

**RAPPORT
2003
SUR LA GESTION
DE L'ASSURANCE
MALADIE**

Juin 2004

SOMMAIRE

	Introduction	P 2
A	<u>L'Assurance Maladie, un service public, un assureur social</u>	P 5
A.1	Au titre de sa mission d'assureur social, l'Assurance Maladie développe des activités très diversifiées	P 5
A.1.1	Au service des assurés : le remboursement des dépenses de soins	P 5
A.1.2	Au service de la solidarité : développer et faciliter l'accès aux soins	P 9
A.1.3	Au service de l'avenir : la prévention en assurance maladie et accidents du travail/maladies professionnelles	P 13
A.1.4	Au service de l'efficacité du système de soins : des outils et des actions pour améliorer la pertinence de la dépense	P 17
A.2	L'Assurance Maladie, un réseau de proximité dense, des services d'expertise	P 20
A.2.1.	Un réseau dense au service de la proximité	P 20
A.2.2	Des services d'expertise	P 24
B	<u>Accroître la modernité de sa gestion, un enjeu pour le service public de l'Assurance Maladie</u>	P 28
B.1	Une entreprise de service public au service de ses publics	P 28
B.1.1	Une stratégie de service déclinée dans une offre de service nationale	P 28
B.1.2	Une stratégie de service s'appuyant sur des outils modernes	P 29
B.1.3	Le développement des services personnalisés	P 33
B.1.4	Le développement de l'écoute des publics	P 35
B.2	Un management renouvelé	P 39
B.2.1	Une gestion fondée sur l'engagement	P 39
B.2.2	Une culture d'entreprise en évolution	P 40
B.3	Un système d'information en cours d'alignement sur les enjeux stratégiques de l'AM	P 43
B.3.1	Le système d'information, un atout stratégique pour l'Assurance Maladie	P 43
B.3.2	Deux pré-requis à la refonte du système d'information : l'organisation structurelle et la remise à niveau technique	P 45
B.4	Une entreprise qui affiche sa performance	P 47
B.4.1	L'évolution des coûts de gestion	P 47
B.4.2.	Le développement des outils d'analyse de la performance des organismes	P 51

Introduction

Ce rapport de gestion est le premier du genre.

En 2003, l'Assurance Maladie a publié un premier rapport annuel sur l'exécution de l'ONDAM, dont la deuxième édition sort en parallèle du présent document.

Les deux exercices sont en fait étroitement complémentaires.

Par son rapport sur l'exécution de l'ONDAM, l'Assurance Maladie contribue à l'analyse de la dépense de santé et de ses facteurs d'évolution, rend compte des plans d'action menés dans le cadre de son rôle d'opérateur de régulation et propose pour l'avenir des pistes d'optimisation. L'Assurance Maladie rend publics et valorise ainsi, au bénéfice de l'ensemble des intervenants du système de santé, les résultats annuels de l'exercice de sa mission de régulation des dépenses.

Mais cette démarche, nouvelle, le service public de l'Assurance Maladie ne peut la conduire que grâce à l'effort engagé ces dernières années pour améliorer et maîtriser la performance attachée à l'exercice des activités très diverses qu'il exerce (service, action sanitaire et sociale, prévention...) au sein d'un réseau lui-même très dense.

Rendre des comptes sur la gestion du service public de l'Assurance Maladie, sur ses coûts, sur son efficacité, retracer la dynamique de changement qui s'est enclenchée et lui permet aujourd'hui de s'atteler aux défis attachés à sa mission prioritaire de régulation, tels sont donc l'objet et l'ambition de ce premier rapport de gestion.

Il porte sur l'année 2003 qui coïncide avec la fin de la deuxième Convention d'objectifs et de gestion. Les années couvertes par cette dernière, sur lesquelles ce rapport opère un retour, ont constitué une période charnière : l'Assurance Maladie a renforcé et conforté sa capacité gestionnaire et notamment développé cette culture de service qui est l'essence même du service public. C'est cette stratégie de service qui rend possible le développement de la fonction de régulation de la dépense de soins, lequel sera l'enjeu des prochaines années.

Les nombreux enjeux qui, à l'orée de cette convention, interpellaient l'Assurance Maladie, en tant qu'entreprise de service public, ont pu être relevés et les chantiers associés donnent aujourd'hui l'assise indispensable à l'action de l'Assurance Maladie :

- De nouvelles fonctions, essentielles au regard de l'accès aux soins, telles la gestion de la CMU complémentaire ont été confiées à l'Assurance Maladie, avec des délais de mise en œuvre très serrés. Elle a relevé le défi, et au-delà de cette gestion du dispositif, participe activement aux chantiers destinés à conforter l'accès aux soins des populations à revenus modestes (aide à la mutualisation ...)

- La deuxième Convention d'Objectifs et de Gestion liant l'Etat et la Cnamts fixait un cap ambitieux pour le gestionnaire : indicateurs précis et exigeants, démarches de management renouvelées. L'Assurance Maladie a voulu saisir ce levier contractuel, avec la déclinaison en aval des Contrats pluriannuels de gestion entre la caisse nationale et les organismes du réseau, pour impulser une démarche de performance collective impliquant l'ensemble des organismes sur des engagements solidaires. La conduite du projet de branche 2000-2003, celles des actions pilotes régionales engagées dans le cadre du chantier de reconfiguration, témoignent de cette dynamique.
- Parmi les engagements qui lient l'Assurance Maladie à ses publics, ceux relatifs à la garantie d'un service de base de qualité, et notamment les délais de remboursement, sont pour leur grande majorité maîtrisés aujourd'hui, et les plans d'action nécessaires sur les segments d'amélioration identifiés (prestations en espèce) d'ores et déjà engagés. L'Assurance Maladie a adopté au printemps 2003 une stratégie de services qui conforte cette dynamique et l'étend aux différentes dimensions sur lesquelles, au-delà du « service de base », s'expriment de nouvelles attentes des publics : accessibilité du service, meilleure prise en compte des « parcours délicats » auxquels sont confrontés certains publics, développement d'une offre de services à l'appui des objectifs de prévention et de régulation ..)

Les autres chantiers qui ont été engagés témoignent de la volonté de l'Assurance Maladie de poser les jalons d'une gestion performante : le Schéma Directeur Informatique 2000/2004 qui sous-tend des évolutions essentielles pour le système d'information, la préparation puis la mise en œuvre du dispositif d'aménagement et de réduction du temps de travail qui a des implications fortes en termes d'organisation et de management des ressources humaines...

Le présent rapport de gestion ne se veut pas une chronique détaillée de ces quatre dernières années. Grâce au bilan qu'il opère, actualisé à fin 2003, il permet néanmoins de mesurer le chemin parcouru, en termes de performance de gestion, et à travers lui, la capacité de l'Assurance Maladie à surmonter les défis évoqués. Il permet donc ce faisant au gestionnaire tout à la fois de rendre compte sur la période récente, et de se projeter avec optimisme sur les années à venir, et les enjeux nouveaux auxquels l'Assurance Maladie est confrontée. Au regard de ces derniers, qui renvoient pour l'essentiel à la mission de régulation de la dépense de soins, le rapport apporte un aperçu - approfondi dans le rapport sur l'exécution de l'ONDAM - concernant l'investissement important d'ores et déjà opéré ces deux dernières années dans ce domaine pour se doter de nouvelles démarches (élaboration et mise en œuvre de plans d'action thématiques de régulation et de contrôle, mise en place des Délégués de l'Assurance Maladie ...) et déclinier de nouveaux outils (nouveaux dispositifs conventionnels ...).

Ce rapport s'efforce également de présenter sur la base d'éléments chiffrés détaillés, les données relatives aux coûts de gestion et leur évolution, trop souvent assimilés aux dépenses globales du système. Cette transparence sur les coûts et l'efficacité permise par le développement du contrôle de gestion sera renforcée à l'avenir.

L'ambition générale de ce document, qui sera dorénavant publié chaque année, est de permettre à son lecteur, au décideur public comme au citoyen, de mieux connaître ce service public qui participe de son environnement quotidien.

Il s'ordonne à cette fin autour des deux aspects principaux de la gestion de l'Assurance Maladie :

- la mise en œuvre de sa mission d'assureur social, à travers son double rôle d'opérateur de la régulation et d'entreprise publique de services,
- sa mutation accélérée, qui doit faire d'elle une entreprise de service public moderne, tant par ses outils de gestion que par son système de management.

Daniel LENOIR

A- L'Assurance Maladie, un service public, un assureur social

L'Assurance Maladie (régime général) est aujourd'hui le principal assureur obligatoire de la santé des Français et pour cela, a en charge la gestion des risques maladie, accidents du travail et maladies professionnelles. Elle assure, pour le risque maladie, la couverture de plus de 80% des dépenses.

A ce titre, elle doit permettre l'accès aux soins nécessaires à tous ses bénéficiaires, tout en étant soucieuse de la qualité des soins et de l'impératif d'équilibre financier.

Elle s'appuie sur une démarche de services qui permet à ses bénéficiaires de faire valoir leurs droits dans les meilleures conditions, mais aussi de valoriser l'intérêt partagé de tous les acteurs à la mise en œuvre d'action de régulation fondées sur des préoccupations d'amélioration de la qualité des soins.

Sa mission s'exerce au service d'une finalité importante pour toute la population : permettre aux assurés de bénéficier des meilleurs soins aux meilleurs coûts supportables par la collectivité, dans le respect de la dimension solidaire et universelle de l'Assurance Maladie.

Les deux rôles qu'elle exerce, celui d'opérateur de la régulation et celui d'entreprise publique de services sont complémentaires dans l'atteinte de cet objectif. Ils conduisent l'Assurance Maladie à développer des activités très diversifiées, portées par un réseau de proximité unique par sa densité et son niveau d'expertise dans le domaine de la santé.

A-1. Au titre de sa mission d'assureur social, l'Assurance Maladie développe des activités très diversifiées

A.1.1 - Au service des assurés : le remboursement des dépenses de soins

La première mission de l'Assurance Maladie en tant qu'assureur social est de prendre en charge le coût des soins en assurant leur remboursement.

Un délai de remboursement des prestations en nature rapide et fiable est la première attente des assurés sociaux.

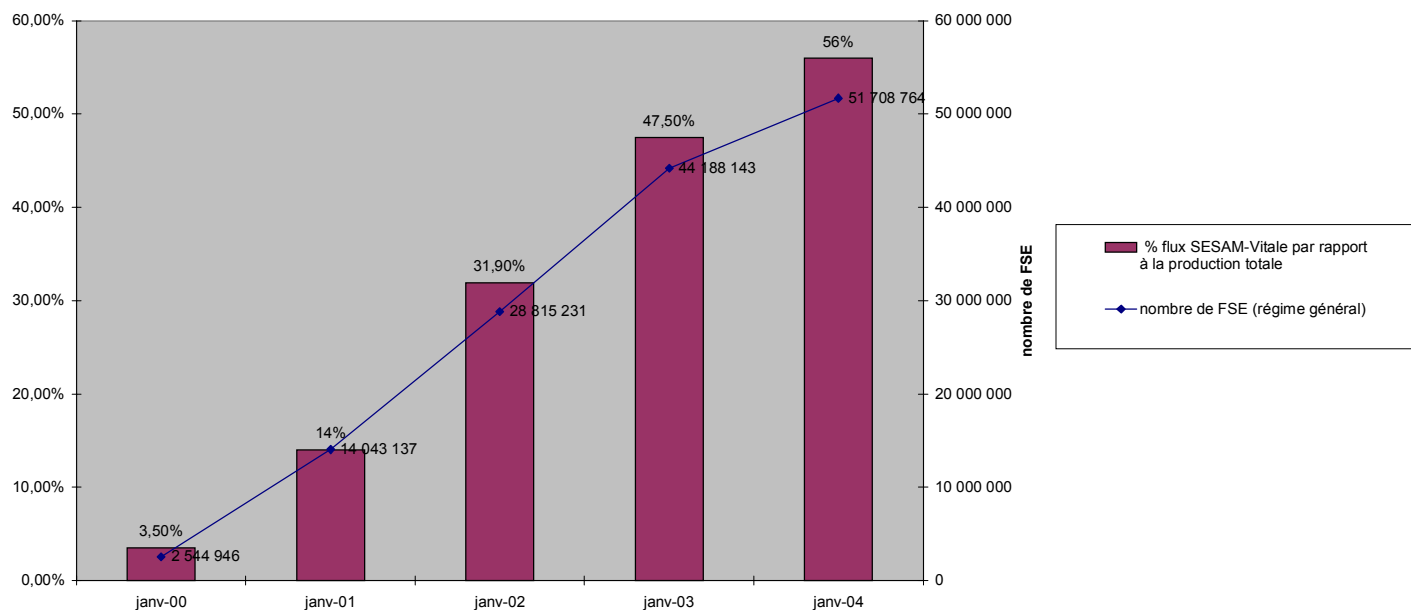
Les années 2000 et 2001 ont été marquées par une forte dégradation des délais de remboursement, due, pour l'essentiel, à une augmentation continue du nombre de feuilles de soins papier, parallèle à l'augmentation des dépenses, et à une lente montée en charge de SESAM-Vitale.

L'évolution maîtrisée des effectifs et la mise en place de la CMU complémentaire au même moment ont accentué les difficultés.

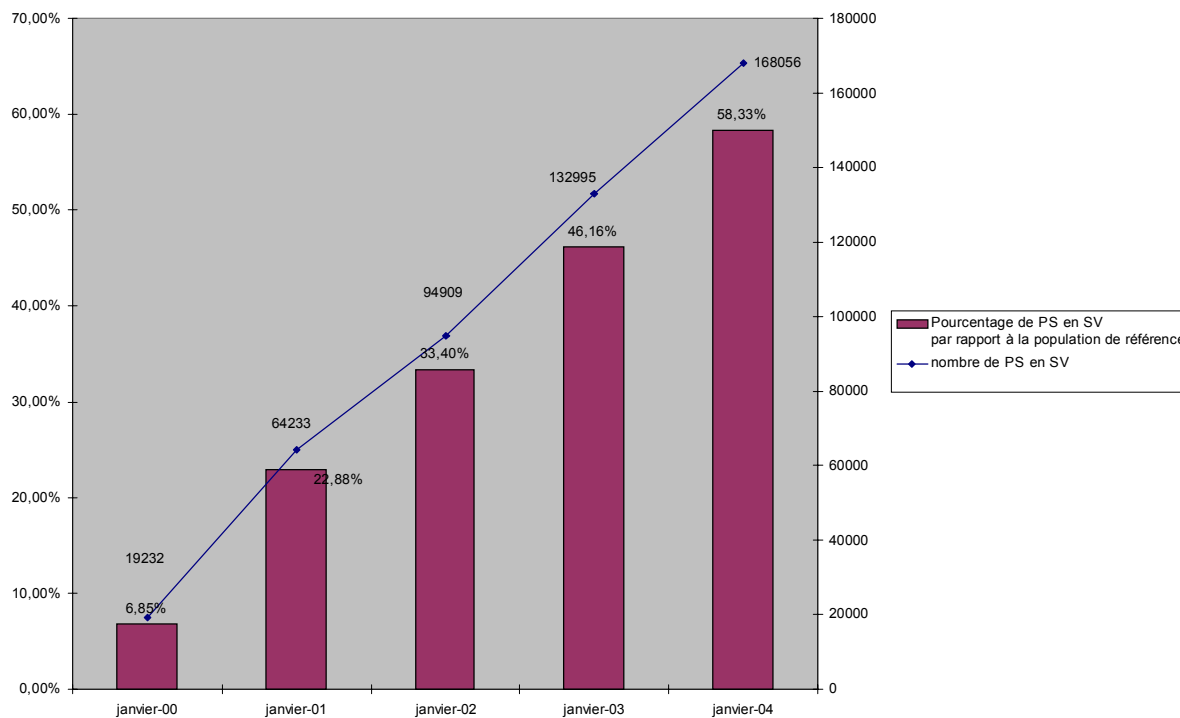
Plusieurs actions de fond ont été engagées pour redresser la situation et faire face à la croissance continue des volumes de feuilles de soins :

