

RECHERCHES-ACTIONS

en protection sociale

INNOVATIONS EN PREVENTION : QUELLES COOPERATIONS ENTRE ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ?

Membres du groupe de travail

Cécile Dargent

Mathieu Genest

Jean Giannorsi

Madalina Sava Fusellier

Julien Steimetz

Directeur de la recherche - action

Sylviane FAURE

Formation initiale

Nous adressons nos remerciements à notre Directrice de recherche action, Madame Sylviane FAURE, Directrice déléguée au CETAF pour sa disponibilité, ses conseils avisés et sa précieuse expertise tout au long de la réalisation de ce projet. Nous remercions aussi chaleureusement l'équipe du CETAF, et plus particulièrement Marlène BLANC et Emilie FOUVET du secrétariat de direction.

Nous souhaitons aussi remercier Frédéric POMYKALA, responsable du Département Prévention et Education Sanitaire et Sociale de la CCMSA, pour le temps qu'il nous a consacré, les documents transmis et son relais de notre enquête auprès du réseau des responsables de la prévention santé des CMSA qui nous a permis d'étoffer nos recherches.

Pour nos entretiens tout au long de la rédaction de ce rapport, nous tenons à remercier Saïd OUMEDDOUR, responsable du Département Prévention et Promotion de la Santé (DPPS) de la CNAM, Clémence LE MARREC, responsable des actions de prévention en faveur du bien-vieillir des retraités de la CNAV Ile-de-France et Christine BOULANGER, responsable prévention de la CPAM du Val de Marne 94 pour leurs visions, conseils et analyses portant sur les actions de prévention collectives.

Nous tenons également à remercier Arnaud SIMON, responsable de l'ASEPT Poitou Charentes Limousin, Gaëlle PIRROTTA Responsable du Département Support et Expertise de la CARSAT BFC, Jean-Louis DEUTSCHER, médecin spécialiste en santé publique de la MSA Lorraine, responsable de « Label vie », Dominique DUCROC-ACCAOUI, Conseillère en politiques familiales et sociales à la CNAF et Emmanuelle BOYET responsable prévention de la CPAM de la Loire pour nous avoir apporté un retour d'expérience des actions de prévention menées sur le terrain.

Pour conclure, nous tenons à remercier l'ensemble de l'équipe administrative de l'EN3S plus particulièrement Dominique LIBAULT, Directeur de l'EN3S, Agnès CARDINEAU, manager de projet, Isabelle PLANTIER, attachée de direction et Stéphanie AUVERGNE, statisticienne pour le soutien et l'accompagnement qu'ils nous ont apporté.

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	5
I. En termes de prévention, des coopérations existent en dehors et au sein de la Sécurité sociale, mais elles restent perfectibles et limitées dans leur champ	9
A. Etudes de cas sur des coopérations existantes dans le champ de la prévention santé	9
1. Une coopération hors sécurité sociale dans les domaines sanitaire, social et médico-social et incluant une dimension prévention : le Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).....	9
2. Des coopérations dans le champ de la prévention santé au sein de la Sécurité sociale existent consécutivement à une impulsion nationale ou à des expérimentations locales	10
a. Les coopérations consécutives à des conventions, ou des projets de conventions, nationales : la volonté d'une approche institutionnelle et d'actions communes entre OSS.....	10
b. En dehors des conventions nationales et de leurs déclinaisons, des coopérations locales se sont incarnées au sein de structures créées notamment dans le champ de la prévention en direction des seniors	13
B. Ces différents types de coopération ne donnent pas pleinement satisfaction.....	15
1. Si le PAERPA a permis des avancées indéniables, certaines problématiques limitent l'efficacité du dispositif.....	15
2. Les coopérations existantes au sein de la Sécurité sociale sont pertinentes quand elles répondent à un besoin du terrain mais nécessitent un effort d'harmonisation.....	17
a. Les conventions, vecteurs de cohérence et d'optimisation de démarches coordonnées aux résultats indéniables, que les acteurs locaux doivent faire vivre et adapter à leurs particularités	17
b. Les dispositifs locaux fonctionnent quand ils répondent aux besoins du terrain, au risque de créer une hétérogénéité au niveau national.....	19
II. Diverses raisons expliquent le succès mitigé des coopérations	21
A. Des raisons structurelles tenant à l'organisation même de l'Institution Sécurité sociale ont limité le développement des coopérations quelle que soit leur nature	21
1. L'histoire de la Sécurité sociale a favorisé l'activité isolée des organismes et a pu freiner l'éclosion de coopérations	21
2. La question de la coopération entre organismes de sécurité sociale soulève des enjeux de pouvoir	22

B. Des raisons plus conjoncturelles peuvent également constituer un frein, notamment en terme de moyens	24
1. Dédier des moyens financiers et humains à la coopération est coûteux dans un contexte de rationalisation des dépenses	24
2. Des systèmes d'information encore peu interopérables posent un frein technique à la coopération.....	25
III. La mise en place de dispositifs innovants de prévention pourrait permettre de développer la coopération et de toucher les publics vulnérables et éloignés du système de santé.....	27
A. Le développement de l'interbranche et l'interrégime passe par une utilisation innovante des possibilités offertes par le numérique et la segmentation des publics.....	27
1. L'institutionnalisation des parcours de prévention interbranche permettrait de généraliser la coopération à l'ensemble des champs de la prévention	27
2. La mise en place d'un guichet virtuel unique de prévention permettrait de lutter contre la multiplicité des applications santé	31
B. Une utilisation coordonnée des outils de détection faciliterait la mise en place d'actions de prévention efficaces à destination des publics vulnérables, éloignés du système de santé.....	34
Conclusion	38

Sur le plan sanitaire, les français bénéficient d'une des plus fortes longévités au monde. Si l'on mesure l'espérance de vie à 65 ans, la France est classée 2ème de l'OCDE. Cependant, la France occupe encore une place médiocre en matière de prévention en comparaison de ses voisins européens alors qu'elle a un rôle majeur à jouer pour réduire le fort taux de mortalité et de morbidité évitables dans notre pays, facteurs puissants de reproduction des inégalités sociales de santé¹. Ceci s'illustre également au travers de l'indicateur de vie en bonne santé (Eurostat), c'est-à-dire le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacités dans les gestes de la vie quotidienne : il est en France en 2016 de 64,1 ans pour les femmes et 62,7 ans pour les hommes, assez proche de la moyenne européenne². Les actions de prévention sont alors essentielles pour améliorer cet indicateur.

Contexte

Dans ce contexte, l'innovation et la prévention ont été récemment placées au cœur de la stratégie nationale de santé. Tout d'abord Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales de la présidence de François Hollande, a fait de la prévention la première orientation stratégique de la politique de santé française à travers la loi de modernisation de 2016.

Dans un contexte économique contraint, cette démarche s'appuie sur l'innovation pour maintenir à son plus haut niveau la qualité des soins. Un comité interministériel pour la santé a été établi et doit permettre au ministre de la Santé de faire partager, par l'ensemble du gouvernement, les priorités de santé dans un souci d'efficience. Cette transversalité est particulièrement nécessaire, par exemple, dans le champ de la santé environnementale dans la lutte contre les perturbateurs endocriniens ou l'amélioration de la qualité de l'air.

Agnès Buzyn, actuelle ministre des Solidarités et de la Santé du gouvernement d'Emmanuel Macron, poursuit dans cette voie. En effet, le premier axe de la stratégie nationale de santé énoncé en septembre 2017, met en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie. Le caractère interministériel de cet enjeu est conservé et élargi à l'ensemble des acteurs de la prévention et aux lieux de vie. Ainsi, un rapprochement est à opérer avec la médecine scolaire et universitaire, la médecine du travail et les autres professionnels de santé, dans les écoles, collèges et lycées, dans les universités, les entreprises, les administrations, les structures sociales et médico-sociales et les lieux de prise en charge judiciaire. Le plan priorité prévention du 26 mars 2018 présenté par le premier ministre Edouard Philippe, s'articule autour des parcours de vie de la femme enceinte, des enfants et des jeunes, des adultes de 25 à 65 ans et du bien vieillir. Pour Agnès Buzyn, il s'agit aussi de promouvoir la concertation et la coordination des politiques publiques.

Définitions

Selon la stratégie nationale de santé 2018-2022, **la prévention** peut se situer à différents niveaux. Les actions de prévention comprennent l'ensemble des actions qui permettent soit de prévenir la survenue des problèmes de santé (prévention primaire), soit de les détecter précocement et d'éviter leur aggravation (prévention secondaire), soit encore de pallier leurs conséquences ou complications (prévention tertiaire). La prévention est dite « passive » lorsqu'elle ne nécessite pas la participation active des personnes concernées. Certains évoquent également une prévention quaternaire liée à la prévention de la fin de vie et la mise en œuvre de soins palliatifs.

L'innovation en santé, quant-à-elle, peut être diagnostique et thérapeutique. Elle peut être aussi technologique et numérique, notamment à l'heure de l'ère ubiquitaire, où l'utilisateur a à sa disposition une grande variété d'appareils informatiques permettant d'accéder à des données

¹ Ministre des Affaires sociales et de la santé, *Feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé*, 2013.

² Etudes et résultats, DREES, numéro 1046, janvier 2018.

partout et tout le temps. Elle peut enfin être organisationnelle et comportementale, avec la mise en place de parcours de prévention.

L'action de coopérer peut se définir comme la participation à une œuvre commune. Pour les acteurs chargés d'une mission de service public, il s'agit d'un état d'esprit et de toutes actions collectives menées au service de l'intérêt général. Dans ce rapport, on se concentrera sur les coopérations entre branches et entre régimes plutôt qu'au sein d'un même réseau. Le champ de la santé étant partagé par le régime général, les régimes alignés et spéciaux, il semble pertinent d'y mettre en place des coopérations pour dégager des gains et donc de les étudier. Au sein d'une même branche, on peut partir du principe que la nécessité d'assurer une bonne gestion et d'optimiser les moyens de la branche induisent, de fait, de travailler collectivement. Aussi nous n'étudierons pas les coopérations au sein d'un même réseau.

La nécessité d'une coopération efficiente

Le champ de la prévention santé est partagé par plusieurs branches et régimes : l'assurance maladie, l'assurance retraite, la branche famille qui est intéressée de plus en plus par la santé des jeunes enfants et des femmes enceintes, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et les régimes spéciaux. Il est ainsi pertinent, alors que tous ces acteurs ont parfois des objectifs communs, d'étudier s'ils ont mis en place des coopérations, si elles fonctionnent de manière efficiente, ou si elles manquent.

De plus, dans un contexte de moyens de plus en plus contraints par les dernières COG, où chaque régime ou branche s'est vu fixer une réduction de 15% de son budget de fonctionnement sur les 5 ans à venir et de 2 à 2,5% par an de son effectif, l'efficience des missions de service public est indispensable. Par ailleurs, le fonds prévention de l'Assurance Maladie est le seul fonds à augmenter en 2018 par rapport à la COG précédente. La prévention apparaît donc comme une priorité pour les acteurs.

Aussi, la nécessité d'intégrer et de coordonner l'ensemble des acteurs dans une démarche préventive en santé pour innover et pour toucher la plus grande part de la population possible, notamment ceux qui en ont le plus besoin, apparaît rapidement et justifie cette recherche-action.

Les acteurs de la prévention santé peuvent être internes à l'institution sécurité sociale ou externes :

- Dans le premier cas, il s'agit donc des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des Caisses d'allocation familiales (CAF) et des Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT). Sont également concernés les régimes professionnels ou spéciaux (MSA, CAVIMAC, etc.) dont les moyens financiers plus réduits peuvent nécessiter une coopération accrue, mais aussi diverses structures comme le Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examen de Santé (CETAF), association loi 1901 financée par l'Assurance Maladie.
- Dans le second cas, la coopération concerne à la fois des acteurs publics (État, instituts et hôpitaux publics) et privés (médecins, professionnels de santé, cliniques).

Par ailleurs, cette notion de coopération peut prendre des formes multiples. D'une façon générale, elle prend trois visages : la mutualisation de moyens (supports communs, échanges de données inter-organismes...), l'organisation d'actions communes ou le financement de structures.

Notre enquête menée auprès du régime agricole en octobre 2018, le confirme. Les coopérations auxquelles les caisses de MSA participent reposent à 60% sur la conception commune d'outils et d'actions, à 50% sur des structures communes, à 40% à une mise en commun de fonds et à 25% sur l'existence d'une convention. Cette coordination apparaît donc à la fois financière et stratégique, au niveau national et au niveau des territoires.

Si, dans le cas des acteurs externes, la coopération semble déjà avancée et formalisée (comme c'est le cas à travers la stratégie nationale de santé), **la coopération entre organismes de sécurité sociale (OSS) est à l'heure actuelle plus partielle**. La nouvelle COG 2018-2022 de l'assurance maladie positionne bien la prévention comme un axe stratégique de la gestion du

risque et veut mobiliser le réseau des centres d'examen de santé (CES) pour relayer les démarches de prévention, notamment auprès des assurés les plus éloignés du système de santé. Cependant, une seule coopération interrégime est mentionnée dans le champ de la prévention. Il s'agit, dans le cadre de la détection des cancers, de prendre en charge les invitations au dépistage en interrégime et d'en promouvoir la participation par des actions partenariales.

Les conventions établies entre l'État et la CNAV, entre l'État et la Caisse Centrale de MSA (CCMSA), mentionnent plus significativement la coordination des organismes de sécurité sociale dans le champ de la prévention. Particulièrement pour l'assurance retraite (fiche n°3 de sa COG) qui s'engage à développer, évaluer et mieux structurer les actions collectives de prévention dans une logique de parcours en lien avec les collectivités territoriales, les professionnels du secteur et les autres branches de la Sécurité sociale. Pour la CCMSA, il s'agit de développer pour l'interrégime une offre de télé services en direction des assurés. Enfin, dans sa COG 2018-2022 (fiche n°15), la CNAF veut renforcer les coopérations interbranches (mis en place d'un parcours coordonné vers les jeunes parents avec la CNAM et l'ACOSS, accès aux droits grâce au datamining en lien avec la CNAV).

Bien que croissante, cette inscription limitée de « l'interrégime » dans les COG et notamment en matière de prévention santé interroge, alors que la prévention prend une place conséquente dans les stratégies des organismes de sécurité sociale. Une action partenariale des organismes de sécurité sociale pourrait permettre d'augmenter l'efficacité des dispositifs de prévention en poursuivant trois objectifs :

- Gagner en efficience en rationalisant et organisant les actions de prévention sur le territoire ;
- Innover en prévention, notamment à l'aide du numérique, pour toucher de nouveaux publics ;
- Cibler, repérer et orienter certains publics ou populations « à risques ».

S'imbriquent donc une logique qualitative d'amélioration de l'offre et de l'accès à la santé, particulièrement pertinente pour certains publics comme les jeunes (touchés par exemple par la pauvreté et la précarité davantage que l'ensemble de la population active) ou les personnes âgées qui subissent notamment le risque de perte d'autonomie.

Problématique et plan

Des actions de coopération entre organismes de Sécurité sociale dans le champ de la prévention sont déjà mises en œuvre ou ont déjà été implémentées dans un passé récent. Au-delà de la Sécurité sociale, un exemple de coopération et de parcours mis en place en 2014 par le ministère de la Santé fait l'objet d'un élargissement depuis 2016 : le PAERPA (Parcours des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie).

Ce rapport va s'attacher à les étudier (I) pour déterminer leurs facteurs clés et leurs limites (II). Il s'agit aussi d'identifier aujourd'hui les innovations et les développements qui pourraient s'appliquer à de plus grandes coopérations (III) pour qu'on puisse affirmer sans crainte que les organismes de sécurité sociale coopèrent pleinement entre eux, au service de la prévention et du bien-être des usagers. Le rapport propose des pistes concrètes d'amélioration et d'innovation, réalistes et réalisables

Méthodologie adoptée

La directrice de la recherche-action missionnée est Sylviane FAURE. Son rôle est, entre autres, de délimiter le périmètre du thème, d'assurer la pertinence du projet et son actualité, de guider le travail d'analyse, d'orienter les élèves sur les ressources pertinentes pour le projet, de veiller à la structure et à l'équilibre du rapport final et de valider tous les livrables remis par les élèves. Sylviane FAURE est directrice déléguée au Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF). Cette association privée à but non lucratif accompagne les CPAM, les Unions

de caisse et les Centres d'examens de santé (CES) dans l'enrichissement et la mise en œuvre de leur offre de service.

Dans un premier temps le groupe de travail a contacté les responsables en charge des questions de prévention au sein des caisses nationales pour circonscrire les actions qu'elles mènent respectivement en termes de prévention santé et identifier les coopérations existantes ou à développer. Ceci a été fait à la fois lors d'entretiens téléphoniques et en étudiant les derniers bilans prévention et rapports d'activités fournis par ces caisses. Ont été contactés :

- Frédéric POMYKALA, responsable du Département Prévention et Education Sanitaire et Sociale de la CCMSA ;
- Said OUMEDDOUR, responsable du Département Prévention et Promotion de la Santé (DPPS) de la CNAM
- Clémence LE MARREC, responsable des actions de prévention en faveur du bien-vieillir des retraités, de la CNAV ;
- Dominique DUCROC-ACCAOUI Conseillère en politiques familiales et sociales à la CNAF.

Une autre série d'entretiens téléphoniques a ensuite eu lieu avec des acteurs des caisses locales pour avoir une vision locale, opérationnelle et concrète des actions de prévention collectives menées sur le terrain. Ont été contactés :

- Arnaud Simon, responsable de l'ASEPT Poitou Charentes Limousin ;
- Gaëlle Pirrotta Responsable du Département Support et Expertise de la CARSAT BFC ;
- Jean-Louis Deutscher, médecin spécialiste en santé publique de la MSA Lorraine ; responsable de « Label vie »
- Emmanuelle BOYET responsable prévention de la CPAM de la Loire.

Le groupe de recherche-action a également réalisé une enquête en octobre 2018 auprès des responsables prévention des caisses du régime agricole pour recenser leurs actions de coopération les plus significatives en termes de coopération. Ce questionnaire a été l'occasion de connaître également les champs sur lesquels ces coopérations pourraient s'élargir et sous quelles conditions. Le choix de la MSA pour cette enquête s'est fait parce que ce régime plus petit par le nombre de ses adhérents (4 millions) est aussi reconnu pour sa souplesse et sa capacité à expérimenter sur le terrain en s'appuyant sur son réseau d'élus. De plus, la MSA est compétente sur l'ensemble des risques sociaux de la Sécurité sociale. Finalement, 20 caisses ont répondu sur 35, soit 57%.

Dans cette démarche, le groupe s'est appuyé sur la statisticienne de l'EN3S, Stéphanie AUVERGNE.

I. EN TERMES DE PREVENTION, DES COOPERATIONS EXISTENT EN DEHORS ET AU SEIN DE LA SECURITE SOCIALE, MAIS ELLES RESTENT PERFECTIBLES ET LIMITEES DANS LEUR CHAMP

Des coopérations existent déjà dans le champ de la prévention santé, que cela soit entre organismes de Sécurité sociale ou en dehors de l'Institution (A). Cependant, une analyse approfondie de leur bilan permet d'affirmer que celles-ci ne donnent pas pleinement satisfaction (B).

A. Etudes de cas sur des coopérations existantes dans le champ de la prévention santé

Dans le champ de la prévention, une des coopérations les plus abouties à ce jour n'inclut pas d'organismes de Sécurité sociale : il s'agit du dispositif PAERPA, organisé en coopération de plusieurs acteurs de santé (1). Si des coopérations existent tout de même entre organismes de Sécurité sociale, celles-ci ont des formes et des étendues variées, sans qu'un modèle dominant ne se dégage (2).

1. Une coopération hors sécurité sociale dans les domaines sanitaire, social et médico-social et incluant une dimension prévention : le Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

Le programme PAERPA, qui cible les **personnes âgées en risque de perte d'autonomie**, a été créé par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, et s'inscrit dans la stratégie nationale de santé mise en œuvre par le gouvernement Ayrault. Ce programme vise à lutter contre le phénomène de dépendance qui touche une population structurellement de plus en plus âgée en mettant en place un parcours de santé plus fluide pour les personnes de plus de 75 ans. C'est donc un dispositif avant tout préventif, qui mise sur le fait qu'une coordination accrue des différents acteurs de la chaîne médicale, sociale et médico-sociale sera de nature à limiter la perte d'autonomie des personnes âgées et à les maintenir le plus longtemps possible à leur domicile.

Le programme PAERPA est d'abord en lui-même une innovation, puisqu'il met l'accent sur une logique de **parcours de santé**, dans un système plutôt fragmenté qui se caractérise par la coexistence de plusieurs types d'acteurs (professionnels de santé libéraux, hôpital) et de plusieurs secteurs (secteur social, médical et médico-social) qui agissent chacun en parallèle, dans une logique plutôt curative que préventive. Les parcours de santé, sont définis par leur finalité, selon l'Article L.1411-1 du code de la santé publique : ils visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico- sociaux à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population. Ainsi, le programme PAERPA naît par la volonté politique de tester « des prototypes d'organisation nouvelles » centrées autour d'un parcours usager, selon la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Marisol Touraine.

Ce programme a pour ambition d'intégrer davantage les **professionnels de santé libéraux, l'hôpital public**, mais aussi les **sphères sanitaires, sociales et médico-sociales**, en se donnant pour objectifs de surveiller les 4 facteurs d'hospitalisation évitables les plus courants qui concernent les personnes âgées : la dépression, la prise des médicaments (non observance des traitements ou iatrogénies médicamenteuses), la dénutrition et les chutes. Le programme PAERPA consacre le rôle charnière des professionnels de santé libéraux et plus particulièrement des **médecins traitants**, qui élaborent un plan personnalisé de santé (PPS) à destination de leurs patients. Ce plan vise particulièrement les personnes âgées en situation de fragilité ou qui sont atteintes d'une maladie chronique, et qui nécessitent un « travail formalisé entre acteurs de proximité », selon la HAS. Ces plans permettent d'intégrer une dimension pluridisciplinaire dans le cadre d'une coopération non-hiérarchique, qui s'appuie sur des professionnels ou des structures déjà existantes. Afin d'aider les professionnels de santé à réaliser des PPS, son mode d'emploi contient

une synthèse, un questionnaire d'aide à la décision, des exemples de plans, une checklist d'aide à l'identification des priorités des professionnels et un modèle de bilan à 6 mois.

Pour réaliser ces PPS, les professionnels de santé libéraux et plus particulièrement les médecins traitants ont la possibilité de s'appuyer sur une **coordination territoriale d'appui** (CTA). Cette coordination territoriale, qui peut prendre diverses formes selon le territoire considéré, a trois missions principales. D'abord elle informe les professionnels de santé et les patients tout en les orientant vers les ressources du territoire, ensuite elle appuie la coordination et l'organisation du parcours, et enfin elle prodigue aux professionnels de santé une expertise gériatrique. Le PAERPA n'inclut donc pas des organismes de Sécurité sociale en tant qu'acteur ; ils se situent plutôt à la marge de ce programme.

Parallèlement à ce programme de coopération n'incluant pas les organismes de Sécurité sociale, existent également des coopérations au sein même de la Sécurité sociale. Leur forme et leur étendue sont très variable, il est donc intéressant d'en étudier un large panel pour avoir un état des lieux de la coopération au sein des organismes de sécurité sociale le plus complet possible.

2. Des coopérations dans le champ de la prévention santé au sein de la Sécurité sociale existent consécutivement à une impulsion nationale ou à des expérimentations locales

Un certain nombre de coopérations existent au sein de la Sécurité sociale dans le champ de la prévention. Celles-ci peuvent se regrouper autour de trois modèles principaux : les coopérations consécutives à des conventions nationales ou à des projets de conventions nationales (a) et les coopérations locales incarnées dans une structure associative ou économique (b).

a. Les coopérations consécutives à des conventions, ou des projets de conventions, nationales : la volonté d'une approche institutionnelle et d'actions communes entre OSS

Parmi les conventions nationales signées ou proposées en interrégime dans le domaine de la prévention, trois partenariats en particulier ont été retenus dans le cadre de l'étude :

- La convention pluriannuelle « Pour une politique d'action sociale coordonnée inter régime pour la préservation de l'autonomie des personnes âgées » signée par l'Etat, la CNAV, la CCMSA, le RSI et la CNRACL en 2014 ;
- Le partenariat né en 2008 entre CETAF, CNAV, CNAM, reposant sur deux conventions ;
- Le projet de convention CNAF – CETAF, lancé dans le domaine de prévention à destination des allocataires en situation de vulnérabilité.

