



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation de la convention d'objectifs et de
gestion 2014-2017 de la CNAMTS
- Qualité de service et organisation
du réseau -

ANNEXES
TOME II

Établi par

Emilie FAUCHIER-MAGNAN

Valérie SAINTOYANT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec le concours de Pierre VIDEMENT, stagiaire

- Septembre 2017 -

- N° 2017-008R -

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : BILAN DE LA COG ET DES ACTIONS MENEES.....	5
1 LA COG 2014-2017 ET SA DECLINAISON AU SEIN DE L'ASSURANCE MALADIE	5
2 BILAN DES ACTIONS PREVUES DANS LA COG	7
ANNEXE 2 : BILAN DES INDICATEURS	43
1 BILAN DE L'ATTEINTE DES INDICATEURS	43
2 ANALYSE DES INDICATEURS DE QUALITE DE SERVICE	46
3 ANALYSE QUALITATIVE DES INDICATEURS	51
ANNEXE 3 : ORGANISATION DU RESEAU DE L'ASSURANCE MALADIE	61
1 LE RESEAU DES CAISSES PRIMAIRES : CPAM, CCSS ET CGSS.....	62
2 LE SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE.....	66
3 LES CAISSES D'ASSURANCE RETRAITE ET DE LA SANTE AU TRAVAIL (CARSAT).....	68
4 LES DIRECTIONS DE LA COORDINATION DE LA GESTION DU RISQUE (DCGDR).....	70
5 LES CENTRES DE TRAITEMENT INFORMATIQUE (CTI).....	72
ANNEXE 4 : LE TRAVAIL EN RESEAU DE L'ASSURANCE MALADIE (TRAM).....	73
1 LA MUTUALISATION DANS LA BRANCHE MALADIE : DES INITIATIVES NOMBREUSES MAIS PEU STRUCTUREES JUSQU'A TRAM.....	73
2 ELABORATION DU PROJET TRAM DANS LE CADRE DE LA COG 2014-2017 : UNE UNIFORMISATION DES DISPOSITIFS DE MUTUALISATION AU SERVICE DE LA PERFORMANCE.....	74
3 LA DEFINITION DU DIMENSIONNEMENT DES MUTUALISATIONS ET DES CIBLES DE PERFORMANCE DANS LE CADRE DES CAHIERS DES CHARGES.....	75
4 L'ARTICULATION DES DIRECTIVES NATIONALES ET DES EQUILIBRES LOCAUX A TRAVERS LE SCHEMA REGIONAL.....	77
5 UN ACCOMPAGNEMENT RH DE LA MUTUALISATION ENCORE TROP HESITANT.....	78
6 ARTICULATION DU TRAM AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS STRUCTURANTS DU RESEAU ...	79
7 POINT D'ETAPE DU DEPLOIEMENT DE TRAM (AVRIL 2017).....	81

ANNEXE 5 : LE SYSTEME DE MANAGEMENT INTEGRE (SMI).....	85
1 LE SMI : UNE ARCHITECTURE SIMPLIFIEE ET COORDONNEE DES REFERENTIELS DE PROCESSUS.....	85
2 LES REFERENTIELS NATIONAUX DE PROCESSUS (RNP).....	86
3 UNE DEMARCHE RENOUVELEE D’OPTIMISATION DES PROCESSUS AUX NIVEAUX NATIONAL ET LOCAL.....	90
4 UN OBJECTIF A TERME D’OPTIMISATION DES PROCESSUS.....	91
ANNEXE 6 : ANALYSE DE TROIS PROCESSUS- CLE	93
1 PROCESSUS CMU-C/ACS	93
2 PROCESSUS TRAITEMENT DES IJ	103
3 PROCESSUS AFFILIATION/MUTATION.....	111

ANNEXE 1 : BILAN DE LA COG ET DES ACTIONS MENEES

1 LA COG 2014-2017 ET SA DECLINAISON AU SEIN DE L'ASSURANCE MALADIE

1.1 Un document volumineux, sans priorisation satisfaisante des projets

[1] La COG 2014-2017 comporte les mêmes défauts que les précédentes, déjà soulignés dans plusieurs rapports d'évaluation : il s'agit d'un document volumineux (235 pages), et peu lisible du fait de ses nombreuses subdivisions en « axes » (4), « fiches techniques » (21), « objectifs » (77) et actions (327). Pour ce qui est de la partie hors-GDR, regroupant 52 objectifs (pour 48 indicateurs) et 224 actions, le degré d'exhaustivité et de précision du document nuit à son caractère stratégique. En effet, ces engagements ne sont pas hiérarchisés, de sorte que les objectifs stratégiques de la CNAMTS et de son réseau n'apparaissent pas clairement à la lecture de la COG. Le texte s'apparente davantage à une description de l'ensemble des projets de la CNAMTS, parfois de nature anecdotique ou très générale (action 2.4 : déployer les actions les plus pertinentes sur l'ensemble du territoire), davantage qu'à un document contractuel stratégique. En particulier, les engagements en matière d'efficience et d'organisation territoriale sont peu précis.

[2] En comparaison, les objectifs et engagements de l'Etat contenus dans la COG, et faisant figure de contrepartie des actions de la CNAMTS, sont très peu développés (entre 5 et 10 lignes pour la plupart des fiches techniques) et se traduisent souvent par des formulations très générales (exemple de la fiche n°2 : l'Etat favorisera la formation et l'implication des professionnels).

[3] Le rapport d'évaluation de la COG 2010-2013, qui a ciblé ses investigations sur la qualité de service en faveur des assurés, regrettait l'absence d'avenant à la COG malgré plusieurs réformes importantes effectuées entre 2010 et 2013. Le même constat d'une relative "péremption" de la COG peut être réitéré pour la COG 2014-2017, du fait de la mise en place de réformes majeures qui ont mobilisé la CNAMTS, et impacté fortement le service public de l'assurance maladie (réforme de l'ACS à partir de juillet 2015, réforme de la PUMA par la LFSS pour 2016, généralisation du tiers-payant par la loi dite de modernisation de notre système de santé de 2016), ou les modalités de gestion d'organismes (infogérance de la LMDE par la CNAMTS depuis octobre 2015). Du fait de ces changements, une dizaine d'actions prévues en COG sont ainsi devenues désuètes, plusieurs autres ont été impactées indirectement, et certains indicateurs abandonnés sans être remplacés, rendant d'autant plus délicat le travail d'évaluation.

1.2 Un document néanmoins très structurant et bien décliné au niveau national et dans l'ensemble des organismes du réseau

[4] Pour autant, la COG, dans sa dimension hors gestion du risque, porte une fonction structurante certaine, tant au niveau national que dans l'activité du réseau de l'assurance maladie. La segmentation de la COG 2014-2017 selon les quatre mêmes axes que la COG précédente participe également de cette dimension structurante dans le temps.

[5] Au niveau national, l’alignement des différents documents programmatiques de l’Assurance maladie sur les 4 axes de la COG, tantôt repris tels quels dans une logique de communication interne (Projet d’Entreprise), ou adaptés dans une approche métier (Schéma Directeur des Ressources Humaines) et processus (Schéma Directeur des Systèmes d’Information), assure une orientation uniforme de l’ensemble des directions de la CNAMTS. Le tableau de bord du directeur général constitue une exception notable à cet alignement.

Encadré 1 : Le Schéma directeur des systèmes d’information (SDSI) de la CNAMTS

Elaboré en 2014, le SDSI de la CNAMTS effectue une synthèse des projets SI découlant de la COG assurance maladie (2014-2017), de la COG AT-MP (2014-2017) et des grandes orientations prévues alors pour la Stratégie Nationale de Santé. Il repose sur quatre orientations principales et transverses aux trois documents précités : l’enrichissement des services auprès des publics (assurés, professionnels de santé, établissements de soins, employeurs) ; la dématérialisation des processus ; l’exploitation des données de gestion en matière d’offre de soins et des bénéficiaires ; le développement de référentiels communs à la CNAMTS et ses partenaires.

Le SDSI constitue un outil stratégique et structurant sur l’ensemble de la période conventionnelle grâce à une priorisation des projets, lesquels se déclinent en programmes (à la priorité la plus forte, et eux-mêmes répartis selon les 4 grands objectifs mentionnés), projets prioritaires, et chantiers socles.

Deux annexes complémentaires inscrites respectivement dans la COG assurance maladie et le SDSI retracent l’articulation entre ces deux documents et garantissent leur cohérence : la cartographie des principaux projets informatiques du futur SDSI 2014-2017, qui reprend les enjeux SI pour chaque objectif de la COG, d’une part ; l’évaluation des projets de la cartographie au regard des enjeux de la COG assurance maladie 2014-2017, qui répartit les projets SI selon les 4 axes de la COG.

[6] Les engagements nationaux font également l’objet d’une déclinaison locale fidèle. Le plan des CPG des différentes entités du réseau (CPAM, DRSM et CARSAT en particulier, cf. tableau *infra*), ainsi que l’organisation des tableaux de bord locaux reprennent également le plan de la COG. Les CPG sont de fait perçus par les directeurs d’organisme comme un élément structurant dans l’organisation et le pilotage interne des organismes du réseau, bien que la multiplication des indicateurs puisse parfois être vue comme un frein. La pondération différenciée des CPG selon les types d’organismes permet en outre une adaptation pertinente des axes de la COG au cœur de métier des organismes, tout en garantissant un équilibre global entre les axes hors-GDR.

Tableau 1 : La déclinaison des objectifs COG dans les CPG des organismes du réseau

Plan de la COG 2014-2107	CPG Cpam	CPG Drsm	CPG Carsat	
Axe 1 : Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins	150 pts	100 pts	380 pts	630 pts
Axe 2 : Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers	300 pts	180 pts	120 pts	600 pts
Axe 4 : Renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie	250 pts	220 pts	200 pts	670 pts
Total partie hors GDR	700 pts	500 pts	700 pts	
Axe 3 : Contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficience du système de soins	300 pts	500 pts	300 pts	1100 pts
Total	1000 pts	1000 pts	1000 pts	

Source : Mission IGAS

1.3 Un suivi régulier et détaillé des actions prévues dans la COG, mais encore insuffisamment stratégique

[7] Le "suivi permanent des engagements" prévu par la COG (annexe 4) se traduit par une restitution annuelle fournie par la CNAMTS à la direction de la sécurité sociale, au printemps de l'année N+1. Du fait de la profusion d'engagements contenus dans la COG, les réunions annuelles de suivi de la COG ne permettent pas de couvrir l'ensemble des actions et s'apparentent davantage à une présentation par la CNAMTS de ses principales actions mises en œuvre l'année précédente. Pour le suivi précis des actions et la tenue du calendrier prévisionnel de déploiement, l'Etat reste fortement dépendant des informations fournies par la CNAMTS, sans possibilité véritable de challenger les conclusions proposées par la caisse nationale. Par ailleurs, les engagements de l'Etat ne sont pas traités formellement lors de ces réunions de bilan¹.

[8] Le « suivi permanent des engagements » gagnerait donc à clarifier les modalités précises de contrôle que l'Etat doit effectuer, notamment sur l'avancée de la mise en œuvre des actions, afin d'éviter les effets de « rattrapage » en dernière année de COG. D'autre part, la nature contractuelle de la COG appelle à un examen régulier des actions effectivement mises en œuvre par l'Etat au vu des engagements inscrits dans la convention.

2 BILAN DES ACTIONS PREVUES DANS LA COG

[9] La mission a réalisé une analyse détaillée, fiche par fiche, de l'atteinte des objectifs et des indicateurs par la CNAMTS pour ce qui est des fiches relevant de la mission (cf. tableau 2). Les autres fiches (n°7, n°8, et n°10 à 14) ont fait l'objet d'une analyse détaillée dans le cadre de la mission distincte COG CNAMTS relative à la gestion du risque.

Tableau 2 : Détail des fiches thématiques de la COG analysées dans le cadre de la mission

AXE 1 - Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins
FICHE 1 - Simplifier les démarches des assurés en favorisant la continuité des droits
FICHE 2 - Développer une démarche active pour favoriser l'accès aux droits et aux prestations, notamment pour les assurés les plus fragiles
FICHE 3 - Mieux informer les assurés sur le système de soins et l'accès aux prestations
AXE 2 - Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers
FICHE 5 - Assurer un service de base performant et homogène sur l'ensemble du territoire
FICHE 6 - Favoriser le canal de contact le plus adapté et développer l'offre de service en ligne
FICHE 9 - Organiser la dématérialisation des échanges avec les employeurs
AXE 3 - Contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficacité du système de soins
FICHE 15 - Poursuivre et renforcer la lutte contre la fraude, les activités fautives et abusives
AXE 4 - Renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie et conforter la performance des UGECAM
FICHE 16 - Approfondir le fonctionnement en réseau entre les caisses et les services du contrôle médical et renforcer les expertises
FICHE 17 - Améliorer la gestion des processus, poursuivre la dynamisation de la gestion du patrimoine immobilier et réduire les écarts de performance entre les organismes
FICHE 18 - Inscrire la responsabilité sociétale des organisations (RSO) au cœur de la stratégie d'entreprise de l'assurance maladie
FICHE 19 - Adapter les métiers et les parcours professionnels à l'évolution des missions d'assureur solidaire en santé
FICHE 20 - Favoriser l'adaptation du système d'information aux objectifs stratégiques de la COG
FICHE 21 - Conforter la performance des établissements de l'assurance maladie, certifier les comptes et s'assurer de la qualité de la prise en charge

Source : Mission IGAS

¹ Bien que ses travaux puissent offrir à la DSS des éléments complémentaires de suivi, la COG ne mentionne pas d'intervention de la mission nationale de contrôle (MNC). En effet, le programme de travail d'audit de la MNC est centré sur des audits réglementaires de processus, et non sur une évaluation de la COG.

[10] Le tableau présenté ci-après synthétise les résultats (en vert: actions mises en œuvre; en orange: actions partiellement mises en œuvre; en gris: actions devenues caduques; en rouge: actions non mise en œuvre). Les actions partiellement mises en œuvre ont été comptabilisées pour moitié pour l'atteinte de l'objectif, tandis que les actions devenues obsolètes (notamment du fait de dispositions réglementaires) ont été écartées. Selon cette méthode de calcul, la CNAMTS a mis en œuvre 81 % des actions prévues dans la COG dans le champ de la mission : 66 % des actions ont été mises en œuvre, 22 % partiellement, et seules 7 % des actions n'ont pas été conduites.

Tableau 3 : Mise en œuvre des actions prévues en COG au 31 décembre 2016 (hors GDR)

	Actions prévues	Actions mises en œuvre	Actions partiellement mises en œuvres	Actions non effectuées	Actions devenues obsolètes	TOTAL (Degré d'atteinte en %)
ENSEMBLE DES FICHES - MISSION QUALITE DE SERVICE ET EFFICIENCE	224	147	50	15	12	81,1%
		66%	22%	7%	5%	
AXE 1 - Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins	67	40	14	5	8	79,7%
		60%	21%	7%	12%	
FICHE 1 - Simplifier les démarches des assurés en favorisant la continuité des droits	28	13	8	1	6	77%
FICHE 2 - Développer eun démarche active pour favoriser l'accès aux droits et aux prestations, notamment pour les assurés les plus fragiles	24	18	3	2	1	85%
FICHE 3 - Mieux informer les assurés sur le système de soins et l'accès aux prestations	15	9	3	2	1	75%
AXE 2 - Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers	46	35	5	5	1	83,3%
		76%	11%	11%	2%	
FICHE 5 - Assurer un service de base performant et homogène sur l'ensemble du territoire	22	19	2	1	0	91%
FICHE 6 - Favoriser le canal de contact le plus adapté et développer l'offre de service en ligne	15	9	2	4	0	67%
FICHE 9 - Organiser la dématérialisation des échanges avec les employeurs	9	7	1	0	1	94%
AXE 3 - Contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficience du système de soins	24	15	7	1	1	80,4%
		63%	29%	4%	4%	
FICHE 15 - Poursuivre et renforcer la lutte contre la fraude, les activités fautives et abusives	24	15	7	1	1	80%
AXE 4 - Renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie et conforter la performance des UGECAM	87	57	24	4	2	81,2%
		66%	28%	5%	2%	
FICHE 16 - Approfondir le fonctionnement en réseau entre les caisses et les services du contrôle médical et renforcer les expertises	18	13	4	0	1	88%
FICHE 17 - Améliorer la gestion des processus, poursuivre la dynamisation de la gestion du patrimoine immobilier et réduire les écarts de performance entre les organismes	14	11	3	0	0	89%
FICHE 18 - Inscrire la responsabilité sociétale des organisations (RSO) au cœur de la stratégie d'entreprise de l'assurance maladie	7	7	0	0	0	100%
FICHE 19 - Adapter les métiers et les parcours professionnels à l'évolution des missions d'assureur solidaire en santé	6	3	3	0	0	75%
FICHE 20 - Favoriser l'adaptation du système d'information aux objectifs stratégiques de la COG	18	11	7	0	0	81%
FICHE 21 - Conforter la performance des établissements de l'assurance maladie, certifier les comptes et s'assurer de la qualité de la prise en charge	24	12	7	4	1	67%

Source : Mission IGAS

Fiche 1 : Simplifier les démarches des assurés en favorisant la continuité des droits

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 1 - Mettre en œuvre les nouvelles conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et proposer d'autres mesures de simplification	1.1	Mettre en œuvre les dispositions du décret du 27 décembre 2013 relatives aux nouvelles conditions d'ouverture de droits aux prestations en nature	DDO - DMOA	2014-2017	Le décret du 27/12/2013 ne s'applique plus du fait de la réforme de la PUMA
	1.2	Accompagner le réseau dans la prise en charge des évolutions du SI et renforcer la qualité des fichiers	DDO - DMOA Voir D2OM	2014-2017	Extension du périmètre d'anomalies : - assuré sans rattachement - carte vitale valide avec régime fermé de plus de 6 mois - inactifs de l'UGE 8822 - situations des PJ de plus de 5 ans sans consommation de soins - étudiants
	1.3	Accompagner les assurés en fin de droit	DDO - D2OM	2014-2017	Suppression de l'objectif du fait de la réforme de la PUMA
	1.4	Etendre à deux ans la durée de validité de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)	DDO - DMOA	2014	Durée de validité des cartes CEAM portée à 2 ans pour toutes les cartes traitées depuis le 8 juillet 2014
	1.5	Aligner l'ouverture de droits à la CMU de base sur l'année civile, transférer les appels à cotisations à l'ACOSS et procéder à l'uniformisation des liaisons CPAM/URSSAF	DDO - D2OM	2014-2015	Suppression de l'objectif du fait de la réforme de la PUMA
	1.6	Transférer aux URSSAF les appels et le recouvrement des cotisations des bénéficiaires de la CMU-B	DDO - D2OM	2016	Suppression de l'objectif du fait de la réforme de la PUMA
	1.7	Proposer un allègement des formalités administratives pour les chômeurs ayant épuisé leur droit à indemnisation	DDO - DMOA	2014	Affiliation sur critère de résidence des chômeurs non indemnisés Abandon des travaux d'échange d'information avec Pôle emploi pour les chômeurs non indemnisés, du fait de la réforme de la PUMA
	1.8	Etudier et mettre en œuvre, en lien avec les autres acteurs (CNAV, CLEISS), les actions d'optimisation du processus d'immatriculation des assurés étranger (NIA...)	DDO - D2OM	2015	La mise en oeuvre n'est pas encore opérationnelle, en raison d'une mise en production décalée entre la CNAV et la CNAMTS. En revanche, les actions suivantes ont été menées :- Validation du principe du rattachement RNIAM sur le Numéro d'Identification d'Attente (NIA)- Possibilité pour les OPS abonnés d'apporter des pièces et commentaires au dossier d'identificationPréparation de la phase de "cohabitation" CNAV-CNAM

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	1.9	Etudier la possibilité de centraliser l'affiliation des salariés étrangers travaillant en France et, le cas échéant, mettre en place une organisation dédiée	DDO - D2OM	2016	Centralisation à la CPAM de Paris de la gestion de certaines catégories de salariés étrangers : - assistants de langue étrangère - mannequins étrangers - salariés étrangers des entreprises d'IDF - titulaires de passeports talents - stagiaires aides familiaux étrangers
	1.10	Participer aux travaux de simplification des formulaires CERFA	DDO - D2OM	2014-2017	Mise à jour des formulaires CERFA avec prise en compte de la réforme de la PUMA et diffusion : - 1ère affiliation, mutation, droit d'option - déclaration en vue du rattachement à la sécurité sociale des étudiants - demande de rattachement des enfants mineurs à l'un ou aux deux parents
	1.11	Déployer le NIA dans le réseau	DDO - DMOA	2016	Etudes d'impact SI réalisée, mais dépriorisation des travaux du côté de la CNAV (du fait de son implication dans la DSN)
	1.12	Etudier la possibilité d'une téléprocédure pour l'affiliation/immatriculation des salariés nés à l'étranger et, le cas échéant, la déployer	DDO - DMOA	2015-2017	Mise en production du téléservice limitée à la CPAM de Paris
	1.13	Etudier la possibilité de mettre en œuvre une gestion centralisée des demandes d'affiliation et d'immatriculation des salariés étrangers détachés en France par leur entreprise	DDO - D2OM	2015-2017	Deux processus font l'objet d'une mutualisation dans le cadre du TRAM : - Relations internationales : gestion des salariés étrangers détachés en France - PFS Employeurs : gestion des détachements de moins de trois mois. Mission MNC en cours.
Objectif 2 - Renforcer la qualité des droits ouverts par le déploiement de la DSN et l'optimisation des échanges avec les partenaires	1.14	Prendre en compte dans les chaînes de traitement les flux courants de la DSN	DDO - DMOA	2014-2016	Report de la généralisation de la DSN à 2018
	1.15	Prendre en compte dans les chaînes de traitement les flux évènementiels de la DSN (ex. : 1ère activité, reprise d'activité, changement de statut du salarié...)	DDO - DMOA	2017	Report à 2018, après généralisation de la DSN
	1.16	Finaliser la refonte de la chaîne chômage pour intégrer les flux Pôle-emploi des chômeurs indemnisés ou non-indemnisés dans la chaîne OD cible	DDO - DMOA	2014-2015	Traitement effectué pour les chômeurs indemnisés. Traitement abandonné pour les chômeurs non indemnisés.

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	1.17	Accompagner le réseau dans l'utilisation du RNCPS sur les différents processus métiers et mettre en œuvre des requêtes pour favoriser le recours aux droits et simplifier les processus d'affiliation des assurés 2014-2017	DDO - D2OM	2014-2017	4 lettres réseaux diffusées : - LR-DDO-143/2014 sur l'utilisation du RNCPS- LR-DDO-113/2015 sur le traitement des données transmises par la DGFIP- LR-DDO-17/2016 sur le recours au RNCPS dans le cadre du renouvellement ACS- LR-DDO-116/2016 sur le recours au RNCPS dans le cadre de la PUMA
	1.18	Injecter dans les chaînes de traitement les flux CNAF relatifs à l'attribution de la CMU-C immédiate (3 mois) aux nouveaux allocataires du RSA	DDO - DMOA	2014	Dispositif mis en œuvre depuis octobre 2014 (LR-DDO-144/2016), mais les résultats en termes de volumes traités sont décevants du fait de la non-utilisation par les CAF. Pas d'évolution réglementaire prévue par la DSS
	1.19	Mettre en place avec la CNAF les échanges nécessaires à la subrogation des prestations d'invalidité pour les bénéficiaires du RSA ou de l'AAH	DDO - DMOA	2014	Injection des fichiers par la CNAM en 2014 ; correctifs apportés par la CNAF en 2015.
	1.20	Organiser le signalement aux CAF des périodes de perception d'IJ par les bénéficiaires du RSA ou de l'AAH	DDO - DMOA	2015	Le projet a été réorienté vers une solution globale correspondant aux besoins de la CNAM et la CNAF. L'expression de besoins n'a pas été finalisée en 2016 après les échanges CNAM/ CNAF, et le sujet a été dépriorisé de la feuille de route 2017 à la faveur d'autres projets réglementaires prioritaires.
	1.21	Mettre en place un téléservice de déclaration de grossesse incluant le transfert d'informations vers les CAF	DDGOS - P2	2014	Téléservice Déclaration Simplifiée de Grossesse généralisé en 2015 (LR DDGOS-69/2015). 98% des assurés sont couverts. Taux moyens de dématérialisation de 18% seulement début 2017.
	1.22	Développer les échanges entre l'Assurance Maladie et les établissements pénitentiaires et étudier la possibilité de dématérialiser la « fiche navette » entre caisses et établissements pénitentiaires	DDO - DMOA voir D2OM	2014-2017	Circuit de dématérialisation national élaboré en 2015, mais non validé par la DGOS. Travaux en cours pilotés par la DSS.
Objectif 3 - Améliorer le recours à la CMUC et à l'ACS	1.23	Participer à l'expérimentation relative à la mise en œuvre d'un dossier de demande simplifié de prestations sociales et contribuer à son évaluation	DDO - D2OM	2014	Travaux de simplification portant sur la mise en place d'un dossier de demande unique pour 7 prestations abandonnés après arbitrage mi-2014
	1.24	Formaliser les propositions de simplification relatives à l'examen des conditions de ressources des demandeurs de la CMU-C	DDO - D2OM	2014	2014 : Travaux de simplification portant sur la mise en place d'un dossier de demande unique pour 7 prestations abandonnés après arbitrage mi-2014 2016 : note transmise par la DDO et la DDGOS à la DSS.

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	1.25	Contribuer à la réflexion sur le renouvellement automatique de l'ACS aux bénéficiaires de l'ASPA et, le cas échéant, mettre en œuvre cette disposition	DDO - D2OM	2015	Disposition prévue par la loi ASV du 29/12/2015 Premier palier en janvier 2016 (LR DDO 17/2016) : 18000 renouvellements automatiques réalisés en 2016. Cependant les échanges automatiques avec la CNAV ne sont pas opérants. Le cahier des charges a été rédigé par la CNAMTS, mais les développements n'ont pas démarré faute de capacité à la MOE. Le projet sera au mieux opérationnel début 2018.
	1.26	Proposer l'extension de la durée d'ouverture des droits à l'ACS pour les populations aux revenus stables et, le cas échéant, mettre en œuvre cette disposition	DDO - D2OM	2015	Mesure non retenue par la tutelle, au profit du renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA
	1.27	Mettre en œuvre des requêtes RNCPS pour favoriser le recours aux droits	DDO - DMOA voir D2OM	2014-2017	ACS : Requêtes collectives sur le non recours à l'ACS ne sont pas exploitables (correctif prévu pour 2017). CMU-C : Test des requêtes sélectionnant les bénéficiaires du RSA sans CMU-C à partir de 2017.
Objectif 4 - Identifier la possibilité de simplifier la gestion des indemnités journalières	1.28	Proposer et mettre en œuvre des mesures de simplification documentées (mesures d'impact) relatives aux règles d'ouverture de droit et de calcul des IJ maladie, maternité, invalidité et AT-MP	DDO - D2OM	2014	Propositions de simplifications envoyées à la DSS : plusieurs réunions en 2014 et 2015. Premier dispositif approuvé par le cabinet santé, sur la base d'une étude d'impact, avec demande de précisions sur certains publics (chômeurs, multi-employeurs, intérimaires) Transmission d'éléments complémentaires par la CNAM, et réflexion sur l'amélioration des délais de paiement et sur le DSNDispositif proposé en attente de décision par le cabinet en 2016.
Engagements de l'Etat		Prendre des mesures législatives ou réglementaires de simplification			
		Faciliter les démarches à réaliser auprès de la CNIL : suivi des évolutions concernant la liste des données communiquées par l'administration pénitentiaire à l'AM dans le cadre du déploiement de GENESIS			
		Définir les circonstances constitutives de la force majeure et associer l'AM aux travaux de simplification des procédures d'identification			
		Associer la CNAM à l'évaluation de l'expérimentation du dossier simplifié de demande de prestations sociales, et à son déploiement le cas échéant			
		Faciliter les échanges d'information entre l'AM et ses partenaires			

Fiche 2 : Développer une démarche active pour favoriser l'accès aux droits et aux prestations, notamment pour les assurés les plus fragiles

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 5 - Elaborer et mettre en œuvre dans les organismes la démarche PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non-Recours, des Incompréhensions et des Ruptures)	2.1	Elaborer dans les caisses les plans d'actions locaux structurés autour de : Diagnostics de la situation socio-économique de la circonscription	DDO - D2OM	2014	Déploiement du dispositif PLANIR (LR DDO 209/2013). Mise en place d'un espace dédié dans Medi@m. Instructions données au réseau pour formaliser les remontées de terrain et les propositions d'action (LR DDO 62/2014).
	2.1	Elaborer dans les caisses les plans d'actions locaux structurés autour de : Analyse des risques de non-recours, de ruptures et d'incompréhensions	DDO - D2OM	2014	Mise en place des Observatoires régionaux des situations de fragilité par les CARSAT, CRAMIF et CGSS. Mise en place de requêtes pour l'extraction de données territorialisées (LR DDO 124/2014)
	2.1	Elaborer dans les caisses les plans d'actions locaux structurés autour de : Fixation des objectifs au regard des risques majeurs identifiés	DDO - D2OM	2014	Les plans locaux ont été remontés au 30/06/2014. Un état des lieux du déploiement de la démarche en 2014 a été élaboré.
	2.1	Elaborer dans les caisses les plans d'actions locaux structurés autour de : Définition des actions et leur calendrier de mise en œuvre	DDO - D2OM	2014	
	2.1	Elaborer dans les caisses les plans d'actions locaux structurés autour de : Sélection des mesures d'évaluation	DDO - D2OM	2014	Les 4 actions labellisées PLANIR ont été diffusées en mars 2016 par 4 LR-DDO distinctes (43/2016 : PASS ; 42/2016 : LUP ; 45/2016 : PSJ ; 41/2016 : ASE) , invitant une mise en œuvre des dispositifs au 30 juin 2016 au plus tard (30 septembre pour la ligne urgence précarité). Une 5ème action (CMU C / ACS) a été diffusée par la LR-DDO-102/2016. Dispositif PFIDASS expérimenté en 2016 par 21 CPAM. Il va être généralisé au cours de 3 vagues : avril 2017 (22 CPAM), octobre 2017 et avril 2018. En revanche, l'action prévue pour l'année 2017 concernant les majeurs protégés n'avait pas encore fait l'objet de LR à mi-2017.
	2.2	Mettre en œuvre les plans d'actions locaux en veillant à leur articulation avec les démarches engagées sous l'égide des pouvoirs publics pour améliorer l'accès aux droits	DDO - D2OM	2014-2015	Rendez-vous attentionnés pour les primo-demandeurs de CMUC/ACS : 60000 en 2016 (18% de la population concernée) Rendez-vous du Service Social pour l'utilisation des chèques ACS : 64000 en 2016
	2.3	Procéder à l'évaluation des plans d'actions déployés dans le réseau	DDO - D2OM	2015	Mise en place d'indicateurs pour les 4 actions labellisées, mais l'évaluation n'interviendra qu'au 2ème semestre 2017
	2.4	Déployer les actions les plus pertinentes sur l'ensemble du territoire	DDO - D2OM	2016-2017	Campagnes OSMOSE pour la promotion de l'ACS auprès des publics éligibles à partir des BDO du SI. Nouvelle méthode et outil de sélection des actions les plus pertinentes mis en place en 2016 et diffusés au réseau en 2017 (LR ?)

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	2.5	Diffuser des recommandations nationales sur le versement d'indemnités journalières provisoires	DDO - D2OM	2015	Aucune consigne n'a été donnée sur les IJ provisoires puisque la simplification des IJ permettait de payer plus rapidement, notamment via la DSN et les automatisations consécutives.
Objectif 6 - Développer les partenariats	2.6	Identifier les partenariats à nouer au plan national afin de faciliter et de structurer les démarches initiées localement dans le cadre du PLANIR	DDO - D2OM	2014-2015	Seul un partenariat a été conclu au niveau national, avec l'UNCCAS (bilan du partenariat en 2016). Plusieurs partenariats ont été encouragés au niveau local dans le cadre de PLANIR (missions locales (Parcours Santé Jeunes), conseils départementaux (bénéficiaires ASE), PASS des établissements hospitaliers).
	2.7	Poursuivre la déclinaison locale du protocole national avec l'UNCCAS et en évaluer l'efficacité au regard de l'accès aux droits et aux soins	DDO - D2OM	2015	Bilan au 31/12/2016 : 90 CPAM signataires, 1 134 conventions signées avec un CCAS.
	2.8	Poursuivre la promotion de l'offre de service des CES, notamment auprès des partenaires accueillants des personnes éloignées du système de santé	DDO - D2OM	2014-2015	Promotion du bilan de santé dans le cadre du Parcours Première affiliation, en direction des jeunes en situation de vulnérabilité (déploiement en 2014) Parcours sénior intégrant une offre particulière des CES.
	2.9	Renforcer les partenariats pour améliorer l'accès aux droits des étudiants isolés	DDO - D2OM	2015	Aucun partenariat n'a été construit sur cette thématique. L'action PLANIR a abouti à un parcours santé jeune et à des partenariats avec les missions locales.
	2.10	Elaborer une lettre institutionnelle pour les partenaires afin de faire connaître les nouveaux services de l'Assurance Maladie	DDO - D2OM	2017	Mise en place d'un dispositif spécifique en 6 modules, uniquement dans le cadre de la mise en place des MSAP
	Objectif 7 - Développer un accompagnement personnalisé pour mieux répondre aux besoins des assurés sociaux	2.11	Compléter le parcours « Première affiliation » par une offre élargie à destination du public des jeunes	DDO - D2OM	2016
2.11		Soutenir les jeunes en situation de vulnérabilité pour le recours aux soins.	DDO - D2OM	2014-2017	En 2016, 23 944 jeunes ont été accompagnés par le Service social, dans le cadre de PLANIR (parcours santé jeunes, actions envers les bénéficiaires de l'ASE) et de PFIDASS
2.12		Concevoir et déployer, en partenariat avec la CNAV, une offre à destination du public Seniors	DDO - D2OM	2014	Lancement du Plan Proximité Autonomie en Age Avancé (P3A) à partir de 2014 (LR-DDO-208-2014). Mise en place d'actions au niveau régional et départemental, avec des informations collectives à partir de 2015 Diffusion d'un guide de bonnes pratiques conjoint CNAM-CNAV (LR DDO 173-2016) à partir de 2016
2.12		Accompagner les personnes au moment du passage à la retraite en situation de fragilité	DDO - D2OM	2014-2017	Mise en place d'un parcours sénior (LR-DDO-208/2014) par le service social, à destination des personnes en situation de fragilité lors du passage à la retraite : - 2014 : 16 000 bénéficiaires - 2015 : 43 905 bénéficiaires - 2016 : 49 186 bénéficiaires

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	2.13	Proposer un accompagnement social aux assurés malades atteints de pathologies lourdes et invalidantes	DDO - D2OM	2015	Mise en place du programme "Pathologies lourdes et invalidantes" par le service social à partir de 2015. 21256 bénéficiaires en 2015, 46730 bénéficiaires en 2016. Autodiagnostic des CARSAT, CRAMIF et CGSS en 2015 dans le but d'améliorer les activités déployées localement
	2.14	Prévenir les risques de précarisation des assurés en arrêt de travail	DDO - D2OM	2014-2017	Accompagnement des assurés en arrêt de travail longue durée (90 jours) par le service social dans le cadre de la PDP : - 61 000 accompagnements en 2014- 137 000 accompagnements en 2015- 177 100 accompagnements en 2016
	2.15	Participer à l'expérimentation de l'offre « Accident de travail grave ou complexe » pilotée par la branche Risques Professionnels	DDO - D2OM	2014-2016	Expérimentation de l'offre "Accident de travail grave ou complexe" (LR DDO-158-2014) en décembre 2014 - 2015 : 107 bénéficiaires - 2016 : 351 bénéficiaires
	2.16	Mettre en œuvre, au côté du Fonds CMU des actions d'identification et d'information des bénéficiaires de l'ACS pour assurer leur basculement vers les contrats sélectionnés dans le cadre de la mise en concurrence	DDO - D2OM	2014-2015	Mise en place d'une campagne de communication (fin juin 2015) 2015 : Mise à disposition d'outils de communication et révision des documents adressés aux assurés en matière d'ACS (4 lettres au réseau), Accompagnement des bénéficiaires du chèque ne l'ayant pas utilisé dans les 3 mois 2016 : Plusieurs lettres réseau afin d'adapter l'accompagnement à la réforme de l'ACS, le développement de PLANIR (promotion ACS à partir de données des SI) et OSMOSE (incitation au renouvellement), et campagne de communication ACS de la CNAM
Objectif 8 - Lutter contre les inégalités sociales de santé par le biais de la politique d'action sanitaire et sociale	2.17	Développer une politique équilibrée dans le cadre de la gestion de la dotation paramétrique	DDO - DRAC	2014-2016	Modification des critères d'allocation de la dotation paramétrique votée en 2015 (LR DDO 82-2015) Axes nationaux retenus par le Conseil en 2016 : diminution des aides additionnelles à l'ACS, hausse des aides au lissage des effets de seuil de l'ACS, et PDP Si la diminution des aides additionnelles a connu un certain impact au niveau local, le développement des actions de PDP a été très modéré.
	2.18	Offrir un accompagnement social à la sortie d'hospitalisation	DDO - D2OM	2014-2017	Offre d'accompagnement dans le cadre de PRADO et ARDH : - 2014 : 70 000 accompagnements - 2015 : 75 600 accompagnements - 2016 : 82 112 accompagnements
Engagements de l'Etat		Favoriser la formation et l'implication des professionnels travaillant auprès des PASS pour l'utilisation des téléservices liés au déploiement de FIDES			

Fiche 3 : Mieux informer les assurés sur le système de soins et l'accès aux prestations

