir, la CDC et la CANSSM s'efforceront de mieux faire connaître l'activité et les métiers de la CANSSM au sein de la CDC. La CANSSM fera appel en parallèle à la bourse des emplois de l'UCANSS.

Par ailleurs, la CDC et la CANSSM rechercheront les moyens de mieux associer la direction de la CANSSM aux décisions prises par la CDC dans le dialogue avec les représentants du personnel.

D'une manière générale, la CANSSM et la CDC conviendront de la mise en place de processus prévoyant des délais suffisants d'intervention pour la CANSSM (campagnes de promotion, attributions de primes).

3.3.2. La logistique

La CDC s'engage à assurer aux services de la CANSSM dans l'immeuble Ségur, les mêmes prestations de logistique assurées à ses propres services. A cet effet, la coordination entre les services concernés de la CAN et de la CDC sera renforcée et la simplification des procédures et des échanges de facturation recherchée.

4 - SUIVI, REVISION ET EVALUATION DE LA COG

4.1. Le suivi et l'évaluation

L'Etat et la CANSSM organisent, chacun pour ce qui le concerne, un suivi d'exécution permanent des actions et des engagements figurant dans la présente convention.

Ce suivi d'exécution s'appuie sur les indicateurs qui feront l'objet d'un avenant à la présente convention dans le courant du premier semestre 2008 dès lors qu'ils seront renseignés et sur le tableau de suivi des échéances de la présente convention et sur tout autre élément permettant d'apprécier la mise en œuvre des engagements.

Chaque année, l'Etat et la CANSSM établissent un bilan d'étape, établi en commun, de la mise en œuvre de la convention dans tous ses aspects. Ce bilan sera présenté au conseil d'administration de la CANSSM de juin.

La dernière année couverte par la convention, l'Etat et la CANSSM procèdent à son évaluation contradictoire. Cette évaluation vise à apprécier le degré de réalisation des objectifs et les résultats obtenus. Elle analyse les causes des écarts éventuels en distinguant notamment entre les raisons propres au régime de celles qui ne lui sont pas imputables.

4.2. Les contrôles et la tutelle

Les contrôles menés auprès de la CANSSM et des CARMi par les corps d'inspection de l'Etat et par ses services déconcentrés s'exercent en prenant en compte les objectifs inscrits dans la présente convention et ceux figurant dans les contrats pluriannuels de gestion.

Les CARMI communiquent à la DRASS les contrats pluriannuels de gestion conclus avec la CANSSM ainsi que les plans de réorganisation de l'offre de soins, le bilan semestriel de leur réalisation, et leur actualisation.

L'Etat communique à la CANSSM les rapports d'évaluation réalisés par les DRASS et la synthèse nationale qui en faite.

4.3. La révision et l'actualisation

La présente convention est susceptible d'être révisée par avenant en cours de période, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, pour tenir compte d'évènements extérieurs dont l'importance serait de nature à affecter de façon significative l'équilibre entre les charges, les moyens et les objectifs fixés.

Le ministre de la santé, de la solidarité et des sports

Le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité

Le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique

Le ministre de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables

Le Président de la CANSSM

Le Directeur de la CANSSM

Jean Claude Arousseau

Erik Rance

**Le Directeur Retraite de la CDC
(pour les § 2.4, 3.3 et l'annexe 6)**

Gilles Seigle

Le projet médical national du régime minier

I/ Introduction

Le projet médical est le projet de service que l'on propose à une population. A la base de toute une organisation humaine et matérielle, il est décliné de façon spécifique dans chacune des CARMi en fonction des besoins. Centré sur les besoins de santé, il tient évidemment le plus grand compte des réponses sanitaires ou sociales déjà mises en place, des savoir-faire et de l'engagement de tous les professionnels des organismes.

Aussi ce document ne fixe pas un cadre normatif mais dresse un état des lieux et fixe des objectifs généraux de l'action du régime dans le domaine médical destinés à être déclinés avec souplesse, voire à être enrichis, au niveau local.

II/ Constat des besoins de santé sur les territoires : Epidémiologie et environnement.

Chaque Carmi s'inscrit dans le contexte socio-épidémiologique de sa région et ses centres doivent se positionner au regard des besoins des populations proches.

La prévalence importante des cancers dans certaines régions (Est et Nord notamment) incite tout naturellement à développer le dépistage des cancers ciblés. Des données en termes de facteurs de risque comme la prévalence des maladies cardio-vasculaires, des maladies induites par la consommation excessive d'alcool, des maladies chroniques... sont très utiles pour le positionnement des actions des centres.

Ainsi, la problématique n'est pas identique dans chaque région et les réponses à apporter sont différentes.

Une démarche d'identification, par chaque CARMi, de son environnement est importante pour pouvoir s'insérer dans les domaines non encore ou insuffisamment couverts. Les actions envisagées impliquent un minimum de coordination entre les différents partenaires et acteurs.

Les Observatoires Régionaux de la santé (ORS), les URCAM, les missions régionales de santé, les groupements régionaux de santé publique, les plans régionaux de santé publique...sont tout à fait recommandés pour délivrer des éléments épidémiologiques indispensables à connaître pour la réalisation des

projets des centres de santé. Les associations locales, les CCAS, les CLIC, les élus peuvent utilement contribuer à la réflexion sur les besoins connus non satisfaits.

III/ Une offre particulière: Les centres de santé en France :

1/ Un cadre de fonctionnement reconnu

Les centres de santé occupent une place reconnue dans le système de soins, ils sont régis principalement par deux textes réglementaires : la loi 99-1140 du 29 décembre 1999 et l'accord national signé le 19 avril 2003.

L'article L. 6323-1 et D. 6323-7 du Code de Santé Publique donne la définition suivante des centres : « Les centres assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, ainsi qu'à des actions de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie en vertu des articles L.162-32 et L. 162-32-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Un dispositif conventionnel est établi et fixe les rapports entre les organismes d'Assurance Maladie et les centres de santé conclu pour une durée au plus égale à cinq ans.

L'accord national pour sa part signé entre les Caisses nationales d'Assurance Maladie et les huit organisations représentatives des gestionnaires de centres de santé apporte une reconnaissance et des financements nouveaux aux centres de santé.

2/ Un concept spécifique

Les centres de santé interviennent dans le secteur des soins ambulatoires. Ils proposent une pratique assurant une prise en charge intégrale des besoins de santé des personnes en associant la prévention, les actions de santé publique, les actions sociales et l'ensemble des actes médicaux, dentaires et paramédicaux.

Les centres peuvent développer :

Des activités médicales, médecine générale, spécialités médicales, activité paramédicales avec un plateau technique et / ou un laboratoire d'analyses médicales

Des activités dentaires,

Des activités de soins infirmiers.

Centres médicaux, centres polyvalents, centres infirmiers ou dentaires sont des structures accueillant toutes populations sans discrimination. Ils représentent un dispositif utile favorisant l'accès aux soins.

3/ Une organisation économique unique

Le financement des centres est assuré principalement par le remboursement des actes médicaux, dentaires et paramédicaux qui sont effectués sur la base de la NGAP et de la CCAM.

Les nomenclatures doivent être totalement utilisées pour rendre précisément compte de l'activité du centre.

Les professionnels ont un statut de salarié avec des modes de rémunération différenciés. Les centres, ouverts à tous ont un mode d'organisation propre lié à leurs missions spécifiques telles que la pratique du tiers payant réalisé sur le régime obligatoire et très fréquemment sur le régime complémentaire. Des modes de financements autres que basés sur les actes, par exemple centrés sur la performance ou sur des modèles globalisés (Plan Alzheimer) à type de forfaits spécifiques sont souhaitables. Le régime minier participera aux expérimentations de financement à la performance que lancera le gouvernement en 2008.

4/ La coordination : une plus value potentielle

Les centres peuvent mettre en place une organisation spécifique capable d'assurer la coordination des soins, élément essentiel de l'amélioration du système de soins. La culture du régime minier repose sur ce potentiel, toujours évoqué mais exceptionnellement réalisé.

Une unité de lieu

Idéalement, le centre de santé propose un accueil structuré pluridisciplinaire. Il s'engage à assurer le pilotage du patient dans son parcours de santé notamment avec l'option de coordination qui fidélise la clientèle et garantit la maîtrise des différentes étapes de la trajectoire du patient.

Une coordination interne et externe

En interne

Le centre assure la continuité de la prise en charge sur une plage horaire élargie, dans la journée, la semaine et l'année. L'accueil structuré facilite l'accompagnement et réduit les délais assurant ainsi une prise en charge plus précoce et mieux adaptée.

L'organisation du centre rend possible la mobilisation des équipes autour du projet du centre avec mise en place de groupes de travail transversaux, qui permettent d'élaborer, partager, évaluer les actions, de nature sanitaire ou sociale.

Les actes s'intègrent dans un processus de prise en charge, formalisé sous forme d'un plan d'aide et de soins type, lorsqu'ils existent.

En externe

Le centre favorise le travail en réseau par la recherche permanente de partenariats permettant des complémentarités avec les autres structures sanitaires ou sociales pour faciliter l'orientation du patient.

Les partenariats sont formalisés au travers de conventions : hôpitaux, EHPAD, HAD, SSIAD, services d'aide à domicile, réseaux de santé, professionnels paramédicaux...

Les partenariats visent à la mutualisation des moyens (utilisation conjointe plateaux techniques par exemple), à la mise en place de procédures de soins, de chemins cliniques adaptés aux pathologies chroniques, visent aussi au développement des réseaux d'actions de santé publique.

La coordination comprend pour les centres infirmiers, l'organisation de réunions qui regroupent l'ensemble des intervenants au domicile même des malades.

5/ Des outils de coordination

Certains outils sont communs à l'ensemble des centres de santé :

- Le dossier médical,
- Le dossier dentaire et
- Le dossier infirmiers

Ce dossier réalisé par patient est commun à l'ensemble des intervenants dans le respect des règles déontologiques et permet un suivi médical au long cours des patients.

D'autres outils sont spécifiques aux centres de santé engagés dans les volets optionnels de coordination des soins :

- **Le document médical de synthèse (DMS)** comporte sous forme synthétique et normalisée les principaux antécédents personnels et familiaux, les affections en cours, les vaccinations, les ALD...
- **Le plan personnalisé de prévention (PPP)**, intègre les informations relatives à la situation par rapport au dépistage de maladies aux conséquences mortelles évitables et les examens pratiqués. Ce plan permet d'apporter des conseils

personnalisés au patient en fonction de son état de santé et de ses facteurs de risque.

- **Le carnet personnel d'information et de liaison (CaPIL)** est remis au patient dans l'option dentaire, il comprend une partie générale sur la pratique dentaire et une partie personnelle comprenant le résumé des grandes étapes du plan de traitement et des éléments du plan personnalisé de prévention.

- **Le cahier de transmission au niveau interne et la fiche de liaison** avec les intervenants extérieurs constituent les outils de la coordination infirmière.

La fonction de coordination des soins assurée par les centres de santé constitue un des principes fondateurs de la pratique et un élément de différenciation par rapport aux autres modes d'exercice dans le secteur des soins ambulatoires.

D'autres outils nationaux se préparent à modifier le champ des coordinations, à l'intérieur comme à l'extérieur des centres de santé :

- Le dossier coordonné de cancérologie (DCC) : il permet d'organiser la réunion pluridisciplinaire et d'en suivre les recommandations, pour chacun des centres de prise en charge ;

Le dossier médical du patient (DMP) : il s'agit aujourd'hui d'un dossier virtuel (susceptible de modification), permettant au patient de choisir les éléments qu'il communique aux différents acteurs de sa santé. Le dialogue entre malade et professionnels en est modifié, ainsi que les modes d'échange d'information entre les professionnels : en théorie, le patient reprend le droit d'organiser sa prise en charge et l'intégration des actes professionnels.

IV/ Les principes spécifiques du projet médical national du régime minier

Les principes généraux développés dans l'accord national se retrouvent totalement intégrés dans le projet médical national du régime. Cependant, vont s'ajouter en plus un certain nombre d'éléments particuliers liés principalement à notre histoire, à notre culture, à notre accompagnement des patients, à l'âge actuel de notre clientèle, à notre maîtrise de la composante médico-sociale des soins et à notre volonté d'attirer, séduire, faire apprécier et conserver nos nouveaux patients. Nous devons décrire une offre différente et complémentaire à l'offre libérale, organisée, reconnue, validée qui vise réellement l'amélioration globale de la santé des personnes quel que soit leur âge.

1/ Le parcours de santé

Les centres de santé s'engagent à accueillir tous les patients, à délivrer des soins, des actions de prévention et de santé publique, à favoriser la mise en place de l'option de coordination assurant l'amélioration indispensable du parcours du patient dans les méandres du système de soins.