Concernant la première convention, en 2014, la CNAV, la CCMSA et le RSI ont adopté une convention « *La retraite pour le bien vieillir, l'offre commune interrégime pour la prévention et la préservation de l'autonomie*³ ». Ils définissent alors une identité commune : « *Pour bien vieillir l'ensemble des régimes de retraite s'engagent* », qui marque leur engagement à structurer l'ensemble de leurs actions en faveur du bien vieillir autour d'une **approche institutionnelle commune**. L'offre de prévention est pilotée dans un cadre paritaire, et le processus de développement de l'offre commune interrégimes s'appuie sur les Conseils d'administration. Des réflexions menées en commun sont également issues des référentiels nationaux de programmes de prévention.

Au centre de la démarche figure la volonté de développer en interrégime une politique plus proactive de détection des retraités fragiles, de proposer une approche globale de la prévention, et de concevoir des programmes de prévention pensés en cohérence avec les autres acteurs des politiques publiques de l'autonomie. L'objectif réaffirmé de mettre en place « une prévention universelle pour l'ensemble des retraités⁴ » conduit au renouvellement de la convention

³ CNAV, CCMSA, RSI, *La Retraite pour le Bien Vieillir - L'offre commune inter-régimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie*, Convention 2014 - 2017

⁴ Titre 3 de la convention pré-citée.

pluriannuelle en mai 2017 à laquelle s'est jointe la Caisse nationale des retraites des agents de collectivités locales (CNRACL).

Concrètement, ce partenariat s'est traduit par la promotion du déploiement sur l'ensemble du territoire de structures locales interrégimes qui avaient pu se déployer pour donner suite à des initiatives locales sous forme de groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), de groupement d'intérêt économique (GIE) ou d'associations. Un maillage coordonné des offres de prévention proposées aux retraités est effectué sur le territoire : l'objectif est que l'ensemble du territoire soit couvert par ces structures, et permette d'offrir une offre de service cohérente et coordonnée en inter régime.

Un site internet commun de prévention destiné à référencer les actions conduites et les bonnes pratiques est mis en place, www.pourbienvieillir.fr. Une partie « professionnels » du site internet propose des référentiels sur différents thèmes de la prévention, pour animer des ateliers collectifs. Des programmes intégrés d'actions collectives ciblées autour des thématiques du « bien vivre sa retraite » sont développés, qui procèdent d'une méthodologie partagée, et font l'objet d'évaluations communes et d'un bilan d'activité annuel. Les trois organismes adoptent une approche commune de l'évaluation globale des besoins au domicile des personnes âgées, et se dotent de référentiels communs.

Concernant le deuxième partenariat, il est mis en place en 2008 entre CNAV, CNAM et CETAF, dans l'objectif de promouvoir des actions de prévention au bénéfice des personnes retraitées fragilisées. Initialement, ces coopérations reposaient sur deux conventions :

- Un accord-cadre de coopération pour la prévention « Programme ciblé d'accompagnement social et de santé des personnes âgées » entre la CNAV et le CETAF signé le 23 juin 2008 et un avenant en mai 2012.
- Un accord-cadre de coopération « Promotion de partenariats conventionnels entre les services sociaux des Caisses Régionales d'Assurance Maladie et les Centre d'Examens de Santé » entre la CNAM et le CETAF signé le 13 mai 2009

Ils avaient pour objet d'assurer la promotion, par les parties, de collaborations régionales et locales entre les réseaux qu'elles coordonnent, c'est-à-dire CARSAT et CES/CPAM, afin de créer ou améliorer leurs offres de services favorisant l'accès aux soins et la prévention en santé.

En pratique, quatre types d'actions partenariales ont été menées :

- Des expérimentations locales sur la possibilité d'une **mutualisation des outils des CES avec les CARSAT**, pour le repérage de la fragilité et du risque de chutes (SCR-CES, Score EPICES, cadre d'évaluation de la fragilité du sujet âgé).
- La promotion de l'Examen de Prévention en Santé⁵ (EPS), réalisé dans les CES, auprès de publics ciblés dans les CARSAT ou les CPAM partenaires. Des critères précis de ciblage avaient été définis : à titre d'exemple, la population cible pour les CARSAT était celle identifiée lors de l'attribution d'un Plan d'Action Personnalisé (PAP) ou du bénéfice d'une pension telle que le minimum vieillesse ou la pension de réversion. Lors de l'ouverture ou de la notification de leurs droits, les nouveaux bénéficiaires reçoivent ainsi un bulletin d'inscription à un EPS.

⁵ L'examen de prévention en santé (EPS) est une offre proposée aux assurés sociaux du régime général. Réalisé par un réseau de 85 centres d'examens de santé (CES) et totalement pris en charge par l'Assurance Maladie, l'EPS est adapté à l'âge, au sexe, aux risques ainsi qu'au suivi médical habituel des assurés. Il prend en compte les difficultés d'accès aux soins et à la prévention : **il est destiné en priorité aux personnes de plus de 16 ans éloignées du système de santé et en situation de précarité**, qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier réalisé par le médecin traitant, ni des dispositifs d'offre de prévention organisée comme les dépistages des cancers par exemple. L'EPS permet de s'inscrire ou de se réinscrire dans un parcours de santé. Ainsi, il comprend une information sur les droits en santé, le parcours de soins, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (CMU-C et ACS). (Source : *Examen de prévention en santé*, 04 juin 2018, disponible sur : <https://www.ameli.fr/loire/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>).

- **La promotion réciproque de l'offre de service** du Service social de l'Assurance Maladie dans le cadre du programme « Information des consultants »⁶.
- **Une orientation par les CES et CPAM vers l'offre de prévention collective des CARSAT** : lors des EPS, des thématiques de préventions prioritaires sont repérées chez les consultants seniors, pour prévenir la perte de l'autonomie chez les personnes âgées. Il s'agit du risque de chute, de la plainte mnésique et des troubles anxio-dépressifs. Les consultants identifiés sont alors orientés par le CES vers un atelier organisé par la CARSAT sur cette thématique de prévention.

Concernant le projet de convention, le 25 juin 2007, le CETAF a rencontré la CNAF dans le but de négocier au niveau national un accord-cadre de coopération entre les CAF et les CES. Cette réunion a donné lieu au choix d'expérimenter au niveau local le partenariat entre une CAF et un CES, avant d'étendre ou de généraliser à d'autres sites : **la CAF de Saint Etienne et la CPAM /CES de Saint-Etienne** ont été choisies. Une convention de collaboration a été signée en décembre 2008 entre la CAF de Saint-Etienne, la CPAM de Saint-Etienne (représentant le CES) et le CETAF. Parmi les catégories d'allocataires susceptibles d'avoir besoin d'un examen de santé identifiés par le CETAF, les familles monoparentales et les familles « nombreuses » ayant au moins 4 enfants à charge et à faible niveau de revenus apparaissent comme prioritaires. Parmi les 15 764 allocataires « familles monoparentales » ou « famille nombreuse de plus de 4 enfants », 7299 ont été retenus à partir d'un critère de quotient familial. Une plaquette de sensibilisation à l'examen de santé⁷ destinée aux allocataires et une lettre d'accompagnement⁸ ont été rédigées et distribuées. Ces documents ont pour objet d'informer les allocataires « vulnérables » du déroulement de l'examen de santé (durée, contenu, bénéfices), d'obtenir leur consentement éclairé et d'obtenir un taux de participation satisfaisant. Un bulletin d'inscription à l'examen de santé est joint en bas de la lettre d'accompagnement. L'allocataire peut alors retourner au CES son bulletin d'inscription pré-rempli ou encore téléphoner au CES pour une prise de rendez-vous directe (coordonnées sur la lettre). Chaque mois, la CAF envoie à ces allocataires identifiés vulnérables les plaquettes et lettres d'accompagnement.

CNAF - CAF de Saint-Etienne

- **Familles monoparentales**
- **Familles nombreuses ≥ 4 enfants**
- **Quotient familial**

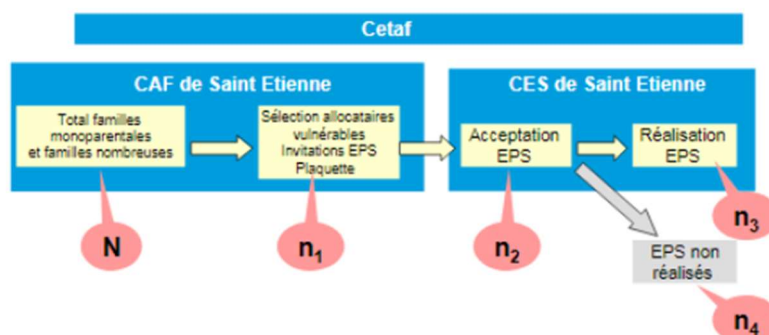


Schéma récapitulatif le dispositif expérimental de coopération entre la CAF et le CES de Saint Etienne, issu du rapport

Les résultats de cette expérimentation locale ont été présentés le 9 décembre 2010 à la CNAF. La rédaction d'un accord-cadre national entre la CNAF, le CETAF et la CNAM ainsi qu'une convention d'application locale, s'appuyant sur les résultats de l'expérimentation, a été envisagée, afin que

⁶ En pratique, cette action a donné lieu à deux fiches que l'on retrouve dans la « boîte à outils » à l'usage des professionnels des CES.

⁷ En annexe

⁸ En annexe

d'autres CAF et CES puissent négocier un partenariat utilisant les mêmes procédures (pas signée à ce jour).

b. En dehors des conventions nationales et de leurs déclinaisons, des coopérations locales se sont incarnées au sein de structures créées notamment dans le champ de la prévention en direction des seniors

Des structures interrégimes d'initiative locale pour coordonner et développer en commun les actions des différents organismes de Sécurité sociale dans la prévention ont commencé à voir le jour en 2006. Trois exemples de structures seront particulièrement étudiés dans ce rapport : le GIE IMPA (Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées), les Associations de Santé et d'Education et Prévention sur les Territoires (ASEPT) et les Coordinations des Actions de Prévention (CAP). Celles-ci se sont d'abord développées **spontanément, en l'absence de coordination nationale**, plus particulièrement dans le secteur de la perte d'autonomie des seniors.

Une action de coopération pionnière dans la prévention de la perte d'autonomie des seniors s'est construite en région Bourgogne Franche Comté il y a plus de dix ans. En effet, en 2006 se crée le **GIE IMPA** dont la mission principale est d'organiser une politique d'action sanitaire et sociale mutualisée entre les caisses de retraite membres CARSAT, MSA et RSI, en faveur du maintien à domicile des personnes retraitées Gir 5 et 6 ou Gir 4 temporaires, fragilisées par leur état de santé. Il agit en amont sur la prévention de la perte d'autonomie. Ce GIE, premier du genre, continue son action aujourd'hui.

Le GIE IMPA fonctionne grâce à des salariés en propre, une trentaine environ, sous convention collective MSA. Des chargés de missions sont également mis à disposition par la CARSAT. La MSA propose de son côté les compétences de son service RH et comptable. La réussite dans le temps du GIE tient principalement dans le partage systématique de sa gouvernance entre ses membres : elle repose sur une présidence assurée par le président de la CARSAT, et un directeur issu de la MSA. Au niveau financier, le GIE s'autofinance en partie grâce à son activité de structure évaluatrice. Les MSA, les CARSAT, le RSI sont en effet clientes du GIE et lui confient l'évaluation globale des besoins d'aide à domicile de leurs assurés. Le GIE demande également des subventions aux caisses de MSA, CARSAT, du RSI, aux caisses nationales, à la conférence des financeurs (CNSA), aux ARS, aux conseils départementaux.

De leur côté, les **Association de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires (ASEPT)** ont, elles aussi été pionnières, et créées en 2006, sous l'impulsion de la CCMSA, avec pour objectif d'industrialiser les « Ateliers bien vieillir » mis au point par le régime agricole en direction de ses adhérents. A leur création, les ASEPT ont une gouvernance MSA. Elles bénéficient d'une liberté importante dans leurs modalités d'organisation et dans le choix du public ciblé par leurs actions. Cette souplesse a contribué à leur développement. Depuis, la convention de 2014 et la loi ASV de 2015, les plus récentes ASEPT fonctionnent avec une gouvernance interrégime et y intègrent une CARSAT, une caisse du RSI et la CNRACL (Caisse nationale des retraites des agents de collectivités locales). A la suite du vote de la loi NOTRe en 2015 et à la demande des ARS, les ASEPT se sont ensuite structurées à un niveau régional.

Les ASEPT produisent le contenu des ateliers et animations en direction des assurés. Celui-ci est validé scientifiquement, avec l'accord de la CCMSA qui en est garante et a conçu pour cela un label. Les CAF, les ARS, les GIE ou les associations interrégimes sont des clientes de l'ASEPT. Pour la CAF de Charente, l'ASEPT a par exemple récemment travaillé des supports d'information sur le rythme biologique de l'enfant.

Les salariés des ASEPT sont ceux de l'association. Il existe parfois des mises à disposition de personnel des caisses de MSA ponctuelle, notamment dans le cadre du démarrage de l'activité. Les ASEPT ont leur propre conseil d'administration et leur président. Elles sont autonomes financièrement.

Les ASEPT ne sont pas les seules structures associatives agissant en interrégime dans le champ de la prévention en direction des seniors. En effet, l'attachement initial des ASEPT à la MSA a amené des caisses d'autres régimes à préférer créer des structures ex nihilo. Ainsi, en Poitou Charentes, Limousin, Aquitaine et en Bretagne, ont été créées d'autres associations appelées **Coordination des Actions de Prévention** (CAP) pour y définir, en interrégime (CARSAT, MSA, RSI, CNRACL), les programmes communs de prévention en direction des personnes âgées. Le CAP passe ensuite commande à des opérateurs associatifs, pour les mettre en œuvre. Cette année, CAP a ainsi commandé 500 cycles d'« ateliers du bien vieillir » à des opérateurs comme l'ASEPT. Le CAP ne possède pas de salariés mais des moyens financiers mis à disposition par les régimes membres. Sa gouvernance repose sur un directeur délégué de la CARSAT et un directeur adjoint qui est celui de la caisse de MSA locale. Sur le même modèle que CAP, « Label vie » a vu le jour dans le Grand Est, « M2P » en Midi-Pyrénées. D'autres partenaires (CAMIEG, ENIM, AGIRC ARRCO, ...) ont depuis rejoint ces structures.

	GIE	ASEPT	CAP
Forme	Groupement	Association	Association
Gouvernance	Inter régime (CARSAT, MSA)	Inter régime (généralement : CARSAT, RSI, CNRACL)	Inter régime (CARSAT, MSA, RSI, CNRACL)
Objet	Organisation d'une politique d'action sanitaire et sociale mutualisée, en faveur du maintien à domicile des personnes retraitées Gir 5 et 6 ou Gir 4 temporaires, fragilisées par leur état de santé Pour certain GIE : évaluation globale des besoins d'aide à domicile de leurs assurés	Production du contenu d'ateliers et d'animations, labellisés	Définition des programmes communs de prévention en direction des personnes âgées Passage de commande à des opérateurs associatifs comme les ASEPT
Financement	Autonome + subvention de la MSA, de la CARSAT et du RSI	Autonome	Mise à disposition de moyens financiers par les caisses membres
Salariés	Salariés de l'association + mise à disposition ponctuelle	Salariés de l'association + mise à disposition ponctuelle	Mise à disposition de moyens par les caisses membres (aucun salarié propre)

Tableau mettant en avant les principales différences entre les GIE, les ASEPT et les CAP

Ainsi à la suite du GIE IMPA, d'autres caisses sur d'autres territoires ont créé des structures interrégimes sur ce modèle. La plupart des régions ont cependant décidé de se structurer autour d'un GCSMS (**groupement de coopération sociale et médico-sociale**) selon la volonté des administrateurs locaux, soucieux de ne pas y associer le terme « économique » du GIE mais le terme « social ». Le fonctionnement de ces GCMS reste cependant similaire à celui des GIE. A titre d'exemple, sur ce modèle et à la suite du GIE IMPA, se sont créés en Ile de France s'est créé le PRIF (Prévention Retraite en Ile de France) et dans les Hauts de France le Défi autonomie.

Si ces structures sont d'abord nées de façon spontanée, elles se sont multipliées ces dernières années, notamment grâce à une impulsion des caisses nationales. En 2013, Il a été question de confier l'intégralité de la gestion des fonds sociaux destinés aux personnes de GIR 5 et 6 aux conseils départementaux. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a confirmé ce mouvement. Des négociations au niveau des caisses nationales de Sécurité sociale se sont donc tenues pour coordonner leurs actions et proposer un positionnement commun dans l'action sanitaire et sociale destinée aux seniors afin de présenter une alternative convaincante aux départements. A la suite de ces négociations, de nouvelles structures ont vues

le jour, sous forme de GIE, de GCMS ou d'associations. Des structures existantes déjà positionnées sur le champ ont évolué vers l'interrégime, c'est le cas des ASEPT.

B. Ces différents types de coopération ne donnent pas pleinement satisfaction

1. Si le PAERPA a permis des avancées indéniables, certaines problématiques limitent l'efficacité du dispositif⁹

Le premier bilan d'étape de l'expérimentation du PAERPA réalisé lors du colloque qui s'est tenu à l'EN3S le 20 janvier 2017¹⁰ fait état d'apports non négligeables. Ce dispositif constitue une innovation, qui révolutionne les pratiques. D'abord, il contribue à faire émerger un consensus général sur le fait que **notre système de santé ne peut plus continuer à fonctionner en silo**, avec des acteurs et des sphères quasiment étanches qui ne communiquent pas entre elles. De plus, le programme PAERPA permet de **remettre à plat les relations entre les soignants et les spécialistes de l'aide à domicile**. En effet ces sphères, en plus d'être étanches, sont aussi dans les faits hiérarchisées entre elles : la sphère sociale est subordonnée à la sphère sanitaire et à l'organisation des soins. Le programme PAERPA permet donc d'autonomiser ces milieux tout en les mettant « en musique » autour du parcours usager.

Sur le terrain, les acteurs soulignent les vertus des programmes de coopération. Le PAERPA permet en premier lieu de **mieux faire fonctionner ensemble des structures déjà existantes** sur le territoire, sans créer de nouvelles entités ad hoc qui sont déjà très nombreuses dans les champs de la santé et du social. La plateforme PAERPA du Valenciennois-Quercitain illustre bien ce mode de fonctionnement spécifique, qui vise plutôt à valoriser et à rationaliser l'existant. Dans cette région, la Conférence territoriale d'appui est composée du regroupement du Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC), dédié à l'accueil, l'écoute, l'information et au conseil des personnes âgées et de leur famille, des réseaux de santé présents dans le territoire, ainsi que des Maisons dédiées à la maladie d'Alzheimer (MAIA). La plateforme du Valenciennois-Quercitain met à disposition des professionnels de santé libéraux un numéro d'information unique, ouvert de 8h à 20h. Elle prodigue une expertise gérontologique, informe les professionnels libéraux de la disponibilité de places temporaires en EHPAD, fournit des conseils pour l'adaptation du domicile des personnes âgées ou fait remonter des problèmes d'aides sociales. Sur ce territoire, 5000 appels ont été passés à la plateforme entre 2015 et 2017, et 60% des médecins traitants ont déjà réalisé un plan personnalisé de soins. L'existence d'une coordination flexible qui accompagne les actions des acteurs déjà existants se révèle donc être un succès.

En second lieu, les conférences territoriales d'appui fonctionnent car **elles sont souples** et s'adaptent à leur environnement. En effet, selon les territoires, ces dernières peuvent être constituées de 2 ou 3 personnes mais peuvent aussi mobiliser jusqu'à une trentaine d'intervenants. En réalité ce nombre dépend surtout du nombre de professionnels de santé libéraux présents sur un territoire donné, et si l'exercice libéral est plutôt individuel ou collectif. Le programme PAERPA Mayenne par exemple, se caractérise par une conférence territoriale d'appui informelle, largement portée par des soignants libéraux et des professionnels du domicile, qui s'appuient simplement sur une infirmière gestionnaire de parcours qui fluidifie le lien entre les professionnels de santé. Cet exemple met aussi en évidence l'importance des actions de coordination administrative et de secrétariat, qui sont effectués au quotidien par cette gestionnaire de parcours. Il révèle également qu'un facteur clé de succès des coopérations est qu'elles doivent être modulables en s'adaptant en permanence à leur environnement et à leur territoire.

Si on peut supposer que pour réussir, les coopérations doivent s'insérer entre les acteurs existants au lieu de créer de nouvelles structures, elles offrent aussi l'opportunité de requestionner et, le cas échéant, **de reconfigurer l'existant**. Ainsi, la coopération née à l'occasion de l'expérimentation du PAERPA sur le Grand Nancy a permis de regrouper physiquement sur un même site plusieurs

⁹ Textes de référence concernant l'évaluation du PAERPA : rapport de mai 2017 de la Direction de la recherche, des fraudes de l'évaluation et des statistiques et Evaluation d'impact de l'expérimentation parcours santé des aînés.

¹⁰ PAQUET, Michel. Programme PAERPA, les leçons de l'expérimentation. Actualités sociales hebdomadaires, 2017, n°3005, p. 30-33.

structures qui étaient jusqu'alors éparpillées : le CLIC, la MAIA, le réseau gérontologique et des conseillères allocation personnalisée d'autonomie. Une telle reconfiguration spatiale permet de fluidifier le parcours usager, facilite ses démarches et garanti un meilleur accès aux droits. Cette coopération très intégrée permet aussi, selon ses promoteurs, de codifier très précisément les relations entre les lieux de passage des personnes âgées (ville-hôpital, hôpital-EHPAD, EHPAD-domicile) et de professionnaliser encore davantage la prise en charge. Cette vision par processus limite les ruptures de parcours et a permis de baisser de 10% le nombre d'hospitalisations évitables dans la zone.

Sur territoires où il a été déployé, le PAERPA a ainsi permis une véritable évolution des pratiques existantes, via une coopération accrue des acteurs. Toutefois, des points de vigilance ont été mis en avant.

Des critiques ou des inquiétudes ont également été exprimées lors du colloque pré-cité du 20 janvier 2017 concernant la faisabilité d'une généralisation de l'expérimentation PAERPA à tous les territoires. Ces critiques peuvent être étayées par certains chiffres qui démontreraient l'impact limité des coopérations en termes de santé publique : les moins de 75 ans représentent toujours 43% des hospitalisations évitables et l'entrée à l'hôpital se fait par les urgences pour 40% des plus de 75 ans, contre 24% pour le reste de la population.

La première limite touche à la question des **systèmes d'informations (SI)**. En effet, il n'existe pas de systèmes d'informations interopérables entre les différents acteurs, permettant d'échanger, de croiser et de traiter des données en masse. Les messageries sécurisées qui existent actuellement sont largement insuffisantes à l'heure du « big data ». La mise en place d'une coopération efficace entre les organismes de sécurité sociale passe donc par la mise en œuvre de systèmes d'informations qui peuvent s'interfacer et interagir entre eux.

La seconde critique porte sur l'**existence de multiples dispositifs de coordination**, qui encombrant le secteur et se développent en parallèle, tout en concernant le même profil d'utilisateur. Ce dernier se retrouve alors à devoir choisir entre plusieurs parcours plus ou moins bien adaptés à sa situation. En effet, aux côtés des conférences territoriales d'appui développées dans le cadre de PAERPA, il existe par exemple des plateformes territoriales d'appui (PTA), qui ciblent spécifiquement les parcours complexes. Une personne âgée atteinte de maladie chronique va-t-elle donc se tourner plutôt vers le programme PAERPA ou plutôt vers une plateforme territoriale d'appui ? Il existe également des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), issues de la Loi Santé, et qui empiètent sur le périmètre des coopérations qui se font dans le cadre du programme PAERPA : ces CPTS peuvent concerner également les personnes âgées. Dans son dernier rapport thématique de juin 2016 sur le maintien à domicile des personnes âgées, la Cour des comptes a pointé l'inefficacité et l'inefficience de dispositifs organisés en mode de « tuyaux d'orgues », qui ont construit chacun de manière autonome leurs modalités de coordination mais qui ne se parlent pas entre eux. Cette critique s'adresse essentiellement aux concepteurs des politiques nationales et non aux entités qui souhaitent mettre en œuvre des coopérations locales. Selon la Cour, les dispositifs s'empilent, sont développés sans liaison avec des modes de gouvernance et de financement parfois différents. Chaque dispositif se veut universaliste, c'est-à-dire qu'aucun ne fait référence à un autre (on peut citer par exemple le dispositif PTA qui ne fait jamais référence aux CTA ou aux MAIA). De surcroît, certains comme les PTA sont focalisés sur une approche uniquement sanitaire. Un écosystème de coordination performant passe donc par une définition claire des modalités de coordination entre les professionnels au niveau national, tout en laissant des marges de manœuvres suffisantes au niveau local pour implémenter les coopérations dans un territoire spécifique.