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 9 - Mieux informer les assurés sociaux sur leurs droits et la prise en charge de leurs soins	3.1	Mener des campagnes soutenant le déploiement des téléservices : le compte ameli et les applications smartphone et tablettes), ameli-direct, les simulateurs, les bornes interactives	DICOM	2014-2017	3 campagnes menées : - 2014-2015 : CEAM, messagerie, attestations - janvier 2016 : actions RP, habillage ameli - novembre 2016 : appli tablette
	3.2	Afficher l'ouverture de droits dans le compte assurés	P1	2014	Le service a été mis en ligne le 27 mai 2015.
	3.3	Mettre en place une e-newsletter	DICOM	2016	En 2016, une newsletter a été lancée à destination des médecins. Aucune newsletter n'a été mise en place pour les assurés, bien qu'un audit ait été mené en 2015.
	3.4	Intégrer des fonctionnalités de géolocalisation au service ameli-direct et enrichir l'information (indicateurs qualité des établissements, dentistes, centres de santé...)	DDGOS	2014-2015	Géolocalisation mise en place avec informations concernant les centres de santé, les dentistes, les sages-femmes, et les honoraires d'activité
	3.5	Définir et mettre en œuvre une politique nationale d'accompagnement des refus et des éventuels indus	DDO - D2OM	2015	Report pour se concentrer sur la mise en place de PLANIR et PFIDASS
	3.6	Renforcer l'accessibilité du site ameli.fr au bénéfice des personnes handicapées	DICOM	2017	Amélioration du niveau d'accessibilité du site ameli dans sa nouvelle version (depuis début mai 2017)
Objectif 10 - Mettre à la disposition des assurés les informations utiles en fonction de leur situation de vie	3.7	Refondre l'éco-système ameli et ses 7 sites autour d'un point d'entrée unique : ameli.fr	DICOM	2017	Refonte du site Ameli en mai 2017
	3.8	Construire une ergonomie permettant de fluidifier la navigation de l'assuré social au regard de ses attentes et de sa situation de vie	DICOM	2017	Refonte du site Ameli en mai 2017 avec une nouvelle arborescence simplifiée
	3.9	Concevoir et déployer un parcours attentionné « Seniors »	DDO - D2OM	2014	Mise en place d'un parcours sénior (LR-DDO-208/2014) à destination des personnes en situation de fragilité lors du passage à la retraite : - 2014 : 16 000 bénéficiaires - 2015 : 43 905 bénéficiaires - 2016 : 49 186 bénéficiaires Mise en place du P3A et d'informations collectives à destination des futurs retraités

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	3.10	Concevoir et déployer un parcours attentionné « Relations internationales »	DDO - D2OM	2015	Ce parcours n'a pas été mis en place. La mise en place de la gestion centralisée pour certains travailleurs étrangers à la CPAM de Paris constitue selon la CNAMTS un élément de parcours.
	3.11	Concevoir et déployer un parcours attentionné « Entrée en ALD »	DDO - D2OM	2015	Diffusion du parcours " entrée en ALD " par LR-DDO-180/2016
	3.12	Compléter et promouvoir le parcours « Première affiliation »	DDO - D2OM	2016	Report à 2017 du fait de l'entrée de la PUMA, et stratégie orientée vers les 18 ans et +
Objectif 11 - Mieux valoriser l'information sur la santé et les offres de prévention	3.13	Soutenir par des actions de communication ad hoc le développement des offres de prévention (vaccination, bilan bucco-dentaire, dépistage des cancers...) et des services en santé (prévention primaire, accompagnement des malades chroniques, retour à domicile...)	DICOM	2014-2015	Campagnes mises en place - 2014 : Sophia asthme, vaccination grippale, dentition en école primaire - 2015 : Sophia asthme, vaccination grippale, Santé active - 2016 : Sophia diabète, vaccination grippale, Santé active
	3.14	Développer, en page d'accueil d'ameli-santé, des entrées ciblées par public : à minima « mère-enfant » et « jeunes 16-25 ans »	DICOM	2014-2015	La rubrique "Santé" dusite ameli comporte des entrées "Grossesse et naissance", "Enfants", "Adolescents" et "Seniors". La mise en ligne est prévue début mai 2017. (J'ai vérifié sur le site)
	3.15	Mettre en ligne 20 nouveaux thèmes de santé et 11 fiches pratiques sur ameli-santé afin de mieux répondre aux attentes des assurés	DICOM	2014-2015	Pathologies et fiches pratiques mise en lignes en 2014 : - 11 Fiches pratiques : Comment choisir, mettre et entretenir vos lentilles de contact ? Comment prendre soin de ses pieds ? Comment prévenir les chutes des personnes âgées ? Comment se déroule un fond d'oeil ? Comment donner le bain à un nourrisson ? Comment soigner une plaie ? Comment préparer sa trousse de médicaments pour partir en voyage ? Comment aider une personne âgée à se laver ? Comment lire les résultats d'une prise de sang ? Comment se passe une IRM ? Comment se passe une amniocentèse ? - 20 nouveaux thèmes de santé : Alcool et santé, phimosis, canicule, dermatite séborrhéique, troubles du langage oral de l'enfant, mal des transports, hypersudation, enrouement, tremblement, allergie alimentaire, intolérance au gluten, traumatisme de l'ongle, syndrome des jambes sans repos, dyspraxie, épilepsie, intolérance au lactose, pilosité excessive, méningite, troubles du langage écrit enfant, adénome de la thyroïde

Fiche 5 : Assurer un service de base performant et homogène sur l'ensemble du territoire

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 1 - Consolider la gestion du processus Vitale dans le cadre de la mise en œuvre des droits en ligne	5.1	Afficher les droits des assurés sociaux dans le compte	P1	2015	Le service a été mis en ligne le 27 mai 2015.
	5.2	Renforcer la qualité des bases de données	DDSI	2014-2017	Un projet de « Quick Win » épuration de bases a été lancé, il a pour objectif de supprimer les données obsolètes gérées en BDO, c'est-à-dire de supprimer les données des assurés mutés depuis plus de 27 mois, où décédés dans le même délai, de façon automatique en optimisant le programme déjà en production, la recette fonctionnelle est terminée et la mise en production est prévue d'ici le mois de juin 2017. En complément, un autre projet de calage des référentiels (BDO/RFI/RNIAM) va être déployé de 2017 à 2018 pour assurer une épuration des données obsolètes du RFI et faciliter les traitements réalisés sur ce référentiel, et optimiser les routages de dossiers adosser sur le référentiel national.
	5.3	Déployer les outils de pilotage du processus carte Vitale	DDO - DMOA	2014	Mise en place de tableaux de bord à partir de janvier 2016 (LR DDO 18-2016)
	5.4	Dématérialiser le processus pli-collecte photo pour la demande de carte Vitale	DDO - DMOA	2015	La mise en place du nouveau téléservice de dématérialisation du pli collecte a eu lieu en décembre 2015 (LR-DDO-206/2015). L'accompagnement du front office a fait l'objet d'instructions au réseau en décembre 2015 (LR-DDO-2016-2015).
Objectif 2 - Conforter les délais de paiement des prestations en nature et améliorer ceux relatifs aux revenus de substitution	5.5	Maintenir les délais de paiement des feuilles de soins papier résiduelles grâce à l'extension des nouvelles fonctionnalités de l'outil Synergie (nouvelles catégories de Professionnels de Santé : pharmaciens, chirurgiens-dentistes)	DDO - DMOA	2014	Outil synergie étendu à l'ensemble des professionnels de santé, à l'exception des transports, Délai en 2016 : 15,9 pour les assurés, et 15,5 pour les PS
	5.6	Conforter les délais de paiement des indemnités journalières grâce aux évolutions offertes par le déploiement de la DSN et de nouveaux projets informatiques (ex. q.w. AAT)	DDO - DPPR	2014-2017	Délais confortés
	5.7	Conforter le délai de paiement des FSE par des actions de sensibilisation des professionnels de santé et des assurés au bon usage de la carte Vitale	DDO - D2OM	2014	Des consignes ont été diffusées au réseau sur l'harmonisation du traitement des rejets (LR 118/2015), puis renforcement dans le cadre du TPG
Objectif 3 - Renforcer l'accessibilité et la	5.8	Définir la stratégie nationale de déploiement des accueils limitrophes et réaliser des recommandations permettant aux caisses de préciser leur stratégie d'implantation	DDO - D2OM	2014-2017	Absence de stratégie nationale et de recommandations pour les caisses

RAPPORT IGAS N°2017-008R

qualité de service en accueil physique	5.9	Renforcer l'accessibilité des espaces d'accueil pour les personnes à mobilité réduite	DDO - DRAC	2014-2015	Diffusions de 2 lettres réseau en 2014 et 2 lettres réseau en 2015 permettant d'atteindre 74% de mise en conformité en 2015.
	5.10	Formuler des préconisations d'organisation de la gestion des accueils et les déployer	DDO - D2OM	2014-2015	2015 : déploiement national du parcours assuré 2016 : déploiement complété par la mise en place de la stratégie d'accueil sur rendez-vous
	5.11	Réaliser un bilan des expérimentations des accueils sur rendez-vous	DDO - D2OM	2014	Le bilan des expérimentations des accueils sur rendez-vous a été réalisé en décembre 2014
	5.12	Définir la stratégie nationale de mise en place d'une politique d'accueil sur rendez-vous	DDO - D2OM	2015	Définition d'une stratégie d'accueil sur rendez-vous en 2015 Mise en place d'une stratégie d'accueil pour les demandeurs de CMU-C (LR DDO 143-2016)
	5.13	Déploiement de la politique d'accueil sur rendez-vous dans le réseau	DDO - D2OM	2016-2017	Définition d'une stratégie d'accueil sur rendez-vous en 2015 Mise en place d'une stratégie d'accueil pour les demandeurs de CMU-C (LR DDO 143-2016)
	5.14	Offrir un service de prise de rendez-vous dans le compte	P1	2015	Mise en place d'un service de prise de rendez-vous dans le compte Ameli pour l'ACS et les IJ
	5.15	Acquérir et déployer un nouvel outil national de gestion de file d'attente intégrant l'organisation des rendez-vous dans les points d'accueil	P1	2015	Acquisition de l'outil e-GFA, et déploiement en cours (en 2016, 64 organismes couverts par l'outil). Fin du déploiement prévu pour 2017.
Objectif 4 - Renforcer le dispositif « d'écoute » de ses publics et améliorer la qualité des réponses écrites et téléphoniques	5.16	Mener une étude d'opportunité sur les évolutions techniques de l'enquête de satisfaction (source de l'échantillon, requêtes, volumétrie, canal utilisé) et tester le nouveau format d'enquête	DDO - D2OM	2014	De nouvelles enquêtes ont été développées (attentes et besoins, satisfaction de nos publics) en dehors des baromètres de satisfaction habituels, avec utilisation accrue du canal Web.
	5.17	Permettre un traitement du dossier plus global grâce à la mise à disposition d'une fiche bénéficiaire	DDO - D2OM	2015	La fiche bénéficiaire qui permet une vision à "360°" de la situation de l'assuré a été diffusée au réseau en 2014. Elle a fait l'objet d'un accompagnement dans le réseau.
	5.18	Déployer la BNC sur l'ensemble des processus	DDO - D2OM	2014-2015	Déploiement de la BNC pour 4 processus seulement : PE, PN, GDB et Précarité
	5.19	Optimiser la bibliothèque de courriels	DDO - D2OM	2014	2014 : refonte de la bibliothèque de réponses type Eptica (LR-DDO-210/2014), et élaboration des bibliothèques de réponse e-mail type pour le service médical (LR-DDO-40/2015)

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Objectif 5 - Améliorer l'analyse des réclamations pour renforcer la qualité de service offerte aux assurés	5.20	Mesurer et analyser les réclamations liées à la non-qualité	DDO - D2OM	2015	Les réclamations ont systématiquement été analysées lors de la conception des Référentiels Nationaux de Processus (FSE-FSP, GDB, reconnaissance ATMP, CMUC-ACS, ...) mis en place dans le cadre du déploiement du SMI.
	5.21	Elaborer des plans d'actions visant à optimiser les processus pour améliorer la qualité	DDO - D2OM	2015-2017	Mise en place d'un guide "écoute client" et d'une analyse des réclamations dans le cadre des RNP La mesure de la qualité de la réponse des équipes du front office s'est opérée en 2016 au travers de campagnes de supervisions croisées pour les appels téléphoniques et les courriels
	5.22	Poursuivre la professionnalisation du traitement des réclamations	DDO - D2OM	2014-2017	Organisation de deux journées nationales : - 2014 : journée nationale des réclamations- 2016 : journée nationale écoutes clients Diffusion d'une lettre au réseau (LR DDO 208 2015) sur la gestion des réclamations
Engagements de l'Etat		Prendre les textes nécessaires à la mise en œuvre des droits en ligne			
		Favoriser la mise en œuvre des mesures de simplification proposées par l'AM et approuvées par les autorités de tutelle.			
		Faciliter les démarches à réaliser auprès de la CNIL dans le cadre des mesures de simplifications			
		Veiller à l'exhaustivité des données nécessaires au traitement et au paiement des IJ dans le cadre de la DSN			

Fiche 6 : Favoriser le canal de contact le plus adapté et développer l'offre de service en ligne

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 6 - Elaborer une stratégie multicanal tenant compte de la capacité des assurés à recourir au service, de sa disponibilité et de son coût	6.1	Développer la connaissance des attentes des assurés grâce à la mise en place des études qualitatives	DDO - D2OM	2014	Etude BVA qui figure dans la lettre réseau 209/2014
	6.2	Réaliser des études quantitatives permettant une meilleure connaissance des profils et des modalités d'accès aux différents canaux grâce au déploiement de l'outil GRC analytique	DDO - D2OM	2016	Travaux en cours de marketing analytique autour de 2 axes de travail : segmentation des assurés en fonction de leur recours aux services et canaux de contacts et analyse des déterminants de contacts dans le cadre du processus IJ maladie (1ère étape)
	6.3	Décliner les recommandations de stratégie multicanale de manière globale par canal et détaillée pour les 10 premiers motifs de contact	DDO - D2OM	2015	Définition de la stratégie multicanal afin de favoriser l'utilisation du canal le plus adapté à chaque type de sollicitation (LR DDO 216/2015 : kit d'accompagnement des assurés pour les 10 principaux motifs de contacts pour lesquels une offre de service numérique est disponible)
	6.4	Décliner des supports de communication externes pour développer la notoriété des services	DICOM	2015	2014 : Lettre réseau pour la mise en œuvre de la stratégie multicanale 2015 : Campagne mass média et messages pour développer la notoriété des services du compte ameli 2016 : Campagnes clé en main pour la promotion du compte Ameli et la fidélisation des téléservices, dans le cadre d'OSMOSE
	6.5	Déployer l'outil Médialog +	P1	2015-2016	Déploiement de Medialog + à partir de 2015, et passage à la version 3 de Medialog + à partir de septembre 2016 (qui étend la gestion des contacts aux employeurs) Toutefois, la mise en place de Medialog+ pour les professionnels de santé a été reportée, car elle connaissait des difficultés de fonctionnement importantes.
Objectif 7 - Poursuivre le développement des services en ligne sur le compte assuré et son application mobile	6.6	Poursuivre la dématérialisation de bout en bout des processus : Déclaration du nouveau-né	DDGOS	2015	2 campagnes marketing relatives à la déclaration du nouveau né depuis le compte Ameli sont disponibles depuis 2016 dans le cadre du projet OSMOSE
	6.6	Poursuivre la dématérialisation de bout en bout du processus déclarations sur l'honneur	DDGOS	2015	Ce projet dont le démarrage des travaux été initialement prévu en 2017 a été dé priorisé suite aux arbitrages de la feuille de route pour laisser place au projet prioritaire du prélèvement à la source. Le projet déclaration sur l'honneur en ligne sera proposé pour être inscrit à la feuille de route 2018.
	6.6	Poursuivre la dématérialisation de bout en bout du processus Paiement en ligne	DDGOS	2017	Néant
	6.7	Proposer des fonctionnalités permettant de gérer les rendez-vous physiques	DDO - D2OM	2016	Mise à disposition du module " prise de rendez-vous " depuis le compte Ameli fin 2016

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	6.8	Structurer et déployer l'outil national de contacts sortants (projet OSMOSE)	DDO - D20M	2015-2016	Mise en place d'OSMSE Déploiement des campagnes nationales, clés en mains et sur mesure par les 6 CRPO, dans le cadre de la stratégie multicanal
Objectif 8 - Mieux informer les assurés sur l'état d'avancement du traitement de leur dossier	6.9	Notifier un paiement aux détenteurs d'un compte assuré via un smartphone	P1	2017	Le projet de notification smartphone en mode "push" était planifié sur l'année 2017. Un POC a été réalisé en 2016 pour vérifier la faisabilité technique du projet.
	6.10	Proposer des fonctionnalités de suivi des demandes dans le compte : · Suivi des protocoles de soins (PSE uniquement dans le compte)	P1	2014	Pour le suivi des protocole de soins (PSE) : la 1ère étape avec information sur le PSE a été mise dans le compte en fin 2014, la 2ème étape avec la notification de la prise en charge de l'ALD est dans le compte depuis septembre 2015.
	6.10	Proposer des fonctionnalités de suivi des demandes dans le compte : · Suivi de l'indemnisation d'un arrêt de travail pour maladie	P1	2014-2015	Pour le suivi d'un arrêt de travail : la 1ère étape de suivi (la réception de l'arrêt de travail) a été mise dans le compte en juin 2014, la 2ème étape indiquant la réception de l'attestation employeur est opérationnelle dans le compte depuis mi-2015.
	6.10	Proposer des fonctionnalités de suivi des demandes dans le compte : · Suivi de la demande de pension d'invalidité	P1	2016	Néant
	6.10	Proposer des fonctionnalités de suivi des demandes dans le compte : · Suivi des protocoles de soins (tous protocoles)	P1	2016	Néant
Engagements de l'Etat		Faciliter les démarches à réaliser auprès de la CNIL dans le cadre de la stratégie multicanal			
		Faciliter les simplifications administratives pour accélérer la dématérialisation des démarches en ligne, notamment sur le champ des pièces justificatives			

Fiche 9 : Organiser la dématérialisation des échanges avec les employeurs

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 16 - Poursuivre la dématérialisation des échanges avec les employeurs	9.1	Participer à la préparation de la généralisation de la DSN	DDO - DMOA	2014-2015	2014-2015 : 225 CIS formés à l'accompagnement DSN des employeurs 2016 : formation des CIS à "DSN tarification"
	9.2	Accompagner le déploiement et l'utilisation de BPIJ	DDO - DMOA	2014-2015	Les BPIJ sont disponibles pour les employeurs en EDI Machine depuis janvier 2013 et sur Net-Entreprise depuis novembre 2013 (Net BPIJ) Ouverture de PREST'IJ aux organismes du CTIP ; extension à la FFSA et à la FNMF prévue pour 2016
	9.3	Accompagner le déploiement de l'EDI machine	DDO - DMOA	2014-2015	L'EDI machine est disponible depuis janvier 2013. Le dispositif de télé-transmission des DSIJ en mode EDI Machine a vocation à être remplacé par la DSN.
	9.4	Accompagner le déploiement de la DSN	DDO - DMOA	2015-2017	Structuration de l'accompagnement DSN selon 3 niveaux : CIS, Hot line, CNAMTS (D2OM, DMOP, DREGL, DRP). Mise en place du partenariat DDO/DRP : formation test réalisée pour un déploiement national en janvier 2017. Taux DSIJ DSN sur les flux dématérialisés à fin 2016 : 38%
	9.5	Accompagner le déploiement du téléservice « détachement à l'étranger »	DDO - DMOA	2015	La refonte de l'application de gestion des détachements dans l'UE est en cours. Une pré série par la CPAM Lille Douai est prévue pour avril 2016 et la généralisation courant mai 2016. Les paliers ultérieurs ont pour objectif d'intégrer les demandes de détachements hors EEE et Suisse : actions prévues pour 2017/2018. En parallèle, le chantier sur l'intégration avec le portail employeurs sera initié en 2016-2017.
Objectif 17 - Structurer une stratégie de contact adaptée aux attentes des employeurs	9.6	Evaluer le nouveau modèle de plate-forme téléphonique employeurs	DDO - D2OM	2014	L'évaluation réalisée courant décembre 2014 a montré l'intérêt d'un mo-dèle de PFS commun CPAM/CARSAT sur un mode d'organisation régional.
	9.7	Généraliser, le cas échéant, les PFS régionales couvrant le périmètre Maladie et Risques professionnels	DDO - D2OM	2015	2015 : expérimentation de PFS Employeurs dans 4 régions, avec réponse régionale commune CPAM/CARSAT 2016 : lancement de 13 PFS employeurs dans le cadre de TRAM
	9.8	Mettre en place des mesures de qualité de la réponse téléphonique aux employeurs	DDO - D2OM	2014	Une grille d'évaluation de la qualité de la réponse téléphonique aux employeurs a été mise à disposition du réseau.
	9.9	Structurer une stratégie relationnelle adaptée aux attentes des employeurs	DDO - D2OM	2014-2015	Mission déléguée 21, puis définition d'une stratégie et mise en place d'instances dédiées
Engagements de l'Etat		Accompagner l'AM dans la mise en œuvre des simplifications administratives à destination des entreprises : allocation des moyens pour la mise en œuvre effective de la DSN			

Fiche 15 : Poursuivre et renforcer la lutte contre la fraude, les activités fautives et abusives

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 16 - Optimiser le pilotage du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude	15.1	Définir de nouveaux indicateurs et objectifs de lutte contre la fraude au sein des contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie	DACCRF	2014-2015	Nouveaux indicateurs intégrés aux CPG : - CPAM : taux de préjudice subi, taux de préjudice évité, nombre de fraudes détectées, taux de fraudes avec suites contentieuses, taux de recouvrement des indus T2A - DRSM : taux de préjudice subi, nombre d'analyses d'activité des PS, taux d'analyse d'activité avec anomalies donnant lieu à suites contentieuses Indicateur "taux de recouvrement des indus frauduleux" dans la part variable directeurs
	15.2	Réaliser un benchmark des organisations en matière de lutte contre la fraude au sein des organismes locaux d'Assurance maladie	DACCRF	2014-2017	Repérage des CPAM avec les meilleurs résultats Mise en place de séminaires régionaux (9 régions pour l'instant)
	15.3	Rendre plus fiable et plus efficient le reporting de la lutte contre la fraude via l'outil OG3S	DACCRF	2015-2016	Actions menées - formations nationales de formateurs relai OG3S et formations loco-régionales d'utilisateurs OG3S - comité national d'utilisateurs OG3S représentant toutes les régions - nouvelle version OG3S comportant des fonctionnalités de reporting 1/01/2017
Objectif 17 - Optimiser les techniques de détection et d'investigation et les modes de sanctions des fraudes	15.4	Généraliser et perfectionner l'outil et la démarche Profileur	DACCRF	2014	Généralisation de l'outil et mise en place d'une MOE et d'un comité national d'utilisateurs
	15.5	Diffuser des instructions visant à structurer et homogénéiser le traitement des signalements internes et externes	DACCRF	2014-2017	Groupe de travail IGAS sur le traitement des signalements Déploiement d'OG3S Préparation d'une lettre-réseau, mais toujours pas de diffusion
	15.6	Conclure sur les expérimentations de datamining	DACCRF	2014	Travaux de datamining selon la méthode "datamining supervisé" et "datamining raisonné" Résultat convaincant pour les infirmiers Résultats décevants pour les transporteurs Modélisation CMU-C prévue en 2017
	15.7	Rénover le contrôle T2A lors des phases de détection et de contrôle sur site	DACCRF	2014-2015	Expérimentation de nouvelles modalités de contrôle, avec extension des nouvelles modalités en 2017
	15.8	Mettre à disposition des organismes du réseau de nouveaux protocoles d'investigation, notamment concernant les professionnels de santé méga-actif	DACCRF	2014-2017	Fiches CMUC et IJ diffusées Fiche sur le contrôle des IDE et sur le contrôle de l'activité des chirurgiens-dentistes. Protocole d'investigation des professionnels méga-actifs. Méthode de contrôle interdépartemental et/ou interrégional de

RAPPORT IGAS N°2017-008R

					l'activité des professionnels de santé par le service du contrôle médical
	15.9	Actualiser les instructions relatives au calcul du préjudice et aux suites contentieuses à engager en fonction des manquements constatés	DACCRF	2014-2015	2014 : LR calcul des préjudices 2016 : LR débouchés contentieux préconisés
	15.10	Renforcer le dispositif de veille juridique en mettant à disposition des organismes locaux d'Assurance maladie des dossiers juridiques thématiques	DACCRF	2014-2016	Mise en place de dossiers thématiques Mise sur Ameli d'un dossier PS méga-actifs et d'un dossier sur les offreurs de soins et prestataires de biens et services exerçant leur activité en société
	15.11	Finaliser la formation des juristes du contrôle contentieux	DACCRF	2014	6 formations des juristes
Objectif 18 - Poursuivre la professionnalisation des acteurs du contrôle contentieux et de la répression des fraudes.	15.12	Déployer la formation des investigateurs administratifs	DACCRF	2014-2017	19 sessions module général, 13 sessions module spécifique agrément et assermentation
	15.13	Déployer la formation des investigateurs médicaux	DACCRF	2015-2017	Cahier des charges de la formation finalisé, une session-test organisée Déploiement en 2017
	15.14	Proposer un dispositif d'animation du réseau des experts de la fraude	DACCRF	2015	Dispositif élaboré en 2015, élaboration d'un plan d'action en 2016
Objectif 19 - Engager de nouvelles actions de contrôle contentieux et de lutte contre la fraude, les activités fautives et abusives sur des thématiques à enjeux financier ou d'image	15.15	Expérimenter et déployer des programmes de contrôle relatif à la CMUC et à l'ASI en utilisant le droit de communication bancaire	DACCRF	2014-2017	Contrôle CMUC mis en place Contrôle ASI programmé en 2017
	15.16	Expérimenter des programmes de contrôle relatif au mésusage de la carte vitale ou des attestations de droit	DACCRF	2014-2015	Bilan de l'expérimentation fait, imposant un changement de démarche avec expérimentation d'un nouveau programme national en 2016 (3 régions) ciblant des professionnels de santé utilisant de façon atypique des attestations de droits AME/CMU-C
	15.17	Exploiter les données et les requêtes du RNCPS	DACCRF	2014-2017	Expérimentations lancées en 2015 et 2016, mais habilitations non disponibles par l'Etat
	15.18	Renforcer les programmes de contrôles vis-à-vis des offreurs de soins	DACCRF	2014-2017	Programmes de contrôle sur l'ensemble des PS de 2014 à 2016
	15.19	Poursuivre l'extension de la Mise Sous Objectif et de la Mise Sous Accord Préalable des actes et prescriptions des professionnels de santé	DACCRF	2014-2017	sujet restant à traiter selon la direction déléguée de l'audit et de la fraude
	15.20	Déployer des actions de contrôle sur les établissements médico-sociaux, les établissements de SSR et les établissements psychiatriques	DACCRF	2015-2017	programmes pérennes sur les SIAD, SESAD- attente de la réforme de la tarification pour les SSR- attente de réformes éventuelles pour la psychiatrie

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Objectif 20 - Développer des actions partenariales de répression de la fraude	15.21	Déployer des programmes de contrôles fondés sur des échanges de données Cnamts/Cnavts dans le cadre de la lutte contre la fraude aux indemnités journalières	DACCRF	2014	Détection de fraudes aux indemnités journalières grâce aux échanges de données avec la CNAVTS (notamment via le SNGC).
	15.22	Expérimenter un programme de contrôle relatif à la fraude aux indemnités journalières fondé sur des échanges de données avec le RSI	DACCRF	2015	Préparation d'un programme auto-entrepreneurs avec le RSI pour 2017 (en cours)
	15.23	Déployer au moins deux programmes de contrôle inter régime par an	DACCRF	2015-2017	Lourdeur de l'inter-régime nécessitant l'augmentation de moyens. Cependant, deux programmes nationaux pérennes fonctionnent actuellement en inter-régimes (EHPAD et T2A)
Objectif 21 - Renforcer l'impact des actions de communication relative à la fraude	15.24	Proposer une stratégie de communication en matière de contrôle contentieux et de répression des fraudes	DACCRF	2016	Mise en place d'une première instruction CMUC, qui a été complétée par des campagnes en 2017
Engagements de l'Etat		Publier les textes d'application des articles L.114-10 et L.241-1-2 du code de la sécurité sociale			
		Clarifier les textes législatifs et réglementaires relatifs au périmètre de financement des ESMS et au périmètre de délivrance et d'administration des médicaments à usage hospitalier			
		Elargir la liste des manquements susceptibles de faire l'objet d'une pénalité financière (non-respect du périmètre GHT ou GHS par les établissements sous T2A)			
		Elargir la liste des acteurs susceptibles de faire l'objet d'une pénalité financière (SSID, EMS)			
		Réviser le montant des peines planchers en cas de prononcé d'une pénalité "fraude"			
		Adapter le montant des seuils au-dessus desquels les organismes doivent engager une action pénale			
		Ouvrir l'intérêt à agir devant les juridictions de la CNAM pour le compte des organismes locaux			

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	Harmoniser les conditions d'évaluation des ressources entre les différentes branches de la sécurité sociale pour les prestations soumises à conditions de ressources			
	Rendre obligatoire l'information des organismes d'AM par les ordres professionnels et les autorités judiciaires en cas de condamnation et/ou de liquidation judiciaire			
	Publier des décrets nécessaires à l'échange de données inter-partenaires			
	Diffuser aux DG des ARS des instructions d'harmonisation de la politique de contrôle et de sanction des établissements à hauteur du préjudice de l'AM			
	Elargir le droit de communication bancaire des organismes aux offreurs de soins			
	Permettre l'accès des organismes de l'AM au fichier des permis de conduire et au fichier des cartes grises			
	Professionnaliser les instances judiciaires et réduire les délais d'instruction des dossiers de fraude à l'AM			

Fiche 16 : Approfondir le fonctionnement en réseau entre les caisses et les services du contrôle médical et renforcer les expertises

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 1 - Constituer des équipes pluridisciplinaires pour améliorer l'efficacité collective	16.1	Mettre en place des IRP de droit commun pour le service du contrôle médical	DDO - DRHR	2014	2 accords sur les IRP conclus le 5 février 2016 : - niveau de mise en place des délégations du personnel et des comités d'établissement, et nombre de collègue - composition du comité central d'entreprise et mode de désignation des membres Décret n°2015-1622 : rattachement des agents administratifs des DRSM à la CNAM Elections en 2016 et 2017 des comités d'établissement des DRSM et des DP, et élections du CCE
	16.2	Mettre en place une organisation du service du contrôle médical, à l'échelle régionale (régionalisation du contrôle-contentieux, du recours contre tiers pour les dossiers complexes ; mise en place d'une cellule d'analyse médico-économique...) et à l'échelle locale.	DDO - DMGR	2015	Expérimentation du SMMOP prolongée jusque fin 2017
	16.3	Mettre en place une organisation commune mixte médicale et juridique/administrative de traitement des dossiers complexes de recours contre tiers, à l'échelle territoriale de la région administrative	DDGOS	2014-2015	2015 : lettre réseau LR DDGOS 51-2015 qui met en place les cellules d'expertises régionales (CER) 2016 : réunion trimestrielle des CER et réalisation d'un bilan d'activité
	16.4	Installer des structures communes CPAM/ELSM, copilotées par la direction de la CPAM et le médecin-chef, dédiées aux services en santé, en charge de la promotion des produits auprès des assurés, des professionnels et des établissements de santé	DDO - DRHR	2015-2016	2015 : déploiement de PRADO et mise en place des UOP (en 2016, 98% des organismes ont signé la convention cadre pour la mise en place des UOP) 2016 : mise en œuvre du service commun et du déploiement des CAM (qui passent de 473,2 ETP en 2015 à 603,7 ETP en 2016)

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	16.5	Accompagner le déploiement progressif de FIDES	DDO - DMOA	2014-2017	<p>Suivi de la généralisation de la facturation individuelle, effective depuis le Décret n° 2014-1765 du 31 décembre 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des conventions de travail en réseau : au 31/12/2015, 28 conventions de mutualisation de l'activité FIDES (sur 30 attendues) étaient conclues entre organismes et approuvées par le Directeur Général de la CNAMTS. - Réalisation du bilan de la montée en charge de la facturation individuelle au 31/12/2016 : <ul style="list-style-type: none"> o 454 établissements basculés en FIDES sur le volet « actes et consultations externes » (sur 579) o 1 établissement basculé en FIDES sur le volet « séjours » (sur 633) o 31 461 504 factures payées en 2016 o Paiement effectué en moyenne en 6.13 jours
<p>Objectif 2 - Mettre en œuvre un socle national de mutualisation et renforcer les expertises</p>	16.6	Elaborer et déployer un socle national de mutualisation	DDO - DRAC	2014-2017	<p>Au cours du 1er semestre 2016, dans le cadre du projet Travail en Réseau de l'Assurance Maladie, le schéma cible de répartition des activités sur les 12 processus concernés a été élaboré et validé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les processus mutualisés au niveau national, choix - parmi les candidatures remontées du réseau- des organismes retenus pour les 6 centres capitaux décès, les 10 centres nationaux paie Cpm (en + des 2 DRSM), les 3 centres nationaux AME et les 2 Plateformes de délestage pérenne (en + des 2 préexistantes) (sélection des candidatures tenant compte des critères définis en lien avec les orientations validées de la MD 17)
	16.7	<p>Reprendre les activités dettes et créances du CLEISS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intégration de l'activité : 2015 - Optimisation du processus : 2015-2016 - Mise en œuvre d'une politique de maîtrise médicalisée, de maîtrise des risques et de lutte contre la fraude : 2015-2017 	DDO - CABDDO	2014-2017	<p>Reprise des activités du CLEISS, à la suite de rencontres bilatérales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestion des dettes et créances (intégrant l'exercice 2015) - optimisation du processus entre 2015 et 2016 <p>Pas de politique de maîtrise médicalisée ni de maîtrise des risques ni de lutte contre la fraude</p>
	16.8	Créer le Centre National des Retraités Français de l'Etranger	DDO - D2OM	2014	<p>2016 : du fait de la PUMA, il a été proposé au Directeur Général de la CNAMTS, qui a donné son accord de principe, une centralisation de la gestion de l'ensemble des pensionnés résidant à l'étranger auprès de la CPAM 77, qui gère déjà actuellement le CNAREFE (gestion des retraités français lors de leur séjour temporaire en France). Cette centralisation permettra l'établissement d'un observatoire facilitant un suivi de la consommation des frais de santé. En outre, cela</p>

RAPPORT IGAS N°2017-008R

					<p>permettrait la mise en œuvre de contrôles plus ciblés et plus opérants ainsi que la détection de fraudes (type filière). Le CNAREFE ne devrait affilier que les résidents dans des pays n'ayant pas de convention internationale avec la France organisant la prise en charge des soins (Union Européenne est hors champ du périmètre CNAREFE)</p>
	16.9	Centraliser la gestion de la relation NOEMIE avec les Organismes Complémentaires	DDO - D2OM	2014-2015	L'intégralité des CPAM a intégré la plateforme OC nationale gérée par la CPAM de Digne
	16.10	Intégrer les travailleurs frontaliers suisses dans le régime général en leur proposant un accompagnement dédié	DDO - CABDDO	2014-2015	il y a un sujet sur les travailleurs frontaliers qui ont choisi le rattachement au régime d'assurance maladie suisse- demande des CPAM de cotisation sur 2015-2016 (double affiliation alors qu'ils ont demandé la radiation du système français)- 8700 dossiers en justice en Haut-Rhin- cf annuaire secu du 9 avril
	16.11	Mettre en œuvre le mandat de gestion confié par la CANSSM au régime général	DDO - CABDDO	2015	<p>Depuis le 1er juillet 2015, les activités assurantielles du régime minier (maladie et AT/MP) sont confiées au régime général par mandat de gestion.</p> <p>119 personnes du régime des mines travaillant sur ces activités assurantielles ont été intégrées au sein de 19 CPAM.</p> <p>Les activités sont gérées et réparties entre les CPAM de l'Artois et de Moselle.</p>
	16.12	Centraliser la gestion des contentieux CPAM devant la CNITAAT	DDO - D2OM	2015	<p>Depuis le 14/04/2011, la CNAMTS a confié à la CPAM d'Amiens la gestion centralisée de la représentation des caisses du réseau devant la CNITAAT en matière de contentieux du taux d'incapacité permanente. La CPAM d'Amiens, en plus de cette représentation, instruit les dossiers CNITAAT pour les caisses de Picardie (Somme, Aisne et Oise).</p> <p>Il a semblé prématuré de poursuivre cette action en 2016. En effet, les modalités d'organisation de cette centralisation devront être ajustées pour tenir compte des impacts du projet Justice du 21ème siècle consacré par la loi 2016-1547 du 18/11/2016.</p>
Objectif 3 - Renforcer le fonctionnement en réseau	16.13	Déployer le dispositif PHARE : la gestion de la relation téléphonique	DDO - D2OM	2014	Montée en charge des plateformes d'entraide pour les CPAM d'Ile de France en 2015. Elargissement des plateformes d'entraide pérenne dans le cadre de TRAM
	16.13	Déployer le dispositif PHARE : la gestion des courriels	DDO - D2OM	2015	Le dispositif PHARE pour la gestion de la relation mail a été déployé le 26/11/2015 (LR DDO 180-2015). Mails traités en 2016 : 81 002
	16.13	Déployer le dispositif PHARE gestion des IJ	DDO - D2OM	2015	Le dispositif PHARE pour la gestion des IJ a été déployé le 21/10/2015 (LR-DDO-152/2015). Demandes Diadème traitées en 2016 : 96 611

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	16.13	Déployer le dispositif PHARE gestion des FSP traitées avec synergie	DDO - D2OM	2015	Le dispositif PHARE pour la gestion des FSP a été déployé le 27/10/2015 (LR-DDO-158/2015). FSP traitées en 2016 : 297 628 (contre 442 710 en 2015)
	16.13	Extension éventuelle à d'autres processus ou activités	DDO - D2OM	2016- 2017	Le dispositif PHARE pour la gestion des CMU/ACS a été déployé le 02/08/2016 (LR-DDO-119/2016). En 2016, 15 CPAM ont été aidées, 35 000 dossiers traités.
	16.14	Définir et mettre en œuvre l'organisation en réseau relative aux activités supports : la gestion de la documentation métier la gestion de la paie Etude d'opportunité sur l'extension à d'autres processus	DDO - D2OM	2014- 2017	2016 : mutualisation concernant la paie prévue à partir de 2016 dans le cadre de TRAM 2017 : mise à disposition de la documentation métiers le 18 avril 2017 pour l'ensemble des métiers
Engagements de l'Etat		Accompagner l'AM pour la mise en place d'IRP de droit commun pour le service du contrôle médical			
		Accompagner l'AM pour le déploiement du calendrier prévisionnel du projet FIDES			
		Accompagner l'AM pour l'intégration des nouvelles populations : frontaliers suisses, bénéficiaires du régime des mines			
		Accompagner l'AM pour la prise en compte de nouvelles missions : gestion des créances et des dettes internationales			
		Clarifier les conditions d'affiliation au RG sur critère de résidence des ressortissants communautaires inactifs			

Fiche 17 : Améliorer la gestion des processus, poursuivre la dynamisation de la gestion du patrimoine immobilier et réduire les écarts de performance entre les organismes

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 4 - Déployer le Système de Management Intégré (SMI) et améliorer la gestion des processus	17.1	Finaliser le nouveau référentiel SMI et le présenter aux organismes	DDO - D2OM	2014	1/ référentiel général du SMI validé (février 2014) 2/ référentiel général du SMI présenté au réseau et à la CNAMTS (mars et avril 2014)
	17.2	Mettre en place les nouvelles instances de pilotage du SMI	DDO - D2OM	2014	1/ mise en place du COPIL SMI 2/ deux réunions du COPIL SMI (septembre et décembre 2014)
	17.3	Accompagner le déploiement du référentiel SMI dans les organismes	DDO - D2OM	2014-2015	1/ 4 journées inter régionales ont eu lieu 2/ création d'une rubriques SMI dans Médi@am 3/ publication d'articles dans les journaux internes 4/ diffusion de 2 lettres SMI 5/ organisation de 3 réunions à destination des référents SMI 6/ organisation d'une journée nationale (début 2016) pour les directeurs
	17.4	Mettre en place les comités nationaux de processus	DDO - D2OM	2015	2015 : validation des CNP 2016 : 10 CNP sur 13 se sont réunis pour valider les étapes de conception des RNP
	17.5	Elaborer par vagues des référentiels avec qualification sur le terrain avant déploiement	DDO - D2OM	2014-2017	35 RNP en cours de conception au 31/12/2016 : Bilan présenté en COPIL SMI du 16/12/2016 dont 5 ont obtenu l'accord de diffusion. 20 RNP planifiés en livraison sur 2017 : Planning prévu et communiqué par la LR-DDO-15/2017
	17.6	Mettre en oeuvre une évaluation des anomalies affectant le flux des prestations liquidées sur la base d'échantillons nationaux et locaux (prestations en nature et IJ)	DDFC	2014-2017	Evaluations en 2014, 2015 et 2016 des anomalies (en nombre et montant) à partir de contrôles réalisés sur échantillon de 1300 PN et 900 décomptes IJ
	17.7	Réaliser des contrôles ciblés sur les PS présentant le risque de facturation erronée le plus élevé	DDFC	A compter de 2014	2016 : Contrôles ciblés sur 500 000 factures pour 4 catégories de PS : pharmaciens, infirmiers, MK et transporteurs. Taux de réalisation d'environ 87%. Indus estimé à environ 13M€.