Le médecin traitant est bien l'élément déterminant et la coordination des soins capitale. Le parcours de santé ne sera efficace que si des liens fonctionnels envisagés sont appliqués entre les professionnels, le service social, les établissements, les différents services utiles au malade. Des conventions de partenariat devront être signées avec les partenaires utiles dans les domaines non couverts par les centres.

Le malade doit pouvoir à tout moment bénéficier des solutions adaptées et coordonnées de prise en charge dans son environnement.

Le pilotage de la trajectoire du patient doit pouvoir être assuré par le ou les centres et avec ses partenaires. Toute personne doit être assurée d'avoir à tout moment une solution à son problème médical et ou social avec efficacité, sans rupture.

Il s'agit bien ici de promouvoir notre offre, ainsi que la notion d'équipe dont le médecin traitant est le socle complétée si nécessaire par des prestataires externes. Ceci nécessite d'apporter la preuve de la plus-value de notre organisation et de gagner la confiance des personnes. Celles-ci vont adhérer car convaincues dans un premier temps par la maîtrise du pilotage des aides et des soins puis de l'amélioration de leur santé.

Les centres doivent pouvoir s'adapter aux besoins de santé de la clientèle, mais aussi à ses contraintes (plages d'accueil dans la journée en adéquation avec les souhaits des personnes, continuité des soins, accessibilité géographique...)

2/ Des approches adaptées et complémentaires

Les gestionnaires et les professionnels des centres de santé doivent définir des orientations, variables en fonction des lieux d'implantation qui doivent conduire à proposer des activités, des organisations, des stratégies pour répondre à des besoins non satisfaits et tenant compte de l'environnement sanitaire, médico-social et social.

Les besoins des usagers doivent être évalués :

En fonction du contexte économique : Pouvoir offrir outre la médecine générale, une palette de spécialités médicales à un tarif conventionnel secteur I

En fonction de l'environnement social : Assurer l'accès aux soins pour tous, y compris pour les populations fragilisées en mettant en place un accueil médico-social structuré avec présence d'une permanence sociale. Les centres doivent aller au devant des populations en leur proposant des actions de prévention, assurant un rôle de renforcement du lien social et de sensibilisation aux questions de santé.

En fonction de la démographie médicale : les centres peuvent contribuer à pallier au déficit de la démographie médicale en regroupant les compétences, en utilisant mieux le temps des professionnels.

En fonction de l'organisation locale du système de soins : Les centres sont complémentaires de l'offre locale et fonctionnent en partenariat avec elle dans un esprit de rationalisation des ressources.

Les gestionnaires des centres pourraient avantageusement organiser la participation des usagers à la définition des orientations qui sous-tendent le projet de leur centre et de l'organisation des activités.

3/ La prise en charge sociale

Le contexte environnemental, les données économiques et sociales, peuvent naturellement conduire les centres à mettre en place un accueil structuré, organisé, confidentiel, confortable et spacieux pour permettre de recevoir des informations, des conseils, des renseignements, une prise de rendez-vous. Un accueil social doit pouvoir être proposé pour aider dans certaines situations sociales à la détermination des droits sociaux ou pour obtenir des réponses à la problématique du maintien à domicile ou aux difficultés rencontrées dans ce cadre.

Tous les centres ne peuvent pas se doter d'un accueil social, il conviendra d'utiliser au mieux les ressources disponibles et de déterminer les lieux les plus appropriés.

Le travailleur social, le médecin et l'infirmière situés dans le même lieu et au même moment réunissent les conditions pour pouvoir réaliser conjointement et très rapidement une évaluation médico-sociale et ainsi proposer des solutions adaptées.

La coordination globale médico-sociale nécessite d'aller plus loin dans la coopération des différents intervenants pilotés par une entité unique capable de mettre en relation, le médecin traitant, l'infirmière, l'assistant social, le ou les spécialistes utiles, les établissements, le service de soins à domicile, le service d'aide à la personne...

4/ La démarche qualité dans les centres

Les centres doivent développer leur image, elle-même basée sur la qualité des prestations offertes. Ils vont affirmer leur capacité à organiser les soins, la prévention et les actions de santé publique. Ils seront ainsi reconnus et appréciés, gage de pérennité.

Les centres vont s'approprier le référentiel organisationnel des centres de santé validée par la HAS et se préparer méthodiquement à l'accréditation/certification.

Celui-ci comprend deux parties : la gestion et le management du centre et la prise en charge du patient.

Dans la première partie, les critères sont les suivants : détermination du projet médical, évaluation des besoins de la population, forces et faiblesses du centre, l'accès aux soins, l'amplitude horaire, gestion des risques, optimisation des ressources, optimisation des recettes, comptabilité analytique, gestion des ressources humaines.

Dans la seconde partie, les critères intéressent les modalités d'accueil, de réponse téléphonique, l'information donnée aux patients, l'orientation du patient, la gestion des rendez-vous, la gestion des urgences médicales ou dentaires, le contenu et le partage des informations du dossier du patient.

De même que le référentiel d'accréditation des hôpitaux a évolué en référentiel de certification, celui-ci va poursuivre la recherche de qualité dans deux directions complémentaires :

- 1) La maîtrise des processus de prise en charge. Orientée vers la satisfaction des besoins de santé des patients, la réflexion va intéresser d'abord les professionnels médicaux et sociaux :
 - a. recueil des besoins de la personne systématisé,
 - b. inventaire des solutions et des aides en place,
 - c. recherche de références de bonnes pratiques,
 - d. mise en place d'un plan d'aide et de soins, pluriprofessionnel, étalé dans le temps, réévalué et adapté selon l'atteinte des objectifs.

Les fonctions de support (ressources humaines, systèmes d'information, accueil, etc.) et de management (stratégie, contrôle de gestion) vont ensuite utiliser cette trame pour organiser le centre de santé *autour* de sa mission. La fonction « qualité » devra non seulement fournir les références de bonne pratique, mais aider le centre à formaliser son processus de prise en charge des patients, par famille de besoins de santé. La documentation sera aussi de son ressort, ainsi que l'évaluation de la qualité du service rendu. La tâche est essentielle, et nécessitera

un effort collaboratif prolongé. Le régime envisage d'inscrire cette démarche dans le cadre d'un projet national, intégré.

2) la gestion des risques. la gestion des risques va mûrir, et passer d'une simple gestion des risques a posteriori (prioriser les risques déjà réalisés pour les réduire) à une gestion globale des risques, ajoutant à la précédente une démarche a priori (identifier les risques potentiels liés à un processus de soins/de santé pour les prévenir).

La connaissance des processus de santé mis en œuvre est essentielle, et nécessitera une mise en commun.

Les médecins des centres à l'instar de tous les autres médecins améliorent leurs connaissances et vont évaluer leurs pratiques professionnelles.

La formation médicale continue (FMC) relève notamment de textes récents, décret N° 2006-650 du 2 juin 2006 et de l'arrêté du 13 juillet 2006 et s'appliquent à tous les médecins.

La formation professionnelle conventionnelle (FPC) relève des modalités de l'accord national des centres de santé, elle fait partie de la formation médicale continue (FMC).

Les médecins salariés des centres de santé relèvent du conseil national des médecins salariés non hospitaliers qui a comme mission entre autre d'agréeer les organismes formateurs. Seuls ces organismes agréés sont habilités à délivrer le nombre de « crédits » correspondant aux formations suivies par les médecins.

L'accord national des centres précise par ailleurs que les médecins généralistes, spécialiste, dentistes, et professionnels paramédicaux peuvent bénéficier de formations dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle financées par les CPAM sous réserve de suivre des formations délivrées par des organismes agréés.

L'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relève de plusieurs textes, code de santé publique, décret N° 2005-346 du 14 avril 2005 ainsi que le décret N° 2006-653 du 2 juin 2006.

Tout médecin doit pendant une période de 5 ans à compter du 1^{er} juillet 2005 satisfaire à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les organismes agréés sont encore peu nombreux, les directeurs de chacune des CARMi sont invités à passer convention avec un ou plusieurs organismes agréés et les médecins salariés des centres pourront librement contacter ces organismes compétents pour accompagner la démarche d'évaluation et percevoir in fine par l'organisme un certificat. Celui-ci sera adressé au conseil régional puis au conseil départemental de l'ordre qui délivre alors au médecin une attestation quinquennale.

Les médecins doivent en matière de formation médicale continue comptabiliser 150 crédits et 100 crédits au titre de l'évaluation des pratiques sur une période de 5 ans.

Des actions d'évaluation des pratiques professionnelles seront engagées rapidement, dans le cadre de l'expérimentation lancée par le régime minier sur la *prise en charge des pathologies chroniques*.

Par ailleurs, dans le cadre d'actions complémentaires, les équipes officinales et les médecins généralistes sont impliqués dans le cadre d'actions complémentaires sur quatre sites, pour développer une action d'éducation thérapeutique et de suivi des malades sous anti-vitamines K : à cette occasion, un travail d'Évaluation des Pratiques Pluriprofessionnelles est mis en place, avec rédaction d'un référentiel de pratique pour les médecins, les biologistes et les pharmaciens. L'évaluation est réalisée dans chacune des officines concernées par enquête auprès des patients.

La Caisse Autonome Nationale a enclenché une démarche qualité dans les cabinets dentaires dans le cadre d'un appel d'offre avec choix d'un consultant. Celui-ci accompagne les professionnels en visant l'objectif de la certification des cabinets dentaires, selon un référentiel professionnel reconnu. Deux sites pilotes expérimentaux servent de démonstrateurs avant généralisation. Les procédures sont en cours de rédaction, et un système documentaire centralisé (Intranet) recueillera le Manuel Qualité à disposition de tous les chirurgiens dentistes. Cette démarche se situe aux confins de l'EPP et de la certification des centres de santé.

5/ La prévention et les actions de santé publiques :

Les propositions du régime

1/ Les stratégies en santé publique

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a précisé les organisations au niveau national, régional et local en matière d'évaluation des besoins en santé des populations.

2/ Le Haut Comité de la Santé Publique propose quatre grands objectifs :

- Diminuer la mortalité évitable,
- Diminuer les incapacités évitables,
- Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades,
- Réduire les inégalités face à la santé.

3/ Cinq plans nationaux ont été déterminés :

- Dépistage et prise en charge des cancers

- La lutte contre les violences, les comportements à risque et les pratiques addictives,
- Santé et environnement,
- Amélioration de la qualité de vie des personnes atteinte de maladie chronique,
- Enfin, la prise en compte des maladies rares.

4/ Cent objectifs ont été déterminés : on peut regrouper certains d'entre eux dans une même perspective :

- **Alcool** : diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%
- **Tabac** : abaisser la prévalence du tabagisme de 33% à 25%
- **Obésité** : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité
- **Sédentarité** et inactivité physique : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus faisant par jour 30 minutes d'activité physique au moins cinq jours par semaine
- **Iatrogénie** : réduire la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 à fin 2008
- **Douleur** : Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas en postopératoire, pour les malades cancéreux et lors de la phase diagnostique et thérapeutique des enfants
- **Accès aux soins** : réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU
- **Vaccination** : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés et atteindre un taux de couverture vaccinale pour la grippe d'au moins 75% pour tous les groupes à risque
- **Tumeurs malignes** : contribuer à améliorer la survie des patients atteints de tumeurs en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients et promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein, du mélanome, du cancer de la thyroïde et du colon.
- **Diabète** : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique et réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète notamment cardio-vasculaires
- **Maladie d'Alzheimer** : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients
- **Maladies cardio-vasculaires** : obtenir une réduction de 13% de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques, baisse du cholestérol, réduction des chiffres tensionnels, réduction de la fréquence des accidents vasculaires cérébraux, baisse de la mortalité par décompensation des insuffisances cardiaques

- **Asthme et Broncho-pneumopathie chronique obstructive** : l'objectif est de réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation et réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie
- **Incontinence urinaire** : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence
- **Ostéoporose** : réduire de 10% l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici 2008
- **Arthrose** : Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose
- **Dénutrition, chutes, consommation médicamenteuse** : l'objectif est de réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries vivant en institution, réduire de 25% le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008 et réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.

4/ La mise en évidence des disparités régionales : les conférences régionales de santé :

La mortalité prématurée

Il s'agit d'un indicateur *composite* qui témoigne de la mortalité survenue avant 65 ans. Les causes les plus fréquentes sont les tumeurs, les morts violentes, les maladies cardio-vasculaires et de l'appareil digestif et les troubles mentaux ou du comportement.