- Accélération du déploiement de SESAM-Vitale

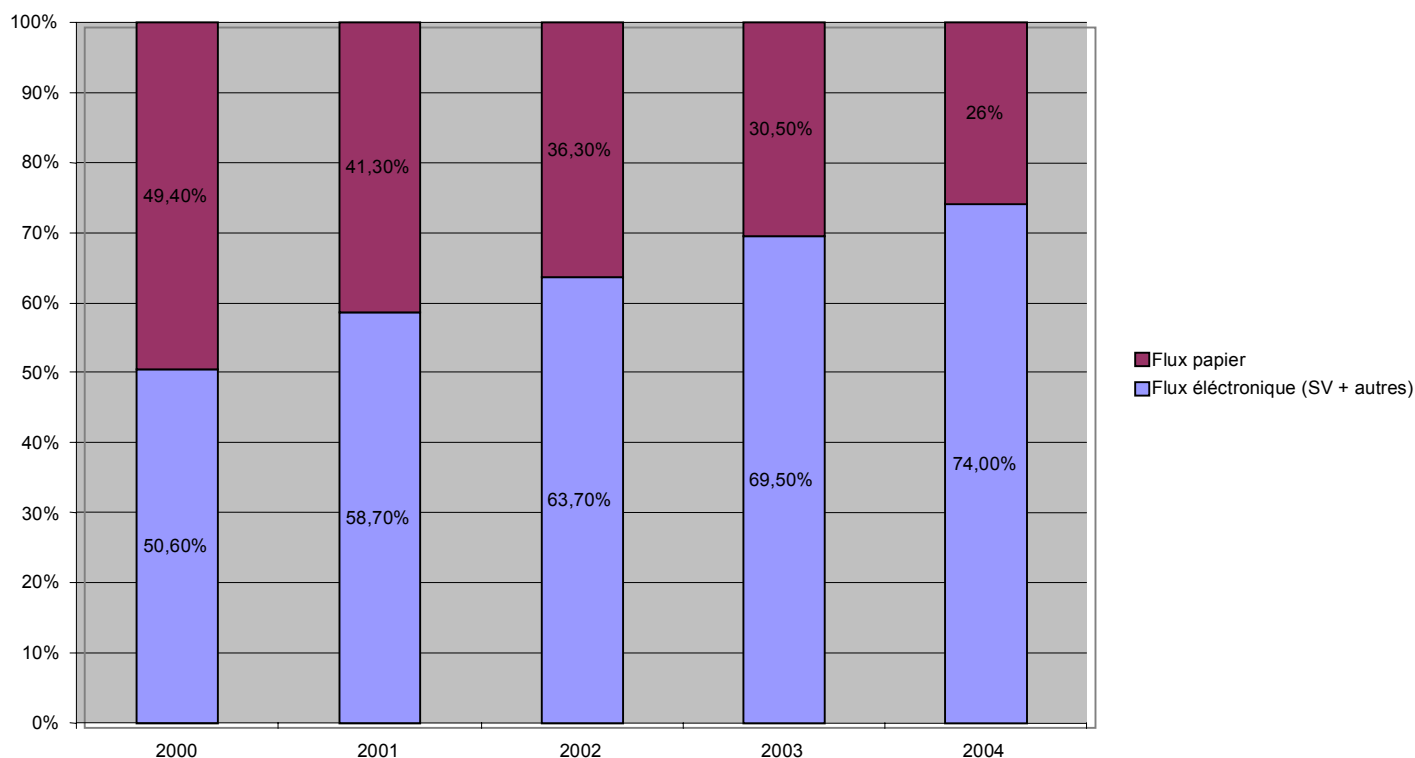
nombre de FSE rapporté au total de la production



nombre de Professionnels de santé en SESAM-Vitale

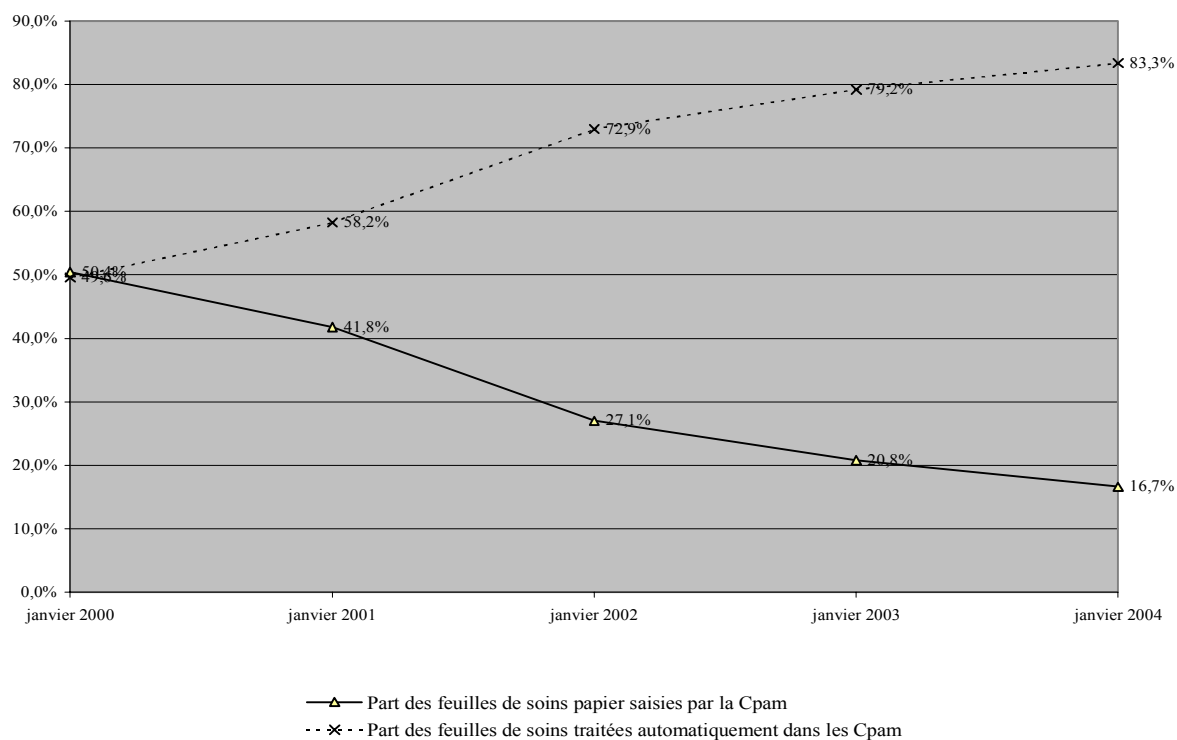


Structure de la production



- Développement de solution de traitement rapide des feuilles de soins papier par lecture automatique de données.

Ces techniques de traitement rapide, concernent aujourd'hui 44% des feuilles de soins traitées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Elles ont contribué à ramener le taux de saisie des feuilles de soins de 50% début 2000 à 17 % fin 2003.



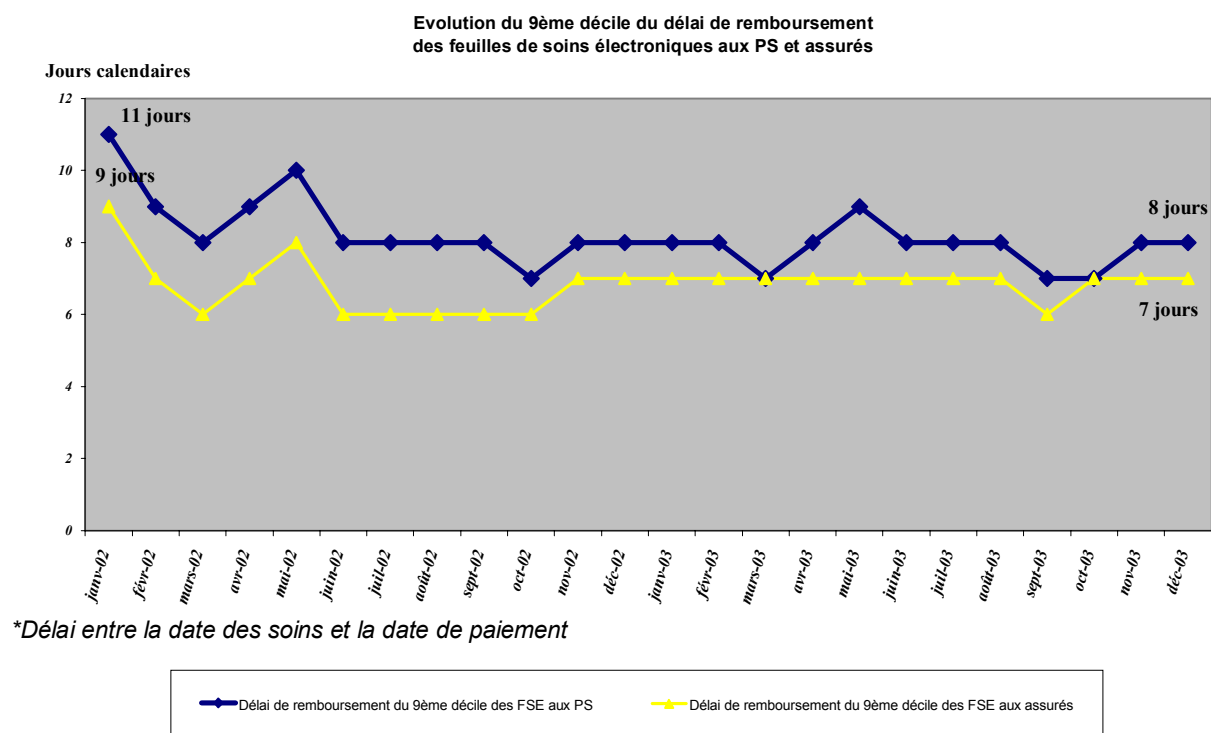
- Mise en œuvre, sur la base de référentiels, de changements d'organisation favorisant l'amélioration de la productivité ; Suivi et accompagnement des organismes en difficulté.

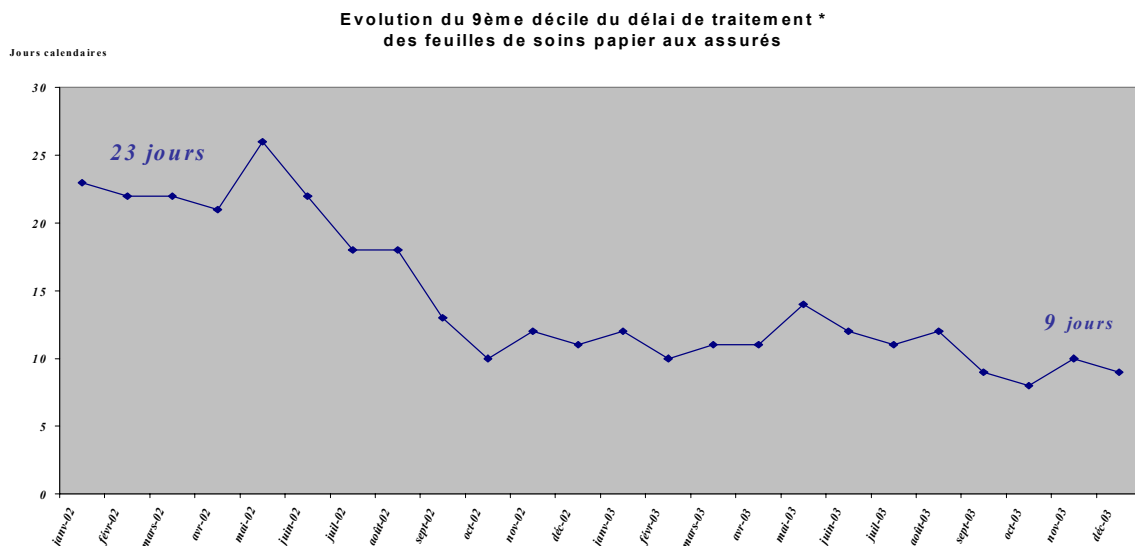
La mise en œuvre conjuguée de ces actions a permis de rétablir la qualité du service de base et de maîtriser les délais de traitement des prestations en nature dont les indicateurs de mesure sont communiqués mensuellement à la presse.

Initialement centrés sur la mesure des « soldes à la liquidation », c'est-à-dire le nombre de feuilles de soins en attente de traitement, ils sont aujourd'hui centrés sur la mesure de la réalité du service rendu, à savoir le délai dans lequel est opéré le remboursement à l'assuré ou au professionnel de santé

Les deux graphiques ci-dessous, respectivement consacrés aux feuilles de soins électroniques et aux feuilles de soins papier, illustrent l'amélioration des délais constatée courant 2002 et leur maintien depuis lors, à des niveaux qui sont désormais en phase avec les attentes des publics assurés et professionnels de santé.

Le délai indiqué est celui du « 9^{ème} décile » c'est-à-dire le délai dans lequel est opéré le remboursement de 90% des flux. Il restitue mieux la réalité du service rendu que ne le fait la moyenne et constitue donc le point d'appui des engagements de service de l'Assurance Maladie.





* délai entre la date d'arrivée à la CPAM et le paiement

LES CHIFFRES CLES

Chaque mois, les organismes d'Assurance Maladie traitent :

- 24 millions de feuilles de soins papier en moins de 11 jours,
- 70 millions de flux électroniques en moins d'une semaine.

Ces délais sont aujourd'hui stabilisés.

Soit par an, plus d'1 milliard de remboursements pour 49,6 millions de bénéficiaires et 119,7 milliards d'€ de prestations versées.

A.1.2 - Au service de la solidarité : développer et faciliter l'accès aux soins

Rembourser les soins, les prendre en charge, c'est permettre à chacun d'y accéder. L'Assurance Maladie mène aussi des actions particulières pour favoriser l'accès aux soins des populations les plus fragiles : populations en situation de précarité, personnes handicapées, personnes fragilisées par la maladie.

A.1.2.1 - Au service des personnes en situation de précarité

⇒ La CMU et la CMU-C

L'Assurance Maladie a mis en œuvre, au 1^{er} janvier 2000, dans des délais extrêmement courts, le dispositif de la Couverture Maladie Universelle qui a permis à toute personne, résidant régulièrement sur le territoire français, de bénéficier de droits à l'Assurance Maladie, quel que soit son niveau de ressources.

Sont ainsi couverts, au titre de la CMU de base (CMU-B), plus d'1,6 millions de bénéficiaires.

Par ailleurs, près de 4,3 millions de personnes bénéficient, sous condition de ressources, de la couverture complémentaire CMU (CMU-C). Elle leur permet de bénéficier du tiers –

payant, de la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier et de prise en charge majorée pour certains actes comme les prothèses dentaires ou les produits d'optique. En moyenne, 7,4% de la population française est protégée par la CMU-C.

Il existe de fortes variations régionales, cohérentes avec les autres indicateurs de pauvreté (source : rapport d'évaluation de la CMU, décembre 2003, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie). Les régions à forte densité de bénéficiaires (plus de 9%) sont la zone méditerranéenne, le Nord Pas de Calais, celles à faible densité (moins de 5%) sont l'Alsace, la Franche-Comté, les Pays de la Loire, la Bretagne. La densité de bénéficiaires dans la région Ile de France est de 16 %.

Environ la moitié des bénéficiaires de la CMU complémentaire est titulaire du RMI.

LES CHIFFRES CLES

7,4 % de la population, soit 4,3 millions de bénéficiaires de la CMU-C,
1,14 milliards € versés au titre de la CMU-C,
3,3 % des effectifs des CPAM soit, 2180 agents, sont affectés à la gestion de la CMU de base et complémentaire.
Les coûts de gestion annuels de la CMU base et complémentaire s'élèvent à 97 millions d'€

⇒ des aides à l'acquisition d'une couverture complémentaire maladie

L'Assurance Maladie intervient également, dans le cadre des fonds d'action sanitaire et sociale, pour aider des personnes à faible revenu mais qui ne peuvent bénéficier de la CMU-C, à acquérir une couverture complémentaire.

Créé en août 2002 (suite à un avenant de mars 2002 à la Convention d'Objectifs et de Gestion signée avec l'Etat), le dispositif a vocation à participer à l'acquisition de contrats de couverture complémentaire maladie pour les personnes dont les ressources n'excèdent pas de plus de 12,7 % le plafond ouvrant droit à la CMU-C, et d'en atténuer ainsi l'effet de seuil.

LES CHIFFRES CLES

Le dispositif national est opérationnel dans 68 CPAM.
7 431 personnes ont été aidées et 41 millions d'euros versés au titre des aides pour l'accès aux soins des populations en marge de la CMU complémentaire (paiement des cotisations ou des primes de contrats d'assurance complémentaire, aides financières ponctuelles dans le cadre du panier de biens et services et des tarifs CMU-complémentaire).

Au regard de la cible de bénéficiaires potentiels, telle qu'évaluée lors de la mise en place du dispositif (3 millions), le taux de couverture est donc très faible (0.25%). Le dispositif s'est révélé peu attractif du fait principalement d'un écart trop important entre le montant de l'aide et le tarif des contrats proposés. Il a été revu début 2004, sur la base des bilans et propositions opérés par la CNAMTS.

⇒ des aides financières individuelles

Destinées à prolonger le cadre strict des prestations légales et à compenser les difficultés liées à la maladie et au handicap, ces aides individuelles, versées sous conditions de ressources, relèvent des fonds d'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie.