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	17.8	Fixer les objectifs concernant les taux d'anomalie des PN et PE	DDFC	2015	Objectifs CPG PE et PN : 4 critères d'évaluation : l'écart par rapport au national du taux d'anomalies avec IF en nombre et de l'impact financier, le taux de contrôles et le taux de PJ absentes.
Objectif 5 - Accroître la connaissance des activités des organismes et réduire les écarts de performance	17.9	Déployer les outils de pilotage de la performance dans le réseau	DDO - DPPR	2014- 2017	Système de pilotage de la performance à partir de 2015 dans le cadre de Diagnostic Performance, qui inclut les indicateurs CPG, intéressement, part variable, indicateurs RNP et TRAM Généralisation d'OSCARR en cours dans les CPAM Cependant, absence de suivi structuré et régulier des écarts de coûts
	17.10	Actualiser le schéma directeur de contrôle de gestion de l'Assurance Maladie	DDO - DRAC	2016	Actualisation du SDCG en cours. Finalisation prévue fin 1er semestre 2017. Le lancement de la démarche a été décalée pour tenir compte des résultats de deux audits sur le contrôle de gestion réalisés en 2016, un sur l'établissement public, le second sur le réseau
	17.11	Réduire les écarts de performance dans le réseau	DDO - DRAC	2014- 2017	Mise en place du dispositif de surveillance dans le cadre de PHARE, avec une réduction des écarts en matière de qualité de service. En matière de coûts, la réduction des écarts n'est pas avérée.
Objectif 6 - Poursuivre la dynamisation du patrimoine immobilier	17.12	Poursuivre l'optimisation du parc immobilier et actualiser les SDIL en vue d'accroître la densité d'occupation, améliorer l'état de l'existant et moderniser les accueils	DDO - DRAC	2014- 2017	Mise en place d'un Plan Immobilier National (issu des SDIL élaborés par la Caisse nationale et avec les caisses locales) en 2014 avant la signature de la COG, et déploiement en 2015 et 2016
	17.13	Poursuivre la politique de cessions	DDO - DRAC	2014- 2017	Cession des sites : - 2014 : 28 sites (22 505 m ²) - 2015 : 39 sites (53 500 m ²) - 2016 : 45 sites (44 722 m ²)
	17.14	Réduire les consommations d'énergie par la réalisation de travaux d'isolations thermiques, par l'acquisition de bâtiment à basse consommation et par la mise en œuvre d'une maintenance optimisée.	DDO - DRAC	2014- 2017	Baisse de consommation d'énergie dans le cadre du Plan National Immobilier, du lancement d'une plateforme de valorisation financière des CEE issues des opérations d'efficacité énergétique, et d'une expérimentation de contrat de maintenance avec intéressement à l'échelle régionale :- 2014 : réduction de 7,2% de la consommation- 2015 : réduction de 4,8% de la consommation

Fiche 18 : Inscrire la responsabilité sociétale des organisations (RSO) au cœur de la stratégie d'entreprise de l'assurance maladie

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 7 - Contribuer à la mise en œuvre du plan cadre développement durable du service public de la sécurité sociale	18.1	Déployer la charte RSO dans l'ensemble des organismes de la branche Maladie	DDO - DRHR	2015	Charte RSO signée par les directeurs de DRSM, CARSAT, CRAMIF et CNAM-EP (2013), de CPAM, CTI, CGSS, CCSS (2014), et d'UGEAM (2015)
	18.2	Renforcer la politique d'achats responsables en insérant des clauses ad hoc dans les marchés nationaux	DDO - DRAC	2014-2017	CPAM de Paris responsable de rédiger une note d'orientation de politique des achats du réseau (Mission Nationale des Achats). Actions 2015 : marché interbranche pour les solutions d'impression de proximité, approche en coût global des solutions d'impressions, politique d'impression responsable, guide de bonnes pratiques relatif aux voyages et déplacements pro, projet de marché interbranche relatif aux voyages et déplacements pro Actions 2016 : nouveau marché national de solutions d'impressions d'audits de parc, nouveau marché national d'assurance automobile, contrats d'effacement dans le cadre de la fourniture d'électricité, intégration de produits verts dans le marché de fournitures de bureau, intégration de titres restaurants dématérialisés
	18.3	Réduire les émissions de gaz à effet de serre et développer la mobilité durable en agissant sur les déplacements professionnels	DDO - DRAC	2014-2017	Poursuite de la réduction de l'empreinte environnementale de la branche : baisse des émissions de gaz à effet de serre de 10% entre 2014 et 2015 (après une réduction de 6,9% entre 2013 et 2014), liée notamment à la diminution des consommations de fluides. Données 2016 disponibles en juin 2017.
Objectif 8 - Renforcer la responsabilité sociale de l'employeur	18.4	Cœuvrer en faveur de l'emploi des personnes handicapées : amélioration du taux d'organismes respectant les obligations légales d'emploi des travailleurs handicapés	DDO - DRHR	2014-2017	Enquête encore en cours : taux provisoire (2016) = 85,05 % pour les 91 organismes ayant répondu
	18.5	Assurer la promotion de l'égalité hommes/femmes dans le réseau	DDO - MGCD	2014-2017	100% des DRH ou Responsable des RH ont été formés aux questions de diversité, égalité des chances et égalité de traitement.
Objectif 9 - Améliorer la qualité de vie au travail	18.6	Mettre en œuvre les 21 actions et 3 expérimentations du plan Santé, Sécurité et Conditions de Travail 2013/2014 découlant du Protocole d'accord institutionnel conclu le 16 novembre 2012, puis les évaluer	DDO - DRHR	2014-2015	Le bilan de la mise en œuvre des actions et les expérimentations du 1er plan SSCT 2013-2014 ont été présentés à la Commission Paritaire Nationale SSCT (Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail) le 18/12/2014
	18.7	Elaborer un nouveau plan Santé, sécurité et Conditions de Travail pour la période 2015/2018	DDO - DRHR	2015	Elaboration d'un nouveau plan SSCT 2015-2018 et validation par la commission paritaire en 2015. Présentation du bilan en 2016 au comité de pilotage "qualité de vie au travail"

Fiche 19 : Adapter les métiers et les parcours professionnels à l'évolution des missions d'assureur solidaire en santé

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 10 - Accompagner l'évolution des métiers	19.1	Elaborer et diffuser le nouveau SDRH National 2015-2018 en lien avec la COG et le projet d'entreprise de l'Assurance Maladie	DDO - DRHR	2015	Finalisation du SDRH de l'Assurance Maladie 2015/2018 début mai 2015 Plan aligné avec celui de la COG et du PE
	19.2	Développer et adapter les formations initiales et continues	DDO - DRHR	2014-2017	Déploiement et montée en charge de la formation à distance (FOAD) sur l'ensemble de la période (jusqu'à 18 modules). Autres formations créées : mise en place du parcours assurés, accompagnement SMI, accompagnement TRAM (par processus), gestion des bénéficiaires (PUMA) et accès au soins et précarité.
Objectif 11 - Répondre à la raréfaction de certaines compétences et au manque d'attractivité de certaines fonctions	19.3	Développer des synergies médico-administratives :- Evaluer les besoins, les compétences et les passerelles entre les métiers de la régulation et les métiers de l'offre en santé ; - Créer des formations communes Service Administratif et Service Médical ; - Définir le métier d'Infirmier de l'Assurance Maladie et le mettre en œuvre	DDO - DRHR	2016	Expérimentation de recrutement d'Infirmier du service médical (environ 200 en 2017), sans que leurs compétences n'aient été clairement défini. Mise en place d'unités médico-administratives pour gérer PRADO (UOP), même si l'accompagnement RH a été insuffisant. Mise en place de formations ponctuelles, qui gagneraient à être généralisées. Réflexions en cours sur le développement de passerelles
	19.4	Structurer une communication « employeur » visant à promouvoir la mobilité et renforcer l'attractivité de certaines fonctions	DDO - DRHR	2014-2017	Des actions ont été menées, mais uniquement pour renforcer l'attractivité des médecin-conseils.
Objectif 12 - S'appuyer sur un SIRH rénové	19.5	Mettre à disposition du Réseau de l'Assurance Maladie (y compris UGECAM) un système décisionnel RH permettant l'élaboration de tableaux de bord sociaux et le calcul d'indicateurs de performance sociale.	DDO - DRHR	2015	Structuration du pilotage du projet (DRHR/DRAC) et révision du phasage du projet. Objectif réalisation palier 1 au dernier trimestre 2017.
	19.6	Déployer le système d'information RH commun branche Maladie dans les UGECAM.	UGECAM	2015	Démarrage en 2016 des travaux visant au déploiement d'Alinéa et Aliform en UGECAM.
Engagements de l'Etat		Examiner la possibilité d'adopter les textes nécessaires permettant la création du métier d'Infirmier Conseil sur la base des propositions de la CNAM			

Fiche 20 : Favoriser l'adaptation du système d'information aux objectifs stratégiques de la COG

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM		Actions conduites en 2016
Objectif 13 - Déployer progressivement une architecture informatique « en mode service »	20.1	Ouvrir des services dits « symétriques » : Portail Agents	DMOA	2014	Services symétriques ouverts (attest. IJ, Carte V) SAE (archivage) et Espoir (middleware) créées Les services symétriques ne sont plus pertinents dans le nouveau socle du Portail Agent
	20.1	Ouvrir des services dits « symétriques » du Recourir à un système d'archivage électronique (SAE)	DDSI	2016	
	20.1	Ouvrir des services dits « symétriques » du Recourir au dispositif de routage « ESPOIR »	DDSI	2017	
Objectif 14 - Développer les téléservices et leur usage	20.2	Proposer des téléservices adaptés aux attentes de ses publics (cf fiches métiers)	DDSI	2014-2017	Téléservices AS (e.g., mutation, naissance), PS (e.g., PSE) et employeurs (démat. DSII, DSN) créés. Pour AS (e.g., dépôt pièces jointes, création compte 100% en ligne, notif. événements) et PS (e.g., refonte de l'AAT)
	20.3	Garantir un taux d'ouverture des services garantissant leur disponibilité	DDSI	2014-2017	Portail Assurés : Objectif : 99%- Résultat 2016 : 99,23% Portail PS : Objectif : 99%- Résultat : 99,04% Portail Employeurs : Bilan portail 99,6%- Objectif : 99% DSII : 99,2% ; BPIJ : 100% ; IDAT : 99,2% ; DAT : 99,9%
Objectif 15 - Rénover le poste de travail des agents et praticiens conseils	20.4	Offrir un portail Agent auquel est intégrée l'activation de télé services identiques à ceux proposés aux différents publics	DDSI	2014-2017	V1 et V2 du nouveau socle créées; Version socle plus complète prévue pour fin 2017 . Accrochage progressif des différents processus (INDIGO 2017, SMUT 2018, DIADEME 2019). Refonte à long terme
	20.5	Rénover les outils collaboratifs d'échanges et d'information (messagerie, espaces intranet) dans une stratégie de sécurisation des accès (Gestion des Habilitations)	DDSI	2015	Mercure : démarrage de la production le 7 novembre 2016 Refonte Ameli : réalisation des story-boards et de la charte graphique Définition des arborescences employeurs, professionnels de santé et assurés Rédaction des chartes éditoriales Rédaction des spécifications détaillées fonctionnelles et techniques Démarrage des développements
Objectif 16 - Poursuivre le développement de projets dits à «	20.6	Identifier et réaliser les projets de développements en cycles courts et les projets de dématérialisation nécessaire à des gains de productivité au sein du réseau	DDSI	2014-2017	Nombreux Quick Wins réalisés (e.g., 4.26 régularisation des PN, 4.49 injecteurs PROGRES). Vague 4 à achever (yc QW 4.32 (rég. PN, avec injection des factures AT non démarré), QW 4.44 (qualité BDO) La vague 5 reste à être définie.

RAPPORT IGAS N°2017-008R

gains rapides »					
Objectif 17 - Offrir un service d'infogérance aux organismes gérant le régime obligatoire et poursuivre l'interopérabilité AMO/AMC	20.7	Intégrer de nouveaux régimes d'AMO au sein du système d'information du Régime Général, selon les offres existantes aujourd'hui	DDSI	2014-2017	Intégration de nouveaux régimes et mutuelles (CANSS, LMG, MFPS, LMDE, MCEF)
	20.8	Réaliser de nouveaux projets en interopérabilité sur la période de la COG	DDSI	2014-2017	Déploiement de SCOR, accrochage de la ROSP en interrégime, création de DESIR (<i>middleware</i>). Mise en place du RFI commun au Régime Général et Régime des Mutuelles Partenaires
Objectif 18 - Contribuer à la performance du système d'information de l'Assurance Maladie	20.9	Mener les études nécessaires à l'engagement de la réduction des coûts d'exploitation et à la mise en place d'un pilotage efficient de l'utilisation des infrastructures et environnements	DDSI	2015	Le dispositif de gouvernance mis en place en 2015 a permis de : — Contribuer à la réduction des coûts de l'éditique tout en traitant l'obsolescence : mise en œuvre du plan de rénovation du matériel éditique tout en intégrant (généralisation de la couleur, capacité de production plus importante) la mutualisation du nouveau dispositif Editique avec les autres organismes Publication de l'appel d'offre (en mai 2016) et choix de la solution à venir (fin 2016) — Mettre en place fin 2016 la gestion du patrimoine (facturation des coûts de services Infrastructure) en mode manuel. l'automatisation est prévue pour 2017. — Faire évoluer l'offre de stockage permettant la réduction des coûts, l'optimisation des performances et l'amélioration de la qualité de service (choix de la solution en Septembre 2016) — Renégocier l'offre réseau de l'AM (RAMAGE) en juin 2016 permettant la réduction des coûts d'exploitation de 10% — Mettre en place une nouvelle solution Haute Disponibilité en juillet 2016 pour Améli-PRO ayant consisté à l'utilisation de composant Open Source du changement de matériel (réduction des coûts), pour une optimisation de la qualité de service
	20.10	Mener sur le poste de travail et les infrastructures les actions de sécurisation nécessaires	DDSI	2014-2017	Création de la fonction sécurité Intégration de la sécurité lors du dév + recettes
	20.11	Elaborer le SDSI 2014-2017	DDSI	2014	SDSI mis en place
Objectif 19 - Promouvoir une gestion des référentiels nationaux distincts des bases de	20.12	Proposer un service « RFI » en ligne pour la réalisation des mises à jour des données Assurés.	DDSI	2017	Mise en production des services métiers RFI (mars-16) RFI commun RG et RMP : lancement de l'avant-projet (avril-16)
	20.13	Constituer deux bases nationales « métiers » : Base Ressources et Base Vitale adossées au RFI	DDSI	2015-2017	Des projets sont menés en Quick Wins pour épurer le parc de Cartes Vitales et procéder aux opérations de calages nécessaires, pour aligner les bases et référentiels Vitale/BDO/RNIAM Le projet "Base Ressources" (Indigo) est prévu en 2017 avec un

RAPPORT IGAS N°2017-008R

données « métiers »					planning en cours de révision (impacts PUMA)
	20.14	Déployer le RFOS sur le périmètre « Etablissements »	DDSI	2014-2016	<p>Au 1er mai 2016 l'ensemble des données, hormis celles du Référentiel des Taux de Financement par Etablissement (RTFE) et Référentiel National Transporteurs (RNT), sont présentes au niveau du RFOS mais en consultation uniquement (la mise à jour des PS est toujours faite via le FNPS)</p> <p>Modification de tarifs en masse : développement pour la campagne 2016 d'une solution transitoire par script (mars-16)</p> <p>Version évolutive adaptée à la gestion des fusions d'établissements (oct-16)</p> <p>Mise en œuvre de scripts permettant la mise à jour du RFOS à partir des données extraites du FINESS : plusieurs dizaines de milliers de mise à jour ont été effectuées en 2016</p> <p>Modification des tarifs en masse : intégration dans l'interface du RFOS des modifications tarifaires propres à une CPAM pour validation avant leur mise à jour en masse (T1-16)</p> <p>Requête RPPS/ADELI : fiabilisation des données utilisées par Espace Pro (juil- 16)</p>
	20.14	Etendre RFOS aux professions auxiliaires : infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes	DDSI	2014-2016	
20.15	Constituer une base nationale « métier » adossée au RFOS portant la gestion des contrats des professionnels de santé	DDSI	2017		
Engagements de l'Etat		Préciser les actions, échéances et responsabilités pour la conduite du plan stratégique des SI en matière de déploiement des référentiels nationaux (notamment pour la reprise en gestion du RNIAM)			
		Assurer le transfert des budgets informatiques correspondant à l'intégration de régimes partenaires			
		Allouer les moyens nécessaires à la mise en œuvre de nouveaux projets interrégimes (notamment DMP)			

Fiche 21 : Conforter la performance des établissements de l'assurance maladie, certifier les comptes et s'assurer de la qualité de la prise en charge

	N°	Action à conduire	Suivi CNAM	Date	Bilan actions menées
Objectif 20 - Renforcer la qualité des prises en charge dans les établissements	21.1	Respecter les obligations en termes de conformité et de certification pour les établissements sanitaires	UGE CAM	2014-2017	100 % des établissements éligibles ont reçu leurs conformités sans réserve en 2015 et 2016
	21.1	Respecter les obligations en termes de conformité et de certification pour les établissements sanitaires	UGE CAM	2014-2017	13 établissements sur 32 visités ont reçu la certification sans réserve
	21.2	Respecter les opérations d'évaluation interne et externe pour le secteur médico-social	UGE CAM	2014-2017	En 2016, 62 établissements médicosociaux étaient éligibles à cet indicateur, c'est-à-dire qu'ils étaient dans une période de négociation de CPOM ou qu'ils avaient fait l'objet d'une inspection. Parmi les établissements éligibles, 57 établissements médicosociaux ont présenté un projet d'établissement validé en 2016.
	21.3	Diffuser un référentiel de dimensionnement des nouveaux établissements (cible SSR et EHPAD)	UGE CAM	2014	La lettre réseau pour les SSR a été diffusée le 30 décembre 2014 Pas de lettre au réseau EHPAD
	21.4	Déployer un plan de formation des personnels à la bientraitance	UGE CAM	2015	Formation mise en place à partir de 2016. Référent bientraitance dans chaque UGECAM
Objectif 21 - Adapter les structures aux nouveaux besoins de la population notamment dans une logique de parcours	21.5	Participer aux expérimentations CNSA/AIRe sur le « fonctionnement en dispositifs » des ITEP	UGE CAM	2015	6 ITEP ont intégré le dispositif : le COTEAU (IDF), Vosgelade (PACAC), les HOGUES et la ROSACE (Normandie), l'Alouette (BRPL), Compiègne (NPCP)
	21.6	S'inscrire dans la logique de parcours de santé des personnes âgées, avec la participation de certaines UGECAM à l'expérimentation PAERPA	UGE CAM	2014	Etablissements UGECAM non concernés par les territoires actuels
	21.7	Participer aux programmes de prévention de désinsertion professionnelle (PDP)	UGE CAM	2014-2017	Pas d'actions spécifiques réalisées
	21.8	Développer les prises en charge spécialisées en neurologie au sein des établissements SSR notamment dans le cadre du Plan AVC : s'inscrire et jouer un rôle majeur dans la filière spécialisée post UNV (Unité Neuro Vasculaire)	UGE CAM	2014-2017	Une expérimentation est en cours avec les Hospices Civils de Lyon sur la mise en place d'une filière neuro.

RAPPORT IGAS N°2017-008R

	21.9	Développer le recours direct des patients en ville à certaines offres en SSR par l'intermédiaire des médecins traitants : - Mettre en place une expérimentation de programme thérapeutique pour les insuffisants cardiaques et coronariens sur le versant préventif	UGE CAM	2015	Réflexion à intégrer dans la nouvelle tarification
Objectif 22 - Accompagner la professionnalisation des personnels des UGECAM	21.10	Elaborer au sein du SDRH de l'Assurance Maladie un volet dédié aux UGECAM	UGE CAM	2015	Mise en place de priorités relatives aux UGECAM au sein du SDRH, sans que cela fasse pour autant l'objet d'un volet à part
	21.11	Proposer une offre de formation liée à la diversification des spécialités de prise en charge (ex : autisme, bien-être)	UGE CAM	2017	Une offre de formation sur la prise en charge autisme sera prise en compte dans le prochain plan de formation prioritaire de la CNAMTS
	21.12	Accompagner la mise en œuvre du DPC (faire reconnaître les établissements ou UGECAM comme ODPC, monter des formations internes DPC, intégrer le DPC dans les plans de formation)	UGE CAM	2015	Mise en place d'agrément ODPC pour certains UGECAM, mais absence de formation
Objectif 23 - Obtenir la certification des comptes	21.13	Renforcer le contrôle interne des UGECAM	UGE CAM	2014	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation de la cartographie des processus : déploiement en priorité des processus paie et GAP • Définition d'un rapport commun sur le contrôle interne • Actualisation des Fiches PAP au regard des risques Réalisation de 97% des plans d'Audit des Procédures prioritaires
	21.14	Préparer la certification des comptes	UGE CAM	2014-2017	1 / Réalisation d'un accord cadre national porté par la CNAMTS pour la sélection du commissaire aux comptes 2/ Lancement de la mission sur les UGECAM LRMP et Alsace
Objectif 24 - Assurer l'équilibre économique de chaque UGECAM	21.15	Concevoir et mettre en œuvre un plan d'action pour garantir l'équilibre économique pérenne de chaque UGECAM	UGE CAM	2014	Mise en place de plans d'équilibre, et actualisations compte tenu des évolutions de l'environnement mise en place d'un suivi tripartite pour les UGECAM les plus déficitaires
	21.16	Objectiver dans le cadre de la campagne de tarification 2015 le différentiel de charges sociales avec le secteur public	UGE CAM	2014	Mission IGAS sur le sujet en 2014, à laquelle les UGECAM ont participé
	21.17	Mettre en œuvre les actions concourant au retour à l'équilibre	UGE CAM	2015-2017	Identification d'un socle commun d'actions pour la maîtrise des dépenses ; mise en place de plans d'équilibre et, pour les UGECAM les plus déficitaires, d'un suivi tripartite
	21.18	Mutualiser les fonctions supports	UGE CAM	2014-2017	Absence de mutualisation, à l'exception d'une centralisation de la paie
Objectif 25 - Renforcer le	21.19	Déployer la comptabilité analytique dans les établissements sanitaires	UGE CAM	2014-2015	Déploiement de la comptabilité analytique dans les établissements

RAPPORT IGAS N°2017-008R

pilotage de la performance des UGECAM et l'efficience des organisations	21.20	Optimiser l'organisation des sièges et développer les mutualisations	UGECAM	2014-2017	Démarche de centralisation de la paie en cours, mais pas de mutualisation engagée
	21.21	Actualiser le SDSI des UGECAM	UGECAM	2015	Mise à jour du SDSI UGECAM finalisée en 2017
	21.22	Déployer GRH au sein des UGECAM	UGECAM	2015	100% du déploiement réalisé en 2015
	21.23	Homogénéiser les outils informatiques au sein des UGECAM	UGECAM	2016-2017	Néant
Engagements de l'Etat		Associer les UGECAM aux réflexions et travaux nationaux engagés sur les secteurs d'activité couverts par les établissements			
		Accompagner les UGECAM dans l'adaptation de leur offre et de leur patrimoine aux besoins de la population			
		Intégrer les établissements UGECAM dans la dynamique de parcours de la SNS			
		Prendre en compte l'expertise des UGECAM dans les recompositions territoriales de l'offre menées par les ARS			
		Accompagner la démarche pluriannuelle de retour à l'équilibre pérenne des UGECAM			

ANNEXE 2 : BILAN DES INDICATEURS

1 BILAN DE L'ATTEINTE DES INDICATEURS

[16] Le tableau présenté à la page suivante dresse un bilan complet des indicateurs prévus dans la COG (indicateurs de suivi et de résultat). Ce bilan est satisfaisant. Sur les 35 indicateurs de résultat, 24 sont atteints, 4 sont quasiment atteints, et 7 ne sont pas atteints. Le taux d'atteinte des indicateurs de résultat en 2016 s'élève à 72 % (en considérant que les indicateurs partiellement atteints valent 0,5).

[17] Une faiblesse apparaît toutefois quant au suivi d'un certain nombre d'indicateurs, qui ne sont pas renseignés. C'est particulièrement le cas pour les indicateurs de suivi, qui ne sont pas renseignés pour 40 % d'entre eux. Mais cette faiblesse dans le suivi concerne aussi plusieurs indicateurs de résultats (6 des 8 indicateurs non atteints le sont car les données ne sont pas transmises). Ceci est d'autant moins explicable que la CNAM dispose parfois des données (par exemple le taux d'accessibilité aux personnes handicapées des accueils physiques). Si la construction d'un indicateur peut exiger un certain temps, la mission juge anormal qu'ils ne soient pas renseignés en fin de COG (ainsi de l'indicateur du taux de réalisation du SDSI).

Tableau 1 : Bilan de l'atteinte des indicateurs de la COG entre 2014 et 2016 (hors GDR)

	2014	2015	2016	Cible 2016	Données non transmises	Atteinte des cibles (IR)
FICHE 1 - Simplifier les démarches des assurés en favorisant la continuité des droits						
IR - Taux d'assurés dont les droits sont à justifier	1,9 %	1,4 %	abandon (PUMA)	abandon (PUMA)		
IR - Taux de signature des conventions Assurance Maladie / Services pénitentiaires	/	/	/	60 %	non fourni	non atteint
IS - Taux de déclarations de grossesse dématérialisées	/	7,3 %	13,2 %			
IS - Délai d'immatriculation des salariés étrangers détachés en France	/	/	/		non fourni	
FICHE 2 - Développer une démarche active pour favoriser l'accès aux droits et aux prestations						
IR - Augmentation des bénéficiaires de l'ACS	3,4 %	19,2 %	8,9 %	10 %		quasiment atteint
IR - Hausse des bénéficiaires de la CMU C	6,3 %	2,1 %	1,6 %	2,60 %		quasiment atteint
IS - Taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA socle	/	/	/		non fourni	
IS -Nb de bénéficiaires vus par le service social	551392	568014	599726	500000		
FICHE 3 - Mieux informer les assurés sur le système de soins et l'accès aux prestations						
IR - Nombre de visites sur ameli.fr	116,7	132,2	141,3	147,5		quasiment atteint
FICHE 5 - Assurer un service de base performant et homogène sur l'ensemble du territoire						
IR - Délai moyen de remboursement des FSE aux assurés	6,6	6,7	6,5	7		atteint
IR - Délai moyen de règlement à l'assuré de la 1ère IJ non subrogée	33	30,4	28,9	30		atteint
IR - Délai moyen de délivrance de la carte Vitale	20,3	19,6	18,9	20		atteint
IR - Taux de décroché	84,6 %	85,7 %	90,3 %	90 %		atteint
IR - Délais moyen de réponse aux courriels	84,0 %	77,9 %	82,6 %	80 %		atteint
IR - Fiabilité des réponses aux sollicitations téléphoniques	65,0 %	77,9 %	83,8 %	81 %		atteint
IR - Fiabilité des réponses aux courriels	/	91,0 %	91,1 %	90 %		atteint
IR - Taux de satisfaction des assurés sur les canaux de contact : satisfaits	79,8 %	93,9 %	79,7 %	84 %		non atteint
IR - Taux de satisfaction des assurés sur les canaux de contact : très satisfaits	22,1 %	24,6 %	22,1 %	22 %		atteint
IR - Taux de réponse aux réclamations en 10 jours	75,9 %	80 %	82 % (SA) 90 % (SM)	73 %		atteint
IR - Taux de réponse aux réclamations en 21 jours	94,2 %	93,5 %	94 % (SA) 97 % (SM)	90 %		atteint
IR - Délai moyen en accueil physique	/	/	/	20 min	non fourni	non atteint
IS - Nombre de RDV en accueil physique	/	/	1134083			
IS - Taux de réitération (à construire)					non fourni	
FICHE 6 - Favoriser le canal de contact le plus adapté et développer l'offre de service en ligne						
IR - Nombre d'adhérents au compte assuré	16,5312	19,88	23,54	19		Atteint
IR - Taux de demandes dématérialisées CEAM	48,3 %	66,0 %	75,4 %	70 %		atteint
IR - Taux d'attestations d'IJ dématérialisées	45,1 %	79,8 %	86,6 %	70 %		Atteint

RAPPORT IGAS N°2017-008R

IR - Taux d'attestations de droits dématérialisées	68,4 %	54,4 %	61,3 %	56 %		Atteint
FICHE 9 - Organiser la dématérialisation des échanges avec les employeurs						
IR - Taux DSIJ	65,80 %	74,05 %	80,46 %	68,40 %		Atteint
IR - Taux de satisfaction des employeurs	87,70 %	84,20 %	87 %	87 %		Atteint
FICHE 15 - Poursuivre et renforcer la lutte contre la fraude, les activités fautives et abusives						
IR - Montants des préjudices détectés et stoppés	196,2	231,5	240	220		Atteint
IR - Nombre de suites contentieuses engagées	5496	6512	7000	4300		Atteint
IR - Taux de recouvrement des indus frauduleux	/	/	53,72 %	Non définie		?
FICHE 16 - Approfondir le fonctionnement en réseau et renforcer les expertises						
IS - Délai de traitement des dettes et des litiges sur dettes					non fourni	
FICHE 17 - Améliorer la gestion des processus, poursuivre la dynamisation de la gestion du patrimoine immobilier et réduire les écarts de performance entre les organismes						
IR - Taux d'accessibilité aux publics handicapés des accueils physiques	54 %	74 %	78 %	100 % fin 2017		quasiment atteint
IR - Taux de couverture des processus par le SMI	/	/	7 %	100 % fin 2017		non atteint
IR - Réduction des écarts de coûts sur les principaux processus métiers				non définie	non fourni	non atteint
IR - Taux d'anomalie des PN et des PE					non fourni	non atteint
IS - Ratio m ² SUN par agent	13/agent	13/agent	12,2/agent	12		
IS - Cessions de 140 000 m ²	22505	75225	119947	110000		
FICHE 18 - Inscrire la responsabilité sociétale des organisations (RSO) au cœur de la stratégie d'entreprise						
IR - Taux d'organismes respectant les obligations d'emploi des travailleurs handicapés	73 %	76 %	85 %	75 %		Atteint
IR - Taux de nomination de femmes aux emplois de direction	44 %	59 %	40 %	40 %		Atteint
IS - Taux d'absentéisme de courte durée	1,03 %	1,22 %	1,15 %			
FICHE 19 - Adapter les métiers et les parcours professionnels à l'évolution des missions						
IS - Qualité de la formation					non fourni	
IS - Nombre de salariés en télétravail	189	789	1466			
FICHE 20 - Favoriser l'adaptation du système d'information aux objectifs stratégiques de la COG						
IR - Taux de disponibilité portail AS	98,2 %	98,4 %	99,2 %	99,0 %		Atteint
IR - Taux de disponibilité portail PS	96,1 %	99,0 %	99,0 %	99,0 %		Atteint
IR - Taux de disponibilité portail employeurs	97,8 %	98,5 %	99,6 %	99,0 %		Atteint
IR - Taux d'exécution du SDSI	/		/		non fourni	non atteint
FICHE 21 - UGECAM : performance, certification des comptes et qualité de la prise en charge						
IR - Développement de l'hospitalisation de jour	286333	325304	336634	285285 (2017)		Atteint
IR - Certification des comptes des UGECAM	/	/	/	25 %	non fourni	non atteint

Source : mission IGAS d'après données CNAMTS

2 ANALYSE DES INDICATEURS DE QUALITE DE SERVICE

2.1 Une évolution des indicateurs qui rend difficile le suivi de longue durée

[18] 28 nouveaux indicateurs ont été introduits dans la COG 2014-2017. Le nombre d'indicateurs hors-GDR est ainsi passé de 40 à 50 (dont 22 indicateurs repris). Pourtant, le rapport d'évaluation de la COG précédente, centré sur la qualité de service aux assurés, suggérait de réduire le nombre d'indicateurs, trop nombreux.

Tableau 2 : Tableau comparatif des indicateurs présents dans les deux dernières COG CNAM

	COG 2010- 2013	COG 2014- 2017
AXE 1 : Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins		
Taux d'assurés dont les droits sont à justifier	X	IR
Taux de signature conventions Assurance Maladie / services pénitentiaires		IR
Délai d'immatriculation des salariés étrangers détachés en France		IS
Taux de déclarations de grossesse dématérialisées		IS
Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMUC		IR
Délai de traitement d'un dossier CMU-C	X	
Délai de traitement d'un dossier AME	X	
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ACS	X	IR
Taux de bénéficiaires d'ACS par rapport à la population du RG ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire	X	
Nombre de bénéficiaires aidés par le service social		IS
Taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA socle		IS
Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés	X	
Nombre de visites sur ameli.fr (en millions)	X	IR
Nombre moyen de connexions par adhérent par an	X	
AXE 2 : Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers		
Délai de remboursement FSE aux assurés (jours)	X	IR
Taux de FSE	X	
Délai moyen de règlement à l'assuré de la 1ère IJ maladie + AT/MP	X	IR
Délai moyen de délivrance de la carte vitale	X	IR
Taux de certification des NIR des bénéficiaires	X	
Taux de décroché PFS téléphonique	X	IR
Taux de courriels délivrés en moins de 48h	X	IR
Fiabilité des réponses aux sollicitations téléphoniques		IR
Fiabilité des réponses aux sollicitations courriels		IR
Taux de réponses aux réclamations en 21 jours	X	IR
Taux de réponses aux réclamations en 10 jours		IR
Taux de réitération		IS
Taux de satisfaction des assurés sur les canaux de contacts : satisfaits	X	IR
Taux de satisfaction des assurés sur les canaux de contacts : très satisfaits		IR
Taux de satisfaction délai d'attente accueil physique		IR
Taux d'assurés reçus en moins de 20 minutes	X	
Nombre de rendez-vous réalisés en accueil physique		IS
Taux de sites d'accueil des sièges conformes aux 3 niveaux préconisés	X	
Développement du compte assuré (en millions)	X	IR
Taux de demandes CEAM dématérialisées		IR
Taux d'attestations d'IJ dématérialisées		IR
Taux d'attestations de droits dématérialisées		IR
Taux DSIJ	X	IR

Taux de satisfaction des employeurs	X	IR
AXE 3 : Contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficacité du système de soins		
Montants des préjudices détectés et stoppés (M€)	X	IR
Nombre de suites contentieuses engagées par l'Assurance Maladie	X	IR
Taux de recouvrement des indus frauduleux	X	IR
AXE 4 : Renforcer l'efficacité collective de l'Assurance maladie		
Cessions de 140 000 m ²	X	IS
Ratio m ² Sun par personne physique (en m ²)	X	IS
Taux de couverture des différents processus par le SMI		IR
Taux de mise en œuvre des actions de mutualisation	X	
Evolution du ratio BCP/ETP	X	
Réduction de l'écart CPAM les plus coûteuses / moyenne des 30 CPAM les moins coûteuses	X	
Réduction des écarts de coûts sur nos 5 principaux métiers		IR
Taux d'accessibilité aux publics handicapés des accueils physiques		IR
Taux d'anomalies (PN et PE)	X	IR
Taux d'organismes respectant les obligations légales d'emploi des travailleurs handicapés		IR
Réduction de 5 % de la cotisation AGEFIPH-FIPH	X	
Emploi de salariés âgés de plus de 55 ans	X	
Taux d'organismes ayant mis en place une politique de prévention risques psycho-sociaux	X	
Taux de nomination de femmes aux emplois de directrices et d'agents comptables		IR
Evolution du taux d'absentéisme maladie de courte durée		IS
Suivi qualitatif des formations professionnalisantes		IS
Suivi Télétravail		IS
Taux de disponibilité du portail par année (AS, PS et Employeurs)	X	IR
Taux de disponibilité par année portail PS	X	IR
Taux de disponibilité par année portail Employeurs	X	IR
Taux de disponibilité des applications de production	X	
Taux de QuickWin dans les délais	X	
Taux d'exécution des programmes du SDSI	X	IR
Nombre de journées d'hospitalisation de jour		IR
Comptes certifiés des UGECAM (avec ou sans réserves)		IR

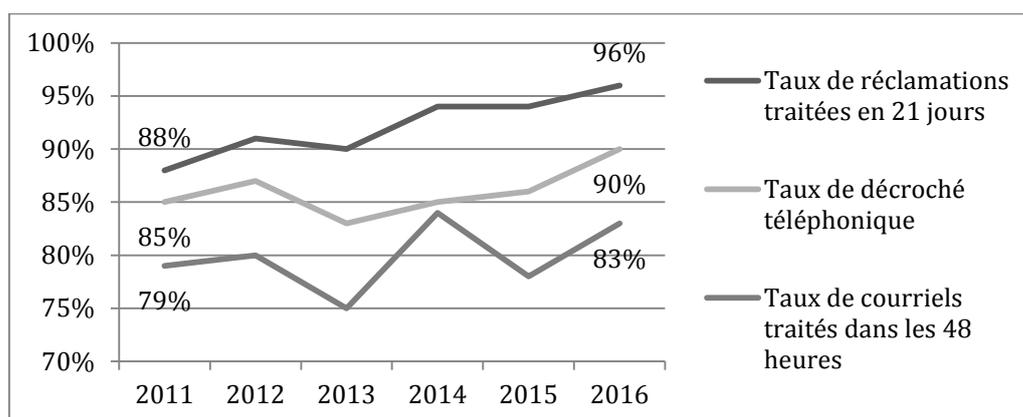
Source : Mission IGAS

[19] L'introduction de nouveaux indicateurs limite le suivi de la performance sur une longue durée. Un effort de continuité dans les indicateurs choisis avait pourtant été préconisé dans le cadre des travaux effectués par la DSS en juin 2013², avant le renouvellement de la COG.