Le taux de mortalité avant 65 ans varie selon les régions : Les taux les plus élevés s'observent dans le Nord-Pas-de-Calais (+33%), puis en Picardie (+17%), en haute Normandie (+13%) et en Bretagne (+10%). Les taux les plus faibles s'observent en Midi-Pyrénées (-14%), Rhône-Alpes (-14%), Alsace (19%)

Au sein du champ « mortalité prématurée » se situe un sous-ensemble « mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire. Cet indicateur regroupe les causes de décès pouvant être évitées par la réduction des comportements à risque : tabac, alcool, conduites routières dangereuses.

Le tabac

La loi de santé publique prévoit d'abaisser la prévalence du tabagisme de 33% à 25% chez les hommes et de 26% à 20% chez les femmes d'ici à 2008. Les taux de mortalité par tumeurs de la trachée, des bronches ou du poumon sont les plus élevés en Corse (+29%), dans le Nord-Pas-de-Calais (+22%) et en Lorraine (+22%) et les plus faibles dans les Pays de la Loire (-16%), Limousin (-13%) et Midi-Pyrénées (-11%).

L'alcool

La loi de santé publique préconise de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20% en passant de 14,4 litres d'alcool pur/an/habitant d'ici à 2008.

Les taux de mortalité par cancers à tous âges pouvant être rapportés à une consommation excessive d'alcool, cancer des VADS, psychose alcoolique, cirrhose...on observe un gradient nord/sud avec un excès de mortalité dans les régions Nord (+81%), Normandie (+17%) et Bretagne (+29%)

La nutrition

La réduction de la surcharge pondérale constitue un objectif prioritaire du programme national nutrition santé (PNNS). L'objectif est de réduire la prévalence de la surcharge pondérale chez l'adulte et de stabiliser la prévalence chez l'enfant. Les programmes permettant de modifier les habitudes de consommation sont encore trop rares.

Le diabète

Les complications potentielles du diabète sont nombreuses, les plus graves sont : infarctus, cécité, insuffisance rénale, amputation, mal perforant plantaire. Les taux les plus élevés de décès liés au diabète sont enregistrés en Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine, Alsace et Franche-Comté. Les taux les plus faibles se trouvent en Bretagne, Pays de Loire.

Les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont les causes les plus fréquentes de décès en France devant les cancers. Les cardiopathies ischémiques représentaient en 2002, 28% des décès cardio-vasculaires et 8% du total des décès. L'objectif de la loi de santé publique est d'obtenir une réduction de la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques de -13% pour les hommes et de -10% pour les femmes.

La loi de santé publique a retenu pour objectif de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux accidents vasculaires cérébraux. Les séquelles représentent la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence.

Les cardiopathies ischémiques représentent 80% des causes de décès des personnes de plus de 65 ans et ceci est variable selon les régions. Les taux les plus élevés de mortalité sont enregistrés dans le Nord-Pas-de-Calais (+33%), l'Alsace (+18%), Picardie (+16%). Les taux les plus faibles s'observent en région PACA (-15%) et en Poitou-Charentes (-12%).

Les maladies vasculaires cérébrales représentent environ 7% des décès. Il existe de fortes disparités régionales avec des taux élevés de mortalité en Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine et Bretagne.

Le cancer du sein

Le taux de décès par cancer du sein était de 26,8 pour 10 000 femmes en France en 2002. Ce cancer représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée. Il existe des variations régionales, les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans le Nord-Pas-de-Calais (+32%) et en Haute Normandie (+15%). Les taux les plus bas sont observés en Corse (-17,5%) et en Auvergne (-10,5%). L'objectif de la loi de santé publique est de réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé et d'atteindre un taux de couverture du dépistage d'au moins 80% chez les femmes de 50 à 74 ans.

Les personnes âgées : les chutes et les fractures du col du fémur

Les chutes représentent plus de 80% des accidents de la vie courante. Elles surviennent à domicile mais aussi lors de déplacements ou loisirs. L'objectif de la loi est de réduire de 25% le nombre de chutes chez les personnes de plus de 65 ans. Les causes des chutes sont nombreuses, on distingue deux grands types déterminants : les facteurs intrinsèques liés à la personne et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement ; Plus de 4000 personnes de plus de 65 ans sont décédées d'une chute accidentelle. Les disparités régionales montrent des différences significatives avec le taux le plus élevé en Rhône-Alpes et le plus faible en Île-de-France.

En 2003, plus de 75000 séjours hospitaliers ont été motivés par une fracture du col du fémur et les variations régionales sont faibles.

5/ Analyse synthétique des conférences régionales des 26 régions françaises: mise en évidence des axes prioritaires regroupés :

Les 26 régions françaises ont cité des problèmes de santé et des déterminants. On peut regrouper les différents problèmes et déterminants et les regrouper sur les régions où l'offre de soins minière est présente.

Problèmes (15) :

- Les tumeurs malignes-cancers
- Les accidents
- Les maladies cardio-vasculaires,
- Les suicides,
- Les troubles mentaux et du comportement
- Le diabète,

- VIH
- L'obésité
- L'IVG
- Les maladies professionnelles et les conditions de travail
- Les pathologies digestives et cirrhoses
- L'asthme
- Maladies infectieuses et parasitaires
- Maladies respiratoires sauf asthme
- Hépatite c

Déterminants de santé (7) :

Individuels

- L'alcool,
- Le tabac
- Conduites addictives
- La nutrition
- Sédentarité
- Comportements et sexualité
- Violence et maltraitance

Environnementaux (9) :

- Situation sociale et précarité
- Les conditions de travail
- Éducation
- Disparités territoriales
- l'environnement,
- Offre et qualité de soins
- Consommation de médicaments
- le vieillissement
- le handicap et la dépendance.

Répartition des problèmes de santé prioritaires par région (où l'offre de soins minière est présente)

	Tumeurs cancers	Accidents	CardioVx	Troubles Mentaux	Diabète	Obésité	Pathologies digestives	Asthme	suicides	Maladies respiratoires
Alsace	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI			OUI	
Bourgogne	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI	OUI		OUI	
Centre	OUI	OUI	OUI		OUI				OUI	
Languedoc	OUI	OUI	OUI		OUI	OUI			OUI	
Lorraine	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				OUI	OUI
NPC	OUI		OUI	OUI					OUI	OUI
Loire	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI		OUI	OUI	

Les problèmes de santé communs aux 7 régions où l'offre de soins minière est présente sont regroupés en : **cancers, maladies cardio-vasculaires, suicides, troubles mentaux et du comportement, obésité et diabète, maladies respiratoires.**

Mise en évidence des déterminants de santé dans les régions françaises où l'offre de soins minière est présente

	Alcool	Tabac	Addictions	Nutrition	Sédentarité	violence	précarité	Éducation	Environnement	Offre de soins	de Conso médicament	Handicaps	Vieillessement
Alsace	oui	oui	Oui	oui	oui		oui						oui
Bourgogne	oui	oui					oui	oui	oui	oui		oui	oui
Centre	oui						oui		oui	oui	oui		oui
Languedoc	oui	oui		oui	oui		oui	oui	oui				Oui
Lorraine	oui	oui	Oui	oui			oui		oui	oui		oui	oui
NPC	oui		Oui	oui	oui		oui		oui				
Loire		oui	oui			oui							

Les déterminants de santé dans les 7 régions où l'offre de soins minière est présente sont les suivants par ordre d'importance : **Alcool, précarité,**

vieillesse-dépendance-handicaps, tabac, environnement, nutrition, conduites addictives et sédentarité.

Au terme de cette revue des politiques de santé publique possibles, aucune priorité ne semble clairement indiquée, même si l'analyse régionale fournit les pistes de réflexion les plus solides.

En effet, l'offre de soins minière ne s'impose plus à une population captive de ressortissants. Elle s'adresse à l'entourage, aux familles, aux populations proches de la clientèle traditionnelle. Les expositions aux risques sont désormais comparables, avec l'extinction progressive des groupes professionnels spécifiquement concernés par les pathologies de la mine.

6/ Les actions envisagées pour les centres de santé issues de l'accord national :

Le titre III, chapitre VI de l'accord national des centres de santé apporte les éléments suivants :

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à fournir aux centres de santé toute information utile aux centres concernant les actions financées par leurs fonds nationaux, les centres s'engagent en retour à être des relais des actions menées dans le cadre des fonds nationaux.

Les centres peuvent participer à toutes les actions menées dans le cadre des fonds nationaux de prévention et dans les mêmes conditions que les autres acteurs de santé.

Les centres de santé s'engagent à sensibiliser les usagers sur l'importance du dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables mentionnées à l'article L.1411-2 du code de santé publique.

Les thèmes d'action privilégiés pour les centres polyvalents et médicaux optants : l'accord détermine pour la durée de celui-ci les deux thèmes de prévention privilégiés par les parties :

- le dépistage du cancer du sein
- les vaccinations

Les thèmes d'action privilégiés dans le cadre des actions locales de prévention et d'éducation sanitaire et indépendamment des actions citées ci-dessus, les trois thèmes retenus sont :

- Santé et travail,
- Nutrition,
- Asthme

Les centres de santé pour prétendre à un financement de caisses d'assurance maladie doivent constituer un dossier complet incluant divers renseignements, tels que :

- L'identification de l'action,
- La justification de l'action,
- Les objectifs de l'action,
- Le cadre de référence de l'action,
- Les modalités opérationnelles de l'action,
- L'évaluation de l'action

7/ Analyse des possibilités pour le Régime Minier, acteur de santé publique

L'expérience de dépistage et d'actions de santé publique existent dans le régime minier, dont le système de santé a toujours été très proche de la population servie, dans une relation parfois paradoxale.

Forces

- clientèle «captive» d'un système contrôlé : la tradition d'un carnet de santé permet une vue précise des problèmes dont souffrent les ressortissants du régime
- données d'assurance maladie disponibles, permettant une quantification des consommations de santé (soins, produits de santé, cures...) en cours d'exploitation
- expérience du dépistage : maladies professionnelles, cancers digestifs, cancer du sein
- compétences bien représentées au sein du régime pour certaines pathologies : cardio-vasculaires, respiratoires, liées à l'âge notamment
- temps conventionnel réservé à des actions de santé publique et de formation
- lien entre prise en charge sanitaire et sociale, soins médicaux et infirmiers : aptitude à l'éducation thérapeutique, à l'éducation à la santé, à la prévention (chutes, etc.)

Faiblesses

- les données sont sous formes papier ou contenues dans un logiciel-métier ne permettant pas le partage
- pas de lien entre données de consommation et besoins de santé exprimés en consultation : difficultés de ciblage

- pas de continuité du système entre dépistage et suite de la prise en charge des cancers : évaluation difficile des actions, peu de moyens d'action sur les résultats de prise en charge
- peu de spécialistes dans des domaines clés : neurologie (troubles psychiatriques ou du comportement, personnes âgées), oncologie ;
- manque de formation à l'éducation thérapeutique

Opportunités

- existence de programmes nationaux de santé publique, dégagant des moyens de coopération institutionnels
- regroupement des moyens des CARMI, rôle des médecins-conseils régionaux sur l'organisation des soins
- démarche qualité institutionnelle : EPP (protocolisation des chemins de soins, formation) et certification des centres de santé
- ouverture à une population plus large, au-delà de la clientèle historique et exposée aux mêmes risques
- possibilité, par une coopération étroite avec une Fédération de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles, de former les praticiens et les professionnels des centres de santé selon les axes de santé publiques les plus pertinents

8/ Les principales priorités :

Cette revue rapide autorise la proposition d'une matrice de décision des actions de santé publique, présentant les pathologies/actions possibles en colonne (pathologies cardio-vasculaires, respiratoires, cancers, obésité-diabète, troubles psychiatriques et du comportement), et les arguments objectifs en ligne (incidence et prévalence, pourcentage de patients pris en charge au sein du régime minier - RM, ressources spécialisées internes, formation des généralistes au dépistage ou à la conduite du traitement, proximité et existence de liens conventionnés avec des centres de références, plans nationaux...) :

	Cardiologie : Fact. de risque : HTA	Cancers : - sein - colon - V.A.D.S.	Pneumologie : B.P.C.O.	Obésité/ diabète type II.	Age et dépend. Troubles ψ	Bonnes prat. Prescription pers. âgées
Incidence région offre RM+						
Prévalence région offre RM+	+33% (PdC)	+32% sein +22% resp (N-PdC)		++ Nord- PdC ++ Lorraine	9% P.Agées fragiles (moy.nale)	
Taux de patients suivis RM						
Spécialistes disponibles RM	++		+++		++	
Généralistes Formés (dépis.)	++	++	++	++	++	+
Proximité des centres de réf.						
Possibilité de Convention avec une offre compl.						
Programme national/régional	Maladies Chroniqu.	Plan Cancer	Maladies Chroniqu.	Maladies Chroniqu.	Maladies Chroniqu. Alzheimer	

Cette matrice est encore incomplète, et demande des adaptations régionales quant à l'ordre des priorités : c'est une mission naturelle de la Médecine Conseil du régime.