LES CHIFFRES CLES

Le montant des aides financières individuelles s'est établi à 82,367 millions d'€
(chiffres 2002)

⇒ Les œuvres de l'Assurance Maladie

Pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis, l'Assurance Maladie a également développé une action sanitaire et sociale indirecte par la création et la gestion d'« œuvres », qui ont pris des formes diversifiées en fonction des besoins au plan local (centres médicaux de santé, centres de santé dentaire, services d'éducation sanitaire).

LES CHIFFRES CLES

50 œuvres relèvent de l'Action Sanitaire et Sociale :

- 31 centres de santé dentaire
- 7 centres de santé médicaux et infirmiers
- 5 centres de PMI
- 5 services d'éducation pour la santé
- 2 autres structures (laboratoire d'analyses et école de service social de la CRAMIF)

ce qui représente 728,43 postes ETP et 64 millions d'€ de charges de fonctionnement.
(chiffres 2002)

A.1.2.2 - Au service des personnes handicapées

L'Assurance Maladie aide au quotidien les personnes handicapées à trouver leur place dans la société.

Elle prend en charge leurs soins et participe au financement des structures œuvrant dans ce domaine (centres d'information et de conseils sur les aides techniques, dispositifs pour la vie autonome).

En cas de besoin, elle finance la présence d'une personne à domicile.

Elle rembourse les appareillages (fauteuils roulants, prothèses, chaussures orthopédiques), participe dans le cadre de ses fonds d'action sanitaire et sociale à la réalisation de travaux d'accessibilité et d'aménagements de domicile, et alloue des aides à la communication et aux transports.

La majorité des personnes aidées (73,86%) est âgée de 20 à 60 ans. 16,99 % ont plus de 60 ans et 9,15 %, moins de 20 ans. 62,67% ont des revenus mensuels inférieurs à 1 220 €.

Les crédits alloués concernent les aménagements de logement (19,20 %), les aides à la déambulation et au transport (20,35 %), les aides à la communication (14,38 %), la réinsertion professionnelle et scolaire (4,14 %), la prise en charge d'aides humaines (41,93 %).

L'Assurance Maladie peut également intervenir pour compenser la perte de salaire par des indemnités :

- pour un accident ou une maladie survenue hors travail, elle verse une pension de 30 à 50% du salaire annuel, si la capacité de travail est réduite des deux-tiers,

- pour un accident du travail ou une maladie professionnelle, elle verse une indemnité ou une rente si l'incapacité est supérieure à 10%. Elle propose des aides à l'insertion professionnelle.

Elle aide les parents d'enfants handicapés et leur verse une allocation de présence parentale de 4 à 12 mois.

LES CHIFFRES CLES

21 CICAT (centres d'information et de conseil sur les aides techniques) financés par les caisses pour un montant total de 1,150 million d'€ (26 % de leurs budgets de fonctionnement),
70 sites pour la vie autonome,
11 984 personnes ont bénéficié de prestations,
14,560 Millions d'€ ont été versés à ce titre,
soit un montant moyen de 1215 € par bénéficiaire.

A.1.2.3 - Au service des personnes fragilisées par la maladie

L'Assurance Maladie a développé des actions d'accompagnement visant au maintien à domicile des malades avec notamment :

- La prise en charge des prestations d'aides ménagères en faveur des personnes atteintes du VIH ou de maladies chroniques. A ce titre, 308 conventions ont été signées avec différentes associations de gardes malades à domicile et 48 associations ont bénéficié d'une subvention pour la formation de gardes malades à domicile.
- Le financement du dispositif pour le développement des soins palliatifs.

LES CHIFFRES CLES

- 878 assurés ont bénéficié d'une prise en charge d'heures de gardes malades, ce qui représente un volume 71 729 heures, soit en moyenne 82 heures par bénéficiaire,
- 1,580 million d'€ ont été versés au titre du développement des soins palliatifs.

A.1.3 - Au service de l'avenir : la prévention en assurance maladie et accidents du travail/maladies professionnelles

En 2003, l'Assurance Maladie a consacré 562 millions d'euros aux fonds de prévention soit :

- 290,7 millions d'euros pour le Fonds national de prévention et d'éducation pour la santé (FNPEIS) essentiellement consacrés à l'information du public et à l'expérimentation de nouveaux dispositifs de prévention.
- 283 millions d'euros pour le Fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNPATMP). Les actions d'information et de formation financées par ce fonds visent à améliorer la santé et la sécurité des salariés dans l'entreprise.

A. 1. 3.1 - Des programmes de prévention en appui des politiques de santé publique définies par l'Etat

Les modalités d'intervention propres à l'Assurance Maladie ont été définies en s'appuyant sur ses atouts :

- un réseau d'organismes d'Assurance Maladie qui permet d'avoir accès à la quasi totalité de la population et positionne ces derniers en interface avec les professionnels de santé et tous les acteurs de la prévention sur le terrain ;
- une expérience en matière de gestion de programmes que l'Assurance Maladie est habituée à déployer dans le ressort des caisses dès lors que ceux-ci concernent directement les assurés sociaux et supposent la mise en œuvre de prestations ou de services gratuits.

L'investissement du réseau de l'Assurance Maladie porte sur des programmes à visée thématique et collective, ainsi :

⇒ *les vaccinations : ROR et antigrippale* (17,5 millions d'euros)

84 % des enfants de moins de 2 ans (environ 1 million d'enfants) sont vaccinés gratuitement contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Une vaccination gratuite contre la grippe est proposée à 8 millions de personnes (65 ans et plus). La couverture des populations immunisées contre la grippe a progressé régulièrement au fil des années. Elle concerne aujourd'hui plus de 68 % des sujets âgés de 65 ans et plus.

⇒ *le programme national de prévention bucco-dentaire* (16 millions d'euros)

Créé en 1997, ce dispositif conventionnel s'adressait à l'origine aux adolescents de 15 à 17 ans et a été étendu en 2002 aux jeunes à partir de 13 ans afin d'inciter les familles à acquérir des comportements préventifs en matière de santé bucco-dentaire.

Il est basé sur la réalisation d'un bilan dentaire pris en charge à 100% par le FNPEIS, le ticket modérateur des soins consécutifs à ce dépistage étant également intégralement pris en charge sur les fonds d'action sanitaire et sociale.

Désormais, un bilan bucco-dentaire gratuit est proposé à plus de 4,5 millions d'adolescents (13-18 ans) chaque année.

Les premières analyses sociales et médicales réalisées confirment le bien fondé et la pertinence du bilan bucco-dentaire. Ce bilan a bien concerné en majorité des adolescents qui avaient un suivi dentaire incertain et présentaient un réel besoin de soins.

⇒ *le programme de dépistage organisé du cancer du sein* (15,2 millions d'euros)
(en sus du financement des mammographies de dépistage)

2003 a été l'année de la généralisation du dépistage du cancer du sein sur tout le territoire.

Les caisses d'Assurance Maladie financent à plus de 50% les structures de gestion de ces campagnes tant pour leur fonctionnement que pour leurs investissements. Un dépistage gratuit du cancer du sein est proposé, tous les 2 ans, à plus de 7 millions de femmes de 50 à 74 ans.

⇒ *le dépistage de pathologies lourdes* (7,2 millions d'€)

Des tests gratuits sont proposés systématiquement à tous les enfants à la naissance afin de dépister certaines maladies génétiques (phénylcétonurie, hypothyroïdie, hyperplasie des glandes surrénales, drépanocytose, mucoviscidose). Au total, 796 000 tests ont été réalisés en 2002, dont 374 000 tests au titre de la mucoviscidose.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a engagé, à titre expérimental, une action de dépistage précoce de la surdité chez l'enfant.

LES CHIFFRES CLES

- 290,7 millions d'€ consacrés à la prévention pour le risque maladie,
- 9 millions de personnes vaccinées gratuitement,
- 4,5 millions d'adolescents bénéficient d'un bilan bucco dentaire,
- 7 millions de femmes bénéficient d'un dépistage du cancer du sein,
- 800 000 enfants ont bénéficié d'un test de dépistage de maladies graves, à la naissance.

A.1.3.2 - Des actions de prévention dans le domaine des risques professionnels

En tant que gestionnaire de la branche AT/MP, l'Assurance Maladie 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 et de formation, peut attribuer des incitations financières aux entreprises et exerce une activité d'évaluation des risques, de conseil et de contrôle.

Les moyens d'action de la prévention des risques professionnels sont de trois ordres :

⇒ Moyens techniques

- la recherche, notamment les travaux réalisés par l'INRS,
- l'intégration de la prévention dès la conception des machines,
- l'enseignement de la prévention dans l'enseignement technique et les écoles d'ingénieurs.

⇒ Moyens réglementaires et contractuels

Les mesures de prévention à mettre en œuvre dans une profession peuvent faire l'objet de recommandations ou d'obligations définies par un texte officiel.

Les conventions nationales d'objectif signées avec les branches professionnelles et les contrats de prévention signés avec les entreprises créent le cadre des incitations à la prévention.

⇒ Moyens financiers

- les ristournes sur la cotisation pour les entreprises qui mènent des actions pertinentes de prévention,
- les cotisations supplémentaires pour celles qui n'appliquent pas les prescriptions de sécurité des Caisses Régionales d'Assurance Maladie ou des Caisses Générales de Sécurité Sociale,
- les avances ou subventions pour la mise en œuvre de mesures efficaces de sécurité, le plus souvent dans le cadre contractuel.

Au titre des actions de prévention menées auprès des entreprises, on peut citer pour exemple :

⇒ La prévention du risque routier

Les accidents de la route constituent la première source d'accidents mortels pour la branche AT/MP. Consciente de cet enjeu majeur pour la sécurité des salariés, la CNAMTS, a signé fin décembre 1999 avec la Délégation interministérielle à la sécurité routière une charte nationale de prévention des risques routiers en entreprise, et s'est attachée à promouvoir cette politique de prévention auprès des entreprises en signant des chartes avec comme objectifs d'informer et sensibiliser les salariés et leur permettre de s'approprier un code de bonnes pratiques axé sur la prévention du risque routier.

Plusieurs grandes entreprises ont déjà signé cette charte : Renault (juin 2003), Arval PHH, entreprise de location de véhicules (juin 2003), Axa (décembre 2003), Cofiroute (décembre 2003) et les Autoroutes du Sud de la France (fin janvier 2004). D'autres sont en cours de discussion.

⇒ Les campagnes "Outils plus sûrs"

Ces campagnes visent, dans le cadre d'une meilleure maîtrise des risques professionnels, à promouvoir l'utilisation d'outils plus sûrs dans plusieurs secteurs :

- Le BTP, pour accompagner les mesures de prévention contre les risques provoquant les maladies professionnelles les plus fréquentes dans le secteur de la construction, en particulier, l'exposition à l'amiante,
- La boulangerie pâtisserie artisanale, pour prévenir les asthmes chez les boulangers,
- La boucherie, avec comme objectif de diminuer la manutention manuelle des carcasses et quartiers de viande et promouvoir la mise en place de moyens mécanisés.

LES CHIFFRES CLES

2 millions d'employeurs cotisant à l'assurance AT/MP emploient 18 millions de salariés.

1,6 million de maladies professionnelles ou accidents du travail surviennent chaque année :

- la moitié conduit à un arrêt de travail,
- 1700 sont mortels parmi lesquels plus de 60 % sont des accidents de la route.

5,4% des victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles conservent des séquelles corporelles.

40 millions d'euros sont attribués à 1100 entreprises au titre des contrats de prévention.

A.1.3.3 - Les centres d'examens de santé : des structures de l'Assurance Maladie au service de la prévention

Les centres d'examens de santé réalisent des examens périodiques de santé, et développent par ailleurs des programmes de recherche et d'évaluation. Ces programmes visent une meilleure connaissance des risques professionnels, la prévention des incapacités et des dépendances liées au vieillissement, des actions d'accompagnement pour les populations précaires.

L'Assurance Maladie gère 94 Centres d'examens de Santé qui offrent gratuitement un examen de santé à tous les assurés sociaux et plus particulièrement aux publics en situation de précarité (chômeur, bénéficiaires du RMI, 16-25 ans en insertion).

Ils participent activement aux actions menées dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et des programmes régionaux de santé (PRS).

LES CHIFFRES CLES

94 centres d'examens de santé :

- ont dispensé 615 000 examens périodiques de santé,
- pour un coût de fonctionnement de 141 millions d'euros.

A.1.4 - Au service de l'efficacité du système de soins : des outils et des actions pour améliorer la pertinence de la dépense

L'action de l'Assurance Maladie en faveur de la qualité des soins, rapportée à la pertinence de la dépense, s'est considérablement renforcée et diversifiée au cours des dernières années notamment par :

- la promotion des bonnes pratiques au regard de référentiels médicaux dont l'analyse est effectuée dans le cadre du rapport sur l'exécution de l'ONDAM,
- la mise en place de nouveaux outils conventionnels sanctionnant positivement la qualité de la pratique professionnelle au regard de ces mêmes référentiels médicaux,
- le financement de la formation professionnelle continue des professionnels de santé,
- la conduite d'actions contributives à une meilleure organisation du système de soins,
- le renforcement et l'optimisation des contrôles.

A.1.4.1 - De nouveaux outils contractuels avec les Professionnels de Santé

L'optimisation des pratiques professionnelles est un des domaines où l'articulation des responsabilités des acteurs doit être mise en évidence et renforcée.

Aujourd'hui, plus de 252 000 professionnels de santé sont conventionnés avec l'Assurance Maladie. Ces conventions ont un double objectif :

- déterminer les prix des actes, les conditions d'exercice, les modalités de la télétransmission des feuilles de soins et de la dispense d'avance de frais pour certains assurés
- garantir une même qualité des soins à l'ensemble des assurés sociaux.

En plus de ce dispositif général, l'article L. 162-14-1 du Code de la Sécurité Sociale, issu de la loi du 2 mars 2002, indique que certains engagements collectifs et individuels portant sur l'évolution de l'activité des professionnels de santé peuvent être définis dans le cadre conventionnel.

Ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins (AcBus) pour les engagements collectifs, de contrats de bonne pratique (CBP), contrats de pratique professionnelle (CPP) et Contrats de Santé Publique (CSP), pour les engagements individuels.

Ces différents outils permettent une meilleure prise en charge de la santé des patients et traduisent la responsabilité partagée des professionnels de santé, des caisses et des patients. Ils contribuent à diversifier le mode de rémunération des professionnels en vue de mieux organiser le système de soins autour des besoins des patients.

En 2003, des accords de ce type ont été signés pour toutes les professions : médecins, infirmiers, orthoptistes, orthophonistes, transporteurs, biologistes, dentistes, sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes.

Afin de développer ces nouveaux outils conventionnels essentiels pour une régulation médicalisée des dépenses, l'Assurance Maladie a mis en place un dispositif spécifique d'accompagnement. Il repose notamment sur un panel d'actions (visites au cabinet du professionnel de santé...) conduites par des agents des caisses dont l'activité est centrée sur la relation individuelle avec les professionnels de santé. Ces Délégués de l'Assurance Maladie, dont l'activité est progressivement montée en charge sur le deuxième semestre 2003, sont actuellement au nombre de 850.

LES CHIFFRES CLES

- 850 délégués de l'Assurance Maladie,
- 13 ACBUS en cours,
- 15 contrats proposés (7 CBP, 3 CSP, 5 CPP).

A.1.4.2 - Le financement de la formation professionnelle continue des professionnels de santé

En 2003, l'Assurance Maladie a versé 21,6 millions d'euros au titre des actions de formation professionnelle continue conventionnelle des professionnels de santé. Ces derniers perçoivent par ailleurs une indemnisation pour perte de ressources ; celle-ci s'est élevée à 12,8 millions d'euros pour les médecins en 2003.

LES CHIFFRES CLES

21,6 Millions d'€ versés pour les actions de formation des professionnels de santé

Professionnels de santé	Participants à une action de FMC en 2003	% sur le total par catégorie
Orthoptistes	610	45,15
Orthophonistes	1414	14,37
Infirmiers	4665	10,28
Sages-femmes	329	21,67
Masseurs kinésithérapeutes	954	2,58
Médecins généralistes	9547	17,35

A.1.4.3 - Des actions contribuant à l'amélioration du système de soins

Pour 2003, deux actions essentielles peuvent être citées dans ce domaine comme caractéristiques de l'action de l'Assurance Maladie : la contribution à la permanence des soins, la promotion et le financement des réseaux de soins.

A ce titre, l'Assurance Maladie a notamment :

- indemnisé des astreintes des médecins de garde pour un montant total de 44 millions d'euros,
- financé 24 nouveaux projets de participation des généralistes aux expérimentations de régulation téléphonique par le versement de 7 millions d'euros,
- favorisé dans le cadre du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville le lancement de 38 expérimentations de maisons médicales de garde pour un versement de 5 millions d'euros,
- financé 175 réseaux de soins dans le cadre d'une dotation nationale pour le développement des réseaux de 46 millions d'€ (dont 70 % ont été attribués), portant sur les soins palliatifs et la douleur, la cancérologie, la diabétologie, la périnatalité et la gériatrie.

