



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Corrèze

**La COG et
Notre CPG local
2023 - 2027**

CPAM DE LA CORREZE – 6 Rue SOUHAM 19000 TULLE



**l'Assurance
Maladie**

Caisse nationale



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Convention d'objectifs et de gestion

entre l'État et la Cnam

2023 > 2027

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	P 04
------------------	-------------

01

Garantir aux usagers une offre de services performante et personnalisée

P 13

02

Assurer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins

P 30

03

Faire de la prévention, des enjeux de la transition écologique et de la santé publique un marqueur de l'engagement de l'Assurance Maladie

P 46

04

Impulser et accompagner la transformation et l'efficacité du système de soins

P 59

05

Déployer une stratégie ambitieuse de lutte contre la fraude

P 75

06

Soutenir opérationnellement nos ambitions grâce à la performance et à l'efficacité de la branche

P 84

ANNEXES	P 103
----------------	--------------

GLOSSAIRE	P 142
------------------	--------------

Fiche n°1.1

Poursuivre l'amélioration de la délivrance des prestations page 14

Fiche n°1.2

Offrir une relation de service personnalisée et garantir sa qualité page 18

Fiche n°1.3

Développer des offres et des services coordonnés avec d'autres institutions, notamment en interbranches page 25

Fiche n°2.1

Garantir l'accessibilité territoriale aux soins et lutter contre les déserts médicaux page 31

Fiche n°2.2

Garantir l'accessibilité financière des soins page 35

Fiche n°2.3

Accompagner les personnes éloignées du système de santé page 39

Fiche n°2.4

Mobiliser l'offre de soins et d'accompagnement des UGECAM en appui des priorités de l'Assurance Maladie page 43

Fiche n°3.1

Accélérer le virage préventif du système de santé et faire de l'Assurance Maladie un acteur de référence page 47

Fiche n°3.2

Agir en tant que régulateur du système pour promouvoir la santé environnementale et favoriser la transition écologique du système de soins page 53

Fiche n°3.3

Pérenniser le rôle de l'Assurance Maladie dans la gestion des crises sanitaires page 57

Fiche n°4.1

Accompagner l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge, en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social page 60

Fiche n°4.2

Accompagner les parcours pour et avec les patients page 66

Fiche n°4.3

faire du numérique en santé un outil du quotidien des assurés et des professionnels de santé page 70

Fiche n°4.4

favoriser l'innovation en matière d'organisation des soins et de prise en charge page 73

Fiche n°5.1

Évaluer les risques financiers et les prévenir page 76

Fiche n°5.2

Détecter, contrôler et sanctionner les fraudes page 81

Fiche n°6.1

Accroître la performance et l'agilité du système d'information page 85

Fiche n°6.2

Mieux mobiliser les données de l'Assurance Maladie au service des nouveaux usages page 89

PRÉAMBULE

En application de l'article L227-1 du code de la Sécurité sociale, l'État conclut avec la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) une convention d'objectifs et de gestion (COG) qui détermine les objectifs pluriannuels, les actions mises en œuvre par chaque signataire et les moyens de fonctionnement de la branche.

Au fondement de la convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 de l'Assurance Maladie, deux particularismes peuvent être relevés :

Tout d'abord, afin de préparer la COG, l'Assurance Maladie a conduit, fin 2021, des travaux d'écoute auprès d'échantillons représentatifs des assurés, des professionnels de santé, des établissements de santé et des entreprises.

Trois éléments communs ressortent de cette écoute : nos usagers attendent plus de proximité, grâce à une relation plus humanisée et sur-mesure ; les services de l'Assurance Maladie doivent s'inscrire dans une logique de dématérialisation, d'anticipation et de pro-activité ; et son accompagnement doit être accentué dans les domaines de la prévention et de l'orientation dans le parcours de soins.

Ensuite, cette COG s'élabore dans un contexte marqué par la crise sanitaire liée au Covid-19.

La COG 2018-2022 a en effet été fortement perturbée par la gestion de la pandémie qui a occupé plus de la moitié de la période conventionnelle, mobilisant la Cnam et l'ensemble des organismes du réseau de façon intensive et inédite, et générant des impacts durables.

Durant cette période, l'Assurance Maladie a été amenée à endosser de nouvelles missions (contact tracing, vaccination contre la Covid-19, démarches d'« aller vers », développement de nouveaux téléservices, etc.), alors même que la crise pesait sur ses activités socles et sur ses publics, sans que cela obère sa capacité à engager des transformations porteuses d'avenir.

Au-delà de sa mobilisation en faveur de l'accès aux soins et la poursuite de ses missions socles, l'Assurance Maladie aura plusieurs défis à relever

aux côtés de l'État pour les années à venir, sans jamais perdre de vue sa raison d'être : contribuer à un très haut niveau de santé de la population française, un très haut niveau de qualité et d'accès aux soins et assurer les conditions de sa soutenabilité à long terme.

En premier lieu, l'importance de disposer d'un système de santé et d'assurance maladie solide et efficace n'est jamais apparue aussi clairement. L'égal accès aux soins et à la santé sur l'ensemble du territoire sera ainsi la première des priorités de cette COG.

De profondes évolutions sont nécessaires pour faire face aux urgences de très court terme, notamment en matière d'accès aux soins, mais également pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, qu'il s'agisse de soins non programmés ou de soins coordonnés pour les maladies chroniques, les personnes âgées et les personnes vivant avec un handicap.

La crise sanitaire ayant exacerbé certaines faiblesses de notre système de santé, l'accélération des évolutions à opérer est incontournable, que celles-ci portent sur l'organisation du système de santé ou sur l'affirmation du nouveau positionnement, central, de la prévention et de la santé publique, alors que le contexte est marqué par la montée des enjeux liés à la transition écologique et par les nouvelles possibilités offertes par le numérique en santé et l'utilisation des données de santé.

La progression continue des déserts médicaux génère des carences en matière d'offre de soins dans de trop nombreux territoires, fragilisant ainsi le pacte social autour du risque maladie. En témoignent les plus de 700 000 patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) qui n'ont pas de médecin traitant.

Le poids des maladies non transmissibles (maladies cardio-neuro-vasculaires, cancers, etc.) est de loin le plus élevé en termes de mortalité, et pèse sur la perte d'années de vie sans incapacité et les décès prématurés. En outre, notre système de santé ne réussit pas à contrer efficacement les inégalités sociales de santé. Comme le souligne la direction de la recherche,

des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sanitaires et sociaux (Drees), « de la naissance au grand âge, les problèmes de santé évoluent, les inégalités demeurent ». Si ces inégalités concernent toute la population, sur l'ensemble du gradient social, les personnes aux faibles revenus sont davantage touchées par l'apparition de maladies chroniques avec un impact sur l'espérance de vie.

Ces inégalités multifactorielles doivent être atténuées par le déploiement d'une politique proactive en matière de prévention du risque maladie et de promotion de la santé pour l'ensemble de la population, notamment pour les plus vulnérables. C'est pourquoi, la Cnam agira avec détermination, en faisant de l'accès à la prévention l'une de ses priorités, particulièrement pour les personnes les plus éloignées du système de santé. En s'appuyant sur ses valeurs fondatrices d'universalité et de solidarité, l'Assurance Maladie devra prendre toute sa part dans le virage préventif souhaité par les pouvoirs publics. En s'appuyant sur ses compétences et sur son savoir-faire, elle devra garantir un égal accès aux soins et à la prévention sur tout le territoire durant la COG.

Pour cela, elle dispose d'outils clés : l'instrument conventionnel avec les professionnels de santé, le maillage territorial de son réseau, les innovations digitales et le numérique en santé, l'utilisation des données de santé, les nombreuses innovations organisationnelles qu'elle initie et déploie, ou encore l'amplification de la récente politique du « aller vers ».

Au-delà de cette première priorité, la consolidation et l'évolution du service de base de l'Assurance Maladie restent des enjeux tout particulièrement essentiels au sortir d'une crise qui a pesé sur les remboursements de prestations en espèces et plus encore sur les lignes de contact.

Dans l'écoute de l'ensemble de nos usagers, la personnalisation des contacts et l'amélioration de la qualité des démarches dématérialisées restent des demandes toujours importantes. Sur ces thématiques, l'offre de service de l'Assurance Maladie sera amenée au cours de la prochaine COG à répondre à des exigences d'un niveau toujours plus élevé.

Ainsi, la COG 2023-2027 portera des objectifs ambitieux en termes d'excellence opérationnelle et d'amélioration de la performance du réseau, tout en veillant à la bonne adéquation des moyens alloués.

Pour cela, l'Assurance Maladie mobilisera à la fois sa capacité de pilotage du réseau, son système d'information et la recherche d'une efficience toujours accrue de l'ensemble de ses processus.

La stratégie multicanal continuera à donner accès aux différents services quel que soit le canal utilisé : l'accueil physique, la sollicitation téléphonique, l'utilisation des canaux numériques. L'Assurance Maladie déploiera son offre de services en lien étroit avec ses partenaires, qu'il s'agisse de ceux des autres branches, des collectivités locales ou de France Services.

Sur l'ensemble des services et offres pour les assurés et les entreprises, les branches Maladie et Accidents du travail et Maladies professionnelles (AT/MP) interviennent de façon cohérente et coordonnée. Cette synergie, essentielle pour les deux branches, se vérifie tant en matière de paiement des prestations, de relations avec les usagers ou de développement de nouveaux téléservices ou d'outils informatiques, par exemple. La négociation de la COG ATMP sera évidemment déterminante pour contribuer également à ces objectifs et déterminer le positionnement de la branche ATMP.

Enfin, l'enjeu de soutenabilité de notre modèle de protection sociale se pose, tant au regard des déficits hérités de la crise sanitaire, qu'au regard des impératifs, nouveaux dans cette COG, de transition écologique.

Proche de l'équilibre financier avant la crise, la branche Maladie est aujourd'hui confrontée à un déficit inédit et dont la résorption pleine et entière s'annonce lente. Elle s'est dès lors engagée dans une rénovation de son approche de la gestion du risque (GDR). Cette approche est fondée sur une analyse et une compréhension fine des postes de dépenses, mais aussi de leur destination médicale et des résultats qu'elle permet d'obtenir en matière de prévention et de santé publique ; elle est rendue possible par l'analyse des bases de données médico-administratives, dont les résultats doivent être mieux partagés

avec les professionnels de santé, mais aussi les assurés.

Elle a aussi engagé les travaux portant une nouvelle définition et une nouvelle ambition en matière de lutte contre la fraude. Entendant porter un saut qualitatif et quantitatif, l'Assurance Maladie déploiera dans cette COG une nouvelle stratégie portant tout à la fois sur les méthodes et sur les moyens de prévention, de détection et de sanction de la fraude.

Enfin, concernant les enjeux écologiques, qu'il s'agisse des liens entre la dégradation de l'environnement et le changement climatique, qui affectent la santé des personnes, ou de l'importance de l'empreinte carbone associée à notre système de santé, l'Assurance Maladie, dans le cadre de sa mission de protection de la santé et de gestion du risque, entend faire de la santé environnementale et de la décarbonation de notre système de santé un enjeu majeur et un fil conducteur des politiques qu'elle met en œuvre.

Au regard de l'ensemble de ces enjeux, l'Assurance Maladie, conformément aux attentes des usagers de la branche et en cohérence avec les priorités du ministère de la Santé et de la prévention, propose à l'État de s'engager autour de trois priorités stratégiques : l'égal accès aux soins et à la santé sur l'ensemble du territoire, le maintien d'un haut niveau de qualité de service, et la bonne utilisation des ressources allouées au système de santé.

La COG 2023-2027 incarnera ces trois priorités stratégiques dans six orientations complémentaires :

- 1. Garantir aux usagers une offre de services performante et personnalisée**
- 2. Consolider l'accessibilité territoriale et financière du système de soins**
- 3. Faire de la prévention, des enjeux de la transition écologique et de la santé publique des marqueurs de l'engagement de l'Assurance Maladie**
- 4. Poursuivre l'accompagnement et la**

transformation du système de soins

5. Déployer une stratégie ambitieuse de lutte contre la fraude

6. Soutenir opérationnellement nos ambitions grâce à la performance et à l'efficacité de la branche

En termes de méthode, l'Assurance Maladie travaillera avec l'ensemble des acteurs du système de santé et associera, dans la mise en œuvre de ses actions, les professionnels de santé, les associations de patients, les organismes complémentaires ainsi que les collectivités territoriales.

Elle entend assurer un suivi exigeant des indicateurs qui traduisent la réalité de la mise en œuvre des priorités de la COG, en lien avec l'État.

1. GARANTIR AUX USAGERS UNE OFFRE DE SERVICES PERFORMANTE ET PERSONNALISÉE

L'Assurance Maladie souhaite dans les cinq prochaines années consolider la performance de ses prises en charge et demeurer un service public facilement accessible, soit par l'accueil physique, soit par l'accueil téléphonique, soit, encore, par le déploiement de services numériques pour continuer à répondre aux besoins de ses assurés. Elle souhaite proposer, notamment avec ses partenaires des autres branches de Sécurité sociale, des offres d'accompagnement dédiées à certains publics prioritaires et/ou à certains moments clés de la vie.

Après la période du Covid-19, la restauration de la performance du service de base et d'un haut niveau de satisfaction et de réponse aux besoins de nos usagers est un enjeu clé de cette COG. Au-delà, poursuivre l'amélioration de la délivrance des prestations est aussi le prérequis incontournable au succès de la réalisation de beaucoup des autres orientations qui y sont inscrites.

Grâce à des évolutions fondamentales des applicatifs de gestion, le service des prestations s'attachera à être plus régulier, plus homogène sur l'ensemble du territoire et de meilleure qualité, et en particulier à diminuer fortement les délais de liqui-

dation des indemnités journalières (IJ). Il cherchera aussi à tenir compte des caractéristiques des nouvelles populations intégrées au régime général lors de la COG précédente, à être plus adaptable et plus réactif pour absorber des variations importantes de charge ou de conditions de liquidation, et à détecter au plus tôt les comportements atypiques et les erreurs.

En matière de relations usagers, bien orienter les assurés vers le canal de contact le plus adapté est un enjeu primordial pour cette COG. Cela implique de faire du compte ameli le canal usuel de contact pour les publics à l'aise avec le numérique et de bien l'articuler avec nos autres canaux plus traditionnels ainsi qu'avec ceux de nos partenaires, notamment les structures France Services. Pour tous nos publics, l'utilisation accrue des services numériques sera d'autant plus aisée que le bouquet de services sera complet et adapté aux besoins, davantage personnalisé. La dématérialisation de nos offres et de nos services se poursuivra grâce à l'enrichissement du compte ameli, à la transformation d'amelipro en un portail e-santé, et grâce au déploiement de deux nouvelles offres : l'appli carte Vitale et l'ordonnance numérique, qui seront généralisées sur tout le territoire.

Enfin, la COG précédente a montré que pour être performants, les programmes d'accès aux droits et aux soins devaient être construits de façon transversale, en favorisant la coopération entre les organismes. L'Assurance Maladie renforcera la culture partenariale et s'ouvrira encore davantage au monde associatif, dans une recherche d'efficacité pour l'assuré, mais aussi d'efficience pour nos organisations. Les offres et les services interbranches ou en partenariat avec d'autres institutions continueront à être développés pour simplifier les démarches des usagers confrontés à une situation complexe, soit en développant de nouveaux parcours attentionnés par situation de vie, soit en évitant de solliciter les usagers grâce à une mise en œuvre renforcée du principe « dites-le nous une fois ».

2. ASSURER L'ACCESSIBILITÉ TERRITORIALE ET FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SOINS

L'Assurance Maladie souhaite à l'horizon 2027 marquer des points significatifs dans la lutte contre les déserts médicaux par la mobilisation de tous les

leviers utiles pour gagner du temps médical et par le déploiement de l'exercice coordonné. Elle souhaite également poursuivre la baisse des restes à charge engagée avec le 100% santé et démultiplier ses actions « aller vers » dans l'accès aux droits et aux soins.

L'accessibilité territoriale aux soins reste un défi majeur de notre système de santé que l'Assurance Maladie entend relever en partenariat avec l'ensemble des professionnels de santé et l'État.

Redonner du temps médical en déployant massivement les assistants médicaux et en diminuant la charge administrative des médecins libéraux constitue la première priorité. L'amplification du soutien aux différentes formes d'exercice coordonné constitue le deuxième angle d'action. Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), équipes de soins primaires et équipes de soins spécialisés doivent améliorer la coordination des soins, consolider l'offre dans les déserts médicaux et garantir un parcours de soins plus cohérent. Pour structurer les soins de ville à l'échelle des territoires, le maillage territorial des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) doit être achevé en parallèle de la consolidation de leur mission, au service de l'accès aux soins, du lien ville-hôpital et de la prévention.

L'action de ces différents leviers sera également soutenue par l'approfondissement de l'utilisation des protocoles de coopération, l'évolution des compétences et des modes d'intervention des différentes professions de santé.

La lutte contre les déserts médicaux implique également la redéfinition des différentes aides démographiques et de soutien à l'exercice en zone sous-dense, pour la médecine générale comme pour la médecine spécialisée. Enfin, l'Assurance Maladie misera dans cette COG sur toutes les potentialités offertes par la télémedicine dans un cadre régulé et l'exploitation des données de santé.

La COG précédente a porté un effort particulier dans la compréhension et la réduction du renoncement aux soins en accompagnant les assurés dans leur accès aux soins et en imaginant des dispositifs nouveaux pour lutter contre les inégalités de santé. Dans la continuité de cette stratégie, l'action de l'Assurance Maladie se concentrera

dans cette COG sur l'optimisation des dispositifs existants, qu'il s'agisse de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ou de ceux visant la réduction des restes à charge subis par les assurés. Elle optimisera en particulier le 100 % santé en matière d'optique et proposera de l'étendre à de nouvelles prestations avec un reste à charge élevé. Parallèlement, elle travaillera à renforcer la maîtrise des dépassements d'honoraires, et à promouvoir le tiers payant auprès de tous les professionnels de santé en coordination avec les organismes complémentaires.

L'Assurance Maladie entend accentuer l'accompagnement attentionné des personnes en situation de vulnérabilité pour leur permettre un accès effectif aux droits, aux soins et à la prévention. La démarche « aller vers » ayant démontré son efficacité durant la crise sanitaire, elle sera étendue. Au cours de cette COG, à « l'aller vers généraliste » concernant tous les assurés, s'ajoutera un « aller vers médicalisé » s'adressant à des populations présentant un risque particulier. Aux démarches pilotées et organisées nationalement, s'ajouteront également, sur les territoires, des démarches « aller vers » plus locales, qui s'appuieront sur un diagnostic de l'accès aux soins et mobiliseront l'ensemble des partenariats nécessaires.

En dehors des prestations légales, toujours dans une perspective d'accompagnement complet, les différents financements issus du budget de l'actionsanitaireetsociale (ASS) seront harmonisés et leur articulation avec les autres fonds ou stratégies financières de nos partenaires sera recherchée.

Le Groupe Ugecam, ses établissements et services participent pleinement à la politique d'accès aux soins de l'Assurance Maladie. Dans les cinq ans à venir, l'Assurance Maladie entend le positionner comme son opérateur dans les secteurs sanitaire et médico-social, en intégrant notamment les centres de santé des caisses primaires. À échéance, sera également traité l'approchement avec Filieris envisagé dans la COG entre l'État et le régime minier. Au-delà, le Groupe Ugecam proposera une offre toujours plus spécialisée, inclusive et personnalisée pour répondre aux besoins des patients et des personnes accompagnées sur les territoires. Il continuera à améliorer sa performance dans trois domaines : l'équilibre économique ; la qualité des prises en charge et des accompagnements ; la responsabilité sociale des

organisations avec la définition et la mise en œuvre d'un projet social et environnemental. Il entrera pleinement dans l'ère du numérique, notamment en développant ses activités de télé-médecine et l'accompagnement à distance, mais aussi en accélérant ses investissements dans le système d'information.

3. FAIRE DE LA PRÉVENTION, DES ENJEUX DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE UN MARQUEUR DE L'ENGAGEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

En tirant les enseignements de la crise sanitaire, l'Assurance Maladie veut à l'horizon 2027 avoir déployé les programmes prioritaires de prévention définis au niveau national par l'État et avoir réduit ainsi les retards sur nos grands indicateurs de santé publique. Elle veut accompagner les professionnels de santé et les assurés dans cet enjeu de la prévention, notamment en continuant d'éclairer l'élaboration des politiques de santé, en renforçant la personnalisation de ses actions et de son offre de services pour renforcer la place et le rôle du patient dans la prise en charge de sa pathologie, en accompagnant la transition écologique du système de santé. Elle maintiendra une capacité de réponse active aux crises sanitaires.

Forte de ses expériences acquises pendant la précédente période conventionnelle et pendant la pandémie de Covid-19, et forte de sa légitimité auprès de la population et de ses partenaires, l'Assurance Maladie entend se positionner comme un acteur de référence en prévention pour contribuer à la réduction des retards sur les grands indicateurs de santé publique. Ce positionnement ambitieux passe par la simplification et le renforcement de l'efficacité de la gestion des invitations au dépistage organisé des cancers afin d'en améliorer le taux de participation. Il passe aussi par la densification de l'offre de prévention proposée par l'Assurance Maladie, en particulier pour les femmes enceintes et les enfants. Les bilans de prévention aux âges clefs de la vie, mis en place aux côtés de l'État, en seront un élément essentiel. De nouveaux programmes de prévention populationnels à des moments ou à des âges clés de la vie seront également structurés, et l'Assurance Maladie s'attachera à mobiliser les structures de soins coordonnés en faveur de la prévention. Elle investira dans le numérique pour intégrer les logiques

de prévention et de promotion de la santé, à la fois tout au long de la vie et dans la pratique des professionnels. Mon espace santé (MES) sera l'outil premier de cette stratégie. Dans tous ces domaines, l'efficacité des dispositifs mis en place au regard des indicateurs de santé sera recherchée. Cette évaluation de l'efficacité concerne aussi les organismes qui mettent en œuvre des actions de prévention financées par l'Assurance Maladie.

Le dérèglement climatique peut être lourd de conséquence pour le système de santé. C'est pourquoi l'Assurance Maladie s'engagera aux côtés de l'État et des professionnels de santé, dans une stratégie de décarbonation du système de santé, mais aussi dans la mise en œuvre d'actions en santé environnementale. Elle proposera un volet « transition écologique » dans tous les accords conventionnels monoprofessionnels et pluriprofessionnels. Elle s'engagera également aux côtés des offreurs de soins et des assurés pour la reconnaissance de l'environnement comme déterminant majeur de la santé en intégrant la dimension « santé environnementale » dans toutes les campagnes de gestion du risque et de promotion de la santé, et en expérimentant avec les partenaires conventionnels des actions de prévention en santé environnementale.

Enfin, pendant la crise sanitaire, l'Assurance Maladie a démontré sa capacité opérationnelle à apporter son concours à la gestion de crise. En prise étroite avec l'État, elle a été capable de mobiliser rapidement son réseau de proximité, de communiquer massivement avec les professionnels de santé et les assurés, de développer très vite de nouveaux outils et de nouvelles missions. L'Assurance Maladie s'engage dans cette COG à s'organiser pour anticiper la gestion des crises sanitaires et à s'y préparer de façon efficace.

4. IMPULSER ET ACCOMPAGNER LA TRANSFORMATION ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS

Le renforcement de l'efficacité de notre système de santé est une ambition majeure de cette COG. La capacité de l'Assurance Maladie à investiguer, instruire et opérationnaliser ses actions de maîtrise médicalisée des dépenses sera optimisée, en refondant en profondeur les outils d'interaction avec les professionnels et les assurés et en mobilisant le numérique en santé. Elle s'appuiera

également sur le déploiement des programmes de promotion et de financement de la qualité en ville et à l'hôpital et sur de nouveaux parcours de soins.

À la fin de la COG précédente, un programme de rénovation de la gestion du risque – Rénov' GDR - a été initié, structuré et mis en œuvre dans ses premières réalisations. L'Assurance Maladie ambitionne de poursuivre ce programme en améliorant le repérage et l'anticipation des sources de non-efficacité, en optimisant le choix, la conception et les modalités de ses actions traditionnelles, en renforçant la politique d'incitation à la qualité et à l'efficacité et en ciblant les actions sur des postes de dépense à forts enjeux financiers ou de santé publique (IJ, médicament, biologie, établissement, radiologie, transports, etc.).

La formalisation de parcours de soins est un bon outil pour aider les malades chroniques à mieux gérer leur parcours dans le système de santé, pour garantir une meilleure qualité des soins et, au final, pour réduire les dépenses évitables. Au-delà du parcours « insuffisance cardiaque », qui a constitué une première étape dans la structuration de cette logique de parcours, l'Assurance Maladie souhaite être plus ambitieuse. C'est pourquoi elle déploiera, en lien avec la Haute Autorité de santé (HAS), de nouveaux parcours prioritaires ciblés sur une pathologie chronique, sur une population ou sur une thématique. Ces déploiements s'appuieront sur la réalisation de diagnostic territoriaux et renforceront en priorité la sécurisation de la sortie d'hospitalisation. L'Assurance Maladie s'attachera à rendre le patient acteur de son parcours de soins en développant la capacité à agir pour leur santé des patients atteints de maladie chronique. Elle cherchera à objectiver la qualité et la pertinence des soins en lien avec les travaux de la HAS.

Dans un contexte où l'Assurance Maladie est un acteur majeur de la feuille de route du numérique en santé et où l'ensemble des acteurs de la e-santé sont très actifs, la Cnam ambitionne de renforcer encore sa position au service de la prise en charge des patients, de la qualité des pratiques des professionnels de santé, de l'innovation en santé et de la recherche. Elle fera de Mon espace santé un outil du quotidien pour les assurés en développant ses usages. Les assurés éloignés du numérique seront accompagnés de façon attentionnée en mobilisant en particulier des actions « aller vers » spécifiques. De même,

elle veillera à ce que Mon espace santé soit toujours accessible à toute personne en situation de handicap. Elle en fera également un outil du quotidien pour les professionnels de santé dans la perspective d'améliorer les pratiques et les prises en charge. Les professionnels de santé bénéficieront également d'un accompagnement spécifique pour favoriser leurs usages.

Enfin, l'Assurance Maladie et l'État disposent d'un dispositif efficace pour expérimenter de nouvelles organisations en santé visant à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé grâce à la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018. Si la COG précédente a été celle des expérimentations, la période conventionnelle à venir sera celle du passage dans le droit commun des projets bénéficiant d'une évaluation favorable.

5. DÉPLOYER UNE STRATÉGIE AMBITIEUSE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Sur la base des différents travaux d'évaluation des préjudices financiers, l'Assurance Maladie s'engage d'ici à 2027 à augmenter significativement ses résultats en matière de contrôle et de lutte contre la fraude en faisant évoluer ses organisations, ses dispositifs de prévention et de contrôle, en renforçant l'usage des données informatiques et statistiques et en associant les organismes complémentaires.

L'Assurance Maladie entend tout d'abord renforcer l'ensemble de ses actions visant à couvrir les risques financiers. Pour cela, dans la suite des premiers travaux engagés depuis 2021, elle poursuivra ses actions pour estimer le montant de la fraude afin de disposer d'une connaissance plus fine des risques et de mieux prioriser ses actions. Elle sécurisera davantage ses activités en faisant évoluer ses processus, en rénovant en profondeur les dispositifs d'accord préalable et en adaptant ses systèmes d'information pour embarquer de nouveaux contrôles en amont du paiement. Parallèlement, elle renforcera l'accompagnement des professionnels de santé à différents moments clés pour sécuriser la facturation, en particulier au moment de l'installation.

Détecter et stopper plus rapidement les fraudes est un enjeu majeur pour l'efficacité de la stratégie de lutte contre la fraude. L'Assurance Maladie anticipera les risques émergents de nouvelles fraudes, notamment en s'appuyant sur les nouvelles technologies. Elle cherchera également à réduire ses délais d'investigation, par la recherche d'efficacité dans les phases de constitution et d'analyse des dossiers. Elle mettra en place une organisation spécifique (task force) pour coordonner les actions des organismes du réseau lors des fraudes à enjeux impliquant des acteurs dispersés sur le territoire.

Elle déploiera une nouvelle stratégie de sanctions, plus adaptée au regard de la durée et des impacts des différentes procédures. Dans cette perspective, les mesures conservatoires et les alternatives aux suites contentieuses seront aussi mobilisées. Il convient enfin de mieux préserver les intérêts financiers de l'Assurance Maladie en matière de recouvrement des indus frauduleux.

6. SOUTENIR OPÉRATIONNELLEMENT NOS AMBITIONS GRÂCE À LA PERFORMANCE ET À L'EFFICACITÉ DE LA BRANCHE

Dans les cinq prochaines années, l'Assurance Maladie veut accélérer l'automatisation de ses tâches de gestion de masse grâce à un investissement renforcé dans les systèmes d'information (SI), mieux mobiliser les données de santé, déployer les projets interbranches à forte valeur ajoutée, s'appuyer sur une évaluation systématique des actions, poursuivre le travail en réseau et ses contributions aux politiques et partenariats mis en œuvre par l'État. Elle veut en particulier répondre aux enjeux environnementaux et adapter les métiers et les compétences de ses agents aux nouveaux enjeux portés par cette COG.

Elle continuera tout d'abord de déployer une stratégie RH ambitieuse dans un contexte d'évolution et de mutation du monde du travail, notamment en cherchant à anticiper les évolutions des métiers, en accompagnant l'ensemble de ses collaborateurs dans l'évolution de leurs pratiques, en garantissant l'équité de traitement entre les salariés, et en préservant leur qualité de vie et leurs conditions de travail.

Les ambitions portées par cette COG requièrent par ailleurs un nouveau saut qualitatif de nos sys-

tèmes d'information. L'industrialisation et la personnalisation des services, le pilotage, la maîtrise des risques et la recherche systématique de gains d'efficacité exigent une performance maximale de nos produits informatiques. Ils sont plus que jamais le socle nécessaire à l'atteinte de nos objectifs. C'est pourquoi l'Assurance Maladie poursuivra les travaux de rénovation du SI, tant au niveau technologique qu'applicatif. Elle renforcera son investissement dans la maîtrise et la sécurité des systèmes d'information, incontournables pour maintenir dans le temps la confiance des utilisateurs face à des risques croissants, multiples et pouvant provenir de différents types d'acteurs.

Enfin, les systèmes d'information sont une source importante de gains de productivité de la branche en accroissant la dématérialisation et l'automatisation. Il s'agira dans cette COG de poursuivre ce mouvement sur l'ensemble des processus.

L'Assurance Maladie s'appuiera sur ses bases de données pour améliorer le service, pour accompagner les actions de gestion du risque, de contrôle, de lutte contre la fraude ou d'amélioration des pratiques, pour augmenter la pertinence de ses actions de prévention et de détection des besoins des assurés. Elle s'organisera pour accroître et diffuser ces nouveaux usages. En outre, elle relèvera le défi de la mise à disposition des données de santé.

Pour cela, l'Assurance Maladie développera ses capacités techniques et humaines à mieux cibler ses actions et services. Elle rendra plus accessibles et visuellement plus attractives des données complexes, pour faciliter leur appropriation et leur utilisation. Elle contribuera pleinement, au côté de la plate-forme des données de santé (Health Data Hub), à l'effort de réduction des délais d'accès aux données de santé pour les porteurs de projets de recherche. Elle posera les bases d'un nouveau système d'information décisionnel national rassemblant les données, nationales et locales, issues de ses différents systèmes de production.

Dans la continuité des COG précédentes et en cohérence, d'une part, avec les actions portées par l'Ucanss, et, d'autre part, avec les objectifs d'efficacité, de maîtrise budgétaire et d'exemplarité de la branche, l'Assurance Maladie poursuivra ses engagements en faveur de la prise en compte des enjeux environnementaux. Pour cela, elle se dotera d'un objectif chiffré de réduction de son empreinte carbone et elle portera l'évolution des

pratiques des collaborateurs de l'ensemble des organismes de la branche grâce à une mobilisation forte, outillée et portée au plus haut niveau.

La COG précédente a porté des innovations efficaces en matière de pilotage du réseau des caisses primaires dans une perspective d'efficacité. Il conviendra dans cette COG de s'appuyer sur ces résultats pour conforter nos ambitions en matière d'homogénéisation de la qualité du service et de sécurisation des activités.

L'Assurance Maladie consolidera ainsi la démarche de travail en réseau. Elle optimisera, aussi, les dispositifs de veille et de sécurisation de la qualité de service.

La trajectoire de la COG en matière de moyens humains repose sur le schéma suivant:

- un maintien des moyens humains dédiés à la relation de service avec les usagers ;
- des réductions d'effectifs liées à l'amélioration des processus de gestion des droits, de liquidation des prestations en nature et en espèce, obtenues par la transformation des systèmes d'information, l'enrichissement des télé-services et par l'optimisation organisationnelle ;
- le renforcement des effectifs mobilisés sur l'accès aux droits et aux soins, la transformation territoriale du système de santé, l'accompagnement sur le numérique en santé et la lutte contre la fraude ;
- l'identification de moyens humains nouveaux dédiés aux programmes de prévention prévus par la COG ;
- la définition d'une capacité de recrutement sur les fonctions SI pour renforcer la capacité à faire et ré-internaliser une partie des développements sur les systèmes d'information.

Sur la base des travaux d'analyse approfondis réalisés dans le cadre de la préparation de la COG, le déploiement des différents programmes d'amélioration des processus de production fera l'objet d'une attention renforcée sur toute la période de la COG pour permettre un équilibre satisfaisant entre les charges de gestion et les ressources humaines de la branche et vérifier qu'il n'y a pas d'anticipation entre les baisses d'effectifs et les effets des mesures d'amélioration des processus.

Dans le même objectif de veiller à l'équilibre entre les charges, les ressources et les besoins de la branche, le rythme de restitution des emplois sur la période 2023-2027 sera examiné à l'aune de l'évolution des résultats de la branche.

Les programmes d'amélioration des processus feront l'objet d'actions d'accompagnement dédiées des équipes concernées avec la mobilisation de programmes de formation renforcés et le déploiement de bases écoles pour les évolutions des systèmes d'information le justifiant.

Chaque année, un point sur la mise en œuvre de ces programmes sera réalisé pour le conseil de la Cnam. Il portera sur les conditions du déploiement, les résultats en matière de qualité de service et les impacts sur la charge des organismes du réseau. Le comité de suivi de la COG sera chargé de préparer ce point pour le conseil de la Cnam, notamment en définissant avant la fin de l'année 2023 les indicateurs pertinents, en considérant en sus le contexte global de tension sociale du réseau.

L'évolution des effectifs liée à l'amélioration des processus de gestion des droits, de liquidation des prestations en nature et en espèce, obtenues par la transformation des systèmes d'information, l'enrichissement des téléservices et par l'optimisation organisationnelle, pourra faire l'objet d'une adaptation de la trajectoire initiale de la COG, en fonction :

- de l'évaluation de ces améliorations (qualité de service, attractivité des métiers, diminution des charges, ...) ;
- et de l'effectivité de l'atteinte des résultats attendus en matière de service aux publics de l'assurance maladie : assurés, professionnels de santé et entreprises.

A cet effet, un point d'étape complet sera réalisé et partagé entre les parties signataires de la COG dans le courant du 1^{er} semestre 2025 pour faire le point sur la conformité entre les réalisations et les objectifs fixés dans la COG sur ces différents programmes et les indicateurs de performance du Comité de suivi de la COG.

Le conseil de la Cnam, le directeur général et les représentants de l'État apprécieront l'opportunité, en fonction de la réalisation des principaux engagements de service de la COG, de réviser la trajectoire d'effectifs par la voie d'un avenant si un décalage est avéré à court terme entre les attendus et le réalisé des indicateurs de qualité de service ou si d'autres éléments non prévus par la présente COG impactent les charges et l'activité de la branche, modifiant l'équilibre entre les objectifs, les charges et les moyens. Cette révision de la trajectoire pourra porter sur le rythme et sur le quantum de restitution des effectifs sur la période visée par l'avenant, étalant si nécessaire la trajectoire au-delà de l'année de fin de COG 2027. La nouvelle trajectoire sera suivie avec les mêmes modalités que la trajectoire initiale.

01

GARANTIR AUX USAGERS
UNE OFFRE DE SERVICES
PERFORMANTE ET
PERSONNALISÉE

FICHE N°1.1

POUR SUIVRE L'AMÉLIORATION DE LA DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

ENJEUX

Maintenir et accroître la performance du service de base demeurent des enjeux clés pour les cinq prochaines années. Nos nouvelles ambitions, notamment notre nouveau positionnement au cœur de la santé publique et les nouvelles offres visant à mieux accompagner les assurés et les professionnels de santé, s'appuieront sur cette performance.

Aux enjeux traditionnels de régularité, d'homogénéité et de qualité du service, s'ajoutent deux nouveaux enjeux issus de l'expérience acquise sur la période de la précédente COG :

- apporter des réponses adaptées aux différents publics gérés par l'Assurance Maladie à la suite de l'extension des populations protégées par le régime général, et notamment après l'intégration des travailleurs indépendants en 2020 ;
- faire face à l'apparition de très fortes variations dans les charges de travail de production, et aux demandes d'innovations importantes et rapides, comme nous l'avons connu durant la crise sanitaire.

Ces enjeux répondent aux demandes des assurés qui souhaitent bénéficier d'un service administratif plus efficace, plus digitalisé et plus accessible, et qui plaident pour une plus grande dématérialisation des démarches et la réduction des délais de traitement. Ils sont en lien avec ceux portés par les organismes complémentaires sur les délais globaux de remboursement.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie s'engage à garantir des paiements rapides et homogènes grâce à de nouveaux outils métiers.

D'ici à cinq ans, l'Assurance Maladie s'engage à rembourser les indemnités journalières en moins de 20 jours partout sur le territoire, aux assurés comme aux employeurs en cas de subrogation. Compte tenu de l'importance des volumes gérés, cela implique d'accentuer notre démarche industrielle de gestion de la production, à la fois grâce au déploiement d'un nouvel outil de gestion des prestations (Arpege TS) et grâce aux études menées avec les services de l'État dans un but de simplification juridique. La systématisation du signalement DSN permettra la gestion automatisée et ainsi l'amélioration de la fiabilité – et donc

des délais –, tandis que l'adaptation de la réglementation permettra le traitement de catégories spécifiques d'assurés, qui aujourd'hui ne sont pas toujours identifiés dans nos systèmes.

La rénovation des autres outils métiers (Meteore pour les frais de santé, Matis pour le service médical, Scapin pour l'invalidité en prévoyant l'accrochage au dispositif de ressources mensuelles – DRM) permettra également de garantir l'homogénéité des délais de paiement des prestations.

Les scénarios de traitement optimisés grâce à des assistants d'automatisation y contribueront également en prenant en charge des tâches à faible valeur ajoutée, telle que la saisie de données. Leur usage permet d'accompagner la montée en charge des échanges automatisés et des

téleservices. Leur mise en place et leur déploiement seront recherchés sur tous les segments, tant en production qu'en gestion de la relation clients.

Enfin, le processus « invalidité » fera l'objet d'une étude conjointe des services de l'État et de l'Assurance Maladie, dans un but de simplification et d'efficience.

Concernant les entrées en invalidité et l'évaluation de la perte de capacité de gains des assurés, une expérimentation portant sur les situations les plus complexes sera menée avec le service médical et les partenaires intervenant dans la sphère médico-sociale. Cette expérimentation visera à mieux prendre en compte l'employabilité des assurés en organisant un travail collégial autour du médecin-conseil, qui restera décisionnaire, et à harmoniser davantage les décisions.

Nous développerons des procédures de traitement des dossiers adaptées à des publics et des situations spécifiques.

L'harmonisation des modalités de traitement entre nos différents publics et l'uniformisation sur le territoire doivent être conciliées avec une approche plus individuelle lorsque celle-ci est nécessaire.

Le repérage des publics (assurés, employeurs et professionnels de santé) pour lesquels une offre de services individualisée serait utile doit être favorisé. Cela peut passer par des parcours clients à l'occasion d'un événement (naissance, passage en ALD, invalidité, etc.) ou par de l'accompagnement à l'accès aux droits et aux soins, en particulier pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S).

En parallèle, l'Assurance Maladie se doit de détecter les atypies de comportement lorsqu'elles relèvent de l'abus ou de la fraude. Les prescripteurs abusifs, les entreprises avec un taux élevé d'erreurs issues de l'utilisation de net-entreprises ou de la DSN seront ainsi repérés. Le nouveau système de liquidation et les procédures qui y seront associées doivent offrir la possibilité de sélectionner sur des critères multiples les comportements à traiter.

Dans le cas où l'Assurance Maladie accueillerait de nouveaux publics, comme au cours de la période 2018-2022, elle leur offrira le cas échéant

une qualité de service équivalente à celle offerte à ses publics historiques.

Dans ce cadre, elle portera une attention particulière à l'intégration de la MGEN en infogérance, en y consacrant les moyens nécessaires au sein de son schéma directeur des systèmes d'information (SDSI).

Enfin, l'Assurance Maladie continuera à réduire les délais de remboursement en poursuivant la simplification des échanges avec les professionnels de santé et les employeurs.

La relation directe avec les professionnels de santé et les employeurs, à travers la mobilisation des services offerts sur ameli.pro, ou par le biais de la DSN et de net-entreprises, est un puissant levier de simplification et de fiabilisation. L'extension de ce type d'échanges doit toutefois s'accompagner d'un suivi proactif de la qualité des informations transmises.

En outre, des simplifications législatives ou réglementaires permettraient une meilleure lisibilité, pour nos différents publics, de leurs droits, et faciliteraient les gains d'efficience pour l'Assurance Maladie.

Dans la perspective de l'amélioration des délais de remboursement, la stratégie de développement du tiers payant joue également un rôle important. Celle-ci est présentée dans l'orientation 2.2 relative à l'accessibilité financière du système de soins.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à instruire les conditions pour optimiser la gestion du risque invalidité et à simplifier et harmoniser la réglementation des indemnités journalières pour en faciliter la liquidation.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Garantir des paiements rapides et homogènes grâce à de nouveaux outils métiers en priorisant les IJ	Mettre en œuvre Arpege.	X					Nombre de caisses où Arpege est en production.
	Mettre en œuvre Meteore.	X					Nombre de caisses où Meteore est en production.
	Mettre en œuvre la refonte de Scapin.			X			Nombre de caisses où Scapin est en production.
	Mettre en œuvre Matis.	X	X	X			Nombre de caisses où Matis est en production.
	Accompagner les équipes caisses sur les sujets fonctionnels, réglementaires et accroître leur maîtrise des outils au fur et à mesure de leur mise en place.		X				Publication de modes opératoires, tutoriel de formation, mise à disposition de bases écoles.
	Optimiser le processus « invalidité » en participant à l'expérimentation sur l'invalidité pilotée par la DSS et en participant à son suivi et à la modernisation du dispositif qui en découlerait.		X		X		Déploiement d'un nouveau processus.
	Développer les assistants d'automatisation sur tous les secteurs d'activité (front-office et back-office, supports)		X				Au moins un scénario pour chaque processus type en production.
	Délai de traitement de la première indemnité journalière (IJ) subrogée (délai moyen), champ maternité - paternité :			X	X	X	Transmission du chiffre relatif au délai moyen de traitement de la première indemnité journalière (IJ) subrogée (délai moyen) champ maternité – paternité.
2. Développer des procédures de liquidation adaptées à des publics et des situations spécifiques	Délai de traitement de la première IJ maladie subrogée (délai moyen).	X	X	X	X	X	Transmission du chiffre relatif au délai moyen de traitement de la première IJ maladie subrogée (délai moyen).
	Définir et mettre en place des procédures de liquidation adaptées aux besoins des usagers.		X	X			2025 pour les prestations en espèces puis extension aux autres prestations au fur et à mesure de l'implantation des SI rénovés : Formalisation de procédures et modes opératoires sur des actions de liquidation en lien avec l'accompagnement des assurés.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
3. Poursuivre la simplification des échanges avec les PS et les entreprises	Réussir l'extension du paiement des IJ subrogées maternité.	X					Mise en œuvre des conditions opérationnelles.
	Mettre en œuvre les autres mesures de simplification éventuellement portées par les textes ultérieurs.	X	X	X	X	X	En fonction de la parution de textes législatifs ou réglementaires
	Taux d'utilisation de la DSN événementielle.			X	X	X	Transmission du Taux d'utilisation de la DSN événementielle
4. Intégration de régimes ou mutuelles délégataires	Intégration de la MGEN en infogérance.			X			Mise à disposition des outils de gestion et de liquidation des prestations sur des outils Cnam.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Instruire les conditions pour optimiser la gestion du risque invalidité		X	X	X	
Simplifier et harmoniser la réglementation des indemnités journalières pour en faciliter la liquidation	X	X	X	X	

FICHE N°1.2

OFFRIR UNE RELATION DE SERVICE PERSONNALISÉE ET GARANTIR SA QUALITÉ

ENJEUX

Selon les résultats de l'écoute des usagers, il ressort que les assurés, professionnels de santé et entreprises, souhaitent que l'Assurance Maladie développe la personnalisation et la dématérialisation de ses offres et services.

L'Assurance Maladie proposera une relation de service plus efficace et digitalisée, se positionnant d'avantage dans une logique d'anticipation, et d'un accès plus simple. Cela passera par l'enrichissement de notre gamme de services dématérialisés et par l'introduction progressive, pour tous les usagers, d'une personnalisation des échanges s'appuyant notamment sur le développement du marketing relationnel.

Les accueils physique et téléphonique resteront pleinement accessibles pour ceux qui le souhaitent, ces canaux devant toutefois être privilégiés pour les demandes complexes ou pour les personnes éloignées du numérique, qui doivent faire l'objet d'un accompagnement et d'une attention particulière.

Ainsi, la mise en œuvre de notre stratégie de relations doit nous permettre d'optimiser nos canaux traditionnels et de concentrer les effectifs sur les services à plus forte valeur ajoutée.

Au sortir de la crise sanitaire, l'Assurance Maladie se doit également d'investir plus fortement la relation aux établissements de santé.

Au-delà de cet enjeu de performance du service, la dématérialisation et la personnalisation des relations entre l'Assurance Maladie et ses usagers comportent un enjeu important d'efficacité en matière de gestion.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Faire du compte ameli le canal usuel de contact pour les publics à l'aise avec le numérique et proposer des offres personnalisées et proactives sont deux engagements importants de cette période conventionnelle.