[20] L'analyse de certains indicateurs de qualité de service demeurés inchangés met toutefois en lumière leur progression sur cinq ans.

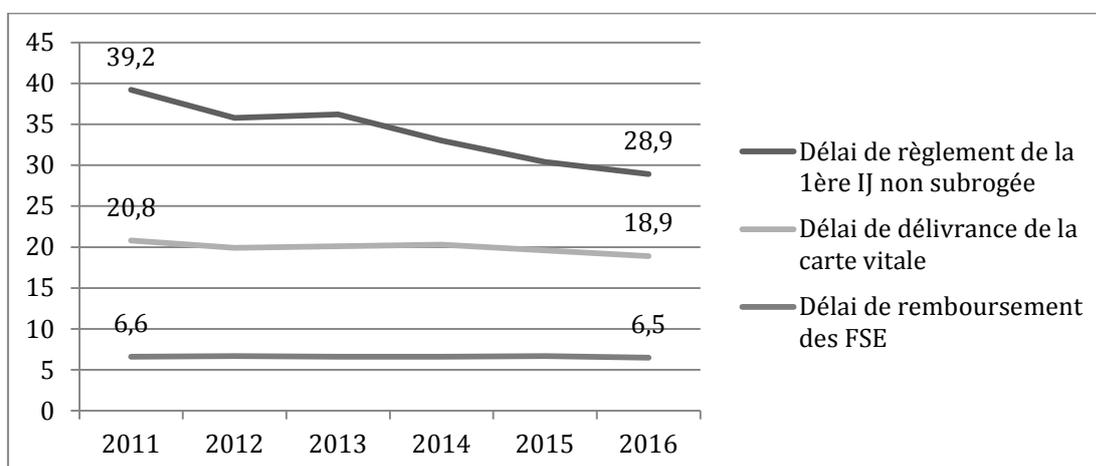
² Colloque du 7 juin 2013, *Les 10 ans de benchmarking de la sécurité sociale*

Graphique 1 : Indicateurs de relation client entre 2011 et 2016



Source : Mission IGAS

Graphique 2 : Evolution des délais de traitement entre 2011 et 2016



Source : Mission IGAS

2.2 Des indicateurs de relation client au niveau des standards du marché, mais qui pourraient être mieux alignés avec les autres branches

[21] Une comparaison avec les indicateurs de relations clients présents dans les autres COG du régime général (cf. tableau 3) montre que la COG CNAMTS permet désormais un suivi relativement complet des composantes de la relation client : délai de traitement et fiabilité de réponse, satisfaction par catégorie d'utilisateur, qualité de la relation par type de canal. Le suivi de la qualité des réponses pourrait être affiné avec la construction d'un indicateur de suivi des réitérations ; la COG 2014-2017 le prévoyait, mais à ce jour, il n'a pas été mis en place. Cependant, dans l'ensemble, les indicateurs définis sont de qualité (y compris pour les indicateurs composites) et révèlent un niveau de pilotage important.

[22] S'agissant des objectifs fixés, ils sont restés identiques à ceux de la COG précédente pour les indicateurs communs, à l'exception de l'objectif de satisfaction des assurés (qui est passé de 80 % à 86 %) et des délais de traitement des courriels (qui est passé de 75 % à 80 % de courriels traités en moins de 48h). Dans l'ensemble, ils se situent généralement au niveau voire au-dessus des exigences des autres branches (délai d'attente en accueil physique, taux de décroché, taux de satisfaction, en particulier), et au-dessus des standards du marché, si l'on se réfère au benchmark

externe réalisé par le secrétariat général à la modernisation de l'action publique. En matière de satisfaction client, par exemple, l'objectif fixé par la CNAM est de 86 % de satisfaction des assurés et de 88 % pour les employeurs et professionnels de santé, contre un objectif de 80 % pour le standard du marché.

[23] Des améliorations pourraient encore être apportées pour un alignement inter-branche :

- Les indicateurs d'accessibilité aux services pourraient être développés, afin de permettre une meilleure prise en compte de la qualité d'accueil des organismes. La CNAF a ainsi mis en place des indicateurs retraçant l'amplitude d'ouverture de l'accueil physique (avec un objectif de 35h par semaine) et de l'accueil téléphonique (avec un objectif de 32h par semaine). Ils pourraient permettre de construire des indicateurs composites par type de contact, incluant l'amplitude horaire, les délais d'attente (y compris pour les relations téléphoniques), la fiabilité des réponses et le nombre de réitérations.
- Un alignement sur les standards des autres COG serait également envisageable. Cet alignement pourrait être différencié selon les publics (alignement CNAM-CNAF-CNAV en matière de relation avec les assurés ; alignement CNAM-ACOSS en matière de relation avec les employeurs, par exemple). Il permettrait à terme d'envisager un socle de base de la qualité de la relation client pour l'ensemble des organismes du régime général.

Tableau 3 : Comparaison des indicateurs de relation client des COG actuelles du régime général et standards

	CNAM	CNAF	CNAV	ACOSS	Standard
Accueil physique	IS5.1 Nombre de rendez-vous réalisés en accueil physique	IS10.28 Niveau de réalisation des rendez-vous dans les 7 jours suivant la demande	IR9 Pourcentage de visites sur rendez-vous		pas de standard
	non défini		52 %		
		IR10.26 Amplitude d'ouverture de l'accueil physique 35h par semaine ou plus			pas de standard
	Taux de respect du délai pour être reçu en accueil physique (< = 20 min)	IR10.25 Temps d'attente pour un accueil immédiat (Attente à l'accueil <= 20 min)			pas de standard
	85 % ou plus	85 % ou plus			
	IS10.29 Suivi des fermetures des accueils physiques			pas de standard	
	indicateur à construire				
Services dématérialisés	IR3.1 Nombre de visites sur ameli.fr (en millions)	IS10.32 Nombre de connexions au site caf.fr (connexions et nombre d'allocataires distincts)	IR1 Evolution du nombre d'utilisations des services dématérialisés du portail unique branche retraite		pas de standard
	165 millions				

	IR6 Nombre d'adhérents au compte assurés 21 millions				pas de standard
Accueil téléphonique	IR5.2 Taux de décroché PFS téléphonique 90 % ou plus	IR10.23 Taux d'appels téléphoniques traités par les agents 90 % ou plus	IR8 Taux d'appels aboutis 85 % ou plus	IR Taux de décroché et Taux d'appels aboutis 85 % ou plus	90 % ou plus
		IR10.24 Amplitude d'ouverture de l'accueil téléphonique 32h par semaine ou plus			pas de standard
	IR5.2 Fiabilité des réponses aux sollicitations téléphoniques 82 % ou plus			IR Qualité de la réponse appels 90 % ou plus	pas de standard
Courriels	IR5.2 Taux de courriels délivrés en moins de 48h 80 %, socle 70 %	IS10.31 Délai de réponse aux courriels dans un délai de 48h (jours ouvrés) 85 % ou plus		IR Taux de respect du délai de réponse aux courriels 90 % ou plus	Délai de réponse dans un délai de 24h
	IR5.2 Fiabilité des réponses aux sollicitations courriels 90 % ou plus			IR Qualité de la réponse courriels 90 % ou plus	pas de standard
Réclamations	IR5.4 Délai de réponse aux réclamations : Taux de réponse aux réclamations en 10 et 21 jours 75 % en 10j et 90 % en 21j	IS10.30 Délai de traitement des réclamations 85 % dans un délai de 15 jours		Taux de traitement des réclamations cible à définir	pas de standard
Satisfaction	IR5.3 Taux de satisfaction des assurés sociaux sur les canaux de contacts 86 % dont 23 % "très satisfait"	IS10.33 Taux de satisfaction des allocataires pas de cible définie	IR7 Taux de satisfaction global des retraités 90 % ou plus	IS Note de satisfaction des cotisants 73,1 % en 2015	80 % ou plus
	Taux de satisfaction employeurs 88 % ou plus				
	Taux de satisfaction professionnels de santé 88 % ou plus				

Source : mission IGAS

3 ANALYSE QUALITATIVE DES INDICATEURS

[24] La mission a évalué la qualité des indicateurs selon une grille méthodologique commune à l'ensemble des missions COG (l'analyse détaillée par indicateur est retracée dans le tableau 4). Cette analyse repose sur trois axes :

- La cohérence entre l'indicateur et l'objectif auquel il est rattaché. Cette cohérence semble renforcée par rapport à la COG précédente, même si le fait que les indicateurs soient rattachés aux fiches thématiques (au nombre de 21) plutôt qu'aux objectifs des fiches (plus nombreux) limite la visibilité sur ce sujet. Ainsi de nombreux indicateurs ne couvrent qu'une partie trop restreinte du champ des fiches thématiques (certaines fiches, comme la fiche 16 n'en comptent même aucun) ; l'évolution soulignée par les résultats ne permet donc pas de conclure à une atteinte véritable des objectifs clés, et l'indicateur perd de fait sa valeur de pilotage de la performance ;
- La maîtrise des biais de l'indicateur. Une analyse plus fine des risques de biais de certains indicateurs serait souhaitable, notamment en matière d'accès aux droits ou d'écoute client. Dans le domaine de l'accès aux droits, les indicateurs actuels sur l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ne permettent pas d'avoir de visibilité sur les cas de non-renouvellement (CMU-C) ou de non-utilisation (chèque ACS) ; de même, il reste difficile d'évaluer la part de cette évolution liée à l'action de la CPAM elle-même.
- La qualité formelle de l'indicateur. De façon générale, les indicateurs de la COG ont gagné en qualité en comparaison de ceux de la COG précédente, tant dans leur formulation (plus claire et compréhensible, même si même si la mention de la valeur d'origine des indicateurs n'est pas systématique) que dans leur calcul.

[25] Un effort de transmission infra-annuelle des résultats pour les indicateurs d'efficience serait, en outre, profitable pour les organismes du réseau. Enfin, l'absence de révision de la formulation de certains indicateurs (ou de leur cible) impactés par des réformes extérieures à la COG (en matière d'accès aux droits principalement – PUMA, ACS) pose question.

Tableau 4 : Analyse détaillée de la qualité des indicateurs de la COG

Indicateur COG	Cohérence entre les indicateurs et les objectifs	Caractère clair, compréhensible et interprétable des indicateurs	Qualité de la définition, de la construction et des règles de calcul des indicateurs étudiés			Existence de leviers d'action pour l'organisme	Qualité de la cible fixée	Absence d'effets pervers/biais des indicateurs retenus
			Définition	Construction	Règles de calcul			
Taux d'assurés dont les droits sont à justifier	OK	OK	OK	OK	OK	l'action des CPAM est dépendante du rendement des injections automatisées et des échanges dématérialisés, et l'indicateur est tributaire de la qualité des fichiers et du recours à des UGE locales	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	n'est pas révélateur de la complexité des dossiers ou de la simplification des démarches
Taux de signature des conventions Assurance Maladie / services pénitentiaires	l'indicateur ne couvre qu'une partie restreinte des objectifs de la fiche	OK	OK	OK	OK	l'action des CPAM dépend aussi de celle des établissements de santé et des établissements pénitentiaires, et l'indicateur ne couvre qu'une partie restreinte des objectifs	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK
Délai d'immatriculation des salariés étrangers détachés en France	l'indicateur ne couvre qu'une partie restreinte des objectifs de la fiche	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Taux de déclarations de grossesse dématérialisées	l'indicateur ne couvre qu'une partie restreinte des objectifs de la fiche	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK
Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMUC	OK	OK	OK	OK	En cas de dépassement, faut-il reporter les % de progression ?	OK	OK	Prend en compte le non-renouvellement ? Prend en compte le non-recours (par ex. pour les RSA) ?
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ACS	OK	OK	OK	OK	En cas de dépassement, faut-il reporter les % de progression ?	OK	OK	Ne révèle pas l'utilisation du chèque ACS
Nombre de bénéficiaires aidés par le service social	OK	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente, cible largement atteinte dès la première année et non ajustée	OK
Taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA socle	OK	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK
Nombre de visites sur ameli.fr (en millions)	OK	OK	OK	OK	OK	résultats fourni aux organismes de façon annuelle	OK	ne prend pas en compte l'utilisation des autres canaux (téléphoniques, RDV)
Délai de remboursement FSE aux assurés (jours)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Délai moyen de règlement à l'assuré de la 1ère IJ maladie + AT/MP (non subrogée) (jours)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK
Délai moyen de délivrance de la carte vitale	OK	OK	OK	OK	formule très complexe	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK
Taux de décroché PFS téléphonique	OK	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	ne prend pas en compte les réitérations (y compris avec autres modes de contact)
Délai de réponse aux courriels - tous courriels confondus - Taux de courriels délivrés en moins de 48h	OK	OK	OK	OK	inclut les mails fermés sans réponse	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	ne prend pas en compte les réitérations (y compris avec autres modes de contact)
Fiabilité des réponses aux sollicitations téléphoniques	OK	OK	OK	OK	formule très complexe	résultats fourni aux organismes de façon annuelle	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	ne prend pas en compte les réitérations (y compris avec autres modes de contact)
Fiabilité des réponses aux sollicitations courriels	OK	OK	OK	OK	formule très complexe	résultats fourni aux organismes de façon annuelle	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	ne prend pas en compte les réitérations (y compris avec autres modes de contact)
Taux de satisfaction des assurés sociaux sur les canaux de contacts (Accueil physique, téléphonique, courriers/courriels) : satisfaits	OK	OK	OK	OK	OK	résultats fourni aux organismes (uniquement mars et juin) année N+1	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Taux de satisfaction des assurés sociaux sur les canaux de contacts (Accueil physique, téléphonique, courriers/courriels) : très satisfaits	OK	OK	OK	OK	OK	résultats fourni aux organismes (uniquement mars et juin) année N+1	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK
Délai de réponse aux réclamations : Taux de réponse aux réclamations en 10 jours	OK	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la cible précédente	OK
Délai de réponse aux réclamations : Taux de réponse aux réclamations en 21 jours	OK	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la cible précédente	OK
Taux de satisfaction des assurés sociaux sur les canaux de contacts (accueil physique, téléphonique, courriers/courriels) : délai d'attente accueil physique	OK	OK	OK	OK	OK	OK	ne se situe pas par rapport à la cible précédente	OK
Nombre de rendez-vous réalisés en accueil physique	OK	OK	OK	OK	OK	résultats fourni aux organismes de façon annuelle	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	évolution du parcours assuré
Développement du compte assuré (en millions)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	ne révèle pas l'utilisation par les assurés, et nombreuses ouvertures de compte sans utilisation

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Taux pénétration des téléservices - taux de demandes CEAM dématérialisées	OK	OK	OK	OK	inclut les demandes sur BMS	OK	OK	OK
Taux pénétration des téléservices - taux d'attestations journalières dématérialisées	OK	OK	OK	OK	inclut les demandes sur BMS	OK	OK	OK
Taux pénétration des téléservices - taux d'attestations de droits dématérialisées	OK	OK	OK	OK	inclut les demandes sur BMS	OK	OK	OK
Taux DSIJ	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Taux de satisfaction des employeurs	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Montants des préjudices détectés et stoppés (M€)	OK	OK	OK	OK	formule non explicitée	OK	Cible 2014 inférieure à celle atteinte en 2013	OK
Nombre de suites contentieuses engagées par l'Assurance Maladie	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Taux de recouvrement des indus frauduleux	OK	OK	OK	OK	formule non explicitée	pas d'information transmise aux CPAM	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK
Cessions de 140 000 m ²	OK	OK	OK	OK	OK	résultats fournis aux organismes année N+1	OK	Non

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Ratio m ² Sun par personne physique (en m ²)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Taux de couverture des différents processus par le SMI	OK	OK	OK	OK	formule non explicitée	OK	ne se situe pas par rapport à la COG précédente	OK
Réduction des écarts de coûts sur nos 5 principaux métiers	OK	OK	OK	OK	formule très complexe	OK	OK	Non
Taux d'accessibilité aux publics handicapés des accueils physiques (% assurés reçus dans un accueil CPAM accessible à tous)	OK	OK	OK	OK	formule non explicitée	résultats fourni aux organismes année N+1	OK	Non
Taux d'anomalies (PN et PE)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Taux d'organismes respectant les obligations légales d'emploi des travailleurs handicapés	OK	OK	OK	OK	OK	résultats fourni aux organismes année N+1	OK	OK
Taux de nomination de femmes aux emplois de directrices et d'agents comptables à l'occasion des renouvellements de poste	OK	OK	OK	OK	OK	non (source manuelle uniquement)	OK	OK
Evolution du taux d'absentéisme maladie de courte durée	OK	OK	OK	OK	OK	résultats fourni aux organismes année N+1	OK	OK

RAPPORT IGAS N°2017-008R

Suivi qualitatif des formations professionnalisantes : moyenne note stagiaire (note/10)	OK	OK	OK	indicateur composite dont la construction n'est pas précisée	formule non explicitée	OK	OK	OK
Suivi qualitatif des formations professionnalisantes : taux de satisfaction stagiaire (nombre de notes supérieures à 7/10)	OK	OK	OK	indicateur composite dont la construction n'est pas précisée	formule non explicitée	OK	OK	OK
Suivi qualitatif des formations professionnalisantes : moyenne note manager (note/10)	OK	OK	OK	indicateur composite dont la construction n'est pas précisée	formule non explicitée	OK	OK	OK
Suivi qualitatif des formations professionnalisantes : taux de satisfaction manager (notes supérieures à 7/10)	OK	OK	OK	indicateur composite dont la construction n'est pas précisée	formule non explicitée	OK	OK	OK
Suivi Télétravail	OK	OK	OK	OK	formule non explicitée	OK	OK	OK
Taux de disponibilité par année portail AS	OK	OK	OK	OK	méthodologie de calcul revue chaque année	OK	OK	OK
Taux de disponibilité par année portail PS	OK	OK	OK	OK	méthodologie de calcul revue chaque année	OK	OK	OK

RAPPORT IGAS N°2017-008R

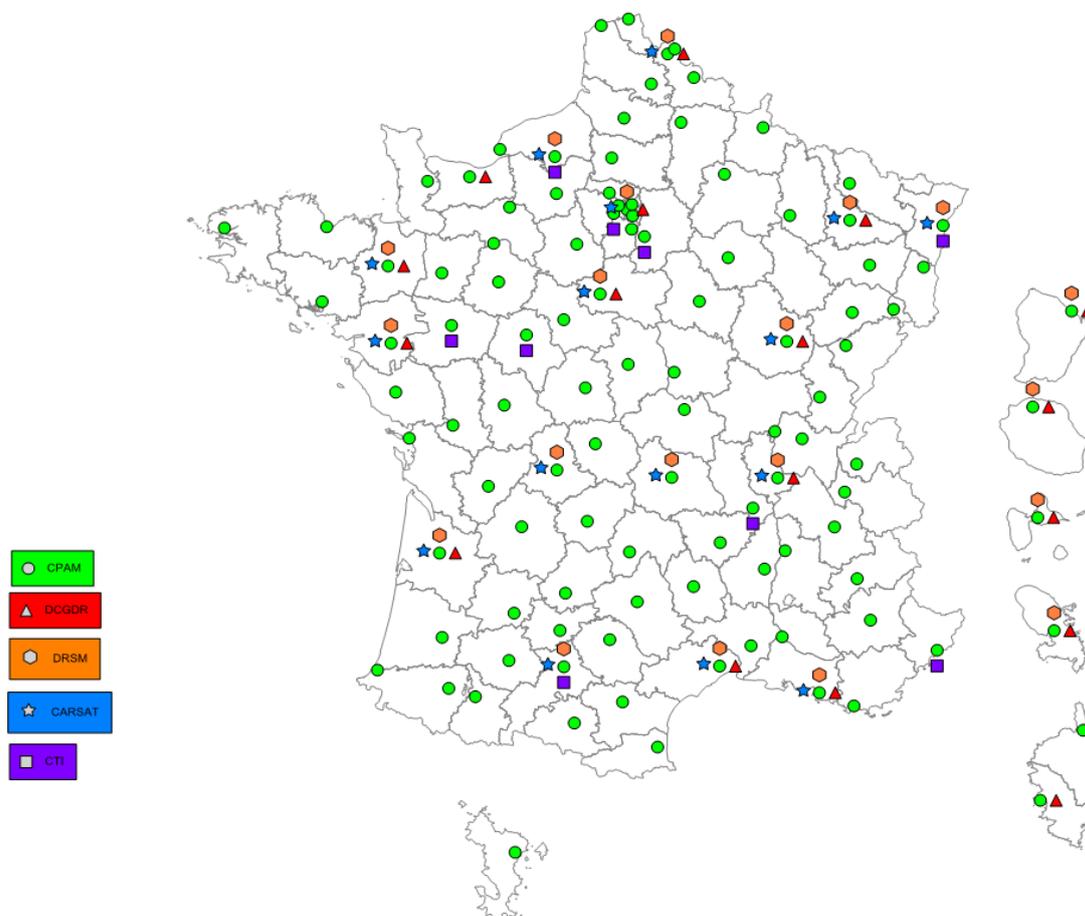
Taux de disponibilité par année portail Employeurs	OK	OK	OK	OK	méthodologie de calcul revue chaque année	OK	OK	OK
Taux d'exécution des programmes du SDSI	OK	OK	OK	formule non explicitée	formule non explicitée	OK	OK	Non
Nombre de journées d'hospitalisation	OK	OK	OK	formule non explicitée	formule non explicitée	OK	OK	OK
Comptes certifiés des UGECAM (avec ou sans réserves)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK

ANNEXE 3 : ORGANISATION DU RESEAU DE L'ASSURANCE MALADIE

[26] Afin de remplir ses missions, l'assurance maladie s'appuie sur un réseau de 168 organismes aux missions et statuts spécifiques, dont le pilotage est assuré par la Caisse nationale-Etablissement public (CNAM-EP) : 101 caisses primaires d'assurance maladie, la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère, 5 caisses générales de la sécurité sociale dans les départements d'outre-mer, 20 directions régionales du service médical, 16 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, 13 directions de coordination de la gestion du risque et 9 centres de traitement informatique. L'ensemble des effectifs du réseau s'élève en 2016 à près de 66 400 ETP.

[27] En outre, depuis 2000, la CNAM pilote l'action de ses 221 établissements sanitaires et médico-sociaux par le biais de 13 unions pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie (UGECAM). Le groupe UGECAM, doté depuis 2009 d'une direction nationale, est un opérateur privé à but non lucratif de soins de suite et de réadaptation à destination des publics défavorisés, réunissant plus de 13 700 ETP en 2015 répartis sur plus de 158 sites.

Schéma 1 : Le réseau de l'assurance maladie (hors UGECAM)



Source : Mission IGAS

1 LE RESEAU DES CAISSES PRIMAIRES : CPAM, CCSS ET CGSS

1.1 Un maillage départemental

[28] Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), la caisse commune de sécurité sociale (CCSS) de la Lozère et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) des départements d'outre-mer constituent les organismes de base de l'assurance maladie.

[29] A l'image du maillage de l'ensemble des autres branches du régime général, la géographie de ces organismes de base est restée relativement inchangée entre leur mise en place et le début des années 2000. Un premier mouvement de rationalisation du schéma d'implantation est impulsé par la COG 2004-2009 qui, si elle ne prévoit pas de fusion de l'ensemble des caisses infra-départementales, mène une première réflexion sur la recherche d'une organisation cible et expérimente des opérations de fusion dans cinq départements entre 2004 et 2007. La COG 2010-2013 prévoit la fusion des autres caisses infra-départementales à partir de 2010.

[30] Entre 2004 et 2014, le nombre de CPAM est ainsi passé de 127 à 101 soit une réduction de 20 %. Seuls quatre départements comptent aujourd'hui plusieurs caisses :

- 4 CPAM dans le département du Nord : CPAM de Lille, CPAM de Tourcoing, CPAM des Flandres et CPAM du Hainaut. Le maintien de 4 organismes a été justifié par la volonté de maintenir une taille appropriée pour les organismes, afin d'en assurer un pilotage efficace ; les problématiques liées au transport et à la desserte du département ; la volonté de garder une certaine proximité avec les assurés, correspondant également aux différentes catégories de population du département. Ce maillage infra-départemental important a été compensé par un principe de délégation : une CPAM représente les 3 autres dans les instances régionales ;
- 2 CPAM dans le département du Pas-de-Calais : CPAM de l'Artois et CPAM de la Côte d'Opale ;
- 2 CPAM dans le département des Pyrénées-Atlantiques : CPAM du Béarn et de la Soule, et CPAM du Pays Basque ;
- 2 CPAM dans le département de la Seine-Maritime : CPAM de Rouen- Elboeuf- Dieppe et CPAM du Havre.

[31] La Caisse commune de sécurité sociale de Lozère est un organisme expérimental multi-branches créé par la loi du 21 décembre 2006, afin de répondre aux particularités du territoire. Elle gère à la fois les services de l'assurance maladie, des prestations familiales et du recouvrement ; la responsabilité des prestations vieillesse relève de la CARSAT. En 2016, la CCSS de la Lozère comptait 138 ETP affectés à l'assurance maladie.

[32] Dans les départements d'outre-mer, 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) en Martinique, Guadeloupe, Guyane, la Réunion, et une caisse de sécurité sociale (CSS) à Mayotte regroupent l'ensemble des services de la sécurité sociale : les services de l'assurance maladie, de l'assurance retraite, des allocations familiales, et du recouvrement des cotisations de sécurité sociale. L'ensemble des CGSS réunissait plus de 1700 ETP en 2016, dont 937 ETP affectés à la branche maladie.

1.2 Les activités des CPAM, CCSS et CGSS

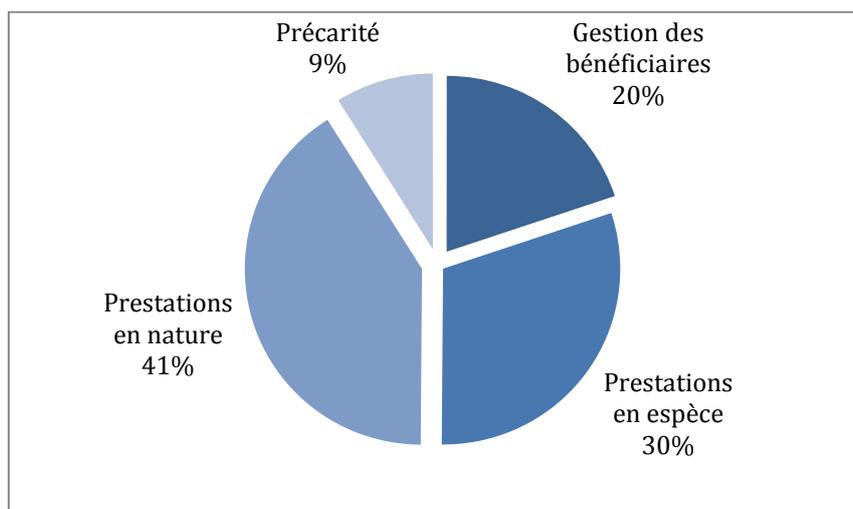
[33] Les CPAM sont des organismes de droit privé assurant dans leur circonscription, en vertu de l'article L211-1 du code de la sécurité sociale, le service des prestations maladie et de certaines prestations AT-MP du régime général. Elles assurent les relations de proximité avec les publics de l'Assurance Maladie.

[34] Le détail de la répartition des effectifs des CPAM est présenté dans le tableau n°1 ci-dessous. Seule l'évolution 2015/2016 est mentionnée, une rupture de série dans la comptabilité analytique en 2015 rendant les données par processus délicates à interpréter sur la période de la COG. L'évolution des données par grand pôle est présentée dans le graphique n°1.

[35] Les activités dites « de production » des CPAM, assurées en 2016 par 20 819 ETP, recouvrent :

- L'affiliation des assurés sociaux et la gestion de leurs droits à l'assurance maladie, incluant la réception des demandes d'affiliation (ou d'immatriculation pour les étrangers), la vérification de l'éligibilité du demandeur au régime général, et la mise à jour de la carte vitale. La réforme de la PUMA de 2015 a impacté l'affiliation des assurés (du fait de la suppression de la fermeture des droits dans le temps, et de la disparition progressive du statut d'ayant-droit majeur), et le recours à la CMU Base (devenue obsolète) ;
- Le traitement des feuilles de soins électroniques et papier (dans ce cas, le traitement implique une opération de scannérisation des feuilles de soins). Ces processus sont marqués par la diminution de l'activité de traitement des feuilles de soins papiers (FSP) consécutifs à la dématérialisation et à l'automatisation des procédures. Début 2017, le taux de dématérialisation s'élevait à 95 % ;
- Le versement des prestations d'assurance maladie et d'AT-MP (notamment le remboursement des soins, le paiement des indemnités journalières, l'avance des frais médicaux, etc.), qu'elles soient en nature ou en espèce. Les prestations en espèce recouvrent les indemnités journalières versées en compensation de la perte de revenu due à un arrêt de travail (en raison d'une maladie, d'une maternité, ou encore d'un accident de travail). Les prestations en nature concernent le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés lors d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident de travail ;
- Au titre de l'article L221-1-2 du code de la sécurité sociale, les CPAM assurent également une politique d'action sanitaire et sociale par des aides individuelles aux assurés et des aides collectives au profit d'associations.

Graphique 1 : Répartition des effectifs par processus métier en 2016



Source : Mission IGAS, données CNAMTS

[36] Les activités de relation client (10 043 ETP en 2016) regroupent l'ensemble des actions relatives aux métiers d'accueil des publics (accueil physique et accueil téléphonique), le traitement des courriers et courriels ainsi que des réclamations. Sur l'ensemble de la COG, le marketing opérationnel a notamment connu un développement (les effectifs sont ainsi passés de 702 à 806 ETP entre 2013 et 2016).

[37] Les CPAM ont également la charge de l'application d'un plan d'action en matière de gestion du risque (en relation avec les professionnels de santé) et de la mise en œuvre d'une politique de prévention et de promotion de la santé (dépistage des cancers, etc.). Les activités concernées recouvrent des actions générales sur l'offre et la demande de soins (dont l'accompagnement des assurés, des offreurs de soins et des employeurs), la maîtrise médicalisée des dépenses, la lutte contre la fraude, la gestion des recours, litiges et du contentieux, ainsi que les recours contre tiers. L'ensemble de ces activités dites de « gestion du risque » sont effectuées par 5 250 ETP.

[38] Enfin, plus de 9636 ETP sont affectés aux activités dites « support », relatives à la gestion des ressources humaines, aux activités de direction (définition de la stratégie et pilotage de la performance), aux activités comptables et financières (gestion des créances et oppositions, gestion de la trésorerie et tenue des comptes), à la gestion immobilière, informatique (notamment gestion de la relation utilisateurs et de l'informatique locale), et aux achats. Ces activités ont connu une diminution de plus de 10 % des effectifs alloués entre 2013 et 2016.

Tableau 1 : Répartition des effectifs des CPAM et de la CCSS par processus en 2016³

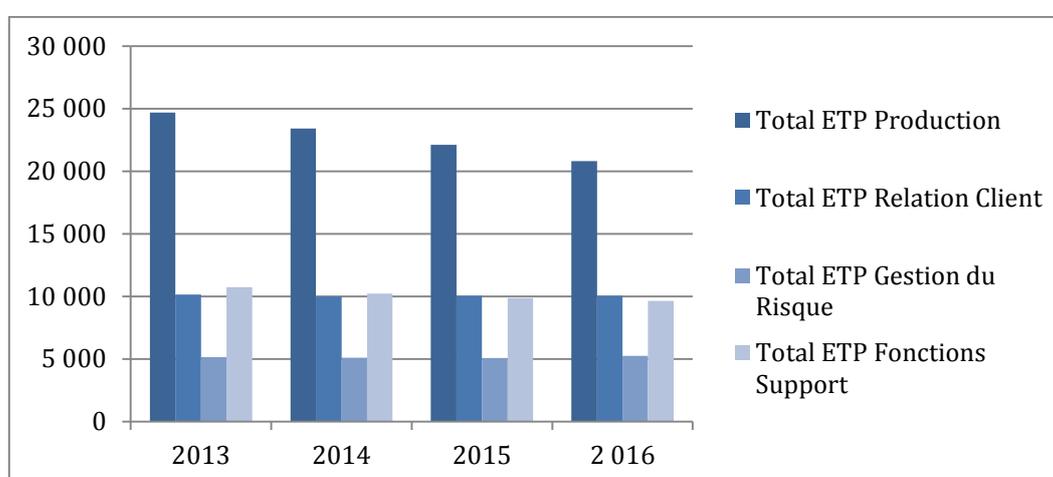
PROCESSUS	ETP	Evolution 2015/2016
Activités de production	20 819	-6 %
Fichier Assurés / Droits de base	3 426	-9 %
CMU base, CMUC et ACS	1 500	-9 %
Fichiers	709	1 %
Reconnaissance AT/MP	1 638	-2 %
Feuilles de soins électroniques / Règlements hors établissements	2 360	-3 %
Intégration des flux	3 195	-2 %
Feuille de soins papier LAD	2 158	-14 %
Règlements aux établissements et aux professionnels de santé	814	-4 %
Règlements IJ Maladie-Maternité-Paternité	2 967	-4 %
Règlements IJ AT-MP	716	-4 %
Règlements rentes	334	-11 %
Règlements pensions invalidité	578	-3 %
Règlements capital décès	64	-7 %
Prestation Action Sanitaire et Sociale	361	-4 %
Activités de relation client	10 043	0 %
Accueil physique - tous niveaux	4 028	-1 %
Accueil téléphonique - tous niveaux	3 246	-2 %
Traitement courrier et courriel - tous niveaux	945	9 %
<i>Courrier</i>	220	-6 %
<i>Courriel</i>	725	14 %
Réclamations	1 017	-4 %
Marketing opérationnel des offres de services	806	6 %
Activités de gestion du risque	5 250	4 %
Actions générales sur l'offre et la demande de soins (hors LCF)	2 144	4 %
<i>Accompagnement des assurés</i>	764	7 %
<i>Accompagnement des offreurs de soins</i>	1 237	-2 %
<i>Accompagnement des employeurs</i>	13	10 %
<i>Accompagnement social</i>	131	62 %
Maitrise médicalisée	403	7 %
Lutte contre la Fraude (LCF)	950	6 %
Gestion des recours, litiges et contentieux sur le risque	1 011	4 %
Recours Contre Tiers	740	-1 %

³ Le nombre d'ETP total de la comptabilité analytique (45 748 en 2016) diffère des ETPMA des CPAM et CGSS (50735). Cet écart s'explique par le fait que la comptabilité analytique ne couvre pas les CGSS, par le fait que les personnes en arrêt de longue durée ne sont pas incluses, et par une déduction des ETP hors mutualisation (missions nationales, régimes partenaires intégrés).

Fonctions support	9 637	-2 %
Gestion des ressources humaines	2 488	3 %
Activités de direction	2 818	-3 %
Activités comptables et financières	1 567	-5 %
Gestion immobilière	727	-4 %
Gestion informatique	1 246	-5 %
Achats	790	-4 %
TOTAL ETP des CPAM et CCSS	45 748	-3 %

Source : CNAMTS

Graphique 2 : Evolution des effectifs entre 2013 et 2016



Source : Mission IGAS à partir de données CNAMTS

2 LE SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

[39] Le service médical de l'assurance maladie est assuré au sein de structures médico-administratives par des praticiens conseils (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) et par un personnel administratif. Il est, depuis peu, rattaché directement à la CNAM, ce qui a permis un renforcement du pilotage de ses effectifs.

Tableau 2 : Répartition des effectifs du service médical au premier trimestre 2017 en ETP

Personnel administratif	5666
Praticiens conseils	1826
<i>Médecins chefs et directeurs régionaux adjoints</i>	311
<i>Médecins conseils</i>	1228
<i>Pharmaciens conseils</i>	128
<i>Chirurgiens-dentistes conseils</i>	159
Total Service médical	7492

Source : CNAMTS

[40] L'activité du service médical est pilotée au niveau régional au sein des 20 directions régionales du service médical (DRSM), et dispose de pôles auprès de chaque CPAM et CGSS : les échelons locaux du service médical (ELSM), au nombre de 106 sur l'ensemble du territoire. Le schéma actuel des DRSM n'est pas aligné sur celui des DCGDR, des ARS, ni des nouvelles régions.

[41] Au niveau des DRSM, le médecin-conseil régional assure la direction régionale sous l'autorité du directeur général de la CNAM : il veille à l'application des règles de fonctionnement du service médical et vérifie l'application des directives nationales ; il assure un rôle d'harmonisation, de gestion, et d'organisation des échelons locaux.

[42] Au niveau des ELSM, le médecin-conseil chef délègue une partie des activités aux praticiens chefs de secteur et aux responsables administratifs ; en lien avec le directeur de la CPAM et de la CGSS, il assure la mise en œuvre opérationnelle de la gestion du risque et du service aux assurés ; enfin, il représente le service médical local auprès des CPAM, des professionnels de santé, des établissements de soins, des services locaux de l'État et des collectivités territoriales.

[43] Les activités du service médical, prévues à l'article L.315-1 du code de la sécurité sociale, sont regroupées en trois pôles :

- un pôle Contrôle des Prestations et Relations Avec les Assurés (CPRAA), chargé d'assurer les examens et contrôles obligatoires correspondant aux prestations dont l'octroi est subordonné à une appréciation médicale, de donner ponctuellement aux assurés des conseils sur la réglementation et aux professionnels de santé des conseils concernant le cas de leurs patients, et de réaliser des études ou des programmes d'intervention en lien avec les prestations individuelles servies. Ce pôle concentre plus de 55 % des activités des praticiens-conseils et de 65 % de celle des personnels administratifs ;
- un pôle Relation avec les Professionnels de Santé (RPS), qui apporte à l'assurance maladie l'expertise médicale nécessaire au développement de la maîtrise médicalisée (suivi des engagements conventionnels, évolution des consommations, apports d'informations médicalisées), accompagne les professionnels de santé notamment sur les actions de maîtrise médicalisée en ville et en milieu hospitalier, et apporte sa contribution dans l'activité des instances conventionnelles. Il représente 14 % de l'activité des praticiens conseils, et 7 % de celles du personnel administratif;
- un pôle Contrôle et Contentieux (CCX). Ce pôle organise et réalise les actions de contrôles programmés (individuels ou effectués en établissement) visant à sanctionner les comportements déviants dans le domaine ambulatoire, hospitalier et médico-social vis-à-vis des professionnels de santé, des assurés et des établissements (en particulier le contrôle T2A) ; en cas de constat d'abus, de fraudes ou de pratiques dangereuses, le pôle CCX réalise des actions contentieuses. A ce pôle sont consacrées environ 20 % des ressources médicales et 6 % des ressources administratives.