LES CHIFFRES CLES

- 60 millions d'€ versés pour des dispositifs de permanence de soins,
- 46 millions d'€ consacrés au développement de réseaux de soins.

A.1.4.4 - Des actions d'analyse et de contrôle optimisés

La mission de l'Assurance Maladie est de renforcer la qualité et la pertinence des soins dont bénéficient les assurés sociaux.

Elle procède à ce titre à des analyses sur les pratiques médicales collectives abordées à travers soit des groupes de professionnels (disciplines, spécialités...) soit des prises en charge de pathologies, soit des prestations.

Ces analyses comparent toujours l'activité des professionnels de santé à des référentiels médicaux ou réglementaires.

Ainsi des progrès ont été constatés dans la prise en charge de certaines populations (personnes diabétiques, hypertendus, toxicomanes...) ou de certaines pathologies (infarctus aigu du myocarde, chirurgie de la cataracte...).

Ces opérations d'envergure nationale conduisent les médecins conseils à rencontrer en grand nombre, et à leurs cabinets, les médecins libéraux (22 940 pour le diabète et 17 317 pour l'HTA).

Des actions individuelles sont également conduites en direction des assurés sociaux et des professionnels de santé pour contrôler la qualité et la pertinence des soins.

Ces contrôles ciblés ont porté sur :

- des pratiques professionnelles atypiques des professionnels de santé,

- des assurés sociaux dont la consommation de soins est particulièrement forte en l'absence de pathologie grave déclarée,
- des types de prescription dont l'évolution pose question (médicament, acte de biologie, acte médical, prescription d'arrêt de travail...),
- des prescriptions donnant lieu à des contrôles systématiques.

Ces contrôles, réorientés sur les pratiques particulièrement déviantes, sont désormais organisés dans le cadre de plans de contrôle ciblés.

Le bilan est positif puisque 435 actions contentieuses visant des professionnels de santé ont été initiées en 2002. En 2003, ce plan s'est poursuivi avec pour objectif de porter les contrôles à 1% des professionnels de santé et à 1/100 000 des bénéficiaires de l'Assurance Maladie.

A.2 - L'Assurance Maladie : un réseau de proximité dense, des services d'expertise

L'action de l'Assurance Maladie prend appui sur un réseau d'organisme dense, disposant d'expertises de haut niveau

A.2.1 - Un réseau dense au service de la proximité

A.2.1.1 - Près de 200 structures pour 5 types d'organismes à responsabilité territoriale

Le réseau de l'Assurance Maladie, dont la CNAMTS assure le pilotage et la coordination, est constitué de :

⇒ 128 Caisses Primaires d'Assurance Maladie :

Avec 67 850 salariés, les CPAM sont les organismes les plus importants et les mieux connus du réseau de l'Assurance Maladie. Premier niveau territorial (leur circonscription est le plus souvent départementale), elles ont en charge la relation de service de proximité avec les différents publics. Elles payent les prestations de maladie, maternité, invalidité, décès, et accident du travail, instruisent les déclarations d'accident du travail ou de maladies professionnelles et assurent l'indemnisation des victimes. Elles déclinent la politique de régulation et de promotion de la santé définie au niveau régional.

⇒ 16 Caisses Régionales d'Assurance Maladie

Les CRAM emploient 8 800 salariés affectés à l'Assurance Maladie, dont plus de 40% au titre de la branche AT/MP et 7230 salariés relevant du service administratif du Service Médical.

Elles ont en charge la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Elles agissent dans le secteur de l'hospitalisation en participant aux travaux des Agences Régionales d'Hospitalisation. Elles assurent également la gestion du service social régional. Les CRAM interviennent également dans le domaine de la retraite, en assurant pour le compte de la CNAV, le versement des pensions de retraites et la gestion de l'assurance veuvage.

⇒ **4 Caisses Générales de Sécurité Sociale**

Dans les 4 départements d'outre mer, les 3 390 salariés des Caisses Générales de Sécurité Sociale assument simultanément les missions des CPAM, des CRAM et des URCAM, mais aussi des URSSAF et des caisses de MSA. Elles gèrent à ce titre le recouvrement des cotisations sociales et le traitement des retraites.

⇒ **22 Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie**

Avec leurs 270 agents, les URCAM, organisées sur le territoire de la région administrative, regroupent les trois principaux régimes d'Assurance Maladie pour définir une politique commune de gestion du risque au niveau régional, notamment dans le domaine des soins de ville, et veiller à sa mise en œuvre. Elles coordonnent aussi les actions de prévention des caisses, du Service médical et des autres régimes, notamment du régime agricole et des indépendants. Elles mènent des études avec les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) sur l'organisation du système de soins, et collaborent avec les Agences Régionales d'Hospitalisation.

⇒ **13 Unions pour la Gestion des Etablissements de Caisses d'Assurance Maladie**

Créées au 01.01.1996, les UGECAM (13 470 salariés) assurent la gestion des 156 établissements sanitaires (essentiellement des établissements de soins de suite et de réadaptation) et médico-sociaux (la moitié sont des établissements pour l'enfance inadaptée) de l'Assurance Maladie. Ces établissements disposent au total de 15 000 lits. Très présents dans le domaine de la réadaptation fonctionnelle et de la réinsertion professionnelle, ils constituent un outil d'expérimentation et d'exemplarité pour l'Assurance Maladie.

⇒ **9 Centres de Traitement Informatique** : issus d'une récente restructuration, avec 1 060 agents, ils prennent en charge les opérations informatiques de masse pour le compte du réseau (traitements, éditions des relevés de prestations).

L'ensemble du réseau des organismes propose aujourd'hui aux assurés, aux professionnels de santé et aux employeurs 5500 points d'accueil sur tout le territoire, ainsi qu'un accueil téléphonique professionnalisé.

⇒ **la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés** avec 1480 salariés et 2750 praticiens conseils du Service Médical National (cf. & A.2.2.2) définit et conduit la politique de l'Assurance Maladie pour ses deux branches (Maladie et Risques Professionnels) et assure l'animation du réseau d'organismes.

LES CHIFFRES CLES

Les dépenses de gestion : 5,955 milliards d'€

- les dépenses de fonctionnement : 5,670 milliards d'€
 - . dont 4,064 milliards d'€ de frais de personnel (68 % du total)
 - . 39 millions d'€ de dépenses informatiques
- les dépenses d'investissements : 285 millions d'€
 - . dont 185 millions d'investissements informatiques
 - . 41 millions d'investissements immobiliers

Les effectifs : 106 300 salariés

- dont :
 - . 67 850 dans les CPAM (63,83 % des effectifs de l'Assurance Maladie)
 - . 13 470 dans les UGECAM (12,67 % des effectifs de l'Assurance Maladie)
 - . 9 990 salariés du service médical (9,41 % des effectifs de l'Assurance Maladie)

L'activité :

- 49,6 millions de bénéficiaires, soit près de 85 % de la population,
- une progression annuelle de l'activité de 5 % depuis 2000,
- plus d'1 milliard de remboursements,
- 15,4 millions de communications téléphoniques reçues par an sur les Plates-formes de Services,
- 1,6 million de déclarations d'accidents du travail ou maladies professionnelles traitées
- 27.000 contrôles ou analyses de l'offre de soins réalisés par le Service Médical.

A.2.1.2 - La démarche de reconfiguration du réseau : une nouvelle approche territoriale de l'action de l'Assurance Maladie

Le 23 octobre 2001, le conseil d'administration de la CNAMTS a retenu, comme l'un de ses axes de travail, le lancement d'une réflexion sur un renforcement de la cohérence du réseau de l'Assurance Maladie.

La démarche de reconfiguration a été engagée en avril 2002. Elle a pour objectif d'assurer une optimisation du fonctionnement des différents organismes du réseau (CPAM, CRAM, URCAM, DRSM notamment) sur chacune des trois missions (service, régulation de la dépense maladie, gestion du risque professionnel) en précisant notamment l'articulation entre les missions locales (CPAM) et celles exercées au niveau de la région (coordination, programmation, harmonisation des pratiques, organisation de la mutualisation...) dans le cadre du pilotage national.

Elle vise à améliorer la performance globale du réseau, en précisant les schémas d'organisation et en clarifiant les responsabilités, les compétences et les rôles des niveaux national, régional et local.

Les principes directeurs de cette démarche reposent sur :

⇒ Une clarification des responsabilités

La reconfiguration porte sur l'articulation des différentes fonctions, et des trois niveaux du réseau de l'Assurance Maladie.

- Le niveau national chargé de la définition de la stratégie, de la politique générale et des objectifs. En développant ses fonctions de pilotage et d'appui au réseau, il est garant de l'homogénéité des actions menées sur tout le territoire.
- Le niveau régional a une fonction de coordination, d'adaptation des politiques nationales, de développement de pôles d'expertise et d'organisation de la mutualisation.
- Le niveau local exerce une fonction de pivot et de point d'appui de la relation individuelle avec tous les publics de l'Assurance Maladie - assurés, entreprises et professionnels de santé- sur l'ensemble de ses missions.

⇒ Une nouvelle répartition des rôles selon les missions :

- La régulation : la politique de l'Assurance Maladie est conduite au niveau régional (sur les champs de l'hospitalier et de l'ambulatoire) dans le cadre des orientations arrêtées au niveau national, dans la cohérence de l'inter-régimes.

Le niveau régional assure la concertation, le pilotage et la coordination des actions des caisses. Le niveau local, associé à la définition de la politique régionale, est l'opérateur de proximité pour la mise en œuvre de la gestion du risque, le maître d'œuvre de la régulation sur l'ambulatoire.

Cette nouvelle articulation des responsabilités a été mise en œuvre dans plusieurs domaines, comme l'illustre la coordination des actions des organismes dans le cadre de la déclinaison de l'accord de bon usage des soins sur la visite, ou des démarches visant au respect des accords tarifaires conventionnels...

La création en 2003 des Comités de liaison permanents regroupant les structures régionales de l'Assurance Maladie (URCAM, CRAM, Directions régionales du Service Médical) pour une gestion mieux coordonnée de la régulation de la dépense est caractéristique de cette nouvelle orientation.

- La politique de service : dans le cadre d'une stratégie nationale, une offre de service identique est assurée sur tout le territoire, et délivrée par un réseau d'accueil de proximité, sur la base de standards de référence homogènes.

Un pilotage régional doit garantir un service efficace, permanent dans sa qualité, et perceptible par les publics.

- La gestion du risque professionnel : dans le cadre de la politique générale définie par le niveau national, le niveau régional garantit l'égalité de traitement, sur les plans administratif et médical, par le développement de l'expertise et des compétences techniques de tous les acteurs, et l'harmonisation de l'interprétation de la législation.

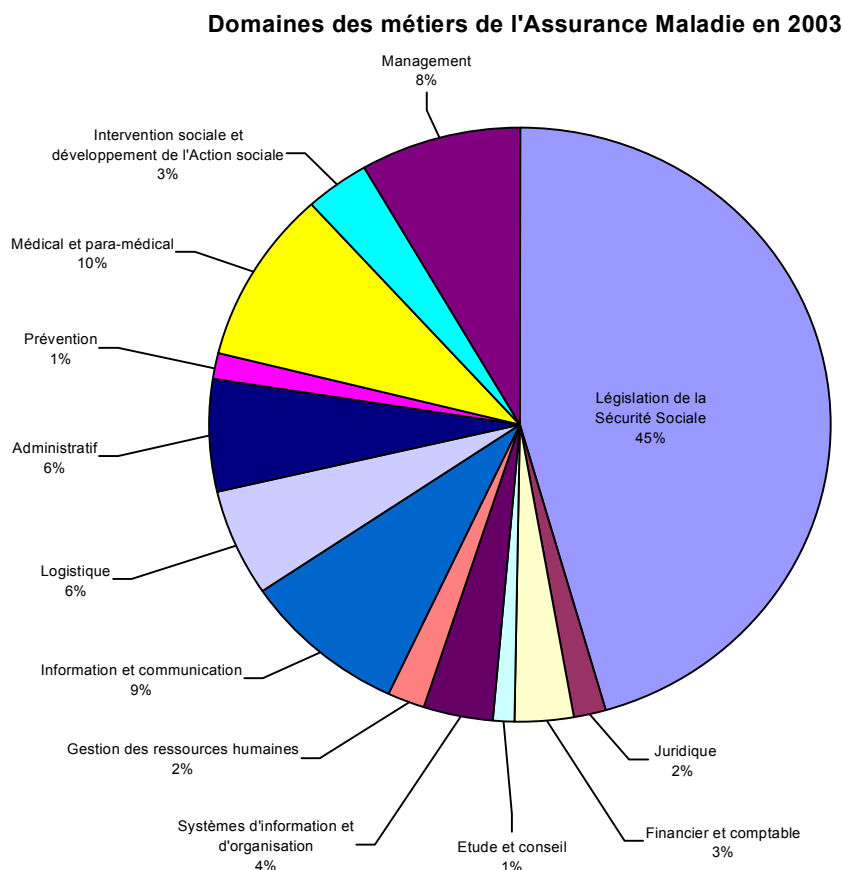
Le niveau local gère la relation avec les assurés sociaux -pour leur prise en charge administrative et médicale, et pour le service des prestations- et avec les entreprises.

La démarche de reconfiguration du réseau est entrée en 2003 dans sa phase opérationnelle avec le lancement de six actions pilote régionales, portant sur les trois missions : deux actions pilote sur le service en Auvergne et Midi-Pyrénées, trois actions pilote sur la régulation dans le Nord-Pas-de-Calais, en Bretagne, et en Bourgogne, et une action pilote sur la gestion du risque professionnel est menée en Lorraine.

Chacune de ces régions pilote présentera au cours du 1^{er} semestre 2004 un schéma d'organisation, des process de pilotage optimisant le fonctionnement global du réseau, et répondant au besoin d'amélioration de la performance collective. Après une période d'expérimentation, ces schémas d'organisation seront progressivement déployés à l'ensemble du réseau, à partir de janvier 2005.

A 2.2 - Des services d'expertise

A.2.2.1 - La diversité des métiers



Le graphique ci-dessus reflète la diversité des métiers qui contribue à l'activité quotidienne de l'Assurance Maladie.

La famille professionnelle « législation de la sécurité sociale », la plus nombreuse, regroupe l'ensemble des techniciens formés à la réglementation de l'Assurance Maladie et/ou des Accidents du Travail/Maladies Professionnelles. C'est l'expertise de base de l'Assurance Maladie sur laquelle elle repose au quotidien.

A.2.2.2 - Trois expertises particulières

L'Assurance Maladie a développé des expertises dans le domaine du contrôle médical, de l'accompagnement social des personnes malades et de la prévention du risque professionnel qui lui sont en grande partie spécifiques. Sur ces expertises, pour lesquelles elle dispose d'un champ de compétence particulier, elle mobilise au total 13 920 collaborateurs.

⇒ Le Service Médical

Le Service médical de l'Assurance Maladie constitue un service national, placé sous l'autorité du directeur de la Caisse nationale.

Ses directions régionales et ses échelons locaux sont déployés, en stricte coïncidence avec les ressorts territoriaux des CRAM et des CPAM.

Il compte 9 990 salariés dont 2750 praticiens conseils et 7240 personnels administratifs.

Le Service médical :

- conseille les assurés et les professionnels de santé sur la réglementation médico-sociale (prise en charge à 100%, invalidité, accidents du travail...) et sur le bon usage des soins (diabète, hypertension artérielle,...) ;
- analyse et contrôle les demandes de prestations des patients et les activités des professionnels et établissements de santé ;
- réalise des études et accompagne les professionnels de santé pour l'amélioration de la prise en charge des malades atteints d'affections chroniques et/ou graves ;
- participe aux travaux menés par les ARH et dans le domaine médico-social.

L'approche, par le Service Médical, de l'activité des professionnels de santé et des établissements a porté en 2003 sur :

- l'audit des pratiques médicales (certaines pratiques chirurgicales par exemple, comme l'hystérectomie),
- l'information des médecins sur les recommandations spécifiques (sur les bonnes pratiques de prise en charge du diabète par exemple),
- le contrôle des pratiques médicales dangereuses (par exemple le risque d'interaction entre médicaments...),
- la réorganisation de l'offre en établissement (hôpitaux, cliniques, établissements médicaux-sociaux...).

LES CHIFFRES CLES

Les 2750 praticiens conseils (médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes) ont réalisé :

- 12 795 contrôles sur l'activité des professionnels de santé
- 14 052 analyses de structure
- 17 265 échanges confraternels

Ils ont émis :

4 millions d'avis individuels sur prestations, tous risques confondus (par exemple : arrêts maladie de longue durée, demande de pensions d'invalidité, de rentes d'AT-MP...), ce qui représente 49 % de leur temps d'activité.

