

SÉCURITÉ SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

INDRE-ET-LOIRE

AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN

**PARTAGEZ
vos données de
santé**

**Rapport
d'activité
2017**

Directeur de la publication : Thierry Lefèvre
Conception et réalisation : Service communication CPAM Indre-et-Loire - Septembre 2018
Crédits photos : CPAM Indre-et-Loire & Stocklib
Tirage en 50 exemplaires
Impression : CPAM 37



2017

Etre remboursé quand on va chez le médecin, présenter sa Carte Vitale à l'hôpital ou percevoir des indemnités journalières quand on est en arrêt maladie, c'est simple et naturel dans notre vie de tous les jours.

En Indre-et-Loire, comme partout en France, c'est la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui permet au système de santé local de fonctionner pour que chacun des 500 000 habitants du département puisse avoir accès aux soins et aux droits dont il a besoin.

S'il reste très performant, notre système de santé, doit s'adapter aux évolutions de la société pour permettre un niveau de protection sociale élevé et garantir sa pérennité financière.

Viellissement de la population, accroissement des maladies chroniques, transformation des modes de vie, évolution de la précarité sociale, les nouveaux besoins de soins à prendre en charge sont nombreux et complexes.

Ainsi, au cœur du monde qui se transforme, pour continuer à protéger chaque Tourangeau tout en veillant à maîtriser les dépenses de santé, mission quotidienne des 430 salariés, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Indre-et-Loire doit s'adapter à son environnement.

Accompagnement personnalisé sur rendez-vous, déploiement du Dossier Médical Partagé pour tous, simplification de la relation client via le compte ameli, dématérialisation des démarches administratives pour les entreprises, prévention des maladies chroniques, présence en proximité via les Maisons de Services Publics, intégration d'autres régimes de Sécurité Sociale, détection de la précarité, aide au développement de structures de soins....

Ce rapport d'activité, donne à voir toute l'étendue de nos rôles et la diversité de nos missions en Indre-et-Loire. Il permet aussi de comprendre dans la réalité du quotidien d'un département Français combien nos valeurs sont d'actualité : Agir ensemble, protéger chacun.

Bonne lecture.

Thierry Lefèvre
Directeur

8

Rendre
le système
de soins
efficace

36

Optimiser
l'organisation

20

Lutter
contre
les inégalités

43

Annexes

26

Offrir
des services
performants

Les chiffres clés

Les assurés en Indre-et-Loire



529 655
assurés
CPAM



87 %
de la population
couverte



1 688 296 503 €
montant total
des remboursements



379 729
appels reçus
(PFS 37)

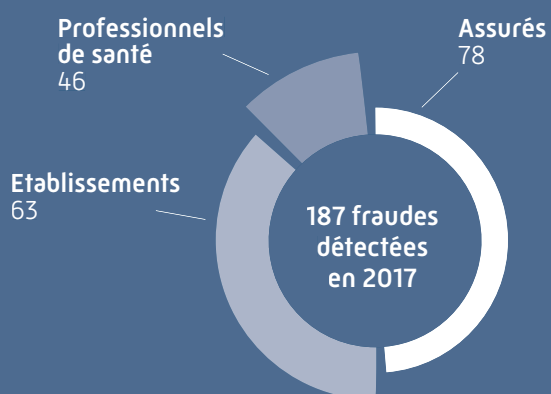


217 918
comptes ameli, dont
22 175 ouverts en 2017



173 787
assurés reçus
dans nos accueils

La fraude



La prévention

62,4 % de participation
au dépistage du cancer du sein

50 % des personnes invitées
ont été vaccinées contre la grippe

30 % de participation
au dépistage du cancer colorectal

La CPAM proche de ses publics

I L'Assurance Maladie en Indre-et-Loire



604 966
habitants




273
communes sur
615 000 hectares




83,9
habitants au km²



529 655
assurés CPAM
[+ 0,7 % par
rapport à 2016]

 Siège et agences

 Permanences

 Maisons de services au public

La démographie médicale en Indre-et-Loire

Offre de soins du département en 2017

Les professionnels de santé	
Total médecins généralistes (libéraux)	580
- dont secteur 1	551
- dont secteur 2	23
- dont non conventionnés	6
Total médecins spécialistes (libéraux)	582
- dont secteur 1	358
- dont secteur 2	224
Chirurgiens-dentistes (libéraux)	274
Sages-femmes (libérales)	62
Centres de santé (médicaux, infirmiers, PMI...)	14
Auxiliaires médicaux (libéraux)	1 491
Laboratoires privés d'analyse médicale	2
Pharmacies d'officine	237
Pharmacies mutualistes	4
Les transporteurs	
Entreprises de transports sanitaires	25
Entreprises de transports non sanitaires (taxis conventionnés)	237
Les établissements	
Établissements publics, centres hospitaliers	7
Établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)	4
Établissements privés maladies mentales	4
Établissements de rééducation fonctionnelle	3
Établissements de convalescence et de repos	3
Hospitalisation à domicile	2
Structures de dialyse	8
Centres de rééducation professionnelle	1
Établissements et services pour adultes handicapés	25
Établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée	47
Établissements et services pour personnes âgées dépendantes	77
Services de soins infirmiers à domicile	20
Scanner-IRM	7
Autres structures de soins financées par l'Assurance Maladie	6
Les urgences	
Centres d'urgences (Samu, Smur, centre 15)	1

Rendre le système de soins efficace

L'Assurance Maladie est une entreprise de service public, dont l'action vise à améliorer la santé de la population, en renforçant l'efficacité du système de soins tout en maîtrisant l'évolution des dépenses de santé.

Pour y parvenir, la CPAM d'Indre-et-Loire travaille au quotidien avec tous les professionnels de santé, les établissements de soins, les employeurs et les différents partenaires institutionnels.

Le rôle de la CPAM est d'accompagner les assurés sociaux d'Indre-et-Loire pour leur santé au jour le jour.



Une gestion maîtrisée

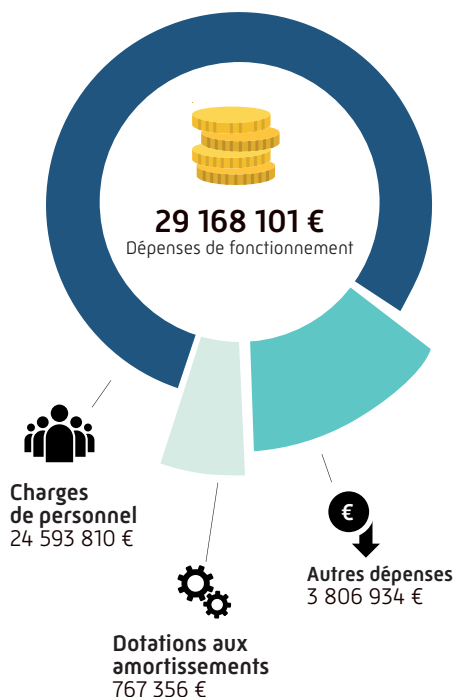
La CPAM prend en charge toutes les dépenses de santé des assurés sociaux d'Indre-et-Loire : remboursements des consultations médicales, médicaments, hospitalisations, indemnités lors d'arrêts de travail, transports médicaux.

L'Assurance Maladie doit chaque année veiller à ne pas dépasser un taux d'évolution des dépenses, fixé par le Parlement. C'est l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

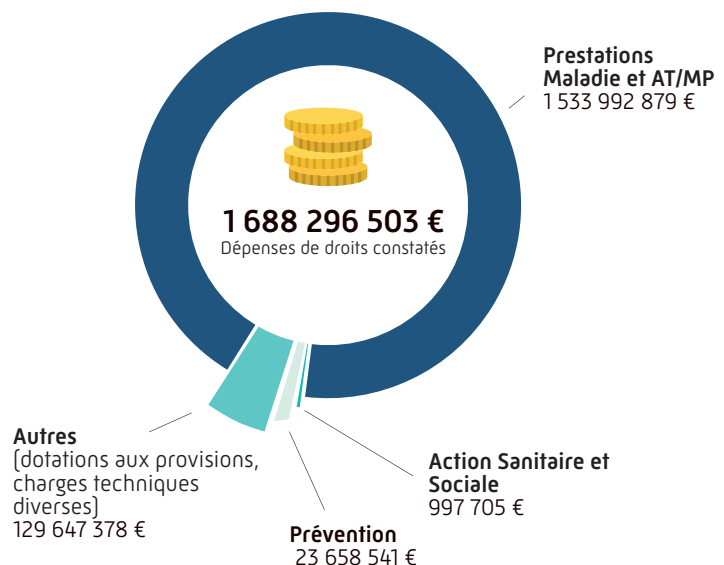


Dépenses totales
1 717 500 162 €
+ 2,78 % [contre 2016]

Dépenses de fonctionnement



Dépenses de prestations de santé



Une progression de 1,97 % de l'ensemble du poste des prestations légales des risques maladie, maternité et AT/MP à la CPAM d'Indre-et-Loire avec 1 497 736 227€ à comparer avec une évolution de 2,1 % de l'ONDAM.

politique de recrutements dynamique en 2017 tant en termes de CDI que de CDD et de dépenses de fonctionnement portées par un assujettissement imprévu et rétroactif sur 2 ans à la taxe d'habitations de nos bâtiments.

S'agissant des charges de gestion courante, il convient de noter une progression globale de 6,85 % en 2017 pour un montant de 29 168 101€ à la faveur d'une

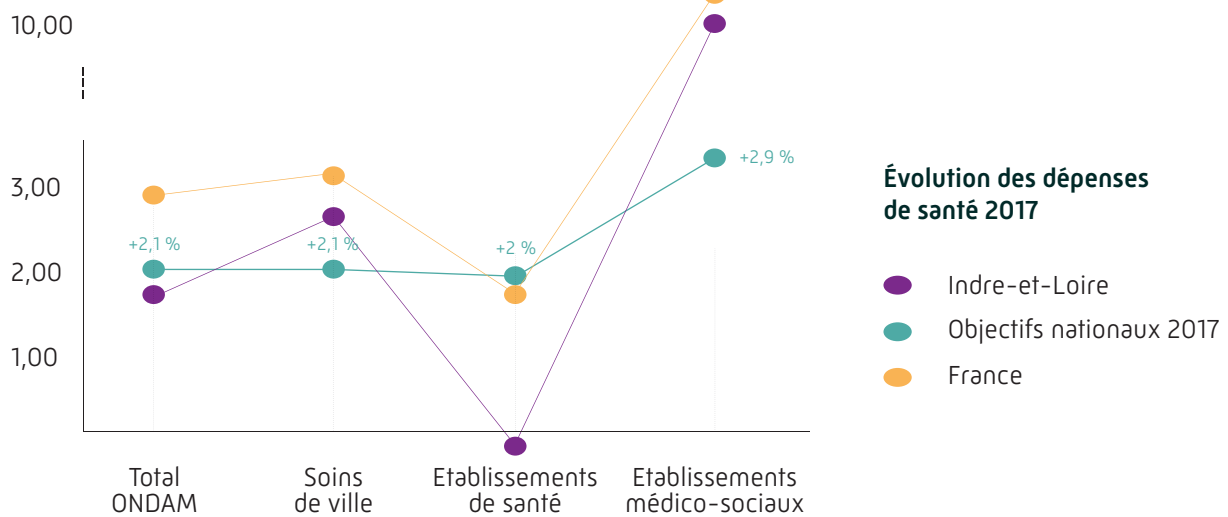
Les dépenses de santé (ONDAM)

L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), voté annuellement par le Parlement, fixe le taux maximum d'évolution annuelle des dépenses de soins de ville et des établissements de santé et médico-sociaux. Il était fixé à 2,1 % pour l'année 2017, soit 190,7 milliards d'€ (1,75 % en 2016).