Une troisième vigilance porte sur la « segmentation client » et sur la cible définie par le programme PAERPA. Certains, comme la directrice générale de l'ARS de Mayenne, se posent la question de la **pertinence d'une segmentation par l'âge**, au lieu de privilégier une approche qui dépasse l'âge des individus. En effet, la segmentation du public et la création de parcours spécifiques peuvent englober une même personne (il existe des parcours pour les personnes âgées, pour les malades chroniques, pour les personnes atteintes d'une maladie rare, pour l'insuffisance rénale

chronique), ce qui crée de la confusion et du cloisonnement en alignant cote à cote des populations spécifiques, alors que la logique de parcours vise davantage à intégrer qu'à segmenter. Certains estiment donc que la logique PAERPA pourrait être donc dupliquée sur d'autres segments de la population.

Enfin le quatrième point d'attention concerne le **modèle économique des coopérations**. Il y a d'abord une certaine incohérence à financer plusieurs dispositifs qui ont le même but mais qui se font selon des modalités différentes sur la même enveloppe budgétaire. En effet des dispositifs tels que PAERPA, PTA ou CTPS sont financés par les ARS à partir des fonds d'intervention régionaux dédiés notamment à la prévention. Cette logique signifie à terme que l'essor d'un programme de coopération se ferait au détriment d'un autre. La deuxième critique porte sur la pérennité d'un dispositif PAERPA qui serait généralisé : si on sortait du cadre expérimental son financement pérenne coûterait très cher aux ARS.

L'analyse du programme PAERPA nous permet de mettre en évidence trois facteurs clés de succès des coopérations :

- Leur capacité à s'immiscer au sein des acteurs déjà existants,
- Une certaine forme de souplesse qui leur permet de s'adapter à leur environnement,
- Leur faculté à faire évoluer certaines pratiques.

Elle permet d'alerter aussi sur certains écueils :

- Faire évoluer les systèmes d'information pour qu'ils puissent communiquer entre eux,
- Ne pas céder à la tentation de créer de nouvelles structures,
- Clarifier la stratégie nationale notamment en évitant de trop segmenter la population, par catégories ou en créant des dispositifs concurrents,
- Laisser des marges de manœuvres au local,
- S'interroger sur le financement pérenne de tels dispositifs.

2. Les coopérations existantes au sein de la Sécurité sociale sont pertinentes quand elles répondent à un besoin du terrain mais nécessitent un effort d'harmonisation

a. Les conventions, vecteurs de cohérence et d'optimisation de démarches coordonnées aux résultats indéniables, que les acteurs locaux doivent faire vivre et adapter à leurs particularités

La convention pluriannuelle « Pour une politique d'action sociale coordonnée inter régime pour la préservation de l'autonomie des personnes âgées » a indéniablement permis de lancer une **dynamique commune** entre les parties prenantes, l'Etat, la CNAV, la CCMSA, le RSI et désormais la CNRACL. Une **meilleure coordination des acteurs** sur le terrain, bien qu'encore imparfaite, a été impulsée. Une dynamique d'innovation en prévention a également vu le jour : à titre d'exemple, en 2017 une « Journée nationale inter régime sur l'innovation pour bien vieillir¹¹ » a rassemblé près de 600 collaborateurs des réseaux des caisses de retraites et de leurs partenaires. Par ailleurs, le site internet www.pourbienvieillir.fr est aujourd'hui institutionnalisé comme la référence numérique sur la prévention senior, rassemblant tous les acteurs agissant autour de la thématique (OSS et Santé Publique France). Il est prévu d'y intégrer un référencement de tous les ateliers de prévention existants sur le territoire relatifs à la prévention des personnes âgées. Il faudra ici être en mesure d'adapter l'information présente sur le site aux réalités locales, et par ailleurs assurer que chaque région fasse remonter cette information sur un espace adapté sur le site.

Cependant si le parcours de prévention « Bien vieillir » a été développé en coopération avec la CNAV, le RSI et la MSA, celui-ci reste incomplet. Il comprend 5 actes : Bien dans ma tête, Bien

¹¹ MSA, *L'innovation pour une retraite autonome*, Dossier de presse de la journée nationale interrégime, 2017

dans mon corps, Bien avec les autres, Bien chez soi et Bien avec ma caisse de retraite. Pourtant, bien que les deux premières thématiques touchent directement à la santé, l'assurance maladie n'a pas été associée à ce parcours de prévention. De la même manière, l'assurance familiale, à travers sa compétence en matière de logement, aurait pu être impliqué à travers la dimension « Bien chez soi ». Si ce parcours apparaît comme un premier pas vers la coopération, celle-ci reste donc incomplète.

Les partenariats issus des conventions entre CETAF, CNAV et CNAM ont donné lieu à un rapport d'évaluation de 2018 permettant d'identifier des pratiques encourageantes qui ont été valorisées et partagées :

- Pour ce qui est du volet **partage d'outils**, certains d'entre eux sont désormais utilisés par les CES et les CARSAT concernés pour évaluer le risque de chute ou la vulnérabilité des publics ciblés.
- Pour le volet promotion de l'EPS auprès des publics cibles, l'étude EVA¹² montre que les CARSAT ne sont pas de gros pourvoyeurs de consultants pour les CES, mais qu'au-delà du nombre d'EPS réalisés dans le cadre de ces partenariats, un **meilleur ciblage des consultants** est visible : l'analyse de l'évolution des publics vulnérables ayant consulté entre 2011 et 2016 montre une tendance à l'augmentation.
- Pour ce qui est de l'orientation par les CES et CPAM vers l'offre de prévention collective des CARSAT, les actions portant sur la prévention des chutes des personnes âgées ont été les premières à être mises en place. Ce partenariat a permis de faciliter l'orientation vers les « Ateliers équilibre » les consultants à risque de chute dans les CES engagés dans cette démarche. L'évaluation de cette action réalisée en décembre 2016 montre 68 CES impliqués¹³ ;
- Cependant, ce rapport d'évaluation a également montré que le fonctionnement du partenariat était très différent d'un CES à un autre. Par ailleurs, **une méconnaissance par les CARSAT des actions et de l'organisation des CES** au niveau local a été mise en lumière par l'analyse, et considérée comme un frein à une coopération efficiente.

Concernant la convention de collaboration signée en 2008 entre la CAF de Saint-Etienne, la CPAM de Saint-Etienne (représentant le CES) et le CETAF, le dispositif s'est déroulé dans la Loire entre 2009 et 2010 et a donné lieu à la réalisation de 247 bilans de santé sur les 373 personnes s'étant inscrites à la suite des 7299 invitations envoyées. Le taux d'inscription est donc de 5,1% et le taux de réalisation de 66,2%. La population CAF ayant réalisé un examen de santé est composée de 89% de femmes, de moyenne d'âge 40,6 ans. Parmi ces femmes, 84,5% sont vulnérables d'après les critères du score EPICES. La population consultante est par ailleurs caractérisée par des comportements à risque pour la santé (tabagisme, prise de médicaments psychotropes, non suivi sur le plan gynécologique, une mauvaise santé perçue et obésité).

Le CES connaissant habituellement des taux de réponses aux envois postaux de l'ordre de 3-4 % pour les publics précaires et des taux de 7-8 % pour les autres publics, le taux de réponse ainsi obtenu dans le cadre de cette expérimentation est donc jugé favorable. Les taux d'inscriptions sont cependant plus élevés lors d'une proposition d'un examen de santé par un intervenant en face à face avec l'intéressé : dans le cadre d'une expérimentation avec les services de santé au travail où la proposition de l'examen de santé était faite en face à face par le médecin au salarié, le taux d'acceptation de l'examen de santé est de 50% ; de même avec l'expérimentation avec les services sociaux des CARSAT, le taux obtenu est de 51%.

Ainsi plus globalement, la signature de conventions semble fortement engager les caisses nationales, qui se positionnent alors en **moteur et référent des coopérations**. Les acteurs locaux peuvent se tourner vers elles en cas de difficultés : des **interlocuteurs nationaux** peuvent aider à

¹² Enquête annuelle réalisée au CETAF pour apprécier l'apport des différents partenariats sur le recrutement des consultants dans les CES

¹³ 52 CES avaient mis en place effectivement la démarche et 16 CES étaient en cours de mise en place.

l'appropriation et la mise en œuvre du cahier des charges défini dans la convention. Elles proposent à cette fin un **modèle type de convention** prévoyant les modalités pratiques de leur coopération. Il est donc un bon outil pour s'organiser au niveau national et encourager les organismes locaux à se rapprocher. La convention permet de poser de façon claire, bien définie, le cadre du dispositif de coopération : la place et les missions de chacun, la gouvernance sont actés. Les conventions-types proposées par le national constituent donc des cadres prédéfinis pour des expérimentations locales. L'accord-cadre définit également des **modalités d'évaluation de l'action** menée dans le cadre du partenariat, ce qui permet d'en formaliser un retour d'expérience, et ainsi de corriger ou diffuser les actions partenariales.

Cependant, le modèle des conventions devant être mise en place au niveau local possède plusieurs points négatifs selon les acteurs interrogés : leur mise en place au niveau local peut potentiellement **être longue**, car une négociation est nécessaire. Le modèle induit qu'un seul modèle de convention locale peut être proposé au réseau pour la mise en place de partenariats locaux ; les conventions peuvent apparaître comme **peu flexibles et adaptables aux particularités locales**. Les accord-cadre et conventions peuvent enfin être **redondants** entre eux. Par exemple, il existe des redondances entre la convention CETAF-CNAV-CNAM et la convention CNAM-CNAV du 12/11/14 relative au Plan P3A¹⁴.

Enfin, il ne peut qu'être constaté que la coopération se cultive. Les acteurs locaux doivent eux-mêmes y consacrer du temps, de l'énergie et de la volonté. La signature d'une convention, souvent pour une durée courte (1 à 2 ans) ne constitue pas en elle-même un gage d'engagement et d'investissement. Les parties prenantes doivent en assurer la bonne réalisation, le suivi, et la pérennité via des ajustements si nécessaire.

b. Les dispositifs locaux fonctionnent quand ils répondent aux besoins du terrain, au risque de créer une hétérogénéité au niveau national

Le développement de structures interrégimes apparaît comme étant un outil fréquemment utilisé pour coopérer. Il permet la mise en commun de fonds, la définition de programmes et d'actions collectifs et crée une instance crédible et incontournable vis-à-vis des pouvoirs publics. A titre d'exemple, le positionnement des OSS au sein des conférences des financeurs¹⁵, en tant que promoteur de l'interrégime, et non pas uniquement en leur nom propre, leur a en effet permis d'avoir davantage d'influence et d'augmenter l'ampleur de leurs actions.

Leur gouvernance doit être réellement partagée par ses membres même s'ils présentent une asymétrie de taille qui pourrait conduire à confier l'ensemble des décisions au régime ou à la caisse ayant le plus d'assurés. L'autonomie financière et le recourt à du personnel en propre par ces groupements paraissent aussi des conditions nécessaires à leur réussite.

La création de structures n'est cependant pertinente que si elle répond à un besoin avéré des acteurs du territoire, des assurés et que leur existence vient combler un manque. C'était le cas du GIE IMPA et des premières ASEPT. La création des structures interrégimes a permis aux OSS d'agir collectivement de manière réelle et efficace dans le champ de la prévention seniors. L'écueil principal à éviter est celui de contribuer à complexifier la composition des acteurs en ajoutant de nouvelles structures à celles existantes. Dans certains cas, il peut être plus pertinent d'élargir ou de compléter le champ des acteurs déjà en place, cela a été le cas consécutivement à la loi ASV.

¹⁴ Destinée à repérer les personnes âgées en risque de fragilité et à leur offrir des parcours attentionnés pour l'accès aux droits, aux soins, à l'action sociale et à la prévention.

¹⁵ Instances mises en place par La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV), promulguée le 28 décembre 2015. Elles visent à fédérer les acteurs du secteur sur des actions et des stratégies partagées au service de la construction de réponses plus lisibles et cohérentes pour les personnes. Elles regroupent sur le territoire départemental, le conseil départemental, l'ARS, la CARSAT, la MSA, le RSI, le délégué local de l'ANAH, la Mutualité française, L'AGIRC-ARRCO, la CPAM et les collectivités locales et EPCI.

Cependant, **l'hétérogénéité des structures interrégimes** agissant dans le champ de la prévention seniors semble également **augmenter le risque de confusion**. Le réseau des ASEPT et des autres structures de ce type s'avère hétérogène en termes d'ancienneté, de nature d'actions menées, de taille d'effectifs et de gouvernance. On distingue en effet deux périodes dans la création des GIE, ASEPT et autres groupements : de 2006 à 2014 et de 2015 à aujourd'hui. Les ASEPT de la première période disposaient d'une gouvernance « MSA » uniquement ou « MSA/RSI ». Les autres disposent d'un modèle interregime et ont intégrées les CARSAT, le RSI, voire la CNRACL. D'autre part, la coexistence de régimes de taille et de culture différentes au sein d'une même structure et ne disposant pas d'un solide historique de coopération a pu générer des tensions dans les orientations et choix à opérer comme en région Provence Alpes Côte d'Azur.

Cette hétérogénéité concerne de la même manière les autres associations conçues pour jouer le rôle de pilote et de définition des programmes de prévention interrégimes vers les seniors. Il en existe autant qu'il existe de territoires : CAP en Bretagne, en Poitou-Charente-Limousin-Aquitaine, M2P en Midi Pyrénées, Label Vie dans le Grand Est. De même, le choix dans certaines régions d'avoir mis sur pied un GIE ou un GCSMS ne contribue pas à une bonne lisibilité de l'organisation de l'ensemble des acteurs de l'interrégime. Dans ce contexte, la mise en place des conférences des financeurs peut également rajouter de la confusion. La multiplicité des opérateurs et des sources de financement dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie des seniors peut créer une concurrence entre eux lors d'appels à projets, nuisible à la qualité des actions et des services proposés aux assurés.

D'autre part, un trop grand nombre d'acteurs au sein d'un partenariat peut représenter un risque dans l'atteinte d'un consensus global sur tout ou partie du dispositif à mettre en place, car il est possible que l'ensemble des acteurs ne trouvent pas complètement leur intérêt au sein du dispositif. De plus, l'hétérogénéité des acteurs va de pair avec celle des savoir-faire nécessaires pour le dispositif mis en place : l'appropriation des dispositifs par les partenaires peut prendre plus de temps que prévu.

Par ailleurs, les organismes locaux sont soumis à des stratégies et des budgets nationaux. C'est pourquoi il est impossible d'apporter une garantie de pérennité à un dispositif local, tant les organismes et acteurs locaux sont soumis à des contraintes d'objectifs et de moyens pouvant les inciter à se désengager humainement ou financièrement. C'est pourquoi l'une des manières les plus propices pour assurer la pérennité d'une coopération est d'apporter des preuves de sa pertinence permettant **d'en envisager un développement national**. Ce fut le cas pour l'expérimentation du partenariat entre la CPAM/ CES et la CAF de la Loire : le dispositif devrait être déployé au niveau national, c'est déjà le cas à Annecy où le CES et la CAF ont mis en place ce partenariat.

Un cadrage plus important par les caisses nationales est ensuite nécessaire à moyen terme pour harmoniser les pratiques et le fonctionnement du réseau ainsi créé, afin d'assurer une équité dans le service apporté aux assurés. Les bonnes pratiques locales sont multiples dans le champ de la coopération en prévention : les caisses nationales doivent pouvoir obtenir des bilans de ces actions pour pouvoir par la suite partager et capitaliser sur leurs résultats.

L'analyse des coopérations au sein des OSS nous permet de mettre en évidence quatre facteurs clés de succès des coopérations :

- L'impulsion nationale permet de créer une dynamique commune entre les parties prenantes, et une meilleure coordination des acteurs.
- Cependant, la liberté et la flexibilité laissée aux acteurs locaux dans la définition de leurs partenariats permet d'en assurer la pérennité.
- L'implication des acteurs locaux pour faire vivre le partenariat est essentielle
- Le partage d'outils, de référentiels et de bilan communs est une pratique qui apporte des gains pour la prévention.

Elle permet d'alerter aussi sur les points d'attention suivants :

- La création de structures n'est pertinente que si elle répond à un besoin avéré des acteurs du territoire et des assurés, et que leur existence vient combler un manque.
- Tous les OSS ne sont pas intégrés dans les réseaux, il conviendra de les associer sur des thématiques qui sont communes.
- Les réseaux nécessitent désormais d'être harmonisés, uniformisés pour être plus efficaces et assurer l'équité dans les services qu'ils proposent quel que soit le territoire des assurés. Un cadrage par les caisses nationales de la gouvernance de ces structures est donc nécessaire.
- Les parties prenantes localement restent les acteurs principaux des coopérations. Ils doivent en assurer la bonne réalisation, le suivi, et la pérennité via des ajustements si nécessaire.
- L'hétérogénéité des structures interrégimes agissant dans le champ de la prévention seniors peut augmenter le risque de confusion pour les assurés.

II. DIVERSES RAISONS EXPLIQUENT LE SUCCES MITIGE DES COOPERATIONS

Des freins expliquent le succès mitigé des coopérations, qui tiennent à la fois à des raisons structurelles et à des raisons davantage conjoncturelles.

A. Des raisons structurelles tenant à l'organisation même de l'Institution Sécurité sociale ont limité le développement des coopérations quelle que soit leur nature

Ces raisons structurelles sont liées à un héritage historique et à la gouvernance de la Sécurité sociale.

1. L'histoire de la Sécurité sociale a favorisé l'activité isolée des organismes et a pu freiner l'éclosion de coopérations

En 1945, la création de la Sécurité sociale se fait avec des ambitions importantes **d'universalisme et d'élargissement de la couverture des risques**. Dès les premières années d'existence, ces principes sont mis à mal puisque différents régimes couvrant des populations distinctes avec une protection limitée et différenciée de risques vont coexister : le régime des salariés, le régime agricole, celui des professions libérales, des commerçants et artisans pour les plus importants. Les ordonnances Jeanneney de 1967 constituent trois branches séparées selon le risque couvert en créant quatre caisses nationales en charge de leur gestion séparée et avec des financements distincts.

Ensuite, l'élargissement progressif de la population couverte par le régime général a à la fois accru son importance par le nombre d'assurés couverts et de fait, a réduit le poids des autres régimes, induisant la peur d'y être à leur tour intégré. Plus récemment, le système des COG mis en place en 1996 par les ordonnances Juppé, instituant entre l'Etat et chaque caisse nationale des objectifs et des moyens spécifiques à chaque branche, prolonge ce fonctionnement en silo entre branches et entre régimes.

Cette **volonté de ne pas uniformiser et de ne pas se fondre dans un régime unique de Sécurité sociale** est donc profondément ancrée dans l'histoire des régimes. Dans la pratique professionnelle quotidienne il existe au sein du régime général un questionnement sur la pertinence de l'existence des autres régimes et pour leurs collègues, hors régime général, une suspicion d'ingérence de celui-ci. Cette situation a pu favoriser la création de multiples expérimentations, d'actions, de groupements, au niveau local parfois sans vision de ce qui peut se construire ailleurs, aboutissant le plus souvent à créer à l'échelle nationale un tissu d'acteurs hétérogène, dont le fonctionnement peut alors être peu lisible, difficile à coordonner pour être vraiment efficace. La

prévention de la perte d'autonomie des seniors est un exemple à la fois réussi de coopération car celle-ci existe et se pérennise, mais également un exemple de complexité, les opérateurs étant multiples et protéiformes. Il s'agit alors de travailler à l'**uniformisation de ces dispositifs**. La discours de la DSS sur cet enjeu de positionnement des régimes dans leurs actions de prévention est de leur confirmer leur légitimité en veillant à la rationalisation de leurs actions, en évitant les doublons dans leurs expérimentations ou la création d'outils numériques par exemple, qui après être évalués peuvent devenir des outils interrégimes.

C'est donc dans le cadre de cet héritage historique que notre rapport se questionne sur les possibilités de coopérations entre organismes de Sécurité sociale, dans le champ de la prévention. Dans ce contexte, chaque branche et chaque régime a naturellement travaillé en direction de ses assurés et s'est gardé que d'autres le fassent pour lui. La coopération telle qu'on l'a définie, à savoir comme une action collective dirigée vers l'intérêt général, s'est donc d'abord circonscrite aux réseaux des caisses d'un même régime ou d'une même branche avant de s'élargir.

De ce fait, toute démarche de coopération entre branches ou régimes nécessite l'obtention préalable de **la confiance de son homologue, une impulsion plus forte, une motivation de longue durée, un feu vert de la direction voire des caisses nationales**. Ainsi, différentes voies sont proposées par les instances nationales pour impulser la coopération et ainsi donner de la force à la prévention : c'est l'objet de la signature d'une convention ou d'un accord-cadre entre organismes, ou encore de la création d'instances comme la conférence des financeurs dans le champ de la prévention en direction des seniors.

Finalement, ces reflexes de précaution quant aux projets menés en commun, bien que toujours existants, se sont largement atténués aujourd'hui et ont laissé la place au développement de travaux collectifs de plus en plus importants en interrégime. La création du GIP MDS en 2000, celle de l'UNCAM en 2004, les travaux du GIP Info Retraite depuis 2004 sont des exemples de réussite commune.

2. La question de la coopération entre organismes de sécurité sociale soulève des enjeux de pouvoir

Lors de l'enquête que nous avons menée auprès des CMSA, nous leur avons laissé la possibilité d'apporter des remarques spontanées quant à la coopération entre organismes de Sécurité sociale dans le champ de la prévention. Quand elles en formulent (dans 35% des cas), les caisses font remonter deux traits importants qui témoignent de la question de l'organisation des coopérations et derrière elle, de l'équité dans leur pilotage.

Ainsi, 71% des remarques portent sur l'organisation des coopérations. Il est notamment demandé :

- ▼ de mettre en place une comitologie, une structure commune ;
- ▼ de faciliter les partenariats ;
- ▼ plus de visibilité et de partage d'informations entre régimes sur les actions mises en œuvre ;
- ▼ d'optimiser les contacts entre organismes quand ils sont de taille différente : CPAM au niveau départemental, MSA et CARSAT au niveau régional.

Ensuite, 29% des remarques portent directement sur le besoin d'équité dans le pilotage des coopérations à travers les demandes :

- ▼ d'un meilleur partage ou d'une rotation dans la gouvernance des structures interrégimes ;
- ▼ d'une reconnaissance mutuelle des DCGDR de l'assurance maladie et ceux des autres régimes comme la MSA.

L'expression de ce besoin formulé par le régime agricole n'est pas négligeable. En effet, les coopérations interbranches ou interrégimes, vont nécessairement faire travailler ensemble des organismes de tailles différentes. On peut partir du principe que chaque régime et organisme qui a dans son champ d'activité la prévention santé est compétent pour le faire vis-à-vis de ses assurés. Si on évalue ensuite les acteurs au nombre d'assurés qu'ils couvrent et que la gouvernance est attribuée systématiquement à celui dont le poids est le plus important, les

organismes les plus petits vont de fait en être exclus. De leur point de vue, l'intérêt de la coopération est tout de suite plus limité et n'encourage pas à en faire partie. Les structures interrégimes qui ont été créées pour la prévention de la perte d'autonomie des seniors, les GIE, GCSMS, comme les ASEPT ont intégré et maintenu cette gouvernance partagée. Néanmoins, les remarques remontées par l'enquête demandent d'aller plus loin. La logique d'une égale compétence des régimes peut encourager à organiser une gouvernance partagée et alternée. Dans le cadre des structures citées plus haut, la présidence est attribuée à la CARSAT et la direction à la MSA. Ces attributions peuvent être alternées par roulement. Une telle organisation prouverait que **la coopération dépasse la question de taille de régime mais s'intéresse en premier lieu à la finalité**, qui est ici de mieux prévenir les maladies et maintenir le bon état de santé des populations.

Les coopérations restent limitées par la volonté et le pouvoir des participants d'y déléguer totalement ou pas leurs activités. Même s'il est logique de concevoir qu'un assuré puisse accéder à la même offre de prévention qu'il dépende de la CARSAT, du RSI ou de la MSA, pour autant, chaque régime ne délègue pas l'ensemble de ses actions sanitaires et sociales en direction des seniors à un GIE, à une structure comme CAP ou à une ASEPT. Les intérêts et les priorités peuvent ne pas être les mêmes selon les régimes. Ainsi, les CARSAT peuvent lancer en leur propre nom des appels à projets sur des thématiques spécifiques pour les seniors et pas nécessairement liées à la santé. Par exemple des projets concernant l'accès au numérique ou des innovations qui pourraient être apportées aux personnes âgées.

Enfin, une limite non négligeable au principe de coopération entre organismes de sécurité sociale réside dans **les prérogatives des conseils d'administration (sauf en MSA) dans le domaine de l'action sanitaire et sociale**. Il faut en effet, s'assurer au sein de ces structures interrégimes que leurs décisions ne se diluent pas et qu'elles sont bien respectées. Pour maintenir ce continuum, une commission d'administrateurs particulière a ainsi pu être mise en place sur un projet spécifique comme la lutte contre l'isolement menée par la CARSAT au sien du GIE IMPA.

