

## **Proposition d'orientations pour l'axe Efficience de la COG 2010-2013**

### **INTRODUCTION**

#### **1 – Faire évoluer l'organisation de l'Assurance Maladie**

##### *1.1 – Conforter la structuration du réseau*

- 1.1.1 Consolider le nouveau maillage territorial
- 1.1.2 Faire évoluer l'organisation de l'informatique pour mieux répondre aux enjeux de la période
- 1.1.3 Renforcer la coordination régionale de la gestion du risque

##### *1.2 – Mieux travailler collectivement*

- 1.2.1 Prolonger la démarche de mutualisation
- 1.2.2 Développer des processus médico-administratifs transversaux
- 1.2.3 Préparer une certification du réseau
- 1.2.4 Proposer des simplifications réglementaires

##### *1.3 – Capitaliser sur les nouvelles technologies*

- 1.3.1 Intensifier la dématérialisation des procédures
- 1.3.2 Améliorer le fonctionnement du système d'information

#### **2 – Développer une politique RH adaptée aux enjeux de l'Assurance Maladie**

##### *2.1 - Approfondir avec le réseau la politique de recrutement, de formation et de mobilité interne favorisant les parcours professionnels*

- 2.1.1 Identifier en interne les profils les mieux adaptés à l'évolution des missions de l'Assurance Maladie
- 2.1.2 Evaluer les ressources disponibles et engager une politique favorisant la mobilité interne et les formations qualifiantes
- 2.1.3 Définir une stratégie de recrutements externes adaptée
- 2.1.4 Renforcer la politique de gestion et de développement des équipes dirigeantes et des hauts potentiels

##### *2.2 – Déployer le nouveau système d'information des Ressources Humaines*

##### *2.3 – Développer une politique de rémunération pour le réseau de l'Assurance Maladie*

- 2.3.1 Proposer une méthode de pesée des emplois
- 2.3.2 Harmoniser a priori les rémunérations des nouveaux métiers.
- 2.3.3 Définir avec le réseau des critères partagés pour les parcours professionnels les plus fréquents

### **3 – Promouvoir une gestion responsable et durable**

#### *3.1 – Développer une politique d'entreprise socialement responsable*

3.1.1 intégrer une démarche socialement responsable dans les pratiques de recrutement, de formation et de promotion

3.1.2 Évaluer les risques psycho-sociaux et mettre en œuvre une démarche de prévention globale

3.1.3 Développer la politique de lutte contre les discriminations

#### *3.2 – Poursuivre une politique immobilière dynamique*

3.2.1 Redéployer des ressources immobilières en fonction des besoins actualisés pour chaque organisme du réseau

3.2.2 Réhabiliter le parc immobilier et intégrer les exigences du développement durable

3.2.3 Poursuivre l'accompagnement de la restructuration des accueils

#### *3.3 - L'Assurance Maladie : une entreprise éco-responsable : pérenniser la démarche de développement durable*

### **4 – Adapter les moyens aux grands enjeux**

*4.1 – Pour accompagner l'évolution de nos métiers*

*4.2 – Pour assurer les évolutions législatives et réglementaires lourdes*

*4.3 – Pour prendre en charge de nouvelles missions exercées pour le compte de l'Etat*

*4.4 - Pour mobiliser les gains de productivité*

## **Propositions d'orientations pour l'axe Efficience de la COG 2010-2013**

### **Introduction**

L'Assurance Maladie, dans la période 2010-2013, va devoir continuer à renforcer son efficience. Les défis, les nouveaux projets, qu'ils soient le fruit d'engagements de la branche sur la gestion du risque, le service ou la conséquence directe d'évolutions de textes législatifs ou réglementaires sont nombreux. Leur mise en oeuvre, dans un contexte budgétaire contraint, nécessitera beaucoup de précision dans l'exécution et l'optimisation des moyens mobilisés, si l'on veut, dans le même temps, non seulement préserver mais aussi améliorer le niveau de qualité déjà atteint.

La dynamique de changement impulsée entre 2006 et 2009 permet de capitaliser sur les acquis de la précédente COG :

- Une nouvelle organisation générale et une amélioration sensible des méthodes de travail. En effet, la période a été mise à profit pour éliminer les redondances et jeter les bases d'une organisation mieux structurée autour d'un nouveau maillage territorial plus conforme aux évolutions démographiques et techniques enregistrées. Il faut également souligner la créativité des équipes dirigeantes des différentes entités du réseau pour mieux travailler collectivement dans le cadre régional avec environ 500 projets de mutualisation de fonctions et d'expertises validés. Les deux réseaux, médical et administratif, ont également préparé et intégré de fortes modifications, dans les caisses primaires avec une organisation du travail par processus, et dans les directions du service médical, avec une organisation déclinée en cinq pôles.
- Un développement d'une politique des ressources humaines plus volontariste avec la mise en place d'un premier schéma directeur des ressources humaines pour la branche maladie ; c'est la première fois qu'au niveau de la branche sont partagés un corps de préconisations de politique des ressources humaines (rémunération parcours de formation ...) et un site de recrutement national.
- Une mise en place progressive d'une gestion plus responsable et plus durable caractérisée par plusieurs axes de progrès développés autour des thématiques de maîtrise des consommations d'énergie et de développement social.

Les efforts vont être poursuivis pour que l'organisation du réseau continue de progresser.

Plusieurs préalables sont toutefois à lever :

- des simplifications administratives doivent être mises en oeuvre pour soulager les services de tâches chronophages et sans réelle plus-value,
- dans le même sens l'outil informatique doit être très largement modernisé pour rendre un service plus complet et générer des gains de productivité.

La simplification administrative implique une analyse approfondie des grands processus d'activité et de gestion. La recevabilité des projets en la matière repose sur une double exigence : maintenir le niveau des prestations et services aux usagers et partenaires ; ne pas générer de surcoût. Par exemple, on voit bien les avantages d'une gestion par exception des droits des assurés, comme ceux d'une gestion plus unifiée simplifiée et plus rapide des revenus de remplacement.

La condition de ces évolutions repose sur leur intégration réactive dans nos systèmes d'information. Ces systèmes en fin de cycle, initialement conçus pour assurer une production de masse, étendus par ajouts successifs, communiquent difficilement entre eux. Ils ne sont plus adaptés aux nouveaux enjeux de pilotage des activités notamment en matière de service et de gestion du risque. Ils ne permettent pas d'instaurer une forme de dialogue interactif avec nos partenaires, nous privant ainsi de retombées positives en productivité. Pour exemple : notre difficulté à intégrer directement, sans re saisie, des documents dématérialisés. Dans le même sens, les utilisateurs des comptes en ligne attendent la mise à disposition de véritables télé-procédures qui permettent d'obtenir des formulaires sans intermédiaire, ce qui suppose notamment de favoriser l'évolution des architectures des bases de données actuelles.

Tout ceci ne sera rendu possible que grâce à une forte mobilisation de nos équipes, impulsée par une politique de ressources humaines adaptée.

Dans ce contexte en pleine évolution l'axe efficience de la COG pourrait se décliner en quatre propositions d'orientation :

- ***Faire évoluer l'organisation du réseau de l'Assurance Maladie***
- ***Développer une politique des ressources humaines adaptée aux enjeux***
- ***Promouvoir une gestion durable et responsable***
- ***Adapter nos moyens aux grands enjeux***

## **1 – Faire évoluer l'organisation de l'Assurance Maladie**

### 1.1 – Conforter la structuration du réseau

#### *1.1.1. Consolider le nouveau maillage territorial*

Sur la dernière période, l'organisation du réseau a évolué significativement afin de le rendre plus efficient et plus apte à faire face aux enjeux nouveaux de la branche maladie.

La fusion d'entités du réseau (caisses primaires et échelons locaux de service médical) a constitué une étape importante et permis d'adapter les implantations territoriales aux évolutions (sociales, économiques et démographiques) qui impactent la société française.

La création de 22 nouvelles entités à partir de 48 caisses a permis de mieux structurer le réseau pour garantir l'homogénéité des pratiques et l'équité du traitement des usagers sur le territoire et pour permettre une continuité et une régularité d'activité rendues plus difficiles dans les organismes de plus petite taille.