La stratégie relation client de l'Assurance Maladie à destination des assurés s'articule autour des principes suivants : renforcer l'usage du compte ameli auprès des personnes autonomes avec une offre élargie et personnalisée, tout en repositionnant les canaux traditionnels (accueil physique, téléphone) sur les sujets nécessitant un accom-

panement et s'appuyant sur l'expertise des conseillers de relation client.

Le besoin d'accompagnement des assurés sur les questions ayant un impact financier pour eux reste fort. Les sollicitations sont nombreuses et mobilisent fortement les lignes de front-office. Afin d'y faire face, il convient d'accroître l'usage du compte ameli pour les demandes les plus simples pour les publics à l'aise avec le numérique, ce qui permettra en parallèle de faciliter l'accès à un conseiller pour les demandes les plus complexes et les publics les plus en difficulté. Avec 42,6 millions de comptes ouverts en décembre 2022, le principal enjeu est de

développer les usages, la marge de progression en matière d'ouverture de compte étant maintenant limitée. Ce recours accru aux services numériques sera d'autant plus aisé que le bouquet de services continuera à se développer avec des avancées notables, comme la demande de remboursement d'une feuille de soins en ligne, la simulation d'une indemnité journalière avec dépôt de pièces pour certaines situations, le complètement de dossiers en ligne, la réponse en ligne aux courriers de l'Assurance Maladie déposés dans la messagerie ameli, l'autorisation de prélèvement pour la C2S, ou encore toutes les démarches de demande et de déclaration de ressources pour une pension d'invalidité pré-remplie via le dispositif de ressources mensuelles (DRM). La cible de la Cnam est de privilégier, au sein de chaque démarche en ligne, les dépôts de pièces nécessaires ou complémentaires à la réalisation de la démarche. En outre, au-delà de notre capacité à diffuser de l'information dans le compte ameli, la refonte des outils de back-office permettra de présenter des notifications de type « suivi pas à pas », pour éviter des contacts au téléphone ou dans les accueils pour connaître la progression d'un dossier. Enfin, même si les deux services ne couvrent pas le même périmètre (l'un administratif, l'autre santé), le compte ameli intègre le store de Mon espace santé (MES), et des passerelles France Connect entre les deux portails seront développées en milieu de période conventionnelle.

Ce renforcement du compte ameli implique d'accentuer l'accompagnement des populations éloignées du numérique, par les services de l'Assurance Maladie, mais aussi par des actions menées avec nos partenaires et en premier lieu France Services.

En matière de personnalisation, pour rendre les offres plus pertinentes, l'expertise marketing de l'Assurance Maladie sera mobilisée pour faire la promotion du compte ameli de façon ciblée sur certains publics (jeunes, travailleurs indépendants), ou par moments de vie, tout en maintenant des campagnes plus grand public. Cette segmentation sera également utilisée dans le cadre de la refonte du compte ameli pour personnaliser les services proposés.

Nos canaux de contacts traditionnels sont devenus des canaux de réponse aux sujets complexes et d'accompagnement attentionné. L'Assurance Maladie poursuivra le déploiement de sa stratégie d'accueil

autour de trois piliers : l'espace numérique pour les personnes autonomes, l'accueil sur rendez-vous dans une logique d'échanges conclusifs sur les sujets d'expertise (C2S, prestations en espèces, etc.), le maintien d'une offre sans rendez-vous pour les situations d'urgence. Cette stratégie d'accueil physique s'inscrira dans une approche territoriale, en interbranches (en particulier avec le réseau des Caf) et en lien avec le réseau de France Services qui a vocation à apporter une réponse de premier niveau à l'assuré, voire à l'assister dans son rendez-vous avec la CPAM et à être acteur de l'accompagnement vers le numérique. Cette ambition renvoie aux actions prévues dans l'orientation 1.3 « Développer des offres et des services coordonnés avec d'autres institutions, notamment en interbranches », qui porte la coordination de nos offres de services de proximité avec celles des autres opérateurs sur le territoire, dont en particulier l'approfondissement de la structuration de notre partenariat avec France Services.

Enfin, l'Assurance Maladie a pour ambition de renouer avec la performance du canal téléphonique. Tout d'abord, la baisse des flux attendus par le recours accru aux téléservices permettra, à l'instar de l'accueil physique, de positionner les conseillers du 36 46 sur les thématiques d'expertise et d'accompagnement des publics, notamment pour ce qui a trait aux prestations en espèces, avec comme objectif d'aller plus loin dans le niveau de réponse pour éviter les itérations. Ce positionnement du 36 46 s'articulera avec le déploiement plus large du rendez-vous téléphonique, qui permet de répondre à de nombreuses demandes dès lors qu'un dépôt de document n'est pas utile, et d'éviter ainsi un rendez-vous en accueil physique. À terme, le dépôt de pièces dans le compte à la demande d'un agent renforcera la pertinence du rendez-vous téléphonique. Cette offre répond pleinement à l'exigence d'expertise, à la possibilité de passer plus de temps avec l'assuré, tout en lui évitant un déplacement.

La possibilité de prise de rendez-vous téléphonique depuis le compte ameli prévue pour 2023 devrait permettre à cette offre de monter en puissance.

L'ensemble de l'offre de service de l'Assurance Maladie doit être accessible aux personnes en situation de handicap, qu'il s'agisse de l'offre d'accueil physique (accessibili-

té des locaux et langue des signes), des documents écrits ou digitaux, des sites Internet et applications mobiles ou de l'accueil téléphonique.

Plus généralement, l'amélioration de la qualité de service s'appuiera sur des organisations adaptées, sur une amélioration du niveau de formation, notamment en lien avec la synergie front-office /back-office, dans un objectif d'amélioration de la satisfaction et de réduction de la répétition.

Pour les professionnels de santé, il s'agit d'abord de mieux les accompagner au moment de l'installation, tant dans leurs usages du numérique que dans leurs pratiques de facturation.

Ce moment est en effet crucial pour l'organisation, pour la qualité de la facturation et de la relation avec l'Assurance Maladie. Les principes de cet accompagnement, qui existent déjà pour certaines professions, seront étendus à toutes les professions, de façon graduée sur l'ensemble de la période. De façon prévisionnelle, les premières professions visées par la révision de cette offre ou par son extension seront, successivement, les médecins, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

L'Assurance Maladie poursuivra la dématérialisation des démarches pour répondre aux nouveaux usages des professionnels de santé.

Si le compte ameli.pro reste un outil central de cette stratégie, celle-ci passe aussi par la création d'une nouvelle ergonomie de services qui réponde aux usages des professionnels de santé et par la mise en place d'un véritable portail e-santé (le contenu de ce portail est porté par l'orientation 4.3 « Faire du numérique en santé un outil du quotidien des assurés et des professionnels de santé »). Par ailleurs, l'Assurance Maladie et les services de l'État continueront de rechercher la simplification des démarches (normative, organisationnelle ou via les systèmes d'information), cette voie étant un des leviers de la qualité de la relation de service.

Dans le prolongement de la mission flash dédiée à la simplification administrative au profit des médecins, l'Assurance Maladie et l'État mettront en œuvre les mesures prioritaires par le ministre de la Santé et de la Prévention, notamment la réduction du nombre de certificats médicaux, le déploiement d'une nouvelle solution de transmission des pièces justificatives papier par les médecins ou la facilitation de la gestion des affections de longue

durée (ALD).

L'Assurance Maladie enrichira et développera la relation de service aux établissements.

Le besoin existe aujourd'hui d'offrir des services aux établissements de santé et médico-sociaux via un accès à ameli.pro. La relation avec eux doit être aussi repensée et mieux structurée pour prendre en compte les spécificités des systèmes d'information hospitaliers, en particulier pour soutenir l'ambition en matière de gestion du risque portée par le programme Rénov' GDR.

Deux nouveaux services seront progressivement généralisés à tous sur tout le territoire : l'application carte Vitale (AppCV) et l'ordonnance numérique.

Enrichissant le service et la relation tant pour les professionnels de santé que pour les assurés, l'AppCV et l'ordonnance numérique permettront aussi d'optimiser les processus de gestion internes dans le sens d'une meilleure maîtrise.

L'AppCV, qui sera étendue à tout le territoire à fin 2025, permet de dématérialiser la carte Vitale. Elle apportera de nouvelles fonctionnalités pour les assurés (télésanté, pré-admission à l'hôpital, accès facilité à Mon espace santé, etc.). Par ailleurs, l'AppCV permettra de réduire le volume de feuilles de soins papier et de garantir que les droits des assurés sont bien à jour, ce qui limitera les rejets de facturation.

L'ordonnance numérique permettra au médecin de savoir si son ordonnance a été exécutée. Le pharmacien bénéficiera, quant à lui, d'une sécurisation renforcée des ordonnances et d'une information de délivrance. Il pourra également transférer automatiquement des pièces justificatives.

Enfin, les entreprises présentent des besoins hétérogènes qui nécessitent de développer une offre de services adaptée et digitalisée.

Pour cela, l'Assurance Maladie mettra en place le compte entreprise commun aux deux branches AT/MP et maladie. Il permettra de structurer les contacts et de promouvoir des services en ligne adaptés.

L'objectif du compte entreprise est de mettre à disposition, via le portail net-entreprises, un bouquet de services dédiés aux employeurs sur les

risques Maladie / Maternité et Risques professionnels.

À terme, le compte entreprise intégrera les services et téléservices existants des deux branches ainsi que de nouveaux services, avec une seule connexion initiale, une ergonomie unifiée et une navigation fluide entre les différents téléservices.

Tout nouveau service d'échanges avec les entreprises passera uniquement par un téléservice. Il est ainsi prévu la création d'un nouveau téléservice permettant d'effectuer des dépôts unitaires de pièces justificatives relatives aux indemnités journalières. Par suite, d'autres téléservices seront développés comme un téléservice pour changement de RIB, une offre de formation aux entreprises, une offre de webinaire, etc.

L'ensemble de ces dispositifs dessinera une logique de parcours utilisateurs « indemnités journalières » au sein des domaines relevant des

Risques professionnels et de l'Assurance Maladie afin d'optimiser les interactions avec les employeurs et de dématérialiser les processus de bout en bout.

Au-delà du compte, une réflexion particulière sera portée pour personnaliser davantage la relation et l'offre de services pour les grands comptes et les très petites entreprises (TPE), avec par exemple des campagnes ciblées vers les experts-comptables (pour les TPE) pour les accompagner, en « pas à pas », sur les changements réglementaires.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à promouvoir les téléservices dans les établissements de santé selon le programme établi (sur la COG) et à préciser les certificats médicaux obligatoires (2023).

ENGAGEMENTS COMMUNS À LA COG AT/MP

La relation de service aux entreprises sera également renforcée dans la COG AT/MP, qui s'appuiera pour cela sur les infrastructures de l'Assurance Maladie.

L'enjeu pour la branche AT/MP est de professionnaliser la relation de service et de rendre plus efficaces les dispositifs de communication promotionnelle et de marketing. Les engagements partagés entre les deux COG sur ces thématiques sont alors les suivants :

- renforcer la réponse aux attentes des entreprises concernant les motifs de contacts AT/MP via le dispositif de gestion de la relation client de l'Assurance Maladie, notamment par l'amélioration de la traçabilité des contacts AT/MP sur les lignes de contact, le renforcement de campagnes sortantes, la diminution des appels de niveau 2 ;
- enrichir et rénover l'offre de services en ligne, avec notamment le compte entreprise commun, et la diversification des canaux digitaux, comme la stratégie de présence sur les sites ou réseaux sociaux dédiés aux entreprises, la newsletter interbranches. Dans cette logique, l'ensemble des services en ligne existant en matière de prévention des risques professionnels, utiles à la connaissance des données de tarification, de cotisation, ou à la déclaration, ou à l'investigation en matière de reconnaissance des sinistres, fera l'objet d'une refonte ergonomique et d'améliorations fonctionnelles. De nouveaux services AT/MP seront également proposés : simulateur de taux, registre des AT bénins, adhésion en ligne à l'assurance volontaire accident du travail (Avat) ;
- maintenir des approches plus individualisées au regard de la taille des entreprises (offres TPE, voire TI, grands comptes, etc.).

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Faire du compte ameli l'outil usuel de contact et proposer des offres personnalisées et pro-actives	Promouvoir le compte à des moments clés de la vie (parcours jeune, TI, etc.) en s'appuyant sur la segmentation.	X					Diffusion du parcours de fidélisation au compte pour les jeunes et diffusion de la segmentation en caisse
	Développer les actions d'inclusion numérique.	X	X	X	X		Diffusion aux caisses d'un catalogue national des bonnes pratiques /» actions « aller vers » partenariales. Nombre d'actions réalisées dans l'année.
	Renforcer et personnaliser l'offre du compte avec de nouveaux services dans l'appli ameli et le compte web, en particulier mettre en place une logique « suivi pas à pas » pour assurer le suivi des demandes.	X	X	X	X		Une version fonctionnelle par an du compte ameli web et a minima une version fonctionnelle par an de l'appli du compte ameli.
	Dès lors que la demande peut être prise en charge par ameli, orienter prioritairement vers le compte sur tous les autres canaux de contact tout en conservant la possibilité d'obtenir un contact téléphonique.	X	X	X	X	X	Parcours différencié des appels sur le 36 46.
	Développer les rendez-vous téléphoniques.	X					Proposition du RDV téléphonique dans le compte ameli.
	Trouver une solution dès le premier contact quels que soient la demande et le canal.	X	X	X	X	X	Bilan annuel du taux de résolution au premier contact (FCR).
	Mettre en place la stratégie d'accueil.	X	X	X	X	X	Bilan chiffré annuel.
2. Proposer l'ApCV sur tout le territoire	Déployer l'ApCV sur tout le territoire.	X	X	X			Carte de France des départements où l'ApCV est disponible pour les assurés.
	Faire de l'ApCV une solution dématérialisée et sécurisée d'identification et d'authentification électronique pour les assurés.			X			Obtention d'une certification de l'ANSSI donnant le label certification eIDAS substantiel à l'ApCV.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
3. Accompagner tous les professionnels de santé lors de leur installation	Rénover les parcours d'installation médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, et créer des parcours pour les autres professions.	X	X	X	X		Déploiement des parcours d'installation.
4. Poursuivre la dématérialisation des démarches des professionnels de santé	Mettre en œuvre les mesures de la mission flash sur la simplification administrative au profit des médecins.	X	X	X	X	X	Tableau de bord de mise en œuvre des actions.
	Dématérialiser les demandes de pièces pour les mises à jour du dossier PS.	X	X	X	X		Services en ligne via amelipro, mes démarches simplifiées ou un autre portail.
	Améliorer le traitement des e-mails des PS (délai et qualité).		X	X			Livraison d'une analyse et plan d'actions associé.
5. Généraliser le nouveau service de l'ordonnance numérique	Déployer l'ordonnance numérique pour l'ensemble des prescripteurs et des prescrits.	X	X	X	X	X	Progression du taux de dématérialisation des ordonnances par les PS.
	Mettre à disposition l'ordonnance numérique dans MES.	X	X	X	X	X	Montée en charge de l'alimentation de MES par les ordonnances numériques.
6. enrichir et dématérialiser l'offre de service aux établissements de santé	Mettre en place une nouvelle organisation de la relation aux établissements.		X	X			Note de propositions.
	Mettre en place une offre de téléservices sur les établissements par type de structures.	X	X	X	X		Nombre et nature des téléservices mis en place.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
7. Développer une relation de services adaptée et digitalisée pour les entreprises	Créer un portail unique de TLS employeurs/entreprises : « compte entreprise » mis à disposition et régulièrement enrichi.	X	X	X	X	X	- Mise en production du portail unique « compte entreprise ». - Maintenance et enrichissement assurés par la livraison de lots correctifs ou de nouveaux contenus. - Mise en œuvre d'un plan d'actions de promotion et d'accompagnement au déploiement auprès des entreprises.
	Déployer de nouveaux services en ligne du type : TLS de dépôt de pièces justificatives, changement de RIB, simulateur IJ, etc.		X	X	X	X	- Mise en production de nouveaux téléservices. - Mise en œuvre d'actions visant à leur promotion auprès du public entreprises.
	Accompagner les situations complexes et d'insatisfaction par des campagnes ou des dispositifs spécifiques (contacts sortants, parcours personnalisés, etc.).		X	X	X	X	- Identifier les motifs d'insatisfactions en front-office et les actions correctives possibles. - Déployer des campagnes ciblées sur une ou plusieurs typologies d'entreprises, ou un premier parcours personnalisé en phase d'expérimentation.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Préciser les certificats médicaux obligatoires	X				
Promouvoir les téléservices dans les établissements de santé selon programme établi	X	X	X	X	

FICHE N°1.3

DÉVELOPPER DES OFFRES ET DES SERVICES COORDONNÉS AVEC D'AUTRES INSTITUTIONS, NOTAMMENT EN INTERBRANCHES

ENJEUX

La COG précédente avait initié un mouvement de coordination des différentes offres de la Sécurité sociale. La période de la pandémie a confirmé la nécessité de renforcer la culture partenariale et de s'ouvrir davantage au monde associatif dans une perspective d'efficacité pour l'assuré.

Développer des offres et services interbranches permet de simplifier les démarches des usagers confrontés à une situation complexe, en les sollicitant moins, en leur évitant des transferts de pièces, voire en automatisant l'attribution de certaines prestations. Il s'agit également d'éviter la rupture des droits ou le non-recours aux soins en développant des échanges de données dans une logique de « dites-le nous une fois » et de garantir l'accessibilité de nos accueils en tenant compte des offres de nos partenaires. Ces offres sont proposées en particulier par le réseau des Caf et par les structures France Services qui se sont déployées sur tout le territoire, offrant un service de premier niveau et participant de la promotion du compte ameli et à l'accompagnement des assurés sur Mon espace santé.

En outre, l'Assurance Maladie intervient en cohérence avec la branche AT/MP pour un certain nombre de ses missions du fait des complémentarités entre ces deux branches.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie simplifiera les démarches liées à des situations complexes pour l'ensemble de ses usagers.

Il s'agit d'éviter la rupture des droits en développant de nouveaux échanges de données de masse en interbranches et d'améliorer ou de créer des parcours communs attentionnés au bénéfice des assurés exposés à des situations complexes, ou lors d'un moment de vie particulier (maternité/1 000 premiers jours et séparation avec la branche famille, mise en ALD pour les TI avec la

branche recouvrement, passage à la retraite des assurés inaptes ou invalides avec la branche vieillesse, par exemple) :

- la généralisation du parcours « naissance » sera effective à compter de 2024, en coopération étroite avec la Cnaf. Mis en œuvre par les Caf, le parcours « naissance » se matérialisera par une action coordonnée avec le futur « service universel d'accueil du jeune enfant » et la démarche « 1 000 premiers jours ». Il inclut un accompagnement adapté pour les familles à besoin spécifique (handicap, primo-arrivants, etc.) et un renforcement de l'accompa-

gnement précoce des femmes enceintes ;

- le développement du parcours « séparation » se réalisera en lien avec la Cnaf à partir des expérimentations et outillages en cours dans les CPAM. Cela pourrait conduire à des ouvertures de droits potentiels à la C2S et à la mise en place d'actions de prévention spécifiques pour les enfants ;
- la démarche de généralisation du parcours « jeune » à compter de 2024-2025 s'appuie sur les travaux actuellement menés par la Cnaf et la Cnam dans leur feuille de route commune. Deux niveaux d'accompagnement devront être généralisés, à savoir un parcours généraliste destiné à l'ensemble des jeunes à partir de 16 ans, mais aussi des parcours attentionnés en direction de certains publics plus fragiles : monoparents de moins de 25 ans et jeunes sortants de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- le parcours à destination des assurés en incapacité, inaptes ou invalides âgés, piloté par la Cnav, aura pour vocation d'alerter les assurés détectés comme étant en situation de non-recours à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), en leur proposant une prise en charge renforcée. Ce parcours intégrera notamment une information diffusée plus largement et une simplification du circuit d'échange des pièces, allant du médecin traitant jusqu'à la décision finale de reconnaissance d'incapacité ;
- un parcours dédié aux aidants familiaux, destiné à accompagner les aidants de personnes en situation de handicap, les parents d'enfants en situation de handicap et les proches de retraités en perte d'autonomie ;
- de nouvelles offres de services et de nouveaux parcours seront également développés avec l'Urssaf Caisse nationale à l'attention des travailleurs indépendants, en particulier lors de la création d'entreprise ou dans le cadre d'un accompagnement lié à un arrêt de travail ou à un défaut de paiement de cotisations ;
- enfin, d'autres parcours viseront à établir des communications ciblées envers des publics en situation de fragilité économique. Ces communications comprendraient des informations concernant les aides mobilisables en situation

de perte de revenus dont aurait connaissance la Cnam (ou quelque autre organisme issu d'une autre branche, notamment de la branche Famille).

L'Assurance Maladie renforcera et développera la logique « dites-le nous une fois ».

Cet engagement nécessite un travail collaboratif entre tous les partenaires institutionnels (Cnaf, Cnav, CNSA, Urssaf Caisse nationale) afin de renforcer le partage et la complétude des données, avec un appui de la tutelle. Il est présenté dans l'annexe 1.

L'Assurance Maladie garantira l'accessibilité de ses accueils en tenant compte de l'offre de ses partenaires.

La coordination des politiques d'accueil entre partenaires institutionnels, et notamment avec les structures France Services et le réseau des Caf est nécessaire afin d'optimiser la couverture territoriale et de garantir un accueil de qualité.

En ce qui concerne les structures France Services, leur développement rapide et leur implantation, pour près de deux tiers d'entre elles, dans les mêmes communes que les agences de la branche Maladie amènent à repenser la synergie entre les deux réseaux. Les structures France Services pourraient participer davantage à un premier niveau d'accueil concernant, par exemple, les démarches en ligne pour la délivrance d'une carte européenne d'assurance-maladie, une attestation de droit ou une demande de carte Vitale. La mise à disposition d'équipements en libre-service (PC, imprimantes) pourrait faciliter ces démarches en ligne, en renforçant parallèlement la notoriété de ces structures et des télé-services. La formation continue des agents France Services sur l'offre numérique de l'Assurance Maladie sera essentielle. Ensuite, le contenu des autres interventions devrait être clarifié dans le cadre des orientations de l'accord-cadre national France Services. Il conviendra ainsi de préciser les sujets métiers qui relèvent du partenaire et ceux justifiant d'une orientation vers un expert métier de l'Assurance Maladie pour une réponse personnalisée et étudiée. Le réseau de proximité de France Service est également un atout pour détecter les situations de non-recours aux droits et orienter les assurés vers les démarches utiles.

Enfin, les structures France services pourraient être un lieu d'expérimentation pour déployer des parcours mutualisés (ateliers numériques, rendez-vous communs). En ce qui concerne les Caf, les collaborateurs de chacune des deux branches seront en capacité d'identifier et de qualifier les situations concernant l'autre branche, de transmettre l'information à la branche concernée sans imposer un nouveau déplacement de l'assuré/allocataire pour prise en charge de sa situation. Par ailleurs, si cela est opportun sur le plan territorial, la mise en place d'un accueil coordonné pourra être rendue possible en fonction de critères définis nationalement par les deux caisses nationales.

L'Assurance Maladie sera partie prenante des travaux de « mise en qualité » des données sociales qui s'inscriront dans les grands principes suivants :

- la qualité des données sociales concerne l'ensemble des organismes de sécurité sociale et des acteurs de l'écosystème, qui ont tous vocation à jouer un rôle actif dans les actions de fiabilisation. Une gouvernance partagée entre tous les acteurs doit être mise en place, sous l'égide de la DSS. Les travaux doivent être menés sur des bases de co-construction et être partagés de façon transparente ;

- les contrôles définis doivent systématiquement être en cohérence avec une analyse des risques justifiant ces actions de fiabilisation et en cohérence avec les besoins métiers à couvrir. Les contrôles identifiés en doublon avec ceux pratiqués par un autre organisme ont vocation à être supprimés, ou du moins limités au maximum ;
- la définition et la production d'indicateurs et la production d'analyses de risque sont nécessaires au niveau de chaque organisme, pour évaluer régulièrement la pertinence des orientations retenues sur la fiabilisation ;
- l'assuré doit pouvoir disposer d'un parcours « sans couture » quand il constate une anomalie sur ses ressources au moment d'une demande de prestation. Il doit être informé des actions de correction réalisées.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

Les travaux d'amélioration et de création de parcours interbranches feront l'objet d'un pilotage par les services de l'État, notamment à travers la mise en place d'un comité de pilotage semestriel.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Simplifier les démarches liées à des situations complexes pour l'ensemble de nos publics	Définir et mettre en œuvre la feuille de route des travaux interbranches en matière d'échange automatisé de données sur les approches populationnelles.	X	X	X	X	X	Point d'étape annuel sur le déploiement du Schéma stratégique des systèmes d'information (SSSI).
	Déployer les parcours coordonnés en interbranches visant des populations et/ou événements de vie spécifiques, pour les assurés et les PS.		X	X	X		Un nouveau parcours coordonné par année (naissance et séparation en 2024, jeunes en 2025, passage en retraite pour inaptitude avec trajectoire SI en 2026-2027).
	En lien avec les autres branches, en s'appuyant sur les expériences mises en œuvre au niveau local, sur les démarches d'écoute usager et d'ingénierie des processus, la Cnam étudiera les conditions d'amélioration des parcours usagers et de création de nouveaux parcours entre les branches au sein de la Sécurité sociale, et ce en cohérence avec les services du PNDS. Elle fera des propositions pour renforcer la visibilité de ces parcours auprès des usagers et en particulier au sein du PNDS et des outils propres à chaque caisse.	X	X	X	X	X	Point semestriel.
	Articuler les aides financières pour couvrir des situations de fragilités particulières en interbranche et avec les autres acteurs partenaires (notamment champ du handicap et perte d'autonomie).	X	X				État des lieux-Bilan national annuel.
2. Garantir l'accessibilité de nos accueils en tenant compte de l'offre de nos partenaires	Approfondir la structuration de notre partenariat avec France Services pour l'accueil de niveau 1.			X	X		Rapport d'évaluation des préconisations issues de la LR.
	Coordonner nos offres de service de proximité avec celle des autres opérateurs (autres branches et inter-régimes, collectivités territoriales dont Conseils départementaux en particulier).		X	X	X	X	Proposition d'une stratégie nationale pour l'élaboration d'un schéma territorial.
	Définir une politique d'accueil coordonnée avec la Cnaf (accueil physique).	X					Note d'opportunité partagée avec la Cnaf.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
3. Renforcer et développer la logique « Dites-le nous une fois »	Définir avec l'État et les autres branches la gouvernance de l'utilisation de la donnée.	X					Texte d'application de la loi 3DS.
	Définir un plan de développement et de promotion des API (notamment avec la Cnaf, Pôle Emploi, la DGFIP).		X				Plan de développement et plan de promotion des API.
	Établir un plan de développement des services dématérialisés avec les autres branches et mettre en ligne les parcours communs intégrés en tenant compte du PNDS.		X	X	X	X	Plan d'actions et sa mise en œuvre.
4. Contribuer à la mise en qualité des données sociales.	Identifier et partager les risques en lien avec la non-qualité des données sociales. Proposer des indicateurs de suivi de leurs risques et assurer leur suivi. Cartographier les contrôles métiers appliqués.	X	X	X	X	X	Définition et production des indicateurs en articulation avec la gouvernance partagée. Cartographie actualisée des contrôles appliqués.
	S'inscrire dans le processus partagé de détection, de suivi et de correction des anomalies. Mise en place d'un processus permettant la résolution rapide des situations d'urgence pour les assurés, un parcours « assurés » sans couture et la remontée des signalements à la cellule « anomalies » et partage avec les acteurs de la fiabilisation.	X	X	X	X	X	Instruction au réseau décrivant les modalités de gestion et de suivi. Construction des outils SI à destination des assurés et des agents nécessaires à la mise en œuvre du processus. Tableaux de bord de suivi des anomalies.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Piloter, notamment à travers la mise en place d'un comité de pilotage semestriel, les travaux d'amélioration et de création de parcours interbranches	X	X	X	X	X

02

ASSURER L'ACCESSIBILITÉ TERRITORIALE ET FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SOINS

FICHE N°2.1

GARANTIR L'ACCESSIBILITÉ TERRITORIALE AUX SOINS ET LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

ENJEUX

Dans la période conventionnelle précédente, l'Assurance Maladie a mis en place plusieurs dispositifs novateurs destinés à lutter contre les déserts médicaux en partenariat avec les professionnels de santé et l'État. Compte tenu des tensions sur la démographie médicale, l'accessibilité territoriale aux soins reste néanmoins un défi majeur de notre système de santé que cette COG doit relever.

Mieux répondre aux besoins de la population, en termes d'accès territorial aux soins, notamment pour les malades chroniques, aussi bien que pour l'accès à des soins rapides non programmés, est le premier des enjeux que le système de soins doit relever. Il passe par la déclaration d'un médecin traitant pour chaque assuré.

Le développement des prises en charge en ambulatoire, qui s'est accéléré sur la période récente, doit également être poursuivi.

Des solutions existent, comme par exemple la création en 2019 du métier d'assistant médical, qui a montré tout son intérêt pour permettre aux médecins de prendre en charge plus de patients et d'améliorer leurs conditions de travail. Les dispositifs d'aide à l'installation, de délégation de tâches, ou de numérique en santé, participent des mêmes logiques.

La situation actuelle appelle à accélérer, renforcer et amplifier ces actions pour mieux répondre aux attentes de la population.

Les prochaines négociations conventionnelles avec les médecins seront l'occasion de construire sur ces sujets les bases d'un modèle renouvelé d'organisation des soins, à même de mieux répondre aux besoins de la population. Ce modèle renouvelé implique de redonner du temps médical, soutenir en particulier les zones sous-denses, rénover le cadre de la télémedecine, tout en accompagnant les acteurs, et donner un rôle plus important aux territoires en renforçant encore le rôle pivot des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans l'organisation territoriale de la réponse ambulatoire.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'accessibilité du système de santé nécessite de redonner du temps médical pour améliorer l'accès au médecin traitant.

Les dispositifs déjà mis en place seront développés, notamment les assistants médicaux ou les collaborations avec les autres professionnels de santé, dont les infirmiers Asalée et les infirmiers libéraux en pratique avancée (IPA) ou encore les pharmaciens correspondants qui peuvent renouveler des traitements chroniques ou ajuster

les posologies en liaison avec le médecin traitant. Un modèle de collaboration efficace entre les médecins et les autres professionnels de santé du territoire sera défini en réfléchissant avec les professionnels à la délégation de tâches. Les médecins recevront un soutien administratif pour constituer leur cabinet médical. Le patient sera accompagné dans son recours et son adhésion aux soins.

Les conventions avec les professionnels de santé chercheront à refonder le pacte démographique.

La connaissance juste et objective de l'offre de santé et du recours aux soins sur le territoire est un prérequis indispensable pour prioriser les actions. C'est pourquoi les données de santé seront partagées au niveau des territoires, notamment dans le cadre des conseils national de la refondation (CNR) territoriaux. Des dispositifs permettant d'assurer la présence de médecins spécialistes pour pratiquer des consultations avancées dans les zones sous-denses seront créés. Dans le cadre des conventions avec les professionnels de santé, des aides à l'installation plus simples seront proposées pour qu'elles soient plus utilisées et deviennent de véritables leviers d'incitation. De même, les chantiers de mise à jour des zonages, plus réguliers et transparents (notamment ceux des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes), devront être ouverts, et celui des médecins spécialistes devra être finalisé.

Le déploiement des nouvelles organisations de soins coordonnés constituera de nouveau une priorité. Deux logiques différentes seront poursuivies : une organisation territoriale des soins fondée sur une logique populationnelle et une organisation autour du patient axée sur une amélioration de son parcours de soins. Ainsi, l'Assurance Maladie poursuivra sa mobilisation pour assurer la montée en charge des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en portant un objectif de couverture de 100 % de la population et une demande de résultats prioritairement sur leurs missions socles, et notamment sur l'accès aux soins. L'action des CPTS devra être évaluée et les financements devront évoluer progressivement vers une rémunération sur la base d'indicateurs de résultats et non uniquement de moyens. Le développement des organisations de soins coordonnés (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés, etc.) sera soutenu et l'Assurance Maladie les accompagnera dans l'évaluation de l'impact de leurs actions (continuité et qualité de la prise en charge).

La prise en charge des soins non programmés devra impliquer à terme l'ensemble des professionnels de santé du territoire qui peuvent y contribuer. Dans la continuité des mesures gouvernementales de l'été 2022, et en lien avec le ministère, l'Assurance Maladie contribuera à la généralisation du service d'accès aux soins (SAS), puis au renforcement des SAS lancés, ainsi, plus généralement, qu'à la prise en charge des soins non programmés. L'Assurance Maladie accompagnera également les travaux qui pourront être menés en vue d'améliorer la lisibilité des organisations de prise en charge des soins non programmés (SAS et permanence des soins ambulatoires) sur les volets qui relèvent de sa compétence (rémunération, en particulier). Elle soutiendra, en lien avec les Agences Régionale de Santé (ARS), les collectivités locales et les professionnels de santé concernés, les différentes solutions pour faire face aux situations de tension particulièrement fortes sur l'offre de soins. Elle participera activement à la communication autour de ces dispositifs.

L'Assurance Maladie cherchera à utiliser pleinement toutes les potentialités offertes par la télé-médecine et l'exploitation des données de santé. Si elle demande un encadrement précis de son utilisation, la e-santé constitue une ressource pour l'accès aux soins, notamment pour répondre aux problèmes des déserts médicaux. Ainsi, le développement de la télésurveillance, de la télé-expertise et de la téléconsultation, notamment de la téléconsultation assistée, sera recherché. L'Assurance Maladie participera à la mise en place des dispositifs de régulation des plateformes de téléconsultation prévus par l'article 53 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2023. Elle privilégiera les solutions de travail en réseau interopérables, conformes aux exigences définies par le ministère, au sein des organisations de soins coordonnés, et développées avec les établissements de santé.

PARTICIPATION DU GROUPE UGECAM

Les établissements et les services sanitaires et médicosociaux du Groupe Ugecam ont vocation à se rapprocher des nouvelles organisations de soins coordonnés, notamment des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), pour répondre aux besoins des territoires.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à développer et à améliorer la plate-forme nationale SAS (service d'accès aux soins).

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Libérer du temps médical pour améliorer l'accès au médecin traitant	Déployer les assistants médicaux.	X	X	X	X	X	Nombre d'assistants médicaux en ligne avec l'objectif de 10 000. Bilan annuel du dispositif incluant des éléments chiffrés sur le nombre d'assistants médicaux et les conséquences en matière de taille de file active des médecins traitants.
	Déployer les infirmiers libéraux en pratique avancée (IPA).	X		X			2023 : action de communication (patients, infirmiers et médecins). 2025 : 3 000 IPA libérales et infirmiers mis à disposition des médecins.
2. Refonder le pacte démographique avec les professionnels de santé	Produire et partager des données de santé du territoire pour objectiver les priorités d'actions.				X		Outil de visualisation des données de l'AM avec les CPTS et les mettre à jour régulièrement.
	Déployer la téléconsultation assistée et prévoir des mesures d'accompagnement et de communication.		X				Action de communication à destination des patients, des infirmiers et des médecins.
	Assurer la présence de médecins spécialistes pour pratiquer des consultations avancées dans les zones sous-denses.	X					Intégration de la disposition dans la convention médicale.
	Rationnaliser les aides à l'installation (contrats démographiques), plus simples et plus utilisées.	X					Intégration de la disposition (proposition de plusieurs dispositifs) dans la convention médicale avec des incitateurs différents.
	Renforcer le service d'accès aux soins et la prise en charge des soins non programmés.	X					Intégration de dispositifs incitatifs dans la convention médicale.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
3. Déployer les nouvelles organisations de soins coordonnés	Expérimenter et proposer un cadre conventionnel pour les ESS et les ESP.	X					Publication des cahiers des charges des ESP et ESS.
	Continuer le déploiement des CPTS pour une couverture totale du territoire.	X					Couverture à 100 % de la population puis suivi de la part de la population ayant recours aux CPTS à partir de 2024. Révision de l'ACI pour paiement au résultat.
	Accompagner les organisations de soins coordonnés dans l'évaluation de l'impact de leurs actions (continuité, qualité et meilleure prise en charge).	X	X	X	X	X	Reporting annuel sous une forme qui reste à déterminer.
4. Utiliser toutes les potentialités du numérique	Privilégier des solutions de travail en réseau interopérables (au sein des organisations de soins coordonnés et avec les établissements de santé).			X			Obligation d'utiliser des solutions référencées par le ministère.
	Renforcer l'usage de mon espace santé pour gagner en efficacité, en qualité et incarner le parcours patient.			X			Accroître le remplissage par les PS cette action est suivie dans le cadre de la fiche 6.1
	Poursuivre la structuration du développement de la télésanté.	X					Statut des offreurs de téléconsultation

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Développer et améliorer la plate-forme nationale SAS	X				

FICHE N°2.2

GARANTIR L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DES SOINS

ENJEUX

Même si, depuis 2011, le taux moyen de prise en charge de la consommation de soins par l'Assurance Maladie augmente continûment pour atteindre 79,8 % en 2020, des situations de renoncement aux soins pour des raisons financières peuvent demeurer.

Ainsi, le reste à charge en santé des ménages s'élève à environ 13,6 milliards d'euros en 2020, soit 202 euros par habitant et par an (autour de 7 % de la consommation totale de soins).

Il appartient à l'Assurance Maladie, en lien avec les autres financeurs du système de soins, notamment les organismes complémentaires, et avec l'ensemble des acteurs, de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins des assurés.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie optimisera le 100 % Santé sur les prestations actuelles et mènera des études sur les possibilités de son extension à de nouveaux soins ou dispositifs médicaux pour lesquels des renoncements aux soins peuvent être constatés.

Si le bilan du 100 % Santé est globalement positif, il reste à consolider dans le domaine de l'optique. En effet, les lunettes comportant au moins un dispositif 100 % Santé (verres correcteurs et/ou montures) représentent seulement 17 % des équipements complets délivrés en 2021. C'est pourquoi l'Assurance Maladie améliorera le recours aux offres actuelles 100 % Santé en menant des campagnes d'information grand public multicanales, en renforçant les contrôles et en continuant à accompagner les professionnels de santé.

Des travaux seront également menés pour actualiser les paniers en optique (les verres à très fortes corrections et les verres correcteurs/réducteurs de la myopie chez les enfants), dentaire et audio afin d'ajuster la qualité des produits proposés aux besoins des assurés. En parallèle,

des analyses seront réalisées sur des segments d'extension du 100 % Santé à de nouvelles prestations.

L'Assurance Maladie améliorera et simplifiera le recours à la Complémentaire santé solidaire (C2S).

En collaboration avec l'État, les démarches d'accès à la C2S seront simplifiées. Elles feront également l'objet, lorsque cela est possible, d'un échange de données automatisé entre institutions pour faciliter l'accès aux droits (entre la Cnaf et Pôle Emploi, par exemple). Les actions de communication sur ce dispositif seront poursuivies.

L'Assurance Maladie développera le tiers payant chez tous les professionnels de santé.

En dehors des situations où il est obligatoire, le tiers payant est diversement utilisé par les professionnels de ville. Les infirmiers, les pharmaciens et les laboratoires d'analyses l'appliquent dans plus de 90 % des cas, alors que les médecins et les dentistes restent très en retrait. L'Assurance Maladie continuera de mener des actions

visant à lever les freins à l'usage du tiers payant par les professionnels de santé, en facilitant les procédures ou l'accompagnement des acteurs, voire grâce à des dispositifs d'incitation, au travers de l'outil conventionnel, ou par la revue des conditions de garantie de paiement.

L'Assurance Maladie travaillera à un renforcement de la maîtrise des dépassements d'honoraires. Jusqu'en 2020, le taux de dépassement moyen était en diminution. Il est toutefois reparti légèrement à la hausse en 2021, les dépassements passant de 46,5 % à 47,9 % du total des honoraires remboursables. Parallèlement, la part des médecins spécialistes en secteur 2 augmente constamment depuis 20 ans et passe de 37 % en 2000 à 51 % en 2021. À l'inverse, la part de médecins généralistes en secteur 2 diminue de 14 % à 5 % sur la même période.

Les discussions conventionnelles devront proposer des mesures visant à modérer les dépassements d'honoraires en révisant les dispositifs existants ou en proposant de nouveaux dispositifs. Par ailleurs, une attention particulière sera portée aux actions individualisées motivées par les pratiques tarifaires excessives.

En outre, pour lutter contre le renoncement aux soins, la future convention dentaire devra être l'occasion d'engager des travaux permettant de limiter les restes à charge pour les familles dans le domaine de l'orthodontie. Du fait de l'application de tarifs libres et de l'importance des dépassements constatés, l'orthodontie est susceptible de représenter des restes à charge importants pour les ménages, en fonction de la qualité de leur couverture complémentaire. Des travaux préalables pourraient ainsi être menés afin, dans un premier temps, d'actualiser la nomenclature sur ces actes pour en améliorer la traçabilité.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à :

- étudier les évolutions législatives ou réglementaires pour l'extension du 100 % Santé ;
- soutenir la pratique du tiers payant ;
- améliorer la mise en œuvre effective du tiers payant ;
- simplifier l'attribution de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ;
- mettre en œuvre la C2S à Mayotte.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

1. Optimiser le 100 % santé sur les prestations actuelles et le proposer sur des prestations où le reste à charge des assurés est élevé	Communiquer sur le 100 % santé auprès des assurés et des professionnels de santé et contrôler sa bonne diffusion par les professionnels.	X	X	X	X	Mise en valeur de l'offre 100 % santé sur ameli.fr Valorisation des contenus ameli dans les newsletters « assurés et « médecins ». Campagnes d'accompagnement de contrôle des PS par les délégués de l'Assurance Maladie.
	Actualiser les paniers optique, dentaire et audio pour les mettre à jour des avancées techniques et les faire correspondre aux besoins des assurés. Étendre en parallèle les dispositifs aux prestations pour lesquelles le RAC est important.	X	X	X	X	Champs basculés dans le 100 % santé ou sur un dispositif de réduction des restes à charge : - optique : verres à forte correction / verres réducteurs de la myopie chez l'enfant ; - prothèses capillaires ; - traitements orthodontiques.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
2. Développer le tiers payant chez tous les professionnels de santé	Accompagner les PS dans la pratique du tiers payant.	X	X	X	X	X	Campagne de communication d'information et d'accompagnement.
	Lier la garantie de paiement du PS lorsqu'il applique le tiers payant à l'utilisation de la carte Vitale et à un appel systématique au service de droits en ligne Adri.		X				Adaptation du code de la Sécurité sociale pour conditionner la garantie de paiement en tiers payant à la consultation d'Adri.
3. Réduire les dépassements d'honoraires	Réformer la CCAM en trois ans puis la mettre à jour de manière régulière pour mieux décrire et valoriser l'activité des médecins afin de garantir une meilleure allocation des ressources et une adéquation avec la réalité de la pratique médicale.	X	X	X	X	X	Poursuite de la réforme de la CCAM et bascule par spécialité.
	Réviser les dispositifs de limitation des dépassements d'honoraires dans les conventions, notamment en révisant l'Optam et l'Optam-CO dans la nouvelle convention. médicale ainsi qu'en conditionnant l'accès au secteur 2	X					Révision ou création de dispositifs de limitation des dépassements d'honoraires dans la convention médicale.
4. Améliorer et simplifier le recours à la C2S	Promouvoir les dispositifs existants.	X	X	X	X	X	Réalisation d'actions de communication en direction du grand public et des partenaires.
	Ouvrir le recours à la C2S pour les habitants de Mayotte.		X				Mise en place de la version Indigo correspondante.
	Simplifier les démarches d'accès à la C2S en limitant l'action de l'assuré.	X					Mise en place de consultations d'une API sur la déclaration fiscale de la DGFIP par notre applicatif de traitement des demandes.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Étudier les évolutions législatives ou réglementaires pour l'extension du 100 % santé	X	X	X	X	
Soutenir la pratique du tiers payant	X	X	X	X	
Améliorer la mise en œuvre effective du tiers payant	X	X	X	X	X
Simplifier l'attribution de la Complémentaire santé solidaire (C2S)	X	X	X		
Mettre en œuvre la C2S à Mayotte			X		

FICHE N°2.3

ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

ENJEUX

Au-delà des dispositifs garantissant l'accès territorial et financier aux soins, il est nécessaire d'accompagner de façon attentionnée les assurés éloignés du système de santé dans leur accès aux droits, aux soins et à la prévention.

La crise sanitaire a de nouveau démontré ce besoin, comme elle a mis en exergue, dans le même temps, l'adaptabilité et la réactivité de l'Assurance Maladie pour mettre en œuvre cet accompagnement.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie renforcera la démarche d'« aller vers ».

L'Assurance Maladie poursuivra et accentuera ses actions d'« aller vers ». À partir d'un diagnostic territorialisé de l'accès aux soins et de la mise en œuvre de partenariats avec les acteurs locaux (institutions ou associations), l'ensemble des moyens sera mobilisé pour permettre aux populations éloignées du système de santé du fait d'une vulnérabilité sociale ou médicale d'accéder aux mêmes services et prestations que le reste de la population. Les actions seront mises en œuvre de façon graduée, de la campagne générale de communication à l'accompagnement attentionné « hors les murs », en passant par l'envoi de messages multicanaux. Ces personnes seront identifiées grâce à des outils statistiques construits par la Caisse nationale et mis à la disposition du réseau.

Plusieurs publics cibles apparaissent prioritaires : les jeunes, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes au chômage de longue durée et les personnes atteintes d'une maladie chronique. Ces stratégies se déploieront sur des problématiques diverses, concernant aussi bien l'accès aux droits que l'accès aux soins, l'accès à la prévention et l'accès

au numérique en santé. Cette démarche pourra se traduire par une réflexion pour reconduire le dispositif d'« aller vers » (équipes mixtes qui se déplacent dans les CHU/CHRS), né pendant le Covid-19 et formalisé depuis.

Au-delà de ces démarches d'« aller vers », l'Assurance Maladie cherchera à optimiser la lutte contre les non-recours en améliorant ses accompagnements pour les rendre plus efficaces afin de réintégrer les assurés vulnérables dans le système de santé.

Elle privilégiera un accompagnement complet de l'assuré, sur l'ensemble des problématiques liées à l'accès à la santé. Cet accompagnement s'adresse à des assurés en situation de vulnérabilité ou traversant des moments de vie particuliers (naissance d'un enfant, décès d'un proche, séparation, chômage, passage à la retraite, etc.). Les travailleurs indépendants font également l'objet d'une approche attentionnée spécifique en raison de l'impact des problématiques de santé sur leur situation sociale et économique.