Préconisation 1 : Créer et inscrire des indicateurs et objectifs communs dans les COG et CPOG.

On peut imaginer par exemple que les taux de participation à atteindre lors de campagnes de prévention commune soit définis en interrégime ou en interbranche pour induire la coopération et la solidarité dans leur atteinte. Ces objectifs transverses pourraient être inclus dans le calcul de la prime d'intéressement des agents.

Les caisses nationales doivent encourager la discussion entre directeurs d'organismes sur un même territoire. Par exemple, les CPOG pourraient instituer un objectif croissant de coopération interbranches ou interrégimes dans le champ de la prévention voir au-delà.

Préconisation 2 : Renforcer la gouvernance partagée au sein des structures de coopération

Pour les coopérations passant par des structures formelles ou des conventions, il convient de renforcer la gouvernance partagée et d'aller plus loin en y alternant les rôles. Même si ces coopérations présentent une asymétrie de taille qui pourrait conduire à confier l'ensemble des décisions au régime ou à la caisse ayant le plus d'assurés.

A côté de ces raisons structurelles, il existe également des raisons conjoncturelles qui limitent les coopérations.

B. Des raisons plus conjoncturelles peuvent également constituer un frein, notamment en terme de moyens

Des raisons plus conjoncturelles, comme la raréfaction des moyens humains et financiers, ainsi que techniques (comme les systèmes d'information) peuvent constituer des entraves à la coopération entre les organismes de sécurité sociale.

1. Dédier des moyens financiers et humains à la coopération est coûteux dans un contexte de rationalisation des dépenses

Instaurer des actions de prévention par la mise en œuvre de coopérations entre organismes peut se révéler coûteux à court terme.

D'abord, cela implique de **dédier** des effectifs et des moyens spécifiques à de nouvelles activités. Dans un contexte de réduction de postes et de forte limitation des budgets, cela conduit à une réallocation des moyens en défaveur d'autres activités. On peut donc supposer que cette réallocation n'est soutenable que si certaines activités ont réalisé des gains de productivité suffisamment importants pour être en capacité d'absorber l'impact d'une réduction de leurs moyens financiers et humains.

Coopérer peut également signifier **mettre** des moyens financiers et humains **en commun**. La mise en commun d'une activité avec un autre organisme implique aussi une forme de perte de contrôle, puisque cela induit l'instauration d'une gouvernance partagée. Un organisme pourrait estimer n'avoir pas d'intérêt à transférer des effectifs d'une activité qu'il gère en propre vers un partenariat dont la gouvernance serait partagée avec d'autres et sur laquelle il n'aurait pas forcément la main. Cela fait prendre aux caisses plusieurs risques : elles pourraient se mettre en difficulté pour atteindre les objectifs qui leur sont assignés dans les départements qui gèrent des activités propres pour le compte de la caisse, tout en transférant des personnels sur lesquels elles auraient une prise réduite. Le transfert de personnels et de budgets vers des activités mutualisées ou réalisées dans une logique transverse de coopération implique aussi une forme d'effet-clicquet : une fois que les personnels et les moyens financiers sont mutualisés, il est difficile de revenir en arrière.

Enfin coopérer signifie **partager des buts communs**. Les retours d'expérience sur les dispositifs mis en place par exemple dans le partenariat entre le CETAF, la CAF et la CPAM de la Loire, mettent en évidence plusieurs freins. Le maillage territorial des organismes peut introduire une forte complexité et certains OSS peuvent avoir une meilleure compréhension d'un territoire que d'autres. Ensuite, les acteurs peuvent avoir des approches différentes des domaines de prévention sur laquelle une coopération est souhaitable, et des buts recherchés. A titre d'exemple, notre enquête diffusée auprès des MSA fait ressortir qu'elles souhaiteraient mettre en place une coopération en prévention prioritairement dans les 3 domaines suivants : l'ensemble du champ de la santé publique (35% des réponses), la santé des enfants (25% des réponses) et l'éducation thérapeutique du patient (20% des réponses). Des sujets comme la lutte contre les addictions, les maladies chroniques, la santé environnementale, la contraception/sexualité ou l'autonomie des seniors ne sont repris que dans 5 à 10% des réponses.

Toutefois, les contraintes qui pèsent sur les organismes peuvent aussi constituer des opportunités. En effet, si les activités de coopération permettent de mettre en commun des moyens, elles peuvent permettre à plusieurs organismes d'atteindre des résultats là où individuellement ils n'en étaient pas capables. C'est particulièrement vrai dans le domaine de la prévention, qui touche l'individu dans son ensemble et qui n'est pas réductible aux compétences de tel ou tel régime ou branche.

Le domaine de la prévention est également un domaine qui coûte à court terme. En effet, le ciblage d'individus, les coûts frictionnels induits par la mise en place d'une coopération avec un autre organisme, la recherche de solutions adaptées à une population spécifique ainsi que la mise en œuvre de plans personnalisés d'accompagnement sont coûteuses et chronophages, comme nous avons pu le constater lors d'échanges informels avec des responsables de département de services PFIDASS au sein des caisses d'Assurance Maladie.

Si la mise en place d'une logique de coopération sur la prévention peut se révéler couteuse à court terme pour les organismes, elle peut générer des gains financiers importants à long terme pour l'ensemble du système, en traitant des situations à la source. Cela prend tout son sens dans un contexte de rationalisation des dépenses et de vieillissement de la population, qui va nécessiter des moyens accrus dans les années qui viennent. Pour que les incitations à coopérer (par le biais notamment des COG) soient suffisamment puissantes pour qu'elles soient suivies d'effet, il faut que celles-ci récompensent les organismes qui mettent leurs moyens en commun.

Préconisation 3 : Faire vivre et assurer le bilan et le suivi des partenariats

En dépit de la multitude de textes (les COG, le plan P3A, la loi de modernisation de notre système de santé, la loi ASV), sur le plan opérationnel le besoin de renforcer la coordination interbranche des actions de prévention demeure. La signature d'une convention, souvent pour une durée courte (1 à 2 ans) ne constitue pas en elle-même un gage d'engagement et d'investissement. Les parties prenantes doivent en assurer la bonne réalisation, le suivi, et la pérennité via des ajustements si nécessaire.

2. Des systèmes d'information encore peu interopérables posent un frein technique à la coopération

Un des points d'attention évoqué par la Cour des comptes¹⁶ sur les limites du dispositif PAERPA concerne les systèmes d'information. En effet, la mise en place d'une coopération efficace entre institutions passe par un meilleur interfaçage des différents systèmes d'information qui existent dans les différents régimes et différentes branches¹⁷.

Ainsi la mise en œuvre d'un **pilotage intégré des différents systèmes d'information** constitue une priorité nationale depuis quelques années. Le **schéma stratégique des systèmes d'information de la sécurité sociale 2013-2017** avait déjà pour ambition de fiabiliser et sécuriser les processus d'immatriculation et d'identification des assurés ; de maîtriser les affiliations des assurés, leurs mutations et les échanges inter-organismes ; de fédérer les SI de la sphère sociale autour de projets transverses porteurs d'enjeux métiers forts ; et de développer et sécuriser les échanges internes et externes à la sphère sociale.

Si du chemin reste à parcourir, des avancées importantes ont eu lieu ces dernières années, et constituent des prérequis à la mise en œuvre d'une coopération plus efficace entre les organismes. On peut citer notamment des avancées en termes d'infrastructure SI, et le développement de l'offre de service à destination des organismes (immatriculation des assurés nés à l'étranger et dans les COM par le SANDIA, échanges de données via le Répertoire national commun de la Protection sociale ou RNCPS) et des assurés ou assujettis (offre développée par le GIE Sésame Vitale à destination des professionnels de santé, déclaration sociale nominative).

Le nouveau **schéma stratégique décliné en 2018**¹⁸ remet en perspective les deux principaux enjeux auxquels la sécurité sociale est confrontée : un **enjeu de performance et de qualité dans la délivrance des prestations sociales** et un **enjeu de simplification des processus et de développement des outils numériques**. Cela passe concrètement par l'automatisation des processus métiers (liquidation et recouvrement automatique) ; la modernisation des outils des agents ; et surtout l'instauration d'une véritable relation 360° à l'usager. Cette dernière dimension recouvre l'amélioration de la fluidité du parcours usager, le développement de services en ligne dématérialisés, une meilleure détection et une prise en compte optimisée des publics fragiles.

¹⁶ Cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, Rapport public thématique, 2016

¹⁷ IGAS-IGF, *L'optimisation des échanges de données entre organismes de protection sociale*, Rapport, 2016

¹⁸ Direction de la Sécurité sociale, *Schéma Stratégique des Systèmes d'Information de la Sécurité sociale*, 2018

De grands principes en matière de pilotage de projets transverses ont été définis. Ils visent à développer la communication entre des SI qui ont été conçus de manière autonome et sans cohérence d'ensemble.

D'abord en matière de gouvernance des projets SI, le schéma stratégique propose d'identifier et de **définir clairement des rôles de chacun** y compris celui de la DSS (législatif et réglementaire / directions métiers à la DSS comme dans les organismes / CNIL / MOAS / MOA, MOE, opérateurs...). Il propose également de réaliser des **points d'étapes réguliers** dans l'avancement des projets en donnant un rôle central de coordination à la DSS. Dans le cas de projets interrégimes ou inter-organismes, un **interlocuteur unique** devra être désigné dans chaque structure et sera chargé de coordonner les acteurs métiers et techniques ainsi que de rendre compte au chef de projet et à la DSS.

Ensuite en matière de pilotage des projets transverses, il est préconisé de **prioriser les objectifs** en coordination avec la DSS, de **partager un macro-planning et les jalons** pour mieux faire remonter les alertes. Chaque projet devra être systématiquement évalué, ce qui passe par la définition en amont d'indicateurs SMART (spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes, définis dans le temps) et par la mise en œuvre de méthodologies identiques en termes d'analyse de valeur (en utilisant par exemple la méthode MAREVA, développée par un cabinet de conseil pour évaluer le retour sur investissement de projets développés au sein de la sphère publique)

Enfin, le développement de l'interopérabilité implique des principes communs en matière d'architecture des SI. Les schémas directeurs de chaque organisme doivent dorénavant décrire la démarche d'urbanisation adaptée et **s'aligner dans le cadre commun défini au niveau interministériel**. En interrégimes et en interbranches, la mise à disposition des différentes vues du SI doit permettre de rationaliser les demandes d'évolution dans une logique de mutualisation. Toute décision de transformation sur un besoin équivalent doit systématiquement être précédée d'un retour d'expérience au niveau interbranche et interrégime. En termes d'administration des données et de gestion des référentiels, des solutions alliant pérennité, unicité, intégrité et fiabilité doivent être recherchées. Une logique de mutualisation des briques applicatives est privilégiée par rapport aux développements spécifiques et les SI doivent être pensés ouverts et orientés services : ils doivent être conçus de façon à communiquer entre eux grâce à des webservices performants, au moyen d'une architecture orientée services (architecture dite SOA).

Ces bonnes pratiques ont vocation à être généralisées dans la COG en cours, et seront un facteur clé de succès pour dépasser les limites des SI existants qui brident actuellement la coopération inter-organismes. L'échange de données automatiques permettrait également de favoriser une logique de prévention centrée sur une logique de parcours qui prendrait en compte l'individu dans son entièreté et sous toutes ses dimensions.

Préconisation 4 : Poursuivre l'amélioration du pilotage des projets informatiques, unifier leur gouvernance et harmoniser l'architecture des SI entre les différentes branches.

Des facteurs structurels et conjoncturels entravent donc l'essor des coopérations. Ils sont liés à l'héritage historique et au mode de gouvernance de la Sécurité sociale, ainsi qu'à des facteurs conjoncturels comme la réduction des moyens et les limites des systèmes d'information. Pour dépasser ces limites, le présent rapport préconise différentes actions qui permettrait d'amplifier l'ampleur et l'efficacité des actions de prévention réalisées actuellement en partenariat. Au-delà de l'amélioration des dispositifs de coopération actuelle, des actions innovantes pourraient également être mises en place, en coopération, dans le champ de la prévention.

III. LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS INNOVANTS DE PREVENTION POURRAIT PERMETTRE DE DEVELOPPER LA COOPERATION ET DE TOUCHER LES PUBLICS VULNERABLES ET ELOIGNES DU SYSTEME DE SANTE

L'innovation ne doit pas être un but en soi : c'est avant tout un moyen d'atteindre des objectifs. Dans le champ de la prévention, elle doit permettre d'améliorer l'efficacité des actions et toucher un public le plus large possible. Des actions innovantes peuvent ainsi être pensées pour permettre le développement de l'interbranche et l'interrégime, afin que la coopération soit transversale à l'ensemble du champ de la prévention (A). Par ailleurs, une utilisation coordonnée des outils de détection faciliterait la mise en place d'actions de prévention efficace à destination des publics vulnérables, éloignés du système de santé (B).

A. Le développement de l'interbranche et l'interrégime passe par une utilisation innovante des possibilités offertes par le numérique et la segmentation des publics

Dans le champ de la prévention, deux phénomènes récents peuvent permettre de faire évoluer les pratiques pour une meilleure efficacité des dispositifs de prévention : le développement de la segmentation des publics dans l'ensemble des branches de la Sécurité sociale et l'accroissement du rôle du numérique. Ces deux évolutions peuvent être utilisées comme des leviers d'innovation dans le domaine de la coopération inter-organisme, à travers l'institutionnalisation de parcours de prévention interbranches (1) et la mise en place d'un guichet virtuel unique de prévention (2).

1. L'institutionnalisation des parcours de prévention interbranche permettrait de généraliser la coopération à l'ensemble des champs de la prévention

Dans les organismes de sécurité sociale, les **parcours** ont pour objectif de partir du point de vue de l'utilisateur, et de lui apporter les prestations et services pertinents, à chaque événement de sa vie. Les parcours se basent sur le principe de **segmentation des publics**. A chaque type de public, correspond des besoins, auquel les parcours répondent de la façon la plus adéquate possible¹⁹. Au sein de la Sécurité sociale, ces notions de parcours et de segmentation des publics se sont largement diffusées pour se retrouver dans l'ensemble des branches de l'Institution. Ces parcours constituent désormais un outil central sur lesquels s'appuient les organismes pour mener leur mission de service public. Dans le champ de la prévention :

- ❖ La CNAV a mis en place le parcours « Bien vieillir » en partenariat avec la CCMSA et la RSI, déjà évoqué précédemment. Ce parcours reste identifié comme prioritaire dans la COG 2018-2022 entre l'Etat et la CNAV. La fiche 3 se nomme par ailleurs « Déployer avec les partenaires une politique ambitieuse de prévention de la perte d'autonomie »
- ❖ Dans la COG 2018-2022 entre l'Etat et la CNAF, il est indiqué : « Les échanges avec les partenaires seront renforcés pour simplifier les démarches des usagers et proposer des parcours coordonnés et des offres de service communes (exemple : autour de la naissance d'un enfant avec la branche maladie). » Il est aujourd'hui trop tôt pour évaluer l'état de mise en œuvre de ce projet.
- ❖ La CCMSA propose des parcours de prévention, par exemple pour les personnes en situation de précarité.
- ❖ La CNAM a quant à elle déterminé une typologie des parcours dans le domaine de la santé à travers trois niveaux :
 - Le **parcours de vie** se traduit par la prise en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un

¹⁹ Cette démarche s'inscrit plus globalement dans le **marketing social**. Le marketing social est défini comme « l'application des techniques utilisées en marketing commercial pour analyser, planifier, exécuter et évaluer des programmes dont le but est la modification du comportement d'une cible d'individus, afin d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société » (P.Kotler et N. Lee, *Social Marketing : Influencing behaviours for Good*, Sage Publications, 2008,)

moment donné de sa vie (scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...)»²⁰.

- Au sein des parcours de vie, le **parcours de santé** regroupe le « parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale, et en aval avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile²¹ ». Au sein des parcours de santé, on peut distinguer le **parcours de soins** qui « comprend et décrit la prise en charge d'un patient/usager dans lequel interviennent les acteurs du système sanitaire hospitalier et ambulatoire », et le **parcours de prévention**, qui a 3 objectifs principaux : lever les obstacles administratifs et financiers à l'accès aux soins, lever les freins sociaux et psychologiques à la prise en compte de sa santé et celle de sa famille et permettre l'accès à un examen de prévention en santé.

La culture du parcours a ainsi largement été diffusée au sein de la Sécurité sociale et en a imprégné chaque branche. Cependant, les parcours apparaissent très peu coordonnés entre eux. Les COG parlent peu de coopérations, et aucun critère de définition commun des publics cibles n'a pour l'heure été fixé. Le seul parcours en coopération aujourd'hui développé est celui autour de la prévention senior "Bien vieillir". Aucun parcours en coopération n'a été recensé à part celui-ci, même si des actions en coopération pouvant s'inclure dans des parcours existent. A partir de ce constat, ce rapport propose différentes pistes permettant de mettre en place des parcours de prévention inter-organismes plus efficaces ou d'améliorer l'efficacité du parcours inter-organisme déjà en place.

Ainsi, lorsque plusieurs organismes décident de proposer un parcours commun, ceux-ci doivent nécessairement le co-construire dès l'origine, afin que le parcours intègre au maximum les branches concernés et l'ensemble de leurs enjeux. Ainsi :

- Le public cible doit être clair et correspondre aux objectifs de chaque organisme.
- La majorité des objectifs doivent être communs. Des objectifs particuliers à chaque partenaire peuvent être définis, mais ceux-ci devront rester annexes afin de ne pas nuire à la dynamique de groupe.
- L'ensemble des organismes partenaires doivent s'accorder sur la stratégie et les techniques employées.
- L'ensemble de ces éléments doivent évidemment être définis en amont du projet, lors de réunions préparatoires. C'est seulement si ceux-ci sont présents que le projet pourra être mené à bien.

En effet, avec les parcours de prévention inter-organismes, il ne s'agit pas uniquement de partager des ressources (fichiers d'allocataires, locaux, moyens), mais aussi de co-construire des ateliers et des activités, en utilisant les compétences de chaque organisme. La communication externe sur ces parcours doit être commune.

A terme, de nombreux parcours inter-organismes pourraient être envisagés. Il conviendra cependant de trancher sur le point de départ des parcours de prévention inter-organismes : le parcours de prévention doit-il partir du public cible ou du thème abordé ?

- Un parcours de prévention centré autour du public cible (personnages âgées, personnes précaires, femmes enceintes...) aurait pour avantage de couvrir un grand panel de besoins pour ce public cible. Les ateliers et activités pourraient être parfaitement adaptés au public visé.

²⁰ ARS, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie - Lexique des parcours de A à Z*, 2016

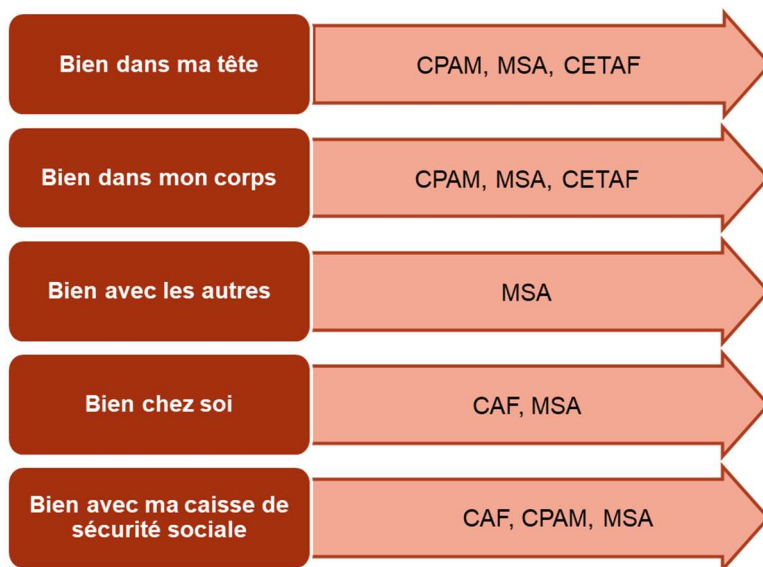
²¹ Ministère des affaires sociales et de la santé, Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux, JORF n°0224 du 26 septembre 2012, p. 15168

- Un parcours de prévention centré autour du thème abordé (mal de dos, santé mentale...) aurait pour avantage de pouvoir construire des activités et ateliers cohérents entre eux. La contrepartie est la grande diversité potentielle des participants, qui malgré une problématique commune, ont des besoins différents.

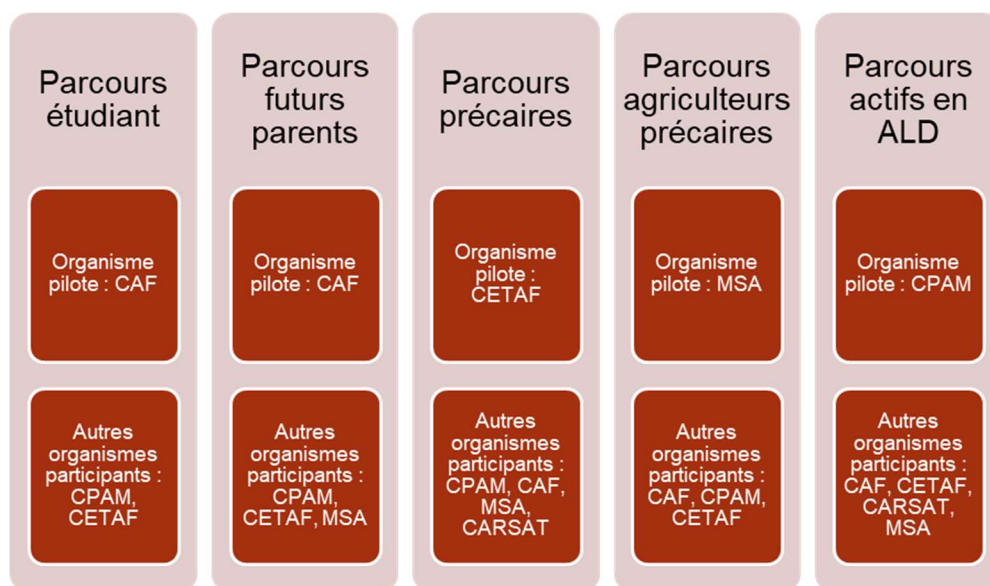
Si les deux options peuvent être mis en place, dans ce rapport, nous recommandons la mise en place de parcours de prévention autour de public cible pour deux raisons :

- La plupart des parcours aujourd'hui mis en place sont sur le modèle d'un parcours autour d'un public cible : l'ajout d'une dimension inter-organisme dans ceux-ci seraient donc simplifiés.
- Chaque organisme pourrait se saisir plus spécifiquement de parcours en fonction du profil de leur assuré. Ainsi l'Assurance vieillesse pourrait se saisir du parcours personnes âgées, l'Assurance famille du parcours personnes précaires et l'Assurance maladie du parcours femmes enceintes.
- Ce ciblage permettrait également d'organiser **des parcours autour d'évènements de vie** touchant particulièrement certains publics. Un parcours « veuvage » pourrait ainsi être créé en parallèle du parcours « personnes âgées ».

Ainsi, une branche devrait être identifiée comme pilote de ce parcours : celle-ci devra être la caisse en première ligne par rapport au public cible déterminé. A titre d'exemple, si l'on reprend le parcours de prévention « Bien vieillir », il conviendrait de l'étendre à l'ensemble des acteurs de la sécurité sociale concernée (assurance maladie et assurance familiale) et non uniquement à certains d'entre eux. Une CARSAT pourrait cependant être identifiée comme caisse pilote au vu du public cible. Sur chacun des aspects du parcours, des caisses seraient associées en fonction de leur domaine de compétence. Une proposition de répartition des partenariats pourrait être celle-ci :



Différents parcours peuvent ainsi être pensés de façon coordonnée. A titre d'exemple, les parcours suivants pourraient être organisés de la façon suivante :



Certains parcours peuvent ne pas se prêter à des partenariats inter-organismes. La branche vieillesse aurait peu d'intérêt à s'investir dans un parcours étudiant. En revanche, un tel parcours pourrait parfaitement se prêter à un partenariat CNAM/CNAF : l'étudiant peut à la fois avoir besoin d'un compte Ameli et d'informations concernant les aides aux logements.

Enfin, les parcours apparaissent actuellement peu évalués, ce qui ne permet pas d'avoir une vision claire de leur efficacité. Conscient de cet écueil, le présent rapport recommande une évaluation régulière et précise de l'ensemble des parcours de prévention interbranche. Le processus d'évaluation devra ainsi être prévu et formalisé dès la mise en place du parcours.