9/ Les propositions

A travers les nombreuses publications en santé publique et les synthèses réalisables par régions, on peut retenir des axes très significatifs. Des disparités infrarégionales peuvent bien évidemment exister et les programmes de territoire en expriment la réalité, dont les organismes miniers peuvent bien évidemment se saisir.

On voit bien que les efforts doivent se concentrer sur le dépistage et le suivi des cancers, le suivi des maladies cardio-vasculaires, les maladies métaboliques (diabète, obésité...), les troubles psychiques et du comportement, ainsi que sur les

grands déterminants que sont l'alcool, le tabac, la nutrition, les handicaps, et l'âge.

Les propositions d'objectifs à échéance de la COG :

A/ Dépistage de l'Hypertension artérielle (HTA)

On peut prévoir 100% des patients avec ouverture d'un registre par praticien (cadre EPP) et normalisation des chiffres tensionnels selon les recommandations de l'HAS dans 50% des cas.

B/ Dépistage des cancers

On peut cibler 80% des médecins généralistes du régime et 100% des spécialistes concernés actifs dans les programmes de dépistage du cancer du sein et du colon.

C/ Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Consultation organisée pour l'arrêt du tabac proposée dans 100% des cas. Monitoring du peak flow dans 100% des cas. Réhabilitation respiratoire proposée dans 100% des cas correspondant aux indications

D/ Diabète

Monitoring régulier du taux de HbA1c, recherche de 80% de patients maintenus à un taux inférieur ou égal à 7%.
100% des diabétiques sont inclus dans une prévention cardio-vasculaire primaire et secondaire.

E/ Dépistage des troubles cognitifs

100% des praticiens seront formés à un outil simple de dépistage. Consultation de neurologie ou dans un centre mémoire dans un délai inférieur à 4 mois dans 80% des cas au moins.

F/ Iatrogénie

Une expérience sur le suivi des patients sous anti-vitamines K (première cause de mortalité iatrogène) devra se développer avec comme objectif la diminution de 20% des accidents hémorragiques.

L'atteinte de ces objectifs exigera probablement la désignation de relais locaux comme chefs de projets (médecins conseils ou médecins référents, pharmaciens)

Toutes les actions pourront être validées dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'inclusion de patients dans les réseaux conventionnés pourra se révéler indispensable (exemple Méotis, réseau mémoire régional), mais c'est au régime de proposer des conventions partenariales.

Enfin, en deuxième intention des actions pourraient être envisagées dans des domaines identifiés régionalement et sur les territoires de santé (sources régionales URCAM, DRASS, ARH, GRSP...). Il est possible de citer : la prise en compte de la iatrogénie, de la douleur aiguë et chronique, des vaccinations, de la dénutrition, des chutes, de la consommation médicamenteuse et autres objectifs de santé publique.

Cependant, en période de réajustement des moyens et des objectifs, il convient de privilégier la lisibilité des objectifs et de la communication sur ceux-ci, en se donnant les moyens d'évaluer la progression des actions.

6/ la prise en charge des personnes âgées

La vieillesse est la période de la vie qui présente le plus grand risque de développer des maladies, le plus souvent intriquées entre elles et qui sont susceptibles de générer une défaillance fonctionnelle et donc d'entraîner un état de dépendance.

Cette situation de « dépendance » n'est donc pas liée à l'âge mais à l'état de santé de la personne. Il n'y a pas de dépendance inéluctable liée à l'âge, il n'y a que des handicaps consécutifs à des maladies chroniques dont il convient de se préoccuper bien davantage.

Les personnes âgées payent un lourd tribut :

- 56% nouveaux cas de cancers par an concernent les personnes de plus de 65 ans,
- 80% des insuffisants cardiaques ont plus de 70 ans,
- Les accidents vasculaires cérébraux représentent la 2^{ème} cause de décès parmi les plus de 85 ans
- 18% des personnes de plus de 75 ans présentent une démence dont seulement 20% sont diagnostiquées et donc traitées,
- 30% des personnes de 75 ans et plus ont un problème de nutrition,
- 30% des plus de 65 ans chutent au moins une fois par an,
- 5 à 10% des hospitalisations des plus de 75 ans sont dues à un phénomène iatrogénique.

Quelle est en conséquence la prévalence de la dépendance des personnes âgées ?

La prévalence actuelle est de 2,1% pour les personnes entre 60 et 69 ans, elle est de 10,5% à 80 ans et de 30% à 90 ans.

Les causes de la dépendance sont multifactorielles, citons par exemple :

- Les maladies chroniques,
- Le statut marital,
- L'isolement géographique et affectif,
- La crise économique,
- La mobilité des enfants,
- L'environnement familial et son soutien affectif,
- Les conditions d'hébergement,
- ...

Le médecin généraliste est le médecin de tous les âges, il représente le premier recours à la médecine gériatrique. Tous les médecins sont donc amenés à soigner les personnes âgées et très âgées.

Mais quels sont les recours aux soins les plus fréquents des personnes âgées :

- Les cancers (8 fois plus fréquents après 65 ans),
- Les maladies cardio-vasculaires (2^{ème} cause de mortalité après les cancers)
- La maladie diabétique,
- La maladie d'Alzheimer,
- La maladie de Parkinson,
- Les états dépressifs,
- L'ostéoporose,
- La BPCO,
- L'incontinence urinaire,
- La dénutrition,
- Les chutes,
- Les conséquences de la iatrogénie,
- La cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA),
- ...

La personne âgée nécessite une approche multidisciplinaire et médico-psycho-sociale. Il faut anticiper les aléas inhérents à l'avance en âge et mettre

en œuvre pour en minimiser les conséquences des mesures simples de type hygiène de vie, maintien de la vie sociale, aménagement du domicile... Tout faire pour prévenir les handicaps (surveillance, consultation de prévention, bilan sénior, consultation de gériatrie, consultation mémoire, consultation urologique, synthèse globale... et tout faire ensuite pour aider au maintien à domicile ce qui répond aux souhaits de la très grande majorité des personnes.

Les objectifs médicaux sont la guérison des maladies et en cas d'affections chroniques, le maintien d'une qualité de vie optimale compte tenu de la situation en veillant attentivement et sans relâche aux risques permanents de décompensation.

Soyons vigilants également sur les problèmes très fréquents d'automédication et de polymédication chez les personnes âgées et inscrivons ce thème parmi d'autres dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour notre population âgée, il convient d'organiser un réel parcours de santé en tenant compte des éléments connus de morbidité, de co-morbidité et des données régionales de santé publique. Il s'agit de prendre en compte la prévention des handicaps et d'assurer leur suppléance quand le moment est venu. On ne doit pas admettre la fatalité ni l'absence de recherche de causes médicales, sociales et psychologiques chez les personnes en raison de l'âge.

La personne âgée doit avoir accès aux aides et aux soins, cela suppose des liens fonctionnels formalisés entre le médecin généraliste, les services hospitaliers, les services de gériatrie, les établissements de services de soins de suite, les consultations gériatriques, l'hôpital de jour, les spécialistes des centres de santé polydisciplinaires, le service de SSIAD, le service social, le service d'aide à la personne... Ce n'est que dans ces conditions que l'on pourra évoquer un système efficace et adapté, ceci suppose une organisation particulière assurant la coordination réelle et non pas simplement déclarée des différents intervenants.

Cette obligation de liens fonctionnels de tous les intervenants se retrouve typiquement dans le cas de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou le malade et sa famille doivent à tout moment pouvoir être soutenus.

La maladie d'Alzheimer est une maladie grave, longue et douloureuse. Il faut développer l'information et la formation des aidants et de tous les professionnels. Il faut favoriser un diagnostic précoce, évaluer les besoins du malade et de sa famille, assurer un suivi.

La maladie évolue sur une longue période émaillée de difficultés, aggravation des signes, majoration des troubles de la mémoire et de la compréhension, troubles de la parole, troubles praxiques et de la reconnaissance et le plus

souvent troubles du comportement. Le malade nécessite très rapidement une surveillance et une suppléance quasi permanentes.

A la perte progressive des facultés intellectuelles, s'ajoute souvent l'incompréhension de l'aidant face à des situations angoissantes comme la gestion de la déambulation, des fugues, des troubles du sommeil, de l'agressivité, des troubles alimentaires...

Le plan « Alzheimer » fait un certain nombre de préconisations comme :

- Le développement de la prévention,
- L'information et la formation des aidants et des professionnels,
- La sensibilisation des médecins et des patients aux troubles de la mémoire,
- La mise à disposition pour les médecins d'un outil de repérage de la maladie d'Alzheimer,
- L'élaboration de recommandations de bonnes pratiques cliniques sur le diagnostic et le suivi de la maladie d'Alzheimer,
- Une meilleure organisation de la filière notamment entre les SSIAD, les EHPAD, les établissements de santé et les plateformes de services,
- Le développement des programmes de réhabilitation cognitive et comportementale ainsi que l'éducation thérapeutique des malades et de l'entourage,
- La mise en place d'une évaluation pluridisciplinaire et multidimensionnelle au domicile à un mois du diagnostic, à 6 mois et à échéances régulières ainsi qu'une évaluation des besoins des aidants avec suivi de la santé, soutien psychologique des aidants familiaux,
- Le développement des formules de répit accueil de jour, de nuit, mise en place de garde, de garde itinérante, familles d'accueil...
- La mise en œuvre de la continuité des soins et de la réponse aux situations de crise en facilitant l'accès à la filière hospitalière dans les cas où l'hospitalisation est nécessaire. L'entrée directe en (unité spécialisée) ou en EHPAD est à privilégier,
- La création d'une filière d'accompagnement global dont le point de départ serait un espace d'accueil, d'écoute et d'évaluation pluridisciplinaire du malade et des proches avec plan d'aide et de soins,
- D'offrir des réponses personnalisées et évolutives prenant en compte les soins médicaux, les soins psychosociaux, les soins de réadaptation et d'accompagnement,
- Permettre aux personnels des différents services d'avoir accès à une formation renforcée concernant la maladie d'Alzheimer,
- Enfin permettre aux ergothérapeutes et psychomotriciens sur prescription de se déplacer au domicile pour assurer la réadaptation

cognitive et comportementale et donner des avis sur le logement et les aides de suppléance.

Le problème du régime minier est bien celui des personnes âgées mais surtout celui des personnes malades chroniques, fragiles, handicapées et par ailleurs âgées et surtout très âgées qui posent un authentique problème. Elles représentent entre 20 et 30% de la population traitée. Il faut s'en préoccuper, elles sont consommatrices de soins, elles sont à risque de chute, d'accidents, d'affections aiguës, d'hospitalisation ou d'institutionnalisation. Ces personnes dans le cadre d'une prise en charge adaptée pourraient être replacées, dans une trajectoire de vieillissement réussi et diminuer le nombre de sujets dépendants

Nous avons dans le régime un devoir de vigilance et une volonté promotionnelle de valorisation de notre offre de santé. Il faut être performant en termes de diagnostic précoce, de dépistage des troubles, de stratégies de suppléance afin de pouvoir garantir aux personnes âgées un dispositif complet d'aides, de soins, de prévention. Une telle organisation suppose un fonctionnement en réseau ou chaque partenaire apporte sa contribution dans le cadre d'une démarche intégrale connue, coordonnée et évaluée.

7/ La prise en charge des maladies chroniques

Le plan « maladies chroniques a été annoncé par Philippe Bas, ministre de la santé et des solidarités. Le régime minier et son Directeur général ont saisi l'opportunité de s'emparer de ce problème. Le régime est en effet concerné à plusieurs titres :

- La moitié de ses ressortissants sont atteints de maladies chroniques et l'originalité de l'organisation de son offre de soins répond très largement à l'attente des pouvoirs publics en termes de prise en charge (fonctionnement en réseau, suivi régulier, coordination des professionnels...).
- Environ 15 millions de personnes présentent en France une maladie chronique qui génère une incapacité et des difficultés dans la vie quotidienne et qui altère la qualité de vie.

Les principes stratégiques intègrent deux concepts : celui de disease management et celui d'éducation thérapeutique du patient. (La HAS et l'INPES ont publié très récemment un guide méthodologique sur le sujet)

Le disease management favorise une meilleure prise en charge des malades par eux-mêmes de leur pathologie, améliore leurs compétences et contribue à une amélioration de la coordination des acteurs et des soins.