Le coût de fonctionnement du service médical est de 632 millions d'€ (FNCM).

⇒ Le Service Social

Il a accompagné ou conseillé, individuellement ou collectivement, près de 450 000 assurés et ayants droit, dont 141 000 pour une question liée à la CMU-C.

L'importance de l'intervention du Service Social est attestée par les réponses à l'enquête de satisfaction de ses usagers : 80% d'entre eux ne sont pas en contact avec un autre service social et 75% vivent de transferts sociaux.

Le Service Social compte 2 926 professionnels dont 1 718 assistants sociaux.

Il intervient notamment dans trois domaines d'action :

- l'accès aux soins et le droit à la santé des personnes en situation de précarité ou fragilisées par la maladie, le handicap, l'accident (63 % des actions 2003),
- la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés (12 % des actions 2003),
- la prévention et le traitement de la perte d'autonomie des personnes malades âgées et/ou handicapées (25 % des actions 2003).

Ses modes d'intervention se répartissent comme suit en 2003 :

- évaluation, conseil : 25%,
- évaluation, intervention : 44%,
- accompagnement social : 31%.

LES CHIFFRES CLES :

1 718 assistants sociaux,

1 804 points fixes d'accueil des personnes en difficulté,

450 000 bénéficiaires d'une intervention sociale d'aide directe, individuelle ou collective.

Le coût de fonctionnement du service social est de 201 millions d'€ (chiffres 2002)

⇒ La prévention du risque professionnel

Les ingénieurs conseil et les contrôleurs de sécurité des services prévention des CRAM sont recrutés avec une expérience professionnelle de respectivement 5 ans et 3 ans en entreprise. Agréés par la CNAMTS, ils prêtent serment auprès du tribunal d'instance pour le respect des secrets de fabrication et des procédures et résultats d'exploitation dont ils pourraient avoir connaissance au cours de leurs missions.

Les professionnels de la prévention du Risque Professionnel sont 783 (269 ingénieurs conseils, 514 contrôleurs sécurité) et exercent une activité d'abord auprès des entreprises et aussi dans l'environnement de ces dernières en direction des partenaires sociaux, du réseau prévention et des autres acteurs de la prévention (les médecins du travail, l'ANACT, l'OPPBTP ...), pour développer la connaissance et la prise en compte des facteurs de risque et pour participer à l'amélioration des conditions de travail. Des actions sont également engagées en lien avec le secteur de l'enseignement et de la formation professionnelle, ou dans le cadre de travaux de normalisation, au niveau européen notamment.

Dans leurs missions, ils bénéficient de l'appui scientifique et technique de l'Institut National de Recherche et de Sécurité, placé sous l'égide de la CNAMTS, et financé par la branche des AT/MP.

Ils peuvent s'appuyer également sur les laboratoires régionaux et inter régionaux de chimie et de mesures physiques, gérés par les CRAM, dont la vocation est de mesurer, analyser les risques et les nuisances chimiques ou physiques, et préconiser des améliorations. Ce sont également des ingénieurs conseils et des contrôleurs de sécurité qui exercent dans ces laboratoires.

Pour les années 2004/2007 quatre thèmes communs mobilisateurs s'inscrivant dans l'environnement santé publique/santé au travail ont été retenus pour des actions nationales engageant les CRAM et la CNAMTS :

- les cancers professionnels,
- les troubles musculo – squelettiques,
- le risque routier,
- l'offre de formation.

LES CHIFFRES CLES 2003

- 783 professionnels : 269 Ingénieurs Conseils, 514 Contrôleurs Sécurité,
- 1 100 entreprises bénéficiaires d'un contrat de prévention,
- 127,8 millions d'€ de dépenses de fonctionnement (chiffres 2002)

B- Accroître la modernité de sa gestion, un enjeu pour le service public de l'Assurance Maladie
--

B1 – Une entreprise de service public au service de ses publics

B.1.1- Une stratégie de service déclinée dans une offre de service nationale

Au mois d'avril 2003, le conseil de la Caisse Nationale a adopté la stratégie de services de l'Assurance Maladie.

Elle se situe dans la continuité de la démarche amorcée depuis l'année 2000, pour passer du service rendu, vision traditionnelle des services publics, au service attendu, fondé sur une écoute des attentes des publics.

Fondée sur une étude préalable approfondie de ces dernières, la stratégie de services de l'Assurance Maladie se décline sur 4 champs prioritaires :

- Garantir un service de base irréprochable dans le temps et sur tout le territoire : délais de règlement, réduction des sources de non-qualité, développement des services en "temps réel" ;
- Développer des services facilitateurs au standard du monde contemporain : renforcement des services "en ligne", développement des télé-services, réorganisation du réseau des agences d'accueil ;
- Créer une offre spécifique de "services santé" en renfort des actions de régulation de l'Assurance Maladie : information sur l'offre de soins, services "pro-actifs" en renfort des actions de prévention, services d'accompagnement des personnes en situation de santé fragilisée ;
- Proposer une nouvelle offre de services attentionnés.

Au cours de la période 2000-2003, le niveau des services offerts a considérablement été amélioré, tant sur le service de base que sur l'accessibilité :

Résultats	2 000	2 001	2 002	2 003
Délais en jours calendaires pour 90 % des usagers				
- Paiement des prestations en nature, aux assurés (feuilles de soins papier)	42	19	11	9
- Paiement des prestations en nature, aux assurés (feuilles de soins électronique)	7	7	7	7
- Paiement aux professionnels de santé (FSE)	6	6	5	5
- Paiement de la 1 ^{ère} indemnité journalière aux assurés	66	80	73	66
- Réponse aux demandes des assurés	19	19	12	7
- Traitement des demandes de CMU complémentaire	25,5	30	13	10
Temps d'attente (taux d'usagers concernés)				
- au téléphone inférieur ou égal à 30 sec.	81,7%	81,5%	84,0%	89,4%
- à l'accueil inférieur ou égal à 20 minutes	77,8%	76,0%	86,9%	94,4%

B.1.2 - Une stratégie de service s'appuyant sur des outils modernes

B.1.2.1- Le support d'un service de base de qualité : le développement de SESAM-Vitale

Les échanges de données informatisées avec les professionnels de santé, dont la forme la plus connue est la feuille de soins électronique, permettent d'atteindre plusieurs objectifs majeurs pour l'Assurance Maladie :

- la simplification considérable des démarches pour les assurés sociaux, et les professionnels de santé : plus de remplissage ni d'envoi des feuilles de soins,
- l'amélioration de la qualité du service : le délai de remboursement à partir de la date des soins est plus court et plus régulier,
- l'amélioration de la qualité des informations traitées : elle est rendue possible par l'absence de ressaisie de l'information, et par l'enrichissement de son contenu, en particulier avec la mise en œuvre du codage, effectif pour les actes de pharmacie et de biologie à ce jour,
- l'amélioration de la productivité, puisque la double saisie, à la source chez le professionnel de santé et dans la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, est supprimée

⇒ La diffusion des cartes Vitale

Pour permettre au plus grand nombre de bénéficier de ce service, l'Assurance Maladie a diffusé les cartes Vitale en deux vagues successives, la première en 1998, la seconde, intervenue en 2001, concernant les ayants-droit de plus de 16 ans.

A fin décembre 2003, 35 988 153 cartes Vitale avaient été diffusées.

La carte Vitale génère beaucoup de satisfaction chez les utilisateurs :

98% des assurés sont satisfaits ou très satisfaits de la simplicité d'utilisation de la carte Vitale¹.

89% des professionnels de santé sont satisfaits ou très satisfaits de la facilité d'utilisation au quotidien de Vitale².

⇒ L'indemnisation des professionnels de santé

Des indemnisations sont versées aux professionnels de santé, au titre de la télétransmission des feuilles de soins. Elles se sont élevées en 2003 à 65 millions d'€ et recouvrent :

- le financement pour le démarrage et l'acquisition de portable pour les infirmières,
- l'indemnisation des flux pour les médecins, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et orthophonistes,

¹ Source: enquête nationale de satisfaction assurés réalisée par la CNAMTS au mois d'octobre 2003

² Source: Enquête nationale de satisfaction professionnels de santé réalisée par la CNAMTS au mois de mai 2003.

- l'aide à la maintenance pour les médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sages femmes et orthophonistes.

Par comparaison, l'aide versée au titre de l'année 2001 s'élevait à 20 millions d'euros.

⇒ Les évolutions majeures de SESAM-Vitale

L'importance prise par les échanges de données informatisées avec les professionnels de santé a conduit les responsables du programme SESAM-Vitale à engager durant la période 2000-2003, quatre évolutions majeures :

- Développer une nouvelle version de SESAM-Vitale pour permettre aux organismes complémentaires d'en bénéficier, et permettre la prise en compte de la CCAM. Les spécifications de la version correspondante dite 1.40 sont à la disposition des éditeurs de logiciels depuis mai 2003.
- En application d'orientations du Conseil de Surveillance³ du 10 juillet 2002, engager les travaux nécessaires à la migration des échanges vers un système dit Vitale en ligne (accès à des serveurs gérant les droits des bénéficiaires), et SESAM en ligne (système permettant au professionnel de santé d'obtenir une facturation en temps réel de sa prestation compte tenu de la situation de son patient.)
- Lancer en mars 2003, l'appel d'offres pour l'acquisition d'un nouveau masque pour la « puce » d'une nouvelle carte vitale plus sécurisée dont la distribution est programmée à partir de 2006.
- Acheter les travaux d'élaboration de la liste d'opposition électronique des cartes Vitale perdues ou volées, qui, testée au 2^{ème} trimestre 2003, a pu être diffusée à la fin du 1^{er} semestre 2004.

LES CHIFFRES CLES

35 988 153 cartes Vitale au coût unitaire de 2,15 €
 521 000 cartes de professionnels de santé au coût unitaire de 25,71€
 65 millions d'€ pour l'indemnisation des professionnels de santé
 98 % des assurés satisfaits
 89 % des professionnels de santé satisfaits

B.1.2.2 - Les outils de l'accessibilité du service

L'accessibilité du service de l'Assurance Maladie s'entend conformément aux standards du monde d'aujourd'hui. Elle repose notamment sur le développement des accès en ligne et des télé procédures, et sur la professionnalisation de l'accueil physique et téléphonique.

³ Le Conseil de Surveillance SESAM-Vitale composé des partenaires du projet, fixe les orientations et en assure le suivi.

⇒ les Plates-Formes de Service

L'Assurance Maladie déploie depuis 2002 un dispositif de plates-formes téléphoniques pour améliorer la réponse téléphonique en professionnalisant cette activité.

Fin 2003, 88 CPAM (69% d'entre elles), couvrant 36 millions de bénéficiaires (78% d'entre eux), ont une plate-forme de service opérationnelle.

Parmi les 88 CPAM, 27 ont des plates-formes propres, 61 s'inscrivent dans le cadre de plates-formes mutualisées entre plusieurs caisses. La proportion de plates-formes mutualisées s'accroît significativement.

Les grandes tendances d'évolution de ces plates formes sont :

- La mutualisation des plates-formes au niveau régional : actuellement, 6 régions ont une plate-forme régionalisée ou en cours de régionalisation : Alsace, Franche Comté, Limousin, Poitou-Charentes, Centre, Picardie. Ces projets présentent le double avantage d'une économie de moyens et d'une amélioration du service, que ce soit par l'augmentation des amplitudes horaires ou l'homogénéisation des pratiques et modes opératoires.
- L'apparition de plates-formes dédiées à certains publics comme les professionnels de santé ou les employeurs (en projet).

En 2003, les plates-formes de service ont reçu 15 420 429 appels avec un taux de décroché de 93,4% (correspond au rapport entre le nombre d'appels servis sur le nombre d'appels présentés).

En novembre 2003, la CNAMTS a diligenté une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs de ce service : 3448 interviews ont été réalisés sur 34 plates-formes de services.

Les résultats de cette enquête révèlent que 90% des répondants se déclarent satisfaits et 91% d'entre eux utiliseraient à nouveau la plate-forme de services dont 72% certainement.

Enfin, 55% des usagers considèrent que leur contact téléphonique a modifié leur perception de l'Assurance Maladie, positivement dans 92% des cas.

En 2003, le coût de fonctionnement des plates-formes a représenté 60 millions d'€. Les investissements sur ce projet se sont élevés depuis 2000 à 17 millions d'€. 2 600 téléconseillers assurent le service.

La plate-forme de la Franche-comté (regroupant 5 CPAM) a obtenu en 2004 le trophée de la qualité des services publics, sur le thème de l'accueil téléphonique.

LES CHIFFRES CLES

15 420 400 d'appels reçus,
93,4% de taux de décroché,
90 % des utilisateurs satisfaits,
2 600 télé conseillers,
60 millions d'€ de coût de fonctionnement.

⇒ Les services en ligne

Pour faciliter l'accès à l'information de ses différents publics, l'Assurance Maladie dispose, depuis le mois d'octobre 2002, d'un site national, « Ameli.fr », à destination des assurés, professionnels de santé, (et employeurs à partir de 2004). Les internautes peuvent y trouver toutes les données réglementaires de référence concernant les droits, les démarches à accomplir, les tarifs des professionnels, les remboursements de soins, les conventions avec les professionnels de santé et diverses données utiles (annuaires, nomenclatures).

Le site se fait aussi le relais des actions de communication de l'Assurance Maladie : actions de prévention santé, d'études médicales et statistiques, connaissances sur l'institution et le fonctionnement du système de soins.

Ce site de référence est relayé localement par des sites de caisses : soit une vingtaine fin 2003.

Au-delà de l'information, Ameli.fr a pour objectif de favoriser l'accès à des services en ligne, qui peuvent être soit directement développés et intégrés au site, soit promus et accessibles par un lien d'accès.

Le développement des téléservices présente un intérêt partagé :

- pour l'internaute qui bénéficie de la facilité d'accès, du gain de temps associé,
- pour l'Assurance Maladie qui peut opérer un redéploiement de l'activité d'accueil ainsi dégagée vers le renforcement de services personnalisés et attentionnés.

- Les services en ligne pour les assurés sociaux

L'offre actuelle propose :

- le téléchargement de 40 formulaires en ligne (demande de CMU, déclaration trimestrielle de ressources pour les pensionnés d'invalidité...),
- la consultation des derniers remboursements de soins.

Elle sera prochainement étendue avec par exemple la possibilité de commander différentes attestations ou documents (attestation de droits justifiant de l'existence de droits à l'Assurance Maladie, attestation de paiement d'indemnités journalières, Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)) ou de déclencher le renouvellement de sa carte Vitale suite à déclaration de perte ou de vol.

- Les services en ligne pour les professionnels de santé

Le téléchargement de 42 formulaires est proposé.

- Les services en ligne pour les employeurs

L'Assurance Maladie offre déjà aux employeurs la possibilité de télécharger et remplir des formulaires en ligne.

Elle inscrit désormais le développement de son offre en téléprocédures dans le cadre du portail "Net-entreprise". Les projets en cours concernent notamment l'attestation de salaire pour les dossiers d'indemnités journalières ainsi que la déclaration d'accident du travail.

LES CHIFFRES CLES

- 500 000 connexions en moyenne par mois au site ameli.fr
- 127 formulaires en ligne

⇒ L'accueil physique professionnalisé

L'Assurance Maladie propose près de 5 500 points d'accueil en métropole. Ils représentent en moyenne un point de contact pour 10 000 habitants. Les points d'accueil permanents, ouverts du lundi au vendredi, sont au nombre de 1000. Cette activité est assurée par 3 790 agents.

Le développement et la diffusion progressive à l'ensemble des caisses et des points d'accueil des outils de gestion propres à cette activité ont permis une meilleure connaissance et une plus grande maîtrise des flux, ainsi qu'une professionnalisation de l'activité d'accueil.

L'acquisition de gestionnaires d'accueil, outil d'aide au pilotage et à la gestion des flux d'accueil, a représenté 9,2 millions d'euros depuis 2000.

Sur cette base, l'amélioration des délais d'accueil s'est poursuivie sur toute la période. En 2003, 94,4% des assurés se présentant dans l'un des points d'accueil du réseau attend moins de vingt minutes contre 77,8% en 2000.

Parallèlement, l'Assurance Maladie souhaite développer les guichets en libre-service dans ses espaces d'accueil, permettant de réaliser les principales transactions de base de l'Assurance Maladie. Ce service est déjà disponible à ce jour dans 70 organismes à raison de 350 guichets.

Enfin, dans le cadre de sa stratégie de service, l'Assurance Maladie a prévu de redéfinir le fonctionnement de ses agences d'accueil, en l'appuyant sur une identité visuelle commune renouvelée. Cette offre est en cours de définition dans le cadre d'actions pilotes régionales en Auvergne et en Midi-Pyrénées.

CHIFFRES CLES

- 5 500 points d'accueil,
- 350 guichets automatiques,
- 3 790 agents en charge de l'activité d'accueil.