L'offre d'accompagnement proposée par l'Assurance Maladie à travers les missions d'accompagnement santé porte sur un champ très large : elle concerne à la fois l'accès aux droits, aux soins et à la santé ; elle adopte une approche adaptée par territoire et intègre, si cela est nécessaire, un ac-

compagnement social. L'offre d'accompagnement implique cependant une approche transversale et coordonnée de multiples acteurs : acteurs du réseau de l'Assurance Maladie – missions d'accompagnement santé des CPAM (MAS), service médical, service social, centres d'exams de santé (CES) et établissements du réseau Ugecam –, acteurs institutionnels – agences régionales de santé (ARS), dispositifs d'appui à la coordination (DAC), collectivités territoriales –, offreurs de soins et acteurs associatifs.

En dehors des prestations légales, les financements d'aides issus du budget d'action sanitaire et sociale (ASS) pourront s'articuler avec ceux de nos partenaires institutionnels, en particulier ceux de la branche famille et des collectivités territoriales (voir orientation 1.3).

En matière d'accès aux droits et aux soins des personnes vivant avec un handicap (PH), l'Assurance Maladie poursuivra les objectifs suivants :

- l'identification dans ses systèmes d'information des personnes vivant avec un handicap et de la nature de leur handicap. L'exploitation de ces données doit permettre de mieux connaître la prise en charge et le parcours des personnes vivant avec un handicap et d'envisager la prise en compte de ces données dans la tarification des professionnels de santé ;
- l'amélioration de l'accès aux droits, en agissant à la fois sur l'accessibilité de l'information et de nos services, sur un accompagnement attentionné des personnes vivant avec un handicap (MAS, actions « aller vers »). Cela passe notamment par une acculturation des agents et des collaborations interbranches, et la mise à niveau régulière de nos outils numériques ;
- l'amélioration de l'accès aux soins grâce à la sensibilisation des professionnels de santé, à l'adaptation et à la valorisation des prises en charge selon la réalité du handicap, qui peut s'inscrire dans le cadre de conventions avec les professionnels de santé. Cela passe également par des actions de prévention spécifiques à destination des personnes vivant avec un handicap ;
- la recherche de solutions organisationnelles : mise en place de parcours, en lien avec les nombreux acteurs de l'écosystème, notamment médico-social ; identification de professionnels de santé formés ou habitués à la

prise en charge de PH ; définition de la place accordée aux aidants.

Parmi les leviers pour poursuivre ces objectifs, les partenariats avec des associations, tant au niveau national qu'au niveau local, seront renforcés et évalués. La dynamique engagée autour de la charte « Romain Jacob » sera notamment poursuivie. Sur l'ensemble de ces chantiers, l'Assurance Maladie s'appuiera sur l'expertise et la mobilisation du Groupe Ugecam et de ses établissements.

Les accompagnements seront évalués tout au long de la COG.

Il s'agira tout d'abord d'en mesurer l'efficacité au regard de l'intégration de l'assuré dans le système de santé et de sa maîtrise de son parcours de soins (observation comportementale, données de consommation de soins et de prévalence). Il s'agira également de les améliorer, notamment en travaillant avec des sociétés savantes et des partenaires, tels que l'Odenore, l'Irdes, la Drees ou Santé publique France (SPF).

La prévention de la désinsertion professionnelle sera poursuivie.

Par ailleurs, la COG 2018-2022 avait porté une expérimentation de plate-forme pluridisciplinaire en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Dans le cadre de la loi du 2 août 2021, l'Assurance Maladie continuera à renforcer la détection précoce des assurés en risque de désinsertion professionnelle et de les accompagner en lien étroit avec la branche Risques professionnels. Elle veillera également à sensibiliser les professionnels de santé aux enjeux de la PDP.

PARTICIPATION DU GROUPE UGECAM

Le Groupe Ugecam fait bénéficier le réseau de l'Assurance Maladie de son expertise sur le handicap. Il collabore avec l'Institut I.4.10 à une formation sur le handicap à destination des personnels des CPAM, afin de renforcer leur culture sur ce sujet. Cette formation comprend des modules de formation et de stages d'immersion dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux du Groupe Ugecam. Celui-ci apportera également son appui à la structuration des campagnes des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) sur le handicap.

Les établissements et services sanitaires et médico-sociaux du Groupe Ugecam se positionneront comme force de propositions et laboratoire d'expérimentations sur la politique du handicap.

Le Groupe Ugecam facilitera l'accès aux soins de ville dans des conditions de droit commun aux personnes accueillies dans ses établissements et services médico-sociaux. Des modes d'organisation et de coopération visant à faciliter le recours des personnes accompagnées à la prévention et aux soins y seront expérimentés.

Le Groupe Ugecam continuera de contribuer aux travaux de l'Assurance Maladie sur la prévention de la désinsertion professionnelle. Ses établissements et services sanitaires et médico-sociaux développeront leur offre de services en diffusant les pratiques innovantes sur ce thème.

ENGAGEMENTS COMMUNS A LA COG AT/MP

En matière de reconnaissance AT/MP, l'accompagnement des salariés dans un parcours déclaratif complexe est essentiel.

Des méthodes plus efficaces de détection de l'origine professionnelle de certaines maladies, notamment en sensibilisant les assurés et les médecins prescripteurs, seront expérimentées. En appui avec les missions d'accompagnement santé (MAS) de l'Assurance Maladie ou avec d'autres acteurs internes, il sera également proposé aux assurés qui en ont besoin un accompagnement adapté lorsqu'ils souhaitent déclarer une maladie professionnelle. Enfin, l'information des assurés comme des professionnels de santé doit être accrue pour que l'ensemble des acteurs concernés puisse contribuer au plein accès aux droits.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Renforcer la démarche d'« aller-vers »	Établir des diagnostics territoriaux pour cibler les actions d'« aller vers ».	X					Copil annuel de pilotage de Terri.
	Cibler plus efficacement les publics éloignés du système de soins pour améliorer les actions d'« aller vers ».	X					LR portant l'animation et le pilotage du « aller vers ».
	Enrichir et évaluer les collaborations avec les partenaires (institutionnels, collectivités territoriales, ARS, partenaires accompagnant les TI).	X	X	X	X	X	Conventions des nouveaux partenariats par année de COG.
	Mettre en place des actions d'« aller vers » de prévention et d'éducation pour la santé.	X					Fixation des lignes directrices nationales et vis à vis du réseau.
	Déployer le modèle de la PDP en tenant compte de la loi « santé et prévention au travail » et de l'expérimentation Plate-forme.	X	X				Mise en place du modèle de convergence défini sur la base des différentes expérimentations menées. Part d'assurés ayant été accompagnés au titre de la PDP.
2. Poursuivre et optimiser la lutte contre le non-recours	Enrichir le plan stratégique d'accompagnement attentionné, en particulier via des méthodes 360, par de nouvelles approches populationnelles ou des événements de vie (TI, jeunes, personnes écrouées, actifs précaires, demandeurs d'emploi frontaliers, etc.).	X	X	X	X	X	Cartographie des programmes nationaux.
	Optimiser et sécuriser l'utilisation des fonds ASS (tant individuel que collectif).	X					Définition d'un socle des règlements intérieurs des conseils des CPAM et établissement d'un catalogue des bonnes pratiques, à enrichir tout au long de la COG.
	Favoriser la précocité et la coordination des interventions sociales en lien avec les partenaires internes (CPAM, service médical) et externes.	X	X	X	X	X	Mise en place d'un circuit coordonné SM-SS CPAM (sécurisation des parcours en santé).
	Mesurer les accompagnements et leurs impacts grâce à des études partenariales.		X	X			Études réalisées par l'Odénore, l'IRDES et la Drees.
	Renforcer la lutte contre le non-recours en mesurant l'impact des actions d'« aller vers » de la Cnam en direction des publics éligibles à la C2S.	X	X				Publication d'études et résultats C2S et/ou rapports sur les charges et produits (mise à jour étude 2015).

FICHE N°2.4

MOBILISER L'OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT DES UGECAM EN APPUI DES PRIORITÉS DE L'ASSURANCE MALADIE

ENJEUX

Au sein du Groupe Ugecam, dans près de 245 établissements et services sanitaires et médico-sociaux, 14 000 professionnels prennent en charge des patients et accompagnent des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Pendant la crise sanitaire, ils ont su maintenir leurs activités de soins et d'accompagnement et prendre en charge des patients touchés par le Covid-19, grâce à une adaptation rapide aux nouveaux besoins.

Le Groupe Ugecam veille à adapter son offre à un environnement sanitaire et médico-social en constante évolution, marqué par un virage ambulatoire, inclusif et domiciliaire. Cette dynamique de transformation de l'offre va se poursuivre dans la prochaine COG qui comportera également une réforme du financement des soins de suite et de réadaptation impactant la moitié des recettes du Groupe Ugecam.

Dans ce contexte, deux défis majeurs doivent être relevés : renforcer la pertinence et la qualité des prises en charge et des accompagnements et garantir durablement l'équilibre économique du groupe.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie entend positionner le Groupe Ugecam comme son opérateur dans les secteurs sanitaire et médico-social, en intégrant notamment les centres de santé des caisses primaires. Les conditions d'un rapprochement avec Filieris seront étudiées en fonction des résultats de l'audit engagé et des concertations nécessaires, comme envisagé dans la COG entre l'État et le régime minier.

Le Groupe Ugecam poursuivra la transformation et le développement de son offre pour répondre aux besoins des patients et des personnes accompagnées sur les territoires.

En ce qui concerne l'offre sanitaire, les réformes des autorisations et du financement pour les soins médicaux et de réadaptation, ainsi que pour la psychiatrie, doivent être mises en œuvre.

Dans ce cadre, le Groupe Ugecam contribuera au maintien d'une offre graduée de soins médicaux et de réadaptation sur le territoire, en conciliant des activités d'expertise de recours et des offres de proximité en lien avec l'offre ambulatoire. Le virage ambulatoire des prises en charge de réadaptation sera amplifié. Les établissements du Groupe Ugecam relaieront les campagnes de prévention nationales.

En ce qui concerne l'offre médico-sociale, le virage inclusif des accompagnements sera accentué, en particulier en lien avec l'école ordinaire et les entreprises. Une offre d'aide aux aidants et de répit sera développée.

Ces transformations seront soutenues grâce à la poursuite de la modernisation du parc immobilier.

Le groupe continuera à consolider sa performance dans trois domaines : l'équilibre économique, la qualité des prises en charge et des accompagnements et la responsabilité sociale des organisations.

Enfin, le groupe utilisera pleinement les potentialités offertes par le numérique en santé. La modernisation du système d'information sera ainsi poursuivie, les modalités de prise en charge et d'accompagnement à distance (télémédecine, télé-réadaptation, accompagnement à distance,

formation à distance) seront développées ainsi que l'offre numérique de services administratifs aux patients et aux personnes accompagnées.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à accompagner le Groupe Ugecam pour un rapprochement réussi avec Filieris, et à faciliter la représentation du Groupe Ugecam dans les instances régionales et nationales, sur le modèle des centres de lutte contre le cancer.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Renforcer le positionnement du Groupe Ugecam comme opérateur de l'Assurance Maladie dans les secteurs sanitaire et médico-social, notamment en intégrant les centres de santé des caisses primaires	Être partie prenante des innovations portées par l'Assurance Maladie.	X	X	X	X	X	Le rapport d'activité annuel sur les innovations portées par l'Assurance Maladie déployées ou initiées dans le Groupe Ugecam.
	Transférer aux Ugecam la gestion des centres de santé de l'Assurance Maladie.		X				Intégralité des centres de santé transférés au 31/12/2024.
	Mettre en œuvre le rapprochement avec Filieris			X			À voir avec la DSS.
	Conforter la représentation institutionnelle du Groupe Ugecam aux niveaux national et régional.		X	X	X	X	Présence dans les instances pertinentes pour le groupe (Copil SSR de la DGOS, conseils territoriaux des ARS, etc.).
2. Transformer l'offre du Groupe Ugecam pour répondre aux besoins des patients et des personnes accompagnées sur les territoires.	Dans le champ du sanitaire : développer les activités ambulatoires, renforcer les autorisations spécialisées en SMR et développer les activités gériatriques.	X	X	X	X	X	Part de l'activité ambulatoire (HDJ) dans l'activité sanitaire.
	Transformer et développer l'offre médico-sociale : prendre les virages inclusif et domiciliaire, développer l'aide aux aidants et le répit, accompagner les cas complexes, transformer l'offre en dispositifs et plates-formes.		X	X	X	X	Inscription dans les CPOM des Ugecam.
	Poursuivre la modernisation du parc immobilier du Groupe Ugecam.	X					Élaboration et mise en œuvre d'un schéma directeur immobilier national du Groupe Ugecam.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
3. Continuer à améliorer la performance du Groupe Ugecam	Veiller à l'équilibre économique du Groupe Ugecam.	X	X	X	X	X	Arrêtés des comptes.
	Respecter des standards élevés de qualité.	X	X	X	X	X	Les résultats de la certification HAS dans le sanitaire : 100 % des établissements éligibles (concernés) certifiés au minimum « certification qualité confirmée ». Les résultats de l'évaluation de la qualité dans le médico-social : 100 % des établissements éligibles (concernés) avec un résultat d'évaluation externe cotation 3 minimum et aucun critère impératif (<3.5).
	Définir et mettre en œuvre un projet social et environnemental.	X	X	X	X	X	SDRH et feuille de route RSO.
4. Faire entrer pleinement le Groupe Ugecam dans l'ère du numérique	Développer les modalités de prise en charge et d'accompagnement à distance.			X	X	X	Suivi annuel du déploiement (plate-forme numérique, PSSI).
	Développer l'offre numérique de services administratifs aux patients et aux personnes accompagnées					X	Déploiement de services en ligne de pré-admission. L'alignement du système d'information sur les standards de facturation (Fides, ROC). La mise en œuvre des services en ligne pour la facturation et le paiement du reste à charge patients et usagers (catalogue national de services référencés).

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Accompagner le Groupe Ugecam pour un rapprochement réussi avec Filiéris			X		
Faciliter la représentation du Groupe Ugecam dans les instances régionales et nationales, sur le modèle des centres de lutte contre le cancer		X	X	X	X

03

FAIRE DE LA PRÉVENTION,
DES ENJEUX DE LA TRANSITION
ÉCOLOGIQUE ET DE LA SANTÉ
PUBLIQUE DES MARQUEURS
DE L'ENGAGEMENT
DE L'ASSURANCE MALADIE

FICHE N°3.1

ACCÉLÉRER LE VIRAGE PRÉVENTIF DU SYSTÈME DE SANTÉ ET FAIRE DE L'ASSURANCE MALADIE UN ACTEUR DE RÉFÉRENCE

ENJEUX

Les indicateurs de santé en matière de participation au dépistage des cancers, de respect du calendrier vaccinal, de suivi de la mère et de l'enfant, d'addictions, d'activité physique et de sédentarité, ou encore d'accompagnement des malades chroniques montrent que la prévention reste aujourd'hui insuffisamment développée dans notre système de santé.

Forte de son expérience liée à la vaccination, au tracing, aux relations nouées avec les professionnels de santé dans le cadre de la lutte contre la pandémie de Covid-19 et de sa légitimité auprès de la population et de ses partenaires, l'Assurance Maladie entend se positionner comme un acteur de référence en prévention pour contribuer à la réduction des retards sur les grands indicateurs de santé publique.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé définie par l'État, où la prévention est réaffirmée comme un axe stratégique, l'Assurance Maladie a pour mission de contribuer pleinement à l'accélération du « virage » préventif du système de santé. En effet, elle contribue largement à la politique de prévention et d'accompagnement en santé depuis de nombreuses années grâce à des actions déployées pour certaines il y a plus de dix ans (vaccination M'T dents, « Mission : retrouve ton cap », prévention des maladies chroniques comme avec sophia, etc.). Contribuer à la santé publique et éviter la survenue de pathologies ou leur aggravation est l'une de ses missions premières, au titre de son rôle d'assureur. Elle inscrit son action dans un objectif de contribution à la réduction des inégalités en santé en intégrant dans ses programmes et actions une attention particulière pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Elle partage ces enjeux avec les organismes complémentaires et échangera régulièrement avec eux sur les méthodes employées pour favoriser la participation aux actions de prévention.

D'une façon générale, elle prendra également toute sa place aux côtés des ARS dans le pilotage et la mise en œuvre des politiques de prévention et de santé publique dans les régions.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'engagement de l'Assurance Maladie est d'améliorer le taux de participation au dépistage organisé des cancers, en particulier grâce à la simplification et au renforcement de l'efficacité de la gestion des invitations et des relances aux dépistages organisés des cancers.

À cet effet, conformément à l'annonce du ministre de la Santé et de la prévention, l'Assurance Maladie sera au cœur d'une organisation renouvelée reposant sur :

- la reprise du pilotage des invitations dès 2024 ;
- la mobilisation systématique d'opérations d'« aller-vers » en lien avec les acteurs des territoires ;

- le recentrage des missions confiées aux centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) sur leurs missions essentielles de suivi des résultats, d'information et de formation des professionnels de santé.

Elle mènera ses actions en lien avec les médecins traitants.

Elle s'engagera à soutenir particulièrement les campagnes de vaccination.

Elle mènera un plan d'action visant à soutenir la vaccination contre les infections par papillomavirus humains (HPV). Elle poursuivra son investissement dans l'organisation des campagnes de vaccination contre la grippe et le Covid.

L'Assurance Maladie renforcera l'adhésion aux dispositifs de prévention et sensibilisera aux priorités de santé publique portées par l'État.

Afin d'assurer la mise en œuvre des rendez-vous de prévention à des âges clés de la vie, l'Assurance Maladie sera en charge d'y inviter la population (invitations et relances, déploiement dans Mon espace santé, démarche d'« aller vers » à destination des publics vulnérables ou éloignés du système de santé). L'Assurance Maladie contribuera à l'évaluation de ce programme.

Pour toucher toute la population et en particulier les femmes enceintes et les enfants, l'Assurance Maladie densifiera l'offre de prévention et d'éducation pour la santé pour ces publics.

Elle mettra en place aux côtés de l'État les bilans de prévention aux âges clefs de la vie et s'engage à mener des actions visant à améliorer le taux de participation aux examens prénatals et postnatals, aux examens obligatoires de l'enfant, aux vaccinations, aux programmes M'T dents et « Mission : Retrouve ton cap », ainsi qu'à la consultation « santé sexuelle ».

L'Assurance Maladie participera également, aux côtés de l'État et de ses opérateurs, aux actions de promotion et de prévention ciblées sur ces populations (notamment de bon usage du médicament).

En complément des campagnes portées par la branche AT/MP, elle s'engage à faire du milieu du travail un lieu propice au développement des actions de promotion de la santé, en particulier grâce à des campagnes de communication et en

partenariat avec les Carsat et les services de prévention et de santé au travail.

Elle contribuera à la structuration de programmes de prévention populationnels à des moments ou à des âges clés de la vie, tout en concentrant ses efforts sur les populations vulnérables et éloignées des soins : 1 000 premiers jours, santé des enfants, santé des jeunes (santé sexuelle et santé mentale notamment), personnes âgées et personnes en situation de handicap. Elle favorisera la coordination des acteurs intervenant dans le champ du soin et du social et l'engagement des usagers pour rendre les offres de prévention et de promotion de la santé accessibles à tous, en particulier via les CPTS et les MSP.

Elle systématisera la prévention médicalisée en outillant les professionnels de santé et elle portera une attention particulière à l'adhésion des populations les plus vulnérables – notamment les personnes âgées de plus de 65 ans – aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, en particulier en mobilisant des actions d'« aller vers ». À cet égard, les centres d'examen de santé prioriseront leurs missions auprès de populations socialement défavorisées, primo consultant et éloignées du système de santé. Les établissements des Ugecam porteront une vigilance particulière aux populations vulnérables pour les accompagner dans leurs démarches de prévention et d'éducation à la santé.

D'une façon générale, l'Assurance Maladie mène et coordonne des actions d'information et de sensibilisation des assurés concernant les problématiques de santé, de prévention, de gestion du risque et d'accès aux droits et aux soins.

L'Assurance Maladie investira dans le numérique pour intégrer les logiques de prévention et de promotion de la santé à la fois tout au long de la vie et dans la pratique des professionnels. Mon espace santé constituera le socle du carnet de santé de l'enfant. Les échanges entre la santé scolaire, les centres de Protection maternelle et infantile (PMI) et les médecins libéraux, via, notamment, un outil de partage permettant le renseignement des trois certificats obligatoires de l'enfant, seront favorisés.

Des messages de prévention ciblés selon les

personnes pourront être diffusés dans Mon espace santé. Les applications référencées dans le catalogue proposé dans le cadre de Mon espace santé pourront être mobilisées par les patients pour aider chacun dans ses choix en santé. La dématérialisation des invitations aux programmes M'T dents et de vaccination antigrippale sera testée afin d'augmenter la participation. Un accompagnement attentionné sera organisé, notamment auprès des personnes âgées ou en situation de fracture numérique pour leur proposer des dispositifs alternatifs selon leurs besoins.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à :

- accompagner la réforme des CRCDC en lien avec les ARS ;
- publier les textes nécessaires au déploiement des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie ;
- instruire les évolutions nécessaires permettant de donner une dimension pluriannuelle aux subventions des associations de promotion et d'éducation pour la santé dans le cadre du FLCA pour donner une visibilité aux acteurs locaux et densifier la contractualisation territoriale, et faire évoluer les textes le cas échéant.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Améliorer le taux de participation au dépistage organisé des cancers en particulier en simplifiant et en renforçant l'efficacité du modèle de gestion des invitations	Prendre en charge les invitations aux trois programmes de dépistage des cancers.		X	X			Réalisation des envois des courriers d'invitation et de relance à la place des CRCDC (pour le RG, puis en IR).
	Structurer une démarche d'« aller-vers », sur le modèle de la vaccination Covid.		X	X	X	X	Réalisation d'une démarche d'« aller vers » individuelle (appels téléphoniques personnalisés, proposition de RDV, offre rebond) et déploiement dans les territoires d'actions à caractère collectif de promotion du dépistage en lien avec les acteurs de prévention et les CRCDC et réalisation de son évaluation.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
2. Densifier l'offre de prévention et d'éducation pour la santé, pour toucher toute la population, en particulier les enfants et les femmes enceintes	Déployer les examens de santé aux âges clés de la vie (20-25 ans, 40-45 ans, 60-65 ans).	X	X	X	X	X	Déploiement des trois RDV (invitation et dispositif d'« aller vers »).
	Déployer une offre de promotion de la santé visant à l'adoption de comportements favorables à la santé.	X	X	X	X	X	Déploiement sur les thématiques comportementales (tabac, alcool, activité physique).
	Structurer un programme de prévention auprès des jeunes.	X	X				Ouverture de la plate-forme en ligne « Mon test IST » et mettre à disposition un escape game pour chaque caisse, améliorer les taux de recours à la consultation « santé sexuelle », utiliser « Mon espace santé ».
	Renforcer le programme de prévention maternité/petite enfance.	X	X				Déploiement d'un programme structuré maternité / petite enfance et amélioration des taux de recours (entretien prénatal précoce, prévention de la dépression post-partum, entretien post-natal, vaccination, bucco-dentaire, prévention des infections et de l'antibiorésistance (notamment sur le volet « bon usage des antibiotiques »), examens obligatoires de l'enfant, dépistage chez l'enfant en milieu scolaire, MRTC, partenariat avec la PMI, accompagnement « sortie de maternité »).
		X		X			Généralisation du dépistage des troubles visuels et du langage mené auprès des classes de petite section de maternelle et du repérage des enfants en surpoids et/ou à risque d'obésité avec amélioration des taux de recours à « Mission : retrouve ton cap ». (MRTC).
		X	X	X			Lancement d'un programme de prévention du diabète gestationnel.
	Renforcer la prévention et la promotion de la santé en milieu professionnel :		X	X	X	X	Outils (supports de d'information et ressources pédagogiques) sur campagne lombalgie, risques psychosociaux, addictions, en particulier.
	Mener une réflexion sur les actes de prévention individuels financés par le FNPEIS.		X	X	X	X	Engager des travaux permettant d'instruire l'éventualité d'un transfert du financement des tickets modérateurs sur le risque.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
3. Renforcer l'adhésion aux dispositifs de prévention et sensibiliser aux priorités de santé publique définie par l'État.	Renforcer le rôle des structures d'exercice coordonné en matière de prévention, notamment dans l'aide au sevrage tabagique, la vaccination, et les dépistages, la promotion de l'activité physique et la prescription d'activité physique adaptée.	X					Outillage, délégations de tâches MG/ infirmières, inclusion des programmes d'éducation thérapeutiques des centres d'examens de santé dans l'offre de service des médecins des CPTS.
	Donner une dimension pluriannuelle aux subventions aux associations de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, pour donner une visibilité aux acteurs locaux et densifier la contractualisation territoriale.	X					Rédaction du cadre des financements des actions locales (en déclinaison des programmes nationaux) dans une logique pluriannuelle et simplifiée.
4. Investir dans le numérique pour intégrer les logiques de prévention/ promotion de la santé à la fois tout au long de la vie et dans les pratiques des professionnels de santé	Faire évoluer MES pour y faire entrer la prévention de façon progressive.	X	X	X	X	X	Progression du nombre d'applications AM et institutionnelles référencées dans le catalogue de services MES, en particulier mise en œuvre d'un carnet de santé de l'enfant dématérialisé.
	Dématérialiser les invitations au programme MT'dents et à la vaccination anti-grippe.		X	X	X	X	Plan pluriannuel de dématérialisation et de transformation des outils éditiques accompagné des actions adaptées.
	Mettre en place un outil de renseignement des trois certificats obligatoires de l'enfant, partagé entre la santé scolaire, la protection maternelle et infantile et les médecins libéraux.			X	X	X	Mise en œuvre opérationnelle par étapes en lien avec les acteurs concernés.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Accompagner le Groupe Ugecam pour un rapprochement réussi avec Filiéris		X	X		
Publier les textes nécessaires au déploiement des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie	X	X	X	X	
Instruire les évolutions nécessaires permettant de donner une dimension pluriannuelle aux subventions des associations de promotion et d'éducation pour la santé dans le cadre du FLCA pour donner une visibilité aux acteurs locaux et densifier la contractualisation territoriale, et faire évoluer les textes le cas échéant	X				

FICHE N°3.2

AGIR EN TANT QUE RÉGULATEUR DU SYSTÈME POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET FAVORISER LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE DU SYSTÈME DE SOINS

ENJEUX

La dégradation de l'environnement et le changement climatique affectent la santé des personnes, et par conséquent les dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie et par les organismes complémentaires. Il existe de multiples rapports scientifiques décrivant l'ampleur des enjeux pour la santé, et l'urgence d'agir dès maintenant à tous les niveaux et dans le cadre de toutes les politiques publiques.

Selon l'OMS, près du quart des maladies chroniques dans le monde peuvent être imputées à des facteurs environnementaux, notamment la qualité de l'air et de l'eau, les déchets ainsi que le réchauffement climatique. En France, le 4^e plan national santé environnement, lancé en mai 2021 par le gouvernement, entérine ce lien entre changement climatique et santé et appelle à améliorer la maîtrise des facteurs de risques environnementaux.

Le secteur de la santé a par ailleurs, comme tout secteur économique, un impact sur l'environnement (émissions de gaz à effet de serre, pollution des milieux, etc.), et l'Assurance Maladie, par sa place au cœur de ce système et son rôle de régulateur, doit pouvoir contribuer à la transition écologique du système dans son ensemble, en lien avec l'ensemble des acteurs qui le compose et en cohérence avec leurs actions.

Ainsi, l'Assurance Maladie, dans le cadre de sa mission de protection de la santé et de gestion du risque, entend faire de la protection de l'environnement et de la lutte contre le dérèglement climatique un enjeu majeur et un fil conducteur des politiques qu'elle met en œuvre. Elle dispose pour cette gestion de « crise chronique » de nombreux leviers. Cette intervention sur les facteurs environnementaux et la promotion de la santé environnementale doit permettre à terme de réduire le recours au système de soins et s'inscrit par ailleurs dans l'objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé (ISS), en intervenant en prévention primaire pour la santé de tous, et en particulier des plus jeunes.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie entend se positionner comme un acteur de la transition écologique et de la décarbonation du système de santé.
Parce qu'il est indispensable de mieux connaître

l'impact carbone du secteur de la santé sur l'environnement, des partenariats d'études et de recherche seront mis en place, dans un cadre national (avec Santé publique France ou l'EN3S, par exemple), comme dans un cadre international (au regard des études et des dispositifs

étrangers), mais aussi, potentiellement, dans un cadre régional. Parce qu'il y a un lien entre sobriété et pertinence, les actions de gestion du risque (GDR) intégreront les enjeux de la transition écologique dans les critères de priorisation de la GDR, dans le choix des modalités d'intervention et dans leur évaluation (la mesure des « gains carbone » sera notamment ajoutée à celle des gains financiers).

Sur le modèle de ce qui a été fait dans la convention pharmaceutique, un volet transition écologique sera intégré dans tous les accords conventionnels monoprofessionnels et pluriprofessionnels, à l'instar de la dispensation de médicament à l'unité par exemple, la sensibilisation à la démarche écoresponsable en cabinet ou encore du développement du transport partagé.

Dans un souci d'exemplarité, les structures de soins de l'Assurance Maladie pourront être utilisées comme terrain d'expérimentation et d'innovation en matière de décarbonation (Ugecam, CDS, CES), en mettant en place des actions, par exemple, sur les usages des dispositifs médicaux ou sur la dispensation des médicaments (principaux facteurs d'émission de GES dans le secteur de la santé), ou encore les transports de patients.

L'Assurance Maladie s'engagera aux côtés des offreurs de soins et des assurés pour la reconnaissance de l'environnement comme déterminant majeur de la santé.

En s'appuyant sur les résultats d'études scientifiques portant sur l'impact de l'environnement sur la santé et les dépenses associées, notam-

ment pour la prise en charge de pathologies comme le cancer ou les maladies respiratoires, la dimension « santé environnementale » sera intégrée dans toutes les campagnes de prévention et de promotion de la santé, et des programmes d'actions sur des thématiques spécifiques à destination des enfants et des adolescents, ou sur des problématiques territoriales particulières, seront développées. L'Assurance Maladie utilisera là aussi ses structures de soins pour développer ces actions (exemple : mise en place dans les centres d'exams de santé d'entretiens spécifiques visant à sensibiliser sur les expositions aux perturbateurs endocriniens ou la qualité de l'air intérieur). Les accords conventionnels intégreront la promotion de la santé environnementale, à l'instar du nouvel entretien postnatal issu de l'avenant 5 de la convention sages-femmes, qui prévoit un volet santé environnementale, et des actions de prévention en santé environnementale seront expérimentées avec les partenaires conventionnels. Des supports et des contenus pédagogiques en santé environnementale seront développés à destination des offreurs de soins et des assurés.

Au-delà de ces enjeux, l'Assurance Maladie cherchera à renforcer ses interventions comme acteur essentiel de la politique de transition écologique du système de santé et de protection sociale, en particulier en mobilisant ses capacités à relayer des messages à grande échelle, en utilisant l'ensemble des canaux à sa disposition : ameli, presse, réseaux sociaux, messages personnalisés, etc.

ENGAGEMENTS COMMUNS A LA COG AT/MP

Au regard de la proximité, voire de l'intégration de la santé au travail dans le périmètre fort large de la santé environnementale, la prévention des risques professionnels portée par la branche AT/MP investit également le champ de la transition écologique, et ce sous plusieurs angles. Il s'agit non seulement d'analyser les risques pour les salariés au sein des entreprises investissant de nouveaux champs d'activité en lien avec la transition écologique, mais aussi d'assurer l'accompagnement des entreprises à même de concilier les exigences de la sobriété énergétique, du développement durable et de la santé au travail. La branche confie notamment ces travaux d'instruction, de recherche et développement au laboratoire scientifique qu'est l'INRS (voir COG AT/MP).

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'Etat s'engage à :

- Associer les organismes d'assurance maladie aux travaux en matière de santé environnementale aux niveaux national et territorial ;
- Instruire l'opportunité de procéder aux modifications législatives permettant d'inciter financièrement les transporteurs sanitaires à s'équiper en véhicules non polluants ;
- Intégrer un axe environnemental dans tous les PRS (objectif de favoriser la mise en œuvre d'actions sur les territoires par les acteurs

locaux et permettre la publication d'appels à projets) ;

- Instruire l'opportunité d'intégrer une conditionnalité environnementale dans la fixation des prix des médicaments et autorisant les fabricants à fournir des dispositifs médicaux recyclés ;
- Diffuser des recommandations à destination des établissements de santé ;
- Normaliser les pratiques des établissements en matière de décarbonation et d'écoresponsabilité.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. S'engager avec les acteurs institutionnels en faveur de la décarbonation du système de santé	Contribuer à la connaissance de l'impact du secteur de la santé sur l'environnement (empreinte carbone, pollution des milieux) ;		X	X	X	X	Production d'une étude par an.
	Structurer la gouvernance et identifier l'Assurance Maladie comme acteur essentiel de la politique de transition écologique du système de santé et de protection sociale.	X	X				Identifier au sein de l'Institution une organisation de lancement et une organisation en mode routine.
	Intégrer le risque environnemental et les enjeux de la transition écologique dans les critères de priorisation des actions de GDR, dans le choix des modalités d'intervention et dans leur évaluation.	X		X			Intégration du risque environnemental dans les grilles de décisions des actions sur le transport sanitaire et l'évaluation (gain financier + gain carbone), et valorisation de l'économie de carbone dans toutes les actions.
	Intégrer la transition écologique dans tous les accords conventionnels monoprofessionnels et pluriprofessionnels.	X	X	X			Bilan des conventions et nombre d'expérimentations lancées (en particulier sur le médicament suite à groupe de travail associant médecins, infirmiers et pharmaciens).
	Utiliser les structures de soins de l'Assurance Maladie comme terrain d'expérimentation et d'innovation en matière de décarbonation (Ugecam, CDS, CES).			X			30% des structures disposant d'un écolabel.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
2. S'engager avec les offreurs de soins et les assurés pour la reconnaissance de l'environnement comme déterminant majeur de la santé	Connaître l'impact de l'environnement sur la santé et les dépenses associées en développant les partenariats d'études et de recherche.		X	X	X	X	Production d'une étude par an.
	Intégrer la santé environnementale dans les campagnes de promotion de la santé, dans les accords conventionnels.	X	X				Formation des infirmiers-conseils et extension du programme sophia au diagnostic de l'environnement de vie. - Mise en place d'entretiens santé-environnement dans le cadre des examens de prévention santé aux âges clés de la vie. - Enrichissement des campagnes existantes de messages de promotion de la santé environnementale (MRTC, MT'dents, etc.). - intégration d'une dimension « santé environnementale » dans les consultations déjà existantes (santé sexuelle, entretiens prénatal et post-natal).
	Développer des programmes d'actions sur des thématiques spécifiques de santé environnementale, notamment à destination des enfants, des adolescents et des femmes (préconceptionnelles et enceintes) et sur des problématiques territoriales particulières.			X			Généralisation de l'expérimentation « 0 phtalate ». Détermination avec la DGS et les ARS des actions sur la pollution de l'environnement, notamment les pollutions aquatiques et atmosphériques. Valorisation des programmes d'actions existants.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Associer les organismes d'assurance-maladie aux travaux en matière de santé environnementale aux niveaux national et territorial	X	X			
Instruire l'opportunité de procéder aux modifications législatives permettant d'inciter financièrement les transporteurs sanitaires à s'équiper en véhicules non polluants	X	X	X		
Intégrer un axe environnemental dans tous les PRS (objectif de favoriser la mise en œuvre d'actions sur les territoires par les acteurs locaux et permettre la publication d'appels à projets)			X		
Instruire l'opportunité d'intégrer une conditionnalité environnementale dans la fixation des prix des médicaments qui autoriserait les fabricants à fournir des dispositifs médicaux recyclés	X	X	X		
Diffuser des recommandations à destination des établissements de santé	X				
Normaliser les pratiques des établissements en matière de décarbonation et d'écoresponsabilité			X		

FICHE N°3.3

PÉRENNISER LE RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE DANS LA GESTION DES CRISES SANITAIRES

ENJEUX

Pendant la crise sanitaire, l'Assurance Maladie a démontré sa capacité opérationnelle à apporter son concours à la gestion de crise. En prise étroite avec l'État, elle a été capable de mobiliser rapidement son réseau de proximité, de communiquer massivement avec les professionnels de santé et les assurés, de développer très vite de nouveaux outils et de nouvelles missions. Elle a de plus joué un rôle d'« amortisseur social » face à l'impact économique et social de cette crise, tant pour les assurés que pour les professionnels de santé.

La force de l'Assurance Maladie pour faire face aux crises sanitaires de demain est de disposer d'une structure nationale pour répondre aux commandes politiques, et d'un réseau de proximité pour mobiliser des moyens propres et agir auprès des professionnels de santé comme des usagers, sur la base de besoins identifiés localement en concertation avec les acteurs partenaires.

ENGAGEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie s'engage à s'organiser pour anticiper la gestion des crises sanitaires.

À partir d'un retour d'expérience formalisé sur la gestion de crise Covid-19, et en lien avec l'État, notamment la nouvelle direction en charge de la préparation et de la gestion des crises, elle mettra en place une gouvernance et un plan de préparation, lui permettant d'être immédiatement opérationnelle en cas de crise (outils, formation des personnes à la gestion de crise, exercices, cartographie des compétences, règles de priorisation des activités, identification de mesures spécifiques aux différents types de crise, etc.). Ce plan sera conçu en lien étroit avec l'État, afin de garantir la complémentarité des actions pouvant être mises en œuvre dans le cadre de leurs compétences respectives. Une attention particulière sera portée aux ressources humaines à mobiliser, aux modalités d'allocation des activités au sein du réseau des caisses primaires, ainsi qu'à l'outillage des échanges avec le réseau des correspondants régionaux (ARS, préfectures, etc.).

L'anticipation de la gestion des crises sanitaires couvre également le champ de la préparation aux crises et situations sanitaires exceptionnelles. À ce titre, l'Assurance Maladie s'engage à répondre aux sollicitations du ministère de la Santé et de la prévention sur les dispositifs dont elle a la charge qui pourraient être mobilisés pour assurer cette mission (réseaux avec les professionnels de santé, systèmes d'information, mesures indemnitaires, etc.).

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à :

- mettre en place des exercices de crise impliquant une participation de l'Assurance Maladie ;
- identifier, de façon concertée, avec les acteurs locaux (ARS), les moyens spécifiques, pour la préparation et la gestion de crise, que l'Assurance Maladie peut mobiliser.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
Constituer un comité de préparation à la gestion de crise	X					Document décrivant la gouvernance mise en place au sein de l'AM.
Identifier les champs de légitimité et de compétences pendant la crise de l'Assurance Maladie et de l'Etat	X	X				Document programmatique commun à l'État et à l'Assurance Maladie tant au niveau national qu'au niveau local.
Acculturer l'ensemble du réseau à la gestion de crise ayant un impact sur le système de soins		X	X	X	X	Campagne de communication interne
Mener des exercices avec l'Etat au niveau local, comme au niveau national.		X	X	X	X	Un exercice annuel commun.
Élaborer puis actualiser un plan global de préparation à la gestion de crise.	X	X	X	X	X	Un document de préparation à la gestion de crise.
Répondre aux demandes de l'État pour assurer ses missions de préparation aux crises et situations sanitaires exceptionnelles (SSE)	X	X	X	X	X	Document pour une réponse ponctuelle. Participation et contribution aux travaux de l'État de préparation aux prochaines crises sanitaires.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Mettre en place des exercices de crise impliquant une participation de l'Assurance Maladie	X	X	X	X	X
Identifier de façon concertée avec les acteurs locaux (ARS) les moyens spécifiques à la préparation et à la gestion de crise que l'Assurance Maladie peut mobiliser	X	X	X	X	X

04

IMPULSER ET ACCOMPAGNER
LA TRANSFORMATION
ET L'EFFICIENCE
DU SYSTÈME DE SOINS

FICHE N°4.1

ACCOMPAGNER L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICIENCE DES PRISES EN CHARGE, EN VILLE, À L'HÔPITAL ET DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

ENJEUX

À la fin de la COG précédente, a été initié, structuré et mis en œuvre, dans ses premières réalisations, un programme de rénovation de la gestion du risque, Rénov' GDR, qui porte trois ambitions fortes : rénover les outils de gestion du risque dans le sens d'une plus grande personnalisation de la relation et d'une plus large utilisation des nouvelles technologies (data visualisation, intelligence artificielle, contrôles embarqués) ; appliquer ces outils et méthodes d'intervention innovants aux grands postes de maîtrise médicalisée et porter des projets de transformation structurants pour le système de soins.

L'Assurance Maladie ambitionne aujourd'hui de poursuivre ces orientations stratégiques et de produire des plans d'actions de gestion du risque pluriannuels avec des impacts financiers annuels, tels que prévus par la stratégie « pertinence et efficience » développée par l'État.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie améliorera le repérage et l'anticipation des sources de non-efficience. Pour concevoir de nouveaux programmes de gestion du risque, l'ensemble du champ des dépenses de santé sera passé au crible au moyen de nouvelles techniques de data mining, à travers deux approches différentes : l'une centrée sur les catégories de professionnels de santé à travers leurs pratiques, tant en termes d'actes que de prescriptions ; l'autre ciblée sur une analyse des soins remboursés par pathologie. Par ailleurs, le dispositif de veille documentaire scientifique, médicale et économique sera renforcé et optimisé, en lien avec la HAS, l'ANSM et l'Irdes, pour mieux repérer les innovations à venir, notamment dans l'e-santé, mais également pour initier de nouveaux programmes d'efficience.

Le choix, la conception, les modalités de nos actions traditionnelles seront optimisés pour les rendre plus efficaces (campagne, marketing, outils). Pour augmenter l'impact de nos messages au-

près des professionnels de santé et des assurés, l'approche multicanale sera approfondie (visites en présentiel ou en distanciel de délégués de l'Assurance Maladie et de praticiens-conseils, appels sortants, webinaires, Mooc, e-mails, presse, réseaux sociaux, etc.) et adaptée à nos différentes cibles, en développant le marketing social à partir des sciences comportementales. De nouvelles actions seront mises en place en organisant, par exemple, des hackathons, avec des partenaires extérieurs, et en associant davantage le réseau des caisses primaires. L'approche territoriale de certaines actions sera privilégiée, en nous appuyant sur les structures d'exercice coordonné, et en accompagnant les assistants médicaux et les coordonnateurs. Enfin, toutes les potentialités du numérique seront utilisées en déployant des nouveaux services numériques d'accompagnement des pratiques des professionnels de santé (facturations, référentiels, parcours, etc.), mais aussi des assurés (conseils, prévention, observance, etc.), en développant la data-visualisation sur l'ensemble de l'activité de chaque professionnel de santé et en mobilisant le bouquet de services aux professionnels de santé (référencement d'applications, utilisation de la messagerie santé sécurisée).

La politique d'incitation à la qualité et à l'efficacité sera renforcée.

L'efficacité des dispositifs d'incitation (Ifaq, Cages, Rosp, rémunération populationnelle à la prise en charge d'une pathologie, etc.) sera renforcée, par le biais conventionnel notamment, en tenant compte de leur évaluation. Pour accélérer l'amélioration des pratiques, les référentiels de certification des logiciels d'aide à la prescription et d'aide à la dispensation seront améliorés et précisés avec la Haute Autorité de santé (HAS). Par ailleurs, la possibilité d'instaurer des dispositifs d'incitation à destination des assurés sera étudiée pour les engager à avoir un recours raisonné au système de soins, à participer aux actions de prévention, ou à adopter une meilleure observance des traitements, notamment en mobilisant toutes les potentialités de Mon espace santé.

L'Assurance Maladie ciblera les actions sur des postes de dépense à forts enjeux financiers ou de santé publique (IJ, médicament, biologie, établissement, radiologie, transports, etc.).

Le ciblage des actions de gestion du risque et de maîtrise médicalisée des dépenses (campagnes visant à limiter le mésusage, à la fois coûteux pour l'Assurance Maladie et inutile ou dangereux pour les assurés) sera renouvelé pour plus d'efficacité. Les efforts seront concentrés sur les recours inadéquats aux actes médicaux et paramédicaux, sur l'usage conforme aux recommandations des produits de santé, tout en poursuivant la promotion des génériques et des bio-similaires.

En matière d'actes médicaux, la révision, d'ici à 2025, de la classification commune des actes médicaux (CCAM), selon l'état de l'art actuel par le Haut Conseil des nomenclatures (HCN), puis son actualisation permanente, visent un double objectif : la recherche de l'efficacité financière par la rémuné-

ration au juste coût des actes et le développement de l'innovation.

En matière de transports sanitaires, des campagnes seront déployées, visant un meilleur usage, en adéquation avec l'état de santé des malades, et la diminution des transports évitables, en lien, entre autres, avec les pratiques de télésoins.

Le dispositif de demande d'accord préalable sera renouvelé en le dématérialisant et en le réservant aux prestations à plus forts enjeux de santé publique et financiers.

En ce qui concerne les arrêts de travail, au-delà de l'optimisation et de la simplification des processus, la gestion du risque sera intensifiée, en développant un accompagnement des employeurs afin de les sensibiliser à l'absentéisme dans leur entreprise, des médecins en promouvant les référentiels de prescriptions d'arrêts de travail de la HAS, ou en mobilisant des outils dédiés aux médecins gros prescripteurs ainsi qu'en déployant les démarches de prévention de la désinsertion professionnelle pour les assurés.

Par ailleurs, des moyens de sanctions adaptés suite à des comportements prescriptifs abusifs commis par des professionnels en situation de récurrence seront identifiés.

Enfin, les actions de maîtrise médicalisée sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville seront renforcées. L'accompagnement du développement de l'ambulatoire et les liens entre les soins exécutés en ville et ceux exécutés à l'hôpital seront intensifiés, via les organisations de soins coordonnés et les outils du numérique en santé.