L'éducation thérapeutique du patient tient une place importante dans le déroulement de la prise en charge. Il s'agit d'un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

- Il s'agit de l'acquisition et le maintien de compétences d'auto soins (décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé),
- de la mobilisation ou de l'acquisition de compétences d'adaptation, par exemple, l'éducation thérapeutique permet au patient de soulager ses symptômes, de prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure, de réaliser des gestes techniques (injection d'insuline), d'adapter des doses de médicaments,
- L'éducation thérapeutique ne peut pas se résumer à la délivrance d'une information. Une information orale ou écrite, un conseil, un message peuvent être délivrés par un professionnel de santé à différentes occasions (lors de consultation, lors de la délivrance de médicament, d'un séjour en établissement, de l'installation d'un matériel de soins...), mais n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient,
- Elle s'adresse à toute personne qui a une maladie chronique quel que soit le type, le stade et l'évolution de la maladie. Cette offre concerne aussi l'entourage s'il le souhaite. L'éducation thérapeutique peut être proposée dès l'annonce du diagnostic et à tout autre moment de la maladie,
- Elle peut être pratiquée par des professionnels de santé et en particulier les médecins, les infirmiers, mais également les diététiciens, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, pédicures, orthoptistes....

Le plan « maladies chroniques » concerne la vie au quotidien des malades chroniques qui doit être améliorée et des actions sont programmées : (Création de parcours de santé organisés)

Il est proposé :

Un accompagnement personnalisé des malades par des coordinateurs de soins et mise à disposition des malades d'une plate-forme téléphonique,

Les patients doivent pouvoir mener une vie normale en dehors de l'hôpital, les gestes techniques les plus fréquents devraient pouvoir être exécutés sur les lieux de vie,

Les personnes qui entourent les malades devraient pouvoir faire des gestes techniques sous réserve d'une formation adaptée. On ne devrait plus recourir à l'hôpital pour des actes non sophistiqués,

Une amélioration de la qualité de vie est attendue en simplifiant tous les aspects de la vie quotidienne

Les malades doivent pouvoir être insérés dans la cité : création notamment des lits supplémentaires de HAD ainsi que des places plus nombreuses dans les services d'éducation spéciale et de soins à domicile pour les enfants ainsi que le développement des places de services et soins infirmiers à domicile et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

L'intérêt pour le régime minier est net, son organisation lui autorise par principe des conditions particulières de réussite :

°Les maladies chroniques sont fréquentes parmi les affiliés qui sont âgés voire très âgés.

°Il existe un savoir-faire médical et organisationnel pour la prise en charge de certaines pathologies (les maladies respiratoires chroniques, le diabète, l'hypertension artérielle...)

°Le régime minier peut combiner une approche populationnelle et territoriale se rapprochant ainsi de la démarche de la MSA mais avec l'atout de l'offre de soins cohérente et maîtrisée (médecine générale, médecine spécialisée, soins infirmiers, laboratoires d'analyses médicales, pharmacies, établissements, services sociaux, services prévention...).

L'expérimentation lancée par le régime minier en matière de prise en charge des maladies chroniques permettra de tester la capacité à nous mobiliser, à évaluer les pratiques, à mettre en place des séances d'éducation thérapeutique, à organiser la trajectoire des patients.

Cette expérimentation aura comme conséquences de structurer l'offre, de modifier l'organisation des centres et d'améliorer le regard des personnes sur leur santé.

Le projet est sous la responsabilité des médecins généralistes qui identifient et suivent les patients porteurs d'une maladie chronique selon les recommandations de bonne pratique. La prise en charge des maladies par les malades eux-mêmes se réalise par l'information, la formation et l'éducation délivrées par les acteurs de santé au cours de séances de programmes thérapeutiques.

De plus, les malades sont guidés par appels téléphoniques de professionnels formés dont la fréquence est fonction de la gravité des cas.

Les études montrent que les malades impliqués dans la démarche de soins, voient augmenter leur durée et leur qualité de vie et diminuer les évènements critiques et le nombre d'hospitalisations.

Cette expérimentation se mettra en place dès 2008 dans trois CARM (Nord, Est et Sud-Est) où seront proposées de suivre trois types de pathologie (BPCO, Insuffisance cardiaque et diabète) selon les principes déclinés dans le cahier des charges et validés par le comité de pilotage et du comité scientifique. La prise en compte des malades polypathologiques pourra s'envisager dans un second temps.

8/ Les principes généraux médico-administratifs de gestion du centre

Les centres perçoivent des recettes liées aux actes réalisés, des financements liés à l'accord national des centres (aide à l'informatisation, prise en charge d'une partie des charges sociales, financement de la formation des professionnels...) et les dotations versées aux centres suite à l'acceptation des dossiers déposés dans le cadre des actions de santé publique. Les professionnels de santé et le gestionnaire sont totalement et ensemble impliqués dans la recherche de solutions de gestion à la fois rationnelles, efficaces et indolores pour le malade.

La mise en place du référentiel des centres va aider à modifier les conceptions et les habitudes, les recommandations de bonnes pratiques et les modifications comportementales induites vont conduire à une rationalisation des dépenses. Les médecins et les pharmaciens vont améliorer leur performance en termes de taux de pénétration des génériques, mais également augmenter encore la vigilance en matière de prescription et de délivrance des médicaments destinés aux personnes âgées ou encore avoir des stratégies adaptées dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.

9/ Les systèmes d'information : Placer le patient au centre du système d'information

Centrés sur le patient, les éléments du système d'information ne sont pas tous informatiques. Les dossiers papier répondent aussi à la définition d'un système d'information, mais ils cèdent progressivement la place :

1) à un logiciel de gestion d'activité, qui peut contenir un module de dossier-patient. Pour chaque métier, un logiciel permet au professionnel de structurer

des informations qui l'aident à maîtriser une activité, à prendre des décisions de santé :

HelloDoc® pour les généralistes,

Hellosanté® pour les IDE,

Arcamut® pour les chirurgiens-dentistes,

etc...

Ces logiciels ont d'abord été conçus pour un exercice isolé, libéral, et ont dû évoluer pour tenir compte des nécessités d'échange. Leur capacité à fonctionner en réseau est faible, et ils ne peuvent pas contribuer à une base de données-patient : leur structure ne les autorise à échanger que des documents. Cependant, ils génèrent des feuilles de soins électroniques acheminées directement vers l'assurance maladie.

Indispensables aujourd'hui, ces logiciels vont devoir évoluer à court terme vers des produits capables de fonctionner en réseau et d'alimenter une base de données orientée « process ».

2) à un logiciel de gestion administrative et comptable (par exemple Galaxie® aujourd'hui), capable de reprendre les informations depuis le logiciel de gestion d'activité pour les transformer en données de gestion. Ces outils aussi sont en pleine mutation, et sont désormais capable d'organiser les données, de les mettre en relation, de fournir des aides à la décision suivant des algorithmes pré-définis. Les extractions et calcul d'indicateurs sont facilités. Plusieurs métiers différents (logisticiens, comptables, financiers, contrôleurs de gestion, directeurs d'établissement) peuvent ainsi tirer des renseignements différents de la même base de données partagées, alimentée depuis les logiciels-métiers par les professionnels de santé au contact du patient.

Deux moteurs de modernisation

La mutation vers un exercice multiprofessionnel, rassemblant des compétences des champs sanitaires et sociaux au service d'un même projet pour le patient, va nécessiter à court terme une informatique différente, évolutive et communicante, capable de suivre une même personne de son domicile à une institution de santé, puis à son domicile à nouveau, ou bien jusqu'à une institution d'hébergement. Deux puissants moteurs d'évolution sont en marche :

1) le modèle hospitalier. Les logiciels de gestion d'activité de santé vont devoir s'interfacer naturellement, sans nouvelle saisie d'identifiant (risques d'erreurs), en ajoutant des *données* et plus seulement des documents, nécessaire à une prise en charge étalée dans le temps mais *pilotée* par le médecin traitant, en fonction de recommandations de bonne pratique intégrées. Par exemple, la prescription d'un médicament pourra appeler à l'écran d'un spécialiste les résultats d'examens biologiques pertinents, le poids du patient, facilitant ainsi le travail du médecin et améliorant la sécurité du patient. La même indication

pourra apparaître sur l'écran du médecin traitant, voir celui de l'infirmière si l'administration se fait par injection, et déclencher une commande par la pharmacie en fonction de l'état des stocks. Cette évolution se produit actuellement à l'hôpital, et doit d'ores et déjà se prévoir pour les soins extra-hospitaliers, qui précèdent et suivent cet épisode de la vie d'une personne.

A l'hôpital, l'interface avec la gestion administrative et comptable est naturelle. Elle se fait dans le respect de la confidentialité, les données étant codées pour n'apparaître que sur les machines des professionnels concernés sans brèche du secret médical.

Sont donc apparus des systèmes d'information intégrés, gérant les différents processus de soins (traitement d'une fracture de hanche, d'un infarctus du myocarde, d'une colique néphrétique...) mais aussi la pharmacie, l'hôtellerie, les transports. L'extension vers les réseaux de santé est en cours, pour des pathologies chroniques et lourdes comme les cancers ou l'insuffisance rénale.

2) le DMP. Le *dossier médical du patient* ne sera une réalité qu'à terme. Cependant ce projet a fait énormément progresser les réflexions :

- éthique : sur la notion de propriété des données individuelles (qui est le propriétaire de la donnée de santé : celui qui la génère, ou celui qui en est le sujet ? Qui la gère ? Qui en est responsable ? ;

- technique : sur les normes informatiques d'échange des documents et des données, sur la protection de la confidentialité, sur la sécurité des réseaux et des bases de données. Un *cadre d'interopérabilité des systèmes* a été défini et publié par le GIP-DMP (gestionnaire du projet) avec déjà une mise à jour. Promu par les pouvoirs publics, cette convention n'est pas contraignante. L'enjeu en est énorme, plus de 180 logiciels médicaux existent actuellement, incapables de communiquer entre eux. La plupart des données de santé accumulées à ce jour sont donc inutilisables à la coordination des soins, sans même penser à leur intégration.

- économique : les différentes fonctions des systèmes et des opérateurs sont mieux définies, et les coûts mieux connus. Cette réflexion sur les coûts et les retours d'investissement suscite actuellement une efflorescence de projets de « services », portés par différents opérateurs : dossiers médicaux portables sur clés USB ou cartes à puces, carnets de vaccination électroniques, etc.

Il est à craindre que cette recherche immédiate de services payants ne brouille un peu plus l'objet initial du dossier médical du patient, fait pour l'aider dans sa dimension d'acteur responsable de l'entretien de sa santé

Parallèlement au DMP, d'autres types de dossiers communiquant de service public sont en gestation avancée :

- le DCC pour la cancérologie,
- le DP pour les pharmaciens,

- l'historique des consommations de soins mis en ligne par l'Assurance Maladie...

Tous ces dispositifs visent à communiquer entre professionnels des données structurées en fonction des soins et de la trajectoire des patients dans le système de santé.

Quel modèle pour le court-moyen terme ?

Il convient de rechercher un système d'information :

- communiquant : en respectant les normes d'échange internationales (HL7, Diacom...) et en interfaçant tous les métiers de santé ;
- ouvert sur les environnements régionaux, hospitaliers et extra-hospitaliers ; le GIP-DMP s'apprête à lancer un appel d'offre pour la constitution de plateformes régionales, permettant de regrouper les informations en gérant les identités des patients et des professionnels ;
- organisé selon les prises en charge des personnes, au long du temps ;
- intégré : couvrant les différents dossiers de santé, sanitaires et sociaux, mais aussi les aspects gestionnaires et comptables, pour la production d'informations de santé complètes, et pour le pilotage médico-économique (épidémiologie, indicateurs et tableaux de bord) ;
- évolutif : pour intégrer les progrès techniques, les changements organisationnels, les évolutions réglementaires (par exemple, le logiciel de groupage du PMSI change chaque année) ;
- sûr : aussi bien dans le respect des identifiants, que dans la conception de l'infrastructure (câbles, connecteurs, serveurs) et sa maintenance, ou l'hébergement des données.

Les propositions françaises et étrangères sont nombreuses. Le régime minier est concerné par deux types d'expérimentations complémentaires :

- DMP et réseaux régionaux dans le Nord-Pas de Calais. L'enseignement essentiel porte sur l'importance des réseaux pré-existants de messagerie sécurisée professionnelle, et la connexion de centres producteurs de données : Laboratoire, hôpitaux, imagerie. Difficulté principale : multiplicité des logiciels médicaux et extraction ergonomique des données.
- DUP (dossier unique du patient), projet mené en commun par l'A.H.N.A.C. (Pas de Calais) et le centre hospitalier de Valenciennes (Nord) dans le cadre du plan Hôpital 2012, comportant une dotation pour les systèmes d'information. Ce projet reste suspendu à son financement, mais tire partie des expériences entreprises dans différents CHU, à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris ou de Marseille. L'A.H.N.A.C.

disposait déjà d'un embryon de système intégré (ERP en jargon informatique : sorte de « colonne vertébrale », recueillant des données de gestion médico-administratives et comptables) qui avait montré ses insuffisances et ses difficultés d'adaptation aux logiciels médicaux, de logique et d'éditeurs différents. L'option innovante de cette solution est le « mode ASP » : une seule base de données pour tout l'hôpital, toutes les informations de gestion sont « attachées » aux actes de soins, et toutes ces informations sont hébergées par un prestataire externe qui fournit les moteurs de recherche, ainsi que tous les logiciels médicaux et soignants organisés entre eux selon une logique de prise en charge déroulée dans le temps. Les processus de soins et les références professionnelles sont choisis par l'A.H.N.A.C. et le CH de Valenciennes.