B.1.3 - Le développement des services personnalisés

En rétablissant un service de base de bon niveau, en améliorant son accessibilité, l'Assurance Maladie a également commencé à mettre en œuvre des services personnalisés, adaptés à la situation de certaines catégories de public.

B.1.3.1 - Améliorer les « parcours clients » des assurés

Pour les assurés sociaux, l'Assurance Maladie a reconstruit les principaux « parcours clients ». Le principe de ces travaux est de revoir le parcours administratif du point de vue de l'assuré, selon sa situation ou la prestation qu'il entend demander. Le travail porte sur plusieurs points :

- la simplification du parcours aussi loin que possible du point de vue réglementaire,
- la pertinence de l'information à chaque stade du parcours pour éviter de multiplier les contacts,
- la prise en compte de la situation de la personne dans sa globalité, avec une attitude de service pro-active.

Les premiers parcours en cours de redéfinition sont l'attribution d'une pension d'invalidité et le déménagement.

LES CHIFFRES CLES

Nombre d'assurés potentiellement concernés, chaque année, par les parcours clients en cours de définition :

- pensions d'invalidité : 12 800,
- changement d'organisme : 4,9 millions de personnes.

La CNAMTS a par ailleurs élaboré en 2003 une démarche de médiation nationale qui contribue à une prise en compte adaptée des dossiers les plus délicats, plus particulièrement ceux dont elle est saisie. Ce dispositif s'articule avec ceux déjà mis en place par certaines caisses au niveau local. Au-delà des réponses aux dossiers individuels, la médiation concourt à l'identification et la mise en place de solutions susceptibles d'optimiser les « parcours » des assurés.

B.1.3.2 - Pour les victimes des risques professionnels : un suivi plus efficace des personnes exposées à l'amiante

Les personnes qui, au cours de leur activité salariée ont été exposées à des agents cancérogènes ou figurant dans les tableaux de maladies professionnelles peuvent demander à bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle prise en charge par l'Assurance Maladie⁴. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le fonds national d'action sanitaire et sociale. Les modalités de la surveillance médicale sont définies par un arrêté ministériel, en l'occurrence, pour l'amiante un examen clinique et des examens complémentaires tous les 2 ans.

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et la CNAMTS ont souhaité que soit menée une expérimentation pour améliorer les conditions de suivi médical des personnes exposées à l'amiante et leur information, ainsi que celle du corps médical.

Cette expérimentation a débuté au cours du second semestre 2003, et se déroule sur 2 ans dans 4 régions pilote (Aquitaine, Rhône Alpes, Haute et Basse Normandie). Le dispositif retenu pourra ensuite être étendu au niveau national.

⁴ articles D.461-23 et D.461-25 du Code de la Sécurité Sociale

LES CHIFFRES CLES

6000 personnes sont suivies dans le cadre de cette expérimentation

B.1.3.3 - Pour les professionnels de santé : l'aide à l'installation

L'Assurance Maladie a défini, en mars 2003, à l'attention des professionnels de santé s'installant, une offre de services spécifique dont le déploiement s'échelonne sur l'année 2004.

Une étude qualitative menée par l'Assurance Maladie montre que l'installation est perçue par les professionnels de santé comme un "parcours du combattant" et l'idée d'un guichet unique pour l'ensemble des démarches administratives recueille l'assentiment de 90% des professionnels.

Deux organismes sont spontanément cités comme acteurs privilégiés du dispositif : la CPAM pour 63%, l'ordre professionnel pour 61% des professions concernées.

En réponse aux attentes des professionnels de santé, l'Assurance Maladie a défini une offre en trois étapes : conseiller avant l'installation, simplifier pendant l'installation et accompagner après l'installation.

L'objectif est en effet d'apporter une réponse adaptée aux attentes et enjeux spécifiques associés à chacun des moments clé de la démarche d'installation, tant du point de vue du professionnel que du point de vue de l'Assurance Maladie :

- conseil et information sur le lieu d'installation, le mode d'exercice et le statut conventionnel en amont,
- simplification des démarches lors de l'installation,
- accompagnement dans la maîtrise de l'environnement professionnel en aval.

Cette offre de services s'appuie d'une part sur la mise en place d'outils et de supports adaptés (outils d'aide à la décision d'installation sur la base de cartographies détaillées sur la consommation et l'offre de soins ; guide pratique d'aide à l'installation etc...) et d'autre part sur une démarche de service professionnalisée et coordonnée (Rendez-vous unique CPAM/Service Médical).

L'accompagnement du professionnel de santé nouvellement installé se déroule en plusieurs contacts étalés dans le temps et donne lieu après 6 à 12 mois à un rendez-vous au cabinet pour un "retour sur l'activité du professionnel de santé".

B.1.4 - Le développement de l'écoute des publics

Le développement des outils d'écoute des publics, permet de connaître les évolutions de l'opinion, les attentes en matière de service et de mesurer le niveau de satisfaction. Ils sont le support des politiques d'adaptation et de modernisation du service.

B.1.4.1 - L'écoute stratégique

La CNAMTS a élaboré des instruments d'observation de l'opinion. Ils constituent des outils d'écoute stratégique, à la fois utilisés comme aide à la décision, et comme supports de la politique de communication. C'est notamment le cas du baromètre d'image, mesure annuelle quantitative effectuée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de professionnels de santé et d'assurés. Il permet de connaître les évolutions positives ou négatives de l'image globale de l'Assurance Maladie. Ainsi, lors du dernier baromètre, l'enrichissement du contenu d'image de l'Assurance Maladie - la réponse à « dites-moi tout ce que cela vous évoque » – était particulièrement nette, à travers notamment le renforcement de la composante « santé/maladie » (citée par 33% des personnes interrogées contre 13% lors de la mesure précédente). De même, au-delà de la perception de l'Assurance Maladie comme un « bien commun » qui reste une constante, son rôle d'« entreprise de services » est de plus en plus souvent identifié et relevé (plus d'un quart des personnes interrogées).

B.1.4.2- Les enquêtes de satisfaction

L'Assurance Maladie dispose d'un outil structuré de mesure de satisfaction de ses publics assurés sociaux, professionnels de santé et employeurs. Entre 1999 et 2003, la CNAMTS a généralisé les enquêtes annuelles de satisfaction, enquêtes locales doublées d'une enquête nationale, et les a déclinées pour chaque public : assurés sociaux (1999), professionnels de santé (2001), employeurs (2003).

En outre, l'usage de l'outil « enquête de satisfaction » se généralise, permettant de pratiquer une « écoute » affinée, plus spécialisée, avec des enquêtes de satisfaction des usagers des services sociaux des CRAM et des usagers des plates-formes de service téléphonique. (cf. § B1.2.2)

Grâce à la constitution d'un historique désormais significatif, les résultats, notés sur une échelle de 0 à 10 (3 représente l'insatisfaction, et 7 la satisfaction), permettent de dégager, à partir de l'analyse des évolutions annuelles, des tendances de fond, effets directs de la politique de service menée par l'Assurance Maladie.

⇒ La satisfaction des assurés sociaux

Résultats annuels au baromètre de satisfaction « assurés sociaux »

Année	1999	2000	2001	2002	2003
Résultat	6.8	6.6	6.4	6.8	7.3

Les cinq années d'existence de l'enquête de satisfaction « assurés » constituent une excellente base d'observation et d'évaluation de la satisfaction des assurés sociaux.

Tous les domaines du service contribuent à cette amélioration : remboursement, accueil physique, accueil téléphonique, gestion du dossier, carte Vitale et information.

La carte Vitale est l'item qui enregistre la hausse la plus remarquable, passant de 6 en 2000 à 7,7 en 2002, niveau élevé de satisfaction auquel il se maintient en 2003.

Le remboursement passe de 6,5 en 2001 à 7,5 en 2003. Révélateur des efforts de maîtrise du service de base, toutes les dimensions de services composant ce domaine se situent à un niveau élevé de satisfaction, démontrant la perception par les assurés d'un réel progrès.

L'accueil des assurés progresse de 6,4 en 2001 à 6,9 en 2003. L'amélioration de ce niveau de service, pour atteindre le seuil de satisfaction, passe par la consolidation de la qualité de la relation, dont la progression se confirme en 2003.

La gestion du dossier enregistre une évolution importante mais encore insuffisante : de 5,9 en 2001 à 6,4 en 2003.

Enfin, les indices de satisfaction « appels téléphonique » et « information » progressent depuis 2001 et restent à des niveaux encore faibles (5,7 et 5,8). Pour le téléphone, l'accessibilité (temps d'attente) est le point le moins apprécié par les assurés. Le développement des plates-formes téléphoniques améliore ce service, mais cette évolution n'apparaît pas encore dans cette enquête générale (les usagers des plates-formes téléphoniques de l'Assurance Maladie se déclarent satisfaits à 90% de ce dernier).

⇒ La satisfaction des professionnels de santé

Le taux de réponse s'élève à plus de 27% en 2003, ce qui constitue un score élevé pour une enquête par voie postale, et ce alors que le contexte conventionnel était marqué par certaines tensions.

L'indice global de 5,8 n'a pas progressé entre 2002 et 2003 (la refonte du questionnaire 2003 limite la portée d'une comparaison directe et globale des scores). Le résultat apparaît lié à la profession, s'élevant à 6 pour les auxiliaires médicaux et à 5,6 pour les médecins.

Les résultats des CPAM révèlent toutefois une diminution de l'insatisfaction entre 2002 et 2003 : 108 CPAM enregistrent une satisfaction stable ou en progression (contre 20 en diminution).

Au niveau national, tous les domaines du service enregistrent une amélioration, sans atteindre cependant un score synonyme de satisfaction, y compris les domaines en forte progression comme les « documents relatifs à l'activité » qui passe de 4,9 à 5,6 et le remboursement qui passe de 5 en 2002 à 5,6 en 2003, ce qui montre au moins la perception par les professionnels de santé d'un service de base en amélioration.

Cette perception, désormais plus positive, du service de base, se traduit également dans le score obtenu par le service « télétransmission » (nouveau en 2003) qui atteint 6,9.

Elle est probablement le point d'appui, qu'il conviendra de renforcer, de l'amélioration des résultats amorcée en 2004 (Cf graphique infra).

⇒ La satisfaction des employeurs

Une première enquête, téléphonique, a été réalisée au niveau national en 2003 sur la base d'un échantillon représentatif établi selon la méthode des quotas, sur la taille et le secteur d'activité de l'entreprise. Elle s'est accompagnée de questionnaires papier au niveau local (59 260 répondants).

La satisfaction globale s'établit à 6,6 au niveau national, ce qui correspond à un bon niveau de satisfaction (85%), mais le niveau de "forte satisfaction" est faible (8%) et devra être amélioré.

Cette vision globale cache néanmoins de fortes disparités. Ainsi, le BTP et le transport sont les secteurs les plus satisfaits (indices respectivement 7,2 et 7) alors que l'industrie est le secteur le plus critique (indice 6). L'Assurance Maladie répond à un public d'entreprises très diversifié, aux attentes fortement différenciées selon le secteur d'activité et la taille de l'entreprise.

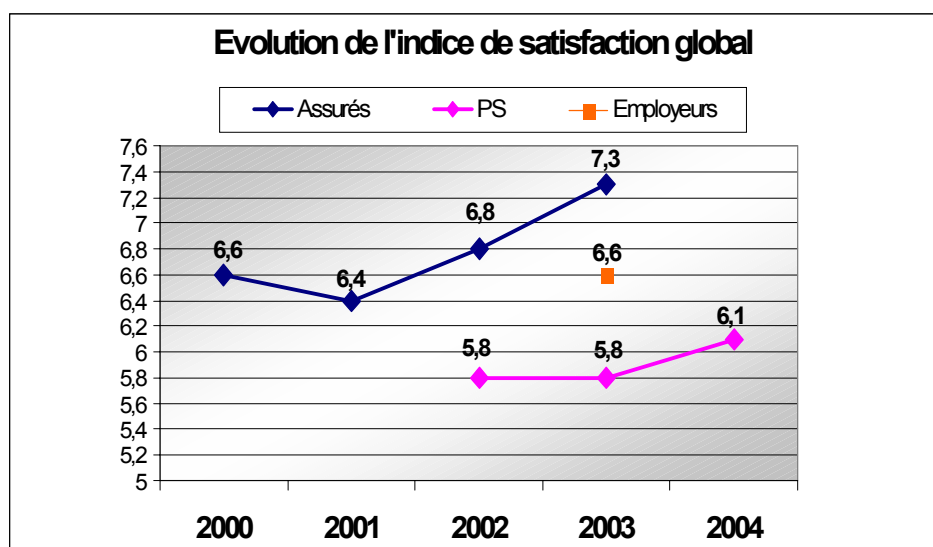
Ainsi, les entreprises de services sont plus sensibles à la qualité de l'information transmise que les entreprises de BTP, très soucieuses de la mise en œuvre et du financement des actions de prévention. Les entreprises de moyenne et grande taille, et situées dans le secteur de l'industrie sont plus attachées à la diversité des canaux de contacts proposés que les PME.

Les enquêtes de satisfaction des employeurs font donc apparaître clairement la nécessité d'adapter les plans d'actions de l'Assurance Maladie par secteur d'activité, selon la taille de l'entreprise et selon la nature des prestations utilisées (subrogation, actions de prévention...).

Les demandes d'amélioration du service formulés par les employeurs illustrent par ailleurs la nécessité de poursuivre la démarche engagée pour stabiliser son service de base, consolidation qui engendrera probablement de nouvelles attentes de la part des employeurs.

En effet, la tendance observée pour les enquêtes « assurés » et « professionnels de santé » est identique : l'amélioration significative du service de base favorise le développement de nouvelles attentes en termes de service.

LES CHIFFRES CLES



B.2 - Un management renouvelé

Ces résultats ont pu être atteints grâce à la mise en œuvre de modes de management et de pilotage renouvelés entre la CNAMTS et son réseau, et entre l'Etat et l'Assurance Maladie.

B.2.1 - Une gestion fondée sur l'engagement

B.2.1.1 - Un nouveau mode de relation basé sur la contractualisation

Le fondement essentiel de cette rénovation est la contractualisation. Mise en place au travers des Conventions d'Objectif et de Gestion (COG), quadriennales, elle permet à la CNAMTS de négocier avec l'Etat les objectifs à atteindre et le niveau de performance souhaité, dans le cadre d'une évolution progressive, ainsi que les moyens qui lui permettront d'atteindre ces résultats.

La CNAMTS décline ensuite ces objectifs avec chaque organisme du réseau au travers de Contrats Pluriannuels de Gestion (CPG), selon le même principe d'une adéquation optimisée entre objectifs et moyens. Au sein du réseau de l'Assurance Maladie s'ajoute la double préoccupation d'une adaptation à la situation de chaque organisme, et d'une recherche d'homogénéité dans le service rendu et la performance des différentes entités.

Ces objectifs sont au cœur du projet d'entreprise de l'Assurance Maladie (projet de branche 2000-2003, nouveau projet adopté au printemps 2004), document de stratégie opérationnelle qui détermine les axes d'actions à développer collectivement dans le réseau pour mettre en œuvre la stratégie et les politiques définies par le Conseil d'Administration et la Commission des AT-MP de la CNAMTS.

B.2.1.2 - Un nouveau type de relations entre la CNAMTS et son Réseau et au sein de ce dernier

Ce mouvement de contractualisation s'est accompagné d'un nouveau type de relations au sein du réseau, fondées sur :

⇒ la mise en œuvre de structures de gestion associant le réseau

Elles formalisent les coopérations entre la CNAMTS et son réseau. Au cœur de ce dispositif, le Comité d'Orientations stratégiques (COS), mis en place en mars 2000, qui s'appuie sur les travaux des CTP (Comités Techniques de Pilotage) associant des représentants de la CNAMTS et du réseau pour un travail sur des thèmes déterminés (management, service, production, régulation, communication).

⇒ le développement de la mutualisation entre les organismes

Cette rénovation touche aussi les relations inter-organismes, l'année 2003 ayant vu se développer significativement les actions de mutualisation. Ces dernières peuvent concerner aussi bien des fonctions d'expertise que de service ou de production. Elles peuvent aussi relever de niveaux d'association plus ou moins avancés, du simple échange d'informations ou de bonnes pratiques, à la délégation totale de la gestion d'une activité.

Le développement des plates-formes d'accueil téléphonique est à ce jour l'exemple le plus achevé de cette démarche.

Ces actions de mutualisation sont renforcées dans les Actions Pilotes Régionales, qui conduisent à rechercher un niveau de service en amélioration significative, dans le cadre d'une homogénéité accrue au niveau régional. Ces actions supposent une définition des ambitions communes au sein de la région, et la mise en place d'un mode de pilotage inter organismes organisé. Elles sont une des priorités des années à venir, dans un cadre qui sera fixé dans chaque région, avec un double objectif de qualité et d'efficacité.