Les principes directeurs retenus, privilégiant l'échelon départemental et s'appuyant sur une taille utile de caisse, au regard d'un nombre de bénéficiaires en gestion, ont conforté la politique de proximité caractérisant notre réseau, dans la transparence pour nos publics. Sur ces bases et compte tenu du nombre de ses bénéficiaires actifs, le réseau de l'assurance maladie apparaît d'ores et déjà comme le réseau social le plus concentré (plus de 500 000 bénéficiaires actifs par organisme local).

La plus grande attention a été portée aux personnels acteurs de ce changement en privilégiant et en accompagnant la mobilité fonctionnelle. Pour autant, cette construction sera mise en oeuvre progressivement.

En effet, si la traduction opérationnelle des décisions politiques de création d'organismes s'est concrétisée :

- le 1er janvier 2010 avec la mise en place des nouvelles Cpm et ses conséquences juridiques et techniques,
- sur le 1er semestre 2010 avec la mise en oeuvre de l'ensemble des opérations de fusions informatiques, et de l'installation des instances représentatives,

ces travaux seront poursuivis courant 2010 et 2011 pour faire émerger les nouvelles organisations du travail.

Ces dernières, travaillées en amont avec les équipes locales, sont issues de choix pragmatiques et tiennent compte du contexte avec un double enjeu :

- remplir nos missions de façon plus efficiente et répondre aux ambitions de la nouvelle COG sur les axes services et gestion du risque,
- veiller à accompagner le personnel dans le changement, à lui permettre de trouver sa place dans une structure rénovée et à construire avec lui la culture du nouvel organisme.

Ainsi ces nouvelles organisations devront être un gage d'homogénéisation et d'amélioration du service, de la progression des résultats en gestion du risque et une source d'innovation pour l'ensemble de l'Assurance Maladie.

### ***1.1.2 Faire évoluer l'organisation de l'informatique pour mieux répondre aux enjeux de la période***

L'Assurance Maladie doit sans cesse adapter son outil informatique pour relever de nouveaux défis, en apportant des réponses rapides et efficaces aux évolutions législatives, réglementaires et conventionnelles, nombreuses, et en développant de nouveaux services en direction de nos publics. La complexité du pilotage de cette évolution est encore renforcée si l'on ajoute qu'il s'agit de faire évoluer une architecture applicative conçue initialement pour délivrer des remboursements de masse qui a fait l'objet de modifications successives sédimentarisées en un système d'information réactif permettant de répondre aux enjeux de la gestion du risque, des services dédiés et de l'efficacité.

C'est pour répondre à ces objectifs que la branche doit se doter d'un schéma directeur du système d'information à la fois ambitieux, précis et cohérent en termes de moyens, d'organisation et réaliste en termes de programmation.

Riche d'environ 1500 compétences et d'une expertise technique éprouvée, le domaine des systèmes d'information est susceptible de mieux répondre aux attentes des utilisateurs pourvu qu'il puisse disposer des conditions de travail et d'organisation les plus adaptées et des cycles de perfectionnement indispensables pour mieux prendre en compte les évolutions technologiques. Cependant, à ce jour les compétences en matière informatique sont réparties sur 19 sites géographiques. La conception, l'assemblage, la vérification et la validation de nouveaux programmes nécessitent des efforts importants de coordination, de concertation et de déplacements fortement consommateurs de temps utile et d'énergie.

De la même façon, la nécessité de revoir la répartition, aujourd'hui uniforme, des missions confiées aux centres de traitement informatique, émerge progressivement.

La réflexion doit être ouverte dans la période pour élaborer, avec les acteurs de terrain, la méthode pour atteindre une organisation optimale, en définir le rythme progressif et poser les voies et moyens de garantir les intérêts de chacun.

### ***1.1.3 Renforcer la coordination régionale de la gestion du risque***

En 2006, le Directeur Général de la CNAMTS, en application des textes relatifs à l'organisation du réseau et conformément aux orientations approuvées par le Conseil, a confié à un directeur, au sein de chaque région, une fonction de coordination régionale de la gestion du risque.

Cette organisation qui a pris de l'ampleur, avec notamment le rattachement de la lutte contre la fraude, a permis une meilleure coordination des actions en région et l'obtention de résultats avérés, tant pour la maîtrise médicalisée que pour le contentieux et la lutte contre la fraude. Elle a favorisé la synergie du travail des différents acteurs des réseaux médicaux et administratifs. Cette évaluation positive, partagée avec le réseau, a montré cependant la nécessité de structurer davantage cette coordination notamment grâce à :

- un pilotage renforcé de la CNAMTS, en liaison avec les autres régimes membres de l'UNCAM

- l'affectation de moyens dédiés à cette fonction de pilotage

Face à la nécessité de mieux répondre aux enjeux de la période – actions de gestion du risque plus nombreuses sur l'ensemble des champs ambulatoire et hospitalier, nécessaire coordination en région pour un dialogue fructueux avec l'ARS – c'est une véritable direction régionale de la coordination de la gestion du risque qui est mise en place.

L'ensemble des directeurs de la région, associés au débat dans le cadre du comité de direction régional, sont naturellement parties prenantes de l'action collective.

Le directeur coordonnateur régional est le référent régional de la branche et l'animateur de l'activité de gestion du risque et de lutte contre la fraude. C'est l'interlocuteur du régime général auprès du directeur général de l'ARS, conformément aux dispositions de la loi Hôpital Patients Santé Territoires.

Il coordonne l'action des organismes et services du régime général de l'Assurance Maladie en région en organisant la mise en œuvre des programmes nationaux de gestion du risque et de lutte contre la fraude ainsi que celle des actions complémentaires régionales.

A ce titre, il garantit la cohérence des plannings et le bon déroulement des actions sur le terrain grâce à la mobilisation de tous les acteurs. Il propose la contractualisation des moyens en tant que de besoin. Il est responsable des résultats de la région et de leur mise à disposition de la caisse nationale.

Il prépare les propositions d'actions complémentaires de gestion du risque avec ses collègues du régime général et des autres régimes et facilite leur intégration dans le cadre de la préparation du plan régional de gestion des risques prévue par la loi et les textes réglementaires, avec le directeur général de l'ARS.

Il assure la représentation du régime général de l'Assurance Maladie vis-à-vis du directeur général de l'ARS comme vis-à-vis de ses collègues référents des deux autres régimes appartenant à l'UNCAM (directeur régional du RSI, directeur de l'association régionale des caisses de MSA) dans le cadre du collège régional de l'Assurance Maladie.

Cette organisation mieux structurée permettra enfin des échanges plus réactifs entre le niveau national et le réseau en prenant en compte tant les éléments du contexte national que des contextes locaux, sans remettre en cause la responsabilité des organismes locaux sur leurs résultats au regard des moyens dont ils disposent.

Les coordonnateurs régionaux devront, parallèlement, veiller à l'information rapprochée des conseillers de l'assurance maladie membres du conseil de surveillance de l'ARS et des directeurs d'organismes d'assurance maladie membres des conseils de surveillance des établissements de soins, et des Présidents des Conseils des organismes du régime général de la Région.

## 1.2 – Mieux travailler collectivement

### ***1.2.1 Prolonger la démarche de mutualisation***

Du constat partagé de la nécessité d'éviter les redondances dans un cadre sous contraintes et d'homogénéiser la performance du service public, un important mouvement de mutualisation a été initié dès la fin 2005.

Cette démarche conduite de manière pragmatique a permis aux régions d'initier les projets leur apparaissant les plus pertinents au regard de leurs objectifs et de leur contexte local.

Cette dynamique sera poursuivie en laissant de l'initiative au réseau sur la base d'orientations plus affirmées de la Caisse Nationale à partir des enseignements des 3 années en intégrant les évolutions d'activités prévues dans le projet de l'Assurance Maladie.

Pour ce faire, elle s'appuiera sur un diagnostic partagé en région (CPAM, DRSM, CARSAT) objectivant la performance sur les différents processus de gestion. Il permettra de définir des axes de mutualisation pertinents pour accroître l'efficacité et atteindre les objectifs de la branche dans des conditions optimales tant pour les usagers que pour le personnel.

Construit avec les acteurs du terrain un outil d'aide à la décision permettra à chaque organisme en les croisant :

- d'analyser pour les principales activités les résultats des organismes sous l'angle quantitatif et qualitatif
- d'identifier en perspective les ressources humaines disponibles sur la COG (départs en retraite, remplacements programmés, compétences réparties en région (pôles d'expertise...))