L'institutionnalisation des parcours pourrait ainsi permettre de toucher mieux et de toucher plus de personnes. Pour que ceux-ci atteignent au mieux leur cible, il conviendrait d'utiliser l'ensemble des outils à la disposition des organismes de Sécurité sociale, et notamment l'outil numérique. La mise en place d'un guichet unique de prévention, organisé sur le principe des parcours de prévention, pourrait ainsi renforcer leur efficacité.

Préconisation 5 : Poursuivre la démarche de coopération entre organismes déjà entreprise dans le domaine du Bien vieillir et de la naissance d'un enfant, en l'étendant à de nouveaux acteurs.

Préconisation 6 : Etendre cette coopération, qui pourrait à terme toucher l'ensemble des parcours de prévention existants.

Pour que cette coopération se déroule dans des conditions optimales, ce rapport préconise :

- De mettre en place des parcours de prévention en fonction du public cible et non en fonction de thématique
- D'instaurer la coopération dès la mise en place des parcours et à chaque étape de leur réajustement éventuel
- D'identifier pour chaque parcours un organisme pilote
- De prévoir et de formaliser une évaluation régulière des parcours de prévention coordonnés.

2. La mise en place d'un guichet virtuel unique de prévention permettrait de lutter contre la multiplicité des applications santé

La **santé mobile** offre de nouvelles possibilités pour améliorer la surveillance des maladies chroniques et permettre au patient d'être un acteur de sa prise en charge. Elle peut également contribuer au développement de la dimension préventive de notre système de santé. Une recherche auprès des fournisseurs d'application, gratuites ou payantes, sur le thème de la santé, disponibles sur le marché, nous renseignent sur leur nombre pléthorique : **325 000 en 2018** soit 78 000 de plus qu'en 2017 selon l'étude de Research2guidance (R2G)²². Dès lors il s'avère difficile d'y faire un choix.

Une recherche plus précise sur les applications proposées par les organismes de sécurité sociale, nous indique l'existence de deux types d'applications²³.

- On trouve tout d'abord celles qu'on peut identifier comme « institutionnelles » qui renseignent les assurés sur leurs droits et démarches concernant chaque risque social.
- Il existe ensuite des applications concernant plus précisément la santé des assurés avec une vocation préventive et proposant des conseils, un suivi, centrés sur une pathologie : le mal de dos, l'asthme.

Ces deux types d'applications sont à chaque fois segmentées selon le régime ou la branche qui les a conçues. Ainsi la CNAM, la CNAF, la CNAV, la MSA ont leur propre application institutionnelle en direction de leur population d'assurés²⁴.

En juin 2018, l'assurance maladie lance le e-coaching « **Santé active** », construit et initié au niveau local par la CPAM de la Sarthe puis généralisé au niveau national. Ce service vise à prévenir l'apparition de certaines pathologies coûteuses (problèmes de dos, cardiovasculaires et liés à une mauvaise nutrition comme le diabète) au travers d'une offre, ouverte à tous, de coaching en ligne et en présentiel dans des espaces ouverts en milieu urbain. Concrètement, l'objectif est quadruple :

- apprendre à mieux connaître et comprendre le fonctionnement du corps
- tester et analyser les habitudes de vie, l'alimentation et les postures
- s'exercer pour acquérir de bons réflexes
- évaluer les connaissances et la progression²⁵.

Aujourd'hui, les espaces ouverts en milieu urbain de Santé active sont en court de fermeture. Seul subsiste le dispositif de e-coaching.

Santé active s'adresse ainsi particulièrement aux assurés en bonne santé et qui souhaitent le rester. Il se divise en trois coaching spécifiques : Nutrition Active, Santé du Cœur, et Santé du Dos. Le public cible est donc aussi large que possible (l'ensemble des assurés sont concernés) et les thèmes concernés restreints à trois enjeux clés.

Si l'ensemble de ces applications ont permis de moderniser l'image de la sécurité sociale, leur bilan reste mitigé :

- La multiplication d'applications interroge tout d'abord en termes de bonne utilisation des ressources.
- Le foisonnement d'application suppose pour le bénéficiaire de devoir trancher entre plusieurs options, choix difficile à faire pour un assuré peu renseigné. Au surplus, un assuré ayant plusieurs problèmes de santé, se voit contraint de télécharger plusieurs applications

²² HEALTH APPS BLOG, *Current Status and Future Trends in Mobile Health*, 2017. Disponible sur : <http://www.myhealthappsblog.com/mhealth/research2guidance-market-update/>

²³ Voir annexe

²⁴ Voir annexe

²⁵ Assurance maladie, *Coaching Santé Active : 1001 bons gestes pour votre santé*, 2017, Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/coaching-sante-active/1001-bons-gestes-sante> (Consulté en octobre 2018)

ou d'opérer un choix entre les applications correspondants à ses différents problèmes de santé.

- Aucune application n'a réellement réussi à s'imposer face à la grande concurrence des applications privées, qui bénéficie d'une visibilité plus importante que les applications institutionnelles.

Pour lutter contre l'éparpillement d'applications développés par les différents organismes de sécurité sociale, deux options peuvent être envisagées :

- L'Institution Sécurité sociale pourrait créer un guichet unique virtuel transversal à l'ensemble des branches, soit directement grâce à des compétences internes, soit en passant par un prestataire. L'avantage de cette option est que l'Institution garde un contrôle maximal de l'application et des informations transmises. Son principal écueil est son coût en terme financier et en termes de temps.
- L'Institution Sécurité sociale pourrait labelliser une ou plusieurs applications, développés par des organismes de sécurité sociale ou des acteurs privés. Pour être labellisées, ces applications devront remplir un cahier des charges strictes, ce qui leur permettrait en retour de bénéficier d'une visibilité importante. L'avantage de cette option est son faible coût et sa facilité de réalisation. Un simple état des lieux des applications existantes, voire un appel à candidature, permettrait de sélectionner un petit nombre d'applications qui seront labellisés. Cependant, le désavantage de cette option est double :
 - Cela ne permettrait que de lutter partiellement contre la multiplication d'applications, puisque cela n'empêcherait pas des acteurs institutionnels ou non de créer des applications en dehors du label, les applications labellisées ne couvrant pas nécessairement l'ensemble du champ de la prévention.
 - L'Institution Sécurité sociale perdrait le contrôle de l'information transmise, notamment dans le cas où des applications développées par des entreprises privées sont labellisées.

En raison des écueils importants de cette deuxième option, ce rapport préconise plutôt la création d'un guichet unique virtuel, créé par l'Institution ou déléguée à une entreprise compétente (via un cahier des charges précis). Son objectif serait de centraliser l'offre existante en termes de prévention, en utilisant les parcours et la segmentation des publics utilisés précédemment. En fonction des réponses à un questionnaire, les assurés seront classés dans des parcours distincts. En fonction du parcours correspondants à l'assuré, des éléments de prévention seront mis en avant sur la page d'accueil du guichet de prévention. Par exemple, dans le cas du parcours femmes enceintes, les éléments suivants pourraient être mis en avant :

- Alimentation équilibrée pour la femme enceinte
- Prévention des douleurs dorsales
- Exercices contre le stress
- Maladies sexuellement transmissibles et grossesse²⁶
- Sensibilisation à l'arrêt du tabac et de l'alcool pendant la grossesse
- Activités physiques et grossesse
- Vaccination des enfants

Par ailleurs, d'autres éléments transversaux de prévention pourraient être accessibles par un outil de recherche. Les utilisateurs auront ainsi accès à toute l'information disponible dans le réseau en termes de prévention. A l'inverse de Santé active qui proposait à l'ensemble des assurés le même dispositif de coaching, le guichet virtuel unique de prévention ciblera les assurés afin de leur fournir les messages de prévention les plus pertinents en fonction de leur profil. Les assurés pourront cependant avoir accès à l'ensemble des messages de prévention s'ils en font la démarche active.

²⁶ La transmission d'une MST de la maman à son enfant peut avoir des conséquences très graves pour l'enfant.

La priorité de cet outil de prévention est ainsi de cibler les besoins des assurés, afin que l'outil soit réellement utilisé par eux.

Ce guichet unique devra nécessairement se présenter à la fois sous forme mobile et sous forme de site internet, afin de toucher un public le plus large possible et d'augmenter sa visibilité. Le site devra être en « responsive design »²⁷, dans l'objectif de faciliter sa lecture pour les assurés consultant le site sur leur mobile, sans avoir téléchargé l'application correspondantes. L'application mobile et le site internet devront être le plus clair et moderne possible en termes de présentation. Pour cela, des séances de testing du guichet unique avec des assurés de tout âge et de tout profil seront nécessaires.

A terme, ce guichet unique pourrait établir des liens avec des objets connectés. A titre d'exemple, dans le cas du diabète, un lien automatique pourrait être établi entre le guichet unique virtuel et les lecteurs de glycémie connectés des assurés concernés, afin de distribuer des conseils de prévention personnalisés.

Ce guichet unique virtuel de prévention présente un triple avantage :

- Le coût important de ce guichet unique de prévention pourra être compensé par la mutualisation des ressources des différentes branches en termes de communication et d'informatique. Cela pourrait également permettre de produire une application plus qualitative en regroupant les idées les plus innovantes des différentes branches.
- La création d'un guichet unique de prévention, sous forme mobile et internet, permettrait d'augmenter le nombre de téléchargement de cette application, donc de renforcer sa visibilité et en conséquence d'augmenter plus encore le nombre de téléchargement.
- En termes de communication, la mise en place d'un guichet unique de prévention permettrait de renforcer la marque employeur « Sécurité sociale », en regroupant sous un seul nom de domaine l'ensemble des branches de la Sécurité sociale. La Sécurité sociale renforcerait son image de modernité.
- L'offre de prévention virtuel de la Sécurité sociale serait clarifiée pour les utilisateurs, qui n'auront à télécharger qu'une seule application ou à se rendre sur un seul site internet pour consulter des conseils de prévention.

Malgré ces avantages nombreux, il ne faut pas oublier qu'un public vulnérable pourrait de fait se retrouver exclut d'un tel guichet unique de prévention. La précarité économique, culturelle et/ou l'éloignement du numérique de certaines populations sont des obstacles à l'usage d'un tel guichet. Il convient donc de trouver des solutions innovantes permettant également de toucher ces populations plus difficiles d'accès.

Préconisation 7 : Développer un guichet unique virtuel de prévention en interne, par les équipes de l'Institution.

Ce guichet devra permettre d'orienter les assurés vers une offre de prévention la plus pertinente et personnalisée possible, en fonction du parcours auquel ils correspondent le plus. Il devra être transversal à l'ensemble des branches et organismes de la Sécurité sociale.

Le guichet devra être accessible via les navigateurs web en « responsive design » et sur mobile via une application.

²⁷ Le responsive web design est une façon de concevoir un site web pour que son contenu s'adapte automatiquement à la largeur et à la hauteur de l'écran qui le visionne.

B. Une utilisation coordonnée des outils de détection faciliterait la mise en place d'actions de prévention efficaces à destination des publics vulnérables, éloignés du système de santé

Un portail unique de la prévention accessible sur internet pourrait ne toucher que partiellement les personnes vulnérables :

- Des études telle que celle menée par les petits frères des Pauvres « L'exclusion numérique des personnes âgées²⁷ » démontrent que la stratégie numérique n'est pas forcément la plus pertinente vis-à-vis des personnes âgées. L'étude éclaire sur les enjeux de « l'illectronisme » des personnes âgées, notamment les plus fragiles : 27% des plus de 60 ans n'utilisent jamais Internet et se trouvent donc en situation d'exclusion numérique.
- Plusieurs études menées par la sociologue Dominique Pasquier²⁸ montrent également que les « familles modestes » connaissent également des difficultés d'accès aux outils numérique, ce qui éclaire donc sur le fait que ce phénomène ne concerne pas exclusivement les personnes âgées.
- De même, la sociologue Christine Seux a réalisé une étude sur les recherches sur la santé des enfants menées par de jeunes parents normands de différents milieux sociaux²⁹ : elle observe des différences liées au niveau de diplôme et aux profils sociaux dans le recours aux sources informationnelles possibles (professionnels de santé, médias traditionnels, internet) : « *Les parents du groupe « populaire » sont particulièrement nombreux à ne pas chercher d'informations en ligne (et ils se montrent très réticents à consulter les forums sur des questions de santé).* »

Les résultats de notre enquête auprès des CMSA ne montrent pas une préoccupation affirmée vers les publics précaires. Parmi toutes les réponses, ils ne sont cités qu'une fois parmi les cibles ou champs pour lesquels les coopérations seraient à développer (avec la santé environnementale, les personnes handicapées, les malades chroniques, la sexualité/contraception). Il est probable que la difficulté à toucher cette cible et à la faire participer à une démarche de prévention, qu'elle ne soit pas mentionnée dans le plan « priorité prévention 2018 » du gouvernement soient des explications possibles. Paradoxalement, c'est peut-être là que l'efficacité apportée par la coopération entre les organismes de Sécurité sociale pourrait être la plus grande. Pourtant, les innovations inter régime et inter branche en termes de prévention santé doivent avoir parmi leurs objectifs celui de toucher les publics fragiles, qui sont ceux vis-à-vis desquels les actions de prévention seront les plus bénéfiques. En effet, cette cible fait partie de celles dont l'état de santé est le moins bon dans la population : sur la période, 2009-2013 chez les hommes, l'espérance de vie à 35 ans d'un cadre (49,0 ans) est supérieure de 16 ans à celle d'un inactif non retraité (33,1 ans)²³. L'innovation doit permettre d'atteindre deux objectifs :

- Identifier les publics vulnérables, afin de définir une manière de coordonnée d'entrée en contact afin de leur proposer des actions de prévention ;
- Proposer des actions de prévention qui répondent à leurs besoins et contraintes.

La prévention à destination des publics fragiles doit donc inventer d'autres manières de s'adresser à ces populations.

Dans l'ensemble des caisses, l'identification des publics précaires peut passer par différents outils et techniques. Cinq ont été en particulier identifiés dans ce rapport :

- Les observatoires des fragilités ;
- La PFIDASS (Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé) ;
- Le data-mining ;
- Le SCORE EPICES ;
- La grille FRAGIRE.

Si ces dispositifs n'ont pas tous comme objectif principal la prévention, ils peuvent aujourd'hui être un point d'entrée pour identifier les publics vulnérables et leur adresser une offre de prévention adaptée à leurs besoins. Ces outils évoluent parallèlement et n'ont peu que de liens entre eux ; dans le secteur de la détection des publics fragiles, la coopération est également un enjeu majeur.

Un premier outil sont les **Observatoires régionaux des situations de fragilité**, que les CARSAT ont mis en place dans chaque région à partir d'un diagnostic conjoint avec la CNAM, dans le cadre du développement de parcours attentionnés conjoints Maladie/Retraite. Les données concernées sont issues des bases du Régime général (Assurance Maladie et Assurance Retraite), de la MSA et du RSI. Elles permettent de localiser les territoires qui concentrent les situations de précarité financière et d'isolement (notamment veuvage), les conditions d'accès aux soins (présence ou non d'un médecin traitant, hospitalisation), l'ouverture des droits (minimum vieillesse, CMU, complémentaire santé...) et ainsi proposer aux personnes âgées repérées en risque de fragilité des offres de service adaptées au niveau individuel, et au niveau territorial, identifier les territoires prioritaires d'intervention et de déterminer les zones d'action partenariales. Ces indicateurs sous forme de données territoriales sont accessibles et consultables en ligne via des cartographies nationales. Ces données sont notamment à destination des acteurs de la prévention de la perte d'autonomie pour établir des diagnostics territoriaux, définir et mieux localiser des actions spécifiques. Il s'agit donc d'innovation au service des partenaires et professionnels de la prévention, visant à professionnaliser les réseaux en matière d'action collectives via les structures inter régime. Aujourd'hui, les Observatoires ont permis de réaliser des diagnostics territoriaux qui servent de référence aux conférences des financeurs, aux ARS, aux CCAS et aux acteurs de la prévention de la perte d'autonomie. Ils sont dans une dynamique d'expansion, pour intégrer de nouvelles données provenant notamment du domaine des Risques professionnels ou du réseau des CAF. Un **atlas national des situations de fragilité** est en cours de diffusion, qui démontrera la capacité de l'inter régime et de l'inter branche à mobiliser la connaissance des populations fragiles dans le but d'orienter et de développer des offres de service au plus près des besoins. Les données collectées aujourd'hui par les Observatoires ne sont pas exhaustives, il est donc nécessaire de les enrichir afin d'assurer leur montée en charge et la pérennité dans le temps.

La **PFIDASS** est, pour sa part, un dispositif déployé en coopération entre CARSAT et CPAM visant également à améliorer l'identification des publics précaires. L'objectif premier du dispositif est d'accompagner les assurés sociaux dans leurs démarches de soins pour ceux qui y auraient renoncé, afin d'améliorer la prise en charge des publics fragiles. Depuis juin 2017, près d'une quarantaine de CARSAT et de CPAM expérimentent ce dispositif de signalements. À l'aide d'une grille de quatre questions, les professionnels de l'accueil des CARSAT et des CPAM repèrent les personnes en difficulté et les orientent, selon l'organisation de chacun, soit vers la PFIDASS, soit vers les équipes action sociale, retraite ou le service social, afin qu'un accompagnement dédié leur soit proposé. Les acteurs estiment le bilan plutôt positif et une prolongation de l'expérimentation a été actée. Les branches maladie et retraite confirment par cette expérimentation leur volonté commune de renforcer la coordination en matière de promotion du bien-vieillir et de prévention de la perte d'autonomie.

Afin de mieux identifier les publics fragiles, la CNAM et la CNAV mènent également une expérimentation dans deux territoires pour repérer les seniors fragiles grâce au **data mining**. Cette expérimentation est permise par le décret de mars 2017, pris en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2015, qui autorise le croisement de données nominatives entre OSS pour préserver l'autonomie des plus de 55 ans. Le projet est notamment intégré dans une mission déléguée de la CNAM dédiée à la définition d'une offre de service transversale aux différentes branches du régime général *"pour préserver l'autonomie des assurés à risque de fragilité et renforcer le partenariat avec l'Assurance retraite dans le cadre du déploiement des parcours clients à destination des publics fragiles"*²⁴. A l'avenir, l'expérimentation pourrait s'ouvrir à la branche famille.

Par ailleurs, le CETAF a développé un outil, le score **EPICES** (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé), qui est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Il s'agit d'un questionnaire composé de 11 questions, permettant de résumer à 90% la précarité d'un sujet. Grâce à cet outil, les CES pourraient devenir des lieux essentiels de détection des publics fragiles

Développé en partenariat par la MSA, le RSI et la CARSAT, la **grille FRAGIRE** vise à détecter, parmi les retraités non dépendants (classés en GIR 5 et 6), les personnes en situation à risque et

identifier leur niveau de fragilité. Axé sur le ressenti de la personne, il prend en compte, à travers 18 items, l'environnement de la personne : adaptation du logement, lien social, capacités cognitives ou encore les signes de dépression et prévoit des tests dont un test sur la vitesse de marche²⁶.

La fragilité est une notion aux définitions multiples et aux nombreux aspects : l'ensemble de ces modes de détection se complètent. En effet, ces modes de détections ne touchent pas tous les mêmes publics (la grille FRAGIRE est axée personnes âgées, l'EPICES se concentre sur les personnes allant dans un CES). Par ailleurs, la diversité des techniques de détection permet de couvrir un spectre large et d'avoir une somme de signalement importante. Cependant, cette diversité comporte un risque : celui que l'ensemble des détections ne soit pas exploité. Afin de coordonner ces données, deux solutions sont préconisées par le présent rapport.

Préconisation 8 : Intégrer l'ensemble des outils de détection au sein des Observatoires Régionaux des situations de fragilité

Les Observatoires seraient dès lors élargi à l'ensemble des situations de fragilité et pas uniquement à celles des personnes âgées.

Préconisation 9 : Intégrer l'ensemble de ces données dans un fichier et une application métier unique.

Cela impliquerait la création d'une application métier interbranche et inter-organisme reprenant les différents outils de détection des publics fragiles (observatoire des fragilités, PFIDASS, datamining, EPICES et grille FRAGIRE).

Cette application métier devra être compatibles pour l'ensemble des caisses et organismes, et prioritairement pour celles qui seront organisme pivot dans le cadre de parcours de prévention liés aux personnes fragilisées. Par la suite, dans le cadre des parcours de prévention autour de publics sensibles (personnes âgées, personnes précaires), cette application métier pourra être utilisée pour toucher un maximum de personnes possibles.

Les parcours de prévention autour des publics sensibles doivent être l'objet d'actions innovantes adaptées. Des coopérations existent déjà dans ce domaine : depuis plusieurs années par exemple, la CNAV travaille avec Santé publique France pour concevoir et diffuser des messages de prévention auprès des retraités. De ce partenariat est né « **Bonne journée bonne santé** », un dispositif à destination des personnes de plus de 55 ans en situation de précarité économique, sociale ou culturelle, éloignées du système de santé. Conçu pour enrichir la palette d'outils des professionnels travaillant avec ces publics, le dispositif favorise le dialogue sur la prévention et la promotion de la santé, lors d'entretiens en face-à-face ou d'actions collectives. Grâce à un plan de diffusion national, l'outil a été porté à la connaissance de plus de 30 000 professionnels, qui ont commandé 2 656 kits en 2017. Pour accompagner son appropriation, des ateliers de présentation et de mise en situation ont été organisés pour les professionnels du réseau des caisses et les têtes de réseaux associatives et partenaires. De nouveaux ateliers de présentation sont prévus ou en cours. Un réseau de plus de 60 professionnels reçoit régulièrement des informations et des supports permettant de relayer l'intérêt de cet outil. Une démarche est également engagée pour recueillir et partager des retours d'expérience. Le développement d'action in situ, directement dans les lieux de vie des personnes précaires pourrait par ailleurs permettre de mieux les toucher : des réunions d'appartement au sein d'immeubles, des points d'information dans les centres commerciaux ou avec des associations partenaires spécialisées dans la précarité permettraient de multiplier les canaux de diffusion des messages de prévention.

L'inter régime peut s'inscrire sur les actions de prévention visant ces publics, au travers de parcours de prévention qui prendrait en compte ce public cible dans sa globalité, ce qui implique nécessairement de penser l'action en coopération entre OSS. Accompagner les professionnels afin de les aider à porter des actions ou des ateliers adaptés, en présence des personnes concernées semble être une piste à encourager.

Préconisation 10 : mettre en place des actions in situ, au plus près des publics fragiles et adaptées à leurs spécificités, dans le cadre de parcours de prévention.

Par ailleurs, élargir la prévention à la formation aux outils numériques est une nécessité dans le parcours de prévention qui serait créé à leur destination. Un accompagnant numérique unique, dans le cadre d'un parcours numérique inter-organismes pourrait former les personnes peu à l'aise avec le numérique à faire leurs démarches en ligne. Cela permettrait de les responsabiliser, dans une démarche de coresponsabilité. Ces parcours inter-organismes permettraient également de dépasser la segmentation par l'âge en privilégiant les besoins indépendamment de l'âge.

Préconisation 11 : Instituer un accompagnant numérique unique, dans le cadre d'un parcours numérique inter-organismes.

Aujourd'hui, innover en prévention est une nécessité pour les organismes de sécurité sociale : les dispositifs actuels atteignent leurs limites en termes d'efficacité. Dans un contexte de complexification des acteurs de la prévention et des besoins des bénéficiaires, et de moyens financiers restreints notamment dans le domaine de la prévention, leur coopération dans ce champ pour atteindre leurs objectifs est indispensable.

Si aujourd'hui, des coopérations existent dans le champ de la prévention, leur efficacité peut être améliorée. Pour les OSS, le développement de partenariats permet la mise en commun de fonds, la définition de programmes et d'actions collectifs et crée une instance crédible et incontournable vis-à-vis des pouvoirs publics.

On constate cependant un manque de cohérence et de vision globale lors de la création de coopérations en prévention entre OSS, aboutissant le plus souvent à créer à l'échelle nationale un tissu d'acteurs hétérogène, dont le fonctionnement peut alors être peu lisible, difficile à coordonner pour être vraiment efficace. Il s'agit alors de travailler à l'uniformisation de ces dispositifs : il s'agit de veiller à la rationalisation de leurs actions, en évitant les doublons dans leurs expérimentations ou la création d'outils numériques par exemple, qui après être évalués peuvent devenir des outils interrégimes.

Les caisses nationales jouent un rôle très important dans le développement de coopération en prévention : l'impulsion d'un partenariat local promu à leur niveau permet de créer une dynamique commune et une meilleure coordination entre les parties prenantes. Si les acteurs locaux sont également souvent à l'origine de partenariats innovants et efficaces, le niveau national doit en aval être en mesure de soutenir et de diffuser ces initiatives, en proposant un cadrage et une gouvernance.