Cet ONDAM est plus élevé qu'en 2016 mais il convient cependant de le mettre en perspective avec l'évolution moyenne annuelle des 3 indicateurs fondamentaux qui président à sa construction ; l'inflation (+0,2% en 2016 versus +1% en 2017), la croissance économique

(+1,1% en 2016 versus +1,7% en 2017) et l'évolution de la masse salariale (+2,4 % versus +3,3% en 2017).

Les données de la commission des comptes et l'avis du Comité d'alerte permettent de conclure au respect global du cadrage fixé par le parlement pour 2017, l'ONDAM étant sous exécuté à hauteur de 60 millions d'€ par rapport à l'objectif indiqué ci-dessus.



183 000 000 €

pour les consultations
(actes et honoraires)
des médecins généralistes
et spécialistes



114 000 000 €

pour les indemnités
journalières (maladie,
accident du travail
et maternité)



663 000 000 €

pour les
remboursements
des établissements
de santé

Le département d'Indre-et-Loire a correctement maîtrisé ses dépenses de santé dans la mesure où il affiche une évolution de ses dépenses à hauteur de 1,8 % soit en dessous de l'objectif national de 2,1 %.

Trois importants postes de dépenses contribuent à ce bon résultat :

- les médicaments, avec une faible évolution de 0,2 %,
- les dépenses liées au transport, 3,6%,
- l'imagerie médicale (scanner, IRMN, tomographie), 4 %, bien en dessous du taux d'évolution national de 7,2 %.

A contrario, les dépenses liées aux indemnités journalières ont continué d'augmenter (5,5 % contre 4,3 % en 2016).

Enfin, force est de constater que les honoraires des auxiliaires médicaux, bien que marquant une légère hausse dans leur évolution (3,8 % contre 3,2 % en 2016), conservent un rythme de croissance élevé.

L'action auprès des professionnels de santé

Les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) accompagnent les médecins pour les aider à atteindre leurs objectifs sur les indicateurs fixés, dans le cadre du dispositif de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Ils s'appuient sur les outils mis à disposition par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (Cnam).

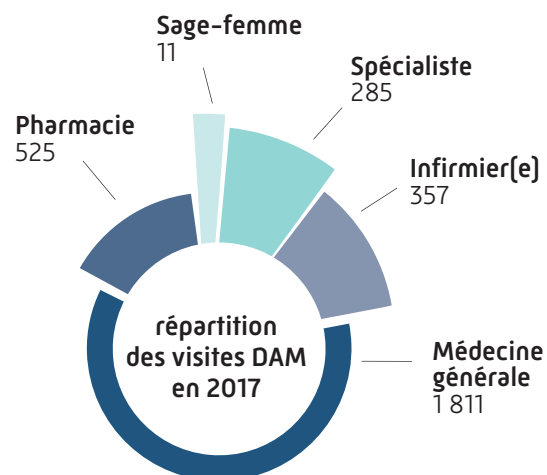
En 2017, 3003 visites ont été réalisées par les 7 délégués de l'Assurance Maladie (DAM) auprès des médecins généralistes, des pharmaciens et autres professionnels de santé :

- 1811 visites auprès des médecins généralistes
- 525 visites auprès des pharmaciens
- 285 visites auprès de spécialistes

Les thèmes abordés auprès des médecins généralistes ont été nombreux, tels la présentation de la nouvelle convention, les antibiotiques, l'imagerie, la biologie... Les délégués ont présenté aux spécialistes ciblés par la Cnam la nouvelle option de pratique tarifaire qui a succédé au contrat d'accès aux soins.

Pour les pharmaciens, les DAM ont présenté les avenants à la convention ainsi que la campagne nationale sur les médicaments génériques.

Enfin, les infirmiers ont été rencontrés dans le cadre de l'expérimentation du bilan de soins infirmiers et des actualités conventionnelles.



L'action auprès des établissements de santé



La CPAM développe avec les établissements de santé une stratégie d'amélioration de la pertinence et le bon usage des soins ainsi que le développement du virage ambulatoire et une meilleure adaptation des prises en charge.

Le département Gestion du Risque Hospitalier (GDR-H) participe aux programmes d'efficience de l'offre de soins, en accompagnant les établissements d'Indre-et-Loire, dans l'atteinte de leurs objectifs fixés dans le cadre de l'ONDAM concernant :

- La facilitation du retour au domicile avec les programmes Prado.
- Le développement de l'hôpital de jour ou de l'hospitalisation à domicile.
- Les médicaments prescrits par les établissements.
- La pertinence des actes : actions d'accompagnement, mise sous entente préalable dans les établissements n'ayant pas modifié leurs pratiques après ces actions d'accompagnement.
- La sensibilisation des établissements prescripteurs et des assurés en matière de transport médical : 2 accords de Méthode Transports signés avec le CH de Loches et le CHIC d'Amboise, un projet de gestion de la plate-forme de transport du CHRU par la CPAM.
- La mise en œuvre d'une plate-forme centralisée de commande de transports via une collaboration entre le CHRU de Tours, l'ARS, la CPAM, les transporteurs sanitaires et les taxis (mise en place en prévue en 2017).

Simplifier la facturation

Au sein de la CPAM, le pôle Etablissements a pour principales missions, le contrôle et le règlement de la facturation des établissements de soins publics et privés.

Mais aussi, il accompagne les structures dans l'optimisation de la qualité de la facturation et la mise en œuvre de la tarification à l'acte (projet FIDES). Dans le cadre de la mutualisation FIDES, il accompagne aussi les établissements publics des départements 18, 41 et 37.

Déploiement FIDES :

- CH de Bourges en novembre 2017
- CH de Blois en janvier 2018
- CH de Romorantin en février 2018

Favoriser le virage ambulatoire

La CPAM travaille au quotidien avec les établissements pour favoriser la chirurgie ambulatoire. Dans sa mission de régulation, elle a été amenée à engager une procédure de Mise Sous Entente Préalable (MSAP) pour 4 établissements de santé d'Indre-et-Loire, dont le taux de chirurgie ambulatoire est trop faible comparativement au taux régional.

La lutte contre la fraude, les fautes et les abus

La Lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie participe au paiement à bon droit des prestations. En France, l'accès aux soins et à la santé est un droit pour tous. Ce droit a une contrepartie pour tous les acteurs (assurés, employeurs, professionnels de santé, établissements), le devoir de respecter certaines règles. Les fraudes, fautes et abus peuvent fragiliser le système de protection sociale et porter atteinte à la solidarité nationale.

En tant que gestionnaire de fonds publics, la CPAM se doit de lutter contre les fraudes, fautes et abus. Les missions du service de Lutte contre la fraude ont pour finalité de :

- Détecter et sanctionner les comportements déviants.
- Responsabiliser les acteurs.
- Faire évoluer les comportements.

Les contrôles portent sur tous les acteurs du système de soin dans le respect de règles éthiques (secret professionnel, objectivité, neutralité, contradictoire et voies de recours) :

- Assurés
- Professionnels de santé
- Établissements de santé
- Employeurs



— 815 069 €
de fraudes détectées

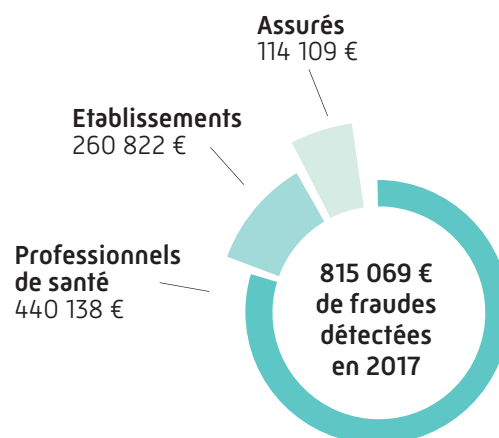
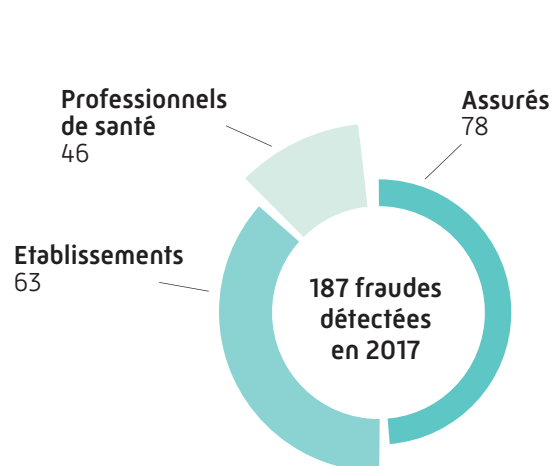


— soit
187 dossiers

En 2017, la CPAM d'Indre-et-Loire a détecté pour 815 069 € de fraudes représentant 187 dossiers :

- 0,115 % du montant des dépenses de soins de ville et établissements MCO.
- Environ 10,50 € de fraudes pour 10 000 € de prestations réglées.

60 suites contentieuses ont été engagées, soit 15 de plus qu'en 2016.



Les fraudes commises par des assurés sont essentiellement des falsifications, des cumuls d'indemnités journalières/activité rémunérée, des fausses déclarations de ressources en vue de bénéficier d'un droit ou d'une prestation.

Les fautes ou fraudes commises par des professionnels de santé ou établissements concernent principalement des non respects du forfait de soins, des non respects de la nomenclature, la facturation d'actes non réalisés, des non respects de la condition d'exercice.

La gestion du contentieux



Le service contentieux et juridique a pour missions :

- d'assurer une gestion rapide et conforme aux textes règlementaires des contestations relatives aux décisions prises par la CPAM
- de mettre en oeuvre les actions contentieuses décidées par la CPAM en matière de fautes, fraudes et abus
- de notifier les indus dans le cadre des contrôles ciblés, des présences justificatives
- d'assurer le recouvrement des créances de la CPAM
- de représenter la caisse devant les juridictions

La Commission de recours amiable (CRA) est chargée d'étudier les contestations, suite à des refus de prises en charge. Elle examine également les demandes de remise de dettes.

En 2017, 1009 contestations (dont 78 % émanaient des assurés) ont été adressées à la commission qui s'est réunie 16 fois.

La loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle prévoit le transfert définitif, au 1^{er} janvier 2019, du contentieux des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS), des tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) vers les futurs pôles sociaux des tribunaux de grande instance (TGI) spécialement désignés.

Par ailleurs, un recours amiable, en vue d'une expertise, est prévu en cas de contestations relatives à l'état ou au degré d'invalidité en AS et en AT-MP. Ces dispositions devraient permettre de réduire à terme les délais de jugement et d'uniformiser les procédures pour un meilleur service au public.