Dans tous les cas la stratégie de mutualisation doit être mise en œuvre en veillant :

- à distinguer les activités qui font sens en proximité au regard de la stratégie de l'Assurance Maladie (Accueil, parcours attentionnés, action des DAM et des Conseillers Informatiques Service ..... ) et celles qui peuvent être gérées à distance (en identifiant les liens à conserver avec les autres processus, le front office...),
- à ce que la responsabilité des résultats reste prioritairement celle des organismes locaux, de manière à conserver la culture d'entreprise déconcentrée et de responsabilité des directeurs d'organismes et d'échelons locaux,
- à ce que l'intérêt du travail demeure pour les équipes et que les parcours professionnels soient garantis au sein des organismes,
- à ce que l'analyse des processus se fasse sur le périmètre médico-administratif afin que les organisations des CPAM et des ELSM soient bien articulées.

### ***1.2.2. Développer des processus médico-administratifs transversaux***

Les publics de L'Assurance Maladie expriment une exigence accrue de qualité de service dans un contexte contraint. La relecture de ses processus de gestion, dans une logique médico-administrative, est un levier important d'amélioration de la performance pour :

- optimiser l'utilisation du système de santé,
- mieux répondre à la diversité des attentes des assurés et partenaires,
- faciliter leur accès aux droits,
- enrichir les parcours professionnels et favoriser l'implication des collaborateurs,
- profiter pleinement des évolutions technologiques.



Dans ce contexte, les améliorations potentielles ne reposent pas sur une évolution de l'organisation du réseau, mais plutôt sur celle de ses processus de travail intégrant davantage dans un continuum les compétences administratives et médicales.

C'est pourquoi, un travail de révision des processus opérationnels partagés doit être mis en oeuvre pour obtenir des gains sur la qualité de service, la maîtrise des risques et la gestion du risque.

### **1.2.3. Préparer une certification du réseau**

Tous les organismes se sont engagés et impliqués dans la mise en oeuvre d'une démarche de certification mais avec des modalités hétérogènes selon les organismes :

- Une démarche commune pour les CARSAT et CTI a été initiée avec la réalisation d'un référentiel national représentant un cadre méthodologique mais chaque organisme gère individuellement son certificat.
- Les DRSM sont titulaire d'un certificat national, portant sur le contrôle des prestations et des relations avec les assurés et l'accueil.
- Pour les CPAM, et les CGSS, chacune d'elles a développé son propre système qualité et gère individuellement son certificat.

Aujourd'hui, le bilan de la démarche fait émerger des bénéfices certains, notamment en matière de structuration des organisations, de renforcement du pilotage de la qualité des services rendus et une bonne culture d'amélioration continue.

Cependant les limites identifiées invitent à revisiter le dispositif pour déterminer ses voies de progression :

**A court terme** : procéder à une analyse plus approfondie des démarches de certification déjà engagées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), les Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS), le Service du contrôle Médical (SM), les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) et les Centres de Traitement Informatique (CTI).

Les enjeux sont multiples et cette orientation répond à plusieurs objectifs :

- Renforcer la qualité et l'homogénéité de l'offre de service
- Simplifier et intégrer l'ensemble des démarches de maîtrise des risques. Ces dernières nécessitent une mise en cohérence et une intégration dans un dispositif global pour améliorer la lisibilité de nos actions et faciliter leur déclinaison opérationnelle.

Les premiers travaux engagés dans cet esprit, sur les Plan de Maîtrise Socle, sont à poursuivre.

- Accompagner l'organisation du réseau et renforcer la performance.

**Pour le moyen terme** : identifier les conditions d'amélioration qui permettraient de générer une meilleure efficacité du système. La CNAMTS recherchera une harmonisation progressive des systèmes issus des démarches individuelles de certification. Pour ce faire elle examinera avec chaque entité du réseau les champs couverts et les perspectives d'extension prévues par les équipes de direction.

**A plus long terme** : la réflexion permettant d'évoluer d'une démarche individuelle vers une démarche collective sera conduite par le réseau au sein du Comité National de Gestion.

#### ***1.2.4. Proposer des simplifications réglementaires***

La mise en œuvre de simplifications administratives représente un enjeu important à deux titres :

- démarches facilitées pour les assurés,
- amélioration de l'efficacité de gestion interne.

En effet, lorsque le nombre et la complexité des formalités administratives sont excessifs, les obstacles inutiles se multiplient et nuisent à la primauté du droit et à l'efficacité économique.

Deux exemples sont caractéristiques des enjeux en cours :

- le cas des indemnités journalières
- le cas de la gestion des droits

##### ***Les indemnités journalières***

L'indemnité journalière est destinée à compenser la perte de salaire ou de revenu occasionnée par la maladie ou l'accident.

Le calcul d'une indemnité journalière maladie maternité/paternité, basé sur les trois derniers salaires précédant l'arrêt de travail, est actuellement dépendant de la transmission des données salariales par l'employeur; les demandeurs d'emploi ou travailleurs à faible activité doivent fournir des bulletins de salaire ou tout autre document relatif à une activité (chèques emploi service, cachets..) ainsi que les preuves de leurs indemnisation et inscription continues (chômage). Lorsque l'activité est moins régulière, le calcul s'effectue sur 12 mois et nécessite des pièces complémentaires.

Les difficultés rencontrées par les caisses dans l'acquisition des informations nécessaires à la liquidation de l'indemnité journalière ne permettent pas l'atteinte de l'objectif qui est un règlement à l'assuré en moins de 30 jours.

Par ailleurs, l'acquisition et le traitement des données mobilisent d'importants moyens humains pour gérer ces cas complexes.

##### ***La gestion des droits***

La mise en œuvre des nouvelles règles de gestion des droits soulève des incompréhensions voire des inquiétudes pour les assurés et des difficultés de gestion pour les organismes en dépit des efforts déployés.

En effet, le suivi administratif des situations individuelles, s'il est réalisé de façon exhaustive, conduit les caisses à enregistrer de très nombreux changements de situation individuelle au plus près de la situation de vie des assurés, dont la très grande majorité ne se traduit in fine par aucun changement de droits pour les personnes concernées mais par un accroissement des formalités administratives.

En effet, les situations de vie concernées ne pouvant être intégralement explicitées par les nombreux échanges de fichiers mis en œuvre par les organismes sociaux, le suivi administratif exhaustif des situations individuelles conduit à solliciter inutilement des populations d'assurés relativement importantes.

De plus, la précarisation de certains parcours professionnels consécutive à la crise économique qui n'a pas épargné la France a mis en évidence la nécessité de disposer, pour les travailleurs précaires, de nouvelles sécurités dont le droit universel à l'assurance maladie est à l'évidence un des piliers fondamentaux.

Dans ce contexte, une réflexion doit impérativement être engagée avec les pouvoirs publics pour réformer les modalités administratives de suivi des situations individuelles orienté vers un suivi dédié des situations exceptionnelles dans lesquelles les droits sont liés à contribution ou doivent être fermés (assurés hors du territoire, rentiers qui participent spécifiquement à l'effort contributif).

Par ailleurs, la validation des droits des assurés pour une période plus longue conduirait à mieux tenir compte des aléas de la vie professionnelle dans une conjoncture économique défavorable. Une attention particulière devra être apportée aux bénéficiaires du RSA socle et aux salariés travaillant moins de 1200 heures par an. De même, une réflexion semble devoir être engagée sur la notion d'ayant droit majeur au regard des droits propres à l'assurance maladie de tout citoyen résidant régulièrement sur le territoire national.

### 1.3 – Capitaliser sur les nouvelles technologies

#### ***1.3.1 Intensifier la dématérialisation des procédures***

La dématérialisation des documents papier reçus par l'Assurance Maladie sera généralisée à partir du déploiement de l'outil de gestion électronique des documents (GED) et de workflow DIADEME. De même le développement de la lecture assistée de documents (LAD) sur les prestations qui restent encore aujourd'hui liquidées manuellement sera étudié.

Cette dématérialisation facilite et sécurise la circulation de l'information pour son traitement par les services experts ainsi que l'archivage des données et la sélection d'informations pertinentes pour la gestion du risque.

Dans le même temps, l'injection en amont des données dématérialisées par des tiers (EDI) et des téléservices dans la solution DIADEME sera recherchée, de même qu'en aval l'injection de certaines données d'identification dans les outils de production.

Le choix des processus intégrant l'outil DIADEME sera priorisé en fonction des retours sur investissements attendus.