ENGAGEMENTS COMMUNS AVEC LA COG AT/MP

Les indemnités journalières AT/MP ont représenté, en 2021, près de quatre milliards d'euros. Ainsi, dans le cadre des programmes de gestion du risque de l'Assurance Maladie, les parties signataires de la COG AT/MP s'engagent à :

- sensibiliser les entreprises atypiques en matière d'absentéisme maladie et at/MP à la réduction de ces dépenses par des campagnes annuelles ;
- inscrire régulièrement des campagnes de contrôle des arrêts de longue durée en at/MP au sein du programme de travail des services médicaux.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à :

- instruire l'opportunité de modifier la législation relative aux expérimentations sur le remboursement des parcours de soins ;
- instruire l'opportunité de modifier la législation afin de permettre la prise en charge avec des partenaires des activités sportives sous conditions de ressources et selon des critères

médicaux ;

- intégrer les logiciels d'aide à la prescription dans une démarche de référencement (au sens de l'article L 1470-6 du code de la santé publique) en lien avec la régulation générale du secteur numérique en santé ;
- relayer les actions d'information et d'accompagnement des prescripteurs dans les établissements hospitaliers.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Accroître le repérage et l'anticipation des sources de non-efficience	Analyser les activités par catégories de professionnels de santé (PS) et les soins remboursés par pathologie.		X	X	X	X	Tableau de bord & rapport sur les atypies constatées dans l'analyse des données. Analyse des écarts entre catégories.
	Développer, organiser et diffuser largement aux acteurs de la GDR la veille médicale, scientifique, économique et organisationnelle.	X	X				Diffusion régulière (au moins quatre fois par an) d'une veille aux acteurs GDR Assurance Maladie (Cnam & réseau)

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
2. Améliorer le choix, la conception, les modalités des actions traditionnelles pour les rendre plus percutantes (campagne, marketing, outils)	Rénover nos modes de contact avec les PS pour conduire nos actions.		X	X	X	X	Recensement des canaux utilisés précisés dans chacune des fiches actions du plan opérationnel de GDR, recensement des nouvelles utilisations pour les différents canaux.
	Développer l'analyse de marketing comportemental pour augmenter l'impact de nos messages auprès des PS.		X	X	X	X	Un rapport des prestataires sollicités sur les sciences comportementales pour trouver de nouveaux leviers d'action.
			X	X	X	X	Organisation d'un hackathon annuel (avec des écoles de commerce, par exemple) sur des problématiques avec gisements d'économies potentielles déjà anciennes pour lesquelles les messages et les modes d'actions doivent être renouvelés, sur des problématiques émergentes.
	Améliorer notre organisation collective dans la production d'actions en associant davantage le réseau et en mutualisant les actions développées dans le réseau.		X	X	X	X	Production d'instructions au réseau d'alimentation de la bibliothèque GDR sur Liam notamment par les actions des PAR et nombre d'actions recensées dans la bibliothèque.
	Développer une approche territoriale de certaines actions en s'appuyant sur les structures d'exercice coordonné.		X	X	X	X	Nature des actions GDR menées en lien avec ou portées par les organisations de soins coordonnés.
	Déployer des services et des applications AM ou partenaires en appui de nos campagnes.		X	X	X	X	Mise à disposition de référentiels de bonnes pratiques, via notamment ceux de la base de recommandations médicales EBM France (evidence base médecine), des profils en data visualisation sur l'activité des PS.
			X	X	X	X	Cahier des charges des éditeurs intégrant des outils d'aide à la cotation, des alertes de facturation en temps réel, de facturation directe des établissements, de consultation des droits des assurés, l'e-prescription, ApCV etc.
	Evaluer systématiquement les campagnes & actions de gestion du risque, communiquer sur ces évaluations	X	X	X	X	X	Rapports d'évaluation de chaque action du plan GDR 6 à 12 mois après la fin de l'action.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
3. Booster la politique d'incitation à la qualité et à l'efficience	Inciter les offreurs de soins	X	X	X	X	X	Accords conventionnels intégrant des leviers de GDR. Bilans annuels des dispositifs de contractualisation.
	Elaborer avec la HAS des référentiels de certification des logiciels d'aide à la prescription et d'aide à la dispensation pour accélérer l'amélioration des pratiques et contrôler les dépenses de santé	X	X	X	X	X	Mise à jour des logiciels métiers.
	Rénover et rationaliser les dispositifs de DAP afin d'en faire de réels dispositifs de transformation de la gestion du risque et de maîtrise de la dépense					X	Respect de délais de traitement. Dématérialisation de toutes les DAP (quel que soit le processus de dématérialisation) à la fin de la COG. Proposition de suppression de DAP obsolètes et non pertinentes et de création de DAP avec gisements d'efficacités.
	Etudier la possibilité d'instaurer des incitations pour les assurés / patients pour un recours raisonné au système de soins, une participation aux actions de prévention, une meilleure observance des traitements					X	Instruction de la possibilité de lancer une expérimentation de remboursement différencié sur le dentaire des adultes (prestations supplémentaires en bonus ou en augmentant le taux de remboursement des prothèses pour les patients ayant consulté régulièrement un chirurgien-dentiste), instruction de dispositifs en lien avec l'observance des traitements par les patients.
	Piloter l'évaluation de l'invalidité pour harmoniser les décisions et mieux prendre en compte l'employabilité.	X	X	X	X	X	Conduire l'expérimentation « invalidité » et déployer les outils élaborés dans ce cadre.
4. Élaborer des plans annuels et pluriannuels ciblés sur des postes de dépense et des pathologies à forts enjeux visant des impacts annuels à court terme de 500 millions d'euros et des impacts à plus long terme	Déployer des campagnes annuelles sur des ciblages précis sur l'ensemble des prestations de l'AM, en particulier sur les IJ et les transports, visant un meilleur usage des soins et des recours au système de santé.	X	X	X	X	X	Plan annuel de gestion du risque documentant de façon opérationnelle les économies attendues, diffusé et mis en œuvre dans le réseau Assurance Maladie. Transmission aux entreprises des profils d'absentéisme.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
5. Suivre la mise en œuvre des actions du plan Rénov' GDR et leur impact et partager des résultats détaillés	Remontée semestrielle de la Cnam vers la Direction de la Sécurité Sociale.	X	X	X	X	X	Remontée de documents de déploiement des mesures et des évaluations des économies réalisées sur ces mesures de manière semestrielle se concluant par un échange entre les services.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Instruire l'opportunité de modifier la législation relative aux expérimentations sur le remboursement des parcours de soins					X
Instruire l'opportunité de modifier la législation afin de permettre la prise en charge avec des partenaires des activités sportives sous conditions de ressources et selon des critères médicaux					X
Intégrer les logiciels d'aide à la prescription dans une démarche de référencement (au sens de l'article L 1470-6 du code de la santé publique) en lien avec la régulation générale du secteur numérique en santé	X	X	X	X	X
Relayer les actions d'information et d'accompagnement des prescripteurs dans les établissements hospitaliers	X	X	X	X	X

FICHE N°4.2

ACCOMPAGNER LES PARCOURS POUR ET AVEC LES PATIENTS

ENJEUX

L'Assurance Maladie souhaite créer et déployer des parcours vers les professionnels de santé et leurs patients pour répondre aux ambitions de fluidification du système de santé, de garantie d'une meilleure qualité de prise en charge et pour réduire les dépenses évitables.

Le parcours insuffisance cardiaque a constitué une première étape dans la structuration de cette logique de parcours : il conviendra de s'appuyer sur cette expérience pour aller plus vite et être plus ambitieux dans le déploiement des parcours au bénéfice des patients.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie déploiera cinq parcours prioritaires ciblés sur une pathologie chronique, deux parcours ciblés sur une population et un parcours thématique.

Forts des expérimentations réalisées dans le cadre de l'article 51 et du déploiement du parcours insuffisance cardiaque, quatre autres parcours – diabète, maladie rénale chronique (MCR), bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), syndrome coronarien chronique (SCC) – seront initiés et déployés en lien avec la Haute Autorité de santé (HAS), les agences régionales de santé (ARS) et les directions du ministère de la Santé et de la prévention. Ces parcours seront intégrés dans une approche globale, qui permet de passer progressivement d'une approche analytique par pathologie à une approche centrée sur le patient, qui correspond aux besoins des professionnels.

Pour optimiser les parcours et identifier les besoins de santé des populations, des diagnostics territoriaux seront mis en place progressivement au cours des cinq ans, à un échelon pertinent (régional, départemental, local), en lien avec les organisations de soins coordonnés, les établissements de santé et médico-sociaux et les repré-

sentants des patients.

L'accent sera mis en priorité sur la prévention des passages aux urgences évitables, des hospitalisations non programmées évitables ainsi que sur la sécurisation de la sortie d'hospitalisation, l'articulation ville-hôpital constituant un point majeur de rupture dans la prise en charge des patients, et ce via le soutien aux acteurs territoriaux, dont les CPTS, en articulation avec les Directions d'Administration Centrale (DAC), pour la prise en charge des cas complexes.

Cela passe par l'amélioration des dispositifs de communication entre la ville et l'hôpital, par les fonctionnalités présentes dans l'espace numérique de santé et par la rénovation de nos dispositifs d'accompagnement.

En complément, des approches thématique – santé mentale en particulier pour les enfants et les adolescents – et populationnelle – personne âgée, comme il existe déjà les approches « jeunes » et « maternité / petite enfance » – seront déployées pour compléter la réponse aux enjeux cruciaux de santé publique. La Cnam et les services de l'État veilleront à l'appropriation et à la coordination des outils liés aux parcours, notamment des systèmes d'information d'adressage et de coordination (tels qu'ils sont dévelop-

pés dans le cadre du programme e-parcours), par le réseau des caisses primaires en articulation avec Prado, et par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins, ainsi qu'à leur intégration dans la démarche de gestion du risque rénovée. Pour cela, ils pourront s'appuyer sur les expérimentations dites « article 51 ».

L'Assurance Maladie s'engage à rendre le patient acteur de son parcours de soins. Elle informera et orientera mieux les assurés dans leurs parcours. La capacité des patients atteints de maladie chronique à agir pour leur santé sera développée en promouvant l'éducation thérapeutique et en s'appuyant sur le service Sophia, qui sera rénové et disponible plus largement. Ainsi, sophia sera référencé dans Mon espace santé et sera rénové de manière à apporter, sans condition d'adhésion, un service de premier niveau à l'ensemble des patients atteints par les maladies chroniques ciblées. L'accompagnement sera gradué en fonction du risque et du profil d'autonomie cible de chaque patient, en s'appuyant sur un accompagnement numérique et sur les entretiens motivationnels au téléphone. Les facteurs de risques et les déterminants, tels que le tabac, l'alcool, l'activité physique et l'alimentation, seront pris en compte dans chaque parcours afin notamment de favoriser une approche de prévention secondaire.

La qualité et la pertinence des soins seront ob-

jectivées en lien avec les travaux de la Haute Autorité de santé (HAS), en intégrant notamment des indicateurs de résultats des soins perçus par le patient, qui restent à construire.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à :

- favoriser le déploiement des parcours et la structuration de l'offre de soins associée et son outillage (logiciels e-parcours, référentiel de l'offre et des ressources sanitaires, sociales et médicosociales) ;
- introduire une modulation du financement à la qualité du forfait Maladies Rénales Chronique (MRC) selon des indicateurs définis avec les professionnels de santé et les associations de patients.

PARTICIPATION DU GROUPE UGECAM

Le groupe Ugecam sera mobilisé dans le service de retour à domicile des patients hospitalisés pour les soins de suite et de réadaptation.

Le groupe Ugecam sera mobilisé dans la conception du service de retour à domicile des patients hospitalisés, pour l'insuffisance cardiaque par exemple.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Déployer 5 parcours prioritaires ciblés sur des pathologies chroniques, 1 parcours populationnel et 1 parcours thématique	Généraliser le parcours insuffisance cardiaque.	X	X	X	X	X	Nombre d'adhésions Prado pour 2023-2024 Nombre de CPTS engagées sur le parcours IC à partir de 2025.
	Construire et déployer les parcours prioritaires sur des maladies chroniques (MRC, BPCO, diabète, syndrome coronaire chronique).	X	X	X	X	X	Mémos et outils méthodologiques pour accompagner les professionnels.
		X	X				Offre globale de diagnostic territorial.
				X	X	X	Déploiement des parcours (diagnostics, outils) auprès des acteurs de l'offre territoriale.
	Structurer une approche populationnelle et graduée pour les personnes âgées.	X	X	X	X	X	Note de proposition et déploiement d'un parcours populationnel en se fondant notamment sur les résultats Prado et la spécificité polypathologique.
	Structurer une approche thématique : santé mentale.	X					Mémo pour la prise en charge en premier recours des troubles anxio-dépressifs pour les PS.
	Accompagner les acteurs du système de santé à conduire eux-mêmes les missions d'accompagnement des parcours, notamment sur le segment « sortie d'hospitalisation ».	X	X				Mise à disposition de la boîte à outils Prado (pathologies chroniques et personnes âgées) auprès des acteurs, notamment des CPTS et des DAC.
		X					Offre de « référents parcours » interne en appui des organisations coordonnées de ville, des établissements de santé et médico-sociaux en articulation avec les DAC.
	Contribuer à la cohérence de l'offre SI sur les parcours.		X	X			Définition des fonctionnalités de suivi des parcours pour les CPTS (Assurance Maladie comme contributeur).

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
2. Rendre le patient acteur de son parcours de soins	Renforcer la place et le rôle des représentants des usagers dans les CPTS.	X					Disposition spécifique de l'ACI. Projets des CPTS incluant une représentation des usagers pour définir leur projet.
	Rénover l'offre de service Sophia.	X	X	X	X	X	Mise en œuvre d'un service digital d'appui aux parcours à destination des patients permettant l'accompagnement au changement des habitudes de vie, le suivi de la ou des pathologies (autogestion et évaluation du résultat de santé) en commençant par l'insuffisance cardiaque.
	Poursuivre l'évaluation des parcours afin de confirmer leur efficacité et accompagner leur déploiement.	X	X	X	X	X	Élaboration et diffusion du modèle d'évaluation de l'expérience du patient dans son parcours.
			X	X	X	X	Élaboration et diffusion du modèle d'évaluation de son résultat de santé par le patient et par l'équipe de soins.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Favoriser le déploiement des parcours et la structuration de l'offre de soins associée et son outillage (logiciels e-parcours, référentiel de l'offre et des ressources sanitaires, sociales et médicosociales)	X	X	X	X	X
Introduire une modulation du financement à la qualité du forfait « maladie rénale chronique » (MRC) selon des indicateurs définis avec les professionnels de santé et les associations de patients	X	X			

FICHE N°4.3

FAIRE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ UN OUTIL DU QUOTIDIEN DES ASSURÉS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

ENJEUX

Sur la période conventionnelle précédente, en lien étroit avec la délégation du numérique en santé, l'Assurance Maladie a été un acteur majeur de la feuille de route du numérique en santé en participant à la construction de Mon espace santé puis en assurant son déploiement, et en participant activement à l'intégration des mesures prévues par le Ségur du numérique dans les pratiques des professionnels de santé.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie ambitionne de renforcer sa position d'acteur majeur de la feuille de route du numérique en santé, pour mobiliser ses données et ses offres, au service de la prise en charge des patients, de la qualité des pratiques des professionnels de santé, de l'innovation en santé et de la recherche.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie souhaite faire de « Mon espace santé » un outil du quotidien pour les assurés. Forte des 66 millions d'assurés bénéficiant aujourd'hui d'un espace santé numérique, et des 8,6 millions d'espaces activés, elle souhaite en développer les usages, en particulier au service des actions de prévention et des parcours de santé. Les données de l'Assurance Maladie seront ainsi mobilisées pour personnaliser les informations de Mon espace santé et en faire un véritable outil d'accompagnement du patient dans la prise en charge de sa santé. Au-delà des services existants en ce début de COG, tels que le service de messagerie sécurisée entre professionnels et usagers, le profil médical, les documents de santé, les conseils en matière de prévention ou l'historique des soins, l'Assurance Maladie se positionnera avec le ministère comme garant des applications santé des usagers au travers du référencement des outils disponibles dans le catalogue de services de Mon espace santé. En fin de COG, il conviendra de clarifier l'offre numérique à disposition des assurés et d'en assurer la cohérence.

Consciente de la fracture numérique, elle proposera un accompagnement renforcé des assurés éloignés du numérique, notamment grâce à des actions d'« allervers », y compris en interbranches et en développant des partenariats sur les territoires, notamment avec les structures France Services (comme cela est prévu dans l'orientation 2 « Offrir une offre de service personnalisée et garantir sa qualité »). L'Assurance Maladie veillera aussi tout particulièrement à ce que Mon espace santé soit toujours accessible à toute personne en situation de handicap.

L'Assurance Maladie proposera aux professionnels de santé un bouquet de services Assurance Maladie et numérique en santé.

Afin d'améliorer les pratiques et les prises en charge, elle renforcera l'utilisation des outils numériques par les professionnels de santé (PS) en utilisant tous les moyens à sa disposition : le développement de l'offre de services (est particulièrement envisagée une offre coordonnée avec les ARS sur les données d'activités et les outils de data visualisation pour aider les structures de soins coordonnés à mieux piloter leurs activités), l'insertion de l'usage obligatoire du numérique dans la rémunération du PS (forfaitaire, qualité),

l'intégration des questions relatives aux utilisations du numérique dans la formation initiale des PS. La politique conventionnelle sera utilisée pour favoriser l'usage de l'ensemble des services numériques (par exemple le DMP, la messagerie sécurisée et l'ordonnance numérique) par les professionnels de santé via des dispositifs adaptés.

À l'instar des assurés, l'offre numérique à disposition des professionnels de santé et des établissements sera élargie (en transformant notamment le portail amelipro vers un portail numérique en santé, et en clarifiant les offres intégrées dans les logiciels métiers) dans une vision de bouquet de

services cohérent visant à simplifier les usages des professionnels. Les rôles respectifs des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et des délégués au numérique en santé (DNS) seront repositionnés pour accompagner les professionnels.

Concernant la montée en puissance des nouvelles organisations territoriales autour des parcours et des épisodes de soins, les systèmes de facturation seront progressivement adaptés pour gérer les modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte qui seront généralisés à partir de 2024.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Faire de Mon espace santé (MES) un outil du quotidien pour les assurés	Inciter l'utilisateur à utiliser MES en enrichissant continuellement l'ergonomie et les services proposés.	X	X	X	X	X	Évolutions régulières du produit et progression du nombre d'activations et d'utilisateurs récurrents du service.
	Proposer des parcours personnalisés pour inciter à l'usage.	X	X	X	X	X	Mise en œuvre opérationnelle de parcours (grossesse, handicap, pathologies chroniques, carnet de santé numérique de l'enfant).
	Définir l'articulation entre le compte ameli et MES.			X			Définition d'une stratégie d'articulation entre les deux produits.
					X	X	Mise en œuvre progressive.
	Permettre aux usagers (dont aidant / tiers de confiance) de gérer les consentements d'accès à leurs données.	X	X	X	X	X	Évolution de la doctrine confrontée aux retours des usagers.
	Transformer amelipro en intégrant les usages du numérique (rendre accessible aux PS/ES plus d'éléments, de rubriques de MES).	X	X	X	X	X	Mise en œuvre progressive de services en santé (DMP) dans amelipro.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
2. Proposer un bouquet de services assurance maladie et numérique en santé aux Professionnels	Enrichir les services en santé des PS pour enrichir les usages de MES en commençant par le suivi pédiatrique.	X	X	X	X	X	Mise en œuvre opérationnelle par étapes des services du carnet de santé de l'enfant et des certificats obligatoires en miroir de MES.
	Faciliter l'accès aux services en santé et aux téléservices de l'Assurance Maladie via les logiciels des offreurs de soins	X	X	X	X	X	Mise en œuvre de différentes solutions d'authentification des professionnels dans les services en santé puis assurance maladie (DMP, ordonnance électronique, INS, etc.).
	Accompagner et inciter les PS sur des usages concrets (formations, tutoriels, outils de démonstration, boîtes à outils, visites des DNS (ex-CIS) et des DAM, etc..).	X	X	X	X	X	Mise en œuvre d'actions d'accompagnement pour les PS et les ES en lien avec les structures régionales. Inscription dans la convention.

FICHE N°4.4

FAVORISER L'INNOVATION EN MATIÈRE D'ORGANISATION DES SOINS ET DE PRISE EN CHARGE

ENJEUX

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits qui visent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Ce dispositif mobilise des ressources importantes, tant du côté de l'Assurance Maladie que du côté de l'État, et est porteur d'un certain nombre d'évolutions structurelles pour le système de santé.

Durant la période conventionnelle précédente, 130 projets ont été expérimentés.

Il s'agira, dans cette COG, à la fois d'engager de nouvelles expérimentations, et de porter le passage dans le droit commun des projets qui auront fait l'objet d'une évaluation favorable.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

En étroite collaboration avec l'État, les dispositifs article 51 efficaces seront identifiés et intégrés dans le droit commun, ce qui implique en particulier de définir précisément les conditions juridiques de cette évolution et de préciser les impacts sur les systèmes d'information.

Les services de l'Assurance Maladie s'engageront ainsi auprès de l'État dans plusieurs chantiers nécessaires à la généralisation :

- les chantiers transversaux permettront de créer les conditions de mise en œuvre de la généralisation, à travers notamment les systèmes d'information (de facturation, qui concernent spécifiquement l'assurance maladie, mais aussi d'appui aux feuilles de route SNDS et e-parcours, des logiciels métiers des

professionnels de soins) et la définition de la stratégie de déploiement auprès des réseaux ;

- le chantier « forfait pluriprofessionnel » mobilisera l'assurance maladie sur la définition du cadre juridique et l'inscription dans une mesure PLFSS 2024 des futures « structures concentratrices » et la valorisation des forfaits types ;
- enfin, l'assurance maladie aura à piloter l'inscription dans le droit commun de plusieurs expérimentations dont le vecteur de généralisation sera conventionnel.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à piloter les évolutions juridiques et organisationnelles induites par l'introduction dans le droit commun des projets expérimentés.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Accompagner les expérimentateurs art 51	Poursuivre l'identification, l'accompagnement et l'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 en lien avec les politiques nationales et les orientations de la gestion du risque	X	X	X	X	X	Nombre de nouveaux projets autorisés chaque année. Nombre de projets terminés.
	Poursuivre l'utilisation de la plateforme SI, le dispositif d'évaluation et l'accompagnement des porteurs de projet	X	X	X	X	X	Nombre de projets accompagnés (accélérateur). Nombre et délai moyen de paiements (plate-forme) Nombre de rapports d'évaluation.
2. Créer les conditions du passage dans le droit commun	Co-construire avec les DAC une stratégie de promotion de formes d'organisation et de financement pérennes pour des parcours plus efficaces.	X	X	X	X	X	Validation d'une stratégie globale par le CTIS et le CSIS (comité stratégique).
	Mener les travaux sur la nomenclature et la tarification des épisodes de soins.	X	X				Fournir les éléments et participer aux réunions permettant une éventuelle modification du cadre législatif.
	Faire évoluer le SI pour intégrer les expérimentations réussies art. 51 et en particulier pour les forfaits pluriprofessionnels à l'épisode de soins.		X	X			Nombre de paiements dans le nouveau SI.
	Participer à la définition du statut juridique des « structures concentratrices » des forfaits.	X	X				Définition d'un premier statut juridique pour les structures concentratrices.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Piloter des évolutions juridiques et organisationnelles induites par l'introduction dans le droit commun des projets expérimentés	X	X	X	X	X

05

DÉPLOYER UNE STRATÉGIE AMBITIEUSE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

FICHE N°5.1

ÉVALUER LES RISQUES FINANCIERS ET LES PRÉVENIR

ENJEUX

L'Assurance Maladie entend renforcer l'ensemble de ses actions visant à couvrir les risques financiers, tant au niveau de la gestion de ses bénéficiaires qu'en matière de qualité de la liquidation et de lutte contre les fraudes, quel que soit le public concerné.

Les principaux risques financiers sur les assurés ou les entreprises se concentrent sur des déclarations erronées ou falsifiées (pour l'attribution de droits et d'aides ou pour bénéficier d'indemnités majorées ou injustifiées), sur l'absence de résidence stable sur le territoire pour bénéficier de certaines aides (Puma, C2S, AME, rentes), sur la non-déclaration de la reprise du travail pour les assurés en arrêt maladie, sur des documents falsifiés pour bénéficier de remboursement de prestations (fausses ordonnances, par exemple).

Concernant les professionnels de santé, le risque se concentre sur les erreurs de facturation ainsi que sur la facturation volontaire de prestations (actes, séjours ou produits) fictives ou plus coûteuses que celles réellement délivrées, la facturation d'actes non médicalement justifiés ou ne respectant pas les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie.

L'usurpation d'identité est un risque qui concerne l'ensemble de nos publics, qui doit trouver une réponse rapide.

Toutes les données qui permettent de justifier une prise en charge financière par l'Assurance Maladie nécessitent d'être obtenues et fiabilisées, le plus vite possible, pour répondre aux enjeux de paiement à bon droit, améliorant ainsi la qualité de la liquidation.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie interagit avec un nombre important d'acteurs pour prendre en charge et verser des prestations, dans des volumes et pour des montants qui limitent de fait la possibilité d'opérer un contrôle exhaustif. La mise en place du tiers payant – avec pour corollaire la garantie de paiement – a conduit les équipes de l'Assurance Maladie à rechercher a posteriori des irrégularités afin de ne pas dégrader les délais de paiement, plutôt que de les bloquer a priori. Cette nouvelle COG a vocation à marquer une inflexion dans cette orientation, afin

d'atteindre un meilleur équilibre entre un paiement rapide et un contrôle efficace le plus tôt possible.

Dans la suite des travaux engagés depuis 2021, l'Assurance Maladie entend poursuivre ses actions pour connaître et estimer plus finement les enjeux financiers afférents à des erreurs non détectées par les contrôles mis en œuvre sur nos chaînes de liquidation ou celles résultant de fraudes. Cette activité d'évaluation doit permettre à l'Assurance Maladie de disposer d'une connaissance plus fine des risques et de mieux prioriser ses actions. La meilleure

connaissance des risques permettra à l'Assurance Maladie d'intégrer des contrôles plus en amont des chaînes de traitement, qui seront complétés sur le risque résiduel par des contrôles a posteriori renouvelés.

En milieu de COG, les travaux statistiques pour estimer un taux de préjudice financier par catégorie d'acteurs ou de prestations seront achevés. Ils donneront lieu à un premier bilan de l'ensemble des évaluations réalisées en 2024. Ces travaux d'évaluation, qui seront actualisés tous les trois ans, permettront de mieux prioriser les actions sur les risques financiers les plus significatifs.

L'Assurance Maladie entend d'autre part renouveler en profondeur ses indicateurs de qualité de la liquidation. L'indicateur évaluant le risque résiduel portant sur le champ des prestations en nature en facturation directe a été revu dans le sens d'une plus grande fiabilité (augmentation de la taille de l'échantillon), régularité (reporting trimestriel) tout en mobilisant l'utilisation de robots, là où des gains d'efficacité sont possibles. L'indicateur évaluant le risque portant sur les prestations en espèces sera refondu suivant la même logique d'ici à 2024. Ces indicateurs devront permettre de mettre en évidence les progrès effectués sur la durée de la COG grâce à la fiabilisation des données à la source (en particulier avec les partenaires de la sphère sociale, Cnav concernant le rapprochement entre le RNIAM et la BDO, la DGFIP afin de fiabiliser les ressources servant au calcul des prestations, contrôle des coordonnées bancaires (flux et stock), par un appel automatique au service Ficoba, etc) et à l'intégration de contrôles dans le système d'information en amont du paiement. Réduire notre vulnérabilité en sécurisant davantage nos activités est ainsi un préalable fondamental à une stratégie de détection et de contrôle globalement plus efficace et mieux ciblée.

Elle renforcera également l'accompagnement des assurés et des professionnels de santé pour prévenir les erreurs de facturation et les comportements frauduleux. En particulier, elle sécurisera la relation de facturation au moment de l'installation sur le modèle de ce qui a été mis en place depuis fin 2021 pour les infirmières (voir orientation 1.2 « Offrir une relation de service personnalisée et garantir sa qualité »). Elle intégrera également des critères liés à la qualité de la facturation et à la prévention de la fraude dans les conventions avec les professionnels de santé et travaillera en ce sens avec les éditeurs de logiciel.

La qualité des flux gérés par l'Assurance Maladie sera améliorée de deux façons : en intégrant des données issues de partenaires de confiance (voir supra : contrôle automatique Ficoba) et en embarquant plus de contrôles directement dans ses outils de liquidation. Ainsi, deux axes seront développés : d'une part, l'automatisation de certains contrôles réglementaires, notamment sur le risque maternité, sur les mutations inter-régime, ou sur la détection des doubles facturations, par exemple ; d'autre part la détection d'atypies de consommation au moment de la liquidation par le technicien, en particulier au début de la COG sur trois cas d'usage : le Subutex, les bandelettes de glycémie et les molécules onéreuses. Ces travaux se traduiront dans les résultats des indicateurs de fiabilité.

Tous ces travaux s'inscrivent dans la dynamique insufflée par le nouveau dispositif de contrôle interne (détermination des risques financiers majeurs, présentation de la démarche de progrès) qui démontrera la plus-value des actions ainsi entreprises.

ENGAGEMENTS COMMUNS A LA COG AT/MP

En matière de contrôle interne, la branche AT/MP intègre pleinement les exigences d'un plan de contrôle interne unique, tout comme l'Assurance Maladie. Les plans d'audit, points et actions de contrôle dédiés aux sujets des risques professionnels, seront développés.

À l'instar de l'Assurance Maladie, l'enjeu aujourd'hui est de mieux connaître les risques de fraude, de pratique fautive ou abusive pesant sur la branche AT/MP, quel que soit l'objet de la fraude (prestations en espèces, en nature, incitations financières, cotisations sociales, points C2P, etc) ou son auteur (entreprise, travailleur indépendant, professionnel de santé ou assuré). Ces cas de fraude devront être détectés et stoppés et leurs auteurs sanctionnés grâce à des dispositifs proportionnés. La branche AT/MP s'engage donc à déployer des actions efficaces de lutte contre la fraude. Elle cartographiera les risques de fraudes appliqués aux missions de prévention, de tarification et de reconnaissance AT/MP, en collaboration avec l'Assurance Maladie et dans le cadre des travaux menés par elle. Il s'agira également de mieux suivre les résultats des actions relevant du risque AT/MP lorsqu'elles sont communes entre les branches Maladie et AT/MP, notamment celles portant sur les professionnels de santé ou les indemnités journalières. La branche AT/MP souhaite également renforcer l'ampleur des actions de lutte contre la fraude qui seront menées entre 2023 et 2027 dans le cadre des plans de lutte contre la fraude de la Cnam, et ce sur l'ensemble du champ des activités exercées : fraudes identitaires, taux de cotisation, incitations financières, etc.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à donner un cadre juridique aux pouvoirs de cyberenquête de certains agents de contrôle.

Il s'engage également à porter le projet d'automatisation de la gestion des arrêtés de dotation des établissements de santé et médico-sociaux dans le SI de la Cnam, pour la constitution du groupe projet (dont ATIH, ARS, établissements, régimes obligatoires, etc).

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Connaître précisément nos risques pour mieux les maîtriser	Poursuivre les travaux d'évaluation des risques financiers liés aux erreurs de facturation et à la fraude, en intégrant de nouveaux champs ou en actualisant les travaux réalisés tous les trois ans.	X	X	X	X	X	Bilan annuel.
	Valoriser l'ensemble des actions de contrôle et de lutte contre la fraude.	X	X	X	X	X	Rapport de contrôle interne.
	Mettre en place un dispositif de veille sur les risques émergents, en particulier sur Internet.	X					Mise en place de la cellule de veille sur les réseaux sociaux chargée également de faire le lien avec les cyber-enquêteurs.
2. Obtenir des données certifiées à la source	Renforcer les règles d'agrément des logiciels de facturation des PS.	X					Cahier des charges, des règles et des engagements.
	Poursuivre les échanges d'informations avec les autres administrations et en particulier avec la DGFiP et les Urssaf.	X	X	X	X	X	Cartographie des solutions.
	Développer et interfacier les référentiels de maîtrise (SI de l'AM avec Ficoba, en interbranches référentiel des coordonnées bancaires frauduleuses).	X	X	X	X	X	Nombre d'échanges réalisés annuellement.
	Automatiser la gestion des arrêtés de dotation des établissements de santé : intégration directe des données dans les logiciels métiers de la Cnam.			X			Déploiement de la solution.
3. Optimiser les opérations de contrôle	Intégrer des critères de qualité de la facturation dans les négociations conventionnelles.	X	X	X	X	X	Extraits des conventions.
	Renforcer la coordination des contrôles entre régimes grâce au « datamart » en cours de déploiement.			X			Date de mise en service et bilan d'utilisation.
	Définir et déployer des procédures de liquidation adaptées aux comportements atypiques.			X			2025 pour les prestations en espèces puis extension aux autres prestations au fur et à mesure de l'implantation des SI rénovés : formalisation de procédures et de modes opératoires sur des actions de liquidation à la suite de la détection d'abus.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Donner un cadre juridique aux pouvoirs de cyberenquête de certains agents de contrôle	X				
Porter le projet d'automatisation de la gestion des arrêtés de dotation des établissements de santé et médico-sociaux dans le SI de la Cnam, pour la constitution du groupe projet (dont ATIH, ARS, établissements, régimes obligatoires, etc.)			X		

FICHE N°5.2

DÉTECTER, CONTRÔLER ET SANCTIONNER LES FRAUDES

ENJEUX

Les premières évaluations chiffrées de la fraude en 2021 sur les droits (concernant la C2S) et sur les soins (relatifs aux dépenses de soins infirmiers, des médecins généralistes et des transporteurs) mettent en lumière l'ampleur du phénomène et la nécessité de porter une ambition renforcée afin d'atteindre l'objectif de 500 millions d'euros de préjudices financiers stoppés en 2024.

L'intensification de la politique de prévention des risques, qui doit conduire à fortement limiter a priori les possibilités de fraude, doit être accompagnée d'un renforcement des compétences et des outils de contrôle a posteriori pour gagner en efficacité et maximiser le recouvrement du préjudice constaté.

Le traitement d'un dossier de fraude comprend en effet un certain nombre d'opérations incompressibles : il nécessite de procéder à un ciblage des dossiers suspects, de réaliser des investigations, dans un cadre juridique et opérationnel contraint, avant de constater d'éventuelles irrégularités puis de lancer une procédure de sanction et d'en assurer le suivi. L'enchaînement de ces différentes étapes peut malheureusement mettre en péril le recouvrement d'un préjudice bien réel pour les finances publiques.

L'accroissement du rendement des actions de lutte contre la fraude (LCF) nécessite des capacités de détection et d'investigation poussées pour traiter les dossiers, en particulier celles complexes et/ou mettant en œuvre des actions collectives, qui doivent être soutenues par une modernisation des outils informatiques, seuls à même de les déceler dans les volumes attendus pour atteindre les objectifs ambitieux fixés.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie s'engage à détecter et stopper plus rapidement les fraudes.

Afin de détecter plus rapidement les fraudes, l'Assurance Maladie entend anticiper les risques émergents de nouvelles fraudes, notamment en lien avec les nouvelles technologies : elle mettra en place un dispositif de veille permanent sur le sujet.

Le nouvel outil SI intégrera de nouveaux paramètres et moyens de contrôle dans une logique de meilleure maîtrise des erreurs de facturation et de détection de la fraude, tout en visant à ne pas détériorer notre qualité de service. L'Assurance Maladie renforcera également ses capacités d'analyse des données avec le déploiement

de nouveaux outils de data mining et d'intelligence artificielle.

Parallèlement, elle déploiera de nouveaux moyens permettant aux assurés de surveiller et de signaler des frais de santé pris en charge à tort. Le premier de ces outils concernera la possibilité pour un assuré de signaler un doute sur un remboursement à partir de son compte ameli d'ici à la fin 2023. À compter de 2025, ce dispositif sera complété par la notification aux assurés des frais de santé pris en charge pour leur compte. En fonction des modifications législatives nécessaires, les échanges réciproques entre l'Assurance Maladie et les complémentaires santé pour lutter contre les fraudes leur portant respectivement préjudice seront enfin développés.

Lors de la mise en place de nouveaux dispositifs législatifs ou réglementaires, l'Assurance Maladie et les services de l'État s'engagent à anticiper et à travailler sur les risques de fraude associés afin d'éviter au maximum des situations où celles-ci sont recherchées a posteriori.

L'Assurance Maladie cherchera également à réduire ses délais d'investigation, par la recherche d'efficience dans les phases de constitution et d'analyse des dossiers, avec la mise à disposition, à l'intention des CPAM, d'un nouvel outil d'aide aux investigations, et la simplification des protocoles de contrôle. L'ensemble de ces éléments doit permettre de réduire le délai entre la détection d'une fraude et l'action de notification d'indu ou d'engagement d'une action contentieuse.

Pour les fraudes à enjeux impliquant des acteurs dispersés sur le territoire, elle aura recours aux task forces nationales pour coordonner les actions des organismes du réseau, en lien avec les services d'enquête de gendarmerie et de police, et la justice.

Par ailleurs, la mise en place d'équipes composées d'agents agréés dotés de prérogatives de police judiciaire, dont les pouvoirs de cyberenquête en application de la LFSS 2023, permettra de renforcer le traitement de ces fraudes à enjeux (représentant des enjeux financiers importants ou impliquant plusieurs caisses) et d'améliorer le suivi des affaires donnant lieu à des plaintes pénales.

Sur ces fraudes à enjeux, les premières priorités porteront sur les centres de santé dentaires et ophtalmologiques, les professionnels de santé avec une activité atypique, les audioprothésistes, les opticiens dans le cadre du 100 % santé, les trafics de médicaments et les faux avis d'arrêt de travail. Ce programme de travail évoluera en fonction des nouveaux risques de fraude détectés.

Elle déploiera également une nouvelle stratégie de sanctions permettant de stopper plus rapidement les fraudes et de limiter les dépenses associées.

Chaque année, 8 000 actions contentieuses sont engagées par l'Assurance Maladie à l'issue de ses actions de contrôle, en ayant recours à l'ensemble des dispositifs existants : sanctions administratives, actions pénales, ordinales ou conventionnelles.

Une nouvelle stratégie d'actions contentieuses de l'Assurance Maladie sera élaborée et déployée : le choix des procédures à engager sera optimisé en fonction des acteurs (assurés, professionnels de santé, employeurs), de la nature des griefs et des montants en cause, pour en garantir le succès au regard de leur durée et de leurs impacts (vis-à-vis des fraudeurs, de la réparation du préjudice et de l'opinion publique). De plus, afin de faire cesser au plus vite les fraudes, le recours aux mesures conservatoires (contrôle médico-administratif selon l'article L 314-1 du CSS, suspension d'une prestation non médicalement justifiée selon l'article L 315-2 du CSS, etc.) devra être davantage utilisé. Les alternatives aux suites contentieuses seront également recherchées.

Il convient enfin de mieux préserver les intérêts financiers de l'Assurance Maladie en matière de recouvrement des indus frauduleux.

Afin d'accroître sensiblement les taux de recouvrement, l'Assurance Maladie choisira la meilleure suite contentieuse possible au regard des montants financiers, de la nature des griefs, de la sanction souhaitée et de la solvabilité des débiteurs. Elle renforcera le pilotage des dossiers qui font l'objet de poursuites pénales, notamment par des échanges réguliers avec les parquets.

L'Assurance Maladie utilisera pleinement l'ensemble des outils juridiques à sa disposition pour sauvegarder ses intérêts financiers, notamment en sollicitant auprès des services d'enquête la mise en place de saisies pénales en cours d'investigation dans des dossiers à forts enjeux ou en procédant directement à des saisies civiles pour garantir le recouvrement d'un indu frauduleux. Elle développera la fongibilité interbranches et les échanges avec l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (Agrasc) afin de faire valoir ses créances. Sous réserve d'évolution législative, le recours aux oppositions à tiers détenteur pourra être utilisé à l'encontre des professionnels de santé et des établissements, notamment quand les retenues sur remboursements ne sont pas possibles, ou lorsqu'elles sont insuffisantes.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à favoriser les évolutions législatives nécessaires au renforcement des contrôles et des sanctions à l'encontre des PS et des établissements.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Agir plus rapidement et plus efficacement en matière de LCF	Déployer de nouveaux outils de signalement et de détection des risques de fraudes.	X	X	X			Mise à disposition des outils de signalement et de détection par étapes à compter de 2026.
	Réduire nos délais de contrôle avec de nouveaux outils et méthodes d'investigation.	X	X	X			Diffusion au réseau de l'outil d'investigation Adagio en 2023 et extension à d'autres catégories de PS en 2024-2025. Diffusion de protocoles d'investigation renouvelés par catégories d'acteurs et de prestations à compter de 2023.
	Mettre en place des contrôles sur les nouvelles fraudes à enjeux et celles identifiées dans les travaux d'évaluation de la fraude.	X	X	X	X	X	Diffusion d'une LR pour chaque nouveau programme d'action.
	Mobiliser les task forces nationales ou régionales sur les fraudes à enjeux, en coordination avec nos partenaires.	X	X	X	X	X	Rapport annuel.
2. Déployer une nouvelle stratégie de sanctions	Développer les actions précontentieuses pour éviter les récidives.	X					Diffusion d'une LR au réseau avec guide des actions précontentieuses.
	Élaborer et mettre en œuvre une nouvelle stratégie en matière de suites contentieuses.	X					Diffusion d'une LR déclinant la nouvelle stratégie en matière de suites contentieuses.
	Renforcer les mesures conservatoires pour sauvegarder les intérêts de l'Assurance Maladie.	X					Diffusion d'un guide de bonnes pratiques.
	Mieux utiliser et rendre compte des sanctions conventionnelles vis-à-vis des professionnels de santé.	X	X	X	X	X	Fournir à échéances régulières la nature et le volume des sanctions conventionnelles.
3. Augmenter le taux de recouvrement des indus frauduleux	Optimiser notre stratégie de recouvrement par un recours à l'ensemble des dispositifs juridiques et en renforçant les échanges avec l'Agrasc.	X					Actualisation du guide de bonne pratique en matière de recouvrement des indus frauduleux/suivi des échanges avec l'Agrasc. Diffusion d'une LR en septembre 2022.
	Étendre les oppositions à tiers détenteurs aux indus des professionnels de santé (PS) et des établissements de santé (ES).		X				Diffusion d'une LR avec mode opératoire.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Favoriser les évolutions législatives nécessaires au renforcement des contrôles et des sanctions à l'encontre des PS et ES		X			

06

SOUTENIR
OPÉRATIONNELLEMENT
NOS AMBITIONS GRÂCE
À LA PERFORMANCE ET
À L'EFFICIENCE DE
LA BRANCHE

FICHE N°6.1

ACCROÎTRE LA PERFORMANCE ET L'AGILITÉ DU SYSTÈME D'INFORMATION

ENJEUX

Les ambitions portées par cette COG requièrent, dans la continuité de la COG précédente, un nouveau saut qualitatif de nos systèmes d'information (SI). Parallèlement, les objectifs internes d'efficacité des organisations et des processus du réseau, ainsi que ceux de maîtrise des risques et de contrôle, sont plus que jamais le socle nécessaire à l'atteinte de nos objectifs.

L'analyse de l'ensemble des orientations de cette COG montre que nombre d'entre elles dépendent fortement d'enjeux SI, que ce soit en termes de développement, de technologies, d'infrastructures, de sécurité, d'exploitation, d'interopérabilité ou d'échange de données.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie poursuivra les travaux de rénovation du SI tant au niveau technologique qu'au niveau applicatif.

Au niveau applicatif, plusieurs objectifs sont poursuivis : pouvoir réaliser plus rapidement les adaptations indispensables à l'intégration des évolutions réglementaires et conventionnelles, mettre en place de nouveaux services auprès de nos publics dans un délai réduit, et introduire des dispositifs de maîtrise et de contrôle au plus tôt dans la chaîne de traitement des prestations. Plusieurs outils cœur de métier sont ainsi concernés par ces travaux de refonte : Arpege, pour le paiement des prestations en espèces ; Meteore, pour le paiement des prestations en nature. La refonte des référentiels (assurés, professionnels de santé, nomenclatures de codage) doit également permettre de prendre en compte les nouvelles conditions d'exercice et de rémunération prévues lors des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé.

Au niveau technologique, la réduction de la dette technique et la modernisation des socles restent d'importants défis. C'est pourquoi l'Assurance Maladie s'engage à sanctuariser une partie de ses crédits réservés à la réalisation de chantiers techniques, notamment pour la résorption de la dette technique. Au-delà de cet engagement, l'automatisation des chaînes de fabrication, de déploie-

ment et d'exploitation informatiques, l'ouverture du SI et le développement des échanges de données, la consolidation de la gestion de la donnée, l'enrichissement des applications métiers et la modernisation de l'environnement de travail seront poursuivis.

Elle renforcera la maîtrise et la sécurité du système d'information.

La cybersécurité est un impératif pour maintenir la confiance de nos utilisateurs face à des risques croissants, multiples et pouvant provenir de différents types d'acteurs. Il s'agira d'amplifier les travaux engagés sur l'ensemble des leviers permettant d'offrir à nos publics des services sécurisés et souverains. En particulier, les modalités d'authentification seront adaptées et, en fonction de la sensibilité des services, de nouvelles campagnes de sensibilisation auprès de nos différents publics, ainsi qu'auprès de l'ensemble des agents de l'Assurance Maladie, seront réalisées. Il s'agira également d'assurer la conformité de la branche Maladie à l'ensemble des règlements relatifs à la sécurité (PSSI, RGPD, etc.), notamment ceux qui s'imposent à elle en tant qu'opérateur de services essentiels (OSE).

L'Assurance Maladie s'engage à poursuivre son investissement aux côtés de l'État dans la feuille de route du numérique en santé.

En effet, plusieurs référentiels et services socles de la feuille de route du numérique en santé sont

déployés par l'Assurance Maladie : l'application carte vitale (ApCV), l'identification nationale de santé, l'ordonnance numérique, le DMP et les deux plates-formes nationales que sont Mon espace santé et le bouquet de services aux professionnels.

Dans ce cadre, et comme il le fait notamment pour le compte ameli et amelipro, le SI devra assurer un niveau de sécurité très élevé, ainsi qu'une disponibilité de l'offre, et être en capacité de s'adapter pour permettre les évolutions ou les extensions de l'ensemble de ces services.

Des chantiers spécifiques pourraient être envisagés, notamment en vue du déploiement de la télésurveillance, dont le modèle de droit commun nécessiterait d'être en mesure de coupler la facturation des industriels et celle des professionnels de santé. En outre, des évolutions SI pourraient être envisagées afin de rendre le plus efficient possible les contrôles relatifs au divers plafonds d'activité à distance des professionnels de santé, dont l'appréciation va être complexifiée par l'arrivée des sociétés de téléconsultation.