Le TASS s'est attaché au cours de l'année 2017 à résorber les stocks d'affaires en attente de jugement. Le nombre d'audiences du TASS (et le nombre de dossiers évoqués à chaque audience) a quasiment doublé par rapport à l'année précédente.

L'accompagnement personnalisé des clients

Les grandes missions pour les assurés

- Qualifier nos bases de coordonnées
- Promouvoir les téléservices du compte ameli
- Informer et accompagner sur les droits et faciliter l'accès aux soins.
- Relayer les campagnes de prévention (dépistage, vaccination, tabagisme, médicaments génériques, diabète...).

10 nouvelles campagnes de promotion à destination des assurés en 2017 et une campagne locale

- Mettre à jour la carte vitale pour les nouveaux bénéficiaires de la CMUC
- Commander la carte vitale via le compte ameli auprès de parents d'enfants âgés de 15 ans + 8 mois
- Déclarer un médecin traitant auprès de parents d'enfants âgés de 15ans + 9mois

- Adhérer à un organisme complémentaire pour les assurés entrant en ALD
- Adhérer à un organisme complémentaire pour les assurés sortant d'ALD
- Informer les assurés en ALD sur les transports
- Rappeler aux assurés invalides d'envoyer leur déclaration de ressources
- Informer les assurés en arrêt de travail de leurs obligations s'ils doivent sortir du département
- Promouvoir le compte ameli auprès des nouveaux affiliés

En local, une campagne de relance pour déclarer un nouveau médecin traitant suite au départ du précédent il y a 4 mois et à l'envoi d'un courrier 1 mois et demi auparavant.



649 555
emails



100 534
sms



23 741
messages vocaux



1 468
appels



7 735
courriers

Mise en place d'événements promotionnels du compte ameli :

- Journée animation du compte ameli dans l'espace libre-service de l'accueil
- Intervention dans les 3 Espaces Publiques Numériques gérés par la mairie de tours
- Intervention en interne lors des réunions de service
- Formation des animateurs des Maisons de Services au Public (MSAP) à l'utilisation des téléservices du compte ameli

Les grandes missions pour les professionnels de santé

- Promouvoir les téléservices et la télétransmission
- Encourager l'utilisation des outils informatiques et la bonne facturation
- Apporter une aide technique dans la promotion des téléservices de l'Assurance Maladie

En 2017, deux facteurs ont guidé les actions à destination des professionnels de santé : l'information sur les nouveaux indicateurs du forfait structure et l'accompagnement à la modernisation de l'informatique du PS avec le DMP et la Messagerie sécurisée.

Les campagnes menées en 2017

- Amélioration des taux d'AAT pour les plus grands prescripteurs
- Accompagnement à la mise à jour des logiciels de facturation suite aux revalorisations des actes et à l'apparition de nouveaux codes actes
- Présentation et accompagnement à la création de la Messagerie Sécurisée de Santé
- Accompagnement à l'alimentation du DMP et la structuration des données du dossier patient

Les grandes missions pour les employeurs

- informer sur les téléservices et les enjeux de la dématérialisation des échanges
- sensibiliser sur les bonnes pratiques (réunions d'information)
- alerter sur les anomalies et les accompagner dans la mise en place d'actions correctrices
- intervenir en entreprise pour sensibiliser les salariés sur des thématiques de prévention et sur les services en ligne de l'Assurance Maladie

La Déclaration Sociale Nominative (DSN)

La DSN est un fichier mensuel produit à partir de la paie destiné à communiquer les informations nécessaires à la gestion de la prestation sociale des salariés.

Elle permet de remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles et diverses formalités administratives adressées jusqu'à aujourd'hui à une diversité d'acteurs (CPAM, Urssaf, pôle emploi...).

La DSN repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et sur des signalements d'évènements (maladie, maternité, fin de contrat de travail).

L'accompagnement au changement mis en place en 2016 continue avec les ateliers employeurs organisés par la CPAM pour les entreprises.

Des campagnes diversifiées

- Emailing sur la déclaration d'accident du travail dématérialisé
- Emailing sur le taux de cotisation forfaitaire de 21 % sur l'attestation de salaire (AT)
- Emailing sur l'accompagnement des apprentis à leur affiliation à l'Assurance Maladie
- Promotion de la déclaration des détachements à l'étranger via le site « espace employeurs »
- Newsletter pour les employeurs proposant des focus sur l'actualité et les évolutions réglementaires

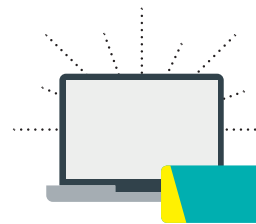


2
ateliers
net-entreprises pour
12 entreprises

8
ateliers DSN
pour
118 entreprises



4
newsletters
employeurs



9 980 048
feuilles de soins
électroniques traitées

90 %
des médecins sont
équipés Vitale

Les tourangeaux, acteurs de leur santé

L'Assurance Maladie aide chaque assuré social à prendre en main sa santé par des actions ciblées de prévention et des programmes d'accompagnement spécifiques.

I Une offre de prévention adaptée

L'Assurance Maladie lutte contre les facteurs de risques par des actions de prévention visant à déployer sur le territoire des politiques de santé publique.

La prévention primaire, pour éviter la maladie, secondaire, pour un dépistage précoce et tertiaire pour éviter les complications. Les publics sont ciblés par âge ou par situation (précarité, maternité, maladie chronique).

L'Assurance Maladie adapte ses actions de prévention à ces différents publics

- La vaccination (ROR, grippe, méningite)
- Les examens bucco-dentaires avec le programme MT dents de 6 à 24 ans
- La prévention du surpoids de l'enfant
- L'antibiorésistance (outil TDR angine)
- Le sevrage tabagique et les substituts nicotiques
- La prévention de l'alcool
- La contraception des mineurs et d'urgence
- L'accompagnement maternité (dont l'examen bucco-dentaire pour les femmes enceintes)
- Le dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus)
- Le dépistage de maladie rénale chronique
- Les examens de prévention en santé et l'éducation thérapeutique (Sophia)
- La fixation d'objectifs de santé publique aux professionnels de santé dans le cadre de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)



7 943
examens de
prévention en santé
réalisés par l'UC-IRSA
(dont 3006 pour le public en
situation de précarité)



2 898
bénéficiaires ont eu
des remboursements
de substituts
nicotiques

(+40% depuis le lancement de
la campagne «Mois sans tabac»)



900
enfants sensibilisés
à l'hygiène
bucco-dentaire

Les actions de prévention nationales et locales bénéficient d'un financement spécifique : le Fonds National de Prévention d'Information et Education Sanitaire (FNPEIS).

Des programmes d'accompagnement personnalisé

L'Assurance Maladie poursuit le déploiement des services en santé pour favoriser la prévention et l'organisation du parcours de soins.

Sophia, l'accompagnement des maladies chroniques

Le service Sophia aide les personnes souffrant du diabète et d'asthme à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes dans le but d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications.

Pour éviter ces complications, un bon suivi de la maladie est indispensable : c'est l'objectif du service Sophia de l'Assurance Maladie.

En Indre-et-Loire depuis mai 2017 le service Sophia est proposé aux personnes de 18 à 44 ans atteintes d'asthme.

En 2017, sur les 48 sites où le service Sophia asthme est déployé, on compte plus de 37 000 adhérents asthmatiques et 78% des adhérents estiment que ce service les aide à mieux comprendre leur asthme.

La nouvelle application de l'Assurance Maladie : Asthm'activ ! Destinée aux personnes asthmatiques, elle aide à mieux gérer son asthme au quotidien : en étant à l'écoute de ses symptômes, en aidant à mieux prendre et comprendre son traitement, en apportant des connaissances essentielles sur la maladie, etc.





Prado, pour l'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation

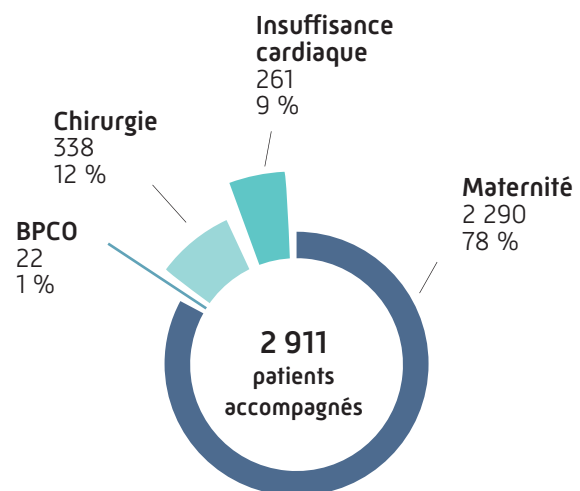
Ce service de retour à domicile des patients hospitalisés a été initié par l'Assurance Maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville. Les programmes Prado s'inscrivent dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé.

Les enjeux de ce service sont :

- De préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients.
- D'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital.
- De renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant.
- D'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin.

En Indre-et-Loire, ce service est déployé en Maternité, Chirurgie, Insuffisance Cardiaque et Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).

Le dispositif Prado est mis en œuvre dans les établissements suivants en fonction des volets : les hôpitaux d'Amboise et de Chinon, le CHRU Bretonneau et Trousseau, les cliniques de l'Alliance et Saint-Gatien et le Pôle Santé Léonard de Vinci.



Les ateliers maternité

L'objectif est de réduire les inégalités sociales en matière de suivi de grossesse. L'atelier maternité organisé par la CPAM et co-animé par la Caf avec la présence d'une sage-femme permet de délivrer des informations précises et pratiques sur le suivi de la grossesse et de la période post natale, de repérer des situations difficiles et d'échanger avec des professionnels et d'autres futurs parents.



136
futures mamans ont
participé aux 9 ateliers
maternité

Lutter contre les inégalités

L'Assurance Maladie aide les assurés en difficulté d'accès aux soins du fait de leurs faibles revenus en proposant une Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC), une Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ou encore une Aide Médicale de l'Etat (AME).

Au-delà de ces prestations légales, elle déploie une politique d'Action Sanitaire et Sociale.

Du fait du contexte économique, le nombre de bénéficiaires de ces dispositifs continue de progresser.



Un accès aux droits pour tous

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)

La CMUC facilite l'accès aux soins des personnes aux faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière. Ce dispositif permet la prise en charge du ticket modérateur. Les soins sont donc pris en charge à 100 %, sans avance de frais.

Des forfaits spécifiques couvrent les frais d'optique, de prothèse dentaire, d'orthodontie et de prothèse auditive (panier de biens).

Protection Universelle MALadie : simplification des démarches

La Couverture Maladie Universelle de Base (CMUB) permettait l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne résidant en France depuis plus de 3 mois et qui ne peut prétendre à un droit, à un autre titre.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, ce dispositif a été remplacé par la Protection Universelle MALadie (Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité Sociale pour 2016).

Ainsi, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière (territoire métropolitain, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, St Barthélémy, St Martin) a des droits.