L'efficacité de l'Assurance Maladie, en matière d'offre de service aux usagers et partenaires (assurés, professionnels de santé et employeurs) et de traitements internes, est renforcée par le développement actuel et futur de téléservices, de gamme étendue, répondant de mieux en mieux aux attentes spécifiques de segments de populations bien identifiées.

S'ils ne peuvent être la réponse unique en matière de services dédiés, les téléservices permettent une mise à disposition progressive de services accessibles à tout moment par les assurés internautes : édition de documents en ligne immédiatement, saisie ou fourniture d'informations sous forme dématérialisée. Des automatisations de traitement (via les comptes ou un serveur vocal interactif, liés aux téléservices) et des échanges directs entre différents systèmes (EDI to EDI) contribuent également à leur accélération de façon plus efficiente.

Non seulement les téléservices permettent une meilleure offre aux usagers en promouvant l'image de l'Assurance Maladie, mais aussi celle-ci vient réduire le nombre des opérations internes de saisie, de circulation de documents et de stockage.

Cette efficacité, externe et interne, sera accrue par des mesures de simplification administrative et par la prise en compte de pièces justificatives dématérialisées pour favoriser une administration en ligne.

En corollaire, les échanges par email se multiplient. Pour faire face à leur accroissement, l'Assurance Maladie investit dans une gestion industrialisée mise en place par des plateformes régionales.

Cet outil, à partir d'une bibliothèque nationale, proposera des réponses adaptées, un routage des flux optimisé et une foire aux questions.

Cette centralisation des traitements des emails permet de réduire les coûts liés aux implantations, aux formations, au déploiement de l'outil.

Des bornes multiservices multipartenaires seront également déployées dans les organismes, en façade ou dans des lieux extérieurs. Celles-ci, assises sur des technologies Web, vont permettre de démultiplier l'accès aux téléservices et à Internet, tout en proposant une offre complémentaire au recours aux accueils physiques. L'option visio accueil des bornes pourra enfin compléter l'offre, tout en garantissant la présence modernisée de l'Assurance Maladie dans des zones isolées.

In fine, le développement des échanges liés aux téléservices, au serveur vocal interactif, aux emails, aux bornes, peut permettre d'envisager une meilleure qualité de service par la régulation des flux physiques et téléphoniques. Des partenaires participeront à ces implantations externes, ce à coûts maîtrisés.

La recherche d'une industrialisation des impressions des courriers sortants doit mobiliser les centres informatiques en utilisant les outils CLOE et la chaîne éditique Esope. Ceci permettra, pour l'affranchissement, d'alléger le coût des décomptes papier et de financer la montée en charge des envois de codes aux assurés et le déploiement des nouveaux services en santé.

### ***1.3.2 Améliorer le fonctionnement du système d'information***

Pour l'utilisateur interne ou externe, c'est un truisme que de dire que l'outil informatique doit être d'un usage simple pour être attractif et générateur de productivité. Il en va ainsi tant pour le professionnel de santé que pour l'entreprise qui doit trouver un intérêt à substituer au support papier l'utilisation de vecteurs dématérialisés : réaliser des démarches en dehors des

heures d'ouverture des services, bénéficier d'outils d'aide à la décision ou avoir la garantie d'un traitement plus rapide.

De la même façon le technicien de l'Assurance Maladie doit pouvoir prendre en compte ces informations dématérialisées sans ressaisie aucune, par le biais d'injecteurs directs, et concentrer ainsi son effort sur des tâches à plus grande valeur ajoutée que l'enregistrement des données. L'évolution des outils de la relation usager doit de plus offrir un panorama répondant plus complètement aux demandes des publics.

Enfin l'assuré et le gestionnaire de dossiers partagent un intérêt commun à voir simplifier et mieux prendre en charge certaines formalités. Ainsi en va-t-il des opérations de mutation à la suite d'un déménagement qui sont encore difficiles, quels que soient les efforts déployés pour masquer la complexité, compte tenu de notre organisation en bases de données indépendantes par caisse.

Les orientations dans le domaine des systèmes d'information devront prioritairement développer les programmes permettant d'alléger les tâches des agents et d'accroître l'efficacité et l'efficience du service rendu aux usagers.

## **2. Développer une politique RH adaptée aux enjeux de l'Assurance Maladie**

La période 2010-2013, au cours de laquelle près de 9.000 collaborateurs pourraient, à périmètre législatif stabilisé, partir à la retraite, nécessite à la fois :

- d'approfondir et d'ancrer une politique de recrutement prenant en compte le nécessaire tuilage de compétences mais aussi l'obligation de repérer les profils adaptés à de nouvelles missions,
- d'engager une politique de mobilité interne qui réponde aux aspirations des salariés et aux besoins de l'Assurance Maladie, grâce notamment à une adaptation des dispositifs de formation,
- de permettre des recrutements externes pour faire face à des besoins spécifiques.

Le déploiement durant la période 2010-2013 du système d'information des ressources humaines (SIRH) apportera au réseau de nouvelles fonctionnalités, en particulier par la mise à disposition d'informations qualitatives et quantitatives issues d'un système de gestion des ressources humaines rénové.

Enfin, l'Assurance Maladie poursuivra son engagement dans une politique socialement responsable au sein du plan cadre initié par l'UCANSS afin d'intégrer, dans chaque processus de gestion des RH, une démarche de non discrimination et de lutte contre les risques psychosociaux.

### **2.1. Approfondir avec le réseau une politique de recrutement, de formation et de mobilité interne favorisant les parcours professionnels**

L'Assurance Maladie va poursuivre une politique visant à apporter sa contribution à l'amélioration de l'efficacité du système de soins et à offrir des services de qualité toujours mieux adaptés aux besoins de ses publics.

La réussite de ces objectifs s'inscrit dans un environnement de ressources contraintes, marqué par des départs à la retraite mais aussi des recrutements.

Ces éléments de contexte, dont les conséquences sont de plus en plus prégnantes pour les organismes, impliquent qu'une réflexion soit menée pour identifier et évaluer les ressources et les profils utiles afin de déterminer le mode de recrutement le plus adapté.

L'évolution des missions, les changements d'organisation sont à l'origine de profondes modifications dans les méthodes de travail et les pratiques de management. Le recrutement et la formation des cadres de l'Assurance Maladie seront adaptés à cette nouvelle configuration.

#### ***2.1.1. Identifier, en interne, les profils les mieux adaptés aux nouvelles missions de l'Assurance Maladie***

Les orientations de gestion du risque comme celles du service mettent en exergue une évolution des missions et l'émergence de nouveaux métiers.

Il faut capitaliser sur la méthode mise en œuvre sur la période antérieure. Ainsi l'Assurance Maladie a su mettre en place :

- des relations plus fluides avec les assurés grâce à l'optimisation des plateformes de services. Des télé-conseillers ont été recrutés et mieux formés à ce nouveau service,
- des relations professionnelles régulières avec les « offreurs de soins » grâce au développement de la formation des délégués de l'Assurance Maladie.

Ceci a été rendu possible en mixant des recrutements externes et internes soutenus par des formations qualifiantes. Dans cette dernière hypothèse, des agents de l'Assurance Maladie expérimentés désireux d'exercer un nouveau métier ont été identifiés et mis en capacité de le faire.

Désormais, la réflexion doit prioritairement être engagée sur :

- les métiers de la relation allant de l'accueil téléphonique à l'accueil physique et intégrant les nouveaux modes de relation comme les courriels,
- les métiers prenant en charge les services en santé (conseillers en santé, accompagnant de la sortie d'établissement hospitalier),
- les métiers du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude.

L'objectif est de disposer pour chacun de ces métiers identifiés comme prioritaires d'un référentiel de compétences, permettant de repérer les profils adaptés en vue d'un recrutement. De plus, pour ces métiers nouveaux, une plage de rémunération sera proposée pour garantir l'harmonisation des pratiques.

### ***2.1.2. Evaluer les ressources disponibles et engager une politique favorisant la mobilité interne et les formations qualifiantes***

Le personnel de l'Assurance Maladie se caractérise par sa stabilité dans l'institution, voire dans le même organisme.

Celle-ci n'est pas un obstacle à la capacité d'adaptation si le personnel a la possibilité de se projeter dans un parcours professionnel.

En contrepartie, l'employeur doit s'engager délibérément dans une politique de mobilité interne, possible grâce à une politique de formation adaptée.