Néanmoins, les parties prenantes localement restent les acteurs principaux des coopérations. Elles doivent en assurer la bonne réalisation, le suivi, et la pérennité via des ajustements si nécessaire. La coopération se cultive : les acteurs locaux doivent eux-mêmes y consacrer du temps, de l'énergie et de la volonté. La liberté et la flexibilité qui leur seront laissée dans la définition de leurs partenariats permettra d'en assurer la pérennité. Une réelle gouvernance partagée et alternée doit guider la mise en place des coopérations, dans une logique d'une égale compétence des régimes.

Dans le champ de la prévention, la coopération peut permettre d'améliorer l'efficacité des actions et de toucher un public le plus large possible. Des actions innovantes peuvent ainsi être pensées pour permettre le développement de l'interbranche et l'interrégime, afin que la coopération soit transversale à l'ensemble du champ de la prévention. C'est dans ce sens qu'il est préconisé de développer des parcours de prévention interbranche permettant de généraliser la coopération à l'ensemble des champs de la prévention, et à l'ensemble des OSS.

Par ailleurs, des outils nouveaux de détection des personnes fragilisées pourrait permettre de mieux cibler les actions les visant. Une utilisation coordonnée des outils de détection faciliterait la mise en place d'actions de prévention efficace à leur destination, en intégrant toutes les données de détection de la fragilité au sein des Observatoires des Fragilités, ou bien en développant une application métier unique pour la détection de la fragilité commune à tous les OSS.

L'innovation en prévention est par ailleurs aujourd'hui de plus en plus numérique. Penser un portail unique virtuel de la prévention est aujourd'hui une voie qui semble privilégiée pour donner de la cohérence à l'offre de prévention des OSS, tout en ne négligeant pas la problématique de la fracture numérique pour certaines populations.

La coopération entre OSS est un chemin incontournable dans l'évolution des actions de prévention. Les organismes doivent en avoir conscience, et être prêt à travailler en transversalité, pour améliorer l'efficacité de leur action, même si cela signifie perdre l'exclusivité sur certains domaines.

RECHERCHES-ACTIONS

en protection sociale

**Innovations en prévention : quelles collaborations
entre organismes de sécurité sociale ?**

Annexes

Formation initiale

Liste des annexes

Liste des sigles

Bibliographie

ANNEXE 1 Grille des entretiens

ANNEXE 2 Questionnaire

ANNEXE 3 Résultats de l'enquête

ANNEXE 4 Illustrations d'application santé « Activ'dos » et « m@carsat »

ANNEXE 5 Accord cadre CNAV CETAF 2008

ANNEXE 6 Convention CAP ASEPT Limousin Poitou Charentes 2018

ANNEXE 7 Convention Bien vieillir CNAV MSA RSI

Liste des sigles

AGIRC ARRCO : Association Générale des Institutions de Retraite Complémentaire des Cadres / Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés

ANAH : Agence nationale de l'habitat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASEPT : Association de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAMIEG : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières

CAP : Coordination des Actions de Prévention

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail

CAVIMAC : Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes

CMSA : Caisse de mutualité sociale agricole

CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

CES : Centre d'Examen de Santé

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé

CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNRACL : Caisse nationale des retraites des agents de collectivités locales

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COG : Convention d'objectifs et de gestion

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOG : Contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CTA : Coordination territoriale d'appui

DCGDR : Direction de la coordination de la gestion du risque

DSS : Direction de la Sécurité sociale

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EN3S : Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale

ENIM : Etablissement national des invalides de la marine

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

EPS : Examen de Prévention en Santé

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GIE : Groupement d'intérêt économique

GIE IMPA : GIE Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées

GIP : Groupement d'intérêt public

GIR : Groupe iso-ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

Loi ASV : Loi d'adaptation de la société au vieillissement

Loi NOTRe : loi sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République

M2P : Midi-Pyrénées Prévention

MAIA : Maisons dédiées à la maladie d'Alzheimer

MAREVA : Méthode d'Analyse et de Remontée de la Valeur

MOA / MOE : maître d'ouvrage / maîtrise d'oeuvre

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OSS : Organisme de Sécurité Sociale

PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie

PAP : Plan d'Action Personnalisé

Plan P3A : Plan national de Prévention de la perte d'autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PRIF: Prévention Retraite en Ile-de-France

PTA : Plateforme d'appui

RSI : Régime Social des Indépendants

SOA : Architecture orientée services

URSSAF : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Bibliographie

- Accords, conventions et cahiers des charges

Accord-cadre de coopération pour la prévention entre la CNAV et le CETAF, 2008

Avenant n°1 à l'accord-cadre de coopération pour la prévention entre la CNAV et le CETAF, signé le 23 juin 2018

Convention relative à la mise en œuvre des actions interrégimes de prévention entre la MSA et la CAP Limousin Poitou-Charentes, 16 mars 2018

Convention de partenariat entre CAP Limousin Poitou Charentes et l'ASPT Poitou Charentes relative à la mise en œuvre des actions interrégimes de prévention, 27 février 2018

Cahier des charges national relatif à la contribution des Centres d'examens de Santé à Santé Active, novembre 2013

Convention de partenariat entre la Cnav, la Ccmsa et le RSI « La Retraite pour le Bien Vieillir - L'offre commune inter-régimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie », 2014

- Notes et rapports

Note évaluative du partenariat CETAF/CNAV/CNAM, 12 mars 2018

CAF de Saint Etienne, CETAF, « Faciliter l'accès aux soins et à la prévention des familles monoparentales et familles nombreuses en situation de vulnérabilité, expérimentation locale du partenariat 2008-2010 », Rapport d'étude, décembre 2018

PAQUET Michel, Programme PAERPA, les leçons de l'expérimentation, Rapport d'étude, Actualités sociales hebdomadaires, mai 2017

ASEPT, MSA, Rapport d'activité des ASEPT, 2016

ASEPT Poitou-Charentes, Rapport d'activité, 2017

Cour des comptes, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, Rapport public thématique, 2016

IGAS-IGF, L'optimisation des échanges de données entre organismes de protection sociale, Rapport, 2016

- Dossiers de presse

Comité interministériel pour la santé, Priorité prévention - rester en bonne santé tout au long de sa vie, Dossier de presse, 2018

MSA, L'innovation pour une retraite autonome, Dossier de presse de la journée nationale interrégime, 2017

- Autres

Direction de la Sécurité sociale, Schéma Stratégique des Systèmes d'Information de la Sécurité sociale, 2018

ARS, Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie - Lexique des parcours de A à Z, 2016

GRILLE DES ENTRETIENS RECHERCHE ACTION N°7

« Innovation en prévention : quelle coopération entre les organismes de Sécurité sociale »

Entretien avec Frédéric Pomykala, responsable du département prévention et éducation sanitaire et sociale CCMSA, le 2 juillet 2019

Comment est constitué le programme national de prévention de la CCMSA ?
Quelles coopérations existent entre organismes de Sécurité sociale dans le champ de la prévention du régime agricole ?
Comment fonctionnent les coopérations en interrégime retraite ?
Qu'est-ce qui a motivé ces coopérations ?
Quelles formes ont pris ces coopérations ? Quel rôle ont les ASEPT ?
Quelle est la gouvernance de ces coopérations ?
Quelles sont les évaluations des actions ?
Quel outil numérique développe la MSA en terme de prévention ?

Entretien avec Said Oumeddour, responsable du Département Prévention et Education Sanitaire et Sociale de la CNAM, le 11 juillet 2018

Quelles coopérations existent entre organismes de Sécurité sociale dans le champ de la prévention de l'assurance maladie ?
Qu'est-ce qui a motivé ces coopérations ?
Quelles formes ont pris ces coopérations ?
Quelle est la gouvernance de ces coopérations ?
Est-ce cela fonctionne ? Si oui pourquoi ? Quels sont avantages par rapport à travailler seul ?
Quelles sont les évaluations des actions ?
Quelles coopérations existent autour des parcours de soins ?
Quelles coopérations sont envisagées ?
Quel est l'impact du numérique sur ces coopérations ?

Entretien avec Arnaud Simon, responsable de l'ASPET Poitou Charentes Limousin, le 26 juillet 2018

Pourquoi les Asept ont été créées par les MSA
Comment fonctionnent les Asept ?
Pourquoi sont-elles devenues à gouvernance inter-régime ?
Quelles sont leurs perspectives à court et à moyen terme ?
Pourquoi CAP a été créé ?
Comment fonctionne CAP ?
Y a-t-il un lien avec la loi ASV ?
Quelle point de vue portez-vous le fonctionnement de ces coopérations ?

Entretien avec Dominique Ducroc-Accaoui, conseillère en politique familiale et sociale, de la CNAF, le 19 juillet 2018

Comment et en quoi la CNAF intervient-elle sur le champ du handicap ?
Comment et en quoi la CNAF intervient-elle Sur le champ de la pauvreté et de la précarité ?
Quelles sont les coopérations en cours que réalise la branche famille ?

Entretien avec Clémence Le Marrec, responsable des actions de prévention en faveur du bien-vieillir des retraités de la CNAV, le 20 septembre 2018

Comment est constitué le programme national de prévention de la CNAV ?
Quelles coopérations existent entre organismes de Sécurité sociale dans le champ de la prévention de l'assurance retraite ?
Comment fonctionnent les coopérations en interrégime retraite ?
Existe-t-il des conventions, partenariats au niveau national ?
Qu'est-ce qui a motivé ces coopérations ?
Quelle est la gouvernance de ces coopérations ?
Quelles coopérations existent au niveau local ?

Entretien avec Gaëlle Pirrotta, responsable du Département Support et Expertise de la Carsat BFC, le 27 juillet 2019

Pourquoi le GIE a été créé ? Selon quelle initiative, dans quel contexte ?
Quels sont les bénéfices pour chaque régime ? Pour les assurés ?
Comment fonctionne la coopération au sein du GIE ?
Qu'est-ce qui explique sa longévité ?
Quelles sont ses perspectives à court et à moyen terme ?
Est-ce un modèle transposable ?

Entretien avec Jean-Louis Deutscher, médecin spécialiste en santé publique de la MSA Lorraine, responsable de « Label vie », le 26 juillet 2018

Pourquoi Label Vie a été créé ? Selon quelle initiative, dans quel contexte ?
Comment fonctionne la coopération au sein de Label Vie ?
Quelles sont ses perspectives à court et à moyen terme ?
Est-ce un modèle transposable ?

Entretien avec Emmanuelle Boyet, responsable prévention de la CPAM de la Loire, le 15 novembre 2018

Quelle suite a été donnée par la CNAF, à l'expérimentation entre le CETAF, le CES et la CAF de la Loire ?
Le dispositif a-t-il été déployé par d'autres organismes ?

" Quelle coopération entre organismes de Sécurité sociale

dans le champ de la prévention santé ? "

Cette enquête vise à recenser les coopérations en matière de prévention santé. Elle est menée par les élèves de l'EN3S, dans le cadre de travaux appelés "Recherche-action". Par groupe, les élèves sont amenés à faire des recherches de terrain et formuler des propositions concrètes sur un thème proposé par l'école et ses partenaires, en l'occurrence, le CETAF.

Il a en effet été créé en 1994, par l'assurance maladie, pour accompagner les CPAM, les unions de caisses et les centres d'examens de santé, dans l'enrichissement et la mise en œuvre de leur offre de services.

Les actions de prévention en coopération

Au cours des trois dernières années, avez-vous mené des actions de prévention santé, en coopération avec d'autres organismes de Sécurité sociale (hors risques professionnels) ?

☐ OUI

☐ NON

Si avez mené plusieurs actions de prévention santé en coopération, reprenez la plus significative selon vous, pour répondre aux questions suivantes.

Quel était la cible de votre action de prévention ?

Plusieurs réponses sont possibles

Précisez la cible :

Décrivez en quelques mots la nature de cette coopération

Avec quel type d'organisme avez-vous eu une coopération ?

Plusieurs réponses sont possibles

Préciser l'organisme et son territoire

Indiquez le n° de département de cette CAF

Indiquez quelle CARSAT

Indiquez le n° de département de cette CPAM

Indiquez quelle CMSA

Est-ce une coopération...

Coopération ponctuelle : merci de préciser lors de quel(le) événement, action ou expérimentation elle a eu lieu ?

Coopération régulière : merci de préciser les modalités de cette régularité (convention, partenariat, usage, etc) ?

Cette coopération recourt-elle à :

Plusieurs réponses sont possibles

Si 'Autre' précisez :

En cas de mise en commun de fonds, comment se répartissent les apports de chacun et pourquoi ?

En cas de structure commune ad hoc, de quelle nature est-elle et pourquoi ?

En cas de conception commune d'outils ou d'actions: décrivez-les en quelques mots

En cas de convention, quels en sont les principaux engagements ?

Votre avis nous intéresse

Selon vous, existe-t-il des champs dans le domaine de la prévention santé qui nécessiteraient de mettre en place une coopération ou de la renforcer si elle existe ?

Avez-vous des remarques, suggestions à formuler en terme de coopération entre organismes de Sécurité sociale ?

Pour vous connaître

Quel est votre organisme d'appartenance ?

Précisez l'organisme et son territoire :

Indiquez le n° de département de cette CAF

Indiquez quelle CARSAT

Indiquez le n° de département de cette CPAM

Indiquez quelle CMSA

Pour vous contacter

Acceptez-vous d'être recontacté(e) au sujet de cette enquête ?

*Si oui, indiquez-nous les coordonnées à utiliser pour pouvoir vous contacter : nom
prénom, numéro de téléphone, email.*

Cette enquête est terminée.

N'oubliez pas de cliquer sur
"ENREGISTRER" en bas à
droite.

Merci de votre participation

Résultat de l'enquête de la recherche-action n°7
« *Quelle coopération entre organismes de Sécurité sociale
dans le champ de la prévention santé ?* »
Réalisé en octobre 2018 auprès du réseau des CMSA»

20 CMSA sur 35 ont répondu soit 57%

95% ont déclaré avoir mené une action de prévention significative, en coopération avec d'autres organismes de Sécurité sociale, sur les 3 dernières années, dont :

- 60 % à destination des seniors
- 25% à destinations des actifs
- 20% des femmes enceintes
- 15 % des femmes de + de 50 ans
- 15% des enfants (0 à 15 ans)
- 15% des jeunes (16 à 25 ans)
- 10% des personnes handicapées
- 10% des personnes précaires
- 5% des familles

Ces partenariats ce sont faits à :

- 60% avec des CPAM
 - 50% avec des CARSAT
 - 30% avec des CMSA
 - 30% avec des structures hors organismes de Sécurité Sociale (Mutualité, GIP, ADECA Ligue contre le cancer, etc)
 - 25% avec la SSI
 - 5% avec une CAF, l'ENIM, la CAMIEG
-
- 70% de ces coopérations sont régulières et ont lieu dans presque tous les cas dans le cadre de convention ou de partenariat.
 - 25% sont ponctuelles

Ces coopérations recourent à

- 60% à la conception commune d'outils, d'actions
- 50% à des structures communes
- 40% à une mise en commun de fonds
- 25% à des conventions

Selon les CMSA, les champs à développer en coopération entre organismes de Sécurité sociale, dans la prévention santé, sont à

- 35 % l'ensemble de la santé publique
- 25% la santé des enfants : obésité, dentaire, alimentation, enseignement
- 20% l'Education thérapeutique du patient
- 10% les addictions
- 5 % la santé environnementale, les maladies chroniques, la contraception/sexualité, les actifs, les précaires, l'autonomie des seniors de plus de 70 ans

Quand elles en font, les remarques apportées par les CMSA sur la coopération entre organismes de Sécurité sociale font part de deux traits importants

71% des remarques portent sur l'organisation des coopérations :

- nécessité de mettre en place une comitologie, une structure commune
- demande de facilitation des partenariats
- plus de visibilité et de partage d'informations entre régimes sur les actions mises en œuvre
- une optimisation des contacts entre organismes de taille différente, les cpam étant de niveau départemental, les MSA et les CARSAT de niveau régional

29% des remarques portent sur le besoin d'équité dans le pilotage des coopérations à travers

- un meilleur partage ou une rotation dans la gouvernance des structures interrégimes.
- une reconnaissance mutuelle des DCGDR de l'assurance maladie et ceux des autres régimes

Illustrations d'applications santé « Activ'dos » et « m@carsat »



Capture d'écran d'alerte que reçoit un utilisateur de l'application Activ'dos de l'assurance maladie



Capture d'écran du menu de l'application m@carsat

Accord-cadre de coopération pour la prévention

Programme ciblé
d'accompagnement social et de santé
des personnes âgées

ENTRE

LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE, dont le siège est situé 110 rue de Flandre, 75019, PARIS, représentée par la Présidente de son conseil d'administration, Madame Danièle KARNIEWICZ et par son Directeur, Monsieur Patrick HERMANGE,

Ci-après dénommée « **CNAV** »

ET

LE CENTRE TECHNIQUE D'APPUI ET DE FORMATION DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE, dont le siège est situé 67-69 avenue de Rochetaillée – BP 167 – 42012 Saint-Étienne Cedex 2, représentée par son Directeur Général, Monsieur Norbert DEVILLE,

Ci-après dénommé "**CETAF**"

A titre de préambule, il est exposé ce qui suit :

La **CNAV** anime un réseau de 16 caisses régionales et 4 caisses générales (DOM), qui reçoivent dans leur réseau d'accueil 2,7 millions de visiteurs. En 2006, les retraités ont été au nombre de 11,5 millions (correspondant à 773 200 retraites attribuées dont 109 200 retraites anticipées). En ce qui concerne l'aide ménagère à domicile, 256 000 personnes en ont été bénéficiaires.

La COG (Convention d'Objectifs et de Gestion) conclue entre la CNAV et l'Etat le 24 mai 2005 pour la période 2005 à 2008 définit une « population cible » dont la branche retraite a la charge, soit « les retraités relevant des GIR 5 et 6¹ socialement les plus fragiles, notamment en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social, de leur avancée en âge, de leur état de santé ou de leurs conditions de vie ». Ladite Convention prévoit encore de « recentrer la politique d'action sociale » destinée à maintenir l'autonomie des retraités, ainsi que d'« élaborer des critères de fragilisation (niveau de ressources, isolement social et géographique, etc.) » et de réaliser des études « sur des populations spécifiques et dans le cadre de partenariats institutionnels »².

Dans ce contexte, des travaux réalisés depuis plusieurs années par le CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie) ont permis d'identifier les retraités dits « fragiles » en tant qu'ils présentent une situation de précarité matérielle ou d'isolement social risquant de majorer les conséquences d'une perte d'autonomie³.

¹ GIR : Groupe Iso-Ressources. La hiérarchie de la dépendance est évaluée de manière croissante entre les GIR 1 à 6. En ce sens : <http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/aggir/guideaggir.htm>

² Cf COG CNAV / Etat, 24 mai 2005, Chapitre 5 « Recentrer la politique d'action sociale sur le maintien de l'autonomie des retraités ».

³ D'après les travaux réalisés par le CREDOC en 2007 : 2% des bénéficiaires de l'action sociale interrogés sont veufs depuis moins d'un an ; 24% des personnes seules et 31% des couples ont des ressources inférieures au montant du minimum vieillesse ; 26% n'ont pas d'enfant ou voient leur(s) enfant(s) moins d'une fois par mois (absence de contacts réguliers) ; sur les douze derniers mois, 36% des personnes interrogées déclarent avoir été hospitalisées ; 44% ont des escaliers à monter pour accéder à leur logement, enfin 40% dépendent d'un tiers pour leurs déplacements en voiture. Très peu de bénéficiaires cumulent les 5 fragilités repérées, mais près d'un tiers en cumulent trois ou quatre, 36% en cumulent deux, 26% une seule et 7% n'en rencontrent aucune. Les situations de cumul de fragilités accentuent le risque de dégradation rapide des situations et donc de basculement dans la perte d'autonomie.

Le CETAF, association fondée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), a pour principal objet de promouvoir et de coordonner des politiques et des pratiques de prévention en matière de santé publique développées dans les Centres d'Examens de Santé (CES) gérés directement par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et dans les CES conventionnés.

En terme d'activité, les Centres d'examen de santé (CES), au nombre de 113 structures en 2007, répartis sur tout le territoire français, reçoivent chaque année 600 000 personnes dont 100 000 âgées de 60 ans et plus.

Le CETAF participe à des groupes de réflexion, à des actions de promotion de la santé, et coordonne des études statistiques et/ou épidémiologiques dès lors qu'un bénéfice est escompté dans des domaines d'action jugés prioritaires par la CNAMTS. Ainsi, en application d'une délibération du conseil d'administration de la CNAMTS en date du 26 mars 2002 et de la COG (Convention d'Objectifs et de Gestion) conclue le 7 août 2006 entre elle et l'Etat pour les années 2006-2009, sont considérées comme prioritaires les actions relevant de :

- la prévention des risques liés au vieillissement,
- la prévention des risques post-professionnels,
- la prévention des risques liés à la précarité et aux inégalités de santé,
- la prévention des risques liés au faible recours ou au non-recours aux soins,
- l'offre de service des CES à destination du médecin traitant en matière d'action de prévention.

Dans ce contexte, le CETAF et les Centres d'Examens de Santé ont élaboré un score individuel de précarité « multidimensionnel » (emploi, revenus, catégorie socio-professionnelle, protection sociale, etc.), dit « Score EPICES » (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé)⁴. Lors d'une étude récente, le CETAF a pu mettre en évidence (sur une population de 4 496 personnes âgées de plus de 60 ans), des profils de seniors précaires selon le score EPICES, ce sont notamment :

- les retraités des catégories sociales employés et ouvriers,
- les personnes âgées de plus de 60 ans exerçant toujours une activité professionnelle en CDD,
- les seniors percevant le minimum vieillesse,
- les femmes seniors percevant une pension de réversion (notamment quand elle n'est pas cumulée avec une autre pension),
- les seniors bénéficiant d'une aide ménagère,
- les personnes âgées ayant eu recours au service social de la CPAM / CRAM et celles orienté vers un CES par l'intermédiaire d'une CRAM.⁵

Par suite, un partenariat destiné à concevoir ou améliorer des actions de prévention en santé publique destinées aux personnes âgées dites « fragiles » au sens envisagé plus haut par la CNAV ou « précaires » au sens employé par le CETAF, correspond parfaitement aux objectifs poursuivis par lesdites Parties.

Constatant cette convergence d'intérêts, les Parties se sont rapprochées et ont conclu ce qui suit.

⁴ Le Score EPICES est basé sur onze questions binaires.

Référence : Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guénot C, Labbe E, La Rosa E, Magnier P., Martin E, Royer B, Rubirola M, Gerbaud L. Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction et évaluation du score dans une population de 197389 personnes. Bull. Epidemiol. Heb 2006;(14):93-6

⁵ Référence : Labbe E, Moulin JJ, Bourg A, Sass C, Chatain C, Gerbaud L., Rapport d'étude « Comment identifier des nouvelles formes de précarité ?, « Ciblage des populations en situation de précarité » par les Centres d'examen de santé », 2007.

ARTICLE 1 : SUR L'OBJET DE LA COOPERATION

La coopération envisagée présente un double objet, soit

- la conception et la promotion d'actions de prévention en santé publique (dans toutes ses dimensions) auprès des personnes âgées dites « fragiles » et/ou « précaires » telles que définies par le présent accord-cadre,
- la conception et la réalisation d'études statistiques et/ou épidémiologiques et/ou d'impact portant sur la population sus-envisagée,

le tout, selon les modalités et prescriptions envisagées plus avant.

ARTICLE 2 : MODALITES DE LA COOPERATION

ARTICLE 2-1 : CREATION ET FONCTIONNEMENT DU COMITE DE PILOTAGE CNAV / CETAF

Il est créé un Comité de Pilotage CNAV-CETAF. Chaque Partie y désigne ses représentants (cf. annexe 1). En outre, après accord des Parties, des tiers experts dans le domaine de la présente coopération peuvent être invités aux réunions dudit Comité.

Le Comité de Pilotage se réunit au minimum une fois par an, à l'instigation de la Partie la plus diligente. L'organisation matérielle des réunions dudit Comité (convocation, mise à disposition des locaux...) ainsi que les travaux de secrétariat seront assurés en alternance par la CNAV et par le CETAF.

ARTICLE 2-2 : POPULATION CIBLE ET MISSIONS DU COMITE DE PILOTAGE CNAV / CETAF

ARTICLE 2-2-1: POPULATION CIBLE VISEE PAR LE COMITE DE PILOTAGE CNAV / CETAF

Les actions et études prévues par le présent accord-cadre sont destinées à permettre aux Parties de créer ou d'améliorer les offres de services favorisant un meilleur vieillissement à destination d'une population cible relevant de leur champ de compétences respectifs.