3 grands principes :

- La simplification des règles d'ouverture du droit à la prise en charge des frais de santé basée sur la régularité et la stabilité.
- La garantie de la continuité des droits dans la prise en charge des frais de santé.
- La suppression progressive du statut d'ayant droit majeur pour une affiliation personnelle.

PLANIR : ne laisser personne en dehors du système



Le programme PLANIR, Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions, et des Ruptures, a été mis en place pour apporter des solutions afin d'anticiper les risques de non recours. Cela implique les services administratifs de la CPAM et de la Caf, le Service Social et le Service Médical.

4 actions labellisées ont été développées.

Le parcours santé jeunes : offrir un accompagnement global de l'ouverture des droits à l'accès aux soins pour les jeunes de 16 à 25 ans en situation de vulnérabilité.

Ligne urgence précarité : permettre aux professionnels de santé d'avoir un contact unique afin de régler rapidement des problèmes de droit pour une patientèle en situation d'urgence médicale.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : permettre un traitement rapide des dossiers urgents de patients sans droit, reçus dans les établissements publics.

L'offre de service pour les enfants bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance : optimiser la gestion des dossiers pour réduire les difficultés d'accès aux soins (ouverture des droits et renouvellement de la CMUC).

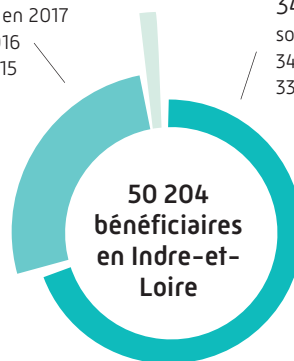
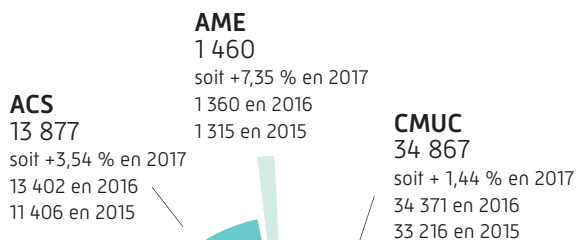
Des partenaires de terrain

Dans le cadre des actions PLANIR, des conventions ont été signées avec plusieurs partenaires :

Parcours Santé Jeunes : 4 conventions signées avec des structures d'accompagnement des jeunes (Missions locales Tours, Amboise et Loches - E2C)

PASS : 1 convention signée avec le CHRU avec une extension du périmètre.

Aide Sociale à l'Enfance : des travaux ont été engagés avec le Conseil départemental.



Des aides personnalisées

L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) Le Tiers Payant Intégral

Le dispositif de l'ACS a été réformé en juillet 2015. Les assurés bénéficiaires de l'ACS disposent de nombreux avantages, dès lors qu'ils souscrivent à un contrat accrédité :

- Des réductions sur les cotisations de complémentaire santé.
- La prise en charge du ticket modérateur sur quasiment toutes les natures de prestations.
- Pas d'avance des frais chez les professionnels de santé : c'est le tiers payant intégral.

- Une offre reposant sur un choix entre 3 niveaux de garanties, sélectionnés pour leur bon rapport qualité-prix, et portés par une centaine d'opérateurs accrédités par les pouvoirs publics.
- L'exonération des franchises et des participations forfaitaires.

Au 31 décembre 2017, 59,97 % des bénéficiaires de l'ACS ont souscrit un contrat encadré.



L'Aide Médicale de l'État (AME)

Les étrangers en situation irrégulière, résidant en France depuis plus de 3 mois, peuvent bénéficier de l'AME, qui leur garantit la prise en charge des soins de ville et des soins hospitaliers.

L'Action Sanitaire et Sociale



La commission d'Action Sanitaire et Sociale attribue des aides financières ponctuelles à des personnes en situation difficile, affiliées à la CPAM d'Indre-et-Loire ou auprès d'une section locale mutualiste du département et qui en ont fait la demande.

Elle dispose d'un budget de 999 400 € pour l'année 2017. L'activité des commissions et le taux d'attribution des aides attribuées en CASS ont été moins importants en 2017 du fait :

- D'une extension du périmètre des dossiers traités par délégation (nombre global de demandes quasi identiques : 3525 en 2016 et 3518 en 2017)
- D'un budget disponible plus faible (- 6,31% en 2017)

Les aides sociales de première nécessité (dépannage, énergie, loyer) ont augmenté en nombre (+14,56 %) mais diminué en montant et sont toujours plus portées vers les personnes isolées et les familles monoparentales.

Concernant les aides pour les soins dentaires, on observe une baisse en nombre d'aides et en montant (en 2016, une partie du budget 2015 avait été provisionnée pour une commission spéciale dentaire début 2016)



3 518 dossiers traités
[contre 3 525 en 2016]

1 603 dossiers étudiés
en commission
[1 9015 dossiers traités
par délégation par le service]



1 488
accords soit 92,8 %
[contre 1 764 en 2016]



115 refus soit 7,2 %
[contre 45 en 2016]

Prim'santé : une aide complémentaire

La CPAM d'Indre-et-Loire a mis en place depuis plusieurs années Prim'santé : une aide financière pour l'acquisition d'une complémentaire santé en complément des dispositifs légaux.

Elle s'adresse aux familles monoparentales de 25 ans et plus, ainsi qu'aux personnes retraitées ou âgées de + de 65 ans, seules et isolées.

En 2017, 567 personnes ont bénéficié d'une aide pour un montant total de 39 805 €.

A compter du 1er janvier 2018, cette offre évolue en privilégiant le soutien aux personnes ayant eu un refus d'ACS pour ressources ne dépassant pas 10% du plafond ACS.

Cela concerne les assurés retraités ou non, âgés de 65 ans et plus, et les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé.

En 2017, 411 personnes ont déjà bénéficié de cette aide pour un montant total de 103 125 €.



Offrir des services performants

Le cœur de métier de l'Assurance Maladie consiste à gérer les droits des assurés sociaux, à garantir le remboursement de leurs dépenses de santé et le versement des indemnités journalières.

Mais aujourd'hui, simplifier la relation quotidienne entre la CPAM et ses publics devient une priorité qui encourage à inventer de nouveaux métiers et à développer la dématérialisation.



Notre cœur de métier

I Optimiser la gestion des droits

La CPAM d'Indre-et-Loire gère plus de 450 000 bénéficiaires.

Un fichier « bénéficiaires » de qualité nous permet de traiter rapidement et sans erreur les dossiers des assurés. Pour cela, les opérations liées à la mise à jour de la situation des assurés (affiliation, ouverture de droits...), aux mises à jour de leurs déclarations de médecin traitant, de RIB, d'adresse, l'enregistrement de leurs ALD... doivent être réalisées de façon réactive. Notre fichier est certifié à 99,81 %.

Le tiers payant généralisé

Après l'ouverture du tiers payant ALD et maternité en juillet 2016 pour les populations concernées, l'année 2017 a vu la mise en place du dernier palier de généralisation du Tiers Payant à l'ensemble de la population sur la partie obligatoire prise en charge par l'Assurance Maladie.

Ouvert depuis le 1^{er} janvier 2017, ce dispositif s'est traduit par une évolution du taux de tiers payant de 3 points, pour atteindre en décembre 87,56 %, toutes dépenses de santé confondues (consultation, médicament, examen, hospitalisation, etc.).

Les données personnelles

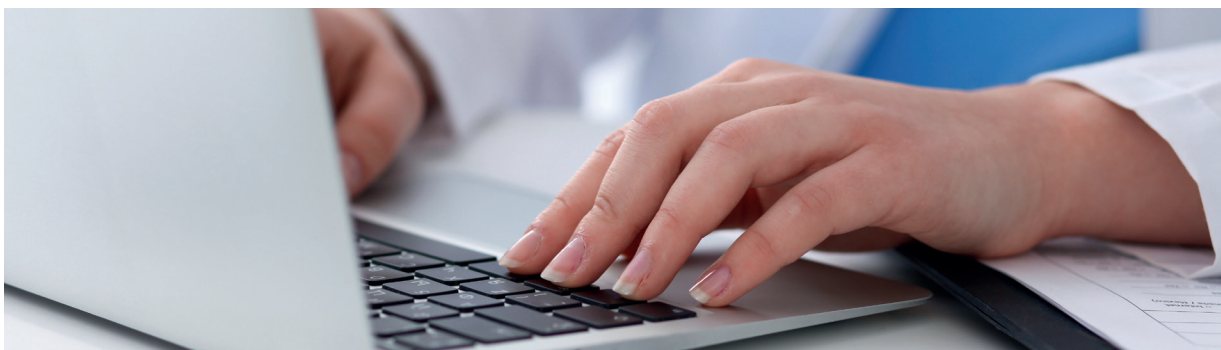
L'Assurance Maladie dispose de données à caractère personnel concernant ses différents publics. Elle doit donc veiller à leur protection et au strict respect des obligations législatives et réglementaires (en particulier de la Loi Informatique et Libertés, loi

n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, qui définit les principes à respecter lors de la collecte, du traitement et de la conservation de ces données).

Déclarer un fichier ou un traitement de données personnelles est une obligation légale, et la consultation du Correspondant Informatique et Libertés (CIL), interlocuteur spécialisé en matière de protection des données, est obligatoire avant la mise en œuvre de tout nouveau traitement de données à caractère personnel.

En application de l'article 22 de la loi Informatique et Libertés, la CPAM d'Indre-et-Loire a donc désigné auprès de la CNIL un Correspondant Informatique et Libertés qui assure la mise en conformité avec la loi de l'ensemble des traitements effectués à la CPAM.

- si le traitement prévu respecte les principes de la CNIL (finalité du traitement explicite et légitime, données pertinentes et non excessives au regard de la finalité poursuivie, conservation limitée des données, respect de l'intégrité et de la confidentialité des données, respect de la vie privée et des libertés des personnes), il pourra être mis en œuvre après inscription au registre du CIL.
- si le traitement prévu ne respecte pas les principes de la CNIL, il ne peut être mis en œuvre.



I Rembourser les frais de santé

Le service Frais de santé assure :

- Le traitement des demandes de remboursement de soins de ville des assurés
- La gestion des demandes et réclamations correspondantes en provenance des assurés et des professionnels de santé.

Le service participe aux actions visant à améliorer la qualité du service rendu, l'exactitude des remboursements et la satisfaction des clients.

Au cours de l'année 2017, 2 sujets ont particulièrement mobilisé le service :

- Le déploiement de la nouvelle convention médicale des médecins : nouvelles cotations, nouveaux tarifs, information et accompagnement des professionnels de santé en collaboration avec les services de la Gestion du Risque et CIS-Marketing
- La régionalisation du traitement des feuilles de soins papier (TRAM FSP Synergie) et l'intégration au plateau de traitement géré par la caisse de Bourges.

Délais de remboursement



— **17**
jours en moyenne
pour les feuilles de
soins papier



6
jours et moins pour
les feuilles de soins
électroniques

627 768 décomptes générés
dont 95,70 % à partir des flux électroniques

I Garantir les revenus de remplacement

La CPAM traite les dossiers d'indemnités journalières (IJ), selon la législation, et verse, après avoir calculé les droits, les revenus de remplacement sur la durée réglementaire de l'arrêt de travail.