D'une manière générale, la CNAMTS s'engage à :

- mettre à la disposition du réseau des référentiels de compétences pour les métiers de la relation de service, des services en santé, du contrôle contentieux et du management,
- quantifier les besoins par organisme,
- identifier des parcours professionnels et des passerelles entre les métiers,
- adapter et améliorer l'offre de formation institutionnelle pour la rendre opérationnelle et conforme aux besoins de l'Assurance Maladie.

### *Un développement maîtrisé du télétravail*

Les effets positifs du télétravail, relevés par les études internationales et les préconisations des pouvoirs publics, en contexte de forte évolution des technologies et des organisations, rendent pertinentes ses expérimentations.

Les conditions de sa mise en œuvre reposent sur une évaluation approfondie des modalités d'exercice et des résultats obtenus tant pour les salariés volontaires concernés que pour l'exercice de nos missions.

Son introduction, dans un cadre juridique strict respectant le rôle des instances représentatives du personnel, doit traduire une opportunité de plus value pour le service public et ses salariés.

#### ***2.1.3. Définir une stratégie de recrutements externes adaptée***

L'expérimentation de l'accompagnement des patients diabétiques « sophia » a nécessité la mise en place d'une organisation spécifique fondée sur une complémentarité de compétences médicales et administratives.

Des conseillères en santé, disposant d'un diplôme d'infirmière et d'une expérience professionnelle, ont été recrutées sur la base d'un référentiel de compétences spécifique. Elles ont également bénéficié d'une formation adaptée à leurs nouvelles missions.

La généralisation et l'extension de ce dispositif d'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques repose sur une réflexion plus large sur les recrutements en fonction des profils de compétence requis et des bassins d'emplois concernés ainsi que sur la formation en capitalisant sur l'expérience acquise.

Un questionnement portera sur les parcours professionnels possibles pour ces personnels qualifiés.

Concernant les praticiens conseils, la CNAMTS poursuivra un travail déjà engagé, de développement des relations avec les facultés de médecine ayant pour objectif de faire connaître l'Assurance Maladie et le métier de praticien conseil aux étudiants en fin de formation universitaire. En effet, les premiers contacts montrent que les futurs médecins ne connaissent pas nos missions et ont une image plutôt négative du contrôle médical.

D'autres métiers exercés dans les organismes sont nécessairement recrutés à l'extérieur : ainsi les contrôleurs de gestion, les statisticiens et les juristes sont des experts à rechercher sur le marché de l'emploi et dans les écoles et/ou les universités.

Enfin, plus généralement, compte tenu des départs envisageables à la retraite, l'Assurance Maladie sera amenée à recruter des profils très variés pour assurer le remplacement des salariés assurant aujourd'hui la « production » ; ce sont donc de futurs techniciens de l'Assurance Maladie qu'il sera indispensable de rechercher.

Afin de faciliter les recrutements externes qui restent indispensables, notamment pour intégrer certaines expertises mais aussi pour favoriser la diversité et pour maintenir un niveau de qualité constant, la CNAMTS développera une communication « employeur » destinée à faire



mieux connaître ses missions et la grande variété des parcours professionnels offerts par l'assurance maladie.

#### ***2.1.4. Renforcer la politique de gestion et de développement des équipes dirigeantes et des hauts potentiels***

Dans une période de mutation des organisations, d'appropriation d'une culture de résultats, d'une exigence accrue de l'efficacité, les équipes de direction au sens large sont très sollicitées. Celles-ci doivent avoir la possibilité de multiplier les expériences non seulement pour développer leurs compétences mais également pour diffuser largement les bonnes pratiques entre organismes.

De ce fait la Caisse Nationale doit avoir une meilleure connaissance des potentiels, et doit être en capacité de leur proposer des évolutions, en renforçant la mobilité des cadres dirigeants et les dispositifs d'accompagnement à la prise de fonctions individuels et collectifs.

#### **2.2 Déployer le nouveau système d'information des ressources humaines (SIRH)**

La précédente période de COG a été mise à profit pour définir un nouveau SIRH construit autour de trois modules. Ont été mis en chantier :

- le remplacement de l'outil de paie et de gestion administrative GDP par GRH, outil de la branche famille,
- la mise à disposition d'applicatifs pour la gestion des compétences (ALINEA), pour la gestion de la formation (ALIFORM) et pour la simulation budgétaire,
- la réalisation d'un système décisionnel national

L'outil de paie est en cours de finalisation pour la branche maladie. Il est à ce jour déployé non seulement dans la branche famille mais aussi dans le recouvrement. Sa mise en oeuvre progressive pour remplacer GDP est proche. Fin 2010, deux sites expérimentaux fonctionneront.

Après la phase expérimentale, il s'agit de programmer la mise en oeuvre de cet outil GRH sur un ensemble de 140 organismes de taille et nature différente (CRAM, CTI, DRSM, 4 CGSS, l'UCANSS, la CNAMTS, 1 CCSS, 101 CPAM).

L'avancée des travaux sur le SIRH permet par ailleurs d'envisager la mise en oeuvre d'un outil de pilotage des RH entièrement rénové pour la fin de la période avec :

- la mise à disposition de l'applicatif de paie GRH, les modules de gestion des compétences, de formation, de pilotage...
- l'acquisition et le déploiement de l'outil décisionnel propre à l'Assurance Maladie.

#### **2.3. - Développer une politique de rémunération pour le réseau de l'Assurance Maladie**

La politique salariale de l'Institution est le résultat des négociations menées par l'UCANSS sur mandat des caisses nationales avec les partenaires sociaux et ensuite agréée par les pouvoirs publics. Parallèlement, la politique de rémunération des salariés de l'Assurance Maladie doit être consolidée. S'appuyant sur les conditions d'exercice des métiers, elle a pour

ambition de donner à tous les salariés de la visibilité sur leurs carrières, en dessinant des parcours professionnels cohérents.

La CNAMTS a la responsabilité de donner aux directeurs d'organismes des éléments de cadrage visant à une harmonisation des pratiques, rendue encore plus nécessaire dans le contexte spécifique des fusions.

Cet objectif sera poursuivi :

- en mutualisant la connaissance des pratiques de rémunération pour mettre surtout en évidence les lignes de forces de pratiques partagées et en soulignant les problèmes posés collectivement par un certain nombre de divergences,
- en complétant le corps de recommandations de la CNAMTS relatives à la rémunération de certaines catégories d'emploi.

Cette démarche de cadrage n'a été réalisée que pour les délégués de l'Assurance Maladie en 2007. En effet le domaine de la rémunération reste un champ de responsabilité spécifique des directeurs. Pour autant, une trop grande diversité de rémunérations pour un même métier selon l'organisme dans lequel il est exercé, serait mal compris par les salariés concernés et source de tension.

C'est pour apporter une vraie réponse que des préconisations seront élaborées avec des représentants du réseau, singulièrement pour la rémunération des « nouveaux métiers ».

La construction d'une politique de rémunération dans un environnement caractérisé par une grande variété des métiers exercés rend nécessaire l'utilisation de méthodes visant à rationaliser la démarche pour la rendre lisible et compréhensible par les salariés. Il est de la responsabilité de la CNAMTS de proposer une méthode de travail partagée par les organismes du réseau de l'Assurance Maladie.

### ***2.3.1. Proposer une méthode de pesée des emplois***

Deux méthodes de pesée des emplois sont actuellement expérimentées au sein du réseau de l'assurance maladie.

Ces deux approches sont fondées sur des critères permettant d'objectiver non seulement les difficultés rencontrées dans l'exercice d'un emploi donné mais aussi les compétences qu'il faut mobiliser. Elles permettent d'évaluer le poids des principaux emplois, de les comparer et d'examiner les rémunérations correspondantes

Elles donnent aux équipes de direction l'occasion de mener une réflexion collective et objective dans l'appréciation des emplois et des activités exercées dans l'organisme. Après expérimentation, au vu d'un bilan détaillé, la CNAMTS élaborera un outil de référence pour évaluer la pesée des emplois.

### **2.3.2. Harmoniser a priori les rémunérations des nouveaux métiers**

L'émergence de nouveaux métiers doit nous conduire à favoriser le recours à des échelles de rémunérations communes à l'ensemble des organismes du réseau. Cette réflexion globale permettra de donner aux salariés des organismes et aux futurs embauchés une vision claire de la rémunération offerte et des possibilités d'évolution.