[44] Enfin, le personnel administratif est affecté pour près d'un quart de son temps à des activités transverses (pilotage, fonctions supports); le personnel médical y consacre environ 10 % de son temps.

Tableau 3 : Répartition des activités au sein du service médical de l'assurance maladie en 2016 ⁴

	Personnel administratif		Personnel médical			
Pôle Contrôle des prestations (CPR2A)	65 %	Dont avis	80 %	55 %	Dont avis	88 %
		Dont divers CPR2A	19 %		Dont divers CPR2A	12 %
Pôle Relation avec les professionnels de santé (RPS)	7 %	Dont maîtrise médicalisée ville	23 %	14 %	Dont maîtrise médicalisée ville	39 %
		Dont maîtrise médicalisée établissements	51 %		Dont maîtrise médicalisée établissements	24 %
		Dont divers (dont hors convention, convention, études et programmes)	26 %		Dont divers (dont hors convention, convention, études et programmes)	38 %
Pôle Contrôle Contentieux (CCX)	6 %	Dont établissements	19 %	19 %	Dont établissements	20 %
		Dont prestations en nature-médicaments	13 %		Dont prestations en nature-médicaments	8 %
		Dont prestations en nature-hors médicaments	20 %		Dont prestations en nature-hors médicaments	25 %
		Dont volet loco-régional	26 %		Dont volet loco-régional	31 %
		Dont divers	22 %		Dont divers	15 %
Pôle activité transverse	23 %	Dont pilotage stratégique	35 %	11 %	Dont pilotage stratégique	53 %
		Dont GRH	23 %		Dont GRH	15 %
		Dont budget et comptes	7 %		Dont budget et comptes	0 %
		Dont immobilier	8 %		Dont immobilier	0 %
		Dont SI	14 %		Dont SI	5 %
		Dont formation (reçue ou dispensée)	10 %		Dont formation (reçue ou dispensée)	22 %
		Dont DIVERS (documentation, préparation des plans d'action ONDAM)	2 %		Dont DIVERS (documentation, préparation des plans d'action ONDAM)	7 %
	100 %			100 %		

Source : CNAMTS

3 LES CAISSES D'ASSURANCE RETRAITE ET DE LA SANTE AU TRAVAIL (CARSAT)

[45] Depuis le 1er juillet 2010, les CARSAT ont succédé aux anciennes caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), en vertu de la mise en place des ARS (et du rattachement de certaines fonctions des CRAM à celles-ci) prévue par la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoire (HSPT) ». La région Île-de-France constitue un cas particulier avec le maintien d'une CRAM spécifique, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) assurant elle-même les missions relevant de la branche vieillesse.

⁴ Ces données doivent être interprétées avec réserve. Elles sont issues de l'outil de recensement des heures de travail des DRSM. Or il apparaît qu'une partie significative des heures n'est pas reportée dans l'outil (au total, environ 5500/6000 ETP contre 7500 au total).

[46] Les CARSAT exercent ainsi des missions relevant du domaine de l'assurance vieillesse (calcul et paiement des retraites, et action sociale en faveur des personnes âgées), de la branche accidents du travail et maladies professionnelles et de la branche maladie (service social).

Tableau 4 : Effectifs de l'assurance-maladie au sein des CARSAT en ETPMA

	2014	2015	2016	Evolution 2014-2016
CARSAT	4 833	4 741	4 617	-6 %
<i>Dont assistantes sociales</i>	<i>1 677</i>	<i>1 652</i>	<i>1 647</i>	<i>-2 %</i>
<i>Dont autres</i>	<i>3 156</i>	<i>3 089</i>	<i>2 970</i>	<i>-8 %</i>

Source : Mission IGAS, données CNAMTS

3.1 La gestion des risques professionnels

[47] Au titre de la gestion des risques professionnels, relevant de la branche AT-MP, les CARSAT participent à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (notamment en aidant les entreprises dans leur travail d'évaluation des risques) et concourent à l'application des règles de tarification des AT/MP, ainsi qu'à la fixation des tarifs.

3.2 Le service social de l'assurance maladie

[48] Le service social de l'assurance maladie est composé de plus de 2600 travailleurs sociaux (dont 1660 assistants du service social) ; il est hébergé au sein des CARSAT (et de la CRAMIF pour l'Île-de-France, et des CGSS pour les départements d'outre-mer) et dispose d'un maillage territorial de proximité comprenant près de 230 lieux d'implantation et 1 785 lieux d'accueil pour les assurés sociaux.

Tableau 5 : Répartition des effectifs physiques du service social de l'assurance maladie⁵

	2014	2015	2016	Evolution 2014/2016
Cadres managers	233,8	226,6	225,2	-4 %
Cadres techniques	50,1	45,7	49,9	0 %
Assistants de service social	1647,2	1662,2	1662,7	1 %
Secrétaires – secrétaires médico sociaux – assistantes techniques	712,2	687,1	671,7	-6 %
Autres emplois	6,4	10	9	41 %
Total ETP	2649,7	2631,6	2618,4	-1 %

Source : CNAMTS

[49] Le service social est un service spécialisé en santé qui répond à des missions définies par une circulaire commune CNAM/CNAV du 19 décembre 2011. Ce texte précise que le service social intervient sous forme d'accompagnement individuel ou collectif dans trois domaines :

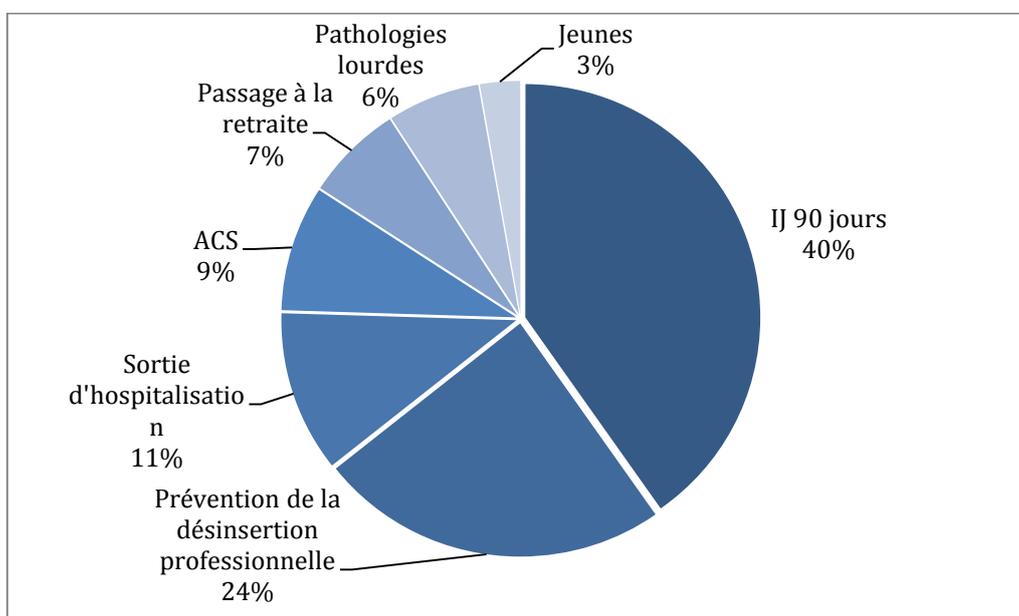
⁵ La divergence avec les données présentées à la page précédente s'explique par le fait qu'un des tableaux présente les ETPMA, quand le second présente les effectifs.

l'accès aux soins, la prévention de la désinsertion professionnelle, la prévention de la perte d'autonomie.

[50] Ses activités se déclinent en 7 offres de service aux assurés regroupant des activités de prévention et d'accompagnement :

- prévenir les risques de précarisation médico-sociale et/ou professionnelle des assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours ;
- prévenir la désinsertion professionnelle des assurés en arrêt de travail ;
- offrir un accompagnement social à la sortie d'hospitalisation ;
- accompagner les personnes en situation de fragilité au moment du passage à la retraite ;
- offrir un service attentionné pour les personnes susceptibles de bénéficier ou bénéficiaires de l'ACS ;
- offrir un accompagnement social aux assurés malades atteints de pathologies lourdes.

Schéma 2 : Répartition des activités du service social par offre de service



Source : CNAMTS

4 LES DIRECTIONS DE LA COORDINATION DE LA GESTION DU RISQUE (DCGDR)

[51] Depuis 2006, chaque région dispose d'une direction de la coordination de la gestion du risque : les DCGDR assurent une mission transversale de facilitateur à l'échelle régionale afin de garantir la mise en œuvre, par les différents acteurs du réseau, des plans d'actions nationaux de gestion du risque et de lutte contre la fraude.

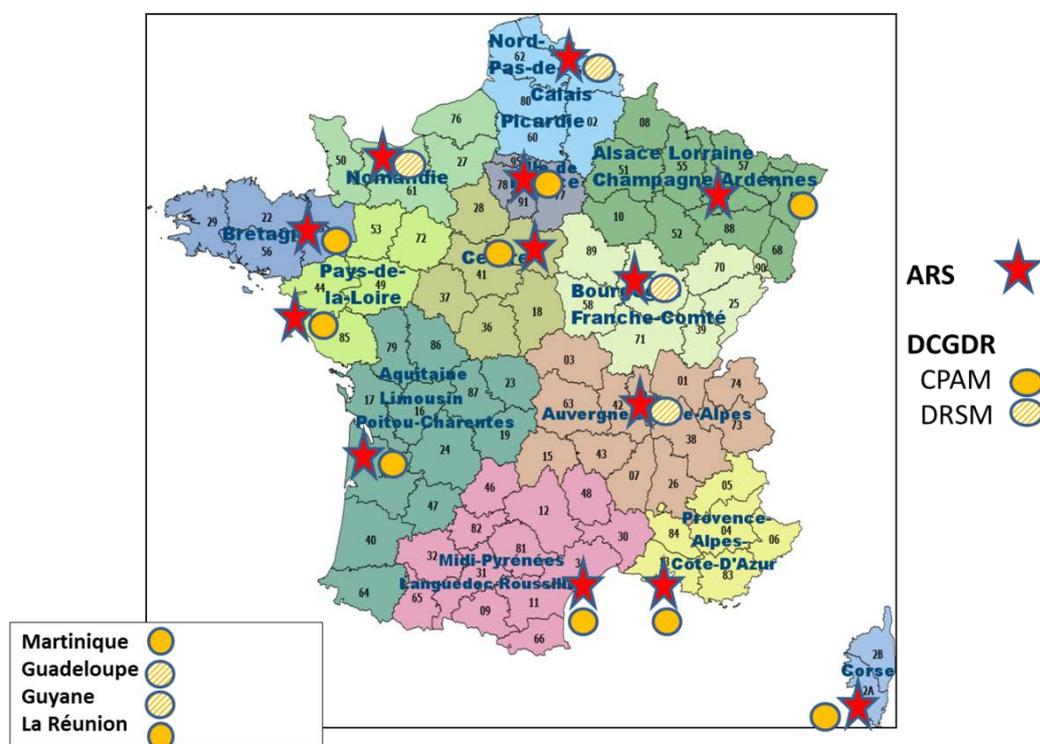
[52] Autour du DCGDR, plusieurs structures sont organisées : des instances de pilotage (CODIR restreint et codir élargi à l'ensemble des directeurs d'organisme de la région), une mission d'appui régionale de GDR qui mobilise et coordonne les compétences des organismes dans le périmètre de la GDR, ainsi que des pôles régionaux d'expertise constitués sur avis du CODIR et composés d'experts des organismes locaux et régionaux.

[53] Le directeur coordonnateur est désigné par le directeur général de la CNAM parmi les directeurs de CPAM (et CGSS) ou de DRSM, et constitue le représentant régional du directeur général auprès du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS). En conséquence, les cellules GDR sont hébergées au sein des organismes du réseau (CPAM/CGSS ou DRSM), selon la fonction de direction d'organisme du DCGDR. En 2017, sur les 17 cellules en place, 12 sont rattachées à des CPAM/CGSS et 5 sont rattachées à des DRSM.

[54] La loi NOTRe du 16 janvier 2015 a nécessité l'adaptation du nombre des DCGDR sur le nouveau schéma régional, dans le sens d'un alignement sur l'organisation géographique des ARS (à l'exception de la région Grand-Est où la DCGDR est rattachée à la CPAM du Bas-Rhin, tandis que l'ARS a son siège à Nancy). Les DCGDR sont ainsi passées de 22 à 13 en métropole ; 4 DCGDR sont maintenues dans les départements d'outre-mer.

[55] La réorganisation territoriale a été accompagnée d'une extension du périmètre de la coordination régionale : les missions maintenues ont été intensifiées dans les champs de la gestion du risque (maîtrise des dépenses de soins, plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PPRGDRESS) en déclinaison du plan national, lutte contre la fraude). Par ailleurs, de nouvelles thématiques y ont été incluses : gestion du risque de la réparation en AT/MP, relations conventionnelles régionales, services en santé, relations et contacts avec les professionnels et établissements de santé, actions de prévention, et dispositifs de soutien à l'accès aux soins des publics fragiles.

Schéma 3 : L'alignement des DCGDR sur les nouvelles régions



Source : CNAMTS

5 LES CENTRES DE TRAITEMENT INFORMATIQUE (CTI)

[56] En plus de la gestion informatique locale interne des organismes du réseau, 9 centres de traitement informatique (CTI), regroupant 509 ETP en 2016, prennent en charge les missions d'hébergement, de supervision des infrastructures et d'exploitation du système d'information.

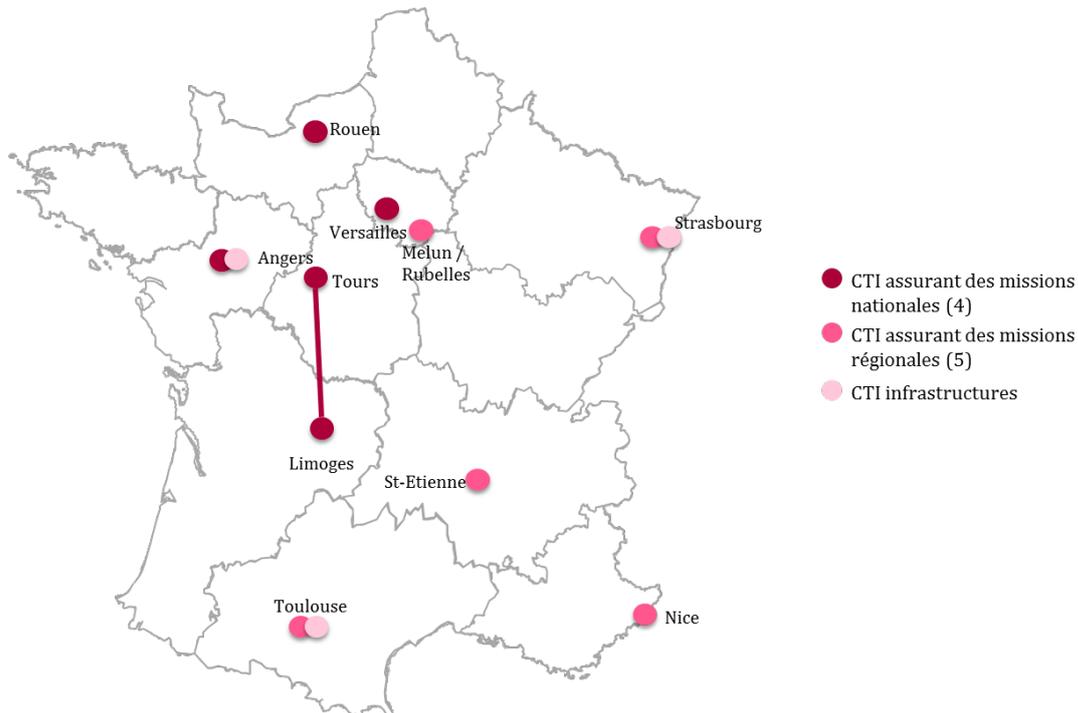
[57] Le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) 2010-2013 a fait évoluer progressivement les CTI vers des Centres de Service Métier (CSM), entraînant une spécialisation de leur activité :

- La mission d'hébergement a été confiée à un centre de service hébergement sur deux sites virtualisés et redondés (CTI SUD et CTI Strasbourg) ;
- La mission de l'exploitation des prestations a été confiée à 5 CTI (4 au titre des prestations du régime général, et 1 au titre des prestations des organismes partenaires).

[58] Par ailleurs, les missions des CTI ont été réparties selon le schéma suivant :

- 5 CTI sont spécialisés dans l'exploitation des prestations dont 1 a en charge celles des organismes partenaires ;
- 4 CTI sont spécialisés dans des domaines nationaux de l'exploitation hors prestations (RH, Finance-Comptabilité, GED, ...).

Schéma 4 : Répartition des CTI par fonction



Source : mission IGAS

ANNEXE 4 : LE TRAVAIL EN RESEAU DE L'ASSURANCE MALADIE (TRAM)

1 LA MUTUALISATION DANS LA BRANCHE MALADIE : DES INITIATIVES NOMBREUSES MAIS PEU STRUCTUREES JUSQU'A TRAM

[59] Dès 2006, la CNAM a impulsé une dynamique de mutualisation entre les organismes de son réseau, fondée sur le principe du volontariat, permettant de développer la transversalité et de maintenir une taille utile pour assurer la qualité de suivi des activités.

[60] Pendant la période de la COG 2010-2013, plusieurs centaines d'actions de mutualisation à géométrie variable et reposant sur les initiatives locales ont ainsi été menées ; elles ont porté pour l'essentiel sur les activités support et certaines activités métiers (notamment la scannérisation des feuilles de soins papier, la gestion des rentes AT-MP, la gestion des capitaux décès), bien que le choix n'ait pas été uniforme sur l'ensemble du territoire. Ce dispositif de mutualisation régionale a été complété par la mise en place de centres nationaux, visant à confier des activités nationales à certains organismes locaux, afin de renforcer l'expertise : les processus concernés lors de la signature de la COG 2014-2017 regroupent notamment des soins à l'étranger (CPAM de Vannes), les allocations journalières d'accompagnement des personnes en fin de vie (CPAM de Guéret) et les retraités français de l'étranger (CPAM de Melun).

[61] En juin 2014, le comité national de gestion (CNG) a décidé la mise en place d'une mission déléguée relative au « fonctionnement en réseau : pour un développement efficient et équilibré » (MD17), généralisant ainsi une proposition de la CPAM de l'Aude transmise au CNG en janvier de la même année.

[62] La MD17 s'inscrivait directement dans le contexte de la COG et aspirait à répondre, de façon transversale, à huit objectifs des axe 2 « Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers » et axe 4 « Renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie et conforter la performance des UGECAM » de la COG 2014-2017 ; le renforcement de la performance et de l'efficience du réseau est également entendu comme un moyen de consolider l'atteinte des objectifs de l'axe 3 « Contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficience du système de soins ».

[63] Les organismes du réseau ont été invités à proposer, d'une part, un diagnostic sur le risque de non-continuité des activités et, d'autre part, des propositions concernant la mise en œuvre de mutualisations définition d'un socle de responsabilités d'un organisme, activités pouvant entrer dans le champ : de la mutualisation, niveau géographique de gestion le plus efficient, cadre stratégique, etc....

[64] Au sein de chaque région, des réunions associant les directeurs des CPAM, la DRSM, la CARSAT ainsi que le délégué régional de l'Agent Comptable ont permis, à partir d'une grille de travail envoyée par le CNG, de tirer les premières conclusions des mutualisations dites « à géométrie variable » et du fonctionnement en réseau et de porter une réflexion sur les modalités de pilotage et d'accompagnement (déclinaison des CPG, règles budgétaires, affectation de

moyens) nécessaires au bon déploiement des mutualisations. Le bilan de ces réunions a mis en lumière une forte implication du réseau et des consensus très fréquents à l'intérieur des régions.

2 ELABORATION DU PROJET TRAM DANS LE CADRE DE LA COG 2014-2017 : UNE UNIFORMISATION DES DISPOSITIFS DE MUTUALISATION AU SERVICE DE LA PERFORMANCE

[65] Le séminaire réseau de Dijon des 3 et 4 novembre 2015 a tiré les conclusions de la MD17 et fixé les modalités de mise en œuvre du projet TRAM. Réaffirmant le maillage départemental comme référentiel, ainsi que la volonté de maintenir une diversité d'activités dans l'ensemble des CPAM, le directeur général de la CNAM a assigné au projet TRAM trois objectifs : homogénéiser la performance sur l'ensemble du territoire ; absorber les réductions d'effectifs sur certains processus sans en altérer la performance ; redéployer les effectifs dégagés par la mutualisation vers les missions de contact et d'accompagnement.

[66] Douze processus ont été retenus pour faire l'objet de mutualisations complètes (incluant à terme le contrôle et la comptabilité), à travers la mise en place de pôles nationaux (4 processus) ou régionaux (8 processus). Quatre d'entre eux étaient prévus dans la COG 2014-2017.

Tableau 1 : Tableau des 12 processus mutualisés dans le cadre de TRAM

	Pôle nationaux	Pôles régionaux	Organismes concernés	Nombre de pôles (avant TRAM)	Nombre de pôles cibles	Echéance
Thématique COG	Gestion de la paie		CPAM, DRSM, CRAMIF, CTI, UGECAM		10 CPAM 2 DRSM	24Fin 2017
		Rentes AT	CPAM		51	
		Invalidité	CPAM, CRAMIF	51	28	
		PFS Employeurs	CPAM, CARSAT	81	13	
Thématique MD17	Aide médicale d'Etat		CPAM		3	Mi 2019
	Capitaux décès		CPAM		6	
	PFS (délestage durable)		CPAM		2	
		PFS Assurés	CPAM	50	49	
		Scan FSP	CPAM	64	28	
		Recours contre tiers	CPAM, DRSM	65	35	
		Relations internationales	CPAM	57	16	
	Oppositions	CPAM	102	13		

Source : Mission IGAS

[67] Le choix des processus visait à ne pas défaire l'équilibre entre les organismes au sein d'une région : alors que la MD17 envisageait initialement un éventail très large, les processus qui ont été retenus pour TRAM représentent moins de 15 % des salariés des CPAM. Outre ces 12 thématiques, le réseau avait l'opportunité de soumettre à la validation de la CNAM des mutualisations sur d'autres processus issues de projets régionaux.

[68] La démarche TRAM a donc permis une structuration des premières expérimentations de mutualisations, apportant une uniformisation des processus mutualisés dans l'ensemble des régions et l'inscription de ces mutualisations dans une véritable dynamique de performance et d'efficacité.

3 LA DEFINITION DU DIMENSIONNEMENT DES MUTUALISATIONS ET DES CIBLES DE PERFORMANCE DANS LE CADRE DES CAHIERS DES CHARGES

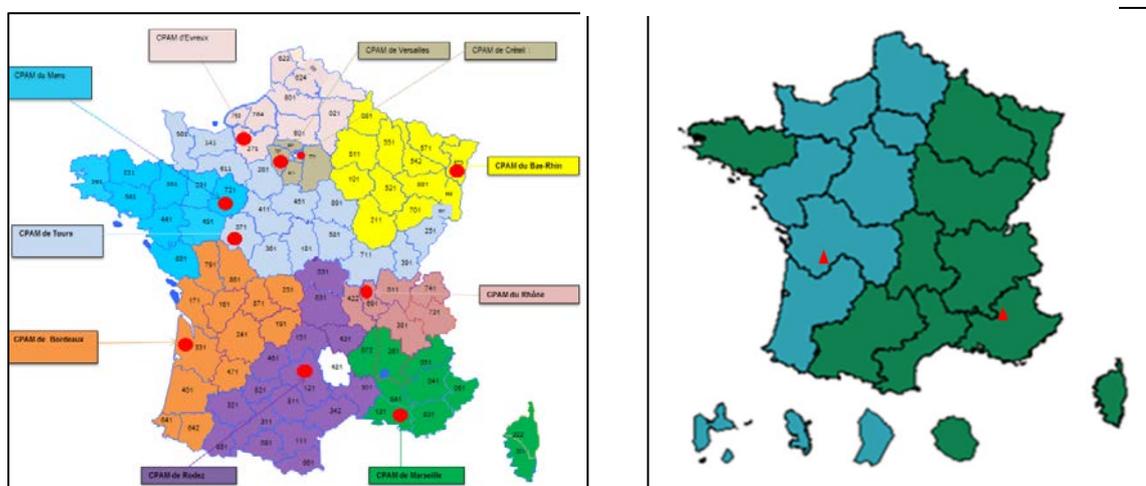
[69] Afin d'accompagner le réseau dans la mise en place des pôles de mutualisation, des cahiers des charges par processus sont élaborés par la CNAM et diffusés au réseau : ces cahiers des charges font figure de feuille de route pour l'élaboration des schémas régionaux de mutualisation, en délimitant le dimensionnement de la mutualisation et en fixant les cibles de performance à atteindre (à l'aide d'indicateurs), le mécanisme de suivi de la performance, et les conditions d'organisation dans le déploiement de la mutualisation du processus.

[70] Après avoir effectué un rappel des objectifs propres attendus de la mutualisation du processus en jeu, le cahier des charges délimite les périmètres fonctionnel (activités relatives au processus incluses et exclues de la mutualisation) et géographique (désignation des organismes pôles) de la mutualisation.

[71] La trajectoire de performance et d'efficacité se traduit en particulier par deux éléments du cahier :

- La détermination du dimensionnement du pôle par l'intermédiaire d'une cible minimale d'ETP (ou d'un volume d'activité) à atteindre. Ce dimensionnement s'appuie sur l'identification des sites les plus performants dans le réseau (7^e ou 8^e décile) et sur les perspectives d'évolution du volume de l'activité dans les années à venir, tout en s'efforçant de garantir la pérennité des compétences et du ratio d'encadrement nécessaires à l'organisme pôle. Pour la gestion de la paie, par exemple, une cible minimale de 20 ETP et un plafond de 40 ETP ont été déterminés.

Schéma 1 : Les pôles gestion de paie respectivement des CPAM et des DRSM



Source : CNAMTS

- La fixation de cibles de performance alignées avec les objectifs de la COG. Ces cibles ont vocation à être intégrées dans la part variable des directeurs d'organismes, prises en compte dans l'individualisation des CPG, et réactualisées avec le déploiement des référentiels nationaux de processus du SMI. Des indicateurs ont été associés à chaque processus, afin de garantir un suivi de la qualité de service (2 à 4 indicateurs) et de l'efficacité (1 indicateur) ; ils ont été repris, dans la mesure du possible, des CPG et PMS, ou, dans le cas contraire, introduits au sein du Diagnostic Performance. A partir de 2015, l'outil Diagnostic Performance a été modifié afin d'intégrer les nouveaux indicateurs, le format des nouvelles régions, ainsi que des informations sur le statut des mutualisations pour les organismes prenants ou cédants.

Tableau 2 : Exemple des cibles de performance et des indicateurs du processus PFS Assurés

	Indicateur	Cible de performance	Objectif COG
Indicateurs de qualité de suivi	Taux de décroché	90 %	90 %
	Taux de réponse en 1 ^{er} niveau	80 % des demandes traitées en niveau 1	/
	Fiabilité des réponses aux sollicitations téléphoniques	81 % pour 2016 – 82 % pour 2017	81 % pour 2016 – 82 % pour 2017
	Taux de satisfaction des assurés sociaux, notamment sur l'item « téléphone »	/	86 % dont 23 % "très satisfaits"
Indicateurs d'efficacité	Productivité	11 appels/heure/ Téléconseiller	/

Source : Mission IGAS à partir des documents CNAM

[72] Une comitologie propre a également été mise en place. Au niveau de la CNAM, un Costrat et un Copil opérationnel inter-directions et une équipe projet pilotée par la DRAC assurent la mise en place des directives communes à l'ensemble des mutualisations, l'élaboration des cahiers des charges ainsi que la validation des schémas régionaux. Au niveau des régions, des animateurs régionaux ont été désignés : pour les régions non modifiées par la réforme territoriale, il s'agit des représentants du CNG, tandis que, pour les nouvelles grandes régions, des animateurs *ad hoc* ont été désignés afin d'assurer l'alignement de la mutualisation avec la nouvelle cartographie administrative.

[73] Les animateurs régionaux ont un rôle clef dans la mise en place et le déploiement du TRAM : ils coordonnent les échanges entre les directeurs des organismes au sein de la région, assurent un dialogue régulier avec la CNAM par un état des lieux mensuel ; ce sont eux qui ont coordonné l'élaboration du schéma régional de mutualisation avant sa validation par la CNAM.

4 L'ARTICULATION DES DIRECTIVES NATIONALES ET DES EQUILIBRES LOCAUX A TRAVERS LE SCHEMA REGIONAL

[74] Les schémas régionaux constituent l'architecture locale des mutualisations régionales. Ils retracent dans un document unique la répartition des processus entre les caisses qui cèdent une partie de leur activité (« caisses cédantes ») et les caisses qui en récupèrent la gestion (« caisses aidantes »), en précisant les modalités de montée en charge et de suivi des résultats. Tandis que le cahier des charges diffusé par la CNAM assure une homogénéité et une uniformisation des objectifs sur l'ensemble du territoire, le schéma régional – élaboré dans un véritable dialogue entre les organismes locaux et la CNAM – assure une adaptation pertinente des directives nationales aux enjeux locaux. La cartographie permet de visualiser l'articulation entre les pôles régionaux, les pôles nationaux, et les pôles de mutualisation d'initiative régionale.

Tableau 3 : Répartition des activités pour les principaux processus dans les Hauts-de-France

Processus	Caisse(s) prenante(s)	Caisse(s) cédante(s)
PFS Employeurs	CPAM de Roubaix-Tourcoing	Toutes les CPAM
Gestion des oppositions	CPAM de la Côte d'Opale	Toutes les CPAM
Relations internationales	CPAM de l'Aisne	Toutes les CPAM
Rentes AT-MP	CPAM de l'Aisne	CPAM de l'Oise, CPAM de la Somme
	CPAM des Flandres	CPAM de Roubaix-Tourcoing, CPAM du Hainaut, CPAM de Lille-Douai
	CPAM de l'Artois	CPAM de la Côte d'Opale
Invalidité	CPAM des Flandres	CPAM des Flandres, CPAM du Hainaut
	CPAM de Lille-Douai	CPAM de Roubaix-Tourcoing, CPAM de l'Artois
	CPAM de l'Aisne	CPAM de l'Oise, CPAM de la Somme
Recours contre tiers	CPAM du Hainaut	CPAM des Flandres
	CPAM de Roubaix-Tourcoing	CPAM de Lille-Douai
	CPAM de l'Artois	CPAM de la Côte d'Opale
	CPAM de l'Oise	CPAM de l'Aisne, CPAM de la Somme
FSP	CPAM de l'Artois	CPAM de la Côte d'Opale
	CPAM de Lille-Douai	CPAM du Hainaut, CPAM de Roubaix-Tourcoing
	CPAM de l'Aisne	CPAM de l'Oise, CPAM de la Somme

Source : Mission IGAS à partir des données CNAMTS

Schéma 2 : Schéma régional des Hauts-de-France : une répartition équilibrée des cessions



Source : CNAMTS

[75] Après l'élaboration des schémas régionaux par les animateurs régionaux, dont la validation effective a été opérée en mai 2016, la DRAC a décidé de maintenir le recours à des référents régionaux dans le cadre de la montée en charge de TRAM pour assurer la bonne gestion des schémas et servir d'interface auprès de la CNAM afin de signaler les alertes et les besoins d'accompagnement observés en région, et proposer un état d'avancement de la montée en charge du dispositif.

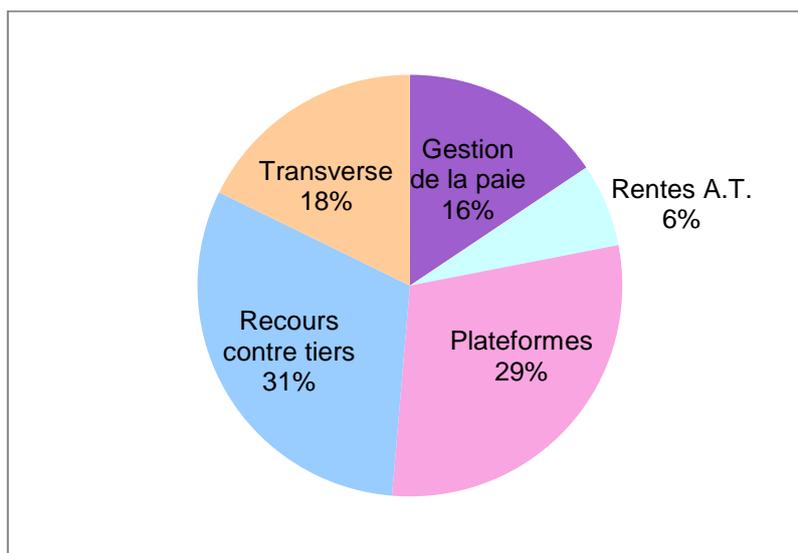
5 UN ACCOMPAGNEMENT RH DE LA MUTUALISATION ENCORE TROP HESITANT

[76] Si seuls les processus auxquels contribuent moins de 15 % des salariés des CPAM ont été retenus et que les impacts des schémas régionaux concernent seulement 5 à 10 % des effectifs, la mise en œuvre de TRAM a nécessité la diffusion d'une culture de travail en réseau et un véritable accompagnement des mobilités fonctionnelles, formalisé dans les cahiers des charges sous formes d'actions à mener en termes de formation, d'adaptation des compétences, et d'accompagnement des managers.

[77] Les projets de mutualisation s'inscrivent également dans le protocole d'accord UCANSS relatif à l'évolution des réseaux du 30 décembre 2013, lequel pose 3 principes directeurs : l'absence de licenciement économique ; l'absence de mobilité géographique forcée ; le choix, pour l'agent concerné par une mutualisation, entre une mobilité géographique s'il souhaite suivre le processus concerné, ou une mobilité fonctionnelle au sein de son organisme.

[78] Outre l'attention portée pour adapter le calendrier de montée en charge de TRAM dans certains organismes (rythme d'évolution des emplois, transferts budgétaires), la CNAM s'est efforcée de proposer des modules de formation, avec une prise en charge à 100 %. Ces formations sont dispensées, au choix, par l'Institut 4.10, soit par un organisme du réseau avec la mise en place de formations de formateurs (dans un mécanisme de déploiement interne en cascade). En 2016, 598 personnes ont été formées à ce titre par 4.10 pour un budget de 213 700€

Graphique 1 : Bilan des formations TRAM de l'Institut 4.10 en 2016



Source : Mission IGAS à partir des données CNAMTS

6 ARTICULATION DU TRAM AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS STRUCTURANTS DU RESEAU

[79] La structuration relativement récente de TRAM et son rôle transversal dans la mise en œuvre d'actions de la COG ont nécessité son articulation avec d'autres dispositifs transversaux dans lesquels l'assurance maladie s'était engagée : les mutualisations d'initiative régionale de la COG précédente, ainsi que les plans de maîtrise socle (PMS) et référentiels nationaux de processus (RNP) du SMI.

6.1 Articulation du TRAM avec les autres travaux de mutualisation régionale et nationale

[80] La mise en place du TRAM s'inscrit dans le prolongement de premiers dispositifs de mutualisation effectués dans le cadre de la COG 2010-2013, laquelle prévoyait des mutualisations « à géométrie variable » reposant sur les initiatives locales. TRAM va permettre une véritable structuration de l'ensemble des mutualisations expérimentées. Dans un premier temps, la réflexion sur les activités pouvant être mutualisées a impliqué, entre septembre 2014 et la validation des schémas régionaux fin mai 2016, une suspension des opérations de mutualisations locales, à l'exception de celles relevant du socle commun de mutualisation prévu en COG 2010-2013. Dans un second temps, dans le cadre de l'élaboration des schémas régionaux

TRAM, sont fixées des cibles de convergence pour les mutualisations déjà expérimentées et reprises dans les schémas régionaux.

6.2 Un effort d'alignement sur les processus RNP du SMI

[81] Le choix des processus TRAM révèle en outre un effort d'alignement sur la mise en place du système de management intégré (SMI) qui prévoyait la refonte et l'enrichissement des plans de maîtrise socle (PMS) au sein de nouveaux référentiels nationaux de processus (RNP). Cet alignement a permis de faire correspondre les deux projets TRAM et SMI dans leur participation commune à la qualité des processus et à leur efficacité : les cahiers des charges TRAM ont ainsi repris les indicateurs de qualité et d'efficacité des PMS, et peuvent également s'appuyer sur la complétude des nouveaux RNP qui couvrent les processus de bout en bout (incluant même l'écoute client).

Tableau 4 : Comparaison entre les processus TRAM et les processus SMI

	Processus faisant l'objet d'une mutualisation (TRAM)	Processus faisant l'objet d'un RNP (SMI)
Gestion de la paie	X	
Capitaux décès	X	
Relations internationales	X	
Comptabilité	X	
FSP	X	X
Contact Téléphonique	X	X
Invalidité	X	X
Recours Contre Tiers	X	X
Aide Médicale d'Etat	X	X
Rentes AT/MP	X	X

Source : Mission IGAS

[82] Des limites à cet alignement sont cependant apparues, notamment en termes de périmètre fonctionnel et/ou géographique. Tandis que le périmètre fonctionnel du RNP recouvre l'ensemble des activités du processus (internes ou externes aux seules CPAM) dans une logique de maîtrise des risques de bout en bout, le périmètre des mutualisations recouvre uniquement les actions cédées, dans une logique de visibilité du partage des responsabilités entre organisme prenant et organisme cédant.

[83] A cet égard, la comparaison entre le cahier des charges du processus FSP-LAD (« Feuilles de soins papier – Lecture automatisée des documents ») et le RNP relatif au même processus montre clairement que le périmètre fonctionnel des activités d'une plateforme mutualisée de traitement des FSP scannérisées reste plus restreint que celui du RNP. Ainsi, la mutualisation exclut de son champ le suivi du tri des FSP et de leur numérisation (qui restent réalisés par la caisse cédante), les opérations de contrôle (principaux contrôles du PCSAC, car ceux-ci portent sur des échantillons comportant à la fois des FSP scanner, des FSP PROGRES, et des FSE), la relation client (en particulier le traitement des réclamations, l'accueil téléphonique de niveau 2, et la gestion des mails), les régularisations (doubles paiements, contrôles ordonnateurs ou PCSAC, suite à réclamations,...), la gestion des indus et des contentieux, ou

encore la comptabilisation et le paiement des prestations ; au contraire, l'ensemble de ces activités exclues du suivi de la mutualisation restent intégrées dans le RNP FSP-LAD diffusé à partir de février 2017. De même, le périmètre géographique des cahiers des charges ne concerne que des organismes similaires (CPAM), alors que le RNP prend en compte les activités effectuées par les CPAM et par les DRSM/ELSM (en distinguant ce qui relève des services administratifs et du service médical).