Le système d'information contribuera aux gains de productivité de la branche en accroissant la dématérialisation et l'automatisation. Historiquement, une grande partie des gains de productivité de la branche sont passés par l'offre de téléservices pour l'ensemble de nos publics, et

par l'amélioration des outils internes en favorisant l'injection directe, le traitement automatique des tâches et le chainage automatique des opérations lorsque cela était possible.

Il s'agira, dans cette COG, de poursuivre ce mouvement sur l'ensemble des processus, y compris les processus comptables et financiers.

Enfin, l'Assurance Maladie s'engage à contribuer aux travaux associés aux objectifs définis dans le Schéma stratégique des systèmes d'information (SSSI) de la Sécurité sociale, en premier lieu sur les chantiers dont elle est chef de file en interbranches. Cela concerne, notamment, les travaux relatifs :

- à l'éditique, en tant qu'opérateur national pour les autres branches, en étant attentif à la qualité du service offert par le programme Ce-reus (concentration et rationalisation éditique avec unification des usages) et en examinant la capacité de cette offre à s'étendre ;
- à la sécurité, en mettant notamment en place un computer emergency response team (Cert) pour la sphère sociale.

Les questions relatives à la réduction de l'impact environnemental du SI de la sphère sociale seront par ailleurs prises en compte dans le SDSI de la branche Maladie.

ENGAGEMENTS COMMUNS A LA COG AT/MP

Le système d'information de la branche AT/MP est relativement complexe. Cette complexité historique se renforce par la nécessaire communication à mettre en place dans la circulation des données d'un environnement à l'autre (interopérabilité) compte tenu de l'interdépendance des missions de la branche AT/MP. L'enjeu de performance informatique est en conséquence particulièrement fort pour la réussite des missions de la branche, et nécessite un investissement important des différentes maîtrises d'œuvre. C'est pourquoi la branche AT/MP s'engage à poursuivre l'amélioration du système d'information AT/MP.

Deux axes sont particulièrement identifiés :

- d'une part, l'achèvement d'un projet de refonte majeur des réseaux AT/MP, initié sur la précédente COG (Atempo), et du SI des maladies professionnelles pour l'instruction des dossiers ;
- d'autre part, le système d'information du C2P (compte professionnel de prévention) doit être sécurisé et renforcé.

Enfin, la branche doit progresser dans sa maîtrise et son exploitation des flux de données AT/MP, par l'amélioration des outils de pilotage, au sein des différentes missions de la branche, aux niveaux local, régional et national.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Poursuivre les travaux de rénovation du SI tant au niveau technologique qu'applicatif	Refonte du référentiel assuré.	X	X	X	X	X	Usage du nouveau référentiel « assurés » dans un nombre significatif de processus caisse.
	Atempo : refonte de l'outil de gestion de la reconnaissance AT/MP.	X	X	X	X	X	Usage par les caisses du nouvel outil en 2027.
	Refonte du compte ameli.	X	X	X	X	X	Usage par les assurés du nouvel outil en 2027
2. Renforcer la maîtrise et la sécurité du SI	Adaptation des modalités d'authentification pour l'accès aux données de santé.	X	X	X			Usage de Pro Santé Connect dans les logiciels métiers des PS.
	Pseudonymisation : mise en place de la nouvelle brique.	X					Usage en production de la nouvelle brique.
	Déployer la directive NIS 2.	X	X	X	X	X	
	Poursuivre la résorption de la dette technique	X	X	X	X	X	Objectifs fixés dans le cadre de la roadmap annuelle sur la gestion de l'obsolescence technique.
3. Contribuer aux gains de productivité en accroissant la dématérialisation	Traitement automatique d'un processus comptable, financier.	X	X	X	X	X	
	Migration de la GED (gestion électronique des documents). Remplacement de l'outil Synergie par Diapason.	X	X	X	X	X	
	Mettre en place un outil unique de gestion des créances.		X	X			
4. Prendre en charge les projets attribués à l'AM dans le cadre du SSSI	Mise en place d'un Cert (computer emergency response team) pour la sphère sociale.	X					
	Projet Cereus					X	90 % des éditions, en interbranches, seront réalisées par la filière industrielle.
	Mutualiser les données de contact d'un individu (allocataire).	X	X	X			
	Porter les actions SSSI rattachées à l'environnement de travail des agents (autour de la convergence du socle technique des environnements de travail et de l'environnement numérique ergonomique et collaboratif).	X	X	X	X	X	
	Porter les actions SSSI rattachées à l'amélioration du pilotage des prestations.	X	X	X	X	X	

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Étudier la mise en place d'une gouvernance de la cyber-sécurité en interbranches, en articulation avec le Cert Sécurité sociale animé par la Cnam et avec les dispositifs de supervision et d'administration de la sécurité mis en place au sein de chaque caisse	X	X	X	X	X

FICHE N°6.2

MIEUX MOBILISER LES DONNÉES DE L'ASSURANCE MALADIE AU SERVICE DES NOUVEAUX USAGES

ENJEUX

L'Assurance Maladie dispose des bases de données parmi les plus complètes, robustes et précises en matière de santé et détient un savoir-faire particulier pour les exploiter, dans le respect des règles en matière de traitement des données à caractère personnel fixées dans le règlement général sur la protection des données (RGPD). Elle partage ce savoir-faire dans un partenariat avec le GIS EPI-Phare, auquel elle est très attachée.

Cependant, cette richesse est encore sous-exploitée au regard des usages possibles de ces données pour améliorer le service, pour accompagner les actions de gestion du risque, de contrôle, de lutte contre la fraude, ou d'amélioration des pratiques, pour augmenter la pertinence de nos actions de prévention et de détection des besoins des assurés, par exemple ceux qui ont des difficultés d'accès aux soins. Il s'agit donc de s'organiser pour accroître et diffuser ces nouveaux usages.

L'enjeu pour l'Assurance Maladie sera de mettre en place les conditions juridiques, techniques et organisationnelles permettant de développer des travaux statistiques avancés, à la fois pour produire des études, mais également pour appuyer la personnalisation de nos offres et services (calculs de rémunérations conventionnelles, contacts personnalisés de nos différents publics, mise en place d'outils de data visualisation d'aide au pilotage, à la décision et au diagnostic), ou, plus globalement, pour assurer la diffusion de la connaissance.

En outre, l'Assurance Maladie doit relever le défi de la mise à disposition des données de santé. Elle publie déjà de nombreuses études réalisées à partir des données du système national des données de santé (SNDS), diffuse des données en open data, met à disposition les données du SNDS et accompagne les utilisateurs dans la prise en main de ces données complexes. La prochaine COG doit confirmer son positionnement d'acteur clé dans l'ouverture des données de santé et le partage des algorithmes et codes sources relatifs à l'exploitation de ces données à des fins d'étude et de recherche.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie développera ses capacités à proposer des actions et services adaptés à ses différents publics et partenaires dans le cadre de ses différentes missions.

Elle fera évoluer le système de recueil et de stockage des données de l'Assurance Maladie, le complètera pour avoir une vision exhaustive des motifs d'ouverture de droits (notamment pour les assurés

disposant d'un NIR migrant), des parcours des assurés dans le système de santé et pour pouvoir s'appuyer sur une profondeur d'historique importante.

La Cnam transmettra chaque année au Conseil national de l'information statistique (Cnis) son programme de travail en matière de statistiques et participera en tant que de besoin à ses travaux. Elle sollicitera, auprès de l'Autorité de la statistique pu-

blique (ASP), pour les statistiques administratives qui font l'objet d'une publication régulière, soit l'attribution d'un label d'intérêt général et de qualité statistique, soit une reconnaissance de la qualité de statistiques publiques à visée d'information générale (après avis du comité du label, dans le cadre de la « démarche statistique publique » définie par l'ASP).

L'Assurance Maladie développera l'exploitation de ces données, en particulier celles permises par le déploiement de l'ordonnance numérique.

La seconde ambition est de rendre plus accessibles et visuellement plus attractives des données complexes, pour faciliter leur appropriation et leur utilisation. Cette mise à disposition vise aussi bien le réseau des CPAM, en particulier pour le pilotage de leurs activités, mais aussi pour l'établissement des diagnostics territoriaux dans le cadre de la gestion du risque et de l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins, mais également les professionnels de santé, en mettant notamment à leur disposition des indicateurs sur leurs pratiques (notamment issus des profils PS diffusés aujourd'hui sous format papier par les DAM). Au-delà, cet objectif sera également poursuivi sur les données produites en open data pour la diffusion d'informations à destination du public, contribuant ainsi à la transparence des politiques publiques.

Par ailleurs, la Cnam contribuera pleinement, au côté de la plate-forme des données de santé (Health Data Hub) à l'effort de réduction des délais d'accès aux données de santé par les porteurs de projets de recherche.

Plus largement, l'Assurance Maladie participera à la politique interministérielle d'ouverture des données, des algorithmes et des codes sources,

en lien avec l'administrateur ministériel des données, des algorithmes et des codes sources (AMDAC) des ministères sociaux.

Enfin, l'Assurance Maladie établira les bases d'un nouveau système d'information décisionnel national rassemblant les données, nationales et locales, issues de ses différents systèmes de production.

La première étape est la constitution d'un entrepôt de données rassemblant l'ensemble des données produites ayant trait aux indemnités journalières, aux pensions d'invalidité et aux rentes AT-MP. Une version préliminaire de cet entrepôt sera mise en œuvre en 2023. Cette version évoluera progressivement vers une architecture big data conforme à l'état de l'art et vers un élargissement du nombre d'utilisateurs et des cas d'usage, développant ainsi les capacités de l'Assurance Maladie à mettre en œuvre, avec des outils d'analyse adaptés, des analyses statistiques avancées irrigant ses différentes missions : gestion du risque, contrôle et lutte contre la fraude, aller-vers, recherche en santé, etc.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à :

- partager une feuille de route pour maintenir et faire évoluer le SNDS (instances déjà existantes) ;
- mettre à disposition les données dans l'attente de l'opérationnalité du HDH, puis définir l'articulation entre la Cnam et le HDH sur les missions communes (co-responsabilité du traitement) – Répartition des missions ;
- diffuser des produits de data visualisation en open data (articulation avec l'AMDAC).

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Développer les capacités de ciblage avancé pour proposer des actions et services personnalisés	Mettre en place les conditions pour mener des campagnes s'appuyant sur le retour à l'opérationnel.	X	X				Note de cadrage et processus documenté.
	Enrichir les données disponibles pour réaliser les ciblages et évaluer les actions qui en découlent.	X	X	X	X		Liste des nouvelles données disponibles.
2. Renforcer le positionnement de la Cnam dans son rôle d'ouverture des données de santé	Réaliser et publier des études permettant d'éclairer les pouvoirs publics et les actions à mener.	X	X	X	X	X	Nombre et nature des études publiées.
	Maintenir et faire évoluer le SNDS.	X	X	X	X	X	Liste des évolutions apportées.
	Mettre à disposition les données dans l'attente de l'opérationnalité du HDH puis définir l'articulation entre la Cnam et le HDH sur les missions communes (co-responsabilité de traitement et mise à disposition des données).	X	X	X	X	X	Nombre de projets traités annuellement.
	Poursuivre l'accompagnement du HDH dans la mise en œuvre de ses futures missions ainsi que les travaux informatiques associés.	X	X	X	X	X	Fourniture des données au HDH une fois qu'il sera devenu opérationnel.
3. Mettre à disposition du réseau de l'Assurance Maladie et de nos différents publics des outils de visualisation des données réactifs et interactifs	Diffuser des produits de data visualisation à visée opérationnelle pour nos différents publics, dont, en particulier, les médecins, et le réseau de l'Assurance Maladie, en incluant une capacité à utiliser des données sensibles.	X	X	X	X	X	Bilan annuel des nouveaux produits de data visualisation mis en ligne.
	Diffuser des produits de data visualisation en opendata.	X		X		X	
4. Mettre en place une plate-forme consolidant les données massives nationales et locales afin de jeter les bases d'un système d'information décisionnel unifié pour l'Assurance Maladie	Créer un entrepôt sur les indemnités journalières et l'invalidité rassemblant les sources de données utiles.	X					Ouverture de l'entrepôt.
	Définition d'une architecture big data à l'état de l'art permettant des analyses statistiques avancées et la mise en œuvre de cas d'usage en mode agile		X				Dossier d'architecture fonctionnelle.
	Renforcer les compétences de l'Assurance Maladie sur les nouvelles technologies et méthodes d'analyse en big data.	X	X	X	X	X	Nombre de ressources dédiées expertes sur ces métiers.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Partager une feuille de route pour maintenir et faire évoluer le SNDS (instances déjà existantes)	X	X	X	X	
Mettre à disposition les données dans l'attente de l'opérationnalité du HDH puis définir l'articulation entre la Cnam et le HDH sur les missions communes (co-responsabilité de traitement) – Répartition des missions	X	X	X	X	X
Diffuser des produits de data visualisation en opendata Articulation avec l'AMDAC	X	X	X	X	X

FICHE N°6.3

ACCENTUER LA PRISE EN COMPTE DES ENJEUX ENVIRONNEMENTAUX AU SEIN DE LA BRANCHE

ENJEUX

Dans la continuité des COG précédentes, et en cohérence à la fois avec les actions portées par l'Ucanss et avec les objectifs d'efficience, de maîtrise budgétaire et d'exemplarité de la branche, l'Assurance Maladie entend poursuivre ses engagements en faveur de la prise en compte des enjeux environnementaux.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'Assurance Maladie s'engage à se doter d'un objectif chiffré de réduction de son empreinte carbone.

D'un point de vue technique, elle poursuivra la stratégie nationale de rénovation du parc immobilier pour rationaliser l'occupation des surfaces et pour atteindre les objectifs de maîtrise de la consommation énergétique fixés par le gouvernement, notamment dans le décret du 23 juillet 2019 dit « décret tertiaire » et la circulaire du 25 juillet 2022. L'Assurance Maladie consolidera le suivi et le pilotage des installations techniques de ses bâtiments pour rationaliser ses consommations d'énergie dans la droite ligne des instructions gouvernementales sur le sujet. Elle s'engagera à équiper certains bâtiments pour la création d'énergie en particulier pour la bonne utilisation de l'énergie de chauffage ou pour charger des véhicules électriques. Elle généralisera et rendra opposable aux organismes le tri et la gestion des déchets dans le but de les réduire dans l'ensemble de la branche. Au-delà des actions pilotées par l'Ucanss, que l'Assurance Maladie portera dans toutes les caisses, elle identifiera, organisme par organisme, les postes les plus intéressants à rationaliser pour diminuer les émissions de GES. Elle prévoira également de déployer des dispositifs de production d'énergie propre dans le cadre prévu par l'Ucanss.

D'un point de vue organisationnel, elle recherchera systématiquement, dans ses organisations du travail, à limiter son empreinte carbone, en développant une politique de mobilité douce, en tirant toutes les conséquences du développement du télétravail et en travaillant avec les instances représentatives du personnel (IRP) à rationaliser l'usage de ses locaux. Elle établira ou actualisera les plans de mobilité pour améliorer les dispositifs de mobilité douce, révisera sa politique « voyage », pour limiter les déplacements professionnels à ce qui est nécessaire et apporte une réelle plus-value, et favorisera l'équipement de véhicules moins polluants à travers sa politique « achat ».

Du point de vue des systèmes d'information, afin de renforcer sa sobriété numérique, l'Assurance Maladie optimisera l'empreinte carbone de ses infrastructures, en portant un effort particulier sur ses data centers. Elle intégrera la sobriété numérique, tant dans la construction des produits que dans leurs usages.

Cette ambition passera par plusieurs vecteurs :

- la réduction de l'empreinte énergétique des data centers par l'augmentation de la température à l'intérieur des salles informatiques et le confinement de l'air froid ;

- l'identification des matériels et des infrastructures énergivores et l'arrêt des serveurs inutilisés pour optimiser les ressources systèmes à disposition ;
- le décommissionnement des applicatifs et des composants applicatifs non utilisés ou très peu utilisés ;
- la mise en œuvre d'une politique d'achat écoresponsable, chaque fois que cela est possible ;
- l'établissement d'une charte utilisateur pour modifier au quotidien les comportements des collaborateurs vis-à-vis de l'environnement de travail.

Cette préoccupation sera portée et suivie grâce au schéma directeur des systèmes d'Information (SDSI).

L'évolution des pratiques des collaborateurs de l'ensemble des organismes de la branche passera par une mobilisation forte, outillée et portée au plus haut niveau.

Pour accélérer et accentuer le changement, l'Assurance Maladie prévoit d'accompagner les évolutions des pratiques individuelles en les

ancrant dans des modifications organisationnelles. Ainsi, des dispositifs d'accompagnement au changement seront construits, proposés et déployés sur l'ensemble du réseau. Ils porteront sur des actions d'information, de formation et de partage de bonnes pratiques et d'initiatives innovantes. Le pilotage des enjeux de la transition écologique interne sera mieux outillé en mobilisant les outils de reporting et de suivi des objectifs des organismes du réseau. Les dirigeants seront intéressés à la transformation écologique de leur organisme. Les budgets des organismes et les budgets d'intervention nationaux porteront cette priorité. Enfin, l'ensemble de ces actions et de leurs résultats sera valorisé tant en termes de communication interne pour renforcer la fierté d'appartenance, qu'en communication externe pour valoriser notre exemplarité.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à soutenir et animer les actions interbranches pour la transition écologique de la Sécurité sociale.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Réduire notre empreinte carbone	Réalisation d'un bilan carbone incluant les émissions de scope 1, 2 et 3 durant la période conventionnelle pour la Caisse nationale, l'ensemble des caisses locales métropolitaines de plus de 500 salariés et les CGSS sous réserve de l'évolution de Perl's.	X	X	X	X	X	Transmission du bilan carbone par voie électronique à la plateforme de l'Ademe tous les 4 ans pour les CPAM et tous les 3 ans pour la Cnam EP.
	Intensifier la politique ambitieuse de rénovation énergétique du parc immobilier, y compris pour les sites informatiques.	X	X	X	X	X	Actions prévues dans le PNI. Assurer un suivi du ratio de surface par résident sur l'ensemble du parc.
	Réduire les consommations énergétiques de 10 % d'ici à fin 2024 et plus, ensuite, en fonction du décret tertiaire et des directives de l'État.	X	X				Autodiagnostic et bilan de mise en œuvre.
	Verdir la flotte automobile de la branche.	X	X	X	X	X	Respecter un seuil minimal de 50 % de véhicules à faible émission lors du renouvellement (acquisition ou location de longue durée).
	Déployer les politiques de réduction des déchets, de lutte contre la pollution numérique et favoriser les mobilités douces.	X	X	X	X	X	Élaboration et mise en œuvre du plan de sobriété énergétique dans 100 % des caisses.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
2. Mobiliser l'ensemble des acteurs pour favoriser l'évolution des pratiques	Former au suivi et au pilotage des installations de nos bâtiments pour, notamment, rationaliser nos consommations énergétiques.	X	X	X	X	X	Mise en place de formations des équipes techniques.
	Garantir l'appropriation des enjeux par l'ensemble des acteurs internes.	X	X	X	X	X	Information annuelle et formation à l'attention des membres des IRP des conseils et des agents de direction
	Sensibiliser et communiquer auprès de l'ensemble des collaborateurs.		X		X		Définition et mise en œuvre d'un plan de communication interne, avec mise en place de challenges interorganismes et de forums de partage de bonnes pratiques.
	Définir et mettre en œuvre une stratégie de communication responsable.	X	X	X	X	X	Établissement de la feuille de route et suivi des résultats produits par le plan d'action.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Soutenir et animer les actions interbranches pour la transition écologique de la Sécurité sociale	X	X	X	X	X

FICHE N°6.4

CONSOLIDER LA PERFORMANCE DE LA BRANCHE

ENJEUX

Tout au long de la précédente COG, la branche Maladie a su maintenir le service aux assurés, aux professionnels de santé et aux entreprises grâce à des innovations et à des actions d'amélioration des processus métiers, ainsi qu'à la faveur d'un pilotage resserré de l'organisation et de la performance du réseau.

Il conviendra dans cette COG de s'appuyer sur ces acquis pour conforter les ambitions de l'Assurance Maladie en matière de gestion des ressources humaines, d'homogénéisation de la qualité du service et de sécurisation des activités à fort enjeu en termes de volume, de disponibilité et de régularité de services.

Au-delà, la mise en œuvre de dispositifs de renforts, les mutualisations de charges et les entraides ont permis de limiter les impacts de la crise sanitaire sur nos activités socles et d'assumer des missions nouvelles, démontrant la pertinence du maillage territorial de l'Assurance Maladie et sa capacité à piloter les organismes et à les faire travailler en réseau. La poursuite des coopérations et des complémentarités croisées, tant en termes de mutualisation de fonctions supports avec les autres branches de sécurité sociale que de contributions et de co-constructions de l'action publique de l'État, doit être organisée afin d'en permettre le développement.

Sur le plan des ressources humaines, la période conventionnelle précédente a été marquée par une forte mobilisation reposant sur la mise en œuvre d'un socle commun RH à tous les organismes et sur un accompagnement national impliquant de fortes interactions avec le réseau. Si la crise de la Covid-19 a eu un impact important sur les métiers, elle a aussi modifié le rapport que les salariés ont avec leur travail, dans notre branche comme ailleurs. L'essor du télétravail, la quête de sens, l'exigence d'une réelle qualité de vie au travail, la prégnance des thèmes de santé au travail occupent une large place parmi les défis que la fonction RH doit relever, au même titre que l'adaptation permanente des métiers et des modes de management aux évolutions du digital, du travail en réseau et à l'apparition de nouveaux métiers.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

La recherche d'efficience constitue le socle de l'ensemble des actions portées par les orientations de cette COG.

Ainsi, les grands projets SI de l'Assurance Maladie, notamment ceux qui visent notre cœur de métier, ont pour finalité des gains d'efficience, en poursuivant le double objectif de réaliser des gains de productivité tout en augmentant la valeur de nos services pour nos différents publics.

Cette COG entend poursuivre la dématérialisation de nos relations avec nos publics grâce à l'enrichissement des services offerts par le compte ameli (par exemple le dépôt de pièces), ou par le compte entreprise prévu par l'orientation 1.2.

L'efficience passera enfin par l'automatisation de certaines tâches et la refonte de certains processus, en particulier dans les domaines de la relation aux usagers (orientation 1.2), dans celui de la prévention (orientation 3.1), sans oublier les travaux prévus sur l'optimisation

du processus « invalidité » (orientation 1.1) ou ceux concernant le contrôle et la lutte contre la fraude (orientations 5.1 et 5.2).

Au-delà de la préoccupation constante d'efficacité de ses processus et de son organisation, le pilotage de l'affectation des ressources au sein de la branche par la Caisse nationale participe fortement de la consolidation de la performance de la branche.

L'Assurance Maladie consolidera la démarche de travail en réseau.

Le schéma de mutualisation sera actualisé dans un double objectif d'efficacité et d'aménagement du territoire. En effet, les évolutions de charges ayant impacté les processus mutualisés de façon asymétrique, il est nécessaire de revoir les portefeuilles d'organismes ou les périmètres d'activité afin de garantir l'adéquation charges / ressources. Ces travaux concerneront ainsi les processus « feuilles de soins papier », « paie » ou encore « relations internationales ». Ces évolutions porteront une vigilance particulière à la préservation des équilibres territoriaux et RH des organismes.

Au titre des actions nouvelles, la simplification des règles de comptabilisation, en adaptant une inscription dans les comptes des organismes de gestion et non d'affiliation, sera recherchée et une expérimentation sur la centralisation du recouvrement des participations C2S sera conduite afin d'optimiser ce processus.

Par ailleurs, la bonne collaboration entre services administratifs et services du contrôle médical constitue un facteur clé de réussite de l'exercice des missions de l'Assurance Maladie. C'est pourquoi l'État missionnera l'Igas sur ce thème pour évaluer l'efficacité de l'organisation actuelle au sein du réseau de l'Assurance Maladie. À partir des conclusions de ce rapport, la Cnam établira un plan d'actions comportant par ailleurs les garanties indispensables à la préservation de l'indépendance des décisions médicales comme au respect de la confidentialité des données de santé des assurés.

Les dispositifs de veille, de sécurisation et d'homogénéisation de la qualité de service seront optimisés.

Cet engagement porte d'une part sur la pour-

suite de la stratégie de réduction des écarts de performance entre organismes en mobilisant de nouveaux outils d'analyse, et d'autre part sur le développement des dispositifs d'entraide. À ce titre, il conviendra d'optimiser l'application du programme Phare s'agissant des processus pouvant actuellement en bénéficier et, parallèlement, de déterminer les conditions de son application à de nouveaux processus ou segments d'activités. Au-delà, l'objectif d'homogénéisation de la qualité de service sera poursuivi à travers des programmes d'échanges de bonnes pratiques et de refonte de processus.

Les démarches de coopération interbranches sur les fonctions supports seront poursuivies et consolidées.

Au-delà des missions déléguées à l'Ucanss dans le champ de la coopération interbranches sur les fonctions supports, il s'agit en matière d'immobilier d'identifier de façon proactive les sites sur lesquels un rapprochement entre les branches présente la plus forte plus-value ; et en matière de système d'information de poursuivre plusieurs projets structurants, actuellement à des stades divers de réalisation (SIRH, domaine budgétaire et comptable, gestion immobilière). Il convient également de faire le bilan des deux expériences de création de caisse commune de sécurité sociale (CCSS) et de déterminer le cadre juridique, budgétaire et SI pour les démarches de coopération entre organismes de branches différentes.

Dans un contexte d'évolution de ses missions et du monde du travail, l'Assurance Maladie adaptera ses métiers et recherchera à être plus attractive et à mieux accompagner ses salariés dans l'ensemble de son réseau.

Attirer et fidéliser de nouveaux collaborateurs, notamment ceux détenant des expertises rares, représente un enjeu primordial dans le contexte d'un marché du travail en pleine reprise.

La révision de nos outils de publication dans le cadre du partenariat entre l'Assurance Maladie et l'Ucanss rendra les emplois de la branche plus visibles, tandis que la diversité de ses métiers sera mise en valeur.

L'accompagnement des dirigeants et des managers sera poursuivi afin de faire évoluer leurs pratiques et répondre à la demande croissante de sens ex-

primée par les salariés de l'Assurance Maladie, qui veulent être plus autonomes et être davantage associés aux changements.

Dans le cadre de sa politique RSO institutionnelle, l'Assurance Maladie continuera à promouvoir des actions permettant de lutter contre les discriminations et contribuant à réduire les écarts entre les femmes et les hommes en mettant en place, dans une organisation très féminisée, des programmes d'accompagnement des femmes vers les postes à responsabilité. En ce qui concerne la place des personnes handicapées au sein de nos organisations, la Cnam accompagnera au sein de ses réseaux les actions entreprises dans le cadre de la convention signée par l'Ucanss avec l'Agefiph.

Dans un contexte de renouvellement des outils informatiques et de fort développement du télétravail, qui concerne désormais environ 60 % des salariés, la qualité de vie et des conditions de travail et la prévention de l'absentéisme

prendront une place particulière. Tout en continuant de former les managers au management hybride, le plan national QVCT formalisera par ailleurs les actions face aux nouveaux risques professionnels (isolement, posture, sédentarité, hyperconnexion, etc.). Des accompagnements à la gestion de la charge de travail, qui ressort comme un des points de préoccupation du BSI 2021, seront aussi testés ainsi que des démarches de prévention et de traitement de l'absentéisme.

L'ensemble des actions en matière de ressources humaines sera par ailleurs porté dans le schéma des ressources humaines (SDRH) de la branche.

Enfin, l'Assurance Maladie continuera de contribuer à la mise en œuvre de politiques, actions et partenariats de service public portés par l'État (régimes partenaires, infogérance, projets type Ségur, crise sanitaire) selon des modalités qui seront précisées à l'issue de travaux prévus entre la Cnam et les services de l'État.

PARTICIPATION DU GROUPE UGECAM

Le groupe Ugecam portera une stratégie ambitieuse de responsabilité sociale des organisations, adaptée à ses enjeux et à ses leviers. L'offre de services de réadaptation professionnelle et de prévention de la désinsertion professionnelle du groupe Ugecam sera mobilisée au service des organismes de sécurité sociale en tant qu'employeurs (insertion, recrutement de personnes vivant avec un handicap, maintien dans l'emploi).

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État souhaite engager une mission Igas pour évaluer l'efficacité de l'organisation actuelle du service médical au sein du réseau de l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, il s'engage à étudier l'opportunité et la faisabilité d'une nouvelle base réglementaire permettant la comptabilisation des activités mutualisées dans les comptes des organismes de gestion et non d'affiliation.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
1. Consolider la démarche de travail en réseau	Poursuivre et actualiser le schéma de mutualisation de la branche sur les thématiques déjà engagées (Pleiade, Paie, FSP, ES/ESMS, RI, notamment).	X	X	X	X	X	Taux de travail en réseau
	Dans le contexte de la mutualisation, étudier la faisabilité et le ROI d'une comptabilisation des prestations dans l'organisme gestionnaire de l'activité.			X			Étude de faisabilité
	Expérimenter la gestion mutualisée du recouvrement de créances.		X				Mise en place d'une expérimentation.
					X		Évaluation de l'expérimentation
	Poursuivre les efforts de rapprochement des performances des CPAM.	X	X	X	X	X	Diminution annuelle de l'écart de productivité globale entre le 1 ^{er} décile et le 9 ^e décile.
2. Optimiser les dispositifs de veille, d'homogénéisation et de sécurisation de la qualité de service	Actualiser le schéma national d'entraide pour intégrer l'accompagnement des projets de refonte et étudier l'opportunité d'étendre la démarche à de nouveaux processus).	X	X	X	X	X	Bilans de mise en œuvre du schéma d'entraide.
	Améliorer les outils de pilotage de la production et les dispositifs d'accompagnement des CPAM en difficulté.			X			Mise en place d'un dispositif d'appui renforcé au pilotage de la production sur le processus IJ
	Participer à la mise en œuvre des projets SI interbranches dans le domaine budgétaire et comptable. Météore, SI RH.	X	X	X	X	X	Action suivie dans le cadre du SSSI.

ENGAGEMENTS	ACTIONS	2023	2024	2025	2026	2027	LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
3. Consolider les démarches de coopération inter-branches sur les fonctions supports	Sur la base des analyses territoriales, notamment d'accessibilité, des programmes immobiliers et d'une concertation Cnam-Cnaf. Favoriser l'émergence des projets de mutualisation de sites avec déploiement d'accueils communs.	X	X	X	X	X	Taux de mutualisation du patrimoine.
	Optimiser avec l'Ucanss les outils de gestion du patrimoine.	X	X	X	X	X	Action suivie dans le cadre du SDSI
	Faire un bilan 360° des deux expériences de création de CCSS et définir le cadre juridique, technique et budgétaire de gestion des organismes communs (CCSS, CGSS).				X		Production d'un cadre juridique, technique et budgétaire de gestion des organismes communs (CCSS, CGSS).
	Renforcer les études prospectives permettant d'identifier les besoins de formation, les passerelles possibles et les conséquences en matière de recrutement et d'évolutions professionnelles et participer activement aux travaux menés au sein de l'Ucanss dans le cadre des renégociations des classifications.	X	X	X	X	X	Programme d'études articulé avec l'Observatoire des métiers interbranches piloté par l'Ucanss. Au moins 1 étude livrée par an.
4. Dans un contexte d'évolution de ses missions et du monde du travail, adapter les métiers et chercher à être plus attractif et à mieux accompagner les salariés	Rechercher une plus forte visibilité et attractivité sur nos recrutements.	X					Plan stratégique « marque employeur renouvelée ». Articulation entre les outils de publication de l'Assurance Maladie et de l'Ucanss, dans le cadre de notre partenariat.
	Mettre en place des programmes d'accompagnement de femmes vers les postes à responsabilité.	X					Description de la mise en place du programme.
	Redéfinir un plan SQVCT prenant en compte des évolutions des organisations du travail, notamment l'accompagnement du télétravail pour prévenir les risques associés.	X	X	X	X	X	Diffuser et mettre en œuvre le futur plan SQVCT, en l'intégrant pleinement en tant qu'élément de la RSO au sein du futur SDRH.
	Prévenir l'absentéisme et outiller sur la gestion de la charge de travail.	X	X				Délivrance et évaluation des outils et des méthodes livrés au réseau.
	Identifier et promouvoir les modèles d'infogérance et de gestion pour compte de tiers les plus efficaces.	X					Bilan et cadre type de coopération.

ENGAGEMENTS	ACTIONS						LIVRABLE PREUVE DE LA RÉALISATION DE L'ACTION
		2023	2024	2025	2026	2027	
5. Contribuer à la mise en œuvre de politiques, actions et partenariats de service public portés par l'État.	Définir le cadre de solvabilisation des ressources d'ingénierie et d'exploitation mobilisées.	X					Méthode d'évaluation d'impact et de solvabilisation des opérations de build et de run (euros et ETP).
	Taux d'accès à la formation – global et par catégorie de personnel.	X	X	X	X	X	Transmission du taux annuel.

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES

ENGAGEMENTS	2023	2024	2025	2026	2027
Étudier l'opportunité et la faisabilité d'une nouvelle base réglementaire permettant la comptabilisation des activités mutualisées dans les comptes des organismes de gestion et non d'affiliation			X		
Missionner l'Igas pour évaluer l'efficacité de l'organisation actuelle du service médical au sein du réseau de l'Assurance Maladie	X				

Fait à Paris, le 11.9 JUL 2023

Le Ministre de la Santé et de la Prévention

A stylized blue ink signature consisting of a large 'F' and a long horizontal stroke.

François BRAUN

Le Ministre délégué chargé des Comptes publics

A blue ink signature in a cursive style, starting with a large 'G'.

Gabriel ATTAL

Le Directeur Général de la
Caisse nationale de l'Assurance Maladie

A blue ink signature with a large 'T' and a long horizontal stroke.

Thomas FATÔME

Le Président de la
Caisse nationale de l'Assurance Maladie

A blue ink signature in a cursive style, starting with a large 'F'.

Fabrice GOMBERT

ANNEXES

ANNEXE 1 : «DITES-LE NOUS UNE FOIS» **p 104**

ANNEXE 2 : LES PARTICULARITÉS ULTRAMARINES **p 107**

ANNEXE 3 : L'ACTION INTERNATIONALE DE LA CNAM **p 110**

**ANNEXE 4 : LES RESSOURCES ET LES RÈGLES
BUDGÉTAIRES** **p 111**

• **FNGA** **p 111**

• **FNPEIS** **p 120**

• **FNASS** **p 124**

• **FLCA** **p 129**

• **FAC** **p 131**

• **FNDS** **p 134**

**ANNEXE 5 : LES INDICATEURS DE RÉSULTATS
INSCRITS DANS LA COG** **p 137**

**ANNEXE 6 : LE DISPOSITIF DE SUIVI ET
D'ÉVOLUTION DE LA COG** **p 140**

ANNEXE 1

«DITES-LE NOUS UNE FOIS»

La présente COG contient les engagements de la Cnam sur la mise en œuvre du principe « dites le nous une fois » (DLNUF), matérialisés dans le tableau ci-dessous. Ces engagements portent sur la nature des chantiers à engager, les objectifs poursuivis ainsi que les échéances de réalisation.

Par leur nature, la réalisation de ces engagements dépend souvent d'acteurs externes fournisseurs de données dont le calendrier n'est pas maîtrisé uniquement par la Cnam. Les impacts techniques et les conditions juridiques ne sont pas tous définis à date. Par ailleurs, la complexité et l'évolutivité prévisible des sujets au cours de la COG conduisent à ne pas s'arrêter à une feuille de route figée à sa date de signature.

La maîtrise de cette feuille de route du DLNUF implique la mise en place de modalités de suivi particulières, évolutives et permettant la coordination dans la durée entre les acteurs.

Les principes suivants sont donc arrêtés :

- la présente COG permet d'initialiser la démarche sur la base d'engagements appréciés à date dans le tableau ci-dessous. Les engagements des différents acteurs du chantier seront synthétisés dans un outil de suivi commun à l'ensemble des organismes ;
- ce tableau commun de suivi des engagements sera mis à jour régulièrement en cours d'exécution de la COG. Il donnera lieu à une délibération collective au moins une fois par an dans le cadre des instances de pilotage du schéma stratégique des systèmes d'information (SSSI).

FINALITES	AXE DE TRAVAIL	ACTION	Acteurs produisant la donnée initiale	Acteurs consommant la donnée	ECHEANCE
Simplification	Automatiser le versement des prestations maladie pour les artistes auteurs.	Le projet Arpege RG de la Cnam prévoit d'automatiser la liquidation des données IJ. De façon spécifique, les artistes auteurs ne font pas aujourd'hui partie du projet, en raison des problématiques de récupération des données ressources en provenance de l'Urssaf Caisse Nationale (UCN). Ce point résolu, les artistes auteurs pourront bénéficier des apports en qualité de service de ce nouvel outil.	UCN	Cnam	2025 - 2026
Lutter contre le non-recours	Mieux identifier les travailleurs indépendants dans les bases Cnam en récupérant les données « statut » du flux trafic.	Les bases de données Cnam ne disposent pas aujourd'hui d'une visibilité sur la sous-catégorie de travailleurs indépendants (TI) et ne l'identifient qu'à travers le code régime, fournissant une vision limitée. Pour faciliter le ciblage, l'accompagnement et le suivi de ces populations de bénéficiaires, la donnée « statut » est nécessaire. Elle est véhiculée par le flux de Traffic. Pour autant, celle-ci n'est pas directement intégrée dans les outils Cnam et nécessite une adaptation du SI.	UCN	Cnam	2025 - 2026

FINALITES	AXE DE TRAVAIL	ACTION	Acteurs produisant la donnée initiale	Acteurs consommant la donnée	ECHEANCE
Simplification	Faciliter et sécuriser l'échange des données médicales dans le cadre de la première liquidation de retraite pour inaptitude.	La mise en œuvre de la liquidation de la retraite pour inaptitude requiert un contrôle du service médical de la Cnam préalable à la liquidation. Ce contrôle est établi sur la base de données médicales transmises par l'assuré via son médecin traitant. Le processus cible vise à sécuriser le transfert de ces données médicales confidentielles entre les services du service médical, l'assuré et les services de la Carsat chargés de la liquidation de la pension.	Cnam	Cnav	2025
Simplification	Faciliter la transmission des coordonnées bancaires dans le cadre de la liquidation d'une première pension de retraite pour les pensionnés en invalidité.	Il existe à ce jour une convention Cnam / Cnav visant à la transmission de données sur la situation des pensions d'invalidité servies par la Cnam six mois avant l'âge légal de départ en retraite. Cet échange de données n'inclut pas les coordonnées bancaires en raison d'une difficulté d'ordre juridique sur la transmission de cette information. Pour autant, ce point faciliterait le service rendu aux futurs retraités en évitant les réitérations.	Cnam	Cnav	2025
Simplification	Faciliter la récupération des pièces justificatives (PJ) utiles au versement des prestations maladie pour les travailleurs indépendants.	À l'heure actuelle, l'essentiel des PJ utiles au versement des prestations maladie pour les TI n'est pas transmis après le processus d'immatriculation établi par l'Institut national de la propriété intellectuelle (INPI) : acte de naissance pour les TI étrangers, TS en règle, passeport, RIB. La mise en œuvre d'un échange de données améliorerait le service rendu en évitant les réitérations et fiabiliserait les bases entre partenaires.	Inpi	Cnam	Dès mise à disposition des données
Simplification	Récupérer et intégrer les notifications de retraite pour les fonctionnaires afin de les créer en base maladie.	Le besoin identifié concerne la mise en œuvre d'un échange de données avec les caisses de retraite de la fonction publique afin de récupérer les notifications retraite et fluidifier le passage des personnes au statut de retraité dans les bases de la Cnam. Ce processus vise à simplifier l'accès aux prestations maladie pour les pensionnés fonctionnaires par la récupération des données de notification retraite de la part du service compétent (SRE pour les fonctionnaires d'État, CNRACL pour les fonctionnaires des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière, Ircantec pour les contractuels agents publics) par voie dématérialisée. Aujourd'hui, ces pièces sont demandées aux pensionnés alors que les pensionnés du régime général font déjà l'objet d'une transmission automatique de ces informations et d'une intégration transparente pour l'utilisateur.	SRE CNRAL Ircantex	Cnam	Dès mise à disposition des données

FINALITES	AXE DE TRAVAIL	ACTION	Acteurs produisant la donnée initiale	Acteurs consommant la donnée	ECHEANCE
Simplification	Mettre en place un échange de données ou un accès consultatif aux données de la MSA en cas d'activité mixte.	Ce point vise à améliorer la fiabilité des données connues de la Cnam en cas de polyactivité régime général/régime agricole. Ce point ne concernerait que les exploitants et les publics non véhiculés par la déclaration sociale nominative côté MSA. Un accès consultatif aux informations MSA pourrait satisfaire ce point et permettre aux services métiers de la Cnam de fiabiliser le suivi et le versement des IJ entre les deux régimes.	MSA	Cnam	Dès mise à disposition des données.
Lutter contre le non-recours	Réaliser une étude d'opportunité portant sur le partage de données contacts entre partenaires de la sphère sociale.	La Cnam porte une étude d'opportunité sur le partage de données contacts entre partenaires de la sphère sociale et expertisera notamment le point de l'acceptabilité de cet échange de contacts tant d'un point de vue des publics visés que des conditions juridiques.	Cnam	Cnaf Cnav UCN, etc.	Fin 2023
Lutte contre la fraude	Exploiter le nouvel outil Ficoba révisé pour fiabiliser les coordonnées bancaires des bases de la Cnam	À l'heure actuelle, l'essentiel des PJ utiles au versement des prestations maladie pour les TI n'est pas transmis après le processus d'immatriculation établi par l'Institut national de la propriété intellectuelle (INPI) : acte de naissance pour les TI étrangers, TS en règle, passeport, RIB. La mise en œuvre d'un échange de données améliorerait le service rendu en évitant les répétitions et fiabiliserait les bases entre partenaires.	Inpi	Cnam	Dès mise à disposition des données

ANNEXE 2

LES PARTICULARITÉS ULTRAMARINES

La caisse de sécurité sociale de Mayotte et les quatre caisses générales de Sécurité sociale de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion et de Guyane sont intégrées aux trois réseaux de l'Assurance Retraite, du recouvrement et de l'Assurance Maladie.

Elles ont en commun plusieurs spécificités qui ont des effets sur l'activité et les modes de gestion des caisses :

- ce sont des organismes multibranches et multirégimes, ce qui implique des relations multiples avec les caisses nationales et des outils différents ;
- ces caisses sont géographiquement éloignées de la France hexagonale et sont en décalage horaire (de -6 heures à +3 heures selon les saisons) ;
- elles sont dans des régions qui :
 - * connaissent une grande précarité, illustrée par des taux de population vivant au-dessous du seuil de pauvreté (entre 20 % pour La Réunion et 77 % pour Mayotte, soit cinq fois plus qu'en métropole), par un illettrisme important (de 13 % à la Martinique à 42 % à Mayotte, contre 7 % en moyenne en France métropolitaine) et par des difficultés d'accès aux soins accentuées par les caractéristiques géographiques ;
 - * souffrent d'un chômage structurel résultant de l'étroitesse du marché du travail et du manque de qualification de la population en recherche d'emploi (en 2021, les taux de chômage varient entre 12,9 % à la Martinique et 30 % à Mayotte vs 7.4% en France hexagonale) ;
 - * ont un cadre juridique parfois adapté et, concernant Mayotte, appelé à évoluer dans le cadre de la convergence des règles locales vers le droit commun
- ces organismes sont très impactés par la « fracture numérique » : moins de la moitié des personnes de 60 ans ou plus disposent d'un ordinateur à domicile, contre près des deux tiers en métropole. Le phénomène est aggravé par des difficultés de déploiement des réseaux de communication entraînant parfois de fortes perturbations et même des coupures sur plusieurs jours.

Au regard de ce contexte, et malgré des conditions difficiles, l'ensemble des caisses nationales a l'ambition d'offrir à la population de chaque département d'outre-mer un service public de qualité comparable à celui qu'elles déploient en France hexagonale. Elles s'attacheront donc au cours de la période couverte par la COG à rapprocher les performances des caisses d'outre-mer de celles des autres caisses, notamment en matière de délais et de qualité de la relation de service, en prenant en compte leurs spécificités et en trouvant les adaptations idoines. À cet égard, la situation de la CSS de Mayotte fera l'objet d'une attention particulière, notamment au regard de la convergence réglementaire.

Les actions et les engagements portés par la branche maladie au sein de la présente COG sont applicables aux départements d'outre-mer. Ils nécessitent des adaptations pour les ambitions suivantes :

1. garantir aux usagers une offre de service performante avec un socle homogène et la mise en place d'offres de services et de parcours adaptés ;

2. faire de la prévention et de la santé publique des marqueurs de l'engagement de l'assurance maladie en intégrant les enjeux de la transition écologique ;
3. soutenir opérationnellement nos ambitions grâce à la performance et à l'efficacité.

Garantir aux usagers une offre de services performante avec un socle homogène et la mise en place d'offres de services et de parcours adaptés

Les organismes d'outre-mer s'inscrivent dans les orientations générales de la COG d'offrir une relation de service de qualité, notamment en développant des offres coordonnées en interbranches et inter-régimes. La structure originale, interbranches et inter-régimes, des caisses est un atout en ce qu'elle facilite les parcours interbranches / régimes (exemple, périnatalité, passage à la retraite) et les échanges de données dans le cadre du « dites-le nous une fois », ainsi que la connaissance réglementaire des trois branches.

Les perspectives de développement des offres de services dans un cadre inter-branches / inter-régimes seront encouragées, tandis que le déploiement de modalités d'accueil et d'information du public sera unifié ou coordonné.

Les simplifications et améliorations portées par le contrat pluriannuel de gestion transverse construit avec les autres branches seront mises en œuvre. La Cnam poursuivra sa contribution active aux travaux de la Micor. De manière générale, elle s'inscrira dans les travaux de coordination et de mutualisation interbranches /inter-régimes et engagera les caisses à s'y intégrer et à les développer.

Par ailleurs, les éléments de contexte particuliers (carence de transports collectifs, fort taux de précarité, poids de l'illectronisme, zones blanches) doivent être intégrés dans la définition des politiques de relation de service tout en tendant vers les objectifs nationaux. Les offres de services dématérialisées seront enrichies et étendues, notamment à Mayotte, et, surtout, des mécanismes seront mis en œuvre pour palier leur faible utilisation, tel le renforcement de l'accompagnement.