Maladie et maternité / paternité

Le traitement des avis d'arrêt de travail nécessite la récupération des attestations de salaires, pièces justificatives et avis médicaux nécessaires au paiement, ainsi que les coordonnées des employeurs.

Le délai et la fiabilité du traitement des dossiers sont des enjeux importants. Pour cela, les dossiers sont parallèlement examinés par le service contrôle de la CPAM.

Les objectifs atteints en 2017 :

- Le règlement de la 1^{ère} IJ en moins de 30 jours.
- La limite du taux de dossiers en rupture de paiement au-delà de 6 mois.
- La limite du taux de non recours au droit.

Invalidité

Dans le cadre de la mutualisation, les demandes sont traitées par la CPAM de Chartres. En décembre 2017, 4 148 pensions sont gérées pour l'Indre-et-Loire.

Capitiaux-décès

Il s'agit d'une indemnité forfaitaire versée aux familles suite à la perte d'un proche « actif » : environ 300 capitaux-décès ont été réglés en 2017.

184 824

Arrêts de travail
prescrits

4 148

pensions
d'invalidité

30 jours

Délai moyen
du règlement de la
1^{ère} IJ

300

capitiaux-décès
réglés

I Gérer les risques professionnels

La branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (AT/MP) a la charge de gérer les Risques Professionnels auxquels sont confrontés les salariés, les entreprises de l'industrie, du commerce et des services ainsi que quelques autres catégories (élèves de l'enseignement technique, stagiaires de la formation professionnelle, adhérents à l'assurance volontaire...).

Elle gère le système légal d'assurance des dommages corporels liés au travail salarié : accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles.

À ce titre, elle indemnise les victimes et fixe la contribution respective des entreprises au financement du système. La réparation auprès des victimes est assurée par la CPAM : elle comprend l'étude de la reconnaissance des sinistres ainsi que l'indemnisation des victimes, tant pour l'incapacité temporaire que pour l'incapacité permanente. La tarification correspond à la mesure et au recouvrement de la contribution des entreprises.

La branche AT/MP met en œuvre la politique de prévention des risques professionnels, visant à améliorer la santé et la sécurité des salariés dans l'entreprise. Elle mène dans ce cadre des actions d'information, de formation et de recherche. Elle peut attribuer des incitations financières aux entreprises. Elle exerce également une activité de conseil et de contrôle.

Les rentes AT/MP

Depuis mars 2017, la CPAM de Châteauroux gère les dossiers rentes des assurés d'Indre-et-Loire dans le cadre de la mutualisation d'activités.

En 2017, cela a représenté 9 841 dossiers : 9 153 victimes et 688 ayant-droits.



Taux de télétransmissions par les entreprises via le service net.entreprises.fr

75 % des déclarations d'accident de travail
88 % d'attestations de salaire

42 %

des certificats médicaux télétransmis par les prescripteurs, directement à la CPAM (contre 12 % en 2016)

13 773

Accidents de travail

1 784

Accidents sur le trajet du travail

1 326

Maladies professionnelles

30 jours

Délai moyen de gestion d'un dossier AT (avant prise de décision)

I Couvrir les français à l'étranger

Depuis 1994, la CPAM d'Indre-et-Loire gère le remboursement des soins en France des bénéficiaires retraités du régime général et adhérents de la Caisse des Français de l'Étranger.

Cela représente 17 300 bénéficiaires et environ 18,7 millions d'euros remboursés pour les soins ambulatoires et l'hospitalisation.

La relation client

I Faciliter l'expérience des assurés

Afin de diversifier et de moderniser les canaux de communication avec les assurés, l'Assurance Maladie propose des services en ligne sur ameli.fr comme des simulateurs de droit. Avec le compte ameli, sur ordinateur, tablette et smartphone, l'assuré peut, à toute heure, prendre un rendez-vous en ligne pour rencontrer un conseiller qui l'accompagnera dans ses démarches.

Pour informer les tourangeaux en temps réel, la CPAM a ouvert un compte Twitter fin 2016 et diffuse régulièrement de l'information dans les médias locaux TV, radio, presse...

Un accueil soigné pour améliorer la qualité du parcours client

La société évolue et les standards de services attendus par les assurés se transforment. Les accueils de la CPAM d'Indre-et-Loire se sont modernisés durant cette année pour améliorer la prise en charge des demandes de l'assuré.

La mise en place du « parcours assuré » permet de l'orienter vers le canal le plus approprié. A chaque situation, une réponse adaptée : le libre-service, le renseignement ou l'accueil sur rendez-vous.

L'objectif est d'offrir aux assurés un service de qualité, en proposant une prise en charge attentionnée en rendez-vous pour les dossiers complexes et/ou les assurés en fragilité, tout en veillant à l'amélioration de l'accompagnement des assurés sur les services en ligne de l'Assurance Maladie.

L'accueil est aussi le vecteur des différents messages notamment en matière de prévention et a vocation à participer au déploiement de nouveaux projets tels que le Dossier Médical Partagé (DMP).



— **217 918**
comptes ameli, dont
22 175 ouverts en 2017



— **13**
points d'accueil physique
en Indre-et-Loire

173 787
personnes reçues

14 555
rendez-vous d'accueil



— **379 729**
appels d'assurés (ligne 3646)
pour les départements
37, 41 et 28

dont **157 728**
appels d'assurés (ligne 3646)
dans le 37, soit une baisse de
7,82% par rapport à 2016

25 213
appels de professionnels de
santé, soit une hausse de
1,33% par rapport à 2016



— **17 996**
cartes Vitale délivrées en
moins de 17 jours
[en moyenne]

Simplifier le quotidien des professionnels de santé

Le service Relation avec les professionnels de santé propose un accompagnement visant à simplifier toutes les démarches administratives par la mise à disposition d'outils adaptés. En 2017, le service a proposé la mise à disposition de formulaire permettant de faire des démarches administratives liées au dossier du PS pour lequel celui-ci reçoit un accusé réception.

470 professionnels de santé reçus en 2017 :

- 30,64 % d'infirmières
- 16,81 % de masseurs kinésithérapeutes
- 14,89 % de médecins généralistes
- 11,70 % de médecins spécialistes

Un accompagnement à l'informatisation et à la simplification des relations médico-administratives

Notre équipe de conseillers informatique services (CIS) assure un accompagnement de proximité auprès des Professionnels de Santé.

Ils interviennent auprès d'eux (Visites au cabinet médical, relation téléphonique, messagerie), pour promouvoir les nouveaux services de l'Assurance Maladie, assurer une assistance technico fonctionnelle à leur prise en main, apporter des conseils d'usage des services au regard de leurs contraintes d'exercice et délivrer l'information utile, notamment celle relative aux dispositifs conventionnels (forfaits structures).

55 160

Déclarations électroniques du choix du médecin traitant

69 608

Avis d'arrêt de travail électroniques

15 143

Protocoles de soin électroniques

9 980 048

Feuilles de soins électroniques



Accompagner les employeurs

Une cellule 100 % dédiée aux employeurs les accompagne pour développer et faciliter l'utilisation des téléservices.

Une ligne dédiée aux employeurs assure dorénavant la prise en charge des différentes demandes des entreprises. Cette plate-forme de services spécifique permet d'apporter un premier niveau de réponse immédiat aux employeurs. Elle est gérée, dans le cadre de la mutualisation, par la CPAM de Bourges.

Un conseiller informatique service peut proposer un niveau de réponse plus approfondi pour les demandes complexes.

La CPAM propose également une newsletter trimestrielle (actualité réglementaire, services facilitateurs, agenda des rencontres, conseils et astuces), un espace dédié sur ameli.fr, des brochures sur les services en ligne, des campagnes email portant sur la promotion de l'e-dat (la Déclaration d'Accident du Travail Dématérialisée) et sur le respect du taux de cotisation forfaitaire de 21 % (attestation de salaire accident de travail).

Afin de favoriser les rencontres et les échanges, la CPAM organise des réunions avec les entreprises pour appréhender simplement la Déclaration Sociale Nominative.

- 2 ateliers net-entreprises réunissant 12 Entreprises dont Tours Métropole

- 8 ateliers sur la DSN réunissant 118 entreprises

88 % (81 % en 2016) des attestations employeurs nécessaires à l'indemnisation des arrêts de travail sont parvenues à la CPAM sous forme dématérialisée.

Depuis octobre 2016, la promotion de la dématérialisation des « détachements à l'étranger » a été mise en place via le site « espace employeurs » auprès des entreprises qui détachent leurs salariés pour des missions de moins de 3 mois.

Ce service est fortement apprécié avec la possibilité de transmettre sur la messagerie professionnelle du salarié le document en question.

100 % des entreprises contactées utilisent ce service.



I Ecouter les clients pour mieux les satisfaire

Un dispositif national d'écoute clients est mis en place pour chacune des Caisses du réseau Assurance Maladie. Il est composé de vagues d'enquêtes annuelles auprès des principales cibles (assurés, professionnels de santé et employeurs) au plus près du service rendu sur un échantillon.

Les objectifs d'un dispositif d'écoute clients sont :

- Mesurer la satisfaction de nos usagers, notamment sur les différents services offerts.
- Mieux connaître nos clients afin de développer des services correspondant à leurs attentes.
- Élaborer un plan d'actions locales pour améliorer la satisfaction de nos usagers.

Résultats de l'enquête de satisfaction Assurés

95 % des assurés sont satisfaits (identique à 2016) dont 25 % très satisfaits de leur CPAM.

Les assurés tourangeaux sont particulièrement satisfaits avec un taux de satisfaction supérieur ou égal à 85 % concernant :

- La carte Vitale (95 % de satisfaits).
- Le site ameli.fr (94 % de satisfaits).
- Le remboursement des feuilles de soins (91 % de satisfaits).
- Le traitement de leurs changements de situation (89 % de satisfaits).
- Les informations des assurés (90 % de satisfaits).
- Les visites dans nos accueils (85 % de satisfaits).

Ils sont plus mesurés (même si leur satisfaction reste supérieure à 70 %) sur :

- Le traitement des demandes écrites (76 % de satisfaits).
- Le traitement des appels téléphoniques (76 % de satisfaits) : l'item «clarté de la réponse» a été évalué moins favorablement. Les autres items sont restés relativement constants.
- Le traitement des revenus de remplacement (72 % de satisfaits) : les items «exactitude» et «clarté des relevés IJ» ont été évalués moins favorablement. Les autres items sont restés relativement constants.
- Le traitement de la dernière réclamation (71 % de satisfaits).

Evolution 2016-2017 de la satisfaction des assurés : Les résultats sont relativement constants avec une baisse plus marquée sur la clarté de la réponse et l'efficacité du traitement de la réclamation.

Résultats de l'enquête de satisfaction Professionnels de Santé

89 % des professionnels de santé sont satisfaits (légère augmentation par rapport à 2016) dont 21 % très satisfaits de leur CPAM.

Les professionnels de santé tourangeaux sont particulièrement satisfaits avec un taux de satisfaction supérieur ou égal à 80 % concernant :

- Le site ameli.fr (86 % de satisfaits).
- Les règlements et la gestion du 1/3 payant (86 % de satisfaits).
- Les conseils et accompagnement : conseillers informatiques service, service relations aux professionnels de santé (88 % de satisfaits).
- Les relations avec le service médical (81 % de satisfaits).