En résumé :

L'architecture générale du système d'information peut se résumer-en :

- Chaque professionnel de santé utilise un logiciel métier, capable de communiquer en quelques clics des éléments prédéterminés aux autres praticiens dans le cadre de protocoles ainsi qu'au logiciel de gestions « Galaxie »
- Les étapes techniques entrent dans le cadre des CPG en tenant compte des réalités des CARMI,
- Déployer des logiciels métiers à la totalité des professionnels de santé avant fin 2009,
- Rendre tous les praticiens en mesure d'utiliser un logiciel de gestion de centre de santé communicant avant fin 2010 :
 - Par utilisation de connecteurs et de messagerie sécurisée, ouvrant la communication de données de santé vers les autres professionnels du régime mais également en extra-minier,
 - Par un travail de concertation ou de mise en concurrence des éditeurs afin de disposer de produits respectant les normes d'opérabilité établies par le GIP-DMP. Celui-ci ne peut se réaliser qu'en concertation entre la CANSSM et les CARMI.
- Envisager la prochaine génération de logiciels, soit « nativement » communicants, soit en mode ASP afin de partager toutes les données-patients entre les différents

professionnels. Certains logiciens (dentistes) sont à remplacer courant 2008 pour permettre des échanges au sein des centres.

- Anticiper et préparer la formation de plates-formes régionales, par des coopérations avec les réseaux de soins et les établissements de santé, les groupements de médecins libéraux dans une relation conventionnelle ou contractuelle. Des projets financés par le GIP-DMP sont à saisir et à lancer dès 2008 pour un aboutissement en 2010.

V/ Les Propositions d'actions opérationnelles :

Le projet médical doit pouvoir se décliner rapidement dans chacune des CARMI selon un rythme et selon les priorités identifiées en rapport avec les besoins de la population, en fonction du degré d'opérabilité des organismes et des moyens consacrés.

La contractualisation sera opérée par la déclinaison du projet médical dans ses différentes composantes dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion.

Doivent se mettre en place :

1/ L'application de l'intégralité des principes intégrés dans l'accord national des centres de santé (respect des tarifs conventionnels, tiers payant, outils de coordination, options conventionnelles, partenariat, coordination...).

Cette conformité doit être validée en 2008.

2/ Le parcours de santé et la prise en charge sociale : organisation de l'offre de soins : il s'agit bien ici de promouvoir notre offre dans ses composantes médico-sociales, ainsi que la notion d'équipe dont le médecin traitant est le pivot. L'efficacité sera démontrée si des liens fonctionnels existent entre tous les professionnels, le service social, les établissements de santé et les différents services utiles au malade.

Il convient notamment ici d'organiser au mieux la réponse sociale quel que soit l'âge des patients.

Les CARMI devront établir des dossiers d'échanges interprofessionnels permettant la mesure des flux d'information entre les différents métiers.

Le bilan de cette nouvelle organisation sera dressé fin 2008 concernant notamment la prise en charge sociale.

3/ La démarche qualité : tous les professionnels sont concernés par le référentiel des centres, à mettre en pratique. Les médecins vont par ailleurs évaluer leurs pratiques et valider leur formation médicale continue.

D'ici à 2010, 75% des praticiens devront avoir souscrit à l'obligation d'EPP et FMC.

Les centres doivent en œuvre la gestion des risques initiée par le signalement d'évènements indésirables d'ici fin 2009.

4/ Les actions de santé publique : indépendamment de demandes possibles locales et des actions déclinées dans l'Accord national des centres de santé, des priorités sont dégagées telles que la prise en charge de l'hypertension artérielle, le dépistage du cancer du sein, du colon et du col de l'utérus, la BPCO, le diabète, les troubles cognitifs et les bonnes pratiques en matière de prescription chez la personne âgée ainsi que la prise en compte de la iatrogénie, mais également les facteurs de risque cardio-vasculaire et les états de dépendance. Dès 2008, les médecins seront engagés dans ces démarches.

Les CARMI doivent au moins atteindre d'ici 2011, les taux fixés au chapitre IV paragraphe 5.

5/ La prise en charge des personnes âgées : prendre en compte les besoins des personnes âgées suppose une évaluation intégrale, une organisation multiprofessionnelle coordonnée médico-psycho-sociale et le suivi des patients.

Les CARMI doivent s'organiser pour mettre en place une authentique filière gérontologique formalisée et évaluée, en partenariat avec les ressources spécifiques de l'environnement.

Plus spécifiquement et concernant les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, un certain nombre de recommandations peuvent être mises en place :

- La formation de tous les intervenants professionnels,
- La sensibilisation des médecins au diagnostic précoce, (Rappel des objectifs de santé publique : 100% des médecins généralistes formés aux outils de dépistage rapide)
- L'organisation d'une circulation de l'information assurant des délais de consultation neurologique inférieure à 4 mois dans 80% des cas.
- La mise en place d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation des malades et de l'entourage avec des réponses personnalisées et évolutives (soins médicaux, soins psychosociaux, soins de réadaptation, soins d'accompagnement)
- Prévoir des places renforcées dans les SSIAD,
- Prévoir des unités spécialisées dans les SSR,

- Se doter de professionnels (ergothérapeutes et psychomotriciens)
- Consolider les liens entre le domicile, les établissements hospitaliers, les EHPAD, les SSIAD,
- Prévoir de nouvelles solutions de répit.

En conformité avec le plan « Alzheimer », les CARMi en liaison avec les ARH, DASS, Conseils Généraux détermineront les priorités du secteur en termes de lits et places utiles, en solutions de répit et en liens fonctionnels entre les différentes solutions ambulatoires et sanitaires.

Chaque CARMi sera invitée à mettre en place ou professionnaliser d'ici fin 2009 au moins un dispositif pilote en la matière concernant les personnes âgées en général et les personnes présentant une maladie d'Alzheimer en particulier.

6/ La prise en charges des maladies chroniques : les personnes présentant une maladie chronique doivent pouvoir bénéficier de soins appropriés basés sur des recommandations de bonne pratique, devenir responsable de la gestion de sa maladie par un apprentissage de connaissances, par une éducation thérapeutique organisée et un suivi téléphonique assurant la cohérence fonctionnelle du dispositif de soins et d'aide.

D'ici mi-2008, les trois CARMi pilotes dans le cadre de l'expérimentation lancée par le régime minier auront mis en place le dispositif prévu par le cahier des charges.

7/ Enfin, il convient de mettre en place des logiciels métiers chez tous les professionnels de santé et leur permettre de communiquer entre eux et d'échanger des données (connecteurs et messagerie sécurisée puis produits communicants respectant les normes établies par le GIP-DMP).

Une première phase de déploiement et homogénéisation des logiciels métiers (médecins généralistes, infirmières et dentistes) et des connecteurs et messagerie au plus tard fin 2008.

La deuxième phase à fin 2009 comprendra l'informatisation des spécialistes et de l'ensemble des professionnels de santé.

Annexe 6 : Gestion de l'assurance vieillesse et invalidité par la CDC

Sommaire

1 – CADRAGE STRATÉGIQUE	2
1.1. ASSURER LE MANDAT CONFIE À LA CAISSE DES DÉPÔTS.....	2
1.2. ORGANISER LES RELATIONS AVEC LA CANSSM.....	2
1.3. FAIRE FACE AUX ÉVOLUTIONS IMPORTANTES DU RÉGIME MINIER.....	3
2 – PRINCIPES	4
2.1. PRINCIPE DE SECURITE.....	4
2.2. PRINCIPE DE RESPONSABILITE : LE DEVELOPPEMENT DURABLE	4
2.3. PRINCIPE DE QUALITE : S'INSCRIRE DANS LA DEMARCHE DU LABEL MARIANNE.....	5
2.4. PRINCIPE DE MODERNISATION : ALLOUER DES MOYENS AJUSTES, CIBLES ET ADAPTES.....	5
3 – OBJECTIFS	6
OBJECTIF N°1 : ÉVITER TOUTE RUPTURE DE RESSOURCES POUR LES PENSIONNES ET LEURS AYANT DROITS.....	6
OBJECTIF N°2 : DEVELOPPER UNE COMMUNICATION FIABLE ET COMPLETE, ADAPTEE A LA POPULATION COUVERTE ..	7
OBJECTIF N°3 : OPTIMISER LE RECOUVREMENT DES INDUS.....	8
OBJECTIF N°4 : MODERNISER LA GESTION DES COMPTES DE DROITS DES BENEFICIAIRES, METTRE EN ŒUVRE LE DROIT A L'INFORMATION SELON LE CALENDRIER OFFICIEL (GIP).....	9
OBJECTIF N°5 : S'ENGAGER SUR L'INFORMATION REGULIERE APPOREE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	10
4 – MOYENS	11
ANNEXES	12
ANNEXE 6.1 : ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE PRÉVISIONNELLE DES RETRAITÉS.....	12
ANNEXE 6.2 : ÉVOLUTION DES EFFECTIFS	12
ANNEXE 6.3 : ACTUALISATION DE L'OFFRE DE SERVICE	13
ANNEXE 6.4 : INDICATEURS DE SUIVI DES COÛTS	13
ANNEXE 6.5 : LISTE DES CONVENTIONS SIGNÉES ENTRE LA CANSSM ET LA CAISSE DES DÉPÔTS.....	13
ANNEXE 6.6 : MESURES DE RÉDUCTION DES DÉPENSES D'ÉNERGIE	13

1 – CADRAGE STRATÉGIQUE

1.1. Assurer le mandat confié à la Caisse des Dépôts

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

L'intégration commencée au 1er janvier 2005 vient de s'achever dans le respect du maintien de la qualité de service, des objectifs budgétaires et de modernisation de la gestion.

La modernisation a d'abord consisté à intégrer le système d'information de la Direction des Retraites, répondant aux meilleurs standards du métier de gestionnaire de retraites du secteur public, soit un projet informatique d'environ 10 000 jours/hommes.

Dans le même temps, la gestion et le pilotage ont été optimisés à travers une clarification financière et comptable du fonds national de l'assurance vieillesse invalidité (FNAVI), la mise en place d'une mesure de l'activité et d'une évaluation des coûts de fonctionnement.

Les actes de gestion sont valorisés en temps permettant le pilotage de la Retraite des Mines et le suivi des indicateurs formalisés par la présente COG.

De 2005 à 2007, le coût de gestion a diminué de plus de 10 % traduisant un gain de productivité sensible et la COG devrait confirmer cette tendance.

Enfin, l'intégralité des personnels de la CANSSM a été intégrée par l'ordonnance 389 datée du 28 avril 2005. La Caisse des Dépôts s'organise pour faciliter leur mobilité et leur déploiement en fonction de la baisse d'activité ressortant des perspectives d'évolution démographique du régime minier. Le redéploiement des compétences peut se traduire par une mobilité géographique ou professionnelle lorsqu'elle s'accompagne d'un changement de métier.

1.2. Organiser les relations avec la CANSSM

1.2.1. Champ d'actions hors du mandat de gestion

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

- Le versement aux URSSAF des cotisations assises sur ces revenus de remplacement ainsi que les déclarations annuelles ;
- La gestion de la Commission de Recours Amiable, ainsi que l'assistance à la CANSSM devant les juridictions compétentes ;
- La fourniture de données statistiques sur l'assurance vieillesse et sur la branche recouvrement du régime minier pour le compte de la CANSSM notamment dans ses relations avec la commission des comptes de la sécurité sociale ;
- L'information des services de la CANSSM dans le cadre de son rôle de gestionnaire de risques notamment en matière d'assurance maladie, d'accidents du travail et de prestations d'action sanitaire et sociale.

Au delà du mandat de gestion, se dessine un nouveau champ d'actions de la Caisse des dépôts, dont les contours sont définis par voie conventionnelle (*voir annexe 5*).

Ce nouveau domaine couvre :

- La gestion des affiliations ;
- La gestion des Secours ;
- La liquidation des prestations anticipées de retraites issues d'un dispositif conclu entre les employeurs, la CANSSM et l'État ;
- La gestion des retraites complémentaires servies aux personnels des CARMI ;
- L'ordonnancement de toutes ces opérations à la demande du directeur de la CANSSM.