⇒ l'organisation de certaines expertises au sein de la branche

La première réalisation a concerné les projets immobiliers. Dans un contexte de contrainte budgétaire, l'objectif dans ce domaine a été d'optimiser l'utilisation des fonds dédiés à l'immobilier. Dans ce but, une structure de 12 pôles régionaux de compétence immobilière (PREC1) a été mise en place permettant une expertise exhaustive des immeubles (Répertoire Analytique du Patrimoine) à partir de laquelle les besoins ont été recensés selon des critères de priorité.

De la même façon, la judiciarisation de la société française conduit aujourd'hui l'Assurance Maladie à renforcer son expertise juridique et contentieuse, en la coordonnant également dans un cadre régional.

B.2.2 - Une culture d'entreprise en évolution

Les changements rapides qui se sont produits au cours de la période 2000-2003 se sont accompagnés d'une mutation importante de la culture d'entreprise, fondée sur l'intégration en profondeur d'une véritable culture de service, et la construction d'une logique de performance.

B.2.2.1 - La consolidation d'une culture service

Elle a été facilitée par la mise en place d'outils d'écoute des publics, et par la certification des organismes, qui ont permis de mettre les différents publics au cœur des préoccupations des organismes du réseau (cf. chap. B1).

B.2.2.2 - Le développement d'une logique de performance

⇒ Logique de résultats et d'évaluation

L'amélioration du service rendu repose d'abord sur une bonne connaissance de ce dernier, donc sur la mesure de la performance, et sur la transparence liée à sa publication, en interne pour les données les plus nombreuses, par voie de communiqué de presse mensuel pour un nombre d'indicateurs restreints les plus représentatifs du service rendu. L'Assurance Maladie rend compte de la qualité du service qu'elle offre.

Par ailleurs, la qualité du service intègre une exigence nouvelle des publics de l'Assurance Maladie : l'homogénéité sur tout le territoire.

Cette performance collective revêt un sens double pour le réseau : la performance de l'Assurance Maladie résulte de celle de l'ensemble de ces entités, les progrès se font collectivement ; la solidarité s'exerce au sein du réseau en cas de difficulté temporaire d'un organisme à faire face à ses missions.

Cette logique de performance s'est progressivement ancrée dans le réseau des organismes par :

- la publication mensuelle des résultats de chaque organisme, qui sont accessibles sur l'Intranet.
- l'évaluation régulière des résultats obtenus sur la base des engagements pris par les organismes au sein des Contrats Pluriannuels de Gestion,
- l'introduction d'une rémunération des salariés à la performance par le biais d'un accord d'intéressement signé le 30 juin 2002. Cet accord permet de verser une prime annuelle d'intéressement aux salariés de l'organismes compte tenu des résultats atteints par la branche (60%) et par leur organisme d'appartenance (40%). Il est fondé sur les résultats du Contrat Pluriannuel de Gestion. Il constitue un élément de reconnaissance de la contribution de chacun à la performance collective et donc de motivation, mais également un levier d'appropriation des objectifs par l'ensemble des collaborateurs de l'Assurance Maladie.

LES CHIFFRES CLES

- taux d'efficacité des organismes : 82,57 %
(capacité à atteindre les objectifs fixés)
minimum : 26,11 %
maximum : 100%
- montant moyen de la prime d'intéressement : 354,11€
minimum : 225,30 €
maximum : 381,30 €

⇒ le management de la qualité

L'approfondissement de la culture de service et de performance est soutenu par la mise en place d'une démarche de certification (norme ISO 9001 version 2000) des organismes d'Assurance Maladie.

L'intérêt du recours à une certification du management de la qualité réside dans la reconnaissance du résultat au travers du certificat, l'objectivité de l'évaluation conduite par un tiers, et une méthodologie qui est un support essentiel pour les organismes dans le cadre d'une démarche longue, complexe et impliquante.

La norme ISO repose sur une approche managériale, orientée vers les processus de travail, elle favorise le découplage et permet une classification des objectifs. Elle repose également sur la notion d'amélioration continue et non sur une performance statique.

- Les CPAM se sont engagées dans la démarche de certification depuis janvier 2002.

Dix-sept CPAM sont certifiés, 87 autres prévoient de se présenter à la certification en 2004 et l'ensemble en 2005.

Les organismes engagés dans la démarche enregistrent déjà des résultats significatifs en terme de qualité de service : le niveau de satisfaction des assurés s'est fortement amélioré pour les six premières caisses certifiées entre 2001 et 2002. Cette amélioration s'inscrit dans la tendance nationale enregistrée depuis 2001.

- Le Service médical s'est lui aussi engagé dans une démarche qualité qui lui est propre et qui se décline sur toutes ses missions, et sera, à terme, articulée avec celle des organismes du réseau.

Cette démarche s'appuie sur deux volets, l'objectif étant de garantir une qualité optimale :

- d'une part, des actions de santé publique régionales et locales dans les domaines ambulatoire et hospitalier.
Les outils utilisés à cette fin sont des procédures et des grilles d'évaluation. Le suivi est assuré par les indicateurs d'un tableau de bord national.
- d'autre part, de la gestion des avis individuels sur prestation et de l'accueil.
Son outil est la certification qui vise à la satisfaction de l'assuré social, qu'il s'agisse des modalités des contrôles obligatoires ou de l'accueil physique, téléphonique et écrit.

La démarche qualité vise l'équité de traitement de tous les assurés, sur l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie.

LES CHIFFRES CLES

Sont certifiés ISO 9001 ou en cours de certification :

- 103 CPAM
- le Service Médical à travers 11 DRSM
- 8 laboratoires inter-régionaux de toxicologie (risque professionnel)
- 1 centre d'édition
- le centre de personnalisation des cartes Vitale du Régime Général

⇒ La maîtrise des activités, une convergence des objectifs de qualité et de fiabilité

Le contrôle interne a été introduit dans les organismes de sécurité sociale par le décret du 10 août 1993. Il s'inscrit dans une démarche de sécurisation financière et réglementaire du service rendu aux assurés sociaux.

Faire converger la satisfaction des usagers et la fiabilité de l'Assurance Maladie et ainsi articuler les démarches de certification et de contrôle interne, tels sont les objectifs du projet élaboré et initié courant 2003. Il prend appui sur la diffusion, auprès des organismes du réseau, de « plans de maîtrise socle » qui couvriront progressivement l'ensemble des processus d'activité.

Les plans de maîtrise socle comportent les objectifs assignés au processus, notamment en termes de rapidité et de fiabilité, la description des activités, des moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs et les résultats de l'analyse des risques de ne pas les atteindre.

Ces plans de maîtrise permettront donc à la fois de répondre aux exigences réglementaires du contrôle interne et à celles de la norme utilisée dans le cadre de la certification ainsi que d'améliorer le pilotage de la performance des organismes.

L'Assurance Maladie inscrit désormais ses actions de lutte contre la fraude dans ce cadre. Les risques de fraude sont inclus dans les analyses de risques et les informations tirées des fraudes recensées permettent une mise à jour régulière de ces dernières. Les parades à mettre en place font l'objet d'une diffusion auprès des organismes.

B.3 - Un système d'information en cours d'alignement sur les enjeux stratégiques de l'Assurance Maladie

Sur la période récente, l'Assurance Maladie a identifié les orientations stratégiques auxquelles son système d'information doit répondre, ainsi que les projets associés sur les plans techniques, applicatifs et fonctionnels. Elle a sur cette base engagé les chantiers préalables qui conditionnent cette refonte du système d'information et doit permettre à ce dernier de répondre aux objectifs suivants :

- prendre en compte les évolutions du système de santé, caractérisées par la complexité croissante de la réglementation, des accords conventionnels avec les professionnels de santé, et par une exigence accrue en termes de suivi de l'efficacité de la politique de santé.

La mise en œuvre de la réforme de l'Assurance Maladie nécessitera notamment un système d'information permettant d'effectuer des remboursements de prestation de plus en plus liés au profil de chaque bénéficiaire, et tenant compte de la qualité des pratiques médicales.

- accompagner ses orientations stratégiques d'acteur de la régulation et d'entreprise de services,
- ouvrir et partager, de manière maîtrisée, son système d'information en direction des autres acteurs du système de santé.

B.3.1 - Le système d'information : un atout stratégique pour l'Assurance Maladie

Pour répondre à cet enjeu, l'Assurance Maladie a engagé un plan d'actions autour de deux orientations :

- l'engagement de la refonte du système d'information, décision du conseil d'administration de la CNAMTS du 23 septembre 2003,
- l'organisation de l'ouverture et du partage du système d'information avec ses partenaires, décision du conseil d'administration de la CNAMTS du 24 juin 2003.

B.3.1.1- La nécessaire refonte du système d'information

L'actuel système d'information ne permet plus à l'Assurance Maladie de mettre en œuvre ses orientations stratégiques, et de répondre aux évolutions qui seront indispensables pour réguler la dépense des soins.

La refonte complète du système, dans une logique d'urbanisation, a donc été décidée pour permettre à l'Assurance maladie de répondre à trois objectifs majeurs :

- la mise en œuvre d'une politique de régulation,
- le développement de la relation de service,
- l'amélioration de la performance collective du service public de l'Assurance Maladie.

La CNAMTS a mené, en 2002 et 2003, des travaux préparatoires à cette refonte, et notamment :

- une analyse des atouts et des faiblesses du système actuel,
- le choix de la méthode de l'urbanisation du Système d'Information,
- la construction d'une architecture fonctionnelle cible,
- l'élaboration du chemin de transition pour passer de l'actuel au futur système.

Le nouveau système devra permettre de prendre en compte l'ensemble des droits et obligations qui caractérisent les relations entre l'Assurance Maladie et les assurés, les professionnels de santé, les employeurs, et d'autres partenaires ; ces "contrats" seront le pivot de la gestion du système d'information, et l'instrument de la mise en œuvre de la politique de régulation.

La mise en place du nouveau système se fera par paliers fonctionnels de 2 ans dont chacun apportera de nouveaux services applicatifs opérationnels. Au total l'ensemble du programme devrait se dérouler sur une période de 10 ans.

Durant la période de transition, le système d'information actuel devra prendre en compte certaines évolutions, notamment pour l'ouverture du système, pour l'outillage de la politique de service, ou s'agissant de prérequis pour l'urbanisation.

Au cours de cette période de transition, il faudra aussi prendre en compte les évolutions réglementaires, les accords conventionnels, et les évolutions qui découleront de la mise en œuvre de la réforme.

Le premier chantier ouvert dans la perspective de cette refonte a concerné la construction du référentiel individu qui permettra le passage d'une logique de gestion basée sur "la famille" à une logique "individu" (RENOVATION 2004)

B.3.1.2 - L'ouverture et le partage du Système d'Information : l'exemple du SNIIR-AM

L'Assurance Maladie se positionne comme un pivot du système de santé, en étant un fournisseur d'informations médicalisées globales, ainsi que d'analyses à valeur ajoutée sur l'offre et la consommation de soins, et de recherches en santé publique.

Le SNIIR-AM, dont la création a été décidée par la loi du 23 décembre 1998, s'inscrit dans la volonté de la CNAMTS, d'ouvrir et de partager son système d'information, dans un environnement hautement sécurisé.

Partie intégrante du système d'information de l'Assurance Maladie, le SNIIR-AM a été élaboré, dès l'origine, en partenariat avec tous les régimes obligatoires, puis avec l'Etat, les professionnels de santé, et les organismes de recherche.

Il permet le chaînage des informations entre médecine de ville, et médecine hospitalière, à partir des données anonymisées des assurés sociaux.

Il est composé d'une base de données qui rassemble les informations détaillées provenant des systèmes de production des régimes obligatoires de l'Assurance Maladie, pour les informations concernant les remboursements aux assurés sociaux, et des établissements de santé –publics et privés- pour les informations médicalisées par séjour hospitalier (données PMSI).

Sa mise en place s'effectue par l'ouverture progressive des accès aux différents magasins thématiques, au fur et à mesure de leur élaboration. Le magasin "dépenses de santé", déjà ouvert et opérationnel, permet, dans une première étape de couvrir un champ important des besoins d'analyse attachés aux objectifs de la régulation.

L'ouverture échelonnée des accès aux autres « magasins de données » (offre de soins, consommation de soins, pathologie et parcours du patient) permettra de proposer à chaque professionnel de santé, un accès aux données qui le concernent, et de développer la connaissance et l'analyse des comportements de consommation de soins.

Accessible aujourd'hui aux statisticiens et chercheurs, il est appelé courant 2004 à être ouvert aux professionnels de santé.

LES CHIFFRES CLES

- un entrepôt de données accessible sur les dépenses de l'Assurance Maladie
- 13 téra octets de données disponibles (un téra octet= 1000 milliards de caractères)

B.3.2 - Deux pré-requis à la refonte du système d'information : l'organisation structurelle et la remise à niveau technique

Les changements organisationnels et technologiques sont deux préalables indispensables pour permettre, au-delà de simples évolutions applicatives, la mise en œuvre d'un chantier de refonte du système d'information.

B.3.2.1 - La réorganisation des structures de gestion du Système d'Information

Une nouvelle organisation fondée sur l'industrialisation et la normalisation des processus de fabrication, de diffusion, et de support des produits informatiques (applicatifs et techniques) a permis de restructurer la maîtrise d'œuvre.

L'opération de restructuration s'est faite par redéploiement des activités, appuyée sur un volet social important comportant notamment un plan de départs anticipés à la retraite, et a abouti à :

- Une redistribution de l'outil de production dans un nombre restreint de sites de production : les centres d'exploitation sont passés de 16 à 9, plus un site dédié à l'informationnel, les centres d'édition ont été ramenés de 9 à 5 sites ;
- La création de quatre centres nationaux, à compétence métier : la gestion du réseau, la qualification et la diffusion des applicatifs, le support des produits informatiques, l'exploitation des outils nationaux ;
- Une réorganisation de la Direction du système d'information, avec la création d'une direction des programmes, la restructuration du bureau d'études, la création d'une informatique interne pour la gestion des applications de la CNAMTS.

Commencée en 2001, elle s'est achevée par l'intégration des centres nationaux à la CNAMTS le 1^{er} janvier 2004.

Par ailleurs, en 2000, a été créée une direction de la maîtrise d'ouvrage Branche, chargée notamment d'élaborer, avec un prestataire externe, l'architecture fonctionnelle cible du futur système d'information, et de coordonner fonctionnellement les maîtrises d'ouvrage métiers.

B.3.2.2 - La remise à niveau technique

Le second chantier prioritaire concernait l'évolution du socle technique. L'architecture du système, totalement monolithique, ne permettait plus les évolutions nécessaires pour répondre aux contraintes techniques du marché, ainsi qu'aux contraintes applicatives d'évolution de l'Assurance Maladie, et du service aux usagers.

Le projet RENOVATION a été organisé pour mettre en place un socle technique moderne, basé sur un système ouvert (unix et bases oracle), répondant aux standards contemporains de l'informatique :

- La première phase RENOVATION 2002 a permis de doter l'assurance Maladie d'une infrastructure technique réactive, fiable, souple, ouverte, qui permettra de mettre en place des applications fondées sur les nouvelles technologies. Commencée en 2002, cette opération est aujourd'hui terminée.
- La deuxième étape RENOVATION 2003 concerne la migration, à isofonctionnalités, des applicatifs et des données sous Unix. Cette opération a démarré en septembre 2003, et se déroulera tout au long de 2004.

B.4 - Une entreprise qui affiche sa performance

La performance se définit comme le rapport entre l'efficacité (le niveau de qualité atteint dans la délivrance du service) et l'efficience (le prix de revient de ce service). Répondant à l'objectif d'un service de meilleur qualité à coût maîtrisé, elle s'est constamment améliorée sur la période 2000/2003.

B.4.1 - Evolution des coûts de gestion

B.4.1.1 - Les données 2003

L'amélioration de la performance est d'abord passée par la maîtrise des coûts de gestion ; l'Assurance Maladie, comme tout gestionnaire de service public se doit, en effet, d'optimiser l'utilisation des ressources publiques consacrées à sa gestion.

Cette exigence se trouve renforcée par le déficit actuel, la régulation des dépenses devant concerner tous les champs d'intervention de l'Assurance Maladie, même si les dépenses de prestations et de gestion ne sont ni de même nature, ni du même ordre de grandeur.