[84] La comparaison, pour les mêmes processus, entre les logigrammes qui servent de base au suivi de la maîtrise des risques du RNP et les cahiers des charges souligne que la mutualisation a souvent été partielle ; les entretiens effectués par la mission auprès de la Direction déléguée des finances et de la comptabilité (DDFC) ont mis en évidence l'absence, à ce stade, de transfert des activités comptables (qui restent assurées par la caisse cédante).

[85] En revanche, les RNP diffusés se sont efforcés, dans le découpage des activités de chaque processus, de reprendre le niveau de granularité des cahiers des charges TRAM (et des activités entrant dans le dispositif PHARE), ce qui permet un suivi global de la maîtrise des risques des activités mutualisées (ou transférées).

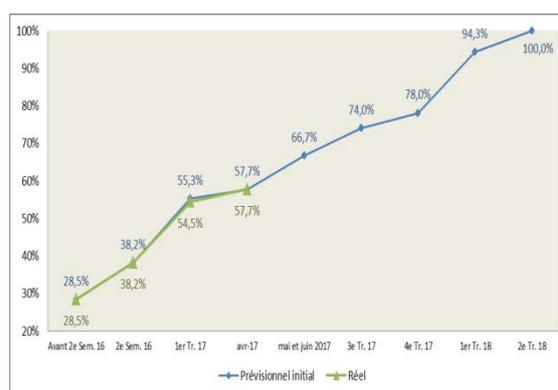
7 POINT D'ETAPE DU DEPLOIEMENT DE TRAM (AVRIL 2017)

[86] La CNAMTS a réalisé un point d'étape du déploiement de TRAM à fin avril 2017, qui met en évidence une montée en charge des caisses et donc un transfert d'activités globalement en ligne avec les prévisions initiales, le décalage temporel ponctuel n'excédant pas un à deux mois. Les graphiques reproduits ci-dessous décrivent la montée en charge mesurée en nombre de caisses.

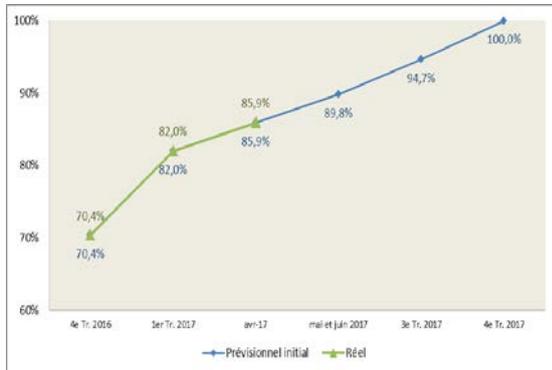
➤ Capitaux décès (six centres nationaux)



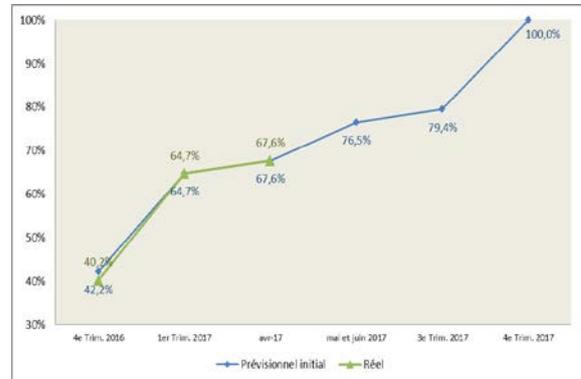
➤ Gestion de la paie (10 centres CPAM et 2 centres DRSM)



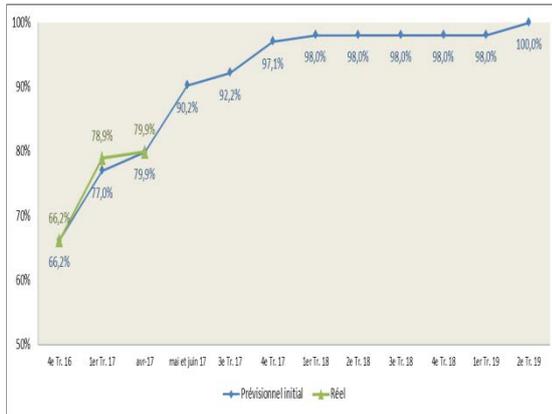
➤ Invalidité (28 pôles dont 16 nouveaux)



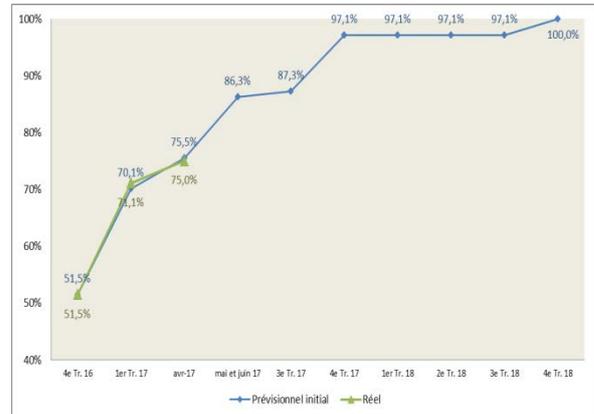
➤ PFS employeurs (13 pôles dont 12 nouveaux ou agrandis)



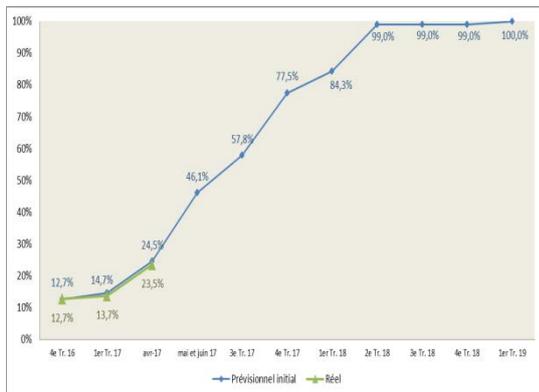
➤ FSP LAD (28 pôles dont 24 nouveaux ou agrandis)



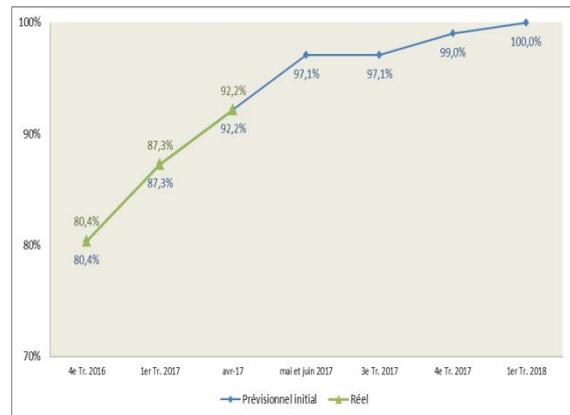
➤ Relations internationales (16 pôles dont 13 nouveaux ou agrandis)



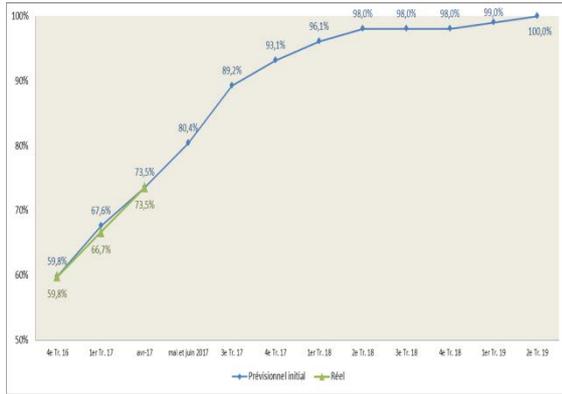
➤ Gestion des oppositions (13 pôles nouveaux)



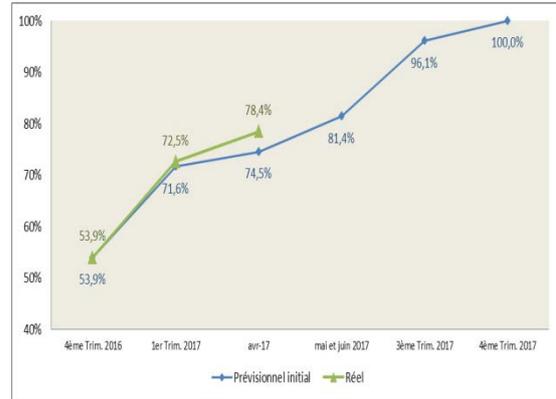
➤ PFS assurés (49 pôles dont 18 nouveaux ou agrandis)



➤ Recours contre tiers (35 pôles dont 20 nouveaux ou agrandis)



➤ Rentes (24 pôles dont 19 nouveaux ou agrandis)



ANNEXE 5 : LE SYSTEME DE MANAGEMENT INTEGRE (SMI)

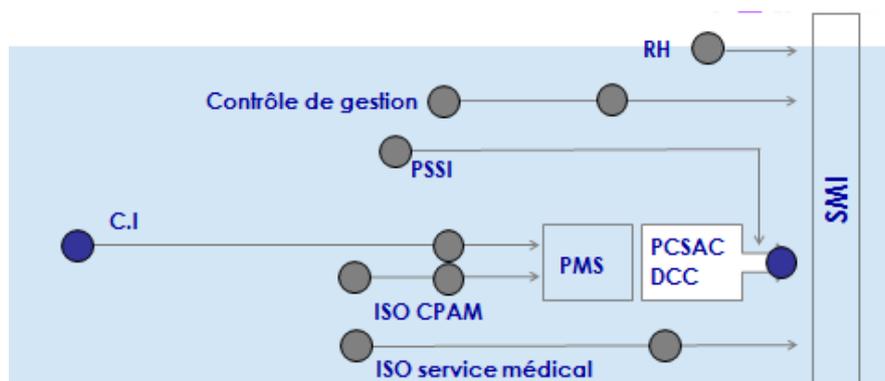
1 LE SMI : UNE ARCHITECTURE SIMPLIFIEE ET COORDONNEE DES REFERENTIELS DE PROCESSUS

[87] Le déploiement de référentiels de processus dans la branche maladie, initié dans l'ensemble des régimes obligatoires en 1993⁶ avec la mise en place d'un contrôle interne, s'est effectuée par l'élaboration successive de référentiels *ad hoc* : référentiels ISO propres pour les CPAM et le service médical de l'assurance maladie à partir de 2001 ; politique de sécurité des systèmes d'informations (PSSI) ; plan de contrôle de gestion ; référentiel RH ; auxquels se sont ajoutés un plan de contrôle en matière comptable (PCSAC) et de validation des comptes (DCC) entre 2005 et 2007. Si la constitution de plans de maîtrise socle (PMS) constitue une première actualisation et convergence entre les normes ISO des CPAM et le dispositif de contrôle interne, la multiplication des référentiels et leur manque de lisibilité ne permettait pas à la CNAM d'assurer une démarche de maîtrise des risques efficace au service de la performance du réseau.

[88] En 2010, un groupe de travail national a été mis en place afin de réfléchir à l'évolution et à la convergence des procédures de contrôle et des référentiels généraux de processus ; une mission déléguée dédiée du comité national de gestion (CNG) a été lancée en 2012, co-pilotée par la CPAM de la Moselle. Ses conclusions ont été livrées au CNG en février 2014 et présentées au réseau dans le cadre des journées inter-régionales au premier trimestre 2014. Ce calendrier d'élaboration du SMI était en phase avec la fin de l'accord cadre relatif à la certification ISO 9001.

[89] Le projet SMI permet de réorienter les nombreux référentiels dans une dynamique de performance et de regrouper en un seul référentiel les démarches de qualité (performance en termes de satisfaction des clients), de contrôle interne (performance en termes de fiabilité des opérations), de contrôle de gestion (performance en termes de productivité) et de responsabilité sociale.

Schéma 1 : La convergence des référentiels de processus au sein du SMI



Source : CNAMTS

⁶ Décret n° 2013-917 du 14 octobre 2013 relatif au contrôle interne des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, complété par la circulaire DSS/F n° 93/82 du 7 octobre 1993

[90] Le déploiement du SMI figure comme objectif dans la COG 2014-2017, au sein de la fiche n°17 (relative à la gestion des processus et à la réduction des écarts de performance entre les organismes), il est prévu l'élaboration et la diffusion progressive d'une trentaine de référentiels nationaux de processus ainsi que leur diffusion au réseau. Les différents CPG complètent ce dispositif de mise en œuvre en précisant que les organismes réalisent une revue annuelle du SMI local.

[91] L'élaboration et la diffusion des différents référentiels nationaux de processus (RNP) ont été précédées d'une expérimentation : le RNP relatif au processus Indemnités Journalières (RNP IJ), entamé en 2014 et présenté au réseau le 8 juin 2015. Cette expérimentation a fait l'objet d'un bilan d'appropriation à 9 mois par les organismes, permettant d'affiner les modalités de pilotage stratégique et opérationnel du processus ainsi que le dispositif de suivi des indicateurs et leur pertinence.

2 LES REFERENTIELS NATIONAUX DE PROCESSUS (RNP)

2.1 Renforcer les plans de maîtrise socle dans une optique de performance

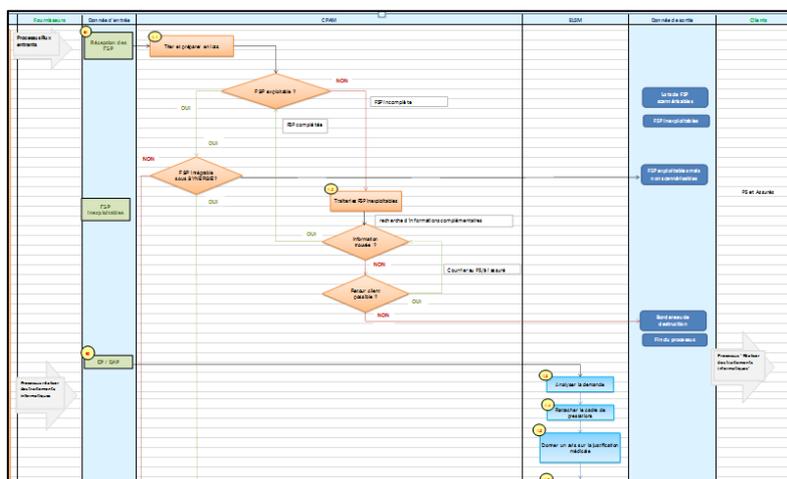
[92] Les référentiels nationaux de processus sont des outils de pilotage de processus et constituent l'ossature du SMI. Ces RNP viennent compléter les anciens plans de maîtrise socle (PMS) – reposant principalement sur le contrôle de qualité des processus – par l'intégration de nouveaux indicateurs : indicateurs d'accessibilité au droit (mesurant l'efficacité), indicateurs de coût et de productivité (mesurant l'efficience) et indicateurs de couverture des compétences (permettant d'appréhender la RSO).

[93] Ces nouveaux référentiels, plus ambitieux, assurent une avancée dans le processus de détection et de maîtrise des risques par rapport aux PMS :

- Un champ élargi et coordonné : le RNP est unique pour l'ensemble des organismes et allie le contrôle qualité au contrôle de l'efficience et de la RSO ;
- Un renforcement des méthodes d'analyse des risques, à travers la mise au point d'échelles de gravité client, d'échelles de gravité de gestion, et de grilles d'analyse coût-efficacité des contrôles ;
- Une plus grande visibilité, grâce à une modélisation détaillée du processus sous forme d'actions (entre 4 et 5 par processus) et de tâches ; du point de vue du périmètre fonctionnel, le RNP prend en compte l'ensemble des acteurs du processus (ce qui permet une meilleure connaissance des risques).

[94] Malgré le degré de détail de chaque RNP, nécessaire à la détection des risques, un logigramme permet de visualiser dans un schéma unique l'ensemble des opérations par processus. L'axe vertical décline le processus en activités (ensemble de tâches) et tâches, de façon chronologique ; l'axe horizontal répartit les tâches selon les organismes concernés. Dans le cadre des revues de performance et des ateliers d'optimisation, les logigrammes servent ainsi de « plan de vol ».

Schéma 2 : Aperçu du logigramme du RNP FSP-LAD



Source : CNAMTS

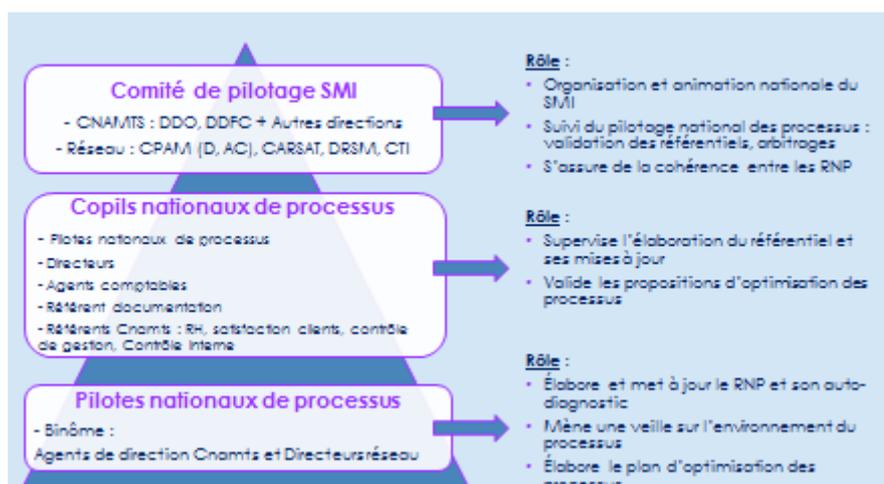
[95] La démarche SMI prévoit en outre un dispositif d’audits de performance par processus, piloté au niveau national par la DDO. Le recrutement des 60 à 70 auditeurs s’est fait par appel à candidature au sein des agents du réseau, et a été complété par un cursus de spécialisation en performance et le rattachement à un référent régional de processus. Chaque auditeur, spécialisé sur un seul processus, est ainsi mobilisable 100 jours par an dans un périmètre régional ; cette mobilisation peut être faite au niveau national ou par les directeurs d’organisme afin d’améliorer la performance dans leur organisme.

2.2 Garantir l’élaboration de référentiels de qualité et assurer leur actualisation

[96] Une comitologie propre a permis l’élaboration des RNP et leur mise à jour régulière. Le pilotage est confié à des binômes composés d’agents de direction CNAM/réseau (CPAM et DRSM) ; ils s’appuient sur un groupe de caisses et un comité par type de processus (les « Comités nationaux de processus » ou CNP) composé d’organismes du réseau et de directions de la CNAM. Ce CNP est également responsable de la vérification du RNP et de son amélioration. Son rôle est complété par celui du Copil SMI, qui assure la validation et la cohérence des RNP. Le pilotage national des processus assure ainsi, dans le prolongement du CNG et des missions déléguées, une participation active des directeurs d’organisme, et un arbitrage par l’ensemble des directions de la CNAM.

[97] La désignation des pilotes nationaux de processus par le directeur général a fait l’objet d’un courrier d’information au réseau à l’été 2015. La constitution des comités nationaux de processus (CNP) en charge de l’élaboration des RNP s’est faite au fil de l’eau à partir de 2015 permettant d’assurer une première veille technologique et réglementaire préalable aux travaux de conception.

Schéma 3 : Le pilotage national des processus dans le cadre du SMI



Source : CNAMTS

[98] Le choix des processus faisant l'objet d'un RNP s'est fait sur la base de propositions des organismes du réseau et de la validation de la CNAM : les premiers RNP retenus correspondent par conséquent à des processus à forts enjeux (en termes de montants et d'ETP notamment) et recourent pour une large partie le socle de responsabilité des organismes.

[99] Le calendrier de diffusion de ces RNP a été adapté afin de tenir compte des priorités résultant des enjeux de la COG 2014-2017 (objectifs relatifs à des processus spécifiques, et objectif de réduction des écarts de performance entre organismes) et des exigences de la Cour des Comptes ; ces enjeux ont été pondérés par l'existence (ou non) de moyens de maîtrise de processus, le nombre d'ETP impactés ainsi que les enjeux de coordination entre organismes, afin de garantir un déploiement et une appropriation rapides ainsi que l'atteinte des objectifs de performance.

[100] Devant les difficultés rencontrées par certains comités nationaux de processus, la procédure d'élaboration des RNP a fait l'objet d'une simplification à partir de février 2017 (LR-DDO-15/2017). Désormais, les processus pour lesquels existait un PMS font l'objet d'une procédure accélérée : le PMS est enrichi d'indicateurs d'efficacité et de RSO et, si nécessaire, de l'intégration des aspects inter-organismes dans le logigramme du RNP. Pour les autres processus, le nombre d'indicateurs et de tâches présentées dans le logigramme sont à présent limités. Cet allègement méthodologique a été accompagné d'un renforcement du nombre d'indicateurs automatisables et des modalités de reporting.

[101] La simplification de la procédure a permis d'augmenter le rythme de production des RNP : alors qu'au 31 décembre 2016, seuls 7 % des processus faisaient l'objet d'un référentiel, la CNAM prévoit la diffusion de 70 % des référentiels prévus d'ici la fin de la COG.

Tableau 1 : Calendrier prévisionnel de déploiement des premiers RNP

	Présentation COPIL SMI	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Gestion des incidents	30/09/2016												
Réaliser des traitements informatiques	30/09/2016												
Réaliser des traitements éditiques	18/11/2016												
Gérer les changements et mise en production	18/11/2016												
FSE/B2	16/12/2016												
FSP/LAD	06/02/2017												
Gestion Administrative du Personnel	31/03/2017												
Etablissements privés	21/04/2017												
Marketing Opérationnel	19/05/2017												
CMUC-ACS	19/05/2017												
Rémunération sur Objectifs de Santé Publique	19/05/2017												
Accueil Physique	23/06/2017												
Contact Téléphonique	23/06/2017												
Invalidité	23/06/2017												
Recours Contre Tiers	01/09/2017												
Fonds de cessation anticipé d'activité des travailleurs de l'Amiante	01/09/2017												
Hôpitaux Publics / ESMS	29/09/2017												
Accompagnement en santé (Bilan à 6 mois)	29/09/2017												
Reconnaissance AT/MP	29/09/2017												

Source : CNAMTS

[102] Le déploiement des RNP a vocation à se substituer progressivement aux PMS ; leur montée en charge progressive implique donc une phase de transition s'étalant sur la COG 2014-2017 et la COG 2018-2021 et définie dans le cadre de la lettre-réseau LR-DDO-142/2015. Celle-ci prévoit que la mise à jour provisoire des PMS soit effectuée par les pilotes nationaux de processus en charge de l'élaboration des nouveaux RNP, afin de garantir le maintien de la maîtrise des processus et d'amener à la convergence progressive des référentiels jusqu'à la diffusion des RNP.

[103] Par ailleurs, la mise en place d'un nouveau RNP est accompagnée d'un bilan portant sur la bonne appropriation de l'outil dans un délai de 6 mois après la diffusion du référentiel, afin d'évaluer le niveau d'appropriation par les organismes, la qualité perçue par le réseau, et de permettre une remontée des suggestions d'amélioration (en anticipation de l'actualisation du RNP prévue tous les deux ans).

[104] Les RNP s'inscrivent également dans un schéma de maintenance et d'actualisation à plusieurs vitesses, afin de prendre en compte l'évolution des résultats de performance et les suggestions d'amélioration du réseau. Ces mises à jour sont effectuées par le comité national de processus et sont retracées dans une rubrique spécifique du RNP.

- Une révision complète tous les deux ans : la première actualisation concernera le RNP-IJ, mis en place en juin 2015, afin d'y intégrer la généralisation de la DSN ;
- Une révision sous 3 mois en cas d'évolution de l'environnement du processus (projets informatiques ou modification de la réglementation) ou des leviers de performance ;

- Une modification sous 1 mois en cas de modification des indicateurs ou de révision documentaire.

[105] Cependant, afin de garantir une continuité dans le suivi de la performance, et du fait des revues de performance prévues annuellement, un mécanisme de stabilisation a été mis en place.

3 UNE DEMARCHE RENOUVELEE D'OPTIMISATION DES PROCESSUS AUX NIVEAUX NATIONAL ET LOCAL

[106] Les CPG prévoient la mise en œuvre d'une revue SMI locale, afin d'assurer une appropriation par chaque organisme en fonction de son organisation. La mise en œuvre effective du SMI implique donc que chaque processus soit sous la responsabilité d'un pilote de processus et que son fonctionnement soit examiné lors de revues de processus planifiées et tenues à échéance régulière.

[107] Un premier bilan effectué par la CNAM ainsi que les observations faites par la mission pendant ses déplacements montrent que la démarche SMI s'implante progressivement et s'accompagne d'un décloisonnement à l'intérieur même des organismes (dialogue renforcé par processus) et entre les organismes (notamment dans le cadre de l'analyse mensuelle des résultats pour les indicateurs synthétiques CPAM/ service médical).

Encadré 1 : La réorganisation de la CPAM de Blois et de la CPAM de la Haute-Garonne en fonction des processus SMI

La mise en place du SMI a été l'occasion d'un changement d'organisation au sein de la CPAM de Blois : l'organigramme a été revu à partir des processus SMI afin d'en faciliter le pilotage.

Le **rôle des pilotes de processus a été redéfini** afin de répondre aux attentes des référentiels, et réorganisation des équipes de direction par « macro-processus ». Ces macro-processus tiennent compte de l'articulation des processus RNP et d'un équilibre au sein des équipes (avec définition d'un nombre d'employés par manager). Les 5 macro-processus qui ont été retenus sont les revenus de remplacement, les prestations, l'informatique, la logistique et le courrier-flux entrants et la prévention. Dès septembre 2015, des **instances stratégiques** propres au pilotage du SMI ont été constituées : Codir, Codirel (comité de direction élargi aux responsables de processus) et Codex. Un dialogue de gestion a été instauré avec les pilotes de processus afin d'aborder les points sur les ressources. Enfin, une **mission d'appui à la performance** s'est efforcée de libérer les pilotes de processus de tâches facilement industrialisable en matière de recueil, d'exploitation et d'analyse des données ; un service spécifique s'occupe de l'expertise statistique, du contrôle de gestion et de l'audit.

De même, pour la CPAM de Haute-Garonne, l'année 2016 a été marquée par une réorganisation des directions et une redistribution des responsabilités entre les agents de direction.

La CPAM a ainsi fait appel à un consultant externe afin d'analyser le fonctionnement de l'ensemble de l'équipe de direction et proposer un accompagnement dans le but de limiter l'aspect vertical du fonctionnement. Par ailleurs, la structuration de l'organisme a également été revue afin de garantir une vision par macro-processus. Les 4 macro-processus retenus diffèrent de ceux retenus par la CPAM de Blois ; relation client, gestion du dossier et revenu de substitution/compensation ; gestion des prestations en nature ; activités comptables et financières ; et activités support enfin.

Ces deux exemples soulignent l'impact de la démarche SMI dans la réorganisation des CPAM, avec la mise en avant de directions par macro-processus qui diffèrent sensiblement d'un organigramme traditionnel en silo.

[108] Le pilotage local quotidien du SMI est animé par des revues locales du SMI. Ces revues sont des outils d'évaluation des résultats et de suivi des plans d'actions locaux qui constituent une occasion privilégiée pour que l'organisme s'interroge sur l'organisation qui conduit au meilleur déploiement des RNP, à la meilleure maîtrise des risques et à l'atteinte des objectifs de performance. Elles permettent à l'organisme d'adopter une vision stratégique par macro-processus métier et de la décliner sous forme de plans d'action.

Encadré 2 : La généralisation de la revue de performance dans la CPAM de Haute Garonne

La revue locale SMI de la CPAM de Haute-Garonne s'est appuyée sur trois éléments de pilotage : des revues de performance par processus (RPP), des bilans de contrôle interne (BCI), et un autodiagnostic SMI. Les objectifs assignés aux RPP sont notamment d'établir un bilan et une analyse des activités à intervalles réguliers sur l'ensemble des dimensions de la performance, et d'en disposer d'une vision synthétique et graphique.

La CPAM de Haute-Garonne a décidé de généraliser au premier semestre 2017 les revues de performance à l'ensemble des processus de la caisse, suite à une première expérimentation de trois RPP (IJ AS, Cliniques privées, et Gestion des créances et oppositions). La généralisation des RPP inclut 4 sessions d'information et d'accompagnement proposées aux 40 responsables de processus, et un accompagnement individualisé pour les responsables qui ne peuvent y participer ou qui éprouvent des difficultés dans l'appropriation du dispositif.

4 UN OBJECTIF A TERME D'OPTIMISATION DES PROCESSUS

[109] Si la diffusion des RNP permet d'inscrire chaque processus dans une véritable dynamique de performance grâce à l'analyse des risques, la démarche SMI aspire aussi à une redéfinition et une optimisation de ces mêmes processus. Cette démarche d'optimisation se décline tant au niveau local (amélioration des actions déployées par processus) que national (afin d'obtenir un saut de performance collectif). Optimisation locale et optimisation nationale ont vocation à se nourrir l'une l'autre : l'optimisation nationale adresse aux organismes les nouveaux RNP (ou les RNP actualisés) et des recommandations de bonnes pratiques, tandis que l'optimisation locale permet de faire remonter au COPIL SMI des propositions d'actions d'optimisation structurelles et de bonnes pratiques.



[110] L'optimisation locale est assurée par le CODIR des organismes et par les pilotes de processus. Elle se décline sous la forme d'ateliers d'optimisation. Deux types d'ateliers (ateliers simples et ateliers approfondis) sont proposés en fonction de l'ambition et de la complexité des problèmes à résoudre et des progrès visés.

Encadré 3 : Exemple de l'atelier simple d'optimisation dans la CPAM de Haute Garonne

La CPAM de Haute Garonne a lancé entre mars et juin 2017 un atelier simple d'optimisation (ASO) portant sur « le poste Orientation à l'accueil du siège ». Cet atelier, décliné en 4 réunions mensuelles de 2h30 et animé par la responsable de la Cellule Coordination SMI, a réuni 3 agents d'accueil et un agent cadre en charge de l'orientation.

En s'appuyant sur le logigramme du RNP, ces réunions ont permis aux participants de réaliser deux séries de travaux de comptabilisation et mesures de temps par rapport aux tâches, entrecoupées d'une formation théorique aux non valeurs par la responsable de la cellule SMI. La comparaison des deux séries de comptabilisation a abouti à un bilan chiffré de l'ASO de type « AVANT-APRES » et un état d'avancement du plan d'amélioration.

[111] Un premier bilan des ASO mis en œuvre par les organismes a été effectué et transmis au réseau (LR-DDO-91/2017) en juin 2017. Il souligne les retours particulièrement positifs en provenance du réseau (« simplicité de la démarche », « facilité de mise en œuvre », « implication des acteurs pour identifier des leviers de performance »). Les actions d'amélioration qui ont résulté de ces ASO ont permis notamment de réduire les délais, améliorer la fiabilité des activités et la qualité de vie au travail, d'alléger les circuits de traitement, supprimer les gaspillages, etc.

Encadré 4 : Un outil de partage et de suivi des ateliers d'optimisation : l'outil ASO S&P

La transmission des sources d'amélioration détectées localement est une source précieuse pour la CNAM et les organismes et permet en conséquence de réaliser des sauts de performance. La CNAM a donc décidé, en collaboration avec la CPAM de l'Essonne, la CPAM d'Epinal et le CTI Rhône Alpes Auvergne, de mettre à disposition un outil de partage et de suivi : l'outil ASO S&P.

Les trois finalités de cet outil sont de suivre le bon avancement des travaux locaux d'optimisation menés par l'organisme, de partager au sein du réseau les bonnes pratiques identifiées dans le cadre de travaux locaux d'optimisation, et de communiquer les suggestion de simplification aux pilotes RNP.

Cet outil est accessible en ligne et son utilisation reste à l'initiative des directeurs des organismes. Il permet de soutenir les initiatives locales et assure une diffusion rapide des améliorations possibles.

[112] La CNAM assure un accompagnement du réseau dans l'optimisation des processus ; elle propose depuis décembre 2015 un dispositif de formation aux ateliers d'optimisation, et, depuis mars 2017, a élaboré un schéma d'organisation des actions d'optimisation locales.

[113] Au niveau national, il est prévu que l'optimisation des processus repose sur :

- le recensement et la diffusion de bonnes pratiques (en matière d'interaction clients ou de séquençage des tâches, par exemple) : optimisation à court terme ;
- la mise en œuvre d'améliorations structurelles ponctuelles (notamment en matière de SI ou de réglementation) : optimisation à court et moyen terme ;
- la refonte complète du processus : optimisation à moyen et long terme.

[114] L'optimisation a vocation à être assurée par les pilotes nationaux de processus et retracée au sein d'un plan d'action défini par le COPIL SMI. Le renouvellement des COG doit être l'occasion d'un état des lieux des processus, grâce à une analyse de la performance du point de vue du réseau, de l'environnement du processus (notamment au vu des projets gouvernementaux et de la LFSS), et du contexte technologique.

ANNEXE 6 : ANALYSE DE TROIS PROCESSUS- CLE

[115] La présente annexe a été réalisée en collaboration avec le secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP). Afin d'apprécier les gains et gisements d'efficacité liés à la dématérialisation, et plus généralement les perspectives d'optimisation et de simplification, tant pour l'utilisateur que pour le gestionnaire, trois processus ont été analysés dans le détail. Les trois processus CMUC-ACS, IJ et affiliation/ mutation ont été sélectionnés car ils mobilisent des moyens importants dans les CPAM : en 2016, 17 % des ETP des CPAM y étaient consacrés, soit 38 % des ETP de production⁷, perspectives de dématérialisation et de simplification= efficacité). Le choix a aussi reposé sur les perspectives existantes de dématérialisation et/ ou de simplification, de gains pour l'utilisateur et de maîtrise des risques.

1 PROCESSUS CMU-C/ACS

[116] Un logigramme du processus CMU-C/ ACS est présenté à la fin de la partie.

1.1 Un processus coûteux en raison de sa complexité et de son outillage insuffisant

1.1.1 Un processus qui mobilise des ressources conséquentes tant en front-office qu'en back office

[117] Au 31 décembre 2016, la CNAMTS dénombrait 6 452 654 bénéficiaires de la CMU-C/ACS, dont 4 938 004 bénéficiaires de la CMU-C et 1 514 650 bénéficiaires de l'ACS⁸, pour 3 386 697 dossiers de demandes/renouvellement (le nombre de dossiers traités est inférieur au nombre de bénéficiaires).

[118] En 2016, la charge en ETP analytiques⁹ consacrée à la CMU-C/ACS représentait 1443 ETP soit 6 % des ETP de production de la CNAMTS (données 2015 : 1400 ETP, soit 6 % des ETP de production des caisses). La légère hausse entre 2015 et 2016 s'explique probablement par la hausse importante du nombre de bénéficiaires, et par la réaffectation d'ETP qui se consacraient à la gestion de la CMUB, qui a disparu avec la réforme de la PUMA.

[119] Une vision complète de la charge ETP engagée par la CNAMTS sur l'examen des dossiers de CMU-C/ACS nécessite d'estimer également les ressources ETP qui y sont consacrées en front office. Les demandes et renouvellement de CMU-C/ACS constituent un des 1ers motifs de contact des assurés :

⁷ Les ETP affectés au processus affiliation-mutation sont intégrés dans la ligne Gestion des droits dans la comptabilité analytique.

⁸ Par bénéficiaire de l'ACS, on entend les personnes qui ont fait une demande d'ACS. Parmi eux, 1363506 ont utilisé le chèque ACS pour souscrire à une complémentaire.

⁹ Sources contrôle de gestion DDO

- 12,9 % des motifs de contact pour l'accueil physique en 2015¹⁰
- 4 % des motifs de contact pour l'accueil téléphonique en 2015

[120] En considérant la charge ETP consacrée par la CNAMTS à l'accueil physique et téléphonique, et à proportion des contacts entrants liés à la CMU-C/ACS, la charge ETP dédiée pourrait être estimée à 524,4 ETP pour l'accueil physique et à 132 ETP pour l'accueil téléphonique. La charge ETP dédiée au sujet CMU-C/ACS (depuis la réponse aux questions des assurés jusqu'à l'examen de la demande) serait plutôt de l'ordre de 2 000 ETP.

[121] La distinction en termes de charge pour les gestionnaires des équipes de production entre les primo-demandes et les renouvellements de CMU-C/ACS n'apparaît pas pertinente, le renouvellement des demandes de CMU-C/ACS nécessitant quasiment le même temps de travail pour les agents, puisqu'il est nécessaire de ré-examiner les ressources in extenso à chaque renouvellement.

[122] Les demandes/renouvellements des CMU-C/ACS font partie des processus métier faisant l'objet suivi resserré par la CNAMTS. Les données de comptabilité analytique présentées dans l'ensemble de l'annexe doivent être interprétées avec beaucoup de réserves, en ce qui concerne l'évolution entre 2014 et 2015, car la comptabilité analytique a connu des changements très significatifs en 2015 (création de nouvelles rubriques pour les ETP de production).

Tableau 1 : Données de comptabilité analytique pour le processus CMUC/ ACS entre 2013 et 2016

	2013	2014	2015	2016	variation en % 15/16
Nombre bénéficiaires CMUC + ACS	4 764 470	5 113 975	5 391 528	6 452 654	20 %
ETP analytiques	1 458,93	1 504,28	1 399,33	1 441,8	3 %
Productivité	3 265,7	3 399,6	3 852,9	4 475,4	14 %
Coût total	89 598 773 €	92 595 454 €	78 173 674 €	<i>donnée inconnue en juin 2017</i>	
Coût unitaire moyen par bénéficiaire	18,81 €	18,11 €	14,50 €	<i>donnée inconnue en juin 2017</i>	

Source : CNAMTS

[123] Des gains d'efficacité sont constatés sur la période de la COG, en particulier en terme de productivité (+14 % entre 2015 et 2016). L'analyse des coûts est plus difficile à conduire, car les données 2016 ne sont pas connues, et l'évolution ne peut être interprétée entre 2014 et 2015, en raison de changements méthodologiques (voir ci-dessus). L'évolution entre 2013 et 2014 suggère toutefois une tendance à la baisse, qui mériterait d'être confirmée par les données 2016 qui seront disponibles à l'été.

¹⁰ Sources rapport de la MD 20 sur le déploiement des téléservices. Les données Medialog et Medialog + de 2016 traduisent ce poids prédominant de la CMU-C et de l'ACS dans les motifs entrants, même si la montée en charge de Médialog+ en 2016 rend plus complexe la bonne exploitation des données.

1.1.2 Un processus de traitement encore peu outillé

[124] Les modalités de traitement des dossiers de demandes ou de renouvellement de CMU-C/ACS ne sont pas ou peu automatisées, à l'exception de certaines catégories de bénéficiaires pour lesquels des procédures simplifiées ont été instaurées. Une trentaine de minutes en moyenne est consacrée à l'examen d'un dossier.