Ils sont plus mesurés (même si leur satisfaction reste supérieure à 70 %) sur :

- Les informations fournies par la CPAM (76 % de satisfaits).
- Le traitement des appels téléphoniques (77 % de satisfaits).

Ils expriment des attentes plus marquées sur :

- Les formalités et documents administratifs (63 % de satisfaits).
- Ils sont satisfaits pour près des 3/4 de la simplicité à remplir les documents administratifs pour les ententes préalables, les protocoles de soin (ALD) et les échanges sur les documents avec la CPAM et le service médical.
- Ils restent en attente d'informations sur les nomenclatures (CCAM / LPP) et d'information sur les évolutions de la réglementation et de la convention (54 % de satisfaits).
- Le traitement de la dernière réclamation (55 % de satisfaits).

Résultats de l'enquête de satisfaction Employeurs

86 % des employeurs sont satisfaits (stable par rapport à 2016) dont 6 % très satisfaits de leur CPAM.

Les employeurs tourangeaux sont particulièrement satisfaits avec un taux de satisfaction supérieur ou égal à 80 % concernant :

- Le site net-entreprises (95 % de satisfaits).
- Le compte employeurs en ligne (100 % de satisfaits).
- Les règlements - paiement des subrogations (81 % de satisfaits).
- Le site ameli.fr (90 % de satisfaits).
- La gestion du relevé de compte employeur (90 % de satisfaits).
- Le traitement des dossiers AT/MP (84 % de satisfaits).

Ils sont plus mesurés (même si leur satisfaction reste supérieure à 70 %) sur :

- La notification du taux de cotisation AT/MP (79 % de satisfaits).
- Le traitement des appels téléphoniques (74 % de satisfaits).
- Les informations fournies par la CPAM (74 % de satisfaits).
- Le traitement de la dernière réclamation (71 % de satisfaits).

De manière globale, tous items confondus, la satisfaction employeurs a été évaluée de manière positive. Aucun grand axe d'étude n'est en dessous de 70%

L'écoute client passe aussi par **la gestion des réclamations** adressées par nos contacts : assuré, professionnel de santé, employeur, établissement de soins.

En 2017, les réclamations ont été adressées à 38,08% par des assurés, 60.13 % par des professionnels de santé et 1.79 % par des employeurs.

Les principaux motifs de réclamations Assurés concernent :

- Les remboursements de prestations (pour près de 50% des réclamations)
- Le paiements des indemnités journalières (pour 21% des réclamations)
- La gestion des dossiers (mutation, changement de coordonnées ou CMU) (pour 14% des réclamations)
- La gestion des dossiers AT/MP (pour 11% des réclamations)

Délai de traitement des réclamations : 83 % traités en 10 jours et moins

Fluidifier la relation par la conciliation

Le conciliateur occupe une place particulière au sein de la relation client. Il propose un mode alternatif de règlement des litiges.

En effet , une écoute active, attentive et bienveillante permet dans la majorité des cas de trouver une solution acceptable pour toutes les parties à un problème exprimé.

Parfois il suffit de faire montre d'un peu de pédagogie pour expliciter une position de la CPAM et donc de la faire accepter.

Le conciliateur joue par ailleurs un rôle important dans l'accès aux soins des publics les plus vulnérables. A ce titre , il est régulièrement sollicité par des partenaires (CCAS, UDAF...).

Il s'agit là de répondre de manière urgente ou de faire le lien avec le service concerné par ces demandes, afin de permettre l'accès aux soins dans les meilleurs délais .

Ces échanges n'ont, dans la plupart des cas , pas été enregistrés comme une conciliation, expliquant ainsi, du moins en partie, la forte baisse enregistrée cette année. Le conciliateur agit là comme une « LUP » (Ligne Urgence Précarité) au service des assurés.

On note en effet, une baisse importante des saisines, 352 en 2017 contre 403 en 2016. La grande majorité émanant toujours des assurés (92%).

Le taux de résolution à 87% reste élevé.

Le conciliateur peut être saisi en première intention pour les problèmes liés à :

- L'accès aux soins
- La recherche d'un médecin traitant ou correspondant
- Le refus de soins opposé aux bénéficiaires de la CMUC ou de l'ACS.
- Le refus de remboursement notifié par le CNSE
- La dispense de photo pour les cartes vitales
- L'absence de versement de revenu de remplacement depuis plus de 3 mois

Faciliter le suivi médical des assurés

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un service numérique innovant, hautement sécurisé, porté par l'Assurance Maladie, dont le but est de faciliter la prise en charge médicale des patients grâce au partage d'informations entre tous les professionnels de santé. Traitements, comptes rendus hospitaliers, antécédents, allergies, de nombreuses informations sont accessibles en ligne aux professionnels de santé, rendant la prise en charge des patients la plus efficace possible, notamment en cas d'urgence.

L'Indre-et-Loire fait partie des 9 départements pilotes en France qui ont pour mission d'expérimenter le déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP) en 2017, avant sa généralisation en 2018.

L'expérimentation a débuté le 14 décembre 2016 par la possibilité offerte aux tourangeaux d'ouvrir leur Dossier Médical Partagé en ligne sur www.mon-dmp.fr ou dans les accueils de l'Assurance Maladie en Touraine. Près de 34 000 DMP ont ainsi été ouverts en 2017.

Les créations des DMP sont réalisées dans 71% des cas par l'accueil de la CPAM, 16% par les patients eux-mêmes, 7% par les établissements et 6% par les professionnels de santé libéraux.

Les établissements et les professionnels de santé sont prioritairement sollicités pour l'alimentation et la consultation du DMP :

- Alimentation du Volet Médical de Synthèse par les médecins traitant, les comptes rendus d'hospitalisation pour les établissements, le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) pour les EHPAD.
- Consultation du DMP au service des urgences notamment.

L'année d'expérimentation nous a permis de créer une dynamique locale grâce à l'implication de tous les acteurs de la santé : établissements de santé, représentants des professionnels de santé libéraux, représentants des associations de patients, acteurs du monde médico-social et représentants des EHPAD.



Un plan de communication externe plurimédia

- Relations presse : nombreuses retombées
- Achat d'espace publicitaire : bus, cinéma, TV, Presse, Web, radio
- Dispositifs événementiels en gare et galerie marchande

Des équipes fédérées par la communication interne

- Articles intranet
- Habillage des locaux
- Évènements internes, «pause café DMP»

Un accompagnement des professionnels de santé

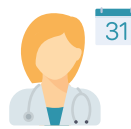
- Visite des DAM et des CIS auprès des médecins généralistes
- Soirée de démonstration des logiciels métier compatibles DMP
- Visite dans les EHPAD
- Intervention dans les établissements d'une équipe mobile de conseillers Assurance Maladie qui propose aux patients, aux admissions et en chambre, d'ouvrir leur DMP



120
Spots
TV Tours



10 médias
présents à la
conférence
de presse de
lancement



+ 500
médecins
visités par les
DAM et les CIS



100
réunions de travail
CoPll, CoStrat, etc.

A photograph of a business meeting. In the foreground, a person's hand holds a blue pen, pointing at a document with various charts and graphs. The document includes a pie chart, a bar chart, and a line graph. In the background, another person's hand is visible, resting on the table. The overall scene is professional and focused on data analysis.

Optimiser l'organisation

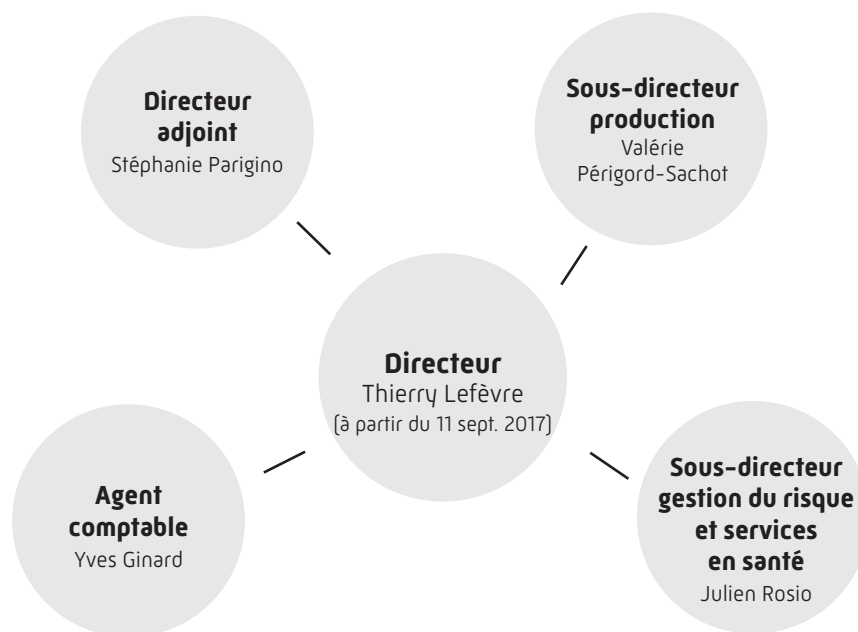
Les importantes réorganisations opérées en 2015, ont permis une consolidation et une optimisation en 2016 et 2017.

La CPAM a su anticiper pour relever les défis et se positionner comme caisse expérimentatrice tout en veillant à maintenir un climat social favorable au bien travailler ensemble.

Une entreprise en mouvement

Notre organigramme :
une gouvernance de proximité

[au 31 décembre 2017]



Agence comptable

- Agence comptable
- Appui à la performance
- Comptabilité
- Contrôle
- MSSI

TOTAL = 38 agents

Direction

- Direction
- Communication
- LCF - contentieux
- Secrétariat de direction

TOTAL = 26 agents

Direction adjointe

- Direction adjointe
- Accueil
- CNGP
- Gben et solidarité
- Informatique
- Ressources Humaines
- Services généraux

TOTAL = 134 agents

Sous direction production

- Flux entrants
- Prestations en espèces maladie
- Plateforme de service
- Risques professionnels
- Frais de santé
- Conciliation
- Cabinet technique

TOTAL = 171 agents

Sous-direction gestion du risque

- Gestion du risque ambulatoire
- Relations avec les professionnels de santé
- Délégués assurance maladie ambu et hospi
- Statistiques
- Gestion du risque hospitalier transports
- Marketing
- Veille stratégique
- Etablissement
- Services en santé
- Prévention santé

TOTAL = 61 agents



453
salariés
dont 430 CDI,
23 CDD



84 %
de femmes



6 mutations
15 retraite
19 mobilité interne



524 487 €
de budget
formation
9 706 h
de formation



61^{ème}
caisse au rang
national sur 101
caisses

I Le Conseil : l'équilibre des responsabilités

Le rôle du Conseil et les principales décisions prises en 2017

Le Conseil exerce les prérogatives définies par la loi du 13 août 2004, qui a instauré un nouvel équilibre des responsabilités des instances, en distinguant le rôle du Conseil du rôle du Directeur.