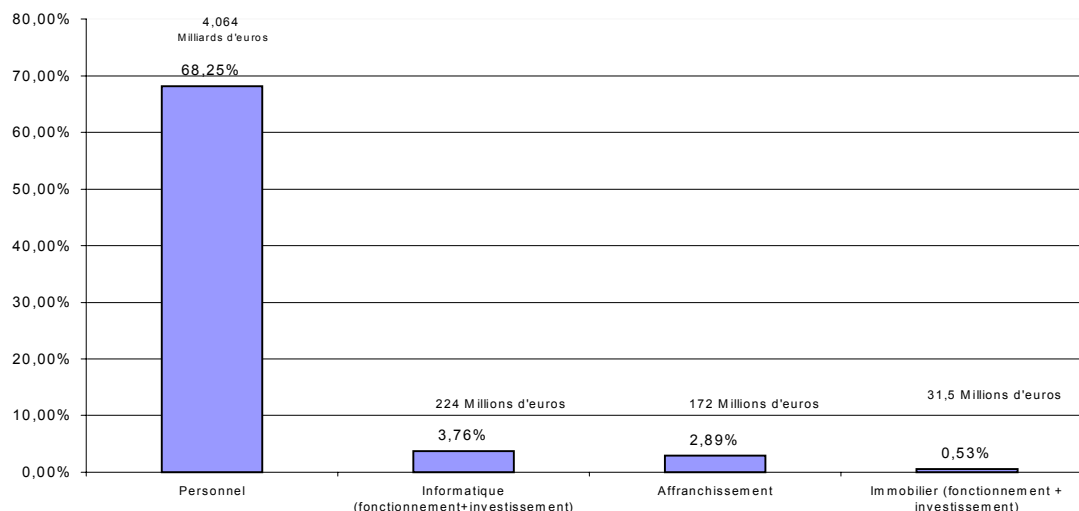
5,9 milliards d'euros sont consacrés aux dépenses de gestion soit 5,3 milliards pour le Fonds National de Gestion Administrative (FNGA) et 646 millions pour le Fonds National du Contrôle Médical (FNCM).

Ces fonds couvrent les dépenses de fonctionnement et d'investissement des 200 organismes d'Assurance Maladie du régime général qui gèrent les relations avec les 49,6 millions de bénéficiaires du régime général, et les 250 000 professionnels de santé. Ils représentent moins de 5 % des dépenses gérées par l'Assurance Maladie.

En matière de gestion administrative, les charges de personnel ont représenté en 2003, 3,5 milliards d'euros, soit 68,2 % des dépenses de gestion marquant une progression moyenne, sur les 5 dernières années de 1,19% en euros constants, démontrant ainsi une maîtrise de ces dépenses alliée à une croissance de la productivité significative.

LES CHIFFRES CLES

Dépenses de gestion de l'Assurance Maladie
5,9 milliards d'€ soit 4,1 % des dépenses de l'Assurance Maladie



B.4.1.2 - Des gains de productivité qui vont se poursuivre

⇒ Une croissance continue de l'activité (analyse CPAM)

Le nombre de décomptes payés a progressé entre 1999 et 2003 de 24,4%. Cette progression recouvre des évolutions contrastées selon les types de flux : nette diminution des Feuilles de Soins Papier (FSP) ; hausse significative des Feuilles de Soins Electroniques (FSE), + 89 %.

Cette croissance rapide de la charge de production, directement liée à l'augmentation des dépenses de santé s'est accompagnée d'une progression du nombre de bénéficiaires de l'Assurance Maladie (+ 7,3 %)

⇒ Une évolution contenue des effectifs des CPAM

L'accélération de la dématérialisation de l'activité, entre 2000 et 2003, a produit d'importants gains de productivité. Ceux-ci ont permis, nonobstant la progression de la charge de travail et la diversification de l'activité des organismes, de contenir l'évolution du nombre des salariés et de maîtriser le rapport entre les dépenses de gestion et le volume de la charge de travail.

La productivité de la seule sphère d'activité « production » a été multipliée par 2,5 en douze ans (1991-2002). Elle s'est accompagnée de la diminution sur cette même période de 19% des effectifs affectés à la production qui ne représentent plus aujourd'hui que 51% des effectifs des CPAM.

Cette forte baisse du nombre de salariés participant directement à la production a libéré les moyens nécessaires au renforcement de certaines fonctions telles la régulation, la prévention, la sécurité et le contrôle qualité et la relation de service aux publics.

Les effectifs rémunérés des CPAM sont passés de 1999 à 2003 de 67 905,9 à 67 841,8 alors même qu'on enregistrait sur la période des créations de postes liées au passage aux 35 heures (3 760 ETP) et aux nouvelles missions confiées aux CPAM au titre de la CMU (1 300 ETP), soit un total de 5 060 ETP.

Les effectifs de l'Assurance Maladie (CDI + CDD) :

	ETP 1999	ETP 2002	ETP 2003
CPAM	67 905,9	68 083,1	67 841,8
CGSS	2 981,2	3 315,6	3 388,5
CRAM	15 644,1	8 693,2	8 834,1
CTI	1 248,6	1 123,3	1 062,4
DRSM	9 773,5	9 946,5	9 994,5
FEDERATIONS	2 204,3	0,0	-
UGECAM	297,8	13 263,5	13 477,5
URCAM	177,6	234,4	277,4
CNAMTS	1 058,6	1 430,9	1 480,0
Total hors UGECAM	Ns	92 827,1	92 878,8
Total	101 291,6	106 090,6	106 356,3

Deux faits marquants :

- la création des UGECAM par transfert des effectifs des établissements des CPAM, et surtout des CRAM et des fédérations. Ce transfert est amorcé sur 1999, il est achevé en 2002.
- la création d'emplois compensateurs avec la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.

La répartition analytique des effectifs de l'Assurance Maladie (CPAM) en 2003 s'établit comme suit :

4 Pôles	ETP
Production	51,28 %
Relation de service aux publics	13,38 %
Régulation	9,24 %
Logistique	26,10 %
Total	100,00 %

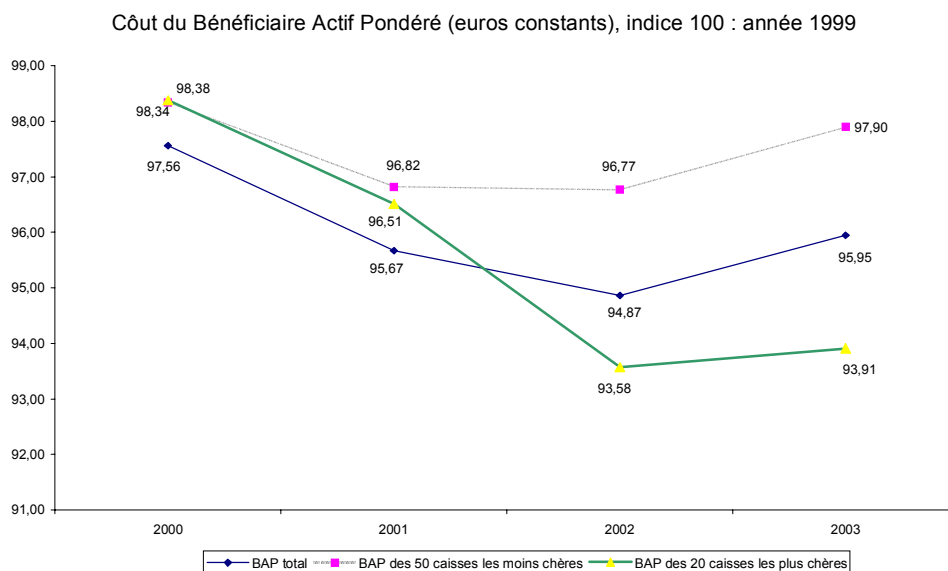
⇒ Des coûts salariaux maîtrisés

La Convention d'Objectifs et de Gestion et les Contrats Pluriannuels de Gestion qui en découlent pour les années 2000 à 2003 ont été marqués par une mise sous tension budgétaire des dépenses de gestion très nette malgré un nombre limité de départs en retraite.

Pour la COG, la rubrique "Frais de Personnel" a été chiffrée hors taux d'inflation à :

2000	2001	2002	2003
+ 0,3 %	+ 0,1 %	- 0,5 %	- 0,5 %

⇒ Des coûts unitaires de gestion des CPAM maîtrisés

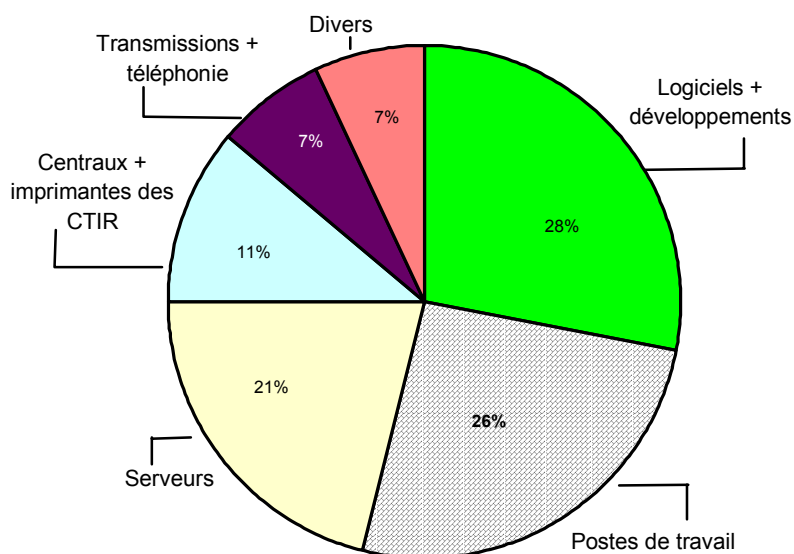


LES CHIFFRES CLES 2000/2003

- + 24,4 % du volume de production
- +4,1 % des effectifs en ETP
- +4,8% de charges de personnels en Euros constants

B.4.1.3 - Les coûts informatiques

En 2003, les dépenses informatiques ont représenté 224 millions d'€. Dans cet ensemble de 1999 à 2003, les investissements ont été en moyenne de 160 M€ par an. Ils ont permis l'amélioration de l'outil de travail et de la productivité ainsi que la préparation de la rénovation du système d'information. Ils se répartissent ainsi :



Les développements sont à 80% des adaptations réglementaires.

Le montant le plus important pour les matériels est dédié au maintien et à l'évolution des postes de travail des agents de l'institution qui sont tous équipés (en dehors des établissements des UGECAM), soit environ 95 000 postes de travail. Ces postes sont remplacés tous les quatre ans, soit une acquisition d'environ 23 000 micro ordinateurs par an.

B.4.2 - Le développement des outils d'analyse de la performance des organismes

B.4.2.1 - Le référentiel des bonnes pratiques

Dans le cadre de la négociation des Contrats Pluriannuels de Gestion (2000-2003), la CNAMTS a demandé à 25 caisses présentant les coûts de gestion les plus élevés et les plus bas, d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'actions destiné à optimiser la maîtrise de leurs coûts de gestion tout en s'inscrivant dans une démarche dynamique d'amélioration de leur performance au regard des objectifs stratégiques.

Afin d'accompagner les caisses dans cette démarche, la CNAMTS a décidé en amont de l'élaboration du plan d'actions, de faire réaliser par ces 25 caisses primaires, un référentiel de bonnes pratiques centré sur cinq thèmes :

- production,
- accueil,
- gestion du risque,
- relation avec les Professionnels de Santé,
- pilotage et management.

En 2002, ce référentiel a été diffusé à l'ensemble du réseau. Utilisé comme outil de pilotage du changement dans les organismes, il a permis d'établir avec chacune des 128 caisses primaires un diagnostic partagé des performances et de leur modalités de fonctionnement en vue de la négociation des prochains Contrats Pluriannuels de Gestion.

L'un des principaux axes de progrès mis en évidence par cet audit est la mise à disposition du réseau d'outils de pilotage facilitant la mise en œuvre et le suivi des orientations stratégiques.

A cet effet, l'Assurance Maladie a engagé la rénovation du système de reporting du réseau des organismes.

B.4.2.2 - Un nouvel outil de pilotage : le suivi de la performance par processus grâce à un contrôle de gestion renoué

Le contrôle de gestion a entamé une évolution importante depuis 2001. A l'origine centré sur l'analyse des structures de coût, il s'oriente vers une acception plus globalisante en cherchant à rendre compte des déterminants des performances de l'organisme par grands processus.

Il s'appuie sur deux orientations majeures :

- il prend en compte non plus la seule efficience des organisations , mais aussi leur efficacité et surtout le rapport entre ces deux dimensions qui permet de caractériser la performance de l'organisme : éclairer l'analyse des coûts d'une analyse de la qualité produite ;
- il oriente son analyse sur l'ensemble de la chaîne de la valeur ajoutée et donc sur le couple processus-produit. C'est le passage de la comptabilité analytique de type section homogène (centre de travail), centrée sur l'organisation interne, vers une comptabilité analytique par processus. Elle a été mise en place au 1^{er} janvier 2004.

B.4.2.3 - Une approche globale de la performance du réseau : les matrices de performance

Pour apprécier la performance d'un organisme :

- l'aptitude à atteindre ses objectifs, est appréhendée à l'aune de sa capacité à réaliser les objectifs contractualisés dans les Contrats Pluriannuels de Gestion ;

- l'efficience est quant à elle mesurée au travers du rapport entre ses dépenses de gestion et la part du volume d'activité du réseau qu'elle prend en charge. Il s'agit du coût du Bénéficiaire Actif Pondéré (BAP pour les CPAM).

Le rapport entre le coût du BAP et les résultats du CPG appelé "coût du point de performance", permet de mesurer et de comparer la performance des caisses et peut être visualisé au travers d'une matrice efficience-efficacité.

Le coût du point performance a diminué de plus de 17% pour atteindre 8,39 centimes d'euro en 2003.

Le coût du BAP (Bénéficiaire Actif Pondéré) qui exprime le rapport entre les dépenses de gestion et le volume d'activité a baissé de 5,1% en euros constants entre 1999 et 2003 (+2,6% en € courants).

Ce coût a baissé malgré la mise en place des recrutements dans le cadre de la RTT qui a fait augmenter les dépenses de référence globale de +2,6%.

Ces résultats traduisent l'impact des efforts importants en matière d'organisation et de pilotage engagés par le réseau pour s'inscrire durablement dans une dynamique permanente de progrès au service de ses publics.

Glossaire

AcBus	<i>Accord de Bon Usage des Soins</i>
ANACT	<i>Agence Nationale des Conditions de Travail</i>
AT/MP	<i>Accidents du Travail et Maladies Professionnelles</i>
BAP	<i>Bénéficiaire Actif Pondéré</i>
CANAM	<i>Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes</i>
CBP	<i>Contrat de Bonnes Pratiques</i>
CEN	<i>Centre d'Exploitation National</i>
CICAT	<i>Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques</i>
CMU	<i>Couverture Maladie Universelle</i>
CNAF	<i>Caisse National d'Allocations Familiales</i>
CNAV	<i>Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse</i>
CNGR	<i>Centre National de Gestion du Réseau</i>
CNQD	<i>Centre National de Qualification et de Déploiement</i>
CPAM	<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>
COG	<i>Convention d'Objectif et de Gestion</i>
COS	<i>Centre d'Orientations Stratégiques</i>
CPG	<i>Contrat Pluriannuel de Gestion</i>
CPP	<i>Contrat de Pratique Professionnelle</i>
CRAM	<i>Caisse Régionale d'Assurance Maladie</i>
CSN	<i>Centre Support National</i>
CSP	<i>Contrat de Santé Publique</i>
CTIR	<i>Centre de Traitement Inter-Régimes</i>
CTP	<i>Comité Technique de Pilotage</i>
ETP	<i>Equivalent Temps Plein</i>
FFSA	<i>Fédération Française des Sociétés d'Assurance</i>
FMC	<i>Formation Médicale Continue</i>
FNCM	<i>Fonds National du Contrôle Médical</i>
FNGA	<i>Fonds National de Gestion Administrative</i>
FNPATMP	<i>Fonds National de Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles</i>
FNPEIS	<i>Fonds National de Prévention et d'Education pour la Santé</i>
FSE	<i>Feuille de Soin Electronique</i>
FSP	<i>Feuille de Soin Papier</i>

GIP	<i>Groupement d'Intérêt Public</i>
HTA	<i>Hypertension Artérielle</i>
IJ	<i>Indemnités Journalières</i>
INRS	<i>Institut National de Recherche et de Sécurité</i>
ONDAM	<i>Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie</i>
OPPBTP	<i>Organisme Professionnelle de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics</i>
PMSI	<i>Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information</i>
PN	<i>Prestation en Nature</i>
PRAPS	<i>Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins</i>
PRS	<i>Programme Régional de Santé</i>
RFI	<i>Référentiel Individu</i>
RMI	<i>Revenu Minimum d'Insertion</i>
ROR	<i>Rougeole-Oreillons-Rubéole</i>
RTT	<i>Réduction du Temps de Travail</i>
SNIIR-AM	<i>Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie</i>
UGECAM	<i>Union Générale des Caisses d'Assurance Maladie</i>
URCAM	<i>Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie</i>