[125] Des modalités d'organisation différentes sont mises en œuvre selon les CPAM pour en optimiser le délai de traitement pour l'assuré (environ un mois), qui fait l'objet d'un indicateur CPG dédié. Cependant, quelle que soit l'organisation locale, deux moments concentrent l'essentiel des ressources internes : l'examen de la complétude du dossier (remplissage approprié du cerfa S 37 11 et exhaustivité des pièces justificatives demandées), et le calcul des ressources du foyer sur 12 mois civils :

- **L'examen de la complétude du dossier** peut se faire soit à l'accueil dans le cadre d'un rendez-vous dédié, soit au sein des équipes de production des CPAM sur la base de l'envoi d'un dossier « papier » par l'assuré, composé du cerfa et des pièces justificatives.

[126] La CNAMTS développe une stratégie d'accueil du public sur rendez-vous pour les cas complexes, dont les demandes et renouvellement de CMU-c/ACS sont l'axe principal. Pour autant, un grand nombre de dossiers continuent de parvenir par courrier aux CPAM. Certaines CPAM ont instauré des cellules de « pré-examen » des dossiers, qui permettent d'avoir un 1er niveau d'analyse du dossier lors de sa réception pour s'assurer de son exhaustivité, afin d'effectuer un retour rapide à l'assuré en cas de non complétude. Dans d'autres CPAM, les dossiers sont traités dans une logique « file d'attente », c'est-à-dire que chaque dossier fait l'objet de l'examen de complétude et du calcul des ressources dans le même temps, dans l'ordre d'arrivée. Or, la complexité du dossier entraîne un taux de retour vers l'assuré pour non complétude/mauvais remplissage du dossier dans 30 % des cas. Ces cas de retours à l'assuré ont un coût en termes d'efficacité pour les CPAM (fractionnement du traitement d'un dossier, émission d'un courrier vers l'assuré pour réclamer des pièces complémentaires, dont le niveau de précision est supérieur aux modèles types...), et en termes de qualité de service, puisque le délai d'examen de sa demande pour l'assuré s'en trouve allongé d'autant.

[127] Les modalités locales d'organisation permettant de s'assurer de la complétude du dossier en amont de l'examen des ressources sont donc bénéfiques en termes d'efficacité et de qualité de service.

[128] Le rapport flash¹¹ sur la mise en œuvre des cellules de contrôle de la CMU-C évoque la mise en œuvre locale de dispositifs simplifiés d'octroi de CMU-C, notamment sur la base de dossiers incomplets (cerfa simple accepté, ou cerfa avec partie des pièces justificatives uniquement). Ces dossiers incomplets seraient complétés directement par les agents à l'aide des données accessibles via les bases et référentiels (RNCPS, bases ressources, AIDA, CAFPRO...). Ces situations ne permettent pas un examen du dossier conforme à la réglementation, et résultent selon la mission flash dans un taux d'anomalies ou de fraudes plus élevé que dans les CPAM ne traitant que les dossiers complets. Pour autant, le fait que certains CPAM tolèrent des procédures « simplifiées » illustre la complexité du processus et les solutions palliatives qui sont mises en œuvre.

¹¹ Rapport d'audit interne de la CNAMTS sur le programme de contrôle de la CMU-C, 2016

- **Le calcul des ressources** constitue le deuxième moment clef du processus. Les gestionnaires examinent l'ensemble des ressources du foyer pour déterminer si les conditions d'octroi de la CMU-C sont réunies, ou si une ACS peut être accordée.

[129] Des retraitements doivent être appliqués :

- Retraitement des versements CAF exclus du périmètre des ressources (exemple : le RS A socle, la prime de rentrée scolaire, la prime de déménagement, la prime d'accueil au jeune enfant)
- Déduction des prestations Assurance Maladie (ex : prestations en espèces, indemnités en capital (AT/MP), capital décès) ou mutuelle
- Autres retraitements particuliers (chômage et/ou arrêt de travail de plus de 6 mois), ouvrant droit à un abattement de 30 % sur l'ensemble des revenus d'activités, ou les abattements de 71 % sur les revenus d'activités des autoentrepreneurs

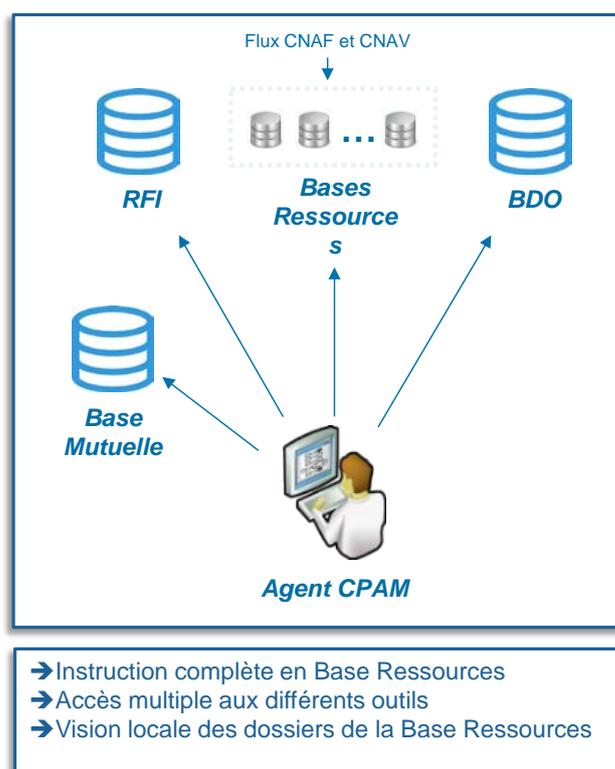
[130] Le calcul « périmétré » des ressources à prendre en compte est donc complexe pour le gestionnaire, et requiert une bonne maîtrise des règles applicables.

[131] Or, la mission a constaté que les gestionnaires ne disposent pas d'un outil intégré leur permettant de réaliser de bout en bout le traitement d'une demande de CMU-C, et doivent naviguer entre de nombreux applicatifs, donnant pour certains accès à des données externes nécessaires à l'examen du dossier (Diadème, webmatique, webvisu, Progrès, RFI, AIDA, CAFPRO, SCAPIN, RNCPS, Bases Ressources...).

[132] L'outil de base (bases ressources) apparaît frustré. Créé en 2000, cet outil de gestion des droits à prestations comporte de nombreuses limites (pas de vision nationale, manque d'intégration nécessitant de naviguer entre différents outils (cf. point précédent), émission d'avis favorables ou défavorables par rapport à un montant total de ressources entré par le gestionnaire sans aide à la reconstitution de la base à prendre en compte...). En conséquence, de nombreux outils sont développés au niveau local pour accompagner l'examen des ressources, qui vont du tableur excel à l'applicatif dédié.

[133] A titre illustratif, le programme 6 estime qu'un gestionnaire ouvre jusqu' à 11 applicatifs pour traiter un dossier de CMU-C.

Schéma 1 : Le système d'information actuel pour la gestion de la CMUC/ACS



Source : CNAMTS

1.1.3 Des améliorations de l'outillage depuis 2014 ont renforcé l'efficacité du processus

[134] Les travaux effectués par la CNAMTS depuis 2014 pour faciliter le traitement du processus ont contribué à l'amélioration de son efficacité et au renforcement de l'accès au droit, à travers deux leviers :

- une amélioration de l'accès aux données d'autres opérateurs publics, pour vérifier la concordance des déclarations des assurés avec leurs ressources réelles, notamment les allocations familiales (CAFPRO) ou le versement des allocations chômage (AIDA). Il s'agit d'outils de consultation mis à disposition des agents, et non d'injections automatisées de données dans les systèmes d'information de la CNAMTS.
- des procédures facilitées pour certains publics ciblés (bénéficiaires de l'ASPA et du RSA, demandeurs du RSA), qui renforcent l'accès au droit et raccourcissent le délai de traitement. Des partenariats ont ainsi été développés avec la CNAVTS et la CNAF autour de deux types de publics, qui bénéficient d'une procédure d'examen ou d'octroi de CMU-C simplifiée.
 - les bénéficiaires de l'ASPA bénéficient automatiquement de la CMU-C, sans avoir à réaliser de démarches auprès de la CNAMTS, et sans fournir de pièces justificatives. Depuis 2016, ils bénéficient aussi du renouvellement automatique de l'ACS. Toutefois, l'échange de données avec la CNAV pour automatiser ce renouvellement n'est pas encore développé, et les gestionnaires doivent encore lancer des requêtes manuelles pour identifier les bénéficiaires concernés.
 - Les bénéficiaires du RSA bénéficient d'une procédure simplifiée à double titre :

[135] (1) Pour les primo-demandeurs du RSA, l'agent examinant la demande de RSA (conseil général, CNAF...) a la possibilité de demander au potentiel bénéficiaire du RSA s'il souhaite bénéficier de la CMU-C et peut envoyer un flux de données via l'appliquetif @RSA vers la CNAMTS, qui ouvre automatiquement un droit « présumé » à la CMU-C pour trois mois. La CNAF transmet mensuellement un flux à la CNAMTS, qui permet de vérifier si l'assuré est bien bénéficiaire du RSA, et en cas de réponse positive, de prolonger de neuf mois l'octroi de la CMU-C. Dans le cas contraire, un courrier est envoyé à l'assuré, et la CMU-C est suspendue.

[136] Ce dispositif présente des perspectives intéressantes tant en termes d'efficacité pour la CNAMTS sous la forme d'un partage de charge vers la CNAF (examen unique de ressources), que de qualité de service vis-à-vis d'un public précaire qui n'a pas à effectuer deux démarches distinctes.

[137] Pour autant, sa montée en charge est limitée, et la CNAMTS n'a pas pu en tirer tous les bénéfices en termes d'efficacité : en 2015, 68 000 demandes de CMU-C sont passées via le dispositif @RSA mis en place au lieu des 330 000 dossiers annuels évalués par la CNAF. Ce démarrage inférieur aux attentes auraient plusieurs facteurs explicatifs : difficulté à utiliser l'outil par les agents des CAF, difficultés à obtenir des données sur la complémentaire auprès des usagers, déploiement incomplet de l'appliquetif auprès de toutes les structures instruisant les demandes de RSA (CAF, Conseils départementaux...), mobilisation inégale des CAF sur la pré-instruction de la CMU-C.

[138] (2) Pour les bénéficiaires du RSA, la CNAMTS a ouvert le 28 mars 2017 un téléservice via le compte Ameli permettant de demander en ligne l'octroi d'un CMU-C, de façon simplifiée, sans pièces justificatives à fournir. Bien qu'il soit trop tôt pour tirer des enseignements de l'ouverture de ce téléservice, sa rapide montée en charge (près de 20 000 utilisateurs en deux mois) illustre à la fois l'intérêt d'une procédure allégée en matière de recours au droit, et la capacité de publics précaires à se saisir de ce type de dispositif en ligne.

1.2 Un parcours complexe pour l'utilisateur

[139] Du point de vue de l'assuré, le parcours de demande ou de renouvellement d'un CMU-C/ACS est particulièrement complexe, ce qui entraîne à la fois un taux de non recours élevé et des coûts d'efficacité pour la CNAMTS (cf. point 1.1.2)

[140] La CMU-C offre une couverture complémentaire gratuite à des assurés répondant à une double condition de séjour (stabilité et régularité), et de ressources. Les ressources considérées sont celles perçues par chacun des membres du foyer sur les 12 mois précédant la demande. Le code de la sécurité sociale (Art.R.861-8) mentionne un certain nombre d'exonérations ou déductions à effectuer pour obtenir le périmètre des ressources à considérer.

[141] Concrètement, l'assuré peut :

- Vouloir réaliser une simulation afin de savoir s'il peut bénéficier d'une CMU-C ou d'une ACS, avant de réaliser le dossier à proprement parler. Il dispose pour cela de deux moyens : soit le recours au simulateur d'aides (« Mes aides ») via le compte Améli, soit la prise de rendez-vous à l'accueil. La simulation, bien utilisée, permet de mieux cibler les envois de dossiers aux CPAM. Or, le simulateur d'aides est déclaratif, et repose sur la bonne compréhension par l'assuré des champs de ressources à compléter. Mal utilisé, le simulateur peut induire l'assuré en erreur.

- Déposer un dossier de demande de CMU-C ou d'ACS. Il s'agit du formulaire Cerfa S 37 11, assorti des pièces justificatives demandées (identité du demandeur, conditions de ressources et de résidence, composition et ressources de son foyer sur les 12 mois civils écoulés – avis d'imposition, bulletins de salaire, attestations d'allocations chômage en cas d'indemnisation...).

[142] La principale difficulté pour l'assuré provient de la complexité du Cerfa à compléter. En effet, les ressources à déclarer pour une demande de CMU-C diffèrent tant des règles fiscales que de la déclaration sociale de la CNAF, dont on peut estimer qu'elles ont plus largement comprises et connues des assurés. Ainsi, l'assuré doit déclarer des sommes qui n'entrent pas ni dans la déclaration fiscale ni dans d'autres déclarations sociales (ex : les dons d'argent ponctuels liés à des événements de vie).

[143] Les assurés disposent d'une notice explicative incluse sur le Cerfa et d'une plaquette également disponible sur le site Ameli. Pour autant, l'application de règles de déclaration de ressources différentes, comme l'absence de précision sur les « autres ressources » à déclarer dans le formulaire et dans la plaquette constituent une complexité administrative préjudiciable à l'assuré.

[144] La CNAMTS propose un service de rendez-vous à l'accueil pour étudier les cas complexes, dont les demandes de CMU-C qui peut être formulée en ligne depuis 2016. Dans un 1^{er} temps, les agents s'assurent de la complétude du dossier, mais à terme l'objectif est de les outiller afin qu'ils puissent réaliser l'instruction et formuler une réponse à l'assuré dans le même temps.

[145] Le délai moyen de traitement est d'environ un mois. Après une augmentation entre 2013 et 2014, il est stable, voire en légère baisse (malgré la hausse forte du nombre de bénéficiaires).

Tableau 2 : Délai de traitement de la CMUC et de l'ACS entre 2013 et 2016

En jours	2013	2014	2015	2016	variation en % 15/16
Délai moyen d'instruction CMUC	20,90 j	24,35 j	24,09 j	23,83 j	-1 %

Source : données CNAMTS

[146] L'indicateur inclut la suspension de traitement des dossiers incomplets qui nécessitent de recontacter l'assuré.

[147] Enfin, l'assuré doit renouveler annuellement sa demande.

[148] La mise en place depuis 2015 de contrôle de la CMU-C et de l'ACS, via des cellules de contrôle dédiées qui procèdent par échantillonnage de dossiers, dont elles étudient ensuite les relevés bancaires des bénéficiaires, fait apparaître un taux d'anomalies de l'ordre de 22,3 % et un taux de fraudes autour de 10,1 %¹². Le taux d'anomalies pourrait s'expliquer en partie en raison de la complexité des informations demandées à l'assuré notamment en matière de déclaration de ressources. Ainsi, la mission plaide pour une simplification radicale de la demande de CMUC/ACS (recommandation n°7 du rapport), portant notamment sur la base ressource.

¹² Programme national de contrôle de la CMU-C – DACCRF DIRFAPEE 2015

1.3 Les évolutions de l'outillage prévues d'ici 2018 doivent être accompagnées d'une simplification réglementaire pour porter pleinement leurs fruits

[149] La CNAMTS prévoit de nombreuses évolutions tant en termes de connectivité que d'automatisation du traitement du processus, afin d'améliorer l'efficacité et la qualité du service rendu.

➤ **Evolutions liées à la connectivité :**

- La demande de CMU-C/ACS en ligne pour les bénéficiaires du RSA (mars 2017 – montée en charge à piloter)
- Le renouvellement de la CMU-C/ACS en ligne (expérimentation de la CPAM Rouen – Elbeuf - Dieppe)
- La demande de CMU-C/ACS tous publics via Améli.fr deviendra possible à compter de 2018, si la CNAMTS décide de développer ce téléservice, dont la réalisation est conditionnée à la possibilité technique d'interfacer le dépôt de pièces justificatives depuis le compte Améli vers DIADEME.

[150] Pour autant, le développement de téléservices doit s'accompagner d'une simplification réglementaire pour offrir un véritable gain en qualité de service pour les assurés, et d'efficacité pour la CNAMTS. Ainsi, il est peu probable que les assurés aient recours à un téléservice nécessitant le chargement de nombreuses pièces justificatives, pour justifier d'informations présentes par ailleurs dans les bases d'autres opérateurs publics. Par ailleurs, si un téléservice était développé, il conviendrait de permettre aux assurés de renseigner directement les données nécessaires au traitement de la demande (et non de charger des pièces justificatives), afin d'injecter automatiquement ces données dans les SI de la CNAMTS et de générer automatiquement les avis favorables ou défavorables, pour concentrer les ressources ETP sur le contrôle a posteriori.

➤ **Evolutions en termes d'automatisation :**

- Développement des partenariats d'échanges de données : consultation du montant des retraites avec la CNAVTS (sur l'EIR) sur le modèle d'AIDA et CAFPRO
- Liens avec l'administration fiscale pour effectuer des contrôles de masse afin d'attester la stabilité de la résidence via la vérification de la présence fiscale. Depuis 2017, les populations couvertes par la CMU-C/ACS passent dans des traitements de masse sur la base d'un à deux appels annuels. La CNAMTS a formulé une expression de besoin vis-à-vis de la DGFIP pour effectuer ces contrôles au fil de l'eau.
- Déploiement d'INDIGO, dans le cadre du Portail Agents (Programme 6).

[151] Le projet INDIGO a pour objectif de refondre l'application existante (base de données, IHM, traitements) et de le remplacer par un outil de gestion des droits à prestations de bout en bout. Il s'agit d'un des premiers projets de refonte des outils d'un processus métier qui s'inscrit dans le portail Agents, c'est-à-dire que le processus métier sera adossé aux briques d'intérêt commun du Portail.

[152] La 1ère version d'INDIGO concerne les prestations à destination des publics précaires. Une évaluation des gains réalisée lors du lancement du projet aboutissait à une estimation de 270 ETP. Une nouvelle étude sera lancée pour fin 2017 auprès de caisses « tests », pour prendre en compte notamment les évolutions organisationnelles apportées depuis l'estimation (par exemple, le pré-traitement des dossiers en front-office...) et les outils développés au plan local.

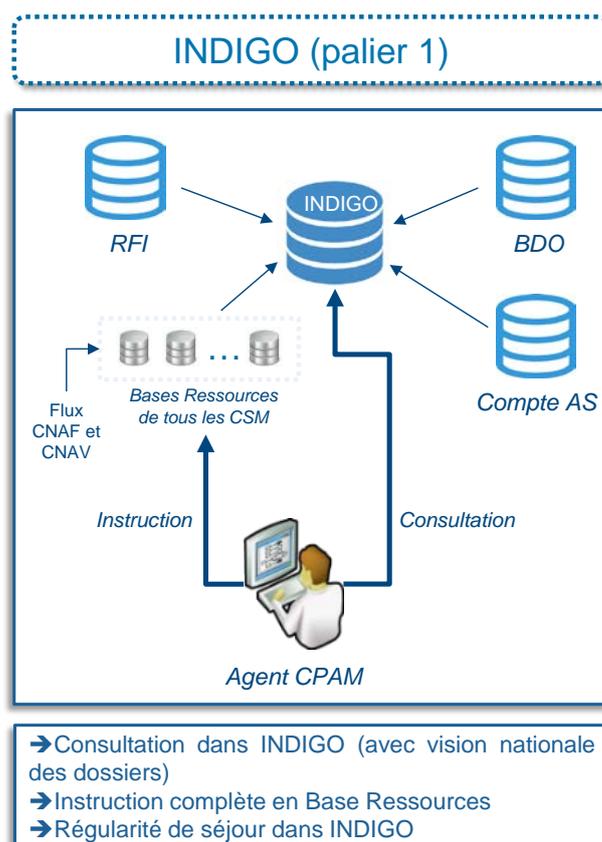
[153] En plus d'occasionner des gains d'efficacité, INDIGO permettra de diminuer les écarts de traitement liés à une mauvaise connaissance des règles applicables pour le calcul des ressources. Cette base présente de nombreuses évolutions :

- base nationale permettant le travail en réseau,
- outil ergonomique adossé au portail Agent,
- instruction des demandes facilitées, grâce notamment au rapatriement automatique des données déjà enregistrées dans les SI ou bases de l'AM, à la création d'une grille de calcul des ressources pré-remplie des prestations payées par l'AM, à la gestion de la régularité du séjour, l'envoi automatique de notifications et de relances, la reconduction de traitements automatiques issus de flux partenaires déjà existants....

[154] Le palier 1 d'INDIGO, fin 2017, permettra la consultation de toutes les bases ressources au niveau national (contrairement aux bases ressources actuelles), l'ouverture des référentiels (RFI, BDO...) depuis le portail agents sans recourir à Webmatique et l'enregistrement de la régularité de séjour.

[155] Le palier 2, prévu au printemps 2019, permettra d'instruire les droits et d'envoyer automatiquement les notifications aux assurés et aux complémentaires.

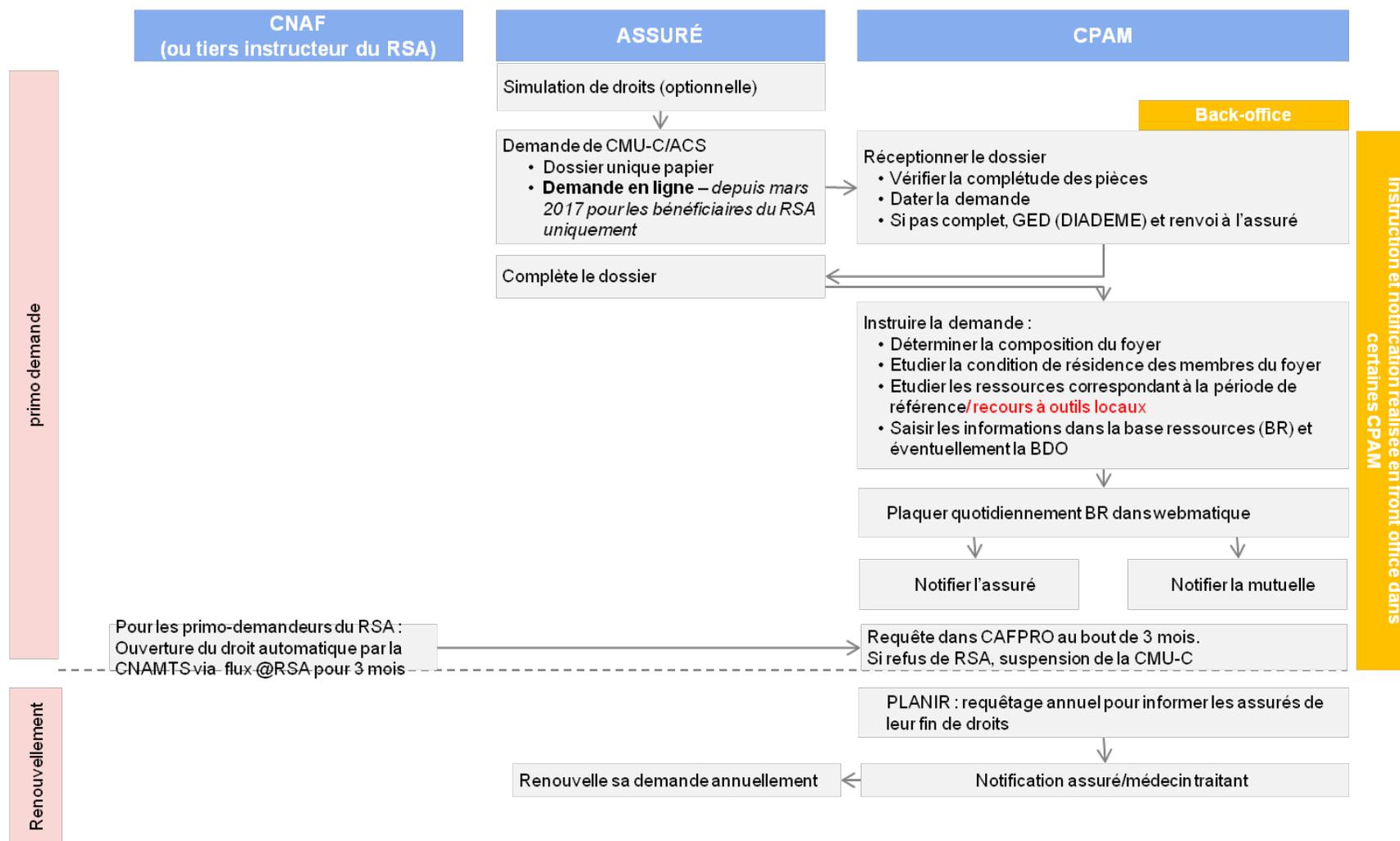
Schéma 2 : Le système d'information pour la gestion de la CMUC/ACS après INDIGO



Source : CNAMTS

[156] En cible, INDIGO permettra de traiter le dossier en passant de 11 applicatifs à seulement 6. De plus, INDIGO offrira la possibilité technique d'accrocher à terme des injections de données en provenance des partenaires (CNAVTS, CNAF, DGFIP, Pôle emploi...).

Schéma 3 : Parcours assuré de demande de la CMUC/ACS



Source : mission IGAS

2 PROCESSUS TRAITEMENT DES IJ

[157] Un logigramme du processus IJ est présenté à la fin de la partie.

2.1 Un parcours coûteux pour la CNAMTS et à fort enjeu en termes de qualité de service

[158] Le traitement des indemnités journalières maladie-maternité-paternité, subrogées comme non subrogées, représentent 14 % (2967) (3096,2) des ETP analytiques de production de la CNAMTS en 2016 (contre 2967 en 2015).

[159] En termes de gestion de la relation clients, les IJ maladie constituent le 1^{er} motif de contact téléphonique en 2015 (11,90 %) et le 2^{ème} motif de contact à l'accueil (9 %). On peut ainsi approcher des charges respectives de 393 et 366 ETP.

[160] Ce processus fait l'objet d'un suivi resserré par la CNAMTS, en raison de son coût de gestion et des enjeux en termes de qualité de service pour verser rapidement aux assurés des revenus de substitution. Les données de suivi sont présentées ci-dessous. La rupture de série importante entre 2014 et 2015 est d'autant plus marquée pour le processus IJ et ne permet pas de comparer 2013/ 2014 à 2015/2016.

Tableau 3 : Données de comptabilité analytique sur le processus IJ maladie-maternité-paternité entre 2013 et 2016

	2013	2014	2015	2016	variation en % 15/16
Nombre de décomptes IJ Maladie traités	29 213 558,00	28 694 329,00	29 713 350,00	29 672 562,00	0 %
ETP analytiques	4 273,79	4 033,57	3 096,20	2 967,03	-4 %
Productivité	6 835,52	7 113,88	9 596,70	10 000,76	4 %
Coût total	262 264 995,51	248 679 535,97	186 548 035,08	inconnu en juin 2017	
Coût unitaire moyen	8,98	8,67	6,28	inconnu en juin 2017	

Source : données CNAMTS retraitées par la mission

[161] Pour autant, une évolution positive en termes d'efficacité est observée (productivité en hausse entre 2013 et 2014, et entre 2015 et 2016), de même qu'en termes de qualité de service (délais de versement).

Tableau 4 : Délai moyen de versement des IJ entre 2013 et 2016,

	2013	2014	2015	2016	variation en % 15/16
Délais moyen de règlement de la 1^{ère} IJ maladie	34,45 j	31,23 j	28,86 j		-8%

Source : CNAMTS

2.2 Un parcours fortement automatisé depuis 2014

2.2.1 Un parcours complexe car séquencé et multipartite

[162] La complexité du processus réside d'une part dans son séquençement, avec deux moments clefs que sont la déclaration de l'arrêt de travail et l'examen des conditions d'ouverture de droits pour la liquidation de l'IJ, et d'autre part dans la coordination des parties prenantes au processus (assuré, médecin, employeur(s), CPAM, ELSM).

2.2.1.1 La déclaration de l'arrêt de travail

[163] Pour bénéficier d'un revenu de substitution maladie, l'assuré doit bénéficier d'un arrêt de travail. Celui-ci peut être émis par le médecin traitant ou tout autre médecin. En pratique, le médecin peut soit rédiger un avis d'arrêt de travail papier (AAT), soit utiliser le téléservice de l'assurance maladie e-AAT via son Espace Pro.

[164] En cas d'AAT papier (cerfa), l'assuré doit envoyer le document à son employeur et à sa CPAM, dans un délai de 48h. Ce délai est en pratique majoré à 6 jours, en incluant les délais d'acheminement postaux (LR-72-2012).

[165] En cas d'e-AAT, le médecin doit imprimer le volet 3 (employeur), et le remettre à l'assuré pour que celui-ci le transmette ensuite à son employeur.

[166] En 2016, 17 451 784 AAT ont été prescrits. Les e-AAT constituent un gain d'efficacité et de qualité de service majeur (réduction du délai de traitement par rapport à un envoi postal, meilleure qualité du remplissage etc.) Ils présentent aussi un intérêt fort en termes de maîtrise médicalisée des dépenses, l'utilisation de l'e-AAT diminuant les durées moyennes d'AT prescrits (l'e-AAT renseignant la durée cible). Pour autant, ce téléservice ne représente en 2016 que 22,6 % des AAT (4 012 832 de e-AAT, et 13 738 652 AAT papier).

[167] Les principaux freins identifiés au développement de l'e-AAT tiennent au fait que le professionnel de santé doit imprimer le volet 3 employeur pour le remettre à l'assuré, et que l'utilisation du téléservice apparaît plus longue que le recours au formulaire papier (connexion via la carte CPS et la carte Vitale, navigation complexe parmi les 70 fiches repères, obligation de remplir tous les champs ce qui est dans la version papier laissé à la charge de l'assuré...). Ce téléservice doit faire l'objet par le programme 2 d'une refonte sur le modèle de ce qui a été fait pour le Protocole de soins Electronique¹³, plébiscité par les professionnels de santé. Une première refonte permettant de simplifier la saisie des motifs médicaux est prévue en juin 2017; un projet de suppression de l'impression du volet 3 est à l'étude.

[168] Les AAT bénéficient d'un traitement automatisé au sein des CPAM, quel que soit leur format initial (e-AAT ou Cerfa) : les AAT papier sont passées dans DIADEME, puis dans BO-AAT et PROGRES, tandis que les e-AAT sont injectées directement dans BO-AAT, puis PROGRES.

[169] Bien que les traitements soient en grande partie automatisés, les nombreux rejets et anomalies concernant tant les AAT que les DSIJ interrompent les chaînes de traitement automatisées et limitent les gains d'efficacité. Les principaux rejets sont dûs :

- Au dépassement du délai d'envoi (48h + 4 jours selon les CPAM)

¹³ La réforme du téléservice PSE a été rendue possible par une simplification de la réglementation de demande d'admission/ renouvellement en ALD.

- Au mauvais remplissage de l'AAT par le médecin lors d'un renouvellement de prescription (par exemple, arrêt en lien ou non avec une ALD)
- Au non-respect du parcours de soins : prolongation d'une AAT par un médecin différent de celui qui a prescrit l'AAT initiale
- A une écriture illisible
- A des assurés non trouvés dans les bases (en cours de déménagement...)

[170] Opérationnellement, en cas de rejets ou d'anomalies détectés sur un AAT (e-AAT ou AAT papier), l'AAT concerné tombe dans la corbeille des gestionnaires, et nécessite un traitement manuel. Dans la plupart des cas, ces rejets et anomalies vont faire l'objet d'un contact sortant vers l'assuré, alors même que la cause de rejet est aisément identifiable (dépassement du délai d'envoi par l'assuré par exemple, ou encore renouvellement d'une prescription par un médecin différent).

[171] Ces contacts sortants nécessitent de plus que les gestionnaires rédigent des courriers ad hoc, la bibliothèque de courrier ne comportant pas nécessairement le courrier type adapté.

[172] La CNAMTS travaille sur la résorption des rejets et anomalies de traitement des AAT. Pour autant, un certain nombre de ces rejets résultent du cadre réglementaire : délai de 48h pour l'envoi de l'AAT, respect du parcours de soins pour le renouvellement de l'AAT...

2.2.1.2 L'examen des conditions d'ouverture de droits

[173] Pour être indemnisé durant les six premiers mois de l'arrêt de travail, le salarié doit justifier d'avoir travaillé au moins 150 heures dans les trois mois civils ou les 90 jours précédant l'arrêt, ou avoir cotisé, au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt, sur la base d'une rémunération au moins égale à 1015 fois le SMIC horaire fixé au début de cette période. Concrètement, pour ouvrir droit à un revenu de substitution, l'assuré doit apporter la preuve de ses revenus salariés.

[174] La transmission des attestations de salaire par l'employeur à la CPAM peut être dématérialisée ou papier (dans ce second cas, c'est parfois à l'assuré qu'il incombe d'envoyer l'attestation, bien que cette obligation relève de l'employeur). Dans le cas d'un envoi dématérialisé, l'employeur peut procéder soit via netentreprise (flux EDI ou formulaire dématérialisé) soit via la DSN pour fournir les attestations de salaire, à réception du volet trois de l'AAT.

[175] Le signalement d'événement (arrêt ou reprise du travail) et la reconstitution de la DSI constituent les principales exploitations métier par la CNAMTS de la DSN mensuelle. La généralisation de la DSN en 2017 entrainera le désengagement progressif de la DSIJ via netentreprise. Dès lors qu'il constate un arrêt de travail, l'employeur doit émettre un signalement via la DSN.

- Si l'employeur ne subroge pas les IJ, il dispose de cinq jours pour émettre l'événement, à partir duquel la CNAMTS pourra reconstituer la DSIJ
- Si l'employeur subroge les IJ, il peut attendre l'émission de la DSN mensuelle

[176] En 2016, sur environ 12,5 millions d'attestation de salaire :

- Environ 80 % ont été télétransmises, soit 10 085 143. En mars 2017, 43 % des attestations dématérialisées étaient issues de la DSN, vs. 57 % de netentreprise.
- Environ 20 % ont été transmises sous format papier, soit 2 448 963 attestations. Elles émanent principalement d'assurés dont les employeurs ne sont pas couverts par la DSN (salariés de particuliers employeurs...)

[177] Le recours généralisé aux DSIJ dématérialisées via la DSN permettrait de poursuivre les gains d'efficacité (encore 20 % d'attestations de salaire papier)- en 2017, le gain d'efficacité déjà réalisé était estimé à hauteur de 150 ETP par la CNAMTS. La généralisation du recours aux DSIJ via la DSN contribuerait aussi à accroître la qualité de service. En effet, le délai moyen de paiement des IJ lorsque l'attestation de salaire est fournie par la DSN est inférieur aux autres modalités de transmission :

Tableau 5 : délai de paiement moyen en mars 2017

Délai de paiement moyen		
	DSN	19,7 jours
	Net Entreprise	22,6 jours
	Papier	41,7 jours
	Global tous canaux	27,3 jours

Source : CNAMTS

[178] La montée en charge de l'émission des DSIJ via la DSN est dépendante des éditeurs de logiciels de paie qui développent et intègrent les modules « événements déclencheurs » progressivement (pour rappel, deux événements déclencheurs vis la DSN : arrêt et reprise du travail en cas d'AAT). En mars 2017, 64 % des éditeurs de logiciels proposaient ces modules.

[179] Elle dépend également de la couverture des salariés par la DSN (certaines catégories de salariés ne sont pas couverts par la DSN : personnel navigant, salariés de particuliers employeurs...).

[180] Les IJ sont liquidées par la CNAMTS dès lors qu'un AAT est réceptionné et conforme au formalisme attendu, et que les revenus du salarié sont connus (que l'attestation soit transmise sous format papier ou de façon dématérialisée). Un échéancier est alors généré pour opérer les versements tous les 14 jours à l'assuré en cas d'IJ non subrogées. En cas d'IJ subrogées, la CPAM envoie vers l'employeur une attestation de remboursement BSIJ de façon dématérialisée, ainsi le cas échéant que vers les mutuelles (en cours de développement).

[181] De la même manière que pour les AAT, le traitement des DSIJ est automatisé à l'exception des rejets et anomalies, qui portent principalement sur :

- La non-réception de l'AAT (DSIJ émise très rapidement par l'employeur, alors que l'assuré n'a pas encore posté son AAT) ;
- Des subrogations qui se chevauchent ;
- Des salaires enregistrés différents lors d'une prolongation que pour l'arrêt initial

2.2.1.3 L'intervention de l'échelon local du service médical (ELSM)

[182] L'intervention de l'ELSM est limitée à quelques cas particuliers, dans son activité de gestion du risque, pour lesquels l'ELSM transmet des avis favorables ou défavorables, qui sont alors suspensifs pour le versement des IJ :

- Arrêts initiaux de moins de 45 jours « courte durée » : l'ELSM n'émet des avis que sur des typologies d'AAT ciblées en GDR
- Arrêts de travail initiaux ou de prolongation amenant à une durée d'arrêt supérieure à 45 jours : avis systématique
- Arrêts de travail initiaux ou de prolongation amenant à une durée d'arrêt supérieure à 6 mois : avis systématique

[183] L'outil LM2A permet de gérer les flux d'échanges entre l'ELSM et les équipes de production des CPAM. Pour autant, les avis défavorables dans LM2A ne sont pas injectés automatiquement, et nécessitent d'être traités par les gestionnaires IJ.

2.2.2 Le calcul des droits pour les assurés inscrits à Pôle emploi est coûteux

[184] L'un des principaux gains d'efficacité identifié en CPAM a trait à la simplification du calcul des droits pour les assurés connaissant des périodes de chômage ou du travail intermittent sur la période de référence. Pour percevoir des IJ, l'assuré sans emploi doit remplir l'une des conditions suivantes :

- Perception d'une allocation chômage
- Indemnisation par Pôle emploi au cours des 12 derniers mois
- Cessation d'activité salariée depuis moins de 12 mois

[185] C'est l'activité antérieure qui détermine l'attribution et le calcul des IJ. L'assuré doit donc fournir à la CPAM (format courrier papier) :

- Son certificat de travail et ses bulletins de salaire pour les 3 ou 12 mois antérieurs à la date d'interruption du travail ;
- Si l'assuré est indemnisé, l'avis d'admission à l'allocation chômage et la dernière attestation de versement de cette allocation ;

[186] Le calcul des droits pour ces assurés est coûteux en termes de qualité de service et d'efficacité : d'une part, l'assuré a besoin de fournir par courrier un certain nombre de documents contenant des informations disponibles par ailleurs (Pôle emploi), d'autre part, le gestionnaire doit remonter aux dernières périodes travaillées pour recomposer la base d'indemnisation.

[187] Ce traitement n'est pas automatisé, bien que l'apport d'AIDA sur la durée de la COG ait constitué un gain d'efficacité notable, en permettant aux gestionnaires de visualiser les périodes de chômage de l'assuré. Des outils locaux sont développés pour aider les gestionnaires à recomposer les bases de salaires (temps partiels etc.).