Les caisses co-construiront un diagnostic territorial avec leurs partenaires (France Services, CCAS, association, Caf) afin d'optimiser le maillage territorial. Dans ce cadre, et en complémentarité avec les offres de services dématérialisés, la question de l'accessibilité aux services fera l'objet d'une attention particulière.

Les caisses poursuivront de manière volontariste les efforts de formation des personnels de France Services et des CCAS afin que ces structures constituent des relais efficaces.

L'« aller vers » sera développé via des actions spécifiques, afin de repérer, mesurer et accompagner les situations de risque de fragilité (observatoires des risques de fragilité, professionnalisation de l'évaluation globale des besoins en inter-régimes, etc.). Les caisses travailleront notamment à organiser la coordination des acteurs institutionnels pour une réponse adaptée, rapide et simple, où l'utilisateur est au centre des préoccupations. Seront notamment développés les « parcours femmes enceintes » (Guadeloupe, Guyane, La Réunion) et les « parcours coordonnés », pour le passage à la retraite des travailleurs indépendants (Guadeloupe, Martinique, La Réunion).

Faire de la prévention et de la santé publique des marqueurs de l'engagement de l'Assurance Maladie en intégrant les enjeux de la transition écologique

Tout en s'inscrivant pleinement dans la stratégie nationale de santé, les outre-mer doivent, pour les questions qui leur sont propres, bénéficier d'une stratégie adaptée qui viendra compléter ou ajuster les orientations nationales.

Cinq enjeux spécifiques feront l'objet d'une action renforcée et concertée avec les acteurs des territoires : les dépistages des cancers, les pathologies à forte prévalence dans les DROM (diabète, programme de nutrition et dépistage précoce à La Réunion, obésité et AVC) ; la prise en compte de risques épidémiques infectieux spécifiques (dengue, zika, leptospirose, paludisme ou chikungunya) ; l'exposition au chlordécone à la Martinique et à la Guadeloupe (mesures de suivi et de prévention adaptées aux agriculteurs et à la population générale) ; la situation de nombreux jeunes éloignés des soins (périnatalité lors des grossesses précoces de troubles du neuro-développement).

En matière de prévention, l'enjeu crucial au sein des DROM est celui des affections de longue durée, et en particulier du diabète. Le diagnostic de la prévalence des affections de longue durée dans les départements d'outre-mer indique que le diabète est bien plus prépondérant qu'en France hexagonale (36 % vs 22 % des affections de longue durée, et jusqu'à 41 % à Mayotte). On observe également une apparition de la maladie plus précoce (55 ans en moyenne dans les DROM, contre 60 ans en métropole), ainsi qu'un sur-risque féminin. Les territoires ultramarins sont également très touchés par l'obésité et le surpoids. Les complications liées à ces pathologies sont également plus marquées : l'insuffisance rénale chronique (IRC) touche jusqu'à deux fois plus de patients et on démontre 1,5 fois plus d'amputations du membre inférieur et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'Assurance Maladie concentrera les moyens sur les actions à fort enjeu pour chacun des territoires, grâce à un diagnostic par territoire réalisé fin 2022 qui définira les programmes prioritaires à déployer, les objectifs attendus et les moyens associés à compter du 2nd semestre 2023. En Guyane, une attention particulière sera apportée aux contaminations liées au plomb et au mercure. Les caisses d'outre-mer seront amenées à coordonner leurs actions sur les thématiques communes, au niveau local (le sujet du chlordécone ne concerne que les Antilles), ou à un niveau inter-DROM (prévention du diabète). La dimension culturelle et les éléments de langage de chacune de nos actions de prévention doivent également être étudiés et adaptés à chaque territoire. Pour que les actions soient comprises et mises en pratique par les assurés, l'Assurance Maladie devra s'appuyer sur tous les relais et développer des partenariats (ARS, préfectures, associations de proximité, etc.) en matière de promotion de l'éducation à la santé des assurés.

Soutenir opérationnellement nos ambitions grâce à la performance et à l'efficacité de la branche

Les ambitions d'amélioration de l'efficacité portées par la COG concernent tout particulièrement les caisses d'outre-mer qui se caractérisent par une efficacité parfois éloignée des standards nationaux. Les caisses s'attacheront à réduire progressivement les écarts en termes de productivité.

L'Assurance Maladie procédera, en concertation, avec les autres caisses nationales à une analyse des facteurs permettant d'objectiver les particularités qui impactent négativement la productivité de l'outre-mer (facteurs structurels exogènes liés à leur contexte, facteurs structurels endogènes, tels que les problèmes SI ou les questions organisationnelles). Des dispositifs de mesure de performance devront être construits (référentiels de productivité, déclinaison des objectifs), en tenant compte du cadre ultramarin. Cette démarche s'opérera dans le cadre d'un élargissement du diagnostic de performance aux CGSS et se traduira dans les CPG des caisses et dans leur accompagnement.

Des objectifs d'optimisation du pilotage de l'activité et de l'organisation de chaque caisse seront définis, dans le cadre des dialogues de gestion, afin de poursuivre le rapprochement avec les standards d'efficacité des caisses métropolitaines.

L'Assurance Maladie déploiera, sur ses procédures propres, des moyens d'entraide et d'accompagnement dédiés, notamment pour mieux gérer les risques de perte de compétences sur les activités à faible volumétrie. Elle cherchera à développer l'attractivité des territoires d'outre-mer.

ANNEXE 3

L'ACTION INTERNATIONALE DE LA CNAM

Elle garantira un dispositif de soutien national sur la continuité d'activité pour mieux prendre en compte les risques, notamment climatiques, propres à chaque territoire.

La coopération internationale est essentielle aux métiers de la protection sociale.

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie renforce son activité de coopération internationale dans ses domaines d'expertise.

Forte de son expérience en matière de généralisation de la couverture des frais de santé, avec la réforme de la PUMa (2016), et de sa politique visant à développer l'accès aux soins pour les plus vulnérables, elle suscite l'intérêt des pays cherchant à développer une couverture sociale de base et universelle.

En outre, dans un cadre européen, la pandémie de Covid a réaffirmé l'intérêt d'une coopération permettant l'échange de bonnes pratiques et d'innovations. C'est pourquoi l'Assurance Maladie assure la promotion des valeurs et principes du système français de protection sociale auprès des institutions de l'Union européenne et de ses États membres, en particulier via la Représentation européenne des institutions françaises de sécurité sociale (Reif).

Au-delà de ce périmètre de coopération avec l'Union européenne, la Cnam entend également, en lien avec le groupe AFD Expertise France, répondre à la demande croissante de la part d'autres pays, notamment d'Afrique et d'Asie.

Dans le cadre de la prochaine COG, l'Assurance Maladie entend ainsi travailler sur les leviers d'une coopération plus efficiente :

- en renforçant les dispositifs de veille et d'expertise dans le domaine de la comparaison internationale ;
- en contribuant aux travaux de la Représentation européenne des institutions françaises de sécurité sociale (Reif) et de l'Association internationale de sécurité sociale (AISS) ;
- en travaillant à l'amélioration de la qualité de ses propres coopérations et à l'élaboration d'un nouveau cadre partenarial avec le groupe AFD Expertise France portant sur la coopération.

ANNEXE 4

LES RESSOURCES ET LES RÈGLES BUDGÉTAIRES

LE FONDS NATIONAL DE GESTION ADMINISTRATIVE (FNGA)

Le budget de gestion comprend les charges de fonctionnement et d'investissement de l'ensemble des organismes du réseau.

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE PLURIANNUEL

Pour la période 2023-2027, l'ensemble des dépenses et des recettes fait l'objet d'une programmation pluriannuelle. La procédure budgétaire reste régie par la règle de l'annualité.

1.1. LE CHAMP D'APPLICATION DU PROTOCOLE BUDGÉTAIRE ET PLURIANNUALITÉ DES DÉPENSES

Toutes les structures composant le réseau de la Cnam sont concernées par la pluriannualité budgétaire. On distingue deux types de dépenses :

- les dépenses à caractère limitatif :
- les dépenses à caractère évaluatif.

1.1.1. Les dépenses à caractère limitatif

Pour ces dépenses, les montants figurant dans l'annexe budgétaire de la présente convention sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice. Il s'agit :

- des dépenses de personnel,
- des autres dépenses de fonctionnement :
 - des dépenses de gestion courante,
 - des dépenses de fonctionnement informatique.
- des dépenses d'investissement relatives :
 - à l'informatique, aux opérations immobilières sur les sites propres à la branche et celles relatives aux sites en patrimoine commun avec d'autres branches ou régimes, qui peuvent permettre également de financer des dépenses de fonctionnement (études par exemple) nécessaires à la réalisation de projets immobiliers,
 - aux autres objets.
- de la réserve nationale, qui inclut l'abondement en N+1 en fonction des crédits non consommés des dépenses de personnel et des autres dépenses de fonctionnement hors SI en N.

1.1.2. Les dépenses à caractère évaluatif

Pour ces dépenses, les montants sont arrêtés de manière indicative pour chaque exercice budgétaire. Ils peuvent être ajustés dans le cadre du budget de gestion, au vu des décisions qui s'imposent à la Cnam. Il s'agit :

- des dotations aux amortissements sur les immobilisations en propre ainsi que celles des unions immobilières ;
- des dotations aux provisions hors contentieux et risques ;
- du FNGA Urssaf Caisse nationale et Ucanss ;
- des dotations aux ARS.

1.2. LA DÉTERMINATION DE LA BASE DE RÉFÉRENCE

La programmation budgétaire pluriannuelle est établie à partir d'une base de référence, constituée des montants fixés dans l'annexe budgétaire.

1.3. LES RÈGLES D'ÉVOLUTION POUR LA PÉRIODE 2023-2027

1.3.1. Actualisation des dépenses de personnel

La détermination de la masse salariale repose sur :

- la trajectoire d'emplois annuelle arrêtée pour la durée de la COG ;
- le coût moyen par emploi ;
- le cadrage de la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP), traduite en taux, fixé par les pouvoirs publics ;
- les glissements divers en taux (dont l'effet « noria » et l'effet de structure), au sens de la commission interministérielle d'audit salarial du secteur public (CIASSP).

La masse salariale reconductible dans le budget COG de l'exercice N est actualisée par rapport à la masse salariale reconductible de l'exercice N-1 relative à la masse salariale, à l'exception de l'intéressement, des indemnités de départ en retraite, du paiement des heures supplémentaires, des maintiens de salaires liés aux indemnités journalières, des autres primes (mobilité, transport, formation, etc).

La Caisse nationale procède à l'actualisation de la masse salariale reconductible sur la base d'une maquette partagée avec les services de l'État et arrêtée en commun lors de la négociation de la COG.

Lors du vote du budget initial de l'année N, est inscrite, en masse salariale reconductible, la masse salariale reconductible du dernier budget rectificatif de l'année N-1, corrigée de :

- l'évolution de la trajectoire d'emplois annuelle issue de la négociation de la COG entre l'année N-1 et l'année N, sauf accord exprès des services de l'État
- la RMPP et les glissements divers en masse financière prévus pour la construction de la masse salariale issue des négociations.

Lors du vote d'un budget rectificatif au premier semestre de l'année N, la masse salariale reconductible est corrigée :

- du différentiel entre le niveau de glissement vieillesse technicité (GVT) négatif (effet « noria ») et l'effet de structure effectivement constaté à la clôture des comptes de l'année N-1 et celui issu de la négociation de la COG ;
- du différentiel entre le niveau de RMPP, en masse financière, s'il est arrêté par les pouvoirs publics pour l'année N, et celui retenu pour la construction de la masse salariale issue de la négociation de la COG.

La masse salariale de l'année N est également actualisée en fonction des hausses ou des baisses de prélèvements ayant un caractère obligatoire pour l'employeur.

Lors d'un vote du budget rectificatif au second semestre de l'année N, la masse salariale « intéressement » est inscrite à hauteur du montant inscrit à la COG.

1.3.2. Actualisation des autres dépenses administratives et d'investissement

Pour les investissements immobiliers et informatiques, les montants inscrits dans le tableau de programmation budgétaire correspondent à des crédits de paiement. Le montant total et la chronique des autorisations de programme sur la période conventionnelle font l'objet d'un tableau ad hoc.

La construction de la chronique de crédits de paiement des investissements immobiliers est réalisée sur la base des autorisations de programmes n'ayant pas fait l'objet de crédits de paiement lors de la dernière période conventionnelle, et des autorisations de programmes de la période conventionnelle en cours, à l'exception de la part de ces dernières qui feront l'objet de crédits de paiement sur la période conventionnelle suivante.

1.3.3. Autres réajustements exceptionnels éventuels

La présente convention s'entend sur la base d'une législation et d'une réglementation constantes. Au cas où des évolutions viendraient à modifier significativement les charges de gestion, les parties signataires conviennent d'en mesurer exactement l'impact et d'en dégager, si nécessaire, les conséquences financières.

Les parties s'entendront sur une révision dans le cas où un événement majeur dans l'environnement technique ou social des organismes viendrait affecter de manière significative leurs conditions de gestion.

2. LES RÈGLES DE GESTION

2.1. LE VOTE DES BUDGETS ANNUELS

Le budget initial présenté en N-1, et les budgets rectificatifs, sont soumis par le directeur général au vote du Conseil. L'approbation par l'État de ces budgets est réputée acquise, s'ils sont conformes à la COG, suivant les conditions prévues au code de la Sécurité sociale. Le budget de gestion administrative présentera la répartition réalisée entre, d'une part, les organismes locaux, et l'établissement public d'autre part.

2.2. RÉPARTITION DES CRÉDITS DU BUDGET DE GESTION

Les notifications de crédits aux organismes de base sont conformes à la segmentation des montants budgétaires, selon quatre grandes masses : dépenses de personnel, autres dépenses de fonctionnement hors système d'information (SI), dépenses de fonctionnement SI, dépenses d'investissement. Une information est communiquée au contrôle général économique et financier (CGEFI) auprès de la Caisse nationale selon une périodicité convenue avec lui et dans le respect de l'arrêté du 7 septembre 2016.

2.3. LES VIREMENTS DE CRÉDITS

Il existe un principe de fongibilité à l'intérieur des groupes de dépenses limitatives suivantes :

- les dépenses de personnel ;
- les autres dépenses de fonctionnement hors SI ;
- les autres dépenses de fonctionnement SI ;
- les dépenses d'investissement immobilier et autres objets ;
- les dépenses d'investissement informatique. À l'intérieur de ces groupes de dépenses, les virements de crédits relèvent de l'autorité du directeur général de la Caisse nationale. La répartition des crédits entre les organismes, au sein de chaque groupe de dépenses, est établie ou modifiée par le directeur général de la Caisse nationale.

Par exception, à l'intérieur du groupe des dépenses « investissement immobilier et autres objets », les crédits relatifs aux sites en patrimoine commun ne peuvent faire l'objet d'aucune fongibilité avec les autres lignes budgétaires d'investissement, sauf à titre exceptionnel, après accord préalable des services de l'État, par une décision modificative soumise au vote du Conseil.

Sont autorisés les virements :

- des dépenses de personnel vers les autres groupes de dépenses ;
- des autres dépenses de fonctionnement hors SI vers les dépenses d'investissement hors SI, les dépenses de fonctionnement SI et les investissements SI ;
- des autres dépenses de fonctionnement SI vers les investissements SI ;
- des dépenses d'investissement SI vers les autres dépenses de fonctionnement SI.

Ces virements sont effectués par le directeur général de la Caisse nationale et font l'objet d'une information du contrôleur général économique et financier auprès de la Cnam et des services de l'État.

Tout autre virement est interdit, sauf à titre exceptionnel, après accord préalable des services de l'État, par une décision modificative soumise au vote du Conseil.

2.4. RECOURS À LA RÉSERVE NATIONALE

La réserve nationale est mobilisable à destination de tous les groupes de dépenses de fonctionnement.

La mobilisation de la réserve est obligatoirement conditionnée à l'autorisation expresse des services de l'État. Une information est faite au Conseil (voir 1.1.1.2).

Les crédits de la réserve nationale font l'objet de reports automatiques d'un exercice à l'autre au cours de la période de la présente convention.

2.5. LES RÈGLES DE REPORT DES CRÉDITS NON CONSOMMÉS

2.5.1. Les règles de report des crédits non consommés pendant la période de la COG

2.5.1.1. La constatation des crédits non consommés

Chaque année, après la clôture des comptes, les crédits non consommés de l'exercice N-1 constatés au niveau des groupes de dépenses à caractère limitatif – dépenses de personnel et autres dépenses de fonctionnement hors SI – donnent lieu à un report sur l'exercice suivant au sein de la ligne budgétaire de la réserve nationale.

Chaque année, après la clôture des comptes, les dépenses d'investissement non consommées de l'exercice N-1 constatées au niveau des groupes de dépenses d'investissement à caractère limitatif ainsi que les autres dépenses de fonctionnement SI non consommées donnent lieu à un report sur l'exercice suivant, sur la même ligne budgétaire, après accord des services de l'État.

L'accord des services de l'État est donné, pour les dépenses de fonctionnement et d'investissement SI non consommées, par lettre des tutelles faisant suite à la production, au plus tard début octobre, par la Caisse nationale, d'un document de synthèse destiné à informer les tutelles de l'exécution des crédits informatiques inscrits annuellement au budget et explicitant les motifs des reports de crédits informatiques sollicités. L'accord des services de l'État est donné pour les dépenses d'investissement hors SI sur demande expresse et motivée de la Caisse nationale.

Les crédits non consommés constatés au niveau des dépenses à caractère évaluatif au titre d'un exercice ne peuvent donner lieu à un report sur la réserve nationale.

Les crédits non consommés en dernière année de COG ne sont pas reportables. Par dérogation, les produits de cession enregistrés en dernière année de COG font l'objet d'un report sur la COG suivante.

Les opérations immobilières soumises à autorisations de programme pourront faire l'objet de la constatation d'avances reportées. Si un organisme du réseau n'a pas pu utiliser, dans l'exercice, les dépenses d'investissement correspondant à une autorisation de programme délivrée par la Caisse nationale, et qu'il souhaite reporter cette dépense d'investissement sur l'exercice suivant, il a la possibilité de conserver les dépenses après autorisation du directeur général de la Caisse nationale.

Ces crédits augmentent à due concurrence le montant des autorisations de programme de l'exercice N et donnent lieu à la présentation d'un budget rectificatif au Conseil.

2.5.1.2. Les modalités d'information

En cas de reports de crédits (investissements et autres dépenses de fonctionnement SI) ou de mobilisation des dépenses de la réserve nationale lors d'un budget rectificatif, la Caisse nationale produit, à l'appui de la décision du Conseil, une présentation détaillée de l'utilisation des crédits mobilisés.

2.6. LES RÈGLES D'UTILISATION DES RECETTES

La réalisation des recettes ne donne pas lieu à un rehaussement de l'autorisation de dépenses limitatives, à l'exception des recettes listées ci-après, qui sont réutilisables à 100 % sur la masse limitative concernée :

- Lors de l'exercice de constatation pour :
 - les recettes et contributions reçues d'organismes extérieurs relevant de conventions de co-financement, non identifiées à la signature de la COG, ou dont la réalisation est supérieure à l'évaluation faite initialement, notamment par le Fonds social européen + (FSP +) ;
 - les recettes exceptionnelles liées à des assurances contractées et relatives à un sinistre dommages-ouvrage.
- Lors de l'exercice suivant celui de leur constatation pour :
 - les recettes relevant d'investissements dans une démarche RSO et provenant des subventions publiques européennes, nationales ou locales (rénovation énergétique, politique du handicap et politique de l'emploi) ;
 - les recettes liées aux mises à disposition du personnel en intra-branches ;
 - les recettes liées aux reprises de provisions pour contentieux ou risques (contentieux administratif, frais d'avocat, etc.). En cas de pénalités contribuant à minorer ces recettes lors d'exercices ultérieurs, ces pénalités viendraient en réduction de l'autorisation de dépenses limitatives lors de l'exercice suivant celui de leur constatation.

Par ailleurs, dans le cadre de projets ponctuels et bien identifiés, les services de l'État peuvent, au cas par cas, autoriser une réutilisation de recettes sur l'année en cours, sur la base d'une prévision communiquée par la Caisse nationale.

S'agissant des produits de cessions immobilières, la différence entre le prix de vente et la valeur nette comptable de l'actif vient relever, à due concurrence, les crédits de paiement et les autorisations de programmes de l'exercice N+1. Elle peut également abonder l'enveloppe des loyers et charges locatives de la branche sur une période de dix ans (à hauteur d'un dixième du différentiel par exercice). Ces crédits réutilisés ne peuvent donner lieu à un autre usage. En cas de cession de biens immobiliers dont la Cnam ne détient qu'une quote-part de la propriété, l'impact est proratisé. En cas de vente immobilière

entre organismes du régime général, le montant de celle-ci est pris en lieu et place de la valeur nette comptable du bien.

2.7. LE BILAN DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

Le suivi consolidé de la répartition des crédits est assuré par une présentation du budget de gestion au Conseil dans la même forme que celle figurant dans la convention. S'y ajoute une information sur les dépenses à caractère évaluatif et les opérations immobilières.

Le suivi du budget de gestion se fait au travers de tableaux de bord budgétaires établis sur le même modèle que le tableau de programmation financière de l'annexe, auxquels sont ajoutées les dépenses à caractère évaluatif ainsi que les prévisions de recettes.

Tableaux de bord budgétaires (TBB) du budget de gestion

La Caisse nationale fournit, pour chaque exercice budgétaire, quatre tableaux de bord budgétaires (TBB), accompagnés d'une analyse de l'exécution budgétaire. Ces documents permettent à l'État de produire des éléments chiffrés pour la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) et pour la préparation des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et d'approbation des comptes de la Sécurité sociale (LACSS). Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1, 2 et 3 au 15 avril, au 15 juillet et au 31 octobre N, comportant le niveau d'exécution de l'année N à la date de diffusion du TBB et une mise à jour de la prévision de l'exécution du budget N. Le TBB 2 précise, par ligne de dépenses, le montant des crédits N-1 reportés et ceux non reportés, ainsi que le montant des crédits issus de la réserve nationale.
- TBB 4, au 15 avril N+1, comportant le budget exécuté N et les sommes abondant les réserves.

Les TBB sont accompagnés d'un tableau qui précise les numéros de compte du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) sur lesquels s'impute chaque dépense présentée.

Les TBB sont également accompagnés de la fiche navette explicative échangée dans le cadre de la négociation de la COG, fiche qui propose, pour chaque ligne de dépenses, une analyse des évolutions de chiffres par rapport au dernier TBB et au dernier budget voté.

Le TBB 4 est accompagné d'un relevé des projets externalisés et contractualisés durant l'année, avec une brève description de leur objet et une estimation des montants engagés.

2.7.1. Dépenses de personnel

Les TBB détaillent les hypothèses sous-jacentes à l'évolution de la ligne de dépenses de personnel (hypothèses de volume d'effectifs, de GVT, d'effets « noria » et de structure, d'impact des variations de charges obligatoires, des mesures générales et catégorielles), et retracent la prévision et la réalisation des dépenses effectuées au titre de l'intéressement du personnel.

Les TBB sont également accompagnés de la maquette salariale échangée dans le cadre de la négociation de la COG.

2.7.2. Immobilier

Un plan national immobilier est arrêté pour la durée de la convention. Ce plan est mis à jour en fonction de la consommation des autorisations de programmes et des crédits de paiement. Il est transmis au moins une fois par an aux services de l'État, à l'appui de la transmission du TBB 1 de N et du TBB 4 de N-1.

2.7.3. Informatique

Les dépenses informatiques (investissement et fonctionnement) font l'objet d'un suivi budgétaire en prévision et en exécution. Des tableaux de suivi, renseignés en consommation des autorisations de programme, des crédits de paiement pour les investissements et en équivalent jour/homme pour l'assistance technique, établis en commun accord entre la Caisse nationale et l'État, seront transmis aux services de l'État annuellement lors de la présentation des TBB 1& 4.

Ce suivi est complété par un suivi des ressources internes mobilisées dans le cadre des projets informatiques en crédits et en jour/homme.

Ces tableaux sont également communiqués au contrôleur général.

Un état de la consommation budgétaire SI (ADF et investissements) est produit chaque année au mois de septembre afin de faire le point sur les crédits de dépense de l'année, l'avancement des projets, les sous-consommations et les reports éventuellement demandés.

2.7.4. Effectifs

Un suivi des effectifs de l'ensemble du personnel, par catégories d'organismes, est annexé à chaque TBB, traçant, notamment, les flux d'entrées, les flux de sorties, le constaté à la date de diffusion et la prévision de l'exécution : il est exprimé en équivalents temps plein moyen annuel (ETPMA) et distingue CDI et CDD.

Chaque TBB inclut l'état du recours à l'intérim au sein de la branche en masse financière. Une indication est transmise quant à la valorisation du jour/homme d'intérim.

Le TBB 4 est accompagné d'un document présentant la ventilation fonctionnelle des emplois pour les effectifs sous plafond.

2.8. CONTRÔLE GENERAL ÉCONOMIQUE ET FINANCIER DE L'ÉTAT

Le contrôleur auprès de la Cnam est tenu régulièrement informé des différentes phases relatives à la préparation et à l'exécution du budget de gestion. Il est destinataire des mêmes éléments que ceux transmis aux ministères de tutelle.

Il intervient, plus généralement, en application de l'arrêté interministériel du 7 septembre 2016 modifié relatif aux modalités d'exercice du contrôle budgétaire sur les caisses nationales, et du document de contrôle établi conformément à l'article 10 de cet arrêté.

FONDS NATIONAL DE GESTION	Exécution prévisionnelle novembre 2022	Exécution prévisionnelle retraitée	Exécuté COG	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL COG
A-DEPENSES A CARACTERE LIMITATIF									
I/PERSONNEL									
Dotation des organismes du réseau	3 807 745	3 685 461	18 842 125	3 767 816	3 772 975	3 745 560	3 741 346	3 741 330	18 769 027
Intéressement des organismes du réseau	88 946	89 537	351 291	89 537	89 537	89 537	89 537	89 537	447 685
CNAM établissement public	246 879	246 879	1 172 547	259 154	270 498	283 905	297 419	309 893	1 420 869
Intéressement CNAM établissement public	2 769	2 769	10 887	2 760	2 800	2 875	2 975	3 078	14 488
TOTAL I/DEPENSES DE PERSONNEL	4 146 339	4 024 646	20 376 850	4 119 267	4 135 810	4 121 877	4 131 277	4 143 838	20 652 069
II/AUTRES COMPTES									
Autres comptes de fonctionnement réseau	554 300	489 300	2 348 823	486 909	478 500	474 542	472 731	470 269	2 382 951
Autres comptes de fonctionnement CNAM	39 000	37 750	169 342	41 589	42 589	41 589	41 089	41 089	207 945
Etablissement Public									
Autres comptes de fonctionnement	593 300	527 050	2 518 165	528 498	521 089	516 131	513 820	511 358	2 590 896
Contributions non informatiques	14 235	14 235	60 507	14 701	14 756	14 811	14 867	14 923	74 058
Charges de gestion courante non informatiques	4 626	3 810	27 156	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	20 000
Remises de gestion	125 544	125 544	854 654	125 544	125 544	125 544	124 544	124 544	625 720
Sous total autres comptes non informatiques	737 705	670 639	3 460 482	672 743	665 389	660 486	657 231	654 825	3 310 674
Dotations des organismes - CTI informatique	8 162	8 162	38 701	10 330	12 340	14 054	13 058	12 609	62 391
Contributions informatiques	46 340	46 340	184 799	59 370	69 425	61 080	54 279	53 571	297 671
Charges de gestion courante informatiques	36 614	33 961	61 639	34 904	34 847	35 955	31 655	31 955	169 316
CNAM étab. public - MOE - MES	138 613	251 459	743 874	288 470	276 578	293 460	207 777	205 123	1 271 408
CNAM établissement public - AMOA	15 000	15 000	68 043	14 795	15 295	15 916	16 467	16 957	79 430
Sous total autres comptes informatiques	366 129	354 922	1 097 056	407 869	408 485	420 465	323 236	320 161	1 880 216
Conventions informatiques									
CNAV Informatiques	20 041	20 041	103 607	20 041	20 041	20 041	20 041	20 041	100 205
CNAV Autres conventions	634	634	8 775	3 634	934	934	934	934	7 370
CNAF GRH		1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	6 000
Sous total Conventions informatiques	20 675	21 875	113 582	24 875	22 175	22 175	22 175	22 175	113 575
TOTAL II/AUTRES COMPTES	1 124 509	1 047 436	4 671 120	1 105 487	1 096 049	1 103 126	1 002 642	997 161	5 304 465
Sous-total Fonctionnement	5 270 848	5 072 082	25 047 970	5 224 754	5 231 859	5 225 003	5 133 919	5 140 999	25 956 534
III/INVESTISSEMENTS									
Immobilier des organismes du réseau	161 400	161 400	451 920	69 760	156 460	147 360	77 800	81 480	532 860
Immobilier Cnam Etablissement Public	3 700	3 700	15 643	400	3 030	3 480	240	-	7 150
Informatique des org. du réseau	58 746	58 746	186 014	30 263	32 481	57 575	39 434	53 077	212 830
Informatique Cnam Etab. Public	98 450	95 548	481 784	99 555	101 199	111 221	114 569	114 654	541 198
Autres objets des organismes du réseau	82 000	82 000	321 184	69 775	69 892	72 837	70 427	70 427	353 358
Autres objets Cnam Etablissement Public	1 360	1 360	6 420	1 066	838	648	371	233	3 156
Autres Immobilisations Odigo	1 833	1 833	5 144	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	9 000
Autres objets des organismes du réseau - Accélération									
Sobriété énergétique				24 644	12 448	10 250	2 702	3 218	53 262
TOTAL III/INVESTISSEMENTS	407 489	404 587	1 468 110	297 263	378 148	405 171	307 343	324 889	1 712 814
RESERVE NATIONALE									

TOTAL A / DEPENSES A CARACTERE LIMITATIF	5 678 337	5 476 669	26 516 080	5 522 017	5 610 007	5 630 174	5 441 262	5 465 888	27 669 348
<i>B-DEPENSES A CARACTERE EVALUATIF</i>									
Autres contributions									
FNGA de l'ACOSS et FNGA de l'UCANSS	428 400	428 400	2 458 499	428 400	428 400	428 400	428 400	428 400	2 142 000
Contribution aux ARS	174 259	174 259	819 852	179 158	179 158	179 158	179 158	179 158	895 790
Réserve nationale									-
Amortissements & Provisions									
Amortissements et provisions Organismes du réseau	210 000	210 000	1 064 580	210 000	210 000	210 000	210 000	210 000	1 050 000
Amortissements et provisions CNAM établissement public yc logiciels créés	130 000	130 000	702 900	130 000	130 000	130 000	130 000	130 000	650 000
Amortissements et provisions des UIOSS	8 900	8 900	44 031	8 900	8 900	8 900	8 900	8 900	44 500
Amortissements - Charges exceptionnelles	-	-	4 754						-
Amortissements et provisions GA	200	200	517	200	200	200	200	200	1 000
Charges exceptionnelles	31 000	31 000	113 043	31 000	31 000	31 000	31 000	31 000	155 000
Informatiques Cnam Etablissement Public - Logiciels créés et en cours	100 000	100 000	418 480	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	500 000
Charges à répartir				33 302					
TOTAL B / DEPENSES A CARACTERE EVALUATIF	1 082 759	1 082 759	5 626 655	1 120 960	1 087 658	1 087 658	1 087 658	1 087 658	5 438 290
TOTAL DES DEPENSES BRUTES	6 761 096	6 559 428	32 142 735	6 642 977	6 697 665	6 717 832	6 528 920	6 553 546	33 107 638
Recettes propres des organismes du réseau	- 90 000	- 90 000	- 454 854	- 90 000	- 90 000	- 90 000	- 90 000	- 90 000	- 450 000
Recettes Cnam	- 120 000	- 120 000	- 909 507	- 120 000	- 120 000	- 120 000	- 120 000	- 120 000	- 600 000
Recettes atténuatives GA	- 450 000	- 450 000	- 2 163 236	- 450 000	- 450 000	- 450 000	- 450 000	- 450 000	- 2 250 000
DEPENSES NETTES	6 101 096	5 899 428	28 615 138	5 982 977	6 037 665	6 057 832	5 968 920	5 893 546	29 807 638

LE FONDS NATIONAL DE PRÉVENTION, D'ÉDUCATION ET D'INFORMATION SANITAIRE (FNPEIS)

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE

1.1. LE CHAMP D'APPLICATION

Le champ d'application du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire est défini à l'article R262-1-1 du code de la Sécurité sociale.

Entrent dans ce champ d'application les dépenses de fonctionnement – y compris de personnel – et d'intervention relatives aux actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires dont les dépenses relatives aux centres d'examens de santé (CES) et au Centre technique d'appui et de formation (Cetaf).

Sont également comprises dans le budget du FNPEIS les dépenses induites par la reprise en gestion directe par l'Assurance Maladie des invitations et actions d'accompagnement des dépistages des cancers dont, le cas échéant, la réintégration de personnels issus des centres régionaux de coordination des dépistages des cancer (CRCDC).

Les effectifs du FNPEIS (hors CES et Cetaf) sont suivis dans le cadre d'un plafond d'emplois.

1.2. LA PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

Pour la période COG 2023-2027, tous les crédits ont un caractère pluriannuel et la procédure budgétaire est régie par la règle de l'annualité.

Le budget du FNPEIS fait l'objet d'un vote chaque année par le conseil.

Le montant des dépenses est fixé en euros courants pour la période de la convention. Le budget est composé uniquement de dépenses à caractère limitatif dont les montants sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice.

Les règles d'actualisation des dépenses de personnel définies au point 1.3.1 des règles de gestion FNGA sont applicables pour ces mêmes dépenses sur le FNPEIS.

2. LES RÈGLES DE GESTION

2.1 LE VOTE DES BUDGETS ANNUELS

Le budget initial présenté en N-1, et les budgets rectificatifs, sont soumis par le directeur général au vote du Conseil. L'approbation par l'État de ces budgets est réputée acquise, s'ils sont conformes à la COG, suivant les conditions prévues au code de la sécurité sociale.

2.2. LA NOTIFICATION DE CRÉDITS

Dès l'approbation du budget, le directeur général notifie aux structures régionales et locales les dotations leur permettant d'assurer le financement des dépenses limitatives autorisées par la Cnam. Les dépenses des caisses primaires et des CGSS à caractère évaluatif donnent lieu à une créance sur la Cnam, soldée à

la clôture des comptes.

Tout risque de dépassement, sur une ligne de programme, constaté au niveau de la consolidation nationale, par rapport au montant approuvé du budget, nécessite une information des services de l'État. Le directeur général est alors tenu de soumettre au conseil une décision modificative du budget, procédant au financement du dépassement par virement de crédit.

2.3. LES VIREMENTS DE CRÉDITS

Les virements de crédits entre les lignes de programmes du budget du FNPEIS font l'objet d'une décision modificative soumise au vote du Conseil, après approbation des services de l'État, conformément à l'article L 224-10 du code de la Sécurité sociale. Il existe un principe de non-fongibilité entre les lignes CES et Cetaf vis-à-vis de toutes les autres.

À l'intérieur de chaque ligne de programme, les virements de crédits sont effectués par le directeur général et font l'objet d'une information du contrôleur général auprès de la Cnam.

2.4. LES RÈGLES DE REPORT

Afin de permettre une gestion pluriannuelle des dépenses de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, et des CES, tous les crédits limitatifs non consommés au titre de l'exercice N-1 peuvent donner lieu à report sur l'exercice N.

Chaque année, après la clôture de l'exercice N-1, à la constatation des dépenses exécutées au titre de l'année précédente, les crédits non consommés peuvent donner lieu à report sur l'exercice suivant.

L'affectation de ces reports entre les lignes de programme s'effectue au regard de l'analyse des besoins. Ces crédits augmentent ainsi à due concurrence le montant des autorisations de dépenses de l'exercice N et donnent lieu à un budget rectificatif présenté au Conseil après approbation par les services de l'État. Les crédits non consommés en dernière année de COG ne sont pas reportables.

2.5. L'ACTUALISATION DES CRÉDITS

Au cours de la période conventionnelle, toute mesure de nature législative ou réglementaire conduisant à un transfert de charges du FNPEIS vers un autre fonds ou vers le risque entraîne une annulation des crédits budgétés à due concurrence.

Le présent budget s'entend sur la base d'une législation et d'une réglementation constantes. Au cas où des évolutions viendraient à modifier significativement les charges de gestion, les parties signataires conviennent d'en mesurer exactement l'impact et d'en dégager, si nécessaire, les conséquences financières. Les parties s'entendront sur une révision dans le cas où un événement majeur dans l'environnement technique ou social des organismes viendrait affecter de manière significative leurs conditions de gestion.

3. LE SUIVI ET LE BILAN DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

Le suivi consolidé de la répartition des crédits est assuré par une présentation du budget du FNPEIS au Conseil dans la même forme que celle figurant dans la convention. S'y ajoute une information sur les dépenses à caractère évaluatif.

Le suivi du budget du FNPEIS se fait au travers de tableaux de bord budgétaires (TBB) établis sur le

même modèle que le tableau de programmation financière de l'annexe, auxquels sont ajoutées les dépenses à caractère évaluatif.

LES TABLEAUX DE BORD BUDGÉTAIRES (TBB)

La Cnam fournit, pour chaque exercice budgétaire, quatre tableaux de bord budgétaires, accompagnés d'une analyse de l'exécution budgétaire. Ces documents permettent à l'État de produire des éléments chiffrés pour la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) et pour la préparation des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et d'approbation des comptes de la Sécurité sociale (LACSS).

Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1, 2 et 3 au 15 mars, au 15 juillet et au 31 octobre N, comportant le niveau d'exécution de l'année N à la date de diffusion du TBB et une mise à jour de la prévision d'exécution du budget N. Le TBB 2 précise, par ligne de dépenses, le montant des crédits N-1 reportés et ceux non reportés ;
- TBB 4, au 15 mars N+1, comportant le budget exécuté N et les sommes abondant les réserves.

Les TBB sont accompagnés d'un tableau qui précise les numéros de compte du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) sur lesquels s'impute chaque dépense présentée.

Les TBB sont également accompagnés de la fiche navette explicative échangée dans le cadre de la négociation de la COG, qui propose, pour chaque ligne de dépenses, une analyse des évolutions de chiffres par rapport au dernier TBB et au dernier budget voté.

Dépenses de personnel

Les TBB détaillent les hypothèses sous-jacentes à l'évolution de la ligne de dépenses de personnel (hypothèses de volume d'effectifs, de GVT, d'effets « noria » et de structure, d'impact des variations de charges obligatoires, des mesures générales et catégorielles), et retracent la prévision et la réalisation des dépenses effectuées au titre de l'intéressement du personnel.

Effectifs

Un document retraçant l'évolution des effectifs suivis via le fonds est fourni à chaque édition du TBB. Il précise, notamment, les flux d'entrées, les flux de sorties, le constaté à la date de diffusion et la prévision de l'exécution. Il est exprimé en équivalents temps plein moyen annuel (ETPMA) et distingue CDI et CDD. Est annexé au TBB 4 un état des effectifs en ETPMA directement affectés à la mise en œuvre opérationnelle des actions et programmes de prévention. Cet état comporte une décomposition des effectifs par fonctions.

Il présente également un état du recours à l'intérim en masse financière et en jour/homme.

Les modalités de suivi du FNPEIS, notamment celles relatives à la communication des TBB à la tutelle, sont identiques à celles établies pour le suivi du FNG et incluent le suivi des effectifs.

La Cnam produit, pour chaque exercice budgétaire, un document détaillé de l'utilisation des crédits mobilisés en année N-1. Ce document fait l'objet d'une présentation à l'État le 15 mars de l'année N.

En tant que de besoin, les services de l'État et de la Cnam organiseront une réunion d'analyse du TBB.

	Budget total COG 2018/2022	Budget total COG 2023/2027	Prev exécution 2022	Prévision budget COG 2023	Prévision budget COG 2024	Prévision budget COG 2025	Prévision budget COG 2026	Prévision budget COG 2027
Vaccinations	184,5	402,3	66,9	75,8	79,5	81,9	82,5	82,6
Vaccination anti grippale (+ 65 ans + ALD et nouvelles ALD) Mesure législative à prendre pour transfert TM sur le risque (Legislatif, PLFSS 2024)	135,5	304,2	48,7	55,2	60,0	63,0	63,0	63,0
COM grippe uniquement	11,5	16,8	4,3	2,7	3,7	3,6	3,6	3,2
Vaccination ROR (Legislatif PLFSS 2024)	44	35,5	6,5	7,5	7,0	7,0	7,0	7,0
Autres vaccinations + Esope	5	45,8	7,4	10,4	8,8	8,3	8,9	9,4
Prévention Bucco-dentaire	337,6	481,9	88,0	95,6	97,5	96,3	96,6	95,9
<i>Dont remboursement EBD et TM soins (Regl + Legis)</i>	319	440,5	79,5	88,1	88,1	88,1	88,1	88,1
<i>Dont actions locales EBD</i>	10,6	13,8	2,1	2,6	2,7	2,8	2,8	2,9
<i>Dont dépenses de COM</i>	8	14,6	3,5	2,3	4,1	2,8	3,1	2,3
<i>Cout ESOPE + mailing/SMS</i>		13,0	2,9	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
Bon usage du médicament:	36,7	14,1	3,4	2,9	2,7	2,9	2,9	2,7
<i>Dont TDR</i>	12,6	12,5	2,3	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
<i>Dont COM lombalgie</i>	23,0	0,0	1,0	-	-	-	-	-
<i>Dont automesure tensionnelle</i>	1,1	1,6	0,1	0,4	0,2	0,4	0,4	0,2
Actions de prévention et d'accompagnement	120,6	210,9	24,6	47,3	38,9	42,8	43,4	38,5
<i>dont Sophia (inclant marché SI, Com 500k/an, activ asthme, ESOPE, activ dos, eval) + prado</i>	51,9	61,2	18,6	18,0	9,3	11,4	11,1	11,4
<i>dont VIH test, PSSM , mon test IST, MRTC, parcours maternit, dépression (mon psy)</i>	8,7	12,4	1,0	2,4	2,6	2,4	2,6	2,4
<i>dont dépistage en milieu scolaire, nouveaux projets prioritaires</i>	60,0	54,0	4,5	8,0	10,0	12,0	12,0	12,0
<i>dont rendez vous de prévention 4 classes d'age</i>		17,0	-	5,0	3,0	3,0	3,0	3,0
<i>dont campagnes de Com IC/cardio vasc, santé sexuelle, santé environnementale, santé mentale, conso medic, acc parcours...</i>	-	66,3	0,5	13,9	14,0	14,0	14,7	9,7
Lutte contre les infections VIH/hépatites	15,5	17,0	1,9	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6
Contraception d'urgence	17,5	2,7	2,2	1,5	0,3	0,3	0,3	0,3
Subventions	16,4	10,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Actions de dépistage des cancers	386,0	328,4	76,0	79,1	56,3	61,9	63,8	67,3
<i>dont financement structures de gestion (jusqu'en 2023)</i>	145,0	40,0	39,5	40,0	-	-	-	-
<i>dont reprise gestion des invitations CRCDC affecté (à partir de 2024)</i>					15,0	15,0	15,0	15,0
<i>dont reprise personnel CRDC</i>					-	-	-	-
<i>dont achat + lecture des tests colorectal uniquement en 2023 transfert risque après)+gestion du site de commandes en ligne</i>	196,0	131,8	26,5	28,9	21,1	24,7	26,8	30,3
<i>dont rémunération radiologues (sde lecture)</i>	45,0	10,0	9,5	10,0	-	-	-	-
<i>dont mise en place du kit APV</i>						1,7	1,7	1,7
<i>Dont expérimentation dépistage du cancer du poumon</i>						0,3	0,3	0,3
<i>dont TM actes expérimental cancer sein et une à deux actions innovantes probantes</i>	0,0	80,6	0,5	0,2	20,2	20,2	20,0	20,0
Actions locales de prévention	5,5	30,5	1,6	4,1	6,6	6,6	6,6	6,6
<i>dont dotations aux caisses / actions de prévention</i>	5,0	20,0	1,6	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
<i>dont Aller vers cout du phoning</i>				-	2,6	2,6	2,6	2,6
<i>dont Dépistage du saturnisme</i>	0,5	0,1	-	0,1	-	-	-	-
CES	767,1	750,5	145,9	150,1	150,1	150,1	150,1	150,1
<i>Centres d'examens de santé</i>	748,1	730,0	142,0	146,0	146,0	146,0	146,0	146,0
<i>Cetaf</i>	19,0	20,5	3,9	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1
Autres dépenses (cout des personnels)		151,7		17,1	32,8	33,4	34,0	34,4
Allers vers existant reprise personnel FNGA		65,5		12,8	12,8	13,1	13,3	13,5
<i>Reprise personnel Sophia</i>		59,7		11,7	11,7	11,9	12,1	12,3
<i>Téléconseillers CNAMAS + Cap Santé (aller vers existant)</i>		5,8		1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Allers vers nouveaux besoins		86,2		4,3	20,0	20,3	20,7	20,9
<i>Reprise personnel CRCDC</i>		9,2		-	2,2	2,3	2,3	2,4
<i>dont Aller vers personnel/phonings</i>		35,2		2,0	8,1	8,2	8,4	8,5
<i>Accompagnement Parcours</i>		15,5		0,9	3,6	3,6	3,7	3,7
<i>dont embauche 100 chargés de prévention</i>		26,3		1,4	6,1	6,2	6,3	6,3
TOTAL DEPENSES BUDGETAIRES	1 887,4	2 400,0	414,5	478,7	470,0	481,6	485,7	484,0

LE FONDS NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE (FNASS)

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE

1.1. LE CHAMP D'APPLICATION

Le champ d'application du Fonds national d'action sanitaire et sociale est défini à l'article R262-1 du code de la Sécurité sociale.

1.2. LA PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

Pour la période COG 2023-2027, tous les crédits ont un caractère pluriannuel et la procédure budgétaire est régie par la règle de l'annualité.

Le montant des dépenses est fixé en euros courants pour la période de la convention.