Cette population cible est constituée :

- soit des personnes âgées relevant des catégories GIR 5 et GIR 6 de la grille de l'AGGIR considérées comme « fragiles » en tant qu'elles présentent des difficultés liées à leur niveau de ressources, leur isolement social, leur avancée en âge, leur état de santé ou leurs conditions de vie ;
- soit des personnes âgées considérées comme « précaires » selon le score EPICES précité, caractérisé par leur situation dans l'emploi, leur niveau de revenus, leur catégorie socio-professionnelle, leur protection sociale, etc ;
- soit de l'ensemble des personnes âgées appartenant à l'un des deux premiers sous-groupes sus-envisagés ;
- soit de l'ensemble des personnes âgées cumulant les caractéristiques des deux premiers sous-groupes sus-envisagés.

ARTICLE 2-2-2 : MISSIONS DU COMITE DE PILOTAGE CNAV / CETAF

Les missions dudit Comité consistent à :

- concevoir et proposer toute action de prévention en santé publique susceptible de faire l'objet d'une convention d'application du présent accord-cadre,
- concevoir et proposer toute étude statistique et/ou épidémiologique et/ou d'impact dans les domaines de la préservation de l'autonomie des personnes âgées et de la gérontologie préventive, susceptible de faire l'objet d'une convention d'application du présent accord-cadre,
- évaluer l'action de prévention en santé publique décidée par le présent accord selon les indicateurs prévus en annexe 2, et en tant que de besoin, proposer un avenant au présent accord-cadre prévoyant des modifications des actions en cours et/ou des indicateurs,
- concevoir et proposer toute solution destinée à résoudre une difficulté d'interprétation ou d'application du présent accord-cadre.

Les propositions dudit Comité pourront être actées en séance, ou pourront faire l'objet d'une approbation ultérieure en fonction d'une procédure définie par le Comité.

ARTICLE 3 : LA CONCEPTION ET LA PROMOTION D' ACTIONS DE PREVENTION EN SANTE PUBLIQUE DESTINEES A LA POPULATION CIBLE

ARTICLE 3-1 : LA PROMOTION DE L' EXAMEN PERIODIQUE DE SANTE AUPRES DE LA POPULATION CIBLE

1. La détermination des personnes âgées susceptibles de bénéficier de la présente action

Les personnes âgées susceptibles de bénéficier de la présente action sont celles identifiées par soit :

- l'attribution d'un Plan d'Actions Personnalisé (PAP) par la CNAV, ou
- l'attribution d'une évaluation non suivie d'un PAP financé, ou
- le bénéfice d'une pension égale au minimum vieillesse, ou
- le bénéfice d'une pension de réversion chez les femmes (notamment quand elle n'est pas cumulée avec une autre pension).
- le service social des CRAM et orientées par lui vers les CES.

2. Les obligations de promotion de cette action

Dans le cadre fixé par les COG respectives, la CNAV et le CETAF s'engagent à promouvoir l'action de prévention consistant à proposer aux personnes sus-envisagées le bénéfice d'un Examen Périodique de santé selon les modalités suivantes :

- s'agissant de la CNAV : informer les CRAM de l'existence du présent accord-cadre et les inciter, par tous moyens à sa convenance à appliquer les dispositions prévues plus avant (cf. 3. « L'action de la promotion de l'examen de santé à l'échelle locale ») ;
- s'agissant du CETAF : informer les CES de l'existence du présent accord-cadre et les inciter, par tous moyens à sa convenance à appliquer les dispositions prévues plus avant (cf. 3. « L'action de la promotion de l'examen de santé à l'échelle locale »).

A cette fin, les Parties proposeront aux CRAM et aux CES un modèle type de convention prévoyant les modalités pratiques de leur coopération (cf. annexe 3).

3. L'action de la promotion de l'examen de santé à l'échelle locale

Sur les bases du modèle type de convention (*cf.* annexe 3), à titre expérimental, les CRAM, après en avoir convenu avec les CES à l'échelle locale, transmettent, lors de l'ouverture ou de la notification de leurs droits des bulletins d'inscription à un Examen Périodique de Santé (EPS) aux nouveaux bénéficiaires :

- de prestations dans le cadre d'un PAP,
- d'une évaluation des besoins non suivie d'un PAP,
- du minimum vieillesse,
- ou d'une pension de réversion (prestation légale de retraite).

Les personnes âgées ainsi pré-recrutées par les CRAM ayant transmis leur bulletin d'inscription aux CES, seront invitées par ces derniers par courrier à bénéficier d'un Examen Périodique de Santé (EPS). La mise en œuvre de cet EPS ainsi que la suite de la procédure au sein des CES s'effectueront en conformité avec les pratiques établies de ces centres.

Enfin, cette action pourra être élargie aux personnes déjà bénéficiaires des prestations sus-envisagées, ceci après évaluation de cette action par le Comité de Pilotage et en fonction des volumes de populations concernées selon un principe d'étalement à déterminer.

S'agissant des personnes âgées ayant recours au service social des CRAM, il est prévu, simultanément à cet accord et en cohérence avec la circulaire CNAV n°2007-51 du 12 juillet 2007 (circulaire CNAMTS n°28/2007 du 21 juin 2007), que le Service social des CRAM participe également à la promotion de l'examen périodique de santé.

Ainsi, dans le cadre de leur mission de signalement des publics fragilisés lors de leur passage à la retraite (dans le but de les faire bénéficier d'une aide ou d'un accompagnement particulier par le service social régional), les services sociaux des CRAM pourront proposer un EPS à toute personne de 60 ans et plus en situation de « fragilité » et/ou de « précarité ». Ces situations pourront être appréciées sur la base d'un court questionnaire rempli par les assurés.

ARTICLE 3-2 : LIEN AVEC L'ACTION SOCIALE DES CRAM

Si, lors de l'EPS, les CES identifient des personnes âgées dont la situation nécessite un traitement social, relevant des compétences des professionnels de la CRAM, ils les orienteront vers ces services. Cette orientation pourra s'effectuer selon divers degrés de coopération (simple invitation orale de la personne âgée à se rapprocher des services de la CRAM, signalement des situations par une fiche de liaison entre partenaires, orientation avec prise de rendez-vous pour la personne précaire ...). Ces degrés de coopération devront être définis à l'échelle locale lors de la négociation des conventions de partenariat (*cf.* annexe 3).

ARTICLE 3-3 : L'INFORMATION SUR L'EXAMEN PERIODIQUE DE SANTE ET L'ACTION SOCIALE DES CRAM

1. L'information proposée par la CNAV et par les CRAM

La CNAV actualisera périodiquement les informations portant sur les CES et les EPS sur son site Internet « Infoplus.seniors » et donnera la possibilité aux CES de compléter les informations et coordonnées les concernant sur son site Internet « Kiosque Bleu ».

Les CRAM mettront à disposition des CES l'encart régional du « Passeport pour une retraite active », quand il existe.

2. L'information proposée par la CETAF et les CES

A compter de la signature des conventions d'application déclinant le présent accord-cadre à l'échelon local (cf. supra), chaque CES concerné informera par le biais de l'outil « Carnet d'adresses senior » (cf. annexe 4), les personnes âgées reçues par lui de l'existence des sites Internet précités, ainsi que des modalités de l'offre de service locale offerte par la CNAV concernée.

ARTICLE 4 : UTILISATION DU SCORE EPICES PAR LA CNAV

Dans le cadre des études pouvant être conduites en commun par la CNAV et le CETAF et dans le cadre de notamment l'évaluation préalable à l'attribution d'un PAP à un retraité, la CNAV pourra utiliser le score de précarité EPICES sus-envisagé.

Dans ce cas, la CNAV s'engage à :

- mentionner qu'EPICES a été conçu par « le CETAF, les Centres d'Examens de Santé et l'Ecole de Santé Publique de Nancy »,
- et citer en référence la publication du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°14 d'avril 2006.

ARTICLE 5 : UTILISATION DES DONNEES DE LA CNAV PAR LE CETAF

De même, si la CNAV est amenée à élaborer et à mettre à disposition du CETAF un indicateur synthétique portant sur les retraités, le CETAF s'engage à mentionner que cet indicateur aura été conçu par la CNAV.

ARTICLE 6 : DUREE DE LA COOPERATION

Le présent accord-cadre est conclu pour une durée de deux ans à compter de sa signature par les Parties. Il est reconductible tacitement.

Le présent accord-cadre peut être résilié unilatéralement après un délai de prévenance de trois mois à compter de la réception d'un courrier recommandé avec accusé réception avisant l'autre de la résiliation.

Fait en deux exemplaires à Saint-Étienne, le **23 JUIN 2008**

Pour la CNAV
La Présidente du conseil
d'administration,

Danièle Karniewicz

Pour la CNAV
Le Directeur,

Patrick Hermange

Pour le CETAF
Le Directeur Général,

Norbert Deville

ANNEXE 1:

COMITE DE PILOTAGE

REPRESENTANTS DE LA CNAV :

- Le Directeur ou son représentant,
- Le Directeur de l'Action Sociale ou son représentant,
- Le Directeur adjoint de l'Action Sociale ou son représentant,
- Une personne désignée par le Directeur de l'Action Sociale

REPRESENTANTS DU CETAF :

- Le Directeur général ou son représentant,
- Le responsable du programme Prévention des risques liés au vieillissement du CETAF ou son représentant,
- Le responsable du programme Précarité - Inégalités de santé du CETAF ou son représentant,
- Le chargé d'études, chargé du recrutement des seniors dans les CES

ANNEXE 2:

CRITERES D'EVALUATION DE L'ACTION

Cette évaluation sera basée sur :

- le nombre d'accords locaux signés en application du présent accord,
- la mesure de l'évolution du nombre et du taux de personnes âgées précaires EPICES reçues dans les CES,
- la mesure de l'évolution du nombre de personnes invitées par les CRAM à bénéficier d'un EPS (par l'intermédiaire de l'exploitation des fichiers informatiques (par prestation) et par l'intermédiaire du service social),
- la mesure de l'évolution du nombre de personnes invitées à se rapprocher de leur CRAM pour le bénéfice de prestations d'action sociale (en référence à l'article 3-2).

Secondairement, d'autres indicateurs pourront être utilisés, après modifications du système informatique des CES :

- des comparaisons « avant ciblage/après ciblage »,
- le nombre de consultants accueillis et appartenant aux nouvelles cibles de populations (aide ménagère, minimum vieillesse, pension de réversion et service social),
- le taux de fréquentation (nombre d'EPS/nombre d'invitations faites par les CRAM) par cible de populations,
- le délai moyen entre la prise de contact et la réalisation de l'EPS,
- les avis des CES et des CRAM sur l'efficacité des modifications du recrutement.
- les avis des consultants en situation de précarité, ayant bénéficié d'un EPS dans le cadre de cette coopération.

MODELE TYPE DE CONVENTION

Convention de partenariat pour la prévention

Programme ciblé d'accompagnement social et de santé des personnes âgées

ENTRE

LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE,
située ,
représentée par son Directeur, ,

Ci-après dénommée « **CRAM** »

ET

Selon que le CES soit en gestion directe ou conventionné :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE de ,
qui gère le Centre d'examens de santé (CES) de ,
situé ,
représenté par son Directeur, ,

Ci-après dénommé "**CPAM**".

Ou

LA STRUCTURE DE GESTION de ,
qui gère le Centre d'examens de santé (CES) de ,
situé ,
représenté par son Directeur, ,

Ci-après dénommé ".....".

Vu la Convention d'Objectifs et de Gestion, conclue entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'Etat, en date du 24 mai 2005 ;

Vu la Convention d'Objectifs et de Gestion, conclue entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Etat, en date du 7 août 2006 ;

Vu l'accord-cadre de coopération pour la prévention, conclu entre la CNAV et le CETAF (Centre technique d'appui et de formation aux centres d'examens de santé), signé le2008.

Il est convenu ce qui suit.

ARTICLE 1 : L'OBJET DU PARTENARIAT

Le présent partenariat consiste en la conception et la promotion d'actions de prévention en santé publique (dans toutes ses dimensions), selon les modalités et prescriptions envisagées plus avant, auprès de la population cible telle que définie par la présente convention.

ARTICLE 2 : LA PROMOTION DE L'EXAMEN PERIODIQUE DE SANTE AUPRES D'UNE POPULATION CIBLE

ARTICLE 2.1. : La détermination de la population cible susceptible de bénéficier de la présente action

La population cible susceptible de bénéficier de la présente action correspond aux personnes âgées identifiées par soit :

- l'attribution d'un Plan d'Actions Personnalisé (PAP) par la CRAM, ou
- l'attribution d'une évaluation non suivie d'un PAP financé, ou
- le bénéfice d'une pension égale au minimum vieillesse, ou
- le bénéfice d'une pension de réversion chez les femmes (notamment quand elle n'est pas cumulée avec une autre pension), ou
- le service social des CRAM et orientées par lui vers le Centre d'examens de santé (CES).

ARTICLE 2.2. : L'action de la promotion de l'examen de santé

A titre expérimental, la CRAM transmet, lors de l'ouverture ou de la notification de leurs droits des bulletins d'inscription à un Examen Périodique de Santé (EPS), identifiés aux sigles des partenaires, ainsi qu'une note d'information sur l'EPS, aux nouveaux bénéficiaires :

- de prestations dans le cadre d'un PAP,
- d'une évaluation des besoins non suivie d'un PAP,
- du minimum vieillesse,
- ou d'une pension de réversion (prestation légale de retraite).

A réception des bulletins d'inscription, le CES proposera un rendez-vous dans les conditions habituelles. Lors de l'accueil, le CES identifiera la personne âgée comme recrutée dans le cadre de cette action grâce à son bulletin d'inscription identifié aux sigles des partenaires (exemple : dans le système informatique). La mise en œuvre de l'EPS ainsi que la suite de la procédure s'effectueront en conformité avec les pratiques établies dans le CES.

Cette action pourra être élargie aux personnes déjà bénéficiaires des prestations sus-envisagées, ceci après évaluation de cette action et en fonction des volumes de populations concernées selon un principe d'étalement à déterminer.

S'agissant des personnes âgées ayant recours au service social de la CRAM, il est prévu, simultanément à l'accord-cadre national CNAV-CETAF et en cohérence avec la circulaire CNAV n°2007-51 du 12 juillet 2007 (circulaire CNAMTS n°28/2007 du 21 juin 2007), que le Service social des CRAM participe également à la promotion de l'examen périodique de santé.

Ainsi, dans le cadre de leur mission de signalement des publics fragilisés lors de leur passage à la retraite (dans le but de les faire bénéficier d'une aide ou d'un accompagnement particulier par le service social régional), les services sociaux de la CRAM pourront proposer un EPS à toute personne de 60 ans et plus en situation de « fragilité » et/ou de « précarité ». Ces situations pourront être appréciées sur la base d'un court questionnaire rempli par les assurés.

ARTICLE 2.3. : Les modalités pratiques de mise en application de cette action

La date de début de cette action, le volume, les sites et antennes concernées... seront à définir localement dans cet article.

ARTICLE 2.4. : Le suivi de cette action de promotion de l'EPS

La CRAM comptabilisera le nombre de personnes ciblées auxquelles elle a transmis un bulletin d'inscription à un EPS identifié aux sigles des partenaires, selon le type de prestation ou de service.

Le CES comptabilisera le nombre de personnes ciblées lui ayant transmis un bulletin d'inscription (identifié grâce aux sigles des partenaires), ainsi que le nombre de personnes ayant bénéficié de l'EPS dans le cadre de la mise en œuvre de cette action.

Ce suivi de l'action sera transmis par la CRAM et le CES, pour information, respectivement à la CNAV et au CETAF, à l'issue de sa réalisation.

ARTICLE 3 : LE LIEN AVEC L'ACTION SOCIALE DES CRAM

ARTICLE 3.1. : L'action de la promotion de l'action sociale des CRAM

Si, lors de l'EPS, les CES identifient des personnes âgées dont la situation nécessite un traitement social, relevant des compétences des professionnels de la CRAM, ils les orienteront vers ces services.

Les degrés de coopération seront à définir localement dans cet article (exemple : simple invitation orale de la personne âgée à se rapprocher des services de la CRAM, signalement des situations par une fiche de liaison entre partenaires, orientation avec prise de rendez-vous pour la personne précaire...).

ARTICLE 3.2. : Le suivi de cette action de la promotion de l'action sociale des CRAM

Les CES et les CRAM comptabiliseront le nombre de personnes ayant bénéficié de ces orientations

Ce suivi de l'action sera transmis par le CES et la CRAM, pour information, respectivement au CETAF et à la CNAV, à l'issue de sa réalisation.

ARTICLE 4 : L'INFORMATION SUR L'EXAMEN PERIODIQUE DE SANTE ET L'ACTION SOCIALE DES CRAM

ARTICLE 4.1. : L'information proposée par la CRAM

La CRAM s'engage à mettre à disposition du CES l'encart régional du « Passeport pour une retraite active », *quand il existe*.

ARTICLE 4.2. : L'information proposée par le CES

Le CES s'engage à informer par le biais de l'outil « Carnet d'adresses senior » (cf. annexe 1), les personnes âgées reçues par lui de l'existence des sites Internet mis à disposition par la CRAM (« Infoplus.seniors » et « Kiosque Bleu »), ainsi que des modalités de l'offre de service locale offerte par la CRAM.

ARTICLE 5 : LES AUTRES DOMAINES DE COOPERATION

Si d'autres domaines de coopération sont envisagées entre les parties, ils sont laissés à l'appréciation des parties signataires de cette présente convention et à définir dans cet article.

ARTICLE 6 : UNE INSTANCE DE CONCERTATION

Les modalités de concertation (mise en place d'un comité de pilotage, fréquence de rencontre des partenaires, édition d'un rapport ...) sont laissées à l'appréciation des parties signataires de cette présente convention et à définir dans cet article.

ARTICLE 7 : COMMUNICATION DE LA CONVENTION

Une copie de la présente convention de partenariat sera transmise, après signature, pour information à la CNAV et au CETAF.

Si le CES est en gestion conventionnée :

Une copie de la présente convention de partenariat sera transmise, après signature, pour information aux directeurs des CPAM concernées.

ARTICLE 8 : DUREE DE LA COOPERATION

La présente convention est conclue pour une durée de deux ans à compter de sa signature par les Parties. Elle est reconductible tacitement.

La présente convention peut être résiliée unilatéralement après un délai de prévenance de trois mois à compter de la réception d'un courrier recommandé avec accusé réception avisant l'autre de la résiliation.

Fait en deux exemplaires à, le

Pour la CRAM
Le Directeur,

Si CES en gestion directe

Pour la CPAM
Le Directeur,

Si CES conventionné

Pour la structure
Le Directeur,

.....

.....

ANNEXE 4:

MODELE TYPE DE CARNET D'ADRESSES SENIOR

CES de ...

1) Caisses Nationales

« www.ameli.fr », l'assurance maladie en ligne est un site qui permet aux assurés de mieux connaître leur assurance maladie et d'être régulièrement informés des actualités en ce domaine. Un lien permet d'avoir connaissance du montant des derniers remboursements effectués sur leur compte.

« Les sites : www.cnav.fr et www.retraite.cnav.fr peuvent s'avérer très utiles aux retraités comme à ceux qui préparent leur retraite. »

Le site « www.lekiosquebleu.fr » constitue une base de renseignements regroupant toutes les offres de services de proximité à destination des seniors. Il est actualisé et adapté par chaque caisse régionale

Le site « www.infoplus.seniors.fr » permet de fournir aux retraités et aux aidants l'accès aux services liés aux différents aspects de la retraite (retraite active, santé et prévention, services à domicile, logement dépendance, vie en établissement, aides et financement, droits des retraités)

Le "Passeport pour une retraite active" : Edité par la CNAV et le ministère délégué aux Personnes âgées, ce document de 16 pages donne des informations pour vivre pleinement sa retraite. Il est mis à disposition pour tous les nouveaux retraités par la CRAM

Pour les personnes déjà retraitées, il peut être téléchargé sur le site du ministère à l'adresse :

« <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/passeport.pdf> »

2) « **La CRAM**peut vous aider à bien préparer et bien vivre votre retraite ». Vous pouvez être reçu sur rendez-vous :

- Agence retraite de Tel :

« Le service social de la CRAM peut vous apporter l'aide nécessaire.»

x antennes sont à votre service :

- Ville 1: adresse

Tel :

- Ville 2:adresse

Tel :

Vous pouvez aussi consulter leur site internet : « [cram-fr](http://cram-.....fr) »

3) **Votre CPAM** met à votre disposition la Plateforme multiservices.

« Si vous souhaitez obtenir une information sur vos droits, les tarifs et les remboursements pratiqués, les dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi ou au domicile (maladie, handicap, dépendance) ou bien si vous rencontrez des difficultés pour accéder aux soins, les services de l'Assurance Maladie peuvent vous aider ou vous orienter. Pour les contacter un seul numéro celui de la plateforme multi-services».

4) Le Conseil Général de ...

« Un point information personnes âgées est à votre disposition pour répondre à vos questions et à celles de votre famille et vous orienter vers les bons services »

Tel :

Pour plus d'informations le site internet « » du Conseil général est aussi à votre disposition.

5) Le CLIC - Centre local d'information et de coordination.

« Le CLIC est une structure de proximité, d'accueil et d'information qui vous est destiné ainsi qu'à votre entourage, il permet de coordonner les actions en faveur des seniors.

x lieux d'accueil sont à votre disposition dans le département selon votre lieu d'habitation :

6) Vous pouvez vous procurer le répertoire des services destinés aux personnes âgées réalisé par la municipalitéaux adresses suivantes :

_ pour la mairie de...



Convention de partenariat entre CAP Limousin Poitou Charentes et l'ASEPT Poitou Charentes relative à la mise en œuvre des actions inter régimes de prévention

Entre:

**L'association de coordination des actions de prévention inter régimes ci après désignée
«CAP LIMOUSIN POITOU CHARENTES»**

Dont le siège social est sis : 37, avenue du Président René Coty – 87048 Limoges Cedex,

Représentée par Monsieur **Franck PEZET** agissant en qualité de Président

Et :

**L'Association de Santé, d'Education et de Prévention des territoires en région Poitou Charentes
Sis après désignée « ASEPT Poitou Charentes »**

Dont le siège social est sis : 1 boulevard Vladimir - Fief Montlouis- 17100 Saintes

Représentée par Monsieur **Pierre Berthelot** agissant en qualité de Président

IL EST ARRETE CE QUI SUI

PREAMBULE :

CAP Limousin Poitou-Charentes a vocation à permettre d'une part de promouvoir une vision partagée de la prévention et du bien vieillir et, d'autre part, à proposer aux retraités et futurs retraités de la région des offres de services harmonisées et accessibles avec comme un de ces opérateurs privilégiés l'ASEPT Poitou Charentes

L'ASEPT Poitou Charentes a pour objet la conception, la promotion et la réalisation d'actions dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Ainsi l'ASEPT Poitou Charentes et CAP Limousin Poitou Charentes se sont rapprochées afin de conclure le présent partenariat :

- pour déterminer les conditions dans lesquelles l'ASEPT Poitou-Charentes développe et met en œuvre le programme d'actions décidé par CAP Limousin Poitou-Charentes
- pour dynamiser les actions de prévention du bien vieillir.

CECI ETANT RAPPELÉ LES PARTIES ONT DECIDE CE QUI SUI :

ARTICLE 1: OBJET DE LA CONVENTION

Les parties conviennent, pour l'année 2018, des actions de prévention labellisées du programme Bien Vieillir, présentant les objectifs quantitatifs, le coût standard et la participation financière demandée à chaque usager pour chaque action labellisée et les financements décidés par les institutions signataires au sein de l'Association de Coordination inter régime CAP Limousin Poitou-Charentes.

ARTICLE 2 : ENGAGEMENT DES PARTIES :

CAP Limousin Poitou-Charentes s'engage à :

- Assurer un dialogue permanent entre les différentes caisses de retraite,
- Définir le programme régional annuel d'activité concernant le « Bien Vieillir » et le proposer à l'ASEPT Poitou Charentes,
- Solliciter auprès des caisses de retraite leur contribution financière respective, liée à la mise en œuvre du programme régional.