Si l'on reprend l'exemple des conseillers en santé de l'expérimentation sophia, ils ont été embauchés avec un coefficient de qualification homogène. Cette pratique sera poursuivie lors de l'extension du dispositif après avoir tiré un bilan des observations formulées tant par les intéressés que par leur hiérarchie et en tenant compte de l'équilibre général de rémunérations dans les CPAM accueillant les plateformes sophia.

Cette démarche sera étendue aux autres nouveaux métiers en émergence dans la période. Ainsi en ira-t-il par exemple des coordonnateurs accompagnant le retour au domicile des assurés en sortie d'hospitalisation comme pour les « conseillers informatiques service ». Ceci est d'autant plus important si l'on veut à la fois maintenir une cohérence d'ensemble et faciliter le recrutement interne. Dans un souci de réalisme, il faudra conjuguer diversité initiale et recherche d'une harmonisation entre organismes.

C'est pourquoi, dès lors que des référentiels de compétences pour l'exercice de nouveaux métiers seront définis, la CNAMTS diffusera, après un travail conjoint avec le réseau, ces rémunérations cibles qui permettront une certaine souplesse d'interprétation tout en préservant une harmonisation des pratiques entre caisses.

### **2.3.3. Définir avec le réseau, des critères partagés pour les parcours professionnels les plus fréquents**

L'observation des rémunérations dans les organismes de la branche maladie montre que le nombre d'agents de niveau 3 de la classification collective reste élevé. Même si l'accord de rémunération conclu en 2004 a permis de redonner des marges d'évolution non négligeables, un certain nombre de salariés de niveau 3, aux compétences professionnelles reconnues, arrivent maintenant au maximum de leur coefficient de rémunération.

Indépendamment de la réflexion inter-branches sur la rénovation de la classification actuellement poursuivie, il est important de construire une réponse adaptée à cette situation au sein du réseau de l'Assurance Maladie.

C'est en fonction des orientations et des priorités d'actions de l'Assurance Maladie pour la période de la COG, que des règles de progression d'un niveau de qualification vers un autre seront posées, tout en tenant compte des marges de manœuvre financières disponibles. A cet égard une vigilance particulière sera apportée par le Conseil sur les principes de calcul de la masse salariale, de manière à permettre d'avancer dans l'équité par rapport aux autres branches de la sécurité sociale.

La méthode de pesée des emplois, évoquée plus haut, pourra bien entendu être utilisée pour alimenter la réflexion.

### **3- Promouvoir une gestion responsable et durable**

De par les finalités de sa mission d'assureur solidaire en santé, l'Assurance Maladie considère qu'une gestion responsable et durable de ses ressources constitue une ardente obligation.

#### **3.1 - Développer une politique d'entreprise socialement responsable**

L'élaboration par l'UCANSS, d'un plan cadre de développement durable a permis à l'Institution d'initier une réflexion sur le volet social de cette démarche.

La CNAMTS, a mis en place, en partenariat avec la branche retraite, des groupes de travail associant des organismes des deux réseaux afin :

- d'initier une réflexion dans l'ensemble du réseau,
- de mieux connaître les actions déjà réalisées, par exemple sur l'emploi des personnes en situation de handicap,
- de promouvoir l'emploi des seniors,
- de diffuser les bonnes pratiques notamment sur l'emploi des personnes en situation de handicap, les méthodes de recrutement innovantes, les mesures pour mieux garantir la santé au travail et se prémunir contre les risques psycho-sociaux.

Le réel engagement des organismes pour l'axe social du développement durable a pu ainsi être mesuré.

Ces travaux doivent maintenant être mis en cohérence, organisés, priorisés et « labellisés » pour franchir une nouvelle étape et ancrer la démarche dans la durée.

Dans ce domaine, le travail dans le cadre institutionnel est particulièrement adapté et la CNAMTS poursuivra son engagement auprès de l'UCANSS.

##### ***3.1.1. Intégrer une démarche socialement responsable dans les pratiques de recrutement, de formation et de promotion***

Qu'il s'agisse de l'emploi des personnes en situation de handicap ou des seniors, il est nécessaire d'exercer une vigilance particulière à trois moments spécifiques de la gestion des Ressources Humaines : le recrutement, la formation et les parcours professionnels.

Le degré d'implication des organismes lors de ces trois étapes clés de la vie des salariés détermine le niveau d'engagement dans une démarche de responsabilité sociale. Il doit se traduire dans des actions ciblées.

Ainsi les pratiques de recrutement seront utilement revisitées en privilégiant les compétences et savoir-faire.

Une démarche nationale sera engagée en un partenariat avec Pôle Emploi. « labellisant » des tests de recrutement adaptés aux besoins de l'Assurance Maladie.

Une réflexion sera menée pour faciliter l'accès des salariés les plus âgés à une formation mais aussi réellement bénéfique.

Une initiative comparable devra concerner les travailleurs handicapés.

Ce travail, à conduire avec l'UCANSS sur les méthodes pédagogiques, doit permettre à la Caisse Nationale d'atteindre son objectif d'augmenter sur la période la proportion de salariés seniors et handicapés.

Il devra s'accompagner de la mesure d'égal accès au parcours professionnel.

### ***3.1.2. Evaluer les risques psycho-sociaux et mettre en œuvre une démarche de prévention globale***

Les nouvelles modalités d'organisation du travail, l'évolution du réseau de l'Assurance Maladie pourraient engendrer, si l'on n'y prend garde, des situations de difficulté pour certains salariés. L'institution en conformité avec l'engagement des pouvoirs publics dans ce domaine met en évidence la nécessité de proposer une réflexion globale au réseau.

Des actions de prévention de la souffrance au travail ont été diffusées à l'ensemble du réseau. Souvent réalisées par les organismes pour répondre à une situation particulière, signalée par le médecin du travail, le CHSCT ou par l'encadrement, ces actions prennent des formes différentes : ponctuelles ou pérennes, individuelles ou collectives, associant ou non les partenaires sociaux.

La CNAMTS mettra à la disposition des directions des outils d'analyse pour caractériser et évaluer les risques psycho-sociaux, afin de réaliser avec l'ensemble des partenaires concernés, un diagnostic partagé. En effet, il s'agit d'une notion protéiforme et complexe, recouvrant de nombreuses réalités et dont la définition doit s'appuyer sur les travaux scientifiques et sociologiques déjà publiés.

Ces éléments de diagnostic intégreront notamment les travaux menés par la branche « risques professionnels » de la CNAMTS, et par l'UCANSS. La CNAMTS s'associera à l'étude qui va être engagée par l'UCANSS en 2010.

La CNAMTS diffusera au réseau, après l'avoir testé dans les organismes ayant fusionné, un guide comportant des préconisations pour construire un plan global de prévention des risques psycho-sociaux, afin de dépasser la logique de réponses ponctuelles à l'évènement.

Enfin, des échanges entre organismes pourront être organisés afin de favoriser le partage des expériences sur un sujet complexe et sensible.

### ***3.1.3. Développer la politique de lutte contre les discriminations***

Obligatoirement intégrée dans la démarche d'entreprise socialement responsable et en lien étroit avec la prévention des risques psycho-sociaux, la lutte contre les discriminations constituera pour l'Assurance Maladie une priorité d'action pour la période 2010-2013.

En effet, par son implantation sur l'ensemble du territoire, l'Assurance Maladie peut être considérée comme un employeur de proximité pour toutes les catégories de population. Des

organismes ont développé des stratégies pour recruter à compétences égales dans l'environnement immédiat.

De plus, la possibilité offerte de conclure des contrats de professionnalisation constitue une opportunité pour les jeunes non-diplômés d'intégrer une entreprise offrant de réelles possibilités de formation et de parcours professionnels. La caisse nationale, en lien avec l'UCANSS, encouragera les organismes à développer cette offre adaptée à l'intégration de jeunes.

Pour l'Assurance Maladie, la lutte contre les discriminations s'appuiera sur la communication relative aux métiers de l'Assurance Maladie qui sera déclinée par le réseau. Cette démarche n'a pas seulement pour objectif de recruter de «hauts potentiels» mais de montrer que l'Assurance Maladie est un employeur implanté sur l'ensemble du territoire, qui recrute des profils variés et qui offre des possibilités d'exercer des métiers divers, au service de la population.

Une attention particulière sera portée par la CNAMTS aux méthodes de recrutement pour promouvoir les bonnes pratiques.