Le budget est composé de deux types de dépenses :

- les dépenses à caractère limitatif dont les montants sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice. Il s'agit des dépenses suivantes :
 - les dépenses de fonctionnement des organismes du réseau (hors Ugecam) ;
 - les dépenses de fonctionnement de la Cnam Établissement public ; les dépenses en capital destinées aux œuvres du réseau ;
 - les dépenses de fonctionnement et les dépenses en capital des Ugecam ;
- les dépenses à caractère évaluatif dont les montants sont arrêtés de manière indicative pour chaque exercice, et qui peuvent être ajustés dans le cadre du budget de gestion, au vu des décisions qui s'imposent à la Cnam ;
- les dépenses relevant de l'aide aux cotisants en difficulté (Aced).

Pour les exercices 2024 à 2027, sur la base des dépenses fixées dans l'annexe, les lignes budgétaires suivantes évoluent en fonction du taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) :

- dotations aux caisses / aide au maintien à domicile ;
- dotations aux caisses / subventions de fonctionnement aux associations ;
- Cnam / subventions de fonctionnement aux associations ;
- Cnam / subventions affectées.

La correction se fait par la prise en compte de la différence entre le taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année N-1 et le taux d'inflation hors tabac corrigé de l'année N-1 (établi par l'INSEE en début d'année N).

Toutes les autres dépenses de fonctionnement et d'investissement sont fixées en euros courants sur la période de la convention, sauf les aides spécifiques aux travailleurs indépendants, dont le montant est fixé chaque année par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI).

2. LES RÈGLES DE GESTION

2.1 LE VOTE DES BUDGETS ANNUELS

Le budget initial présenté en N-1, et les budgets rectificatifs, sont soumis par le directeur général au vote du Conseil après l'approbation des services de l'État. Cette approbation est réputée acquise suivant les conditions prévues au code de la Sécurité sociale, s'ils sont conformes à la COG. Le budget du FNASS présente la répartition réalisée entre, d'une part, les organismes locaux et, d'autre part, l'Établissement public.

2.2. LA NOTIFICATION DES CRÉDITS

Le directeur général de la Cnam notifie annuellement aux structures locales, avant la fin du premier trimestre, les crédits en euros constants qui leur sont alloués au sein du budget du FNASS.

Avant la fin du deuxième trimestre, il notifie les éventuelles dotations complémentaires issues du budget rectificatif.

Tout risque de dépassement constaté au niveau de la consolidation nationale par rapport au montant approuvé du budget, sur une ligne de programme, nécessite une information des services de l'État. Le directeur général est alors tenu de soumettre au Conseil une décision modificative du budget, procédant au financement du dépassement par virement de crédit.

2.3. LES VIREMENTS DES CRÉDITS

Le budget du FNASS se décompose en :

- une section de fonctionnement relative à l'action sanitaire et sociale ;
- une section d'investissement relative aux établissements et œuvres de l'Assurance Maladie ;
- une section d'investissement relative aux établissements extérieurs.

Les virements de crédits sont effectués par le directeur général à l'intérieur de chacune de ces trois sections de dépenses, à l'exception des lignes « accompagnement des organismes » et « établissements Ugecam », qui ne sont pas fongibles avec les autres lignes. Les virements de crédits entre les trois groupes de dépenses cités précédemment font l'objet d'une décision modificative soumise au vote du Conseil, après l'approbation des services de l'État, conformément à l'article L 224-10 du code de la Sécurité sociale.

2.4. LES RÈGLES DE REPORT

Afin de permettre une gestion pluriannuelle des crédits d'action sanitaire et sociale, tous les crédits limitatifs non consommés au titre de l'exercice N-1 peuvent donner lieu à un report sur l'exercice N.

Chaque année, après la clôture de l'exercice N-1, à la constatation des dépenses exécutées au titre de l'année précédente, les crédits non consommés peuvent donner lieu à un report sur l'exercice suivant de section à section. L'affectation de ces reports au sein de chaque section s'effectue au regard de l'analyse des besoins. Ces crédits augmentent ainsi à due concurrence le montant des autorisations de dépenses de l'exercice N et donnent lieu à un budget rectificatif présenté au Conseil après approbation par les services de l'État. Les crédits non consommés en dernière année de COG ne sont pas reportables.

2.5. LA RÉCUPÉRATION DE RECETTES

Toutes les recettes constatées au niveau national en année N-1 sont récupérables à 100 % en année N et permettent d'abonder les lignes de dépenses lors du budget rectificatif N.

2.6. LES CRÉDITS IMMOBILIERS

Un plan immobilier est arrêté pour la durée de la convention en autorisations d'engagement et en crédits de paiement. Ce plan est mis à jour en fonction de l'exécution des projets immobiliers. Au cours de la procédure des reports, le plan est mis à jour en fonction de la consommation des autorisations de programme et des crédits de paiement.

Les opérations immobilières soumises à autorisation d'engagement pourront faire l'objet de la constatation d'avances reportées : si un organisme du réseau n'a pas pu utiliser dans l'exercice les crédits de paiement correspondant à une autorisation d'engagement délivrée par la Caisse nationale, et qu'il souhaite reporter cette dépense sur l'exercice suivant, il a la possibilité de conserver les crédits de paiement après autorisation du directeur général. Toutefois, si ces crédits ne sont pas utilisés l'année suivante, l'organisme devra les restituer à la Caisse nationale.

S'agissant des produits de cessions immobilières, la différence entre le prix de vente et la valeur nette comptable de l'actif vient impacter, à due concurrence, les autorisations d'investissement en autorisations d'engagement et en crédits de paiement de l'exercice N+1. En cas de cession de biens immobiliers dont la Cnam ne détient qu'une quote-part de la propriété, l'impact est proratisé. En cas de vente immobilière entre organismes du régime général, le montant de celle-ci est pris en lieu et place de la valeur nette comptable du bien.

2.7. LE BILAN DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

Le suivi consolidé de la répartition des crédits est assuré par une présentation du budget du FNASS au Conseil dans la même forme que celle figurant dans la convention. S'y ajoute une information sur les dépenses à caractère évaluatif.

Le suivi du budget du FNASS se fait au travers de tableaux de bord budgétaires (TBB) établis sur le même modèle que le tableau de programmation financière de l'annexe, auxquels sont ajoutées les dépenses à caractère évaluatif.

LES TABLEAUX DE BORD BUDGÉTAIRES (TBB)

La Cnam fournit, pour chaque exercice budgétaire, quatre tableaux de bord budgétaires accompagnés d'une analyse de l'exécution budgétaire. Ces documents permettent à l'État de produire des éléments chiffrés pour la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) et pour la préparation des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et d'approbation des comptes de la Sécurité sociale (LACSS).

Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1, 2 et 3 au 15 mars, au 15 juillet et au 31 octobre N, comportant le niveau d'exécution de l'année N à la date de diffusion du TBB et une mise à jour de la prévision d'exécution du budget N. Le TBB 2 précise, par ligne de dépenses, le montant des crédits N-1 reportés et ceux non reportés.
- TBB 4, au 15 mars N+1, comportant le budget exécuté et l'exécution de l'année N.

Les TBB sont accompagnés d'un tableau qui précise les numéros de compte du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) sur lesquels s'impute chaque dépense présentée.

Les TBB sont également accompagnés de la fiche navette explicative échangée dans le cadre de la négociation de la COG, fiche qui propose, pour chaque ligne de dépenses, une analyse des évolutions de chiffres par rapport au dernier TBB et au dernier budget voté.

Un bilan du plan immobilier est transmis au moins une fois par an aux services de l'État à l'appui de la transmission du TBB 1 de N et du TBB 4 de N-1.

En tant que de besoin, les services de l'État et de la Cnam organiseront une réunion d'analyse du TBB.

FNASS / ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
en milliers d'€

FNASS / ACTION SANITAIRE ET SOCIALE en milliers d'€										
DEPENSES D'INTERVENTION (F)										
	Exécution prévisionnelle novembre 2022	TOTAL COG 2018-2022	MOYENNE COG 2018-2022	2023	2024	2025	2026	2027	Total COG 2023-2027	Variation 2022-2027
DOTATIONS AUX CAISSES LOCALES	prestations obligatoires									
	cures thermales	4 392,000	15 791,140	3 892,000	3 892,000	3 892,000	3 892,000	3 892,000	19 460,000	-11,38%
	TOTAL PRESTATIONS OBLIGATOIRES	4 392,000	15 791,140	3 892,000	3 892,000	3 892,000	3 892,000	3 892,000	19 460,000	-11,38%
	prestations facultatives									
	paramétrique enveloppe non affectée + retour et maintien à domicile + PRADO	112 379,000	507 854,073	101 570,815	111 430,000	111 430,000	111 430,000	111 430,000	557 150,000	-0,84%
	paramétrique	92 549,000	338 114,711	84 528,678	92 600,000	92 600,000	92 600,000	92 600,000	463 000,000	0,06%
	REMAJOM	19 200,000	72 877,228	18 219,307	18 200,000	18 200,000	18 200,000	18 200,000	91 000,000	-5,21%
	PRADO	630,000	2 022,831	505,708	630,000	630,000	630,000	630,000	3 150,000	0,00%
	Aides spécifiques TI	300,000	662,984	220,995	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-100,00%
	subventions aux œuvres (précarité)	2 500,000	12 483,805	2 498,761	2 600,000	2 600,000	2 600,000	2 600,000	13 000,000	4,00%
CNAM	Cout de transition Œuvres			2 111,591	2 531,591	2 531,591	2 531,591	2 531,591	12 237,955	NS
	subventions aux associations (fonct. et actions ciblées) MAH et subv CRAMIF	8 300,000	35 802,993	8 000,000	8 000,000	8 000,000	7 500,000	7 500,000	39 000,000	-9,64%
	TOTAL PRESTATIONS FACULTATIVES	123 479,000	556 813,855	111 451,170	124 141,591	124 561,591	124 581,591	124 061,591	621 387,955	0,47%
	sous-total caisses locales	127 871,000	572 604,995	114 609,398	128 033,591	128 453,591	128 453,591	127 953,591	640 847,955	0,06%
	~ subventions aux associations	520,000	1 711,103	342,221	700,000	700,000	700,000	700,000	3 500,000	34,62%
	~ subventions affectées	2 200,000	10 613,079	2 122,616	2 000,000	2 000,000	2 000,000	2 000,000	10 000,000	-8,09%
	~ études et recherches	1 500,000	5 925,371	1 185,074	1 200,000	1 200,000	1 200,000	1 200,000	6 000,000	-20,00%
	~ autres	50,000	230,822	46,164	50,000	50,000	50,000	50,000	250,000	0,00%
	dépenses de communication	0,000	0,000	0,000	3 050,000	3 050,000	3 000,000	1 450,000	10 850,000	
	sous-total CNAM	4 270,000	18 480,375	3 696,075	7 000,000	7 000,000	6 950,000	5 400,000	30 600,000	-0,47%
TOTAL INTERVENTION (F)	Dépenses évaluatives									
	Actions individualisées d'ASS maladie - ACED TI	4 800,000	12 885,531	2 577,106	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-100,00%
		136 941,000	603 970,901	120 892,579	135 453,591	135 403,591	133 353,591	132 203,591	671 447,955	-3,46%

DEPENSES D'INTERVENTION (K)									
	Œuvres (CP)								
TOTAL INTERVENTION (K)	4 500,000	19 902,913	3 980,583	4 000,000	3 500,000	3 500,000	3 500,000	3 500,000	18 000,000
TOTAL ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	141 441,000	623 873,814	124 863,162	139 033,591	138 953,591	138 903,591	136 853,591	135 703,591	689 447,955

FNASS / UGECAM
en milliers d'€

FNASS / UGECAM en milliers d'€												
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT (F)												
DOTATIONS AUX UGECAM		Accompagnement des organismes		TOTAL COG 2018-2022	MOYENNE COG 2018-2022	2023	2024	2025	2026	2027	Total COG 2023-2027	Variation 2023-2027
				4 048,000	5 090,703	6 048,000	6 048,000	6 048,000	6 048,000	6 048,000	30 240,000	49,41%
				4 048,000	5 090,703	6 048,000	6 048,000	6 048,000	6 048,000	6 048,000	30 240,000	49,41%
DEPENSES EN CAPITAL (K)												
				20 000,000	24 924,661	45 400,000	45 400,000	45 000,000	42 400,000	42 400,000	220 800,000	112,00%
				232 568,500	50 000,007	60 000,000	60 000,000	60 000,000	60 000,000	60 000,000	300 000,000	-74,20%
				20 000,000	24 924,661	45 400,000	45 400,000	45 000,000	42 400,000	42 400,000	220 600,000	112,00%
				24 048,000	30 015,364	51 448,000	51 448,000	51 048,000	48 448,000	48 448,000	250 840,000	101,46%

TOTAL FNASS en milliers d'€		Exécution prévisionnelle novembre 2022	TOTAL COG 2018-2022	MOYENNE COG 2018-2022	2023	2024	2025	2026	2027	Total COG 2023-2027	Variation 2023-2027
TOTAL FNASS DEPENSES BRUTES		165 489,000	773 950,635	154 878,526	190 481,591	190 401,591	189 951,591	185 301,591	184 151,591	940 287,955	11,28%
Recettes propres des organismes du réseau		67,000	8 852,880	1 770,576	67,000	67,000	67,000	67,000	67,000	335,000	0,00%
TOTAL DEPENSES NETTES		165 422,000	765 097,755	153 107,950	190 414,591	190 334,591	189 884,591	185 234,591	184 084,591	939 952,955	11,28%
Recettes atténuatives		56 001,000	307 890,924	61 578,185	56 001,000	56 001,000	56 001,000	56 001,000	56 001,000	280 005,000	0,00%
TOTAL DEPENSES LFSS		109 421,000	457 206,831	91 529,765	134 413,591	134 333,591	133 883,591	129 233,591	128 083,591	659 947,955	17,06%

LE FONDS NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS (FLCA)

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE

1.1. LE CHAMP D'APPLICATION

En application de l'article L. 221-1-4 du code de la sécurité sociale, le fonds de lutte contre les addictions (FLCA) est chargé de la participation au financement des actions de lutte contre les addictions sur la base des orientations prioritaires fixées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le périmètre du fonds est la lutte contre toutes les formes d'addictions y compris celles dites « sans substance psychoactive » comme les jeux d'argent et de hasard depuis l'entrée en vigueur de l'article 84 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022.

Entrent dans le champ d'application de la présente convention, le financement des actions de lutte contre les addictions, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis du comité restreint du Fonds.

1.2. LA PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

L'ensemble des dépenses du fonds font l'objet d'une programmation pluriannuelle. La procédure budgétaire est régie par la règle de l'annualité.

Les dépenses du fonds sont engagées et exécutées dans la limite des plafonds définis par la COG et du montant de la contribution affectée au fonds.

Le montant des dépenses est fixé en euros courants pour la période de la convention.

2. LES RÈGLES DE GESTION

2.1. LE VOTE DES BUDGETS ANNUELS

Le budget initial présenté en N-1, et les budgets rectificatifs, sont soumis par le directeur général au vote du conseil après approbation par les services de l'État. Cette approbation est réputée acquise suivant les conditions prévues au code de la sécurité sociale, s'ils sont conformes à la COG.

2.2. LA NOTIFICATION DE CRÉDITS

Dès l'approbation du budget, le directeur général de la Cnam, sur la base des décisions du comité restreint du fonds et de l'arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, notifie aux porteurs de projet désignés les crédits visant à financer les actions correspondantes.

Tout dépassement constaté au niveau de la consolidation nationale par rapport au montant approuvé du budget, sur une ligne de programme nécessite une information des services de l'État. Le directeur général est alors tenu de soumettre au conseil une décision modificative du budget procédant au financement du dépassement par virement de crédit.

2.3 LES RÈGLES DE REPORT

Les crédits non consommés de l'exercice N-1 peuvent donner lieu à report sur l'exercice sur la période de la COG. Les crédits non consommés en dernière année de COG ne sont pas reportables.

Chaque année, après la clôture de l'exercice N-1, à la constatation des dépenses exécutées au titre de l'année précédente, les crédits non consommés peuvent donner lieu à report sur l'exercice suivant. Ces crédits augmentent ainsi à due concurrence le montant des autorisations de dépenses de l'exercice N et donnent lieu à un budget rectificatif présenté au conseil après approbation des services de l'État.

2.4 L'ACTUALISATION DES CRÉDITS

Le présent budget s'entend sur la base d'une législation et d'une réglementation constantes. Au cas où des évolutions viendraient à modifier significativement les charges de gestion, les parties signataires conviennent d'en mesurer exactement l'impact et d'en dégager si nécessaire les conséquences financières.

Les parties s'entendront sur une révision dans le cas où un événement majeur dans l'environnement technique ou social des organismes viendrait affecter de manière significative leurs conditions de gestion.

3 LE SUIVI ET LE BILAN DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

La caisse nationale fournit pour chaque exercice budgétaire quatre tableaux de bord budgétaires accompagnés d'une analyse de l'exécution budgétaire. Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1, 2 et 3 au 15 mars, au 15 juillet et au 31 octobre N, comportant le niveau d'exécution de l'année N à la date de diffusion du TBB et une mise à jour de la prévision d'exécution du budget N. Le TBB 2 précise le montant des crédits N-1 reportés et non reportés ;
- TBB 4, au 15 mars N+1, comportant le budget exécuté N et les sommes abondant les réserves.

Les TBB sont accompagnés d'un tableau qui précise les numéros de compte du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) sur lesquels s'impute chaque dépense présentée.

Les TBB sont également accompagnés de la fiche navette explicative échangée dans le cadre de la négociation COG qui propose pour chaque ligne de dépenses une analyse des évolutions de chiffres par rapport au dernier TBB et au dernier budget voté.

En tant que de besoin, les services de l'État et de la CNAM organiseront une réunion d'analyse du TBB.

FOND DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS					
EN M€	2023	2024	2025	2026	2027
BUDGET COG	130	130	130	130	130

LE FONDS DES ACTIONS CONVENTIONNELLES (FAC)

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE

1.1. LE CHAMP D'APPLICATION

En application de l'article D221-28 du code de la Sécurité sociale, le FAC participe au financement des actions conventionnelles.

Les structures

Les structures concernées par la pluriannualité budgétaire du FAC sont les suivantes : les CPAM, les CGSS et l'Établissement public national.

Les dépenses

Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein des structures mentionnées à l'article L 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu et participer à des actions d'accompagnement de la numérisation.

Le FAC est composé de cinq catégories de dépenses limitatives dont les montants sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice :

- Subvention à l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) ;
- Subventions à Avec santé et à la Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS) ;
- Mesures issues des accords conventionnels ;
- Haut Conseil national de la nomenclature (HCN) ;
- Aides conventionnelles.

Le FAC comporte aussi une catégorie de dépenses évaluatives dont le montant est arrêté de manière indicative pour chaque exercice budgétaire :

- Conseils nationaux professionnels (CNP).

1.2. LA PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

L'ensemble des dépenses du fonds fait l'objet d'une programmation pluriannuelle. La procédure budgétaire est régie par la règle de l'annualité.

Le montant des dépenses est fixé en euros courants pour la période de la convention.

2.LES RÈGLES DE GESTION

2.1. LE VOTE DES BUDGETS ANNUELS

Le budget initial présenté en N-1 et les budgets rectificatifs sont soumis par le directeur général au vote du Conseil après présentation aux services de l'État. L'approbation par l'État de ces budgets est réputée acquise, s'ils sont conformes à la COG, après le délai prévu par le code de la Sécurité sociale.

2.2. LA NOTIFICATION DE CRÉDITS

Tout risque de dépassement constaté, sur une ligne de programme, au niveau de la consolidation nationale, par rapport au montant approuvé du budget, nécessite une information des services de l'État. Le directeur général est alors tenu de soumettre au Conseil une décision modificative du budget, procédant au financement du dépassement par virement de crédit.

2.3. LES VIREMENTS DES CREDITS

Pour les crédits limitatifs, à l'intérieur de chaque ligne de programme, les virements de crédits sont effectués par le directeur général et font l'objet d'une information du contrôleur général auprès de la Cnam.

Les virements de crédits entre les lignes de programmes du budget du FAC font l'objet d'une décision modificative soumise au vote du Conseil, après approbation des services de l'État, conformément à l'article L 224-10 du code de la Sécurité sociale.

2.4. LES RÈGLES DE REPORT

Afin de permettre une gestion pluriannuelle des dépenses d'actions conventionnelles, tous les crédits limitatifs non consommés au titre de l'exercice N - 1 peuvent donner lieu à report sur l'exercice N.

Chaque année, après la clôture de l'exercice N - 1, à la constatation des dépenses exécutées au titre de l'année précédente, les crédits non consommés peuvent donner lieu à un report sur l'exercice suivant. L'affectation de ces reports entre les lignes de programme s'effectue au regard de l'analyse des besoins. Ces crédits augmentent ainsi à due concurrence le montant des autorisations de dépenses de l'exercice N et donnent lieu à un budget rectificatif présenté au Conseil après approbation par les services de l'État. Les crédits non consommés en dernière année de COG ne sont pas reportables.

2.5. LES RECETTES

Les recettes de l'exercice N-1 sont non récupérables sur l'exercice N.

3. LE SUIVI DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

Le suivi consolidé de la répartition des crédits est assuré par une présentation du budget du FAC au Conseil dans la même forme que celle figurant dans la convention. S'y ajoute une information sur les dépenses à caractère évaluatif.

Le suivi du budget du FAC se fait au travers de tableaux de bord budgétaires (TBB) établis sur le même modèle que le tableau de programmation financière de l'annexe, auxquels sont ajoutées les dépenses à caractère évaluatif.

3.1. LES TABLEAUX DE BORD BUDGÉTAIRES

La Cnam fournit, pour chaque exercice budgétaire, quatre tableaux de bord budgétaires accompagnés d'une analyse de l'exécution budgétaire. Ces documents permettent à l'État de produire des éléments chiffrés pour la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) et pour la préparation des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS).

Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1, 2 et 3 au 15 mars, au 15 juillet et au 31 octobre N, comportant le niveau d'exécution de l'année N à la date de diffusion du TBB et une mise à jour de la prévision d'exécution du budget N. Le TBB 2 précise, par ligne de dépenses, le montant des crédits N-1 reportés et ceux non reportés ;
- TBB 4, au 15 mars N+1, comportant le budget exécuté N et les sommes abondant les réserves.

Les TBB sont accompagnés d'un tableau qui précise les numéros de compte du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) sur lesquels s'impute chaque dépense présentée.

Les TBB sont également accompagnés de la fiche navette explicative échangée dans le cadre de la négociation de la COG, fiche qui propose, pour chaque ligne de dépenses, une analyse des évolutions de chiffres par rapport au dernier TBB et au dernier budget voté.

En tant que de besoin, les services de l'État et de la Cnam organiseront une réunion d'analyse du TBB.

3.2. CONTROLE ÉCONOMIQUE ET FINANCIER DE L'ÉTAT

Le contrôle économique et financier de l'État auprès de la Cnam est tenu régulièrement informé des différentes phases relatives à la préparation et à l'exécution du budget de gestion. Il est destinataire des tableaux de bord et des notes transmises aux ministères de tutelle.

FONDS DES ACTIONS CONVENTIONNELLES	Exécution prévi- sionnelle novembre 2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL COG
Subvention ANDPC	203 915 000	198 000 000	217 000 000	251 000 000	209 000 000	225 000 000	1 100 000 000
Subventions Avec Santé + FCPTS	240 767	390 000	390 000	390 000	390 000	390 000	1 950 000
Vie conventionnelle	2 700 000	2 700 000	2 700 000	2 700 000	2 700 000	2 700 000	13 500 000
Comité National Profes- sionnel	4 060 000	6 060 000	4 060 000	4 060 000	4 060 000	4 060 000	22 300 000
Haut Conseil de le No- menclature (indemni- tés forfaitaires)	325 000	1 001 020	1 001 020	1 001 020	1 001 020	1 001 020	5 005 100
Aides conventionnelles	178 000 000	10 000 000	0	0	0	0	10 000 000
TOTAL DEPENSES BRUTES FAC	389 240 767	218 151 020	225 151 020	259 151 020	217 151 020	233 151 020	1 152 755 100
RECETTES	13 424 000	13 424 000	13 424 000	13 424 000	13 424 000	13 424 000	67 120 000
TOTAL DEPENSES NETTES FAC	375 816 767	204 727 020	211 727 020	245 727 020	203 727 020	219 727 020	1 085 635 100

LE FONDS NATIONAL POUR LA DÉMOCRATIE SANITAIRE (FNDS)

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE

1.1. LE CHAMP D'APPLICATION

Les dépenses relatives aux actions de démocratie sanitaire sont prévues à l'article L 221-1-3 du code de la Sécurité sociale.

1.2. LA PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

L'ensemble des dépenses et des recettes du fonds fait l'objet d'une programmation pluriannuelle. La procédure budgétaire est régie par la règle de l'annualité.

Les dépenses du fonds sont engagées et exécutées dans la double limite :

- des autorisations de dépenses limitatives définies par la convention ;
- du montant de la ressource affectée au fonds correspondant à la fraction, définie à l'article L221 1 3 du code de la Sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionnés à l'article 575 du code général des impôts, prélevée sur la part de cette taxe affectée à la Cnam.

Le montant des dépenses est fixé en euros courants pour la période de la convention.

2. LES RÈGLES DE GESTION

2.1. LE VOTE DES BUDGETS ANNUELS

Le budget initial présenté en N-1, et les budgets rectificatifs, sont soumis par le directeur général au vote du Conseil, après présentation aux services de l'État. L'approbation par l'État de ces budgets est réputée acquise suivant les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale, s'ils sont conformes à la COG.

2.2. LA NOTIFICATION DE CRÉDITS

Une convention financière est conclue avec chaque bénéficiaire des financements assurés par le fonds. Elle précise l'objet, la durée, les modalités de versement et les conditions d'utilisation des financements. La convention prévoit, en outre, la justification des dépenses, la production d'un bilan de l'exécution et les modalités d'une éventuelle régularisation. Les décisions de financement sont prises par le comité de pilotage du fonds.

La signature des conventions financières est assurée par le directeur général de la Caisse nationale d'Assurance Maladie et par les ministres chargés de la santé, de la Sécurité sociale. Une convention pluriannuelle peut être conclue dans la limite des plafonds annuels de la COG.

Tout risque de dépassement constaté, sur une ligne de programme, au niveau de la consolidation nationale, par rapport au montant approuvé du budget, nécessite une information des services de l'État. Le directeur général est alors tenu de soumettre au Conseil une décision modificative du budget, procédant au financement du dépassement par virement de crédit.

2.3. LES RÈGLES DE REPORT

Chaque année, la Cnam constate le résultat comptable du fonds, soit la différence entre les dépenses exécutées et les recettes correspondant à la fraction de 0,11 % du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts prélevée sur la part de cette taxe affectée à la Cnam.

Pour ces crédits non consommés, la Cnam peut solliciter le report de ligne à ligne, après accord explicite, par lettre, de la direction de la Sécurité sociale et de la direction du budget. Les services de la Cnam s'attacheront à expliquer le niveau de sous-exécution et sa justification, ainsi que le niveau de report demandé et les projets envisagés dans ce cadre. L'accord des services de l'État est donné sur demande expresse et motivée de la Caisse nationale.

Ces crédits augmentent ainsi à due concurrence le montant des autorisations de dépenses de l'exercice N et donnent lieu à un budget rectificatif présenté au conseil.

Les crédits non consommés en dernière année de COG ne sont pas reportables.

2.4. L'ACTUALISATION DES CRÉDITS

Le présent budget s'entend sur la base d'une législation et d'une réglementation constantes. Au cas où des évolutions viendraient à modifier significativement les charges de gestion, les parties signataires conviennent d'en mesurer exactement l'impact et d'en dégager, si nécessaire, les conséquences financières.

Les parties s'entendront sur une révision dans le cas où un événement majeur dans l'environnement technique ou social des organismes viendrait affecter de manière significative leurs conditions de gestion.

3. LE BILAN DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

La Caisse nationale fournit, pour chaque exercice budgétaire, quatre tableaux de bord budgétaires accompagnés d'une analyse de l'exécution. Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1, 2 et 3 au 15 mars, au 15 juillet et au 31 octobre N, comportant le niveau d'exécution de l'année N à la date de diffusion du TBB et une mise à jour de la prévision de l'exécution du budget N. Le TBB 2 précise, par ligne de dépenses, le montant des crédits N-1 reportés et ceux non reportés, ainsi que le montant des crédits issus de la réserve nationale.
- TBB 4, au 15 mars N+1, comportant le budget exécuté N et les sommes abondant les réserves.

Les TBB sont également accompagnés de la fiche navette explicative échangée dans le cadre de la négociation de la COG, qui propose, pour chaque ligne de dépenses, une analyse des évolutions de chiffres par rapport au dernier TBB et au dernier budget voté.

En tant que de besoin, les services de l'État et de la Cnam organiseront une réunion d'analyse du TBB

	Budget COG 2023	Budget COG 2024	Budget COG 2025	Budget COG 2026	Budget COG 2027	Cumul 23/27	Total exécution COG 2018/2022
TOTAL DEPENSES FNDS	11 500 000	13 000 000	13 000 000	13 000 000	13 000 000	63 500 000	49 975 864
Dont subventions UNAASS	10 000 000	11 500 000	11 500 000	11 500 000	11 500 000	56 000 000	43 904 625
Dont autres subventions	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	7 500 000	6 071 239
Cotis/conso tabac et autres produits							73 577 110
Dont reprise sur subven- tion UNASSS N-1							5 426 304
TOTAL RECETTES FNDS	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000	79 092 694

ANNEXE 5

LES INDICATEURS DE RÉSULTATS INSCRITS DANS LA COG

N°	INDICATEURS	CIBLES				
		2023	2024	2025	2026	2027
1	Délai d'instruction des demandes C2S (9e décile)	23	22	20	19	18
2	Délai de paiement de la 1re IJ maladie non subrogée (délai moyen maladie) TS et TI	28	26	24	22	20
3	Délai de paiement de la 1ère IJ AT-MP non subrogée (délai moyen)	38	35	32	29	25
4	Taux de satisfaction globale des assurés	82,50%	84,00%	85,00%	89,00%	93,00%
5	Taux de satisfaction globale des PS	82,50%	84,00%	85,00%	87,00%	90,00%
6	Taux de satisfaction globale des employeurs	82,50%	84,00%	84,00%	84,50%	85,00%
7	Taux de satisfaction par canal (E-mail, Téléphone et Physique avec ou sans rdv)	70%	75%	80%	80%	80%
8	Taux de réitération	ND	25%	23%	21%	20%
9	Taux de courriels traités dans les 48 heures en niveaux 1 et 2	81%	82%	83%	84%	85%
10	Taux d'appels téléphoniques aboutis	75%	75%	85%	90%	90%
11	Taux de réclamations traitées dans les délais (10 jrs)	97%	97%	97%	97%	97%
12	Taux d'accompagnement des professionnels de santé nouvellement installés (cible éligible)	75%	75%	75%	75%	75%
13	Taux d'ordonnances numériques (rapportées aux consultations en médecine générale)	30%	60%	70%	80%	90%
14	Nombre d'assurés ayant activé l'App CV	500 000	5 000 000	10 000 000	20 000 000	25 000 000
15	Tls assurés :Taux de demandes de carte vitale 2 dématérialisées	83 %	83%	84%	85%	86%
16	Tls assurés : Taux de déclarations nouveau-né dématérialisées	82%	83%	84%	85%	86%
17	Tls assurés : Taux de demandes C2S dématérialisés	35%	45%	50%	55%	60%
18	Tls PS: Taux d'avis d'arrêt de travail (AAT) dématérialisés	65%	70%	75%	80%	85%
19	Tls PS : Taux de certificats médicaux AT/MP dématérialisés	55%	60%	65%	70%	75%
20	% de la population couverte par une CPTS	100%	100%	100%	100%	100%
21	Nombre d'assistants médicaux	6000	10000	>10 000	>10 000	>10 000
22	Taux de patient en ALD avec MT	100%	100%	100%	100%	100%
23	Nombre de bénéficiaires C2S	7 272 952	7 312 952	7 352 952	7 392 952	7 432 952
24	Évolution du taux de dépassement des médecins de secteurs 2 et 1 DP	-3%	-5%	-7%	-8%	-8%
25	Nombre d'accompagnements dans le cadre de l'aller-vers de prévention et d'éducation pour la santé (courrier et SMS envoyés / assurés joints au téléphone / vus)	100 000	200 000	300 000	350 000	400 000
26	Nombre d'accompagnements dans le cadre des saisines de la mission d'accompagnement santé	157 000	164 850	173 093	181 747	190 834
27	Taux de marge brute	5%	6%	6%	6%	6%

N°	INDICATEURS	CIBLES				
		2023	2024	2025	2026	2027
28	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un rendez-vous de prévention aux âges clés par année (à partir de 2024)		380 000	530 000	530 000	530 000
29	Taux de recours au chirurgien-dentiste pour les classes d'âge concernées par l'examen bucco-dentaire (3-24 ans)	51%	52%	53%	54%	55%
30	Taux de participation au dépistage organisé et individuel du cancer du sein	58,8%	61,6%	64,4%	67,2%	70,0%
31	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	58,4%	63,8%	69,2%	74,6%	80,0%
32	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	37,8%	44,6%	51,4%	58,2%	65,0%
33	(Respect du) taux d'évolution de l'Ondam soins de ville	100%	100%	100%	100%	100%
34	Taux de déploiement des actions du plan annuel GDR	90%	90%	90%	90%	90%
35	Taux d'atteinte des économies (maîtrise médicalisée et LCF) du plan annuel GDR	100%	100%	100%	100%	100%
36	Évolution du nombre d'IJ moyens pour les arrêts supérieurs à 18 mois	-2%	-2%	-2%	-2%	-2%
37	Taux d'évolution du nombre de contrôle par le SM	+5% / base 22	+10% / base 22	+15% / base 22	+20% / base 25	+25% / base 22
38	Part des médecins gros prescripteurs d'IJ ayant fait l'objet d'une action de l'AM	75%	85%	100%	100%	100%
39	Part des patients atteints d'IC ayant bénéficié d'un suivi recommandé	30%	32%	34%	36%	38%
40	Taux de recours au dispositif Parcours psy	100 000	160 000	240 000	300 000	400 000
41	Part des DMP alimentés	35%	45%	55%	65%	75%
42	Nombre de comptes Mon espace santé activés	20%	30%	40%	50%	60%
43	Indicateur de risque résiduel en fréquence – Prestations en nature	10,27%	9,73%	9,19%	8,11%	7,03%
44	Indicateur de risque résiduel en fréquence – Prestations en espèces	9,52%	9,02%	8,52%	8,02%	7,52%
45	Taux d'incidence financière des erreurs résiduelles – Prestations en nature	3,14%	2,97%	2,81%	2,48%	2,15%
46	Taux d'incidence financière des erreurs résiduelles – Prestations en espèces	1,94%	1,84%	1,74%	1,64%	1,53%
47	Taux de recouvrement des indus frauduleux	55%	57%	60%	62%	65%
48	Taux de recouvrement des indus non frauduleux	96%	96%	97%	97%	98%
49	Montant total des préjudices frauduleux et /ou fautifs constatés ou subis	266 000 000	337 500 000	357 500 000	375 000 000	390 000 000
50	Montant total des préjudices frauduleux et / ou fautifs évités	114 000 000	162 500 000	192 500 000	225 000 000	260 000 000
51	Taux de disponibilité des portails PS	99,35%	99,39%	99,43%	99,46%	99,49%
52	Taux de disponibilité des portails assurés	99,12%	99,17%	99,22%	99,27%	99,42%
53	Taux d'accès global à la formation	62%	64%	66%	68%	70%
54	Taux annuel d'absence maladie de courte durée inférieure à 8 jours	1,16%	1,12%	1,08%	1,04%	1%
55	Taux minimum du genre le moins représenté (taux de féminisation) aux postes de directeurs	45%-55%	45%-55%	45%-55%	45%-55%	45%-55%
56	Taux d'évolution de la consommation d'énergie	-5% par rapport à 2021	-10% par rapport à 2021	-15% vs. 2021	-20% vs. 2021	-25% vs. 2021
57	Taux de mutualisation des achats	53%	54%	55%	56%	57%
58	Productivité par unité d'œuvre maladie : par processus gestion des FSE	819 967	844 566,51	869 903,51	896 000,61	922 880,63

N°	INDICATEURS	CIBLES				
		2023	2024	2025	2026	2027
59	Productivité par unité d'œuvre maladie : par processus gestion des IJ	13 606	14 000,00	14 570,00	15 150,00	15 750,00
60	Coût par unité d'œuvre maladie : tout bénéficiaire consommant	Diminution annuelle de 0,5% en moyenne sur la période				
61	Ratio de surface utile par résident (en SUB) dans les locaux ayant fait l'objet d'un projet dans le cadre du PNI	14 m2	14 m2	14 m2	14 m2	14 m2

ANNEXE 6

LE DISPOSITIF DE SUIVI ET D'ÉVOLUTION DE LA COG

1. MODALITES D'ÉVALUATION DE LA COG

L'État et la Cnam organisent un suivi permanent de l'exécution des engagements pris dans la présente convention. Ce suivi repose notamment sur les tableaux des actions à conduire et les livrables des fiches thématiques, ainsi que sur les indicateurs figurant en annexe de la convention.

Pour faciliter ce suivi, un référent unique, rattaché au directeur général, est désigné. Il assure notamment la bonne transmission complète des outils de reporting définis par la présente convention.

La Caisse nationale veille à adapter les outils de suivi aux dispositions et au format de la présente COG. Dans le cadre du bilan annuel de la COG, elle propose en particulier une restitution par indicateurs, engagements, actions et livrables, et présente une synthèse du niveau d'avancement des réalisations de la COG. Ce suivi annuel est également l'occasion pour les services de l'État et la Cnam d'analyser les performances de la Cnam sur trois thématiques choisies annuellement. La réalisation des engagements, à travers le suivi d'indicateurs, fait l'objet d'une présentation dans un tableur.

Ce bilan est fourni le 15 mars de chaque année aux services de l'État.

Concernant les indicateurs, les éventuels aménagements à ce calendrier, expressément mentionnés dans les fiches techniques, ont été validés entre les parties. À la demande des services de l'État, la Caisse nationale réalise des études ciblées sur un ou plusieurs sujets.

La Cnam adresse annuellement aux services de l'État un document de synthèse destiné à les informer de l'avancement, projet par projet, de l'exécution du schéma directeur du système d'information (SDSI). Par ailleurs, deux revues annuelles de projets dits « sensibles » sont organisées. Elles comportent des éléments de suivi budgétaire en dépenses et en équivalent jour/homme. Le format de ces documents est défini dans le SDSI.

2. MODALITÉ DE SUIVI DE L'ACTIVITÉ DE LA CNAM

La direction de la Sécurité sociale (DSS) assure le suivi régulier de l'activité de la Caisse nationale à travers un reporting mensuel et des réunions bilatérales, toutes les six semaines, entre le directeur de la Sécurité sociale et le directeur général de la Caisse nationale.

Le suivi d'activité est assuré par l'échange d'un tableur accompagné d'une fiche explicative, tels que prévus dans le cadre de la négociation de la COG. Les indicateurs de suivi d'activité sont regroupés en deux thématiques :

- le suivi de la production : la volumétrie du stock et du flux de dossiers et les délais de traitement ;
- le suivi de la relation de service : la volumétrie de contacts, le taux de décroché et le délai de réponse aux courriels.

La dispersion de l'activité et de la performance au sein des organismes du réseau fait l'objet d'une analyse.

Chaque année, un projet d'enquête usagers est transmis par la Caisse à la direction de la Sécurité sociale.

Cette enquête doit notamment permettre de réaliser le suivi des indicateurs de satisfaction dans le cadre du bilan annuel de la COG.

Chaque année, la Caisse rend compte à la direction de la Sécurité sociale des résultats de l'enquête usagers et produit, sur cette base, un plan d'action et d'amélioration de la relation de service pour l'année suivante, plan qui fait l'objet d'échanges avec les services de l'Etat.

3. LES CONTRATS PLURIANNUELS DE GESTION (CPG)

La convention d'objectifs et de gestion (COG) est déclinée en contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre chaque organisme et la Caisse nationale.

Le dispositif de contractualisation est engagé dès la signature de la COG, en vue d'une conclusion de tous les CPG, avant la fin de l'année de la signature de la COG avec l'État.

La Cnam décline les indicateurs de la COG dans les CPG et dans l'intéressement.

4. LA RÉVISION ET L'ACTUALISATION

La présente convention peut être révisée en cours de période par avenant, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, pour tenir compte d'éléments extérieurs s'imposant à la branche et susceptibles de modifier de façon significative l'équilibre entre les objectifs, les charges et les moyens.

GLOSSAIRE

A

AAT : avis d'arrêt de travail

ACI : accord conventionnel interprofessionnel

ADRI : acquisition des droits intégrée (web service inter-régimes intégré au logiciel de facturation Sesam-Vitale)

AFD : Agence française de développement

Agefiph : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AISS : Association internationale de la sécurité sociale

ALD : affection de longue durée

Anact : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANDPC : Agence nationale du développement professionnel continu (organisme qui pilote et finance les actions de DPC proposées aux professionnels de santé libéraux et aux professionnels de santé salariés exerçant dans des centres de santé conventionnés)

ANSM : Agence nationale du médicament et des produits de santé

Aract : agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail

ARDH : aide au retour à domicile après hospitalisation (aide spécifiquement proposée aux personnes retraitées)

Arpege : analyse des ratios et paramètres d'évolution et de gestion des établissements sanitaires, outil destiné à l'analyse comparative des établissements hospitaliers

ARS : agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

ASP : Autorité de la statistique publique

ASS : action sanitaire et sociale

Atempo : outil de gestion de la reconnaissance AT/MP

Avat : assurance volontaire individuelle AT/MP, dont la souscription est spécifiquement proposée aux travailleurs indépendants.

AVC : accident vasculaire cérébral

B

BSI : baromètre social interne, enquête annuelle mesurant les attentes et la satisfaction des agents de l'Assurance Maladie.

C

C2P : compte professionnel de prévention (outil de mesure et de référencement des facteurs de risques professionnels d'exposition d'un travailleur au-delà de certains seuils)

C2S : complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C)

Caf : caisse d'allocations familiales

CAM : conseiller de l'Assurance Maladie

CAQES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Carham : comité d'animation des ressources humaines de l'Assurance Maladie

Carsat : caisse d'assurance-retraite et de santé au travail

CCAM : classification commune des actes médicaux

CCAS : centre communal d'action sociale

CCSS : caisse commune de sécurité sociale

CDD : contrat à durée déterminée

CDI : contrat à durée indéterminée

CDS : centre de santé

CEAM : carte européenne d'assurance-maladie

CES : centre d'examens de santé

Cetaf : Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé

CGSS : caisse générale de sécurité sociale

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHU : centre hospitalier universitaire

CMG : Collège de médecine générale

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire, dispositif remplacé par la C2S.

Cnaf : Caisse nationale des allocations familiales

Cnav : Caisse nationale d'assurance-vieillesse (l'Assurance retraite)

Cnis : Conseil national de l'information statistique

CNP : Conseil national professionnel, instance de représentation de chaque grande profession de santé.

CNR : Conseil national de la refondation

CNRA : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

COG : convention d'objectifs et de gestion

CPS : carte professionnelle de santé

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CRCD : centre régional de coordination des dépistages des cancers

CRP : centre de rééducation professionnelle

CRPO : centre régional de promotion Osmose

CSAM : conseiller services de l'Assurance Maladie, agent accompagnant les assurés et facilitant leurs démarches, en interaction avec les différents services d'une caisse

CSIS : conseil stratégique de l'innovation en santé

CSS : code de la Sécurité sociale

CTIS : comité technique de l'innovation en santé

CTIS : en anglais, clinical trial information system, base européenne de données centralisées pour les essais cliniques

D

DAC : dispositif d'appui à la coordination, point d'entrée unique et gratuit, à l'intention des professionnels et des structures de santé confrontés à des personnes en situation de santé et de vie complexes, et pour lesquelles un maintien à domicile peut être envisagé

DAM : délégué de l'Assurance Maladie

DAP : demande d'accord préalable

DCGDR : directeur coordonnateur de la gestion du risque

DGFIP : direction générale des finances publiques, direction centrale du ministère de l'Économie et des Finances

DGOS : direction générale de l'offre de soins, direction centrale du ministère de la Santé et de la Prévention

DGS : direction générale de la santé, direction centrale du ministère de la Santé et de la Prévention

DLNUF : « dites-le nous une fois », principe devant simplifier les relations qu'entretiennent les services de l'État avec leurs administrés, notamment pour les demandes de pièces justificatives

DMP : dossier médical partagé

DNS : délégation ministérielle au numérique en santé

DNS : délégué au numérique en santé de l'Assurance Maladie, anciennement appelé conseiller informatiques services (CIS)

DPC : développement professionnel continu

Drees : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, direction centrale dépendant des ministères sociaux et du ministère de l'Économie et des Finances

Drom : département et région d'outre-mer

DSM : dispositif de ressources mensuelles, outil devant permettre aux organismes de sécurité sociale d'obtenir directement des informations sur la nature et le montant des revenus versés aux assurés, et ce que ceux-ci soient issus d'activité salariée ou de prestations sociales.

DSN : déclaration sociale nominative

DSS : direction de la Sécurité sociale, direction centrale du ministère de la Santé et de la prévention

E

e-DAT : déclaration d'accident de travail en ligne

EN3S : École nationale de la Sécurité sociale

EP : Établissement public (Cnam EP)

EPS : examen de prévention en santé

ESMS : établissement social et médico-social

ESP : équipe de soins primaires

ETM : exonération du ticket modérateur

ETP : équivalent temps plein

ETPMA : équivalent temps moyen annuel

F

FAC : Fonds des actions conventionnelles (fonds de l'Assurance Maladie)

FCPTS : Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé

FCR : en anglais, first contact resolution, mesure du taux de résolution d'un problème donné au premier contact.

Ficoba : fichier national des comptes bancaires et assimilés

Fides : facturation individuelle des établissements de santé

FLCA : Fonds de lutte contre les addictions (fonds de l'Assurance Maladie)

FNASS : Fonds national d'action sanitaire et sociale (fonds de l'Assurance Maladie)

FNDS : Fonds national pour la démocratie sanitaire (fonds de l'Assurance Maladie)

FNGA : Fonds national de gestion administrative, fonds de l'Assurance Maladie couvrant les dépenses des organismes d'assurance-maladie.

FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (fonds de l'Assurance Maladie)

FSE : feuilles de soins électroniques

FSE+ : Fonds social européen+, fonds de l'Union européenne (UE) soutenant les politiques de cohésion économique, sociale et territoriale.