- Confier à l'ASEPT Poitou Charentes la responsabilité de rechercher et diffuser auprès des animateurs formés par ses soins, les éléments constitutifs du matériel pédagogique et les outils d'évaluation mis à disposition par les institutions,

L'ASEPT Poitou Charentes s'engage à :

- Assurer la promotion des actions du programme d'actions de prévention du bien-vieillir selon la stratégie définie par CAP Limousin Poitou-Charentes,
- Favoriser, organiser la mise en œuvre et assurer l'animation des actions, y compris en sous-traitant une partie de ces actions, auprès des usagers, sur le territoire Poitou Charentes,
- Demander une participation financière aux bénéficiaires des actions conformément aux montants fixés dans l'avenant annuel,
- Respecter la méthodologie et le déroulement des actions de prévention labellisées,
- Transmettre annuellement, après son Assemblée Générale, aux caisses de retraite et à CAP Limousin Poitou-Charentes :
 - o Les justificatifs liés à la réalisation d'actions prévues au programme annuel, tel que définis par avenant pour l'année en cours.
 - o Son rapport d'activité et ses éléments financiers (bilan, compte de résultat,...),
 - o un état extra comptable relatif aux actions de prévention du bien-vieillir faisant apparaître le montant des participations financières forfaitaires et les sommes perçues au titre des financements extérieurs.
 - o L'évaluation des actions concernées à partir des outils prévus pour chacun des programmes
- Apposer le bloc marque comportant les logos « CAP Limousin Poitou Charentes » et « bien vieillir » sur ses supports d'information et de communication
- Contracter les assurances nécessaires pour les activités proposées

ARTICLE 3 : FINANCEMENTS

- L'ASEPT Poitou Charentes a été retenu comme un des opérateurs privilégiés pour mettre en œuvre les actions de prévention du bien vieillir. A ce titre, il est convenu qu'il percevra des financements en provenance de CAPLPC.
- Ces financements prendront en compte l'évaluation du coût standard de la réalisation de chaque action, diminuée du montant des participations financières des bénéficiaires ainsi que celles obtenues auprès de tout autre partenaire.
- L'association CAP LPC assurera le paiement dans les conditions suivantes :

- Le versement du 1^{er} acompte représentant 80 % de la contribution Inter régimes pour la réalisation du programme d'actions interviendra dans les 30 jours suivant après la signature de la présente convention et de son avenant annuel.
- Le solde sera régularisé à partir du 01/12 de l'année N au vu des actions réalisées et sur production des factures auprès de CAP LPC attestant de la réalisation des actions. En cas de non réalisation de l'activité prévisionnelle, le solde éventuellement trop perçu sera restitué à CAPLPC
- Les bénéficiaires participent financièrement aux actions selon un forfait fixé par le Conseil d'Administration de CAP LPC et contribue au financement de l'activité de l'ASEPT PC.

ARTICLE 4 : STATISTIQUES ET EVALUATION

Afin d'assurer le suivi du programme annuel, l'ASEPT Poitou Charentes s'engage à transmettre à chaque fin de mois à CAP LPC les statistiques d'activités dans un fichier dédié.

L'ASEPT s'engage également à informer CAP LPC des dossiers déposés auprès des conférences des financeurs sur lorsqu'ils concernent le même champ d'activité que celui couvert par CAP LPC , et de communiquer le nombre de participants aux actions (intégré dans le fichier de suivi des statistiques).

L'évaluation sera réalisée via les questionnaires d'évaluation nationaux qui seront saisis dans l'outil dédié WEB REPORT.

ARTICLE 5 : CONFIDENTIALITE- PUBLICATION

Les parties s'engagent à conserver un caractère confidentiel à toutes les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de la convention.

Toute communication et /ou publication relative aux actions de prévention, orale ou écrite, devra mentionner le nom des institutions signataires et ce, quels que soient la cible visée et le support de diffusion utilisé, à moins que l'une des parties souhaite ne pas être citée.

ARTICLE 6 : LITIGES

En cas de désaccord concernant l'exécution de la présente convention et de ses avenants éventuels, les parties s'efforceront de le résoudre à l'amiable.

Dans l'hypothèse où celles-ci ne seraient pas parvenues à un accord, le litige sera soumis aux tribunaux compétents.

ARTICLE 7 : RESILIATION

La présente convention peut être résiliée en cas d'inexécution par l'une ou l'autre des parties de ses obligations. La résiliation intervient alors, de plein droit et sans formalités, trois mois après une mise en demeure restée en tout ou partie infructueuse adressée par lettre recommandée avec AR à la partie défaillante.

La résiliation du contrat ne dispense par la partie défaillante de remplir les obligations contractées jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

La présente convention peut également être résiliée par accord mutuel des parties ou à l'initiative de l'une des parties avec un délai de 3 mois de prévenance, par lettre recommandée avec AR.

ARTICLE 8 : MODIFICATION DU CONTRAT - AVENANTS ANNUELS

- Modification du contrat :

Toute modification ou renonciation à l'une quelconque des dispositions de la présente convention doit faire l'objet d'un accord écrit sous forme d'avenant dûment signé par les parties.

- Avenants annuels :

La présente convention se complète d'un avenant annuel relatif aux actions labellisées du programme .d'actions de prévention du bien-vieillir éligibles à cette convention, présentant les objectifs quantitatifs, le coût standard et la participation financière demandée à chaque usager pour chaque action labellisée et les financements décidés par les institutions signataires au sein de l'association de coordination inter régimes CAP Limousin Poitou-Charentes.

ARTICLE 9 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à compter au 1^{er} janvier 2018. Elle est valable pour l'année civile en cours. Elle est ensuite renouvelable tacitement par période d'un an sauf dénonciation, par l'une des parties, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant chaque échéance.

Fait en trois exemplaires originaux, chaque partie conservant son original,

A Limoges, le 27 février 2018

Pour CAP Limousin
Le Président,



Franck PEZET

Pour L'ASEPT Poitou Charentes
Le Président,



Pierre BERTHELOT



Annexe 2018 à la convention CAPLPC/ASEPT Poitou Charentes relative à la mise en œuvre des actions inter régimes de prévention dans la région Poitou Charentes

Entre:

**L'association de coordination des actions de prévention inter régimes ci-après désignée
«CAP LIMOUSIN POITOU CHARENTES»**

Dont le siège social est sis : 37, avenue du Président René Coty – 87048 Limoges Cedex,

Représentée par Monsieur **Franck PEZET** agissant en qualité de Président

Et :

**L'association de Santé, d'Education et de Prévention des territoires en région Limousin
Sis après désignée « ASEPT Poitou Charentes »**

Dont le siège social est sis : 1 Boulevard Vladimir Fief Montlouis - 17100 Saintes

Représentée par Monsieur **Pierre BERTHELOT** agissant en qualité de Président

IL EST ARRETE CE QUI SUIV

ARTICLE 1: OBJET DE L AVENANT

Les parties conviennent, pour l'année 2018, des actions de prévention labellisées du programme Bien Vieillir , présentant les objectifs quantitatifs, le coût standard et la participation financière demandée à chaque usager pour chaque action labellisée et les financements de l'Association CAP Limousin Poitou Charentes.

ARTICLE 2 : ENGAGEMENTS FINANCIERS

Programme prévisionnel d'activité 2018

ACTIONS	Objectifs Dép. 16	Objectifs Dép. 17	Objectifs Dép. 79	Objectifs Dép. 86	Total
Pièce de théâtre	0	1	1	0	2
Conférences	2	2	1	3	8
Réunions de Prévention	3	3	3	3	12
Atelier Vitalité	5	7	3	3	18
Atelier nutrition sénior	4	6	3	3	16
PEPS Eureka	6	9	5	5	25
Prévention des chutes Atelier équilibre	6	8	8	8	30
Habitat	2	4	2	2	10
Atelier Santé au volant	2	4	3	3	12
TOTAL	30	44	29	30	133

Contributions financières des partenaires selon le programme prévisionnel 2018

ACTIONS	Tarif unitaire action	Nb d'actions	Contribution CAPLPC (hors part bénéficiaires forfait 200 euros)	Part Bénéficiaires (forfait 200 euros par cycle d'atelier : 10 participants au tarif de 20 euros)	Coût total programme ASEPT 2018
Pièce de Théâtre	5 000 €	2	10 000 €	0	10 000 €
Conférences Débat	2 000 €	8	16 000 €	0	16 000 €
Réunions de Prévention	500 €	12	6 000 €	0	6 000 €
Atelier Vitalité	3 590 €	18	64 620 €	3 600 €	68 220 €
Atelier nutrition sénior	3 500 €	16	56 000 €	3 200 €	59 200 €
PEPS Eureka	3 560 €	25	89 000 €	5 000 €	94 000 €
Prévention des chutes Atelier équilibre	1 300 €	30	39 000 €	6 000 €	45 000 €
Habitat	2 800 €	10	28 000 €	2 000 €	30 000 €
Ateliers Santé au volant	1 800 €	12	21 600 €	2 400 €	24 000 €
TOTAL	24 050 €	90	330 220 €	22 200 €	352 420 €

Conformément à la délibération du Conseil d'Administration de CAP Limousin Poitou Charentes en date du 03/11/2017, l'ASEPT Poitou Charentes s'engage sur l'année 2018 à réaliser pour le compte de CAP Limousin Poitou Charentes, les actions collectives mentionnées ci-dessus et selon les montants forfaitaires prévus.

Un acompte de 80 % du montant de la subvention sera réglé dans les 30 jours suivant la signature du présent avenant. Le solde sera versé en décembre 2018 sur production des factures attestant du programme réalisé.

ARTICLE 3 : DATE D'EFFET ET DUREE DE L'AVENANT

Le présent avenant prend effet à compter du 1^{er} janvier 2018

Fait en trois exemplaires originaux, chaque partie conservant son original.

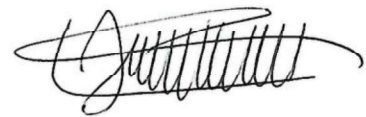
Fait à Limoges, le 27 février 2018

**Pour CAP Limousin Poitou
Charentes
Le Président**



Franck PEZET

**Pour ASEPT Poitou Charentes
Le Président**



Pierre BERTHELOT

CONVENTION

La Retraite pour le Bien Vieillir

**L'offre commune inter-régimes pour la prévention et la
préservation de l'autonomie**

La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)

Et

La Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Et

Le Régime Social des Indépendants (RSI)

ENTRE

La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) représentée par

Monsieur Gérard RIVIERE, président du Conseil d'administration

Et Monsieur Pierre MAYEUR, Directeur de la Caisse nationale d'Assurance vieillesse

Ci-après dénommée « **la CNAV** »

ET

La Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole représentée par

Monsieur Gérard PELHATE, Président du Conseil d'administration

Et Monsieur Michel BRAULT, Directeur général de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Ci-après dénommée « **la CCMSA** »

ET

Le Régime Social des Indépendants (RSI) représentée par

Monsieur Gérard QUEVILLON, Président du RSI

Et, Monsieur Stéphane SEILLER, Directeur général du Régime social des indépendants (RSI)

Ci-après dénommé « **le RSI** »

Préambule

Dans une société confrontée à l'allongement de la durée de vie et au vieillissement de la population, les régimes de retraite du Régime général, de la MSA et du RSI partagent l'idée que la prévention précoce et la préservation de l'autonomie nécessitent une approche et une politique communes en direction de chaque retraité, quels que soient les régimes auxquels il est affilié.

En mai 2011, les conseils d'administration de la CNAV, de la CCMSA et du RSI ont adopté une délibération commune affirmant leur implication dans une politique active à destination des personnes âgées. Un comité de pilotage de coordination des politiques d'action sociale et de prévention de la perte d'autonomie en faveur des retraités fragilisés CNAV-CCMSA-RSI, installé le 17 juillet 2012, donne depuis l'impulsion aux convergences entre leurs politiques d'action sociale et leur déclinaison sur les territoires. L'objectif de cette dynamique inter-régimes est de donner une meilleure visibilité à l'offre commune d'action sociale des caisses de retraite tant aux retraités qu'aux pouvoirs publics et aux partenaires institutionnels.

Aujourd'hui, une nouvelle étape de la dynamique inter-régimes est engagée pour asseoir tant nationalement que localement le dispositif partenarial autour d'une offre de prévention inter-régimes. En effet, des structures locales inter-régimes sont mises en place dans 75 départements et coordonnent l'action sociale des caisses en matière de préservation de l'autonomie et de participation aux instances locales, régionales et départementales.

Ainsi, au moment où la stratégie nationale de santé acte que le système de santé doit donner toute sa place à la prévention et à la promotion de la santé et où la concertation préalable au projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement affirme la volonté politique d'inscrire la préservation de l'autonomie au cœur de la politique publique de l'âge et de développer une culture de la prévention, la CNAV, la CCMSA et le RSI dans le respect des prérogatives confiées aux départements en matière de pilotage de la politique gériatrique sur les territoires, décident de :

- *définir les principes d'une offre de prévention commune aux régimes de retraite de base,*
- *fixer les orientations et les objectifs qui les engagent pour les prochaines années,*
- *arrêter les modes d'organisation et les coopérations qui en découlent,*
- *flécher les outils, les actions et les prestations qu'ils s'engagent à déployer.*

et conviennent à cet effet de ce qui suit.

Chapitre 1 – Principes généraux

Article 1^{er} – Principes

L'offre de prévention inter-régimes se décline en trois grands domaines d'intervention :

- des informations et des conseils pour bien vivre sa retraite et anticiper sa perte d'autonomie,
- des programmes d'actions et d'ateliers collectifs de prévention à destination de publics ciblés sur l'ensemble du territoire,
- des actions individuelles à destination des plus fragiles reposant sur l'évaluation globale des besoins à domicile et des plans d'aide personnalisés.

Ces interventions appellent des modes d'organisation bien identifiés et des outils partagés.

L'offre de prévention inter-régimes prend appui sur une conception d'ensemble et couvre tout le champ du bien vivre l'avancée en âge : adaptation du logement, développement et promotion des lieux de vie collectifs, lutte contre l'isolement social, promotion de bons comportements et modes de vie susceptibles de favoriser le bien vieillir, soutien au domicile et accompagnement social des retraités.

L'offre de prévention inter-régimes est pilotée dans un cadre paritaire et le processus de développement de l'offre commune inter-régimes s'appuie sur les Conseils d'administration. Dans le respect du rôle de chef de file que le législateur a confié aux départements en matière d'action et de coordination gérontologique et des missions confiées aux agences régionales de santé (ARS), l'inter-régimes et ses composantes souhaitent accompagner une politique organisée et coordonnée de la promotion de la santé et du bien vieillir sur les territoires.

Article 2 – Une politique de prévention de la perte d'autonomie articulée autour du repérage des retraités fragiles

Pour aller au devant de leurs ressortissants les plus fragilisés, ou en situation de rupture et anticiper un accompagnement au meilleur moment possible, un repérage précoce des retraités à risque de fragilité est nécessaire.

La CNAV, la CCMSA et le RSI décident, dans le cadre d'une approche globale santé/retraite, de s'appuyer sur leur connaissance des retraités et plus particulièrement sur les observatoires régionaux des risques de fragilité développés par les caisses de retraite et de collaborer pour un rapprochement des données. Ces initiatives permettront une démarche proactive vers les retraités pour leur proposer des actions inter-régimes de prévention, incluant accès aux droits notamment aux publics en difficulté et aux bénéficiaires des minima sociaux

Article 3 – Une prévention universelle pour l'ensemble des retraités

La CNAV, la CCMSA et le RSI décident de poursuivre la coordination et la mutualisation :

- de la politique d'information, de sensibilisation et de conseils aux retraités sur les comportements qui favorisent la qualité de vie pour bien vivre sa retraite,

- de la professionnalisation des acteurs de la prévention grâce aux supports (brochures, modules de formation, programmes vidéo) mis à leur disposition, via un portail inter-régimes.

La CNAV, la CCMSA et le RSI expertisent l'utilité, la faisabilité et l'interopérabilité d'un site internet de prévention destiné à référencer les actions conduites et les bonnes pratiques, dans le respect de la mission confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de réaliser une étude de faisabilité sur la mise en place d'un portail d'informations généraliste à destination du grand public.

Article 4 – Des programmes de prévention privilégiant les approches collectives et adaptés aux besoins des bénéficiaires

La CNAV, la CCMSA et le RSI s'engagent à développer des programmes intégrés d'actions collectives ciblées autour des thématiques du « bien vivre sa retraite » (ateliers du bien vieillir, activité physique adaptée, mobilité-équilibre, sommeil, nutrition, mémoire, etc.) et des priorités nationales fixées par l'Etat (plan pluriannuel d'action de prévention). Ils procèdent d'une méthodologie partagée, font l'objet d'évaluations communes et d'un bilan d'activité annuel.

La planification commune des programmes portés par les structures locales inter-régimes constituées dans chaque région doit favoriser la couverture de l'ensemble du territoire et des publics. La CNAV, la CCMSA et le RSI s'engagent sur des objectifs de participation des retraités bénéficiaires de ces « ateliers prévention » en fonction des moyens alloués par leurs conventions d'objectifs et de gestion respectives.

Chapitre 2 – Des outils partagés

Article 5 – Une approche commune de l'évaluation globale des besoins au domicile

Aux fins d'objectivation et de graduation des risques de fragilité, la CNAV, la CCMSA et le RSI décident de doter progressivement leurs réseaux respectifs :

- d'un référentiel commun sur les risques de fragilité accompagné de la grille de mesure de la fragilité qui vient en complément de la grille AGGIR qui reste l'outil de référence de l'évaluation du degré de perte d'autonomie,
- d'un référentiel commun de formation des évaluateurs des besoins d'aide à domicile.

Dans cette perspective, la CNAV, la CCMSA et le RSI décident :

- d'étudier au cas par cas l'utilité du développement et du déploiement de structures inter-régimes d'évaluation globale des besoins à domicile, préalables aux plans d'aide et de définir une doctrine inter-régimes en la matière au regard du retour d'expériences des structures déjà mutualisées et des synergies potentielles avec les structures gérontologiques existantes.
- de s'engager à construire un outil informatique pour la gestion de l'évaluation globale des besoins au domicile,
- de travailler à la définition d'une prestation inter-régimes d'évaluation, de conseil et d'orientation à destination de publics ciblés à partir de critères de fragilités partagés et de remettre leurs conclusions et une maquette préfigurant les contours et le contenu de cette prestation d'ici fin 2014.

Article 6 – Convergence progressive des critères d'attribution des aides à domicile

Dans l'esprit de la subsidiarité de l'action sociale des caisses de retraite et d'un service harmonisé aux assurés les plus fragiles de chacun des organismes, la CNAV, la CCMSA et le RSI ont progressivement entamé un rapprochement de leurs critères d'attribution pour le financement des aides individuelles.

Les trois régimes s'engagent à poursuivre cette démarche et à réaliser l'étude des coûts et des impacts de cette convergence pour une simplification et une meilleure lisibilité de cette aide, tant auprès des retraités que des prestataires, dans les conditions qui leur seront permises dans les conventions d'objectifs et de gestion qui les lient à l'Etat.

Dans la mise en œuvre de l'offre commune inter-régimes, la CNAV, la CCMSA et le RSI entendent renforcer le repérage des retraités les plus fragilisés et veillent à l'équité de traitement des retraités, quel que soit leur régime d'affiliation, dans les limites des politiques respectives d'intervention.

Article 7 – La sortie d'hospitalisation et les situations de rupture

Afin de proposer des dispositifs autour des situations de rupture qui sont souvent la cause d'une dégradation de l'autonomie des personnes âgées, la CNAV, la CCMSA et le RSI s'engagent à expérimenter une offre inter-régimes de retraite pour le retour à domicile après hospitalisation ou

passage aux services d'urgence sans hospitalisation, qui active simultanément les dispositifs temporaires d'aide et d'accompagnement à domicile.

Les conditions de son déploiement feront l'objet d'une estimation chiffrée pour en évaluer la faisabilité au sein des budgets limitatifs convenus dans le cadre des COG.

Ce travail sur un dispositif commun autour de la sortie d'hospitalisation et du passage aux services d'urgence sans hospitalisation s'accompagnera d'une concertation et d'une réflexion plus large avec les acteurs concernés (Agences régionales de santé, Régime maladie, ...) pour renforcer les coordinations avec les professionnels de santé, notamment :

- autour du dispositif PRADO,
- dans le cadre des expérimentations PAERPA,
- en matière de chirurgie ambulatoire,
- dans le cadre des passages aux urgences sans hospitalisation.

Article 8 – Le lancement d'expérimentations sur les logiques de Paniers de services

Partant des besoins identifiés lors de l'évaluation globale des besoins à domicile et de l'appréciation réalisée de l'état de fragilité de la personne, les trois régimes ouvrent un accès à des prestations individuelles convergentes qui couvrent les différents besoins du « bien vivre sa retraite », à savoir :

- les aides humaines et les aides techniques,
- la lutte contre l'isolement social,
- la prise en compte de l'environnement de la personne, en particulier l'habitat,
- les conseils en prévention, etc.

La CNAV, la CCMSA et le RSI s'engagent à expérimenter des interventions construites autour d'une logique de paniers de services, afin d'une part contribuer à la refondation de l'aide à domicile et d'autre part prendre en compte les évolutions des pratiques du secteur pour répondre plus efficacement aux besoins de prévention des retraités autonomes mais fragilisés.

Article 9 – Les lieux de vie collectifs

Afin de répondre aux besoins des retraités autonomes ou en risque de perte d'autonomie qui ne peuvent plus ou ne veulent plus vivre à leur domicile, la CNAV, la CCMSA et le RSI s'engagent à soutenir par différents moyens l'émergence de lieux de vie collectifs qui leur sont adaptés, tels que les logements-foyers, les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) ou encore les habitats regroupés.

Chapitre 3 – La gouvernance

Article 10 – La gouvernance nationale

La CNAV, la CCMSA et le RSI conviennent que le Comité de pilotage de coordination des politiques d'action sociale et de prévention de la perte d'autonomie en faveur des retraités CNAV-CCMSA-RSI assure la représentation de l'inter-régimes auprès des pouvoirs publics.

A ce titre, il est l'interlocuteur du Secrétariat général des ministères sociaux et des ARS sur les actions collectives et les schémas régionaux de prévention et de l'Assemblée des départements de France et des Conseils généraux sur la mise en œuvre de l'offre commune pour la préservation de l'autonomie.

Les orientations proposées par ce Comité de pilotage en matière d'action sociale pour la prévention de la perte d'autonomie sont soumises à validation préalable par les Conseils d'administration des caisses nationales et centrale des trois régimes.

Les documents préparatoires au Comité de pilotage et concernant l'objet de cette convention sont adressés au moins 8 jours avant les séances.

Article 11 – La gouvernance locale

La CNAV, la CCMSA et le RSI conviennent de généraliser la création de structures locales inter-régimes associant les équipes et administrateurs. Ces structures visent à :

- coordonner l'action sociale des caisses en matière de préservation de l'autonomie ;
- assurer le déploiement des actions sur l'ensemble des territoires ;
- consolider la visibilité des actions à destination des retraités et des professionnels.

Les structures locales inter-régimes seront l'interlocuteur conventionnel des ARS et des Conseils généraux concernant l'organisation territoriale de l'offre concertée, complémentaire et partenariale de prévention de la perte d'autonomie.

Les conventions passées dans ce cadre sont soumises à la validation des conseils d'administration respectifs.

Article 12 – Un partenariat avec les Conseils généraux et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

La CNAV, la CCMSA et le RSI s'engagent mutuellement à œuvrer ensemble pour que la clarification de l'offre commune inter-régimes favorise le partenariat avec les Conseils généraux. Ce partenariat doit contribuer à coordonner les interventions et surtout simplifier les démarches pour le public et améliorer le service rendu, notamment par l'échange d'informations autour des bénéficiaires d'aides individuelles ou encore la reconnaissance mutuelle des évaluations (GIR).

En tant qu'opérateur et financeur de prévention, les régimes de retraite souhaitent que l'offre inter-régimes de prévention contribue à la dynamique collective portée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et contribuer au pilotage territorial de la politique gériatrique des départements.

Article 13 – Un élargissement du partenariat de la convention

La convention relative à l'offre commune inter-régimes a vocation à s'étendre à d'autres régimes de retraite qui pourront s'inscrire dans la démarche, dès lors qu'ils en feront la demande expresse et par cooptation des demandeurs par le comité de pilotage national à l'unanimité de ses membres.

Article 14 – Le mode de mise en œuvre de la convention, le suivi et les conditions de renouvellement

Le suivi de la mise en œuvre des engagements de la présente convention sera supervisé par le Comité de pilotage de coordination des politiques d'action sociale et de prévention de la perte d'autonomie en faveur des retraités fragilisés CNAV-CCMSA-RSI, qui se réunit au moins une fois par an.

Article 15 – La durée de la convention

La présente convention prend effet à la date de sa signature par les parties pour une durée de deux ans et se renouvelle à droit constant par tacite reconduction. Toute dénonciation doit être formalisée par envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception deux mois avant l'échéance annuelle de la convention à chaque partie de la convention.

La présente convention pourra être modifiée, par voie d'avenant, à la demande d'un des trois signataires, notamment en fonction de l'évolution du contexte législatif et réglementaire ou de l'évolution des orientations des politiques d'action sociale respectives de la CNAV, de la CCMSA et du RSI.

Fait à Paris, le



En 3 exemplaires originaux

**La Caisse Nationale
d'Assurance Vieillesse**

**La Caisse Centrale de
la Mutualité Sociale
Agricole**

**Le Régime Social
des Indépendants**

**Le Président du Conseil
d'administration**

Le Président de la CCMSA

Le Président du RSI

Gérard RIVIERE

Gérard PELHATE

Gérard QUEVILLON

Le Directeur

Le Directeur Général

Le Directeur Général

Pierre MAYEUR

Michel BRAULT

Stéphane SEILLER