2.2.3 Des difficultés particulières pour les assurés polyactifs et/ou multiemployeurs

[188] Les salariés multi-employés (affiliés au RG mais ayant plusieurs employeurs, voire polyactifs (affilié à plusieurs régimes avec un seul régime de rattachement) rencontrent des difficultés particulières en cas d'arrêt de travail, d'une part, pour la transmission de l'AAT, et d'autre part, pour la reconstitution d'une DSIJ exhaustive.

[189] Les salariés multiemployés/polyactifs doivent fournir, en cas d'arrêt de travail, le volet 3 à chacun de leurs employeurs, et informer le cas échéant leurs différents régimes. Les employeurs doivent en retour fournir à la CPAM une attestation de salaire. Or, en cas d'utilisation d'une e-AAT par le médecin, celle-ci est émise vers le régime de rattachement uniquement. Les données détenues par les régimes ne communiquant pas, les salariés concernés doivent effectuer des réclamations auprès de leur CPAM pour ré-envoyer l'AAT vers l'autre régime. Une échéance réglementaire est fixée au 1er janvier 2018 pour établir un échange dématérialisé RSI/RG.

[190] Par ailleurs, la DSIJ dématérialisée via la DSN n'étant reconstituée que sur le contrat actif ayant émis le signalement, toutes les données de rémunération ne vont pas être prises en compte, et le salarié pourra potentiellement ne pas bénéficier de l'ouverture de droits à laquelle il peut pourtant prétendre.

[191] Une expression de besoin est en cours à la CNAMTS pour traiter le sujet des salariés multiemployeurs en DSIJ DSN. L'étude de la situation des assurés polyactifs (plusieurs régimes) est également en cours.

[192] Par ailleurs, la CPAM du Hainaut expérimente une instruction accélérée des prestations en espèces pour les salariés multiemployeurs, en s'appuyant sur un partenariat avec des associations (action PLANIR).

2.2.4 Des investissements SI importants depuis 2014

[193] La CNAMTS a réalisé de nombreux investissements pour améliorer le traitement des IJ et renforcer l'efficacité du processus depuis 2014 ou la qualité de service à l'assuré / à l'employeur:

- Actions renforçant l'efficacité du dispositif
 - Mise en place de l'outil AIDA (consultation des bases de l'assurance chômage pour consulter les périodes d'inscription à Pôle emploi des assurés) QW4.46
 - Mise en place de l'outil LM2A
 - Automatisation des régularisations entre le risque maladie et le risque AT depuis 2015 (QW 4.48)
 - Optimisation du lancement des injecteurs et des échéanciers de paiement dans PROGRES en 2016 Quick 4.49
 - Exploitation des événements « arrêt de travail » et « reprise du travail de la DSN » -DSIJ DSN
 - Augmentation de la durée de conservation des courriers QW 4.29 – juin 2014
- Actions renforçant la qualité de service
 - Suivi de l'indemnisation d'un arrêt de travail pour maladie (réception de l'AAT, attestations de paiement des IJ, notifications de paiement – juin 2017)
 - Dématérialisation des DSIJ/BPIJ (retour du bordereau dématérialisé de paiement aux employeurs pour les IJ subrogées/organismes complémentaires)

[194] Les développements suivants sont inscrits à la roadmap 2017 ou à l'étude :

- L'enregistrement du traitement de la DSN avec des pièces jointes (la DSN, contrairement aux DSIJ saisies sur Net-entreprises, ne permet pas à ce jour de transmettre de pièces jointes directement rattachées à une attestation de salaire. Pour transmettre leurs pièces justificatives, il est à ce jour permis aux déclarants en DSN d'envoyer ces documents en CPAM par mail, qui se chargent de rattacher la pièce justificative à la DSIJ correspondante) – S2 2017
- La DSN multiemployeurs
- La dématérialisation du RIB dans le cadre de la DSN
- L'étude du cas des assurés polyactifs

[195] Le processus de traitement des IJ est fortement automatisé. Les principaux gains d'efficacité résident dans la résorption des rejets et anomalies qui interrompent les chaînes de traitement, dans la montée en charge des AAT dématérialisés et des DSIJ dématérialisés (DSN), ainsi que dans la simplification des règles de calcul des IJ (recommandation n°10 du rapport de synthèse). La mission IGAS/IGF de revue de dépenses des IJ (juin 2017) préconise d'explorer explorant plusieurs pistes d'harmonisation, dans un objectif d'équité entre les bénéficiaires : base

du salaire de référence, plafond du salaire journalier et règles de calcul de l'indemnité. Une réflexion particulière pourrait être conduite pour les assurés inscrits à Pôle emploi et les assurés multiemployeurs.

2.3 Le prélèvement à la source constitue un enjeu critique en matière qualité du parcours assuré

[196] Le prélèvement de l'impôt se fera au moment du versement de l'IJ non subrogée. Lors du 1er paiement de l'IJ, la CNAMTS appliquera un taux forfaitaire fixé par l'administration fiscale. Un flux d'information sera généré :

- Envoi d'une information à l'administration fiscale indiquant que l'IR a été calculé et prélevé
- L'administration fiscale renverra un taux individualisé.

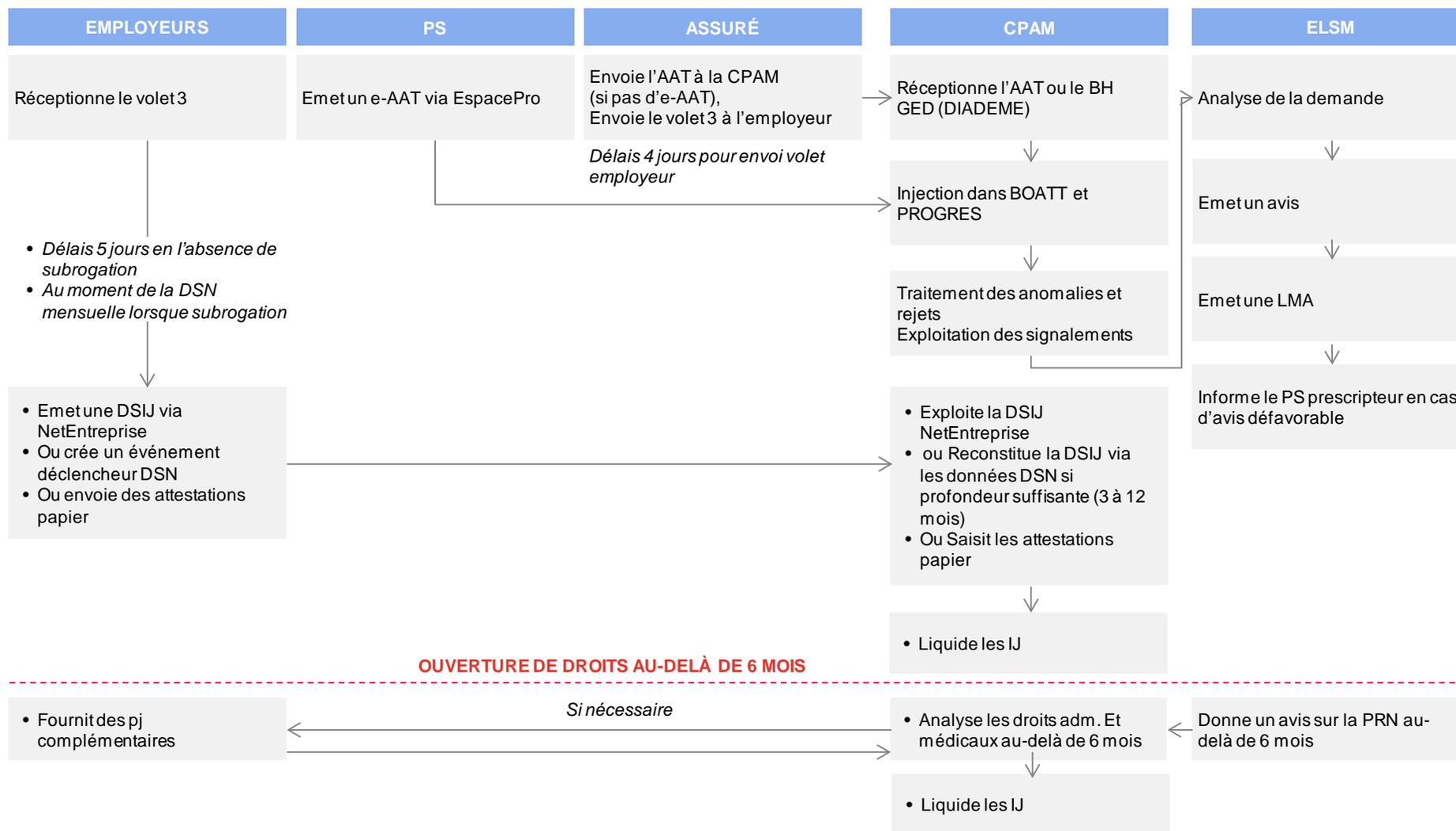
[197] Ce flux PASRAU sera mensuel. Le taux d'imposition individuel communiqué par la DGFIP sera appliqué sur les paiements effectués durant deux mois.

[198] Du point de vue de l'assuré, le PAS apporte un élément de complexité, risquant de générer des contacts entrants :

- Le 1er paiement d'IJ se fera sur la base d'un taux forfaitaire ;
- Si AAT se poursuit au-delà de 14 jours, le 2ème paiement sera également forfaitaire, ainsi que le 3ème paiement puisque le taux individualisé fourni par la DGFIP mettra environ 1,5 mois à parvenir à la CNAMTS (flux mensuel) ;
- Les paiements suivants se verront appliquer le taux individualisé

[199] La CNAMTS n'effectuera pas de régularisation sur le taux forfaitaire appliqué aux IJ non subrogés. La question de la régularisation pour la requalification d'un AAT en ALD se posera, les IJ versés en cas d'ALD étant non soumis à l'impôt.

Schéma 4 : Parcours assuré de demande d'indemnité journalière



Source : mission IGAS

3 PROCESSUS AFFILIATION/MUTATION

3.1 Le processus affiliation/mutation est le plus coûteux en ETP de production pour la CNAM

[200] L'affiliation/mutation est intégrée en comptabilité analytique sous la dénomination « Fichier assurés_Droits de base », et représentait en 2016 16 % de la charge de production de la CNAMTS soit 3426 ETP (contre 3755 ETP en 2015). 254,56 ETP étaient consacrés à la CMU-B en 2015 – cette activité disparaît dans le cadre de la protection universelle maladie (PUMA) au 1er janvier 2016, qui facilite notablement l'accès à la couverture maladie de base..

[201] Par extension aux données Médialog 2015 sur la GRC, la charge en GRC (accueil téléphonique et physique) des mutations intra-régime pourrait être estimée à environ 300 ETP et la charge des mutations inter-régimes à un petit moins de 200 ETP. Celle-ci a toutefois connu une baisse importante en 2016, en lien avec la PUMA : au global, les contacts téléphoniques ont diminué de 17 %, quand l'accueil physique s'est tassé de 10 %.

[202] En 2016, le nombre de mutations intra-régimes s'élève à 788 684 mutations intra-régimes; les mutations inter-régime, RG preneurs sont 879 428 (dont 50 % en provenance du RSI et de la MSA) et les mutations inter-régime, RG cédant 918788.

3.2 Processus d'affiliation

[203] Un logigramme présente le parcours affiliation à la fin de la partie 3.2.

3.2.1 Un processus simple mais peu outillé tant pour l'assuré que pour le gestionnaire

[204] Depuis le 1^{er} janvier 2016, l'affiliation au régime général peut être réalisée sur critère de résidence ou sur critère professionnel. L'affiliation concerne :

- Tout assuré débutant un 1^{er} emploi auprès d'un employeur relevant du régime général, sur critère d'activité (si l'assuré occupait un autre emploi précédemment, c'est une mutation et non une affiliation)
- Tout ayant-droit mineur atteignant la majorité sur critère de résidence, la PUMA supprime la notion d'ayant droit majeur
- Toute personne étrangère en situation régulière résidant en France de façon stable et régulière, sur critère de résidence – sauf dispositions particulières
- Les étudiants en fin de droits dans leur régime étudiants et n'ayant pas débuté une activité professionnelle, affiliés sur critère de résidence. Ils sont pris en gestion automatiquement à la CNAMTS sans intervention de leur part (mutation cédant-prenant) cf. 3.2.2

[205] Le processus d'affiliation comporte les étapes suivantes :

- L'assuré formule sa demande d'affiliation en remplissant un Cerfa (736). En cas de changement de situation, l'assuré utilise le Cerfa 752 ou 750. Le formulaire est déposé ou envoyé par courrier à la CPAM, accompagné de pièces justificatives : pièce d'identité, justificatif d'activité professionnelle, ou de résidence, relevé d'identité bancaire (RIB). Les étrangers fournissent leur titre de séjour.

- Les courriers sont passés dans DIADEME et injectés dans PROGRES, pour faire l'objet d'un traitement par le gestionnaire.
- Le gestionnaire étudie la demande avant d'enregistrer l'assuré en BDO : concrètement, le gestionnaire consulte différents référentiels et différentes bases pour s'assurer de la situation actuelle de l'assuré et vérifier son éligibilité au régime général. Il navigue entre RNIAM, BDO, RFI, RNCPS, SNGI..... Il demande éventuellement à l'assuré de fournir des pièces justificatives complémentaires.
- Dans le cas d'un assuré né à l'étranger, le gestionnaire demande la certification des documents d'état-civil au SANDIA.
- Le gestionnaire enregistre l'assuré en BDO, crée ou mute la carte Vitale dans GK.
- Un courrier de « bienvenue » est adressé à l'assuré, qui doit ensuite mettre à jour sa carte vitale.
- Le processus n'est complété que dès lors que la carte vitale est mise à jour par l'assuré.

[206] Par la suite, l'assuré peut être amené à informer la CPAM de tout changement de situation/événement de vie. Des téléservices ont été déployés sur la durée de la COG pour les situations suivantes :

- Déclaration de grossesse
- Déclaration d'un nouveau-né - 2015
- Changement de coordonnées bancaires - juin 2017

3.2.2 Les impacts de la PUMa ne sont pas encore clarifiés par la CNAMTS

[207] La PUMA mise en œuvre le 1^{er} janvier 2016 engendre des évolutions structurantes pour les conditions d'affiliation des assurés au régime général.

Tableau 6 : L'affiliation à la couverture maladie de base avant et après la PUMA

Avant la PUMA	Après la PUMA
Affiliation sur critère professionnel ou CMU-B et ouverture de droits sous conditions et avec une durée limitée (3 ans)	Plus de condition d'activité professionnelle (remplace la CMU-B) et ouverture de droits sans limite de durée Allègement des pièces justificatives à fournir
Campagnes annuelles de renouvellement : - Exploitation annuelle de la DADS, avec échéance automatique au 31 décembre N+3 - Requêtes permettant d'identifier les « rejets et anomalies » - Campagnes de contacts sortants vers les assurés via publipostage - Selon les CPAM, au bout d'un délai variable, relance ou fermeture des droits	Fin des campagnes annuelles de renouvellement mais un contrôle de résidence pour les assurés affiliés au titre de la résidence (consignes nationales à venir d'ici fin 2017) De façon transitoire, les CPAM maintiennent une activité de mise en qualité des fichiers sur la base de consignes nationales, dans l'attente du référentiel de contrôle. En 2016, la campagne nationale a porté sur : - une sélection d'assurés (extraction 2014/2015 transmise par la DGFIP à la CNAMTS) dont la situation fiscale laisserait penser qu'ils ont quitté le territoire. Les CPAM recherchent si ces assurés ont eu une activité en termes de soins sur la période écoulée, et si non, effectuent des contacts sortants pour mettre à jour la situation des assurés - une requête globale sur les dossiers sans activité depuis 27 mois

Source : mission IGAS

[208] Il faut noter que la PUMA pourrait entraîner de façon transitoire une charge liée à la conversion progressive des ayant-droits majeurs en assurés à titre personnel, puisque le statut d'ayant-droit majeur à vocation à disparaître d'ici 2019. A ce jour, seuls les assurés de moins de 21 ans, les divorcés ou séparés, ainsi que les personnes qui en font la demande sont "autonomisés". L'autonomisation des ayants-droits sera réalisée très progressivement.

[209] Pour rappel, la PUMA avait fait l'objet d'évaluation de ROI très ambitieuse de la part de la DSS, dans le cadre plus global de la simplification de la gestion des droits (ouverture et mutations inter-régimes, mais aussi intra-régimes, dans le cadre d'OPTIMA) :

- une 1^{ère} estimation de gains liés à la simplification des ouvertures de droits et des mutations de l'ordre de 350 à 570 ETP en 2013 (estimation DSS)
- une 2^{ème} estimation à la hausse, pour atteindre 1500 ETP de gains environ (1/4 des ETP chargés de la gestion des droits à l'époque de l'estimation)

[210] La CNAMTS a essayé de se livrer à un exercice de chiffrage plus précis début 2016, en s'appuyant notamment sur le SMI. Au total, a minima, selon cette estimation (détaillée dans l'encadré ci-après), les gains occasionnés par la PUMA pourraient être de l'ordre de 760 ETP (239 de CMU-B, 280 a minima sur le processus Gestion des droits subsistant, 241 sur la GRC).

Un groupe de 11 caisses (groupe beta-test) a été constitué pour évaluer les gains liés au processus gestion des droits. Les résultats ont été extrapolés au reste du réseau.

- Gain net lié à la suppression de la CMU-B : les 255 ETP liés à la CMU-B peuvent être « décomptés » en totalité; la CNAMTS estime qu'ils sont reventilés pour partie à la primo-affiliation et au renouvellement des droits (80 % environ), et pour partie au contrôle et au pilotage de ce processus (20 %)
- Gain variable lié à l'évolution du processus droits de base: au maximum à 695 ETP (280 ETP de gains nets, 651 de gains potentiels, et 236 ETP liés à l'alourdissement de certaines activités) :
 - gain de 280 ETP liés à la fin du renouvellement des droits
 - Les autres sous-activités du processus (dont les mutations) rencontrent soit des allègements (mutations...), soit des alourdissements (renouvellements de CV...)
- Gain lié à la gestion de la relation client (trois canaux hors courriels : téléphone, accueil, courrier): estimation de 241 ETP.

[211] Une étude *ex post* conduite en 2017 a évalué l'allègement de charge lié à la PUMA à 455 ETP en 2016 (en incluant l'impact sur la relation client), tandis que les premières briques du projet OPTIMA (optimisant les mutations internes) auraient permis un gain d'efficacité d'environ 120 ETP. Ceci ne tient pas compte de la réforme du contrôle qui sera mise en place fin 2017.

[212] A ce stade, tout le périmètre des gains potentiels de la PUMA n'est pas identifié, ni concrétisé. Il existe plusieurs facteurs explicatifs :

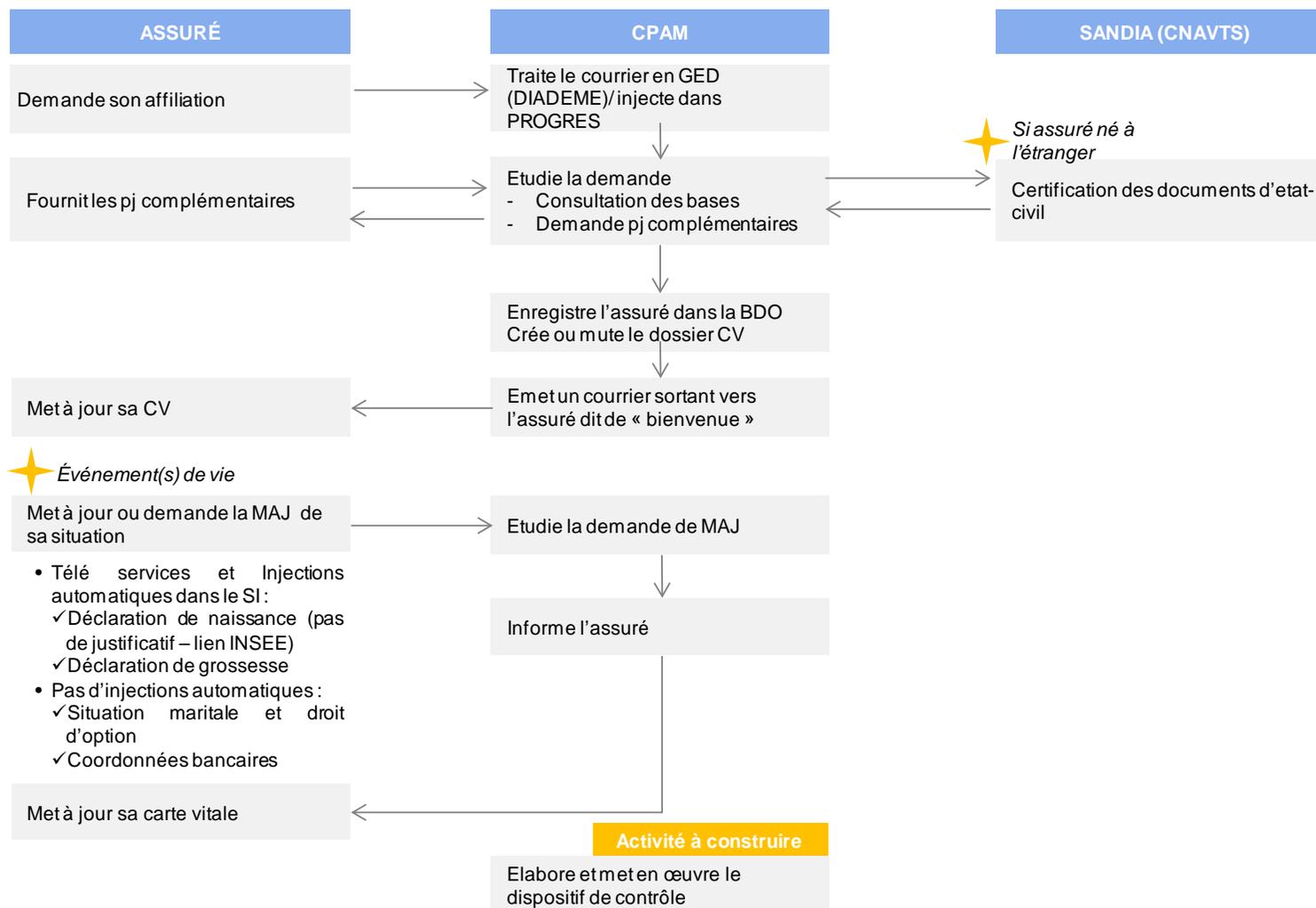
- Absence de visibilité sur le futur référentiel de contrôle, et donc de son impact en charge
- Maintien d'une activité de mise en qualité des fichiers et référentiels qui s'apparentent à du contrôle de droits
- Pic de charge conjoncturel lié aux affiliations résultant des ayants-droits majeurs affiliés en assurés à titre personnel

3.2.3 Des opportunités d'amélioration

[213] Le parcours d'affiliation pourrait être simplifié tant pour l'assuré que pour le gestionnaire, en renforçant d'une part la connectivité (canal entrant) via un téléservice, et en automatisant le contrôle des bases et l'enregistrement en BDO en l'absence d'anomalies. Le programme 1 a inscrit en feuille de route 2018 les évolutions suivantes :

- Téléservice pour l'autonomisation des ayants-droits de plus de 16 ans
- Téléservice pour la mutation inter-régime

Schéma 5 : Processus de première affiliation d'un individu majeur



Source : mission IGAS

3.3 Parcours de mutation

3.3.1 Les mutations intra-régime ont fait l'objet d'une automatisation significative sur la durée de la COG grâce à OPTIMA

[214] Sont concernés tous les assurés déménageant tout en conservant un rattachement au régime général. Trois cas peuvent être distingués :

- Emménagement en provenance du ressort d'une même CPAM
- Emménagement en provenance d'une CPAM relevant d'une même BDO (« intra-couloir »)
- Emménagement en-dehors de la BDO d'origine (« inter-couloir »)

[215] L'assuré peut informer sa CPAM d'un déménagement par tous moyens : courrier, téléphone, accueil, ou en ligne via le compte Améli ou service-public.fr.

[216] Le processus de mutation comporte deux difficultés principales :

- il nécessite pour les gestionnaires de la CPAM prenante d'accéder au dossier de l'assuré stocké dans la BDO de la CPAM cédante. L'absence de BDO « nationale » complexifie donc le processus ;
- il s'agit d'un processus « fractionné » puisque le gestionnaire effectue une demande de remontée d'informations de la BDO cédante vers la BDO prenante, qui nécessite d'être piloté (quelques jours de délai) et de vérifier que le « placage » soit bien réalisé.

[217] Le projet de fusion des bases en île de France avait été considéré puis abandonné par la CNAMTS, pour plusieurs raisons :

- ce projet ne concernait qu'environ 100 000 mutations annuelles
- il nécessitait des investissements importants (développements informatiques et retraitements manuels des rejets par les gestionnaires)
- il ne résolvait pas le sujet des mutations hors île de France
- il ne résolvait pas la nécessaire évolution de bases constituées sur des notions de famille vers des notions d'individus (passage de l'OD vers l'assuré à titre personnel)

[218] Optima constitue une solution palliative, en l'absence de base nationale, permettant d'automatiser les mutations intra-régimes (c'est-à-dire de générer automatiquement la remontée et le placage des données d'une BDO à l'autre). Il s'agit d'un projet global de pilotage et d'orchestration des étapes de la mutation intrarégime (dossier BDO, mais aussi carte vitale, dossier médical, dossier dette, dossier invalidité...). Les 1ers déploiements d'OPTIMA sont concentrés sur les dossiers BDO et CV.

[219] Le détail de l'impact d'OPTIMA est présenté dans l'encadré ci-dessous.

[220] La montée en charge complète d'OPTIMA nécessite de résoudre les problèmes de performance et de disponibilité rencontrés par rapport aux volumes traités (environ 1,5M de mutations intra-régimes annuellement). En inter-BDO, les mutations restent chronophages et composées de tâches à faible valeur ajoutée pour les gestionnaires, en raison du délai de remontée du mail de placage, et des dossiers qui sont à traiter manuellement en raison du déphasage entre les différentes bases et référentiels (BDO/RFI/RNIAM).

Encadré n° 2: Impact du projet OPTIMA sur le processus de mutation

Avant Optima :

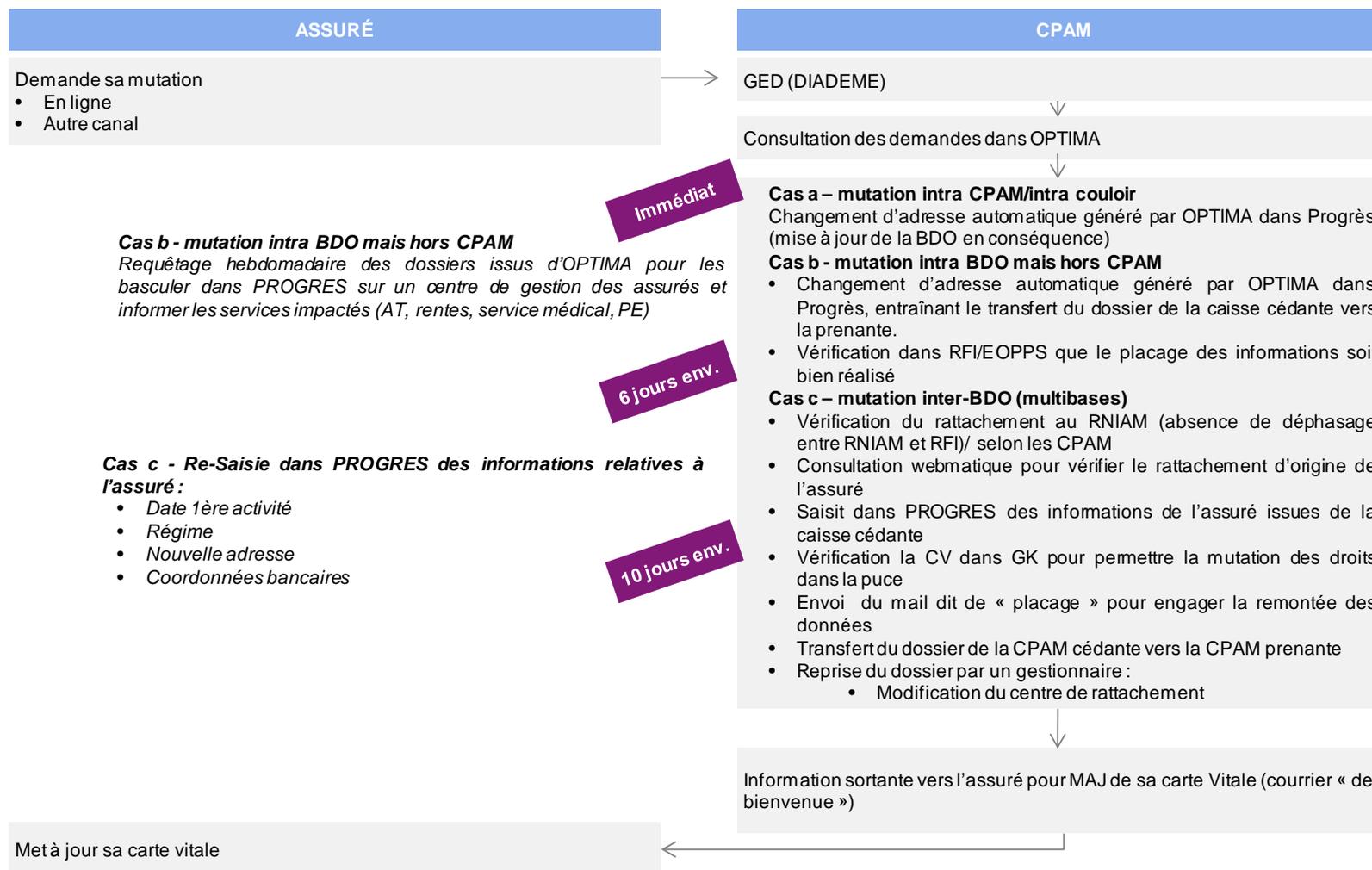
- Absence de visibilité sur l'ensemble des BDOs nationales et dépendance à la caisse cédante pour mener à bien la mutation, or la caisse cédante avait peu d'intérêt à agir. La caisse prenante contactait la caisse cédante par mail, qui renvoyait par mail crypté l'« édition famille » (équivalent du bordereau en interrégime)
- Saisie manuelle des données dans PROGRES
- Nécessité de suivre des échéanciers pour s'assurer du retour des CPAMs avec les informations relatives à l'assuré pour finaliser les changements de caisse
- Impacts conséquents en matière de qualité de service aux assurés :
 - Délai important
 - Cas de non-qualité (changement jamais finalisé...)
 - Contacts entrants en l'absence de réassurance, pas de possibilité pour les gestionnaires de savoir « où » en est le dossier

Après Optima :

Le déploiement des 1ers paliers d'OPTIMA a permis des gains d'efficacité conséquents :

- Changement d'adresse entièrement automatique ou presque pour les assurés en intra-couloir BDO (6 jours environ) :
 - Injection de la GED ou du téléservice dans PROGRES
 - Placage des données du dossier assuré dans PROGRES
- En inter-couloir, dans l'attente du déploiement complet d'OPTIMA (10 à 13 jours environ) :
 - Possibilité avec Webmatique de consulter les BDO de toute la France (plus de dépendance vis-à-vis des mails cryptés échangés avec la caisse cédante)
 - Saisie de 4 champs principaux, pour générer le transfert des autres données du dossier

Schéma 6 : Processus de mutation intra-régime



Source : mission IGAS

3.3.2 Les mutations inter-régimes restent encore à optimiser

[221] Une mutation inter-régime intervient à l'occasion d'un changement de situation professionnelle ou personnelle de l'assuré (exercice du droit d'option...). La mutation de l'ouvrant droit majeur entraîne la mutation des ayants-droits mineurs qui lui sont rattachés.

[222] Deux types de mutations IR peuvent être distingués :

- Cédant-prenant : la mutation est générée et portée par le régime cédant ;
- Prenant cédant : la mutation est initiée par l'assuré auprès du régime prenant.

[223] La mutation prenant-cédant est réalisée à l'initiative de l'assuré, dont le changement de situation professionnelle ou personnelle nécessite un rattachement au régime général. L'assuré se manifeste par courrier ou à l'accueil, via un cerfa dédié (750 ou 752) et les pièces justificatives requises (pièce d'identité, justificatif d'activité professionnelle ou de résidence, titre de séjour pour les étrangers – cf. mêmes problématiques d'échanges avec le SANDIA que pour la 1^{ère} affiliation).

[224] Les demandes adressées sont passées en GED dans DIADEME, puis injectées et traitées par les gestionnaires dans PROGRES. Il n'y a pas de traitement automatisé de bout en bout.

[225] Le gestionnaire étudie la demande, en consultant le dossier envoyé et différentes bases et applicatifs pour visualiser la situation actuelle de l'assuré (RFI, RNIAM, BDO, webmatique,...)

[226] Si le dossier est conforme et que l'assuré doit effectivement rejoindre le RG, le gestionnaire effectue une demande de rattachement au RNIAM, qui déclenche :

- L'émission d'un bordereau de mutation de la part du régime cédant ;
- L'émission d'un courrier de bienvenue vers l'assuré.

[227] De même que pour la mutation intra-régime, le processus est fractionné en trois étapes et fait intervenir plusieurs acteurs :

- Etude de la demande par le gestionnaire (CPAM/ RG prenant) ;
- Réception et intégration du bordereau de mutation (délai pouvant aller jusqu'à un mois lorsqu'il n'y a pas d'injection de flux) (CPAM/RG prenant) ;
- Mise à jour de la carte vitale (assuré).

[228] Le bordereau de mutation contient des informations administrativo-médicales décrivant la situation de l'assuré au regard de son ancien régime pour intégration dans les SI du nouveau régime.

[229] La CNAMTS a développé la dématérialisation et l'injection automatisée des bordereaux, auparavant saisis manuellement par les gestionnaires, dans le cadre d'OPTIMA. Il faut début 2017 environ 5 jours pour réaliser une mutation en provenance de la MSA et du RSI avec des bordereaux dématérialisés injectés dans OPTIMA, puis traités par les gestionnaires, et 1 mois environ pour les mutations provenant des autres régimes. Les régimes étudiants constituent également de gros volumes de mutations entrantes. Pour autant, la LMDE est déjà en gestion à la CNAMTS, et la perspective d'une intégration de l'ensemble du régime étudiant a été posée par le nouveau gouvernement. La dématérialisation des bordereaux en provenance des autres régimes et leur injection dans OPTIMA est questionnable au regard du ROI compte tenu des volumes.

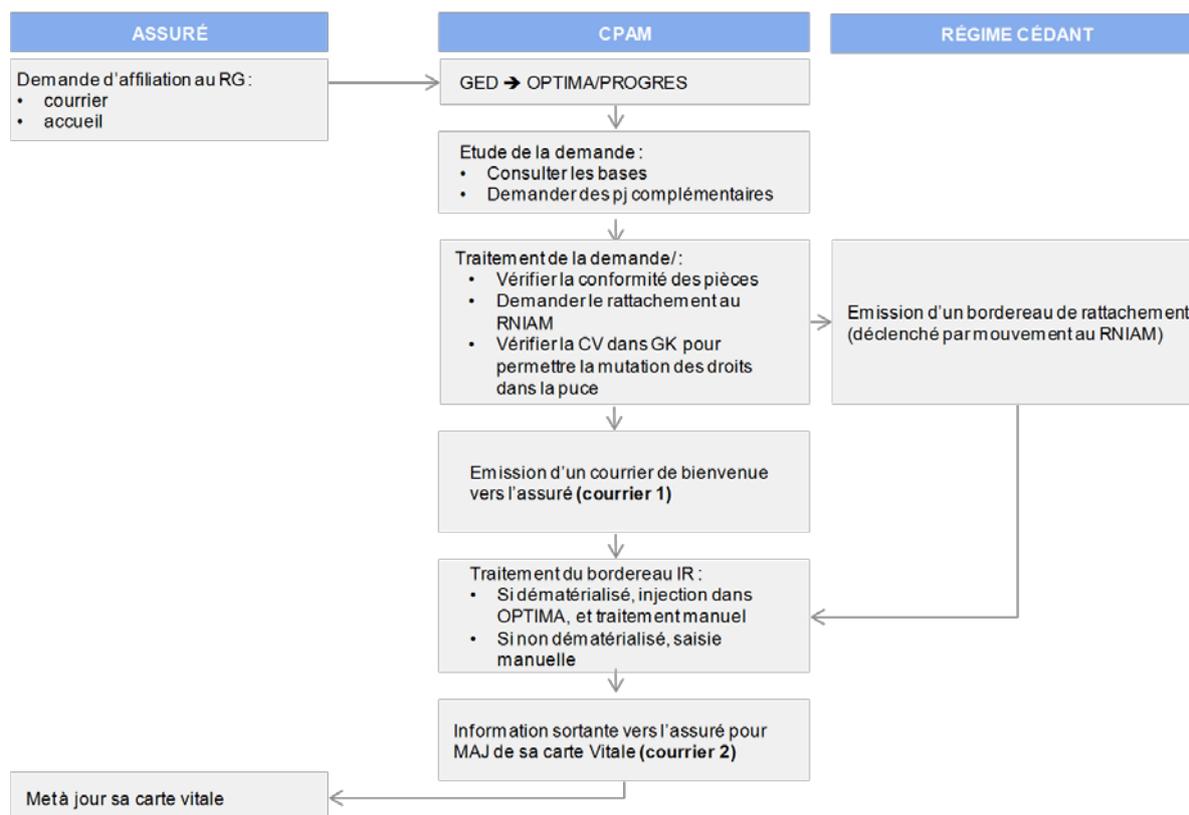
[230] Du point de vue de l'assuré, le processus est long, et peu lisible :

- absence d'automatisation de la mutation en cas de changement de situation professionnelle (la DSN par exemple permettrait de réaliser la démarche sans demander d'actions de la part de l'assuré)
- absence de téléservice pour effectuer la démarche
- réception de deux courriers : un courrier de bienvenue, indiquant qu'il faut attendre pour mettre à jour la CV, et un courrier demandant la mise à jour de la CV lors de l'injection du bordereau

[231] Dans l'intervalle, l'assuré peut s'interroger sur la possibilité de consommer des soins ou non. De plus, le fait que l'assuré ait à réaliser lui-même une démarche pour effectuer un rattachement au RG en cas de changement d'employeur peut occasionner un décalage entre la situation professionnelle de l'assuré et son régime de rattachement (assuré pas ou mal informé, assuré ne réalisant pas rapidement la démarche...).

[232] Les perspectives de gains d'efficience sont significatives, et tiennent au développement de téléservices pour les demandes d'affiliation, à l'exploitation des données de la DSN pour détecter une première activité salariée, et à la dématérialisation des bordereaux avec une injection automatique de bout en bout, pour les régimes disposant d'un volume significatif d'assurés mutant vers le régime général.

Schéma 7 : Processus de mutation interrégime "prenant-cédant"



Source : mission IGAS