Sur proposition du Directeur, le Conseil :

a pris acte des objectifs CPG 2017 figurant dans l'avenant 2 au Contrat Pluriannuel de Gestion (CPG) 2014-2017 et a autorisé le Directeur à le signer ;

a approuvé les budgets de gestion et d'intervention :

- le budget de Gestion Administrative 2017,
- le budget d'intervention d'Action Sanitaire et Sociale 2017,
- le budget d'intervention de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires 2017,
- le budget de Fonds d'Actions Conventionnelles 2017;

a pris acte :

- du suivi des thèmes de maîtrise médicalisée au 31 décembre 2016,
- du bilan 2016 de la Commission des Pénalités Financières,
- de l'évolution des dépenses de Gestion du Risque,
- de la démographie médicale en Indre-et-Loire,
- de la synthèse des points importants des commissions Professionnels de Santé,
- de l'évolution de l'organisation de l'accueil du siège,
- de la progression du taux d'utilisation des téléservices liés aux professionnels de santé,
- du bilan de l'offre marketing,
- du dispositif de régulation des transports sur le CHRU de TOURS,
- du déploiement des PRADO en Indre-et-Loire,
- des informations dispensées sur les actions financées sur le moi(s) sans tabac,

- du dispositif de lutte contre le renoncement aux soins,
- des informations dispensées sur le tiers payant généralisé,
- des principales mesures de santé prises dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2018,
- de l'évolution des modalités de coopération de l'Agence Régionale de Santé,
- du projet de régionalisation des structures de dépistages des cancers,
- de l'état d'avancement du Dossier Médical Partagé (DMP),
- de l'intégration de la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT).

Le Conseil a délibéré sur :

la politique d'action sanitaire et sociale : nouvelles orientations de la politique de solidarité et de la politique de subvention aux associations en 2017, compte-rendu des CASS plénières ;
les relations de service : compte-rendu de la CRU.

Le Directeur rend compte au Conseil de la mise en œuvre des orientations définies par ce dernier avec la présentation du rapport d'activité de la CPAM.

En outre, les Conseillers ont été informés de l'activité de nos partenaires par la présentation du rapport d'activité du service social et de celui du service médical.

La composition du Conseil au 31 décembre 2017

Président : Jean-Michel Guitton - MEDEF
1^{er} Vice-Président : Grégoire Hamelin - CGT-FO
2^{ème} Vice-Présidente : Cathy Martineau - UPA
3^{ème} Vice-Présidente : Martine Deligné - CFE-CGC

Les membres avec voix délibérative

Représentants des assurés sociaux	Titulaires	Suppléants
CGT CGT - FO	Isabelle David - Brigitte Tillier Jean-Dominique Audbert - Grégoire Hamelin	Nathalie Crosnier - Philippe Perroux Gilles Lavergne - Katia Pineau (démissionnaire non remplacée au 31.12.2016)
CFDT CFTC CFE - CGC	Guy Sionneau - Edith Véron Alain Tourteau Martine Deligné	Bruno Chaussepied - Patricia Pilon Cécile Rouillac Luc Lespinasse
Représentants des employeurs	Titulaires	Suppléants
MEDEF	Stéphanie Ghérissi - Jean-Michel Guitton - Jacques-Alexandre Lhotellier - Christophe Nami	Xavier Hude (démissionnaire non remplacée au 31.12.2016) - Didier Fumeron - Nadine Jouint - Thierry Poussin (démissionnaire non remplacée au 31.12.2016)
CPME U2P	Carole Boissé - Bernard Chandonnay Mauro Cuzzoni - Cathy Martineau	Gérard Daviet Bernard Beauchet - Jean-Paul Braud
Représentants de la mutualité française	Titulaires	Suppléants
	Stéphane Fradet - Patrick Couteau	Chantal Judalet - Stéphanie Roger
Représentants des institutions	Titulaires	Suppléants
Union Nationale des Associations des Professions Libérales UNAPL	Thierry Langouet	
Union des Associations Familiales UDAF	Françoise Duveau	
CISS Ligue Nationale contre le Cancer - Comité d'Indre-et-Loire	Jean-Jacques Rosier	Jean-Pierre Van Geyt
Personne Qualifiée	Rachida Bouchéma	

Les membres avec voix consultative

Représentants du personnel	Titulaires	Suppléants
Salariés Cadres	Laurent Richard - Muriel Blanc Pascal Tanet	Marie-Thérèse Daumay - Sid Ahmed Hallal Christine Lecerf

I Piloter la performance

Un nouveau service nommé Appui à la performance, issu de la fusion des services Contrôle de gestion et Système de Management Intégré (SMI).

Ses grandes missions s'articulent autour du déploiement de la démarche SMI, de l'accompagnement des pilotes dans le suivi et l'analyse de leur processus en termes d'efficacité et d'efficience, de la mise en œuvre des audits, du suivi de l'atteinte des objectifs stratégiques de la CPAM et du suivi du budget de gestion administrative.

Le service appui à la performance assure le suivi régulier et alerte le directeur sur le niveau de performance des indicateurs de résultats et de gestion. Il réalise des études prospectives pour simuler les résultats au regard de différentes hypothèses de décisions stratégiques.

Le service travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des secteurs, qu'il s'agisse des ressources humaines, de la comptabilité, des services généraux ou des services gestionnaires des processus métiers.

I Favoriser la mobilité professionnelle

Au sein de la CPAM, afin d'encourager et de faciliter les mobilités internes, des réunions d'information sur les postes à pourvoir ont été menées ainsi qu'un accompagnement à la préparation de l'entretien et un débriefing avec les salariés non retenus.

La mise en place des entretiens professionnels est venue renforcer l'expression des souhaits individuels en matière de projet professionnel.

En 2017, 19 agents ont changé d'emploi ou de service au sein de notre CPAM et 6 agents ont obtenu une mutation vers un autre organisme. 40 agents ont été reçus en entretien de mobilité par le Responsable des Ressources Humaines, 10 agents en entretien de seconde partie de carrière.

I Accompagner les départs à la retraite

Pour bien préparer leur départ, les futurs retraités peuvent obtenir tous les renseignements utiles lors d'un entretien avec le service des ressources humaines : relevé de carrière, articulation entre la retraite du régime général et la complémentaire, la mutuelle, l'indemnité de départ à la retraite, etc.

En 2017, 15 agents sont partis à la retraite.

Bien vivre ensemble

I Accompagner les changements



L'évolution de nombreux services de l'Assurance Maladie, le travail en réseau et la mutualisation de certaines activités, ont nécessité une attention particulière quant à l'accompagnement des salariés.

Un travail important a été entrepris par les Ressources Humaines pour accompagner le changement, à savoir, définition des missions et des compétences et développement de la formation professionnelle.

312 salariés ont suivi une formation en 2017, soit 72 % des agents, avec un budget de plus de 520 000 €.

Afin d'accueillir et d'intégrer de la meilleure façon les nouveaux salariés ou les salariés en mobilité, un parcours d'accueil, d'intégration et d'évaluation a été défini.

Un parcours de formation et d'accompagnement spécifique a également été mis en place pour les salariés du service Accueil.

Plusieurs réorganisations des espaces de travail ont donné lieu à un accompagnement particulier : kit de bienvenue, inauguration, signalétique spécifique...

I Etre un employeur responsable (RSO)

Depuis plusieurs années, la CPAM d'Indre-et-Loire s'engage en faveur du développement durable en multipliant des démarches auprès des salariés, mais aussi en externe.

En 2017, elle a renforcé son action pour maintenir de bons résultats en matière :

- De maîtrise de l'impact environnemental de ses activités.
- D'intégration des enjeux de développement durable dans la gestion de son patrimoine immobilier.
- D'engagement en matière de mobilité durable.
- De garantie dans la non-discrimination dans l'accès à l'emploi.
- D'égalité de traitement et de maintien dans l'emploi tout au long de la vie professionnelle.

Favoriser la cohésion



La CPAM d'Indre-et-Loire s'engage pour créer des conditions de travail propices au « bien travailler ensemble ». Les actions ont porté notamment sur l'organisation du travail en développant le pilotage de projets en mode participatif, sur l'environnement physique des espaces de travail, sur la qualité du dialogue social, et sur le développement de la communication interne.

Une attention particulière a été portée à la circulation des informations, aux échanges et à la parole donnée, à travers des outils de communication descendante, des outils collaboratifs et des rencontres :

- L'Intranet propose des mises à jour en temps réel sur toutes les actualités de la CPAM.
- La réalisation de reportages vidéo sur des projets internes.
- Le journal interne Perspectives est rédigé par un comité éditorial composé d'agents de différents services.

- Les stages découverte donnent à chaque salarié l'opportunité de découvrir l'activité et l'actualité d'un autre service que le sien. Ces temps d'échanges permettent de mettre du lien entre les équipes, de développer des synergies et parfois de conforter des projets de parcours professionnels.

En septembre, un groupe projet a été constitué pour définir les besoins d'un nouvel Intranet qui sera mis en ligne en janvier 2018.

Plusieurs événements internes fédérateurs ont permis de renforcer le sentiment d'appartenance : les petits déjeuners du directeur, les inaugurations de nouveaux locaux, les cafés DMP, la cérémonie des médaillés du travail, le séminaire managers...



Annexes

- Les dépenses et recettes de fonctionnement et d'investissement
- L'évolution des charges par gestion comptable
- Les partenariats
- Les taux de télétransmissions des professionnels de santé
- Les instances de décision et de concertation
- Les commissions paritaires locales



Les dépenses et recettes de fonctionnement et d'investissement

Dépenses et recettes de fonctionnement	2016 en milliers d'euros	2017 en milliers d'euros	Évolution 2016/2017 en %
Dépenses			
- charges de personnel	22 886,45	24 593,81	+ 7,46
- dotations aux amortissements	833,44	767,57	- 7,90
- autres dépenses	3 738,38	3 842,49	+ 2,78
Total des dépenses	27 458,27	29 203,87	+ 6,36
Recettes			
- dotation	26 816,12	28 706,45	+ 7,05
- autres recettes	642,15	497,42	- 22,55
Total des recettes	27 458,27	29 203,87	+ 6,36

Dépenses d'investissement	2016 en milliers d'euros	2017 en milliers d'euros	Évolution 2016/2017 en %
Immobilisations incorporelles	4,64	0,40	
Immobilisations corporelles			
- terrain	0	3,99	0
- constructions	44,80	128,99	+ 187,92
- matériel informatique	203,21	278,01	+ 36,81
- matériel de bureau	1,48	1,66	+ 12,16
- autres	100,73	825,99	+ 720,00
Immobilisations financières	204,78	619,80	+ 202,67
Autres immobilisations financières	0,00	0,00	0,00
Total	559,64	1 858,84	+ 232,15

I L'évolution des charges par gestion comptable

Dépenses et recettes de fonctionnement	2016 en milliers d'euros	2017 en milliers d'euros	Évolution 2016/2017 en %
Dépenses			
- étudiants	5 897,07	5 924,19	+ 0,46
- CCIP	4,90	10,01	+ 104,29
- invalides de guerre	684,15	686,59	+ 0,36
- bénéficiaires CMU - part complémentaire	10 403,67	10 833,70	+ 4,13
- soins urgents	395,22	376,78	- 4,67
- conventions internationales	3 470,73	2 606,80	- 24,89
- régime général - opérations communes	1 536 631,28	1 573 151,55	+ 2,38
Total gestion	1 557 487,02	1 593 589,62	+ 2,32

Dépenses d'investissement	2016 en milliers d'euros	2017 en milliers d'euros	Évolution 2016/2017 en %
Gestion A - AT et MP	65 573,10	68 949,59	+ 5,15
Gestion SM	1 038,24	997,70	- 3,90
Gestion administrative	27 458,27	29 203,66	+ 6,36
Gestion PM	18 417,76	23 658,54	+ 28,46
Gestion FAC	1 005,31	1 112,04	+ 10,62
Total des charges	1 670 969,70	1 717 511,15	+ 2,78

I Les partenariats

La CAF (Caisse d'allocations familiales)

Partenariat sur les ateliers maternité, et la mise en œuvre du programme PLANIR.