Les organismes d'Assurance Maladie implantés dans des zones à forte densité de population fragilisée pourraient mettre à disposition de l'ensemble du réseau, après évaluation, des méthodes qu'ils ont développées pour surmonter les difficultés spécifiques.

Une évaluation de l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes en particulier pour l'accès à des fonctions d'encadrement supérieur et de direction doit être conduite régulièrement pour estimer les progrès réalisés et les marges de perfectionnement

### 3.2 – Poursuivre une politique immobilière dynamique

La politique immobilière de l'assurance maladie constitue un levier important d'évolution des services offerts aux assurés et un levier d'acceptation indispensable des adaptations d'organisation de son réseau. Elle est en conséquence indissociable du projet d'entreprise et ne saurait être élaborée ou déléguée à l'extérieur de la branche.

Ainsi, la finalité de la politique immobilière de l'Assurance Maladie est de disposer à terme d'un parc immobilier adapté aux normes d'accueil de nos publics et d'hébergement de nos personnels. Ce parc se doit d'être en adéquation avec les modes d'organisation. Son adaptation doit respecter un cadre maîtrisé des coûts d'investissement et de fonctionnement, avec le souci de son impact environnemental.

#### ***3.2.1. Redéployer des ressources immobilières en fonction des besoins actualisés pour chaque organisme du réseau***

La CNAMTS a développé, depuis plus de 10 ans, un outil de recensement analytique de patrimoine (RAP). Ce logiciel, permet de partager entre les caisses locales les données patrimoniales, dans une optique de gestion. Le recensement implique préalablement le calcul

in situ de ces surfaces utiles par un métrage exhaustif et consolidé principalement réalisé par les PRECI.

*- Mettre cet outil de recensement à la disposition des autres branches et régimes de sécurité sociale qui, par convention, en font la demande.*

L'Etat a souhaité posséder un recensement périodique du patrimoine des Branches et régimes de Sécurité sociale. Ayant développé un outil adéquat pour elle-même (RAPSODIE), la CNAMTS pourrait s'engager à le mettre à la disposition des organismes nationaux des autres branches et régimes, facilitant l'homogénéité des données à transmettre à l'UCANSS au niveau de l'interbranche et la mutualisation des développements.

*- Densifier l'occupation du parc immobilier en fonction des ratios comparables à ceux exigés pour les services de l'Etat en tenant compte des spécificités d'accueil et d'archivage.*

A partir de l'outil mis à disposition par la CNAMTS et de son utilisation par les caisses, notamment de la Région Parisienne et des grandes métropoles, cette démarche sera généralisée par l'actualisation des SDIL des caisses.

La CNAMTS veillera autant que faire se peut à l'atteinte d'objectifs de densification d'occupation des locaux comparables à ceux fixés pour les services de l'Etat (12 m<sup>2</sup> utiles nets par agent logé).

*- Poursuivre la cession des éléments de patrimoine devenus inadaptés*

L'optimisation du patrimoine peut conduire à l'abandon de locations voire à la vente d'immeubles. Souvent il s'agit plus particulièrement de centres de 500 à 1000 m<sup>2</sup> dont les surfaces de « back office » deviendraient, au gré des réorganisations, sous occupées. Leur cession constitue une opportunité de relogement dans des locaux plus adaptés, générant une amélioration des conditions de travail du personnel et des diminutions de coût d'exploitation.

*- Valoriser les immeubles qui ne peuvent être cédés par la location des surfaces surabondantes.*

La densification peut conduire à louer des surfaces libérées à des organismes assurant une mission de service public

*- Renégocier régulièrement les baux de location avec les bailleurs.*

Une attention particulière devra être portée au renouvellement de ces baux en intégrant une phase de renégociation des tarifs ce mode opération dans la gestion immobilière locative.

### **3.2.2. Réhabiliter le parc immobilier et intégrer les exigences du développement durable**

57 % du patrimoine de l'Assurance Maladie est composé de bâtiments de plus de 30 ans. Des campagnes importantes de réhabilitation et de rénovation des immeubles ont été réalisés dans

les dernières années, cependant des travaux doivent être poursuivis notamment pour la mise en sécurité des personnes et des biens et la mise aux normes techniques.

Le recensement des besoins de travaux exprimés par les organismes du réseau de l'Assurance Maladie fait apparaître une estimation d'opérations très importante. Des choix devront être opérés

*- Privilégier les travaux de sécurité des personnes et des biens et de mise aux normes des éléments indispensables au fonctionnement des organismes.*

Un arbitrage est donc indispensable, pour hiérarchiser les projets en fonction de leurs urgences privilégiant bien évidemment la sécurité des personnes et la continuité du service.

*- Anticiper la nouvelle réglementation sur l'accessibilité.*

L'Assurance Maladie a fourni un effort important d'adaptation de ses immeubles aux objectifs d'accessibilité précisés par la Loi de 2005. Il convient de poursuivre cet effort pour se mettre en conformité avec la réglementation.

*- Réduire les consommations d'énergie par des travaux d'isolation du clos et du couvert, par des programmes de construction répondant aux exigences HQE ou BBC.*

Avec une facture énergétique de 24 M€, l'Assurance Maladie reste dans la moyenne nationale de consommation pour les immeubles tertiaires.. Cependant les diagnostics énergétiques réalisés appellent des travaux d'isolation et d'équipement thermiques et électriques plus économes en énergie.

Ceci n'est pas surprenant pour un patrimoine tertiaire constitué en grande partie dans les décennies 60 et 70, dans le cadre d'une réglementation technique peu exigeante en matière d'inertie thermique et particulièrement énergivore.

Un effort sera consenti dans le cadre des travaux de réhabilitation des sièges des caisses pour l'isolation du clos et du couvert avant même d'envisager d'intégrer plus avant les dernières installations fondées sur les avancées technologiques récentes.

C'est ainsi que l'on assurera une bonne prise en compte de ces impératifs dans le respect d'une enveloppe nécessairement limitée.

La logique de développement durable arrive à point pour consolider notre ambition de rénovation et de modernisation du patrimoine de la Branche.

Pour les constructions neuves, le recours à la « norme HQE » sera privilégié en tant que de possible.

L'intégration de la démarche de développement durable dans la politique immobilière de l'Assurance Maladie devrait produire des effets dits « gagnant/gagnant », du point de vue écologique et économique. Car l'opportunité des opérations doit être analysée en coût global, c'est-à-dire en considérant à la fois l'investissement du coût des travaux, l'élimination des déchets, la santé et confort des usagers, l'environnement et, bien évidemment, les dépenses de fonctionnement et d'exploitation sur le long terme.

*- Limiter la location de bâtiment sous indice de performance énergétique insuffisant.*



Une expertise préalable de la performance énergétique des bâtiments offerts à la location devra être systématiquement réalisée pour pouvoir signer un nouveau bail.

### ***3.2.3. Poursuivre l'accompagnement de la restructuration des accueils***

La politique d'optimisation des services de proximité doit être cohérente avec la politique publique d'aménagement du territoire, visant au maintien ou au développement de points d'accueil bien dimensionnés singulièrement dans les zones rurales et périurbaines fragilisées. Elle doit s'inscrire dans la durée, en tenant compte du tissu local, du bassin d'emploi, des conséquences sociales sur les conditions de travail du personnel déplacé.

Une meilleure connaissance des attentes des publics a permis de définir les besoins en matière d'accueil physique modernisé, avec un nouveau concept d'aménagement intérieur pour les différentes fonctions de l'accueil. Ce concept se déploie également en signalétique extérieure univoque propice à une bonne identification des centres, agences de proximité et points d'accueil.

Forte de ses 2800 points l'Assurance Maladie a conforté le principe des trois lignes d'accueil pour un service plus qualitatif et plus adapté aux besoins :

- Un premier niveau de libre service grâce à des bornes automatées
- Un deuxième niveau d'accueil rapide
- Un besoin nouveau d'accueil personnalisé

Il s'agit de poursuivre l'adaptation des points de contact en qualité et en nombre en fonction de l'attente de nos publics, avec l'ambition que dans chaque circonscription les accueils principaux soient adaptés progressivement à ces nouvelles normes.