FSP : feuilles de soins papier

G

GDR : gestion du risque

GED : gestion électronique des documents

GES : gaz à effets de serre

GHT : groupement hospitalier de territoire

GIS : groupement d'intérêt scientifique

GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

GRC : gestion de la relation client

GVT : glissement vieillesse technicité

H

HAS : Haute Autorité de santé

HCN : Haut Conseil de la nomenclature

HDH : Health data hub, plate-forme nationale des données de santé.

HPV : en anglais, human papillomavirus, infections par papillomavirus humains.

I

IA : intelligence artificielle

IC : insuffisance cardiaque

IFAQ : incitation financière à la qualité

Igas : inspection générale des affaires sociales

IJ : indemnités journalières

Indigo : base d'instruction des droits et de gestion des ressources

INPI : Institut national de la propriété industrielle

IPA : infirmier en pratique avancée

IRC : insuffisance rénale chronique

Irdes : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

ISM : infirmier du service médical

ISS : inégalités sociales de santé

IST : infection sexuellement transmissible

Itep : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

L

LCF : lutte contre la fraude

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale

LR : lettre-réseau (circulaire de la Cnam vers le réseau des organismes de l'Assurance Maladie)

M

MAS : mission d'accompagnement santé des CPAM

MES : Mon espace santé

Meteore : moteur évolutif de traitement et d'organisation de l'Assurance Maladie, programme commun de la Cnam et de la CCMSA visant la mutualisation et la modernisation des solutions informatiques utilisées par les organismes respectifs du régime général et du régime agricole.

MG : médecin généraliste

Micor : mission coordination outre-mer

MOOC : en anglais, massive open online courses, programme de formation en ligne.

MRC : maladie rénale chronique

MRT : « Mission : retrouve ton cap », programme de prévention du surpoids chez l'enfant.

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

MT : médecin traitant

N

net-entreprises : portail officiel des déclarations sociales

NIR : numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques

NIS : en anglais, network and information security, directive européenne (NIS 2) visant un renforcement des normes de sécurité informatique.

O

Odenore : Observatoire des non-recours aux droits et services, centre d'études créé par l'Université Grenoble-Alpes.

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance-maladie

OPPBTB : Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics

Optam : option pratique tarifaire modérée, dispositif incitant les médecins conventionnés à pratiquer les dépassements d'honoraires avec modération.

Optima : optimisation des mutations intra-régime

Oscarr : outil de suivi et de collecte des activités et de reporting des ressources

OSE : opérateur de services essentiels

OSS : organisme de sécurité sociale

P

PAR : plan d'action régional

Parthage : programme d'accompagnement des travailleurs handicapés pour l'accès généralisé à l'emploi

PCPE : pôle de compétences et de prestations externalisées

PCUOSS : plan comptable unique des organismes de sécurité sociale

PDP : prévention de la désinsertion professionnelle

Pfidass : plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé

PFSE : plate-forme téléphonique employeurs

PH : personne handicapée

Phare : programme harmonisé d'aide au réseau, programme d'entraide et de renfort destiné à pallier les difficultés conjoncturelles de telle ou telle caisse, dans la conduite de tel ou tel processus

Planir : plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures

PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PME : petites et moyennes entreprises

PMI : protection maternelle et infantile

PS : professionnel de santé

PSA : en anglais, prostate specific antigen, antigène prostatique spécifique.

PSSI : politique de sécurité des systèmes d'information

PUMa : protection universelle maladie

Q

QVCT : qualité de vie et des conditions de travail

R

RAC : reste à charge

Reif : Représentation européenne des institutions françaises de sécurité sociale

RI : règlement intérieur

RIB : relevé d'identité bancaire

RMPP : rémunération moyenne des personnels en place

RNP : référentiel national de processus

ROC : référent des organisations coordonnées

ROI : en anglais, return on investment, retour sur investissement.

Rosp : rémunération sur objectifs de santé publique

RSO : responsabilité sociétale des organisations

S

SAS : service d'accès aux soins

SDRH : schéma directeur des ressources humaines

SDSI : schéma directeur des systèmes d'information

SI : système d'information

SIRH : système d'information des ressources humaines

SMI : système de management intégré

SMMOP : service médical – mission optimisation performance

SMR : soins médicaux et de réadaptation

SNA : structure nationale d'accompagnement, qui permet à la Cnam d'accompagner et de déployer des outils informatiques au sein des organismes en mobilisant un réseau de référents experts des applicatifs et des procédures de production.

SNDS : système national des données de santé

Sophia : service d'accompagnement des malades chroniques de l'Assurance Maladie

SPF : Santé publique France

SPPR : système de pilotage de la performance du réseau

SRE : service des retraites de l'État

SSR : soins de suite et de réadaptation

SSSI : Schéma stratégique des systèmes d'information

SST : service de santé au travail

T

TI : travailleur indépendant

TIM : technicien de l'information médicale

TLS : téléservices

TPE : très petites entreprises

Tram : travail en réseau de l'Assurance Maladie, programme de mutualisation des moyens des caisses.

TS : travailleur salarié

U

Ucanss : Union des caisses nationales de sécurité sociale

UCN : Urssaf Caisse nationale, tête de réseau des Urssaf, anciennement appelée « Acoiss ».

(Groupe) Ugecam : Union pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie

URPS : union régionale des professionnels de santé

UTAA : unité territoriale d'avis et d'accompagnement (structure administrative du service médical).



**l'Assurance
Maladie**

Caisse nationale



**l'Assurance
Maladie**

Caisse nationale

Contrat pluriannuel de gestion

entre la Cnam
et la CPAM de la Corrèze

2023 > 2027

CONTRAT PLURIANNUEL DE GESTION

2023-2027

Entre d'une part,

LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

Et d'autre part,

**LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA
CORREZE**

Préambule

En application de l'article L227-1 du code de la sécurité sociale, l'Etat et la CNAM ont signé le 11 juillet 2023 la convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la période 2023-2027 qui fixe les objectifs pluriannuels de l'assurance maladie ainsi que ses moyens de fonctionnement.

La déclinaison de cette nouvelle convention d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion (CPG) conclus entre la caisse nationale et chacun des organismes régionaux ou locaux de son réseau.

Les orientations du CPG des CPAM sont préalablement soumises à l'approbation de leur conseil.

Tout en contribuant à l'atteinte des objectifs définis par la COG, le CPG participe à l'amélioration des performances de l'ensemble du réseau. Il constitue ainsi l'outil de mesure et de valorisation de l'engagement de tous les organismes dans l'accomplissement des missions dévolues au régime général de l'assurance maladie.

La COG 2023-2027 trace une feuille de route ambitieuse et exigeante. Le déploiement des différents programmes d'amélioration des processus de production de nos services fera donc l'objet d'une attention renforcée sur toute la durée de la convention.

La trajectoire des effectifs de la COG tient par ailleurs compte de l'équilibre entre les charges, les ressources et les besoins de l'assurance maladie jusqu'en 2027. A ce titre, le rythme de restitution des emplois sur la période 2023-2027 sera progressif et non linéaire, avec une exigence limitée sur les deux premières années de la COG.

Un point d'étape complet sera réalisé et partagé dans le courant du 1er semestre 2025 pour analyser le bon avancement des projets et l'atteinte des objectifs. L'Etat et l'assurance maladie apprécieront ainsi l'opportunité de réviser la trajectoire des effectifs si un décalage dans le déploiement des programmes ou d'autres éléments non prévus par la COG et impactant les charges de la branche, venaient à être identifiés à l'occasion de ce point d'étape, modifiant de façon significative l'équilibre entre les objectifs, les charges et les moyens.

Le CPG pourra être révisé exceptionnellement par voie d'avenant à l'initiative de la Cnam pour tenir compte de toute adaptation résultant de l'évolution des orientations stratégiques, du contexte législatif et environnemental.

Le CPG est structuré comme suit :

I – Les orientations du CPG 2023-2027

II – Les objectifs pluriannuels

III – Les règles budgétaires

IV – La révision du CPG

V – Les annexes budgétaires de gestion et d'intervention

I – Les orientations du CPG 2023-2027

La COG 2023-2027 a été élaborée à l'issue d'une crise sanitaire où l'assurance maladie s'est vue confier de nouvelles responsabilités et a pris en charge de nouvelles missions en matière de prévention en contribuant de façon déterminante au contact tracing et à la vaccination covid.

Le contexte de pandémie a rendu plus visible les défis portés par l'assurance maladie :

- Assurer l'égalité d'accès aux soins et à la santé sur l'ensemble du territoire, pour tous et plus particulièrement pour les assurés les plus éloignés du système de santé.
- Maintenir un haut niveau de qualité de service, indispensable pour conserver la confiance des assurés.
- Contribuer la bonne utilisation des ressources allouées au système de santé par un renforcement des actions de gestion du risque et de lutte contre la fraude.

En réponse à ces défis, la COG 2023-2027 de l'assurance maladie poursuit six grands objectifs qui structurent les orientations du CPG des organismes :

- **Garantir aux usagers une offre de service performante et personnalisée**
- **Assurer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins**
- **Faire de l'assurance maladie un acteur engagé de la prévention et de la santé publique en intégrant les enjeux de la transition écologique.**
- **Impulser et accompagner la transformation et l'efficience du système de santé**
- **Déployer une stratégie ambitieuse de lutte contre la fraude**
- **Accroître la performance et l'efficience de la branche**

1. Garantir aux usagers une offre de services performante et personnalisée

Les enjeux pour l'assurance maladie sont de maintenir et d'accroître la performance de ses services de base, d'offrir une relation de service personnalisée, dématérialisée et accessible à ses publics et de développer des offres et des services interbranches.

1.1 Maintenir et accroître la performance des services de base

L'assurance maladie a démontré lors de la crise sanitaire ses capacités à gérer de fortes variations dans les charges de travail de production, avec notamment la multiplication de vagues d'arrêts de travail dont le paiement conditionnait la continuité de ressources pour une part importante de la population.

L'enjeu pour l'assurance maladie dans cette COG est de garantir des paiements rapides et homogènes, notamment s'agissant de l'indemnisation des arrêts de travail. Une refonte du système d'information dédié au versement des indemnités journalières sera déployée sur la période. Des procédures de traitement ciblées sur des dossiers et des situations spécifiques seront développées.

Enfin, nous continuerons à réduire les délais de prise en charge en poursuivant la simplification et la dématérialisation des échanges tant avec les professionnels de santé qu'avec les employeurs, au travers des outils déployés comme la déclaration sociale nominative (DSN) ou le portail Net-Entreprise.

1.2 Offrir une relation de service personnalisée et dématérialisée

L'assurance maladie se doit d'offrir une relation de service personnalisée, dématérialisée et accessible à tous ses publics (assurés, professionnels de santé, entreprises).

Pour les assurés, l'enjeu est d'articuler l'offre de services du compte ameli avec les canaux traditionnels (accueil physique et téléphonique), en maintenant et en améliorant l'accessibilité de tous les canaux de service de l'assurance maladie. Il s'agit de développer les offres dématérialisées et de déployer l'Appli carte Vitale sur tout le territoire, de conserver l'ancrage territorial des CPAM et de communiquer de manière proactive et ciblée dans une logique de suivi à chaque étape : l'objectif est de donner aux assurés une plus grande visibilité dans les actions de prise en charge de leur démarche.

Pour les professionnels de santé, l'enjeu est d'étendre et d'améliorer l'accompagnement des nouveaux installés dans leurs démarches et leurs pratiques au-delà des médecins et des infirmiers, de faciliter leur appropriation des outils numériques, de déployer la e-prescription (dans les soins de ville et à l'hôpital), afin de sécuriser et de fiabiliser les prescriptions et de permettre à l'assuré de retrouver son ordonnance numérique dans son Espace Santé.

Pour les entreprises, l'enjeu sera de mettre en place le compte entreprise commun aux deux branches AT MP et maladie, et de personnaliser davantage la relation et l'offre de service.

1.3 Développer des offres et des services interbranche

Dans un contexte sociétal où les changements de situations de vie peuvent être fréquents et complexes, l'assurance maladie s'engage à simplifier les démarches des usagers (moins de sollicitations, automatisation de certaines prestations, diminution des pièces justificatives à fournir) et à développer les échanges de données dans une logique de « dites-le nous une fois » afin d'éviter les ruptures de droit.

Les organismes du réseau de la branche maladie poursuivront le développement des parcours communs attentionnés au bénéfice des assurés vulnérables. Cela passera également par une meilleure coordination des financements d'action sanitaire et sociale avec ceux des autres acteurs notamment dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie.

Dans la même perspective de simplification et de complémentarité, il s'agira également de garantir l'accessibilité de nos accueils en tenant compte des offres de nos partenaires par le biais des structures France Services et le réseau d'accueil des CAF. A cet effet, les implantations et la politique d'accueil de niveau 1 prendront en compte les offres de ces deux partenaires.

2 Assurer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins

Une offre de soins insuffisante sur un territoire comme une situation de précarité pour un assuré génèrent des inégalités sociales de santé. L'enjeu pour l'assurance maladie est de lutter contre les déserts médicaux, de faire gagner du temps médical aux professionnels de santé installés et de déployer l'exercice coordonné.

2.1 Garantir l'accessibilité territoriale aux soins et lutter contre les déserts médicaux

Garantir l'accessibilité territoriale aux soins est un défi majeur. L'assurance maladie contribuera à libérer du temps médical pour améliorer l'accès au médecin traitant. Cela passera par la promotion du dispositif des assistants médicaux et des infirmiers en pratique avancée mais également par un soutien administratif aux médecins pour constituer leur cabinet médical.

La COG 2023-2027 inscrit dans ses priorités la poursuite de la montée en charge des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) avec un objectif de couverture de 100% du territoire et une ambition accrue sur les résultats de leurs missions socles en termes d'accès aux soins (médecin traitant, soins inopinés).

Il est nécessaire également de déployer de nouvelles organisations de soins coordonnés, selon deux logiques : une organisation territoriale des soins axée sur une logique populationnelle et une organisation autour du patient, axée sur une amélioration de son parcours de soins.

Il s'agit également de poursuivre le soutien au développement des organisations de soins coordonnés (tels que les maisons de santé pluridisciplinaires, les centres de santé...) et d'utiliser les potentialités de la télémédecine (télésurveillance, télé expertise, téléconsultation) et l'exploitation des données de santé.

2.2 Garantir l'accessibilité financière des soins

L'action de l'assurance maladie se concentrera sur les secteurs où le reste à charge est le plus élevé. Une attention particulière sera apportée au développement de la complémentaire santé solidaire.

L'assurance maladie optimisera le 100% santé sur les prestations actuelles et cherchera à l'étendre à de nouveaux soins ou dispositifs médicaux où le reste à charge est élevé. Cela impliquera aussi de mener des campagnes d'information grand public multicanales, tout en renforçant les contrôles et en continuant à accompagner les professionnels de santé.

Au-delà du 100% santé, des réflexions autour du panier de soins remboursables seront menées au cours de la COG à l'instar des expérimentations menées ces dernières années.

La voie conventionnelle permettra la promotion du tiers et la réduction des dépassements d'honoraires (révision de l'OPTAM et l'OPTCAM CO).

Le recours à la complémentaire santé solidaire sera amélioré et simplifié, notamment par la recherche d'une attribution automatique sans démarche de l'assuré.

2.3 Accompagner les personnes éloignées du système de santé

Dans l'objectif d'accompagner de façon attentionnée les assurés éloignés du système de santé dans leur accès aux droits, aux soins et à la prévention, l'assurance maladie mettra en œuvre la démarche de l'aller-vers. Pour se faire, les outils statistiques seront mis à contribution, les organismes s'appuieront sur les campagnes nationales de communication pour mettre en œuvre, en complémentarité, des actions adaptées aux caractéristiques sanitaires et sociales locales via les accompagnements attentionnés « hors les murs » ou des démarches d'allers vers ciblées. Ces stratégies se déploieront aussi bien sur des problématiques d'accès aux droits, d'accès aux soins que d'accès à la prévention.

Enfin, en matière d'action sanitaire et sociale, les organismes locaux seront amenés à mettre en place des politiques locales ambitieuses et à utiliser pleinement tous les leviers directs et indirects des fonds

d'action sanitaire et sociale pour accompagner les objectifs de la branche en matière d'accès aux droits, aux soins, à la prévention et de lutte contre la fracture numérique.

2.4 Intégrer les centres de santé de l'assurance maladie aux UGECAM

La création du réseau des UGECAM a permis de professionnaliser et de consolider la position des établissements sanitaires et médico-sociaux de la branche, de les inscrire pleinement dans l'offre de soins et de développer des synergies avec l'ensemble des acteurs du système de santé.

Parallèlement, la gestion directe des centres de santé de l'assurance maladie par certaines CPAM est confronté à plusieurs enjeux, avec le constat d'une fragilité structurelle de plusieurs de nos centres de santé dont le modèle médico-économique est remis en cause par les impacts des évolutions réglementaires, des difficultés de recrutement de professionnel de santé et le renforcement de la pression concurrentielle.

Dans un double objectif de renforcement du positionnement d'offreur de soins de proximité des UGECAM et de consolidation de la performance des centres de santé, la COG 2023-2027 porte l'intégration des centres de santé en gestion CPAM au réseau des UGECAM.

3. Faire de la prévention et de la santé publique des marqueurs de l'engagement de l'assurance maladie en intégrant les enjeux de la transition écologique.

Le système de santé français, historiquement bâti sur le soin, accuse du retard en matière de prévention. L'assurance maladie s'engage à contribuer à la promotion et à la mise en œuvre des programmes de santé publique et de prévention, notamment en continuant d'éclairer l'élaboration des politiques de santé, en renforçant la personnalisation de nos actions et de notre offre de service pour renforcer la place et le rôle du patient dans la prise en charge de sa pathologie.

3.1 Accélérer le virage préventif du système de santé et faire de l'assurance maladie un acteur de référence en prévention

Devant le constat d'une faible adhésion aux programmes de dépistage organisé des cancers, l'assurance maladie optimisera la gestion des invitations pour améliorer les taux de participation aux dépistages.

L'offre de prévention et d'éducation à la santé doit être densifiée pour toute la population et en particulier pour les femmes enceintes et les enfants, en proposant des bilans de prévention aux âges clé de la vie, en promouvant la prévention sur les lieux de travail en partenariat avec les CARSAT, en coordonnant les actions de prévention de l'assurance maladie avec nos partenaires à buts non lucratifs (telles que les associations, les fondations...).

L'enjeu est d'obtenir l'adhésion des populations les plus vulnérables aux actions de prévention et d'éducation à la santé : les centres d'examen de santé (CES) prioriseront leurs missions auprès des populations socialement défavorisées, primo consultant et éloignées du système de santé.

Enfin, il s'agit de poursuivre le virage numérique dans le domaine de la prévention : faire de Mon Espace Santé le carnet de santé de l'enfant, dématérialiser les invitations aux programmes MT Dents

et grippe pour augmenter la participation, de développer un accompagnement attentionné envers les personnes âgées ou en situation de fracture numérique.

3.2 Agir en tant que régulateur du système pour promouvoir la santé environnementale et favoriser la transition écologique au sein du système de santé

La dégradation de l'environnement et le changement climatique ont des effets sur la santé. La COG 2023-2027 veut positionner l'assurance maladie comme un acteur légitime dans la santé environnementale et comme un acteur de la transition écologique du système de santé.

Il convient désormais d'intégrer la dimension santé environnementale dans tous les programmes de GDR et de promotion de la santé ; d'intégrer un volet transition écologique dans les accords conventionnels ; et d'expérimenter des actions de prévention en santé environnementale.

3.3 Pérenniser le rôle de l'assurance maladie dans la gestion des crises sanitaires

L'assurance maladie a su montrer ses capacités de réactivité et d'adaptation pendant la crise sanitaire. Il s'agit alors de formaliser le retour d'expérience de son rôle joué dans la gestion de la crise du Covid-19, pour mettre en place une gouvernance pérenne de gestion de crise sanitaire. Cette formalisation portera notamment sur les outils de production, la formation des agents, la priorisation des activités, l'outillage des échanges avec nos partenaires institutionnels.

4. Impulser et accompagner la transformation et l'efficacité du système de santé

Accroître l'efficacité du système de santé a été au cœur des COG précédentes et reste un enjeu majeur. La poursuite de cette ambition passera par le déploiement des programmes de promotion de la qualité des prises en charge en ville et à l'hôpital. La branche maladie s'appuiera sur le déploiement des parcours de soins, optimisera sa capacité à investiguer, instruire et opérationnaliser ses actions de maîtrise médicalisée, et développera l'innovation en matière d'organisation des soins et de services numériques en santé.

4.1 Accompagner l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social

Le programme Rénov'GDR se poursuit et l'assurance maladie et s'engage à produire des plans d'actions de gestion du risque pluriannuels participant à l'équilibre économique de l'ONDAM.

Grâce aux nouvelles techniques de datamining, les programmes d'actions prendront en compte les pratiques des professionnels de santé et les parcours de soins des assurés. L'assurance maladie développera une approche territoriale de certaines actions en s'appuyant sur les structures d'exercice coordonné, en accompagnant les assistants médicaux et les coordonnateurs. Les potentialités du numérique seront utilisées en déployant des nouveaux services sur ameli pro, en développant la data-visualisation sur l'ensemble de l'activité de chaque professionnel de santé et en mobilisant Mon Espace Santé

Enfin, les actions ciblées devront porter sur des postes à forts enjeux financiers ou de santé publique (indemnités journalières, médicament, biologie, établissement, radiologie, transports...).

4.2 Accompagner le déploiement des parcours pour et avec les assurés

L'assurance maladie souhaite créer et déployer des parcours vers les professionnels de santé et leurs patients pour répondre aux ambitions de fluidification du système de soins, de garantie d'une meilleure qualité de soins et pour réduire les dépenses évitables. Forts du déploiement du parcours insuffisance cardiaque, l'assurance maladie initiera et déploiera cinq parcours prioritaires ciblés sur une pathologie chronique, deux parcours ciblés sur une population et un parcours thématique.

La sortie d'hospitalisation sera renforcée et sécurisée en priorité, puisque s'agissant du point majeur de rupture dans la prise en charge des patients. Cela passera par l'amélioration des dispositifs de communication entre la ville et l'hôpital et par la rénovation des dispositifs d'accompagnement

La branche maladie s'engage à rendre le patient acteur de son parcours de soins. Les assurés seront mieux informés et orientés dans leurs parcours. L'éducation thérapeutique sera promue et pourra s'appuyer sur le service Sophia rénové.

4.3 Faire du numérique en santé un outil du quotidien des assurés et des professionnels de santé.

L'assurance maladie ambitionne de renforcer sa position d'acteur majeur de la feuille de route du numérique pour mobiliser ses données et ses offres, au service de la prise en charge des patients, de la qualité des pratiques des professionnels de santé, de l'innovation en santé et de la recherche.

Pour les assurés, l'enjeu est de développer les usages de Mon Espace santé en matière de prévention et de parcours de santé, notamment en personnalisant des informations pour en faire un outil d'accompagnement ; en référençant des applications santé dans un catalogue de services au sein de Mon Espace santé, et en accompagnant les assurés en situation de fracture numérique (démarche « Aller vers »).

Pour les professionnels de santé, l'enjeu est de développer l'offre de services numériques de Mon Espace santé, notamment en intégrant le numérique à la formation initiale du professionnel de santé. Il s'agit également de transformer le portail ameli pro en un portail numérique en santé. Pour cela, les professionnels de santé seront accompagnés par l'assurance maladie.

4.4 Favoriser l'innovation en matière d'organisation des soins et de prise en charge

L'article 51 de la LFSS 2018 a permis d'expérimenter de nouvelles organisations en santé. La période 2023-2027 permettra de généraliser les expérimentations dont l'évaluation aura été probante.

5. Déployer une stratégie ambitieuse de lutte contre la fraude

L'enjeu est d'améliorer les résultats de l'assurance maladie en matière de contrôle et de lutte contre la fraude, qu'elle soit le fait des assurés, des professionnels de santé ou des entreprises, en renforçant l'usage des données informatiques et statistiques.

5.1 Evaluer les risques financiers des fraudes et les prévenir

Les organismes du réseau devront lutter contre toutes les fraudes à l'assurance maladie, qu'elles proviennent des assurés, des professionnels de santé ou des entreprises.

Le risque financier majeur émane des professionnels de santé, en raison de facturations de prestations fictives ou plus coûteuses que celles réellement délivrées, de facturations d'actes non médicalement justifiés, d'usurpation d'identité d'un professionnel de santé. En complément, les actions visant les assurés et les entreprises, seront également intensifiées : fausses déclarations dans les ressources, falsification de documents, absence de résidence stable sur le territoire, non déclaration de la reprise de travail en cas d'IJ, usurpation d'identité d'un assuré.

Les travaux d'évaluation de la fraude seront finalisés pour mieux cibler et prioriser les actions sur les risques les plus forts.

Afin de sécuriser davantage nos activités, nous ferons évoluer nos processus pour prévenir les fraudes, en limitant les déclarations, en fiabilisant l'information à la source, mettant en place des dispositifs de contrôle d'identité, en rénovant les dispositifs d'accord préalable et en adaptant nos systèmes d'information pour embarquer de nouveaux contrôles en amont du paiement.

L'assurance maladie renforcera également l'accompagnement des professionnels de santé à différents moments clés pour sécuriser notre relation de facturation, en particulier au moment de l'installation.

5.2 Détecter, contrôler et sanctionner les fraudes

Détecter et stopper plus rapidement les fraudes sont des enjeux majeurs pour l'efficacité de la stratégie de lutte contre la fraude.

L'assurance maladie et son réseau pourra s'appuyer sur le déploiement de nouveaux outils de datamining et d'intelligence artificielle, l'intégration des systèmes de détection au fil de l'eau dans les outils de traitement et les échanges de données avec les partenaires (autres branches, ministère de l'Intérieur et de la Justice).

Elle cherchera aussi à réduire les délais d'investigation, en optimisant les phases de constitution et d'analyse des dossiers.

Le deuxième enjeu est de déployer une nouvelle stratégie de sanctions en fonction des acteurs, de la nature des griefs et de la gravité des faits pour que les sanctions soient plus efficaces en terme d'impact. Les alternatives aux suites contentieuses seront aussi recherchées.

Il s'agit enfin d'améliorer le recouvrement des indus frauduleux, en choisissant la meilleure suite contentieuse possible au regard des montants financiers, de la nature des griefs, de la sanction souhaitée et de la solvabilité des débiteurs.

6. Soutenir opérationnellement nos ambitions grâce à la performance et l'efficience de la branche

Le déploiement de nos ambitions repose sur la capacité de la branche à poursuivre sa trajectoire d'efficience dans la mise en œuvre au quotidien de ses missions. Il convient pour cela d'accélérer l'automatisation de nos tâches de gestion de masse, en investissant davantage dans les systèmes informationnels, de mobiliser les données de santé, de déployer des projets inter branches, d'évaluer systématiquement nos actions, et de poursuivre le travail en réseau.

La formation des agents aux nouveaux enjeux de la prévention, de l'exercice coordonné, de la GDR et du numérique en santé est aussi une condition de notre efficience.

6.1 Accroître la performance et l'agilité du système informationnel

Consciente des enjeux que revêt la performance des systèmes d'information, l'assurance maladie souhaite investir massivement dans la fonction informatique afin :

- D'assurer l'ouverture, la sécurité, l'interopérabilité et l'exploitation des données contenues dans les systèmes d'information.
- De poursuivre les travaux de rénovation du système d'information (technologie et applicatifs).
- De moderniser l'environnement de travail, enrichir les applications métiers.
- De renforcer la cyber sécurité des systèmes d'information.

Il s'agit parallèlement de poursuivre le mouvement de dématérialisation (par une offre de télé services) et d'automatisation de la production (injection directe, automatisation des tâches, chaînage automatique des opérations) et sur l'ensemble des processus (processus supports, comptable, financier et RH).

6.2 Mieux mobiliser les données de l'assurance maladie au service des nouveaux usages

Exploiter davantage les données de l'assurance maladie est une priorité de cette nouvelle COG pour produire des études et personnaliser nos offres et nos services.

La COG 2023-2027 confirme le positionnement de l'assurance maladie comme acteur clé dans l'ouverture des données de santé. Il s'agit de rendre plus accessibles des données complexes et utiliser la datavisualisation pour faciliter leur utilisation (pilotage de l'activité des organismes du réseau, diagnostics territoriaux dans le cadre de la GDR et de l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins, indicateurs de pratiques à destination des professionnels de santé).

L'assurance maladie établira les bases d'un nouveau système d'information décisionnel national rassemblant les données, nationales et locales, issues de ses différents systèmes de production. La première étape concernera les données IJ, les pensions d'invalidité et les rentes AT/MP.

6.3 Poursuivre la dynamique RH dans un contexte d'évolution de l'assurance maladie et de mutation du monde du travail

La crise sanitaire a modifié nos habitudes de travail (essor du télétravail) et nos métiers ont évolué (nouveaux services, numérisation, automatisation). L'enjeu est désormais d'identifier les nouveaux besoins de formation de nos agents, de les fidéliser (en particulier ceux détenant des expertises rares), d'accroître la visibilité et l'attractivité de nos emplois, d'accompagner le management dans son évolution et d'assurer l'équité de traitement entre les salariés et l'inclusion.

La COG 2023-2027 sera marquée par la recherche d'une intégration mature du télétravail qui concerne près de 60% des agents de l'assurance maladie. Il s'agira de partager les démarches sur l'accompagnement du télétravail afin de prévenir les risques, d'outiller les organismes sur l'évaluation de la perception de la charge de travail, et de prévenir l'absentéisme.

6.4 Accentuer la prise en compte des enjeux environnementaux au sein de l'institution

L'assurance maladie portera les enjeux environnementaux et se dotera d'un objectif chiffré de réduction de son empreinte carbone :

- Du point de vue technique, le réseau de l'assurance maladie poursuivra la rénovation de son parc immobilier afin d'atteindre les normes fixées par le décret tertiaire. Le tri et la gestion des déchets seront améliorés dans l'ensemble de la branche.
- Du point de vue organisationnel, et en partenariat avec les instances représentatives du personnel, l'optimisation des locaux et le développement des plans de mobilité devra prendre en compte les nouveaux modes de travail.
- Du point de vue des systèmes d'information, l'assurance maladie optimisera l'empreinte carbone de ses infrastructures, en portant un effort particulier sur ses data center

Les collaborateurs seront intéressés à la transformation écologique de leur organisme, les budgets des organismes et les budgets d'intervention nationaux porteront cette priorité.

Pour accélérer et accentuer le changement, il est prévu d'accompagner les évolutions des pratiques individuelles en les ancrant dans des modifications organisationnelles. Ainsi, des dispositifs d'accompagnement au changement seront construits, proposés et déployés sur l'ensemble du réseau.

Enfin, l'ensemble de ces actions et de leurs résultats sera valorisé en termes de communication interne et externe, pour renforcer respectivement la fierté d'appartenance et le sentiment d'exemplarité.

6.5 Poursuivre et renforcer les efforts de coopération inter organisme

Le maillage territorial et l'organisation du travail en réseau ont été des atouts pour l'assurance maladie dans sa capacité à déployer une nouvelle politique publique lors de la crise sanitaire.

C'est pourquoi, d'une part, elle consolidera sa démarche de travail en réseau dans un double objectif d'efficacité et d'aménagement du territoire.

D'autre part, afin de garantir la qualité de service, les dispositifs de veille et de sécurisation des activités à fort enjeu seront maintenus, notamment en poursuivant la stratégie de réduction des écarts de performance entre organismes et l'optimisation de l'entraide (PHARE).

De plus, le renforcement de la coopération entre service administratif et service médical permettra de gagner en fluidité, qualité et efficacité sur différents processus métiers.

Les démarches de coopération interbranche sur les fonctions support seront poursuivies et consolidées (rapprochement immobilier sur des sites communs, coopération entre systèmes d'information, expérience des caisses communes de sécurité sociale).

II – Les objectifs pluriannuels

Les indicateurs COG figurant en annexe 1, sont déclinés en objectifs opérationnels et évalués aux moyens d'indicateurs. Ces derniers font l'objet d'une mise à jour annuelle.

Les indicateurs de l'exercice 2023 sont présents en annexe 2 du CPG et sont issus des indicateurs de la lettre de mission 2023 déjà notifié en 2023.

On distingue :

- Les indicateurs génériques communs à tous les organismes.
En matière de GDR, des objectifs régionaux seront privilégiés afin de tenir compte de la dynamique de coordination régionale.
- Les indicateurs individualisés (entre 1 et 3 thèmes par organisme) permettant de mesurer la performance de processus gérés par les organismes dans le cadre de la démarche de travail en réseau.

Lorsque plusieurs organismes interviennent au sein d'un même département, et fin de prendre en compte la responsabilité collective et l'implication de l'ensemble des acteurs, la Cnam vise désormais la départementalisation des objectifs pour les indicateurs présentant une dimension populationnelle (taux de couverture des campagnes de prévention, accès au droit ou au soins etc).

De plus, il est prévu de favoriser la convergence des indicateurs des CPAM, des DRSM et des CARSAT sur les domaines à forte synergie.

La Cnam s'engage par ailleurs :

- à maintenir une certaine stabilité dans le nombre et la définition des indicateurs
- à donner la visibilité maximale sur les trajectoires de performance pluriannuelle attendues
- à mieux valoriser les progressions de performance enregistrées,

Le tableau des objectifs sera actualisé chaque année avant le 31 Mars par annexe transmise par la CNAM.

III – Les règles budgétaires

1. Le budget de gestion administrative

Pour la période 2023–2027, le principe demeure celui d'un budget pluriannuel restant mis en œuvre dans le cadre d'une procédure budgétaire régie par la règle de l'annualité. L'organisme s'engage à respecter chaque année les limites de dépenses autorisées figurant dans son contrat pluriannuel de gestion. Aucune dépense générant un dépassement de l'enveloppe CPG ne doit être engagée sans accord préalable de la CNAM.

1.1. L'allocation budgétaire

Le suivi des effectifs est réalisé en ETPMA (Equivalent Temps Plein Moyen Annuel). Le plafonds d'emploi de l'organisme est défini sur la base des évolutions prévisionnelles d'activité et de départs prévisionnels. Cette cible est annualisée et pourra donner lieu à un ajustement à définir dans le cadre d'une clause de revoyure au cours de la COG.

La limite des dépenses de fonctionnement de gestion administrative est calculée sur la base des dépenses pérennes exécutées en 2022.

L'enveloppe « Frais de personnel » déterminée prend en compte l'impact de la trajectoire ETPMA cible de l'organisme sur la période 2023–2027.

L'impact budgétaire des rendus est évalué en 2023 sur la base du coefficient moyen de l'organisme au 31/12/2022 (source Base UCANSS) puis ce coefficient sera actualisé chaque année.

L'économie résultant du rendu de poste l'année N est calculée sur les bases suivantes :

- 10,5 mois en année N ;
- 3,5 mois sur l'année N+1.

Cette règle s'applique aux départs de toute nature.

Un taux prévisionnel annuel de RMPP (rémunération moyenne des personnes en place) est appliqué à titre conservatoire sur l'enveloppe « frais de personnel ». Le taux appliqué est susceptible d'être modulé en fonction des cadrages de la RMPP retenus annuellement par les pouvoirs publics ou des évolutions conventionnelles.

L'enveloppe « Autres comptes de fonctionnement » repose sur des hypothèses de dépenses intégrant une hausse des tarifs d'énergie, mais également la mise en place d'un plan de sobriété énergétique devant aboutir à 25% de baisse sur les consommations d'énergie à raison de 5% par an jusqu'à la fin de la COG.

La base CPG 2023 prend en compte les effets reports des opérations 2022 (fins de locations, nouvelles locations, cessions et acquisitions).

1.2. Les crédits non consommés

Les crédits non consommés constatés au niveau des groupes de dépenses à caractère limitatif sont versés à la réserve nationale et sont débloqués nationalement sur autorisation de la tutelle pour faire face des dépenses imprévues et non pérennes sur l'exercice suivant leur constatation. Des mesures

d'abondement ciblées et exceptionnelles pourront être mises en place en présence de situation particulière justifiée.

1.3. Les opérations immobilières

Les orientations de la politique nationale immobilière de l'assurance maladie résultent d'obligations législatives et réglementaires et de l'exigence de bonne gestion du parc immobilier, prenant en compte l'évolution des besoins et usages de la population, les conditions d'exercice de nos missions avec le développement du télétravail, les fonctions nomades, le travail en réseau et les objectifs de rationalisation des surfaces et d'amélioration de la performance énergétique.

Les opérations immobilières financées sur le PNI s'inscrivent dans le cadre de ces orientations ainsi que des référentiels de gestion et procédures associées.

Lorsqu'une opération dont le principe a été acté dans la fiche schéma directeur immobilier de l'organisme, est inscrite au plan immobilier national, l'organisme s'engage :

- à réaliser les études nécessaires,
- à présenter un avant-projet et l'estimation du coût des travaux en vue d'obtenir de la CNAM l'autorisation de programme et les ouvertures de crédit,

L'autorisation de programme est soumise au respect des orientations et référentiels nationaux en matière de politique immobilière relatifs à :

- La conformité et la sécurité des bâtiments
- L'adaptation du parc immobilier à l'évolution des besoins d'implantation de la population et d'organisation de travail des organismes
- L'engagement vers une accélération de la transition écologique par la rénovation des installations et l'optimisation des infrastructures

Une vigilance particulière sera portée aux dynamiques de mutualisation des locaux entre organismes du réseau et avec les partenaires institutionnels, qui sont des leviers essentiels pour concilier efficience et proximité.

Les opérations immobilières soumises à autorisations de programme pourront faire l'objet de la constatation d'avances reportées. Si l'organisme du réseau n'a pas utilisé dans l'exercice les crédits de paiement correspondant à une autorisation de programme délivrée par la CNAM, il peut, après autorisation du Directeur Général de la CNAM, conserver les crédits. Toutefois, si ces crédits ne sont pas utilisés l'année suivante, ils devront être restitués à la CNAM.

Les produits de cession sont reversés à la Caisse nationale et abondent l'enveloppe de financement du Plan National Immobilier.

L'impact prévisionnel des opérations immobilières sur les dépenses de fonctionnement est évalué sur les opérations pré retenues dans le cadre du PNI 2023-2027 (fins de locations, nouvelles locations, cessions et acquisitions). Les économies attendues (charges locatives et d'exploitations) ainsi que les dépenses supplémentaires (charges locatives et d'exploitations, déménagements, audits énergétiques ...) sont pris en compte dans la base budgétaire 2023-2027. Ces éléments feront l'objet de réactualisation au fur et à mesure de l'avancement des projets.

1.4. Les autres règles budgétaires

La prévision budgétaire sur la période 2023–2027 faisant l'objet du présent contrat fixe les montants, pour chaque exercice, des trois grandes rubriques de dépenses limitatives :

- Charges de personnel,
- Autres comptes de fonctionnement,
- Investissements Autres Objets Hors IAO immobiliers.

Les transferts de crédits entre ces rubriques sont soumis à l'accord préalable et explicite de la CNAM et sous condition de disponibilité au niveau national.

Les dotations aux amortissements et provisions et les valeurs nettes comptables sont des dépenses à caractère évaluatif, les crédits budgétaires correspondant sont notifiés en fin d'exercice.

Pour les investissements « Autres Objets Hors Immobilier », les opérations diverses financées par cette enveloppe doivent être finalisées et comptabilisées au 31 décembre de l'année en cours.

Une attention toute particulière est demandée aux Directeurs afin que soit respecté le cadrage RMPP ainsi que les objectifs de la trajectoire ETPMA, et les effets reports notamment en dernière année de COG.

Il convient également de s'assurer de la qualité des prévisions de dépenses fournies régulièrement au département des budgets de gestion de la CNAM.

Conformément aux orientations de la COG, l'adhésion aux marchés mutualisés (interbranche, nationaux ou régionaux à venir) est obligatoire, sauf à ce que l'organisme apporte des éléments démontrant qu'il peut bénéficier de tarifs inférieurs ou de conditions plus avantageuses que ceux obtenus par le marché mutualisé en documentant la spécificité locale.

1.5. Les recettes

Les recettes figurant dans l'annexe budgétaire ont été calculées sur la base des recettes 2022 hors recettes exceptionnelles.

Les recettes ne peuvent être réutilisées dans l'année N sans l'accord de la CNAM et doivent être remontées systématiquement en fin d'exercice.

Certaines des recettes (cf. liste ci-dessous) remontées à la Cnam en année N peuvent donner droit à redistribution en année N+1.

- Les recettes relevant d'investissements dans une démarche RSO et provenant des subventions publiques européennes, nationales ou locales (rénovation énergétique, politique du handicap et politique de l'emploi) ;
- Les recettes liées aux mises à disposition du personnel en intra-branches ;
- Les recettes liées aux reprises de provisions pour contentieux ou risques (contentieux administratif, frais d'avocat, etc.). En cas de pénalités contribuant à minorer ces recettes lors d'exercices ultérieurs, ces pénalités viendraient en réduction de l'autorisation de dépenses limitatives lors de l'exercice suivant celui de leur constatation.

2. Le budget du Fonds National d'Action Sanitaire et Social

2.1. La programmation budgétaire

La programmation budgétaire pluriannuelle 2023-2027 de la dotation paramétrique et du retour et maintien à domicile et du PRADO de votre organisme figure en annexe 5 de votre CPG.

Elle tient compte des crédits négociés entre l'Etat et la Cnam dans le cadre de la COG.

Cette programmation est susceptible d'être modifiée par l'actualisation au cours de la COG des critères relatifs à la dotation paramétrique des CPAM, de l'évolution des orientations stratégiques, du contexte législatif et environnemental ou encore des niveaux de dépenses constatés.

2.2. La notification

La notification des budgets d'Action Sanitaire et Sociale aux organismes du réseau intervient :

- avant la fin du premier trimestre pour les budgets de l'exercice en cours,
- avant la fin du deuxième trimestre pour les dotations complémentaires issues du budget rectificatif établi après la clôture des comptes et la centralisation des dépenses, et portant report sous réserve de l'approbation du budget rectificatif par les autorités de tutelle, des crédits non consommés l'année précédente.

Les autres dotations de fonctionnement sont fixées en euros courants sur la période COG.

Les montants des dotations paramétriques initiales allouées aux CPAM pour chacun des exercices de la COG 2023/2027 prennent en compte l'actualisation apportée aux différents critères d'attribution.

En effet, afin de prendre en compte l'évolution récente des contextes socio-économiques locaux depuis le précédent ajustement opéré en 2015 et ainsi de permettre une meilleure répartition de l'enveloppe nationale, le Conseil de la Cnam a acté les évolutions suivantes :

- Reconduction des critères déjà existants et mise à jour des données à la date la plus récente possible (population protégée, 15-24 ans, plus de 75 ans, familles monoparentales, demandeurs d'emploi de plus d'un âge de moins de 25 ans et de plus de 50 ans, personnes sous le seuil de pauvreté, dossiers de surendettement, bénéficiaires des minimas sociaux, nombre d'IJ supérieures à 90 jours et de moins de 15€ par jour, décès prématurés et offre de soins) ;
- Réajustement du poids afféré à certains indicateurs (15-24 ans, plus de 75 ans et nombre de décès prématurés) ;
- Intégration d'un nouveau critère relatif aux résultats du baromètre Handifaction 2021 dans le but de circonscrire l'impact du renoncement aux soins chez les assurés vivant avec un handicap.

Une vigilance particulière des organismes et des conseils est souhaitée pour permettre l'utilisation pleine et entière de ces fonds qui constituent un levier essentiel de l'accès aux droits et aux soins des publics les plus fragiles.

2.3. Les virements de crédits

La dotation paramétrique d'Action Sanitaire et Sociale et la dotation spécifique pour le retour et maintien à domicile ainsi que le PRADO s'inscrivent dans un cadre limitatif, la répartition entre les organismes reposant sur des indicateurs nationaux d'allocation de ressources.

Les CPAM ont la possibilité de procéder, après autorisation de la Cnam, à des virements de crédits entre les dépenses paramétriques, ReMaDom et Prado à l'exception de la dotation « cures thermales » (prestations supplémentaires), dans l'hypothèse d'une insuffisance budgétaire constatée au titre de ces prestations.

2.4. Les reports de crédits

Le principe d'individualisation du traitement des reports de crédit suivant le taux d'exécution de la caisse est repris. Ainsi, pour chaque organisme, une partie des reports pourra ne pas être restituée afin d'être mutualisée au niveau national.

Le calcul sera le suivant :

- Intégralité des reports si le taux d'exécution est supérieur ou égal à 90%,
- 80% des reports pour les caisses dont le taux d'exécution est compris entre 70% et 89%,
- 50% des crédits remontés pour les organismes présentant une consommation inférieure à 70%

Cette enveloppe servira de complément aux caisses qui en expriment le besoin. Elles devront faire une demande particulière justifiée ou étayée par une analyse de la consommation du 1er semestre au regard de la politique mise en œuvre et des contextes locaux.

Au niveau national, la CASS délibérera des modalités d'attribution des compléments versés aux caisses

2.5. Le financement des œuvres

A compter de l'exercice 2023, les subventions aux Centres de Santé via les dotations paramétriques d'action sanitaire et sociale sont soumises à autorisation de la Caisse nationale. Les mesures d'équilibre nécessaires feront l'objet d'un financement spécifique via une ligne budgétaire nationale dédiée.

IV – La révision du CPG

Le CPG pourra être révisé exceptionnellement par voie d'avenant à l'initiative de la CNAM pour tenir compte de toute adaptation résultant de l'évolution des orientations stratégiques, du contexte législatif et environnemental.

V – Les annexes du CPG

- Annexe 1 : Liste des indicateurs de la COG 2023-2027
- Annexe 2 : Liste des indicateurs CPG 2023 – Lettre de mission 2023
- Annexe 3 : FNGA
- Annexe 4 : FNPEIS
- Annexe 5 : FNASS
- Annexe 6 : Principales opérations retenues au titre du Plan national immobilier et d'investissement

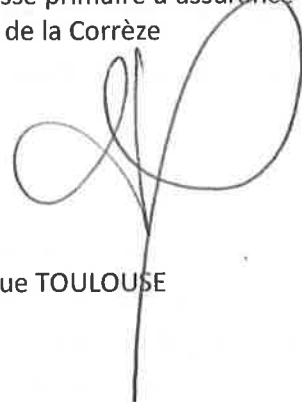
Fait à Paris, le 21/11/2023

Le Directeur Général
de la Caisse Nationale de l'assurance
maladie



Thomas FATOME

La Directrice
de la caisse primaire d'assurance
maladie de la Corrèze



Véronique TOULOUSE