La PMI (Protection maternelle et infantile)

Partenariat sur les ateliers maternité, et la mise en œuvre du programme PLANIR et sur l'organisation des rallyes santé jeunes

Le service médical

Partenariat sur :

- Sophia et Prado (volets orthopédie et insuffisance cardiaque),
- le service attentionné destiné aux nouveaux pensionnés d'invalidité,
- une aide à la décision sur demande du secteur ASS pour les commissions d'ASS,
- le suivi des examens bucco-dentaires.

Le service social de la CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail)

Partenariat sur :

- l'aide à la vie pouvant être demandée dans les volets orthopédie et insuffisance cardiaque,
- le service attentionné pour les nouveaux pensionnés d'invalidité,
- la gestion partagée des dossiers présentés en commission d'ASS, dont l'objectif est de favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux fragilisés,
- l'accompagnement social des assurés (recherche de partenariat, travail en réseau, organisation de réunions collectives et individuelles),
- pour des actions collectives auprès des publics jeunes ou défavorisés,
- la mise en œuvre du programme PLANIR.

La Région Centre-Val de Loire

Partenariat dans le cadre de la coordination GDR et LCF en région, confiée à la CPAM d'Orléans : coordination entre les différents acteurs pour la mise en œuvre des programmes nationaux de maîtrise médicalisée, de liquidation médicoadministrative, de prévention et de lutte contre les fraudes.

Dans le cadre régional, la CPAM de Tours est chargée du pilotage et de l'animation des travaux de lutte contre les fraudes.

Les CPAM de la Région Centre-Val de Loire dans le cadre :

- du Comité Thématique de Prévention,
- du Comité Technique Régional Opérationnel des cancers.

Le CCDC (Centre de coordination des dépistages des cancers) dans le cadre :

- la participation au comité de pilotage du CCDC,
- la promotion des dépistages,
- la participation au CTRO cancers,
- la fourniture des fichiers de ciblage (sein, colorectal, utérus).

L'UFSBD (Union Française de la santé bucco dentaire)

Partenariat dans le cadre de la campagne de prévention bucco-dentaire M'T Dents.

L'IRSA (Institut Inter-régional pour la santé)

- partenariat sur les examens de santé avec un ciblage prioritaire des publics précaires et mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique de patients diabétiques.
- des conventions quadripartites PLANIR du Parcours Santé Jeunes,
- des actions collectives auprès de publics défavorisés,
- des actions de promotion de la santé

L'URSSAF (Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales)

Partenariat dans le cadre de l'accueil coordonné CPAM-URSSAF des médecins généralistes lors de leur installation.

L'expérimentation du **Dossier Médical Partagé** en Indre-et-Loire a pu être menée avec succès grâce au comité de pilotage rassemblant de nombreux partenaires : l'ARS, la MSA, le RSI, l'URPS, le Collectif Inter associatif sur la Santé, le CHRU de Tours, la Fédération Hospitalière de France, la Fédération de l'Hospitalisation Privée, l'Union Régional Inter fédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux, le CGS TéléSanté Centre, la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne et enfin des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Les taux de télétransmissions des professionnels de santé

Catégorie de professionnels de santé	Total edi	Taux edi	Total vitale :b2s + d2f+b2d	Taux vitale	Total edi + saisie interne
Généralistes	1 867 131	89,6 %	1 794 825	86,2 %	2 083 079
Spécialistes	1 409 079	90,8 %	978 971	63,1 %	1 552 000
Chirurgiens-dentistes	361 146	93,0 %	356 879	91,9 %	388 216
Pharmaciens	4 250 453	98,8 %	4 239 848	98,6 %	4 301 842
Laboratoires	834 418	98,7 %	773 767	91,5 %	845 365
Masseurs kiné	244 664	95,5 %	233 445	91,1 %	256 119
Infirmiers	615 529	97,4 %	570 863	90,3 %	631 889
Orthophonistes	77 019	96,0 %	75 562	94,1 %	80 269
Orthoptistes	13 675	73,3 %	9 195	49,3 %	18 657
Pédicures	4 223	20,4 %	4 221	20,3 %	20 744
Sages-femmes	69 101	95,8 %	47 516	65,9 %	72 149
Fournisseurs	282 166	90,2 %	21 121	6,8 %	312 755
Transporteurs sanitaires	94 716	87,2 %	0	0,0 %	108 562
Taxis	103 600	98,1 %	0	0,0 %	105 605
Total général	10 226 920	94,9 %	9 106 213	84,5 %	10 777 251

Source : *siam erasme - mandatements 2017*

I Les instances de décision et de concertation

Les commissions émanant du Conseil

Instances	Titulaires	Suppléants
<p>Commission de Recours Amiable (CRA) Président : Bernard Chandonnay</p> <p>Elle s'est réunie dix-sept fois en 2017 (dont une plénière).</p> <p>Prévue par l'Article R121-1 du Code de la Sécurité Sociale, la CRA est une instance de règlement des litiges qui examine les réclamations formées contre les décisions prises par la CPAM. La consultation de la CRA est obligatoire avant l'ouverture d'une procédure contentieuse devant le TASS. Tous les litiges liés à l'application de la législation, hormis ceux qui relèvent du contentieux médical ou du contentieux technique, peuvent être soumis à la CRA.</p>	<p>Grégoire Hamelin Alain Tourteau Christophe Nami Mauro Cuzzoni Guy Sionneau Bernard Chandonnay Jacques-Alexandre Lhottelier Brigitte Tillier</p>	<p>Isabelle David Edith Véron Stéphanie Ghérissi Carole Boissé Jean-Dominique Audbert Luc Lespinasse Cathy Martineau Thierry Poussin (démissionnaire non remplacé au 31.12.2016)</p>
<p>Commission d'Action Sanitaire et Sociale (CASS) Présidente : Martine Deligné</p> <p>Elle s'est réunie vingt-cinq fois en 2017 (dont deux plénières).</p> <p>La CASS octroie, au-delà du cadre des prestations légales, des aides financières à caractère ponctuel et facultatif afin de favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux fragilisés.</p>	<p>Martine Deligné Alain Tourteau Nadine Jouint Cathy Martineau Chantal Judalet Patricia Pilon Isabelle David Didier Fumeron Carole Boissé Patrick Couteau</p>	<p>Grégoire Hamelin Edith Véron Bernard Chandonnay Françoise Duveau Brigitte Tillier Jean-Dominique Audbert Bernard Beauchet Christophe Nami Rachida Bouchéma</p>

Commission des relations avec les usagers (CRU)

Président : Patrick Couteau

Elle s'est réunie une fois en 2017.

La CRU est une commission facultative mise en place par décision du Conseil de la CPAM en juin 2005. Elle délibère sur les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers. Elle est informée des bilans et évolutions engagés par la Direction sur la Relation Clients, la Conciliation, le développement des offres de service. Elle a été impliquée dans la refonte de courriers de la caisse.

Grégoire Hamelin
Isabelle David
Patricia Pilon
Alain Tourteau
Luc Lespinasse
Stéphanie Ghérissi
Carole Boissé
Cathy Martineau
Patrick Couteau
Françoise Duveau

Jean-Dominique Audbert
Nathalie Crosnier
Bruno Chaussepied
Cécile Rouillac
Martine Deligné
Thierry Poussin
(démissionnaire non remplacé
au 31.12.2016)
Bernard Chandonnay
Jean-Paul Braud
Stéphanie Roger
Thierry Langouet

Commission des pénalités financières

Elle s'est réunie trois fois autour de 12 dossiers en 2017.

La commission des pénalités financières est compétente pour donner un avis au Directeur sur l'application d'une pénalité financière en cas d'inobservation du Code de la Sécurité Sociale ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge indue pour un assuré, un professionnel de santé, un établissement ou un employeur. Lorsque l'anomalie est détectée pour un professionnel de santé ou un établissement, la commission intègre des représentants de la profession concernée.

Martine Deligné
Alain Tourteau
Jean-Michel Guitton
Bernard Chandonnay
Rachida Bouchéma

Brigitte Tillier
Edith Véron
Jacques-Alexandre
Lhotellier
Cathy Martineau
Chantal Judalet

Les instances de l'ARS

Instances	Titulaires	Suppléants
-----------	------------	------------

Conseil de surveillance de l'ARS

Instance de gouvernance et de pilotage de l'ARS, le Conseil de Surveillance donne son avis sur les orientations et la mise en œuvre de la politique régionale de santé. A l'instar d'un conseil d'administration, il approuve le budget et les comptes de l'Agence.

Jean-Michel Guitton
Jean-Dominique Audbert
Alain Tourteau
Martine Deligné

Les commissions paritaires locales des professionnels de santé

Ces commissions permettent d'évoquer les sujets d'actualité avec les représentants des professionnels de santé et de traiter les éventuels problèmes rencontrés.

Chirurgiens-dentistes

Pas de réunion en 2017

Représentants des organismes sociaux :

Alain Tourteau (T)

Patricia Deletang (S)

Pharmaciens

(3 commissions)

Représentants des organismes sociaux :

Mauro Cuzzoni (T)

Thierry Langouet (S)

Médecins

(3 commissions)

Représentants des organismes sociaux :

Grégoire Hamelin (T)

Bernard Chandonnay (T)

Patrick Couteau (T)

Bruno Chaussepied (S)

J.Alexandre Lhotellier (S)

Rachida Bouchemma (S)

Orthophonistes

(2 commissions)

Représentants des organismes sociaux :

Cécile Rouillac (T)

Nadine Jouint (T)

Patrick Couteau (S)

Isabelle David (S)

Taxis

(2 commissions)

Représentants des organismes sociaux :

Cathy Martineau (T)

Philippe Perroux (S)

Infirmières

(3 commissions)

Représentants des organismes sociaux :

Brigitte Tillier (T)

Cathy Martineau (S)

Transporteurs sanitaires privés

(2 commissions)

Représentants des organismes sociaux :

Carole Boissé (T)

Philippe Perroux (T)

Patrick Couteau (S)

Rachida Bouchemma (S)

Masseurs-kinésithérapeutes

(2 commissions)

Représentants des organismes sociaux :

Gilles Lavergne (T)

Bruno Chaussepied (S)

Caisse d'Assurance Maladie d'Indre-et-Loire



@Cpam37



ameli.fr



compte ameli