### **3.3 - L'Assurance Maladie : une entreprise éco-responsable : pérenniser la démarche de développement durable**

L'Assurance Maladie est par nature un acteur socialement engagé. Elle apporte toute sa contribution à la préservation des ressources naturelles et à la réduction de ses impacts environnementaux. Pour ce faire, elle met en oeuvre les moyens d'obtenir une adhésion collective interne à sa démarche de développement durable, par la promotion et l'exemplarité.

#### *Améliorer la gouvernance de la démarche*

La démarche de développement durable est transversale et systémique, elle impacte l'ensemble des services et doit donc les mobiliser afin d'assurer une amélioration concrète des indicateurs du Plan cadre et une exemplarité des activités de l'Assurance Maladie. La bonne intégration de la démarche développement durable suppose une démarche de projet de branche et une mission clairement identifiée au sein de l'organisme notamment pour en assurer la transversalité entre services, et en planifier les actions à moyen et long terme.

*Suivre l'évolution des indicateurs environnementaux dans l'outil PERL'S par rapport aux objectifs du Plan cadre institutionnel*

Le Plan cadre institutionnel constitue la feuille de route commune à l'ensemble des branches de la Sécurité Sociale, et propose des indicateurs à suivre et des objectifs à atteindre afin d'évaluer les résultats obtenus et d'identifier les niches de performance. Il est donc important d'assurer un suivi régulier et fiable de ces indicateurs via l'outil interbranche PERL'S.

L'atteinte des résultats pour chaque cible identifiée par la Plan cadre passe par une appropriation de la démarche développement durable au niveau local. En effet, les organismes sont les mieux placés pour identifier les actions qui seront les plus pertinentes à leur niveau, en complément des actions identifiées et déployées au niveau national.

Les bonnes pratiques identifiées dans le réseau sont celles qui ont prouvé leur efficacité et obtenu de bons résultats, appliquées au contexte spécifique des activités de l'Assurance Maladie.

L'objectif de réduction des consommations d'énergie de 2% par an (plan national), est à la fois un enjeu environnemental majeur et un enjeu économique important.

Les préconisations des diagnostics énergétiques seront mise en œuvre dans ce cadre.

Compte tenu de sa représentativité sur l'impact environnemental le Bilan Carbone sera initié. Dans cette logique l'ensemble du personnel sera associée aux enjeux du développement durable par des actions de communication ciblées.

*Etre un acteur contractuel exemplaire*

Dans cette même optique les organismes veilleront à insérer des clauses environnementales et sociales dans tous les marchés qui le permettent.

#### **4 – Adapter les moyens aux grands enjeux**

L'Assurance Maladie doit continuer à faire progresser la qualité des prestations tant sur l'axe gestion du risque que sur celui du service. Parallèlement, elle doit mieux répondre à sa mission d'assureur solidaire en santé en développant de nouveaux services, mais aussi en prenant en charge dans les meilleures conditions les évolutions législatives et réglementaires. Ceci suppose de qualifier les moyens nécessaires pour accompagner ces ambitions, de mobiliser en temps et heure les éventuels gains de productivité, de bien identifier l'affectation des ressources.

##### **4.1 – Pour accompagner l'évolution de nos métiers**

Les engagements pris en matière de service en santé s'articulent autour de deux axes :

- L'accompagnement des patients chroniques
- L'accompagnement des patients à la suite d'un épisode aigu.

Pour l'accompagnement des patients chroniques, la généralisation de l'expérimentation sophia, annoncée par la Ministre, va nécessiter d'implanter de nouveaux centres, de les équiper et également de constituer de nouvelles équipes de conseillers en santé placés sous l'autorité de médecins conseil.

La sortie d'hospitalisation accompagnée, proposée à titre expérimental aux jeunes mères, devra être étendue aux suites d'opération pour éviter autant que possible des prises en charge coûteuses dans des structures spécialisées. Ceci suppose d'identifier dans les caisses primaires des personnels spécialement formés pour réaliser une mise en relation des assurés avec les professionnels de santé.

#### **4.2 – Pour assurer les évolutions législatives et réglementaires lourdes**

Trois d'entre elles méritent d'être mentionnées pour leur côté emblématique :

- La facturation individuelle à l'hôpital
- La montée en charge de Vitale 2
- La gestion des droits

La facturation individuelle à l'hôpital est un outil pour contribuer à renforcer l'efficacité de la dépense hospitalière. C'est aussi une évolution très forte dans le mode de remboursement, avec une explosion des volumes de factures à traiter et bien évidemment à vérifier, si l'on veut éviter une dérive liée à l'optimisation de cette tarification. Les lignes de traitement devront être singulièrement renforcées.

La montée en charge même progressive de la délivrance de carte Vitale 2 va nécessiter de renforcer les lignes de contact pour être en capacité de répondre aux interrogations des assurés, générées par un changement qu'ils n'auront pas souhaité, par la complexité ressentie par certains pour compléter un dossier.

Le dossier de la gestion des droits a été évoqué à plusieurs reprises. On relèvera l'effort d'autofinancement réalisé par la branche pour renforcer ses effectifs en 2009. Au-delà de nouvelles normes de simplification souhaitées et même des liaisons fiabilisées avec nos partenaires, un renforcement des effectifs n'est pas à exclure. Il restera en effet à instruire de nombreux dossiers d'assurés, ceux qui auront échappé aux mises à jour automatiques ainsi que ceux signalés pour mieux participer à l'effort contributif.

#### **4.3 – Pour prendre en charge de nouvelles missions exercées pour le compte de l'Etat**

De plus en plus les pouvoirs publics sollicitent le savoir-faire de l'Assurance Maladie pour lui sous traiter certaines activités, d'abord à titre expérimental puis pérenne. On peut citer les derniers exemples en date.

Le contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires qui mobilise beaucoup de temps praticiens conseil, la gestion de l'aide médicale Etat (AME) avec la fourniture d'une carte d'identification qui justifie un renforcement très important des accueils dans certaines circonscriptions.

Ces nouvelles fonctions, lorsqu'elles se pérennisent, nécessitent l'octroi de moyens complémentaires en rapport, sauf à accepter qu'elles soient exercées au détriment de la qualité et nos missions traditionnelles.

#### **4.4 - Mobiliser les gains de productivité**

L'Assurance Maladie est certainement l'un des services publics ayant réalisé les efforts d'efficience les plus importants sur les dix dernières années. Singulièrement dans l'institution Sécurité Sociale, c'est la branche qui a réduit notablement ses effectifs alors même que ses charges de travail progressaient. La comparaison vaut également par rapport aux trois fonctions publiques dont les effectifs ont continué de progresser dans des proportions différentes.

Dans un contexte contraint si la branche a conscience de la nécessité de gagner encore en productivité, les efforts qui doivent être poursuivis ne doivent pas mettre en péril l'amélioration de la qualité. Il convient de capitaliser d'abord sur les gains de productivité avant d'envisager des restitutions d'effectifs, rendues possibles à l'occasion de départ en retraite.

Des rendez-vous seront donc à fixer en fonction de la concrétisation des progrès de productivité liés à deux gisements principaux :

- La dématérialisation et la mise en œuvre effective de la contribution financière sur les FSP
- La simplification administrative

La dématérialisation vise essentiellement les relations avec nos publics : Feuilles de Soins Electroniques en premier lieu, mais aussi dématérialisation d'autres informations PSE, DSIIJ, etc....

La simplification administrative touchera les processus complexes pourvu qu'avec les pouvoirs publics nous puissions concrétiser les pistes de réflexions envisagées.

Les effets, on le comprend, seront rendus tangibles tout au long de la COG. C'est aussi pourquoi l'Assurance Maladie a capitalisé sur la période précédente en restituant, par avance, environ 1.400 emplois au-delà de ses engagements, solvabilisant de façon anticipée ses engagements sur la première partie de la période.

#### **Bien identifier la destination des crédits**

L'Assurance Maladie et singulièrement le Régime Général ont été mis à contribution pour permettre aux Agences Régionales de Santé de réunir les meilleures compétences sur l'organisation des soins et la prévention, 1.267 postes ont été transférés à ce titre.

De plus le Régime Général a été invité à prolonger l'effort en fournissant également 310 postes budgétaires et en apportant une contribution au fonctionnement. Dans un souci de clarté et de bonne gestion, il est indispensable que soient identifiés distinctement dans le Fonds National de Gestion, les crédits alloués aux entités du réseau et ceux dévolus aux agences sans que ces dotations ne puissent être réévaluées dans la période de la COG en l'absence d'un avenant spécifique.