Les conventions organisant les relations avec la CANSSM sont encadrées par une convention cadre du 25 janvier 2005.

1.2.2. Le personnel et les instances représentatives

Parallèlement à l'intégration de l'ensemble des personnels et conformément à son engagement, la Caisse des Dépôts exerce sa responsabilité d'employeur vis-à-vis des personnels mis à la disposition de la CANSSM.

Enfin, les impacts juridiques du transfert des personnels à la Caisse des Dépôts, notamment pour les instances représentatives, seront clarifiés avec le soutien des autorités de tutelle.

1.3. Faire face aux évolutions importantes du régime minier

Les dispositions de l'offre de service de la Caisse des Dépôts du 25 novembre 2003 qui ne sont pas contraires à la présente convention sont maintenues en vigueur. La présente COG vise à faire face aux évolutions importantes du régime sur la période 2008 – 2011 dans un contexte de diminution du nombre de retraités.

1.3.1. Évolution démographique du régime et perspective d'activité

L'activité est corrélée au nombre de retraités. Or, à l'horizon 2011, les projections démographiques prévoient une baisse de 6 % des bénéficiaires (*voir annexe 1*). Cette baisse d'activité impose une démarche d'adaptation des moyens et des compétences des personnels :

- d'une part, la Caisse des Dépôts devra amplifier la polyvalence pour préserver l'expertise et la qualité du service rendu ;
- d'autre part, de nouveaux métiers seront développés pour répondre à de nouvelles missions. Deux chantiers nationaux seront menés durant la période couverte par la présente COG : le droit à l'information et la réforme des retraites.

1.3.2. Évolution de l'environnement des retraites

La Retraite des Mines participe activement aux travaux du Conseil d'orientation des retraites pour le rendez-vous quadriennal, inscrit dans la loi de 2003 portant réforme des retraites, et destiné à examiner les différents paramètres des régimes de retraite français, en fonction des données économiques et sociales, démographiques et financières ainsi qu'à répondre aux questions et orientations des pouvoirs publics sur ce thème.

En outre, la Retraite des Mines participe à la montée en puissance du dispositif national jusqu'en 2010 du droit à l'information (DAI) prévu par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites qui a créé le droit à l'information individuelle des assurés sur leur retraite. À terme, chaque personne recevra tous les 5 ans – à partir de ses 35 ans – un courrier commun à ses organismes de retraite obligatoire, récapitulant l'ensemble de ses droits et comportant- à partir de 55 ans – une estimation de sa future retraite.

2 – PRINCIPES

La Caisse des Dépôts s'attache à respecter quatre principes fondamentaux visant à améliorer la qualité de service rendu et assurer une gestion saine du régime minier.

2.1. Principe de sécurité

La gestion administrative s'inscrit dans le principe de foi publique de la Caisse des Dépôts qui garantit une sécurité à long terme sur un métier de retraite en suivant le pensionné de la fin de son activité jusqu'au décès du dernier de ses ayants droit.

La sécurité des activités opérationnelles exercées dans le cadre du mandat de gestion et qui vise l'intégralité des processus de la retraite des mines, est assurée à la fois par les instances propres au régime minier et celles mises en place directement par l'établissement de Paris.

Ainsi, toutes les réclamations sur les décisions de liquidations et de révisions sont soumises à la Commission de Recours Amiable siégeant auprès du Conseil d'Administration de la Caisse Autonome Nationale dont Retraite des mines assure la gestion.

Les créances sont présentées devant le comité de recouvrement avant la validation des décisions de leur gestion par la commission de contrôle de la Caisse Autonome Nationale.

Dans le même temps, l'établissement de Paris assure la sécurité de ces décisions en développant la transversalité entre ces diverses Directions dans le cadre de réunions opérationnelles dénommées « réunions d'utilités ».

C'est dans ce cadre que sont conduites les réflexions sur les simplifications administratives et réglementaires en coopération constante avec les responsables du contrôle des risques de l'établissement de Paris.

Par ailleurs, à partir d'une analyse des risques effectuée par le Contrôle interne et sur la base d'un plan de contrôles validé en Comité des Risques, une vérification *a posteriori* des dossiers traités est effectuée, permettant de s'assurer de l'exactitude des décisions prises, de la maîtrise des outils par les gestionnaires de retraites, et de mesurer le risque financier sur les anomalies détectées.

Enfin, ont également été mis en œuvre, sur le périmètre de chaque processus et en fonction de la cartographie des risques qui a été définie, un plan de continuité des activités vitales et un plan de secours informatique sur les principales applications.

2.2. Principe de responsabilité : le développement durable

La responsabilité environnementale constitue un puissant vecteur d'efficience : moindre consommation d'énergie, de papier, diminution des déplacements, des coûts cachés...

L'établissement de Paris reprend et poursuit, à ce titre, les objectifs déclinés dans le plan d'action déposé fin 2006 auprès du département développement durable. Les mesures de réduction des dépenses d'énergie à prendre tant qu'elles sont réalisables sur les sites de Paris -Ségur, Metz et Blois, sont précisées en annexe 6.

2.3. Principe de qualité : s'inscrire dans la démarche du label Marianne

Ce principe se traduit par l'adoption des prescriptions de la charte Marianne sur l'ensemble des composantes d'accueil en 5 actions concrètes :

- un accès plus facile à nos services : accueil physique, téléphonique et électronique
- un accueil attentif et courtois
- une réponse compréhensible aux demandes de l'affilié dans un délai annoncé
- une réponse systématique aux réclamations de l'assuré
- une écoute performante pour progresser.

Parallèlement, le dispositif de mesure de la qualité sera conforté par :

- un renforcement des contrôles
- la cohérence globale apportée entre le contrôle de gestion, le contrôle budgétaire et le contrôle des risques.

2.4. Principe de modernisation : allouer des moyens ajustés, ciblés et adaptés

Un groupe de travail « Archives » a fixé les règles de conservation et d'archivage propres au régime minier. Un projet « papier utile » a réduit le nombre de dossiers physiques et a initié une démarche de traitement des liquidations sans dossier physique.

Ces deux projets préalables ont permis d'ancrer la démarche de numérisation dans la culture de la Retraite des mines. Dès lors, la démarche de numérisation a pu entrer dans une phase opérationnelle qui a débuté par une expérimentation actuellement en cours sur les dossiers de veuves décédées.

Cette démarche pourrait être élargie à l'ensemble des archives en s'appuyant sur les compétences acquises par les gestionnaires et par les archivistes lors de la phase d'expérimentation. En fonction des résultats obtenus l'étape suivante pourrait être la numérisation des nouvelles liquidations de pensions.

Dans ce cadre, un cahier des charges est établi en vue de dégager un système d'indexation permettant aux gestionnaires d'accéder et d'exploiter les pièces numérisées.

La montée en charge de l'outil numérique est en effet un élément indispensable dans le contexte du Droit à l'information prévu par les textes réglementaires et dans un souci d'amélioration de la relation clients.

Ainsi, les dossiers nouvellement liquidés pourront être numérisés afin de gagner en rapidité, fiabilité et qualité de service.

Développement des outils Internet :

- à destination des retraités par les services en ligne afin qu'ils puissent y trouver les informations concernant leur pension (attestation fiscale, bulletin de paiement,..)
- à destination des employeurs avec la base connaissance et le portail e services

Les flux pourront donc de manière progressive arriver directement de manière dématérialisée.

3 – OBJECTIFS

Objectif n°1 : Éviter toute rupture de ressources pour les pensionnés et leurs ayants droits.

La Caisse des dépôts exerce dans le cadre des missions confiées à l'Établissement de Paris, les opérations de liquidation et de paiement des retraites au profit des assurés du régime des Mines et de leurs ayants droit.

La mise en œuvre est assurée par le service Liquidation des droits dans le respect des dispositions fixées par les articles 125 à 181 du décret du 27 novembre 1946 relatifs à l'application de la réglementation minière et également des accords de coordination internes ou internationaux prévus entre les régimes de retraite.

Le domaine d'activité identifié recouvre les opérations suivantes :

- Reconstitution de la carrière des assurés en vue de les informer sur leurs droits à la retraite conformément au droit à l'information prévu par la loi du 21 août 2003
- Attributions de retraites de droit personnel et de droit dérivé
- Révisions des dossiers de retraite
- Calcul et paiement des prestations
- Annulations des droits et versement des arrérages au décès

Poursuite de la mise en œuvre des dispositifs permettant de piloter et d'améliorer la performance sur les processus.

Les actions entreprises visent notamment dans le cadre du droit à l'information à :

- Offrir aux assurés une information régulière sur leurs droits actuels et futurs par la mise en place de services en ligne tels que le téléchargement de fiches d'information et très prochainement celui des formulaires de retraite et la simplification des démarches administratives.
- Organiser la transversalité avec les autres processus pour accélérer les traitements tels que la mise à jour des comptes de droit et l'acheminement des dossiers vers les gestionnaires retraite.
- Limiter les délais de paiement en favorisant le versement de la retraite par virement sur un compte bancaire.
- Favoriser les actions de formation et d'information sur les bonnes pratiques ainsi que les évolutions de règles.
- Participer à une expérimentation dans le cadre de l'observatoire des métiers.

INDICATEUR

Pourcentage de pensions de droits propres et dérivés réunies payées aux retraités dans le mois suivant le premier paiement dû (indicateur LOLF et benchmark DSS) : 95%

La méthode de calcul est identique à celle retenue pour les indicateurs cibles communs des organismes de sécurité sociale références RE400 et RE500

Cet indicateur emblématique sera maintenu sur la durée de la COG quand bien même, la structure des pensions évolue avec un nombre de droits dérivés en croissance.

Objectif n°2 : Développer une communication fiable et complète, adaptée à la population couverte

Dans le cadre de ses missions de gestion administrative de l'assurance vieillesse/invalidité du régime minier, notamment pour ce qui concerne le tenue des comptes individuels de droits, la liquidation des droits et le versement des prestations, et l'information des bénéficiaires, la Caisse des Dépôts améliore en permanence la qualité de service rendu aux actifs, aux employeurs et aux retraités, en anticipant autant que possible leurs demandes et en veillant à leur satisfaction.

Une politique globale d'accueil doit être mise en œuvre et porter sur l'ensemble des composantes constituant l'accueil : accueil physique, téléphonique et courriels dans le but de répondre aux besoins d'une population très âgée puisque la moyenne d'âge des retraités du régime s'établit à 75 ans.

Améliorer l'accueil téléphonique

Une formation à l'accueil téléphonique sera dispensée aux personnels dédiés et aux autres agents de l'établissement. Une formation à la réglementation viendra en complément.

Et enfin, la possibilité d'avoir un correspondant dans une langue étrangère sera étudiée et il sera accordé plus de temps aux personnes âgées.

Moderniser et adapter l'accueil par

- une reconfiguration et un réaménagement des locaux pour un accueil sécurisé, convivial et adapté à la moyenne d'âge élevée des visiteurs (places assises suffisantes, fontaine d'eau, distributeur de boissons...). Cette reconfiguration passe par des travaux de gros œuvres qui visent à créer un véritable hall d'accueil et à sécuriser l'accès de l'immeuble. Ces travaux seront faits en accord avec les services de la CANSSM
- la réorganisation des équipes doit être menée en parallèle des travaux de réaménagement de l'accueil et s'inscrire dans la démarche du label Marianne
- un développement de sa politique de proximité dans les régions minières en mettant à profit le réseau des organismes locaux du Régime minier.

INDICATEUR

Ratio nombre d'appels décrochés avant la troisième sonnerie sur nombre d'appels reçus dans la plage horaire de 9h00 à 17h00 les jours ouvrés : 80%

La méthode de calcul est identique à celle retenue pour l'indicateur commun des organismes de sécurité sociale référence FT200

L'objectif est de limiter le temps d'attente des pensionnés.

Objectif n°3 : Optimiser le recouvrement des indus

Actuellement 60 % des liquidations concernent des pensions de réversion, or, en cas de révisions de pension ou de décès du pensionné, la Retraite des Mines est amenée à recouvrer des indus, suite à un trop perçu versé soit au pensionné, soit à ses héritiers, soit à des tiers encaisseurs.

Toutefois, conformément aux textes en vigueur, en cas d'erreur de l'organisme et de bonne foi de l'assujetti, si les ressources du pensionné sont inférieures au plafond AVTS, le débiteur fera l'objet d'une exonération. Si les ressources sont supérieures à deux fois le plafond AVTS ou s'il y a constat de mauvaise foi du débiteur, l'indu est recouvrable au moyen d'un échéancier de paiement des dettes et d'un précompte sur pension.

Si les ressources du débiteur sont comprises entre une fois et deux fois le plafond AVTS, alors le dossier est automatiquement transmis à la Commission de Recours Amiable (CRA). En cas d'échec de la procédure amiable, et de décision favorable des autorités judiciaires, l'organisme procède au recouvrement des sommes dues.

Dans le cas d'un versement à tort de pension suite à décès du pensionné, la somme est à recouvrer soit auprès de la banque soit auprès des héritiers ou des tiers encaisseurs. En l'absence de possibilité de récupération du montant de l'indu, la Retraite des Mines peut procéder sous certaines conditions à l'admission en non valeur, après accord de la commission de contrôle de la CANSSM.

INDICATEUR

Montant des indus recouverts dans l'année N, rapporté au montant des créances nées pendant la même année N (indicateur LOLF)

2007*	2008	2009	2010	2011
62%	79%	80%	84%	84%

La méthode de calcul est identique à celle retenue pour l'indicateur de la LOLF référence 3.1.

*2007 : année de migration des créances dans le système d'information de la Caisse des dépôts (1^{er} juillet 2007)

Objectif n°4 : Moderniser la gestion des comptes de droits des bénéficiaires, mettre en œuvre le droit à l'information selon le calendrier officiel (GIP)

L'activité de gestion de cotisations consiste, non seulement à s'assurer que celles-ci sont bien déclarées et réglées par les employeurs, mais aussi à connaître leur origine, leur quantité et les statistiques qui y sont liées.

La population des actifs cotisants est composée notamment d'agents convertis, c'est-à-dire ayant quitté l'activité minière mais opté pour un maintien de leur affiliation aux risques vieillesse invalidité et/ou maladie du régime minier.

Après ventilation par régimes, les cotisations sont reversées (700 mouvements par mois) aux organismes compétents.

L'assiette des cotisations est déterminée dans les conditions prévues aux articles L242-1, R242-1 et D242-1 du code de la Sécurité sociale et à l'article 95 du décret du 27 novembre 1946 modifié (exonération des cotisations vieillesse et maladie pour les avantages de chauffage et de logement).

Les périodes appuyées de cotisations sont portées au compte de droit de l'affilié.

L'amélioration de la saisie des DADS et de la mise à jour des comptes de droits des assurés vise à

- permettre les échanges informatisés entre les partenaires concernés : employeurs, organismes du régime minier, archives de Blois, liquidateurs, CRAM, MSA, CNRACL (plateforme e-services, télé déclaration et télépaiement des cotisations)
- maintenir le progiciel SNV2 mutualisé avec l'URSSAF et le Régime général
- réaliser un INFOCENTRE des données de NEREA et CASCADES

INDICATEUR

Taux de comptes de droits mis à jour à fin juin de l'année suivant celle de l'acquisition des droits (droits acquis l'année N mis à jour au 30 juin de l'année N+1) : **80%**

Cet indicateur sera priorisé pour atteindre 100% des cohortes du GIP Info Retraite chaque année, en liaison avec les employeurs (qualité des DADS transmises).

Objectif n°5 : S'engager sur l'information régulière apportée au Conseil d'administration

Un suivi budgétaire structuré

La Caisse des Dépôts présente une prévision budgétaire pluriannuelle dans le cadre des objectifs fixés par la COG. Cette prévision couvre l'ensemble de la gestion administrative assurée par la Caisse des Dépôts, à réglementation et périmètre constants.

Un suivi des coûts par processus

La présentation des coûts par processus vise à passer d'une vision budgétaire à une vision économique. Le cadrage budgétaire repose sur une présentation des coûts par processus réalisée progressivement à compter de la réalisation 2008. La Caisse des Dépôts informe annuellement le conseil d'administration de ses coûts par processus.

Une comptabilité complète et fiable

Dans le cadre de sa gestion comptable, la Caisse des Dépôts applique strictement le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS).

A compter de 2008, elle vise la certification par les commissaires aux comptes, des comptes présentés chaque année au Conseil d'administration de la CANSSM.

ENGAGEMENTS

Présentation chaque année au Conseil d'administration :

- en juin de l'année N : budget exécuté N-1
- en septembre : prévision d'atterrissage pour l'année en cours
- à la délibération du conseil d'administration du 4ème trimestre : prévision d'atterrissage de l'année N et budget prévisionnel N+1

Obtention chaque année de la certification des comptes par les Commissaires aux comptes.

Émission annuelle d'un rapport d'activité.

4 – MOYENS

- La Caisse des Dépôts respecte annuellement l'enveloppe budgétaire mentionnée pour l'année considérée à réglementation et périmètre constants.
Elle apporte des éléments d'explication pour tout écart constaté dans la facturation par rapport à l'enveloppe prévisionnelle.
La Caisse des Dépôts s'engage à maîtriser, à périmètre constant, le coût de gestion pour 1 retraité, en assurant l'adéquation entre la production et les moyens budgétaires.
La Caisse des Dépôts maîtrise l'adaptation des effectifs affectés à la Retraite des Mines dans un périmètre constant. La situation des effectifs suivra l'évolution déjà introduite dans l'offre de service de 2004. La part de la masse salariale suivra les évolutions fixées à la Caisse des Dépôts en tenant compte des différents accords sociaux applicables aux agents affectés à la Retraite des Mines.
- L'offre de service de novembre 2003 est basée sur l'ajustement des coûts de gestion en fonction de la baisse du nombre de retraités du régime. Pour la présente COG, la base a été reconstituée en tenant compte de l'évolution démographique réellement constatée (cf. annexe 3) qui est sensiblement inférieure.
- Par ailleurs, l'évolution de la cotisation employeur pour les fonctionnaires et les agents statutaires en 2007 et 2008 (passage de 33% à 39,5% en 2007, puis à 50% en 2008 est intégrée dans la facturation ;

Facturation (en M€)	2008	2009	2010	2011
Offre de service actualisée	23,80	23,40	22,90	22,50
Cotisation employeur (passage de 39.5% à 50%)	0,38	0,37	0,35	0,34
Coût de gestion COG	24,18 *	23,77	23,25	22,84

* auxquels s'ajoute pour 2008, le dernier versement du coût d'entrée dans le SI CDC : 1,15M€

INDICATEURS

Coût pour 1 euro de prestation servi : Coût de gestion / masse des pensions (indicateur LOLF)

2007	2008	2009	2010	2011
1,39%	1,34%	1,33%	1,32%	1,32%

ANNEXES

Annexe 6.1 : Évolution démographique prévisionnelle des retraités

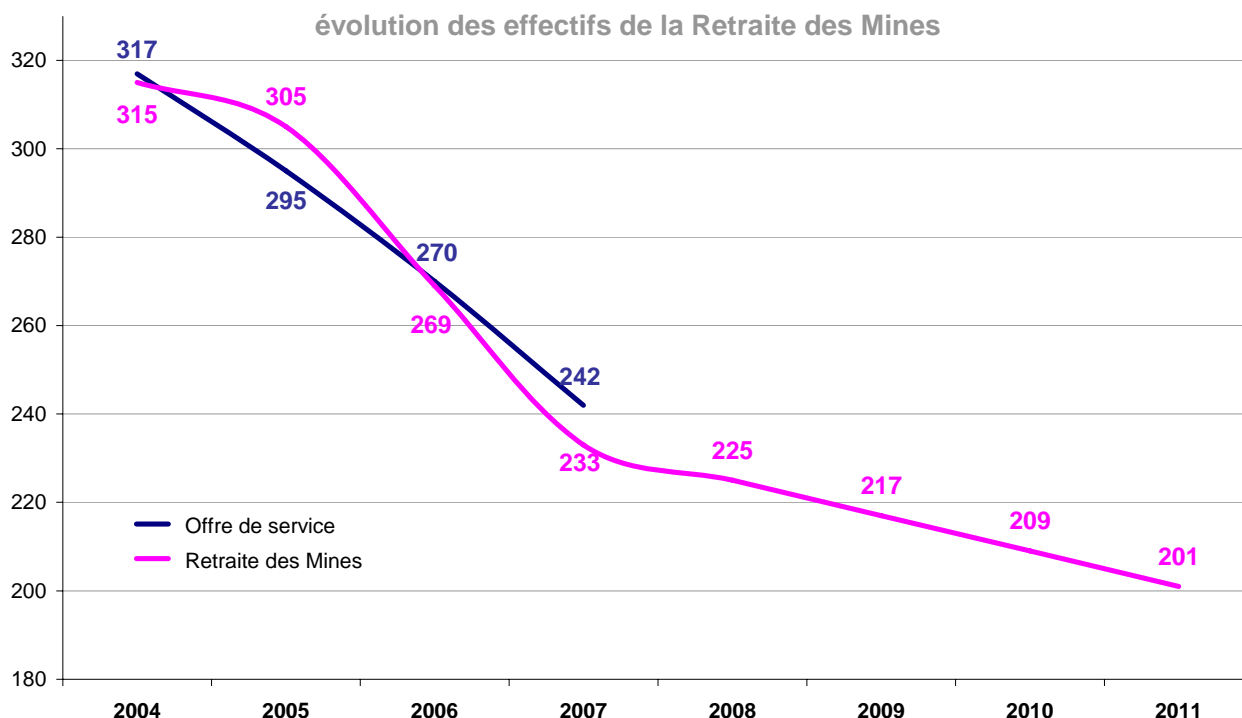
Effectifs moyens	2008	2009	2010	2011
Droits directs	198 256	193 101	187 308	181 314
Droits dérivés	154 911	154 046	153 010	151 814
Invalides	781	653	546	457
TOTAL	353 948	347 800	340 864	333 585

Variations	2008	2009	2010	2011
Variations annuelles		-1,7%	-2,0%	-2,1%
Variation sur la période				-5,8%

Annexe 6.2 : Évolution des effectifs

La variation annuelle des effectifs dans le cadre d'une politique volontariste de réduction témoigne :

- Des mobilités géographiques au sein de la Direction des retraites
- Des mobilités fonctionnelles dans le reste du groupe Caisse des Dépôts
- Du déploiement d'activités nouvelles vers l'établissement de Paris
- Des départs en retraite



Annexe 6.3 : Actualisation de l'offre de service

Méthode de détermination du coût de fonctionnement de base hors évolutions du taux de cotisation employeur en 2007 et 2008.

Coût de fonctionnement	2003	Constaté				Prévision			
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
année de référence	25,9								
évolution démographique *		-1,51%	-1,49%	-1,87%	-1,78%	-1,61%	-1,74%	-1,99%	-2,14%
Coût de fonctionnement de base	25,9	25,5	25,1	24,7	24,2	23,8	23,4	22,9	22,5

* L'offre de service établie en 2003 se fondait sur une hypothèse de décroissance annuelle de 2%. Les taux retenus ici correspondent aux évolutions réellement constatées de 2003 à 2006 et aux prévisions d'une étude actuarielle pour la période 2007- 2011.

Annexe 6.4 : Indicateurs de suivi des coûts

Indicateurs de Suivi des Coûts	2008	2009	2010	2011
Masse des prestations en M€	1 810	1 784	1 756	1 725
Ratio coût de gestion COG/Prestations	1,34%	1,33%	1,32%	1,32%

Annexe 6.5 : Liste des conventions signées entre la CANSSM et la Caisse des Dépôts

- convention cadre relative aux relations CANSSM / Caisse des Dépôts (25/01/2005) ;
- convention de service des prestations de retraites complémentaires anticipées (16/05/2006) ;
- convention relations comptables et financières pour la gestion de l'assurance vieillesse et invalidité et le recouvrement des cotisations sociales du régime minier (31/08/2005) ;
- convention de service portant application de la convention cadre du 25 janvier 2005 (16/05/2006) ;
- convention logistique et service (31/08/2005) ;
- accord entre la CANSSM et la Caisse des dépôts - établissement de Paris - sur la procédure de gestion des secours (16/05/2005).

Annexe 6.6 : Mesures de réduction des dépenses d'énergie

Les mesures de réduction des dépenses d'énergie à prendre sur les sites de Paris Ségur, Metz et Blois, sont les suivantes :

- Utiliser progressivement les ampoules basse consommation à luminosité constante
- Renouveler l'électricité des parties communes et des sanitaires (avec mise en place de détecteurs de présence)
- Par souci d'économie de papier et d'énergie, le parc informatique sera maintenu aux normes de la Caisse des Dépôts (1 imprimante pour 4 agents, impressions recto/verso).

Et, sous réserve de l'approbation des budgets spécifiques correspondants :

- Renforcer l'isolation du bâtiment du 77, avenue de Ségur en changeant les huisseries des fenêtres et la pose de doubles vitrages
- Examiner le renouvellement de la chaufferie du bâtiment, ou les conditions de maintenance du chauffage actuel (réduction des dépenses d'énergie et pose de thermostats sur les radiateurs notamment)