

SÉCURITÉ SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**



AGIR ENSEMBLE PROTÉGER CHACUN

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2017

SOMMAIRE



0

INTRODUCTION

- P.1 Avant-propos
- P.2 Rencontre avec le directeur général
- P.4 L'Assurance Maladie en chiffres
- P.6 Retour sur l'année 2017
- P.8 Trois questions au président du Conseil



1

GARANTIR L'ACCÈS UNIVERSEL AUX DROITS ET PERMETTRE L'ACCÈS AUX SOINS

- P.10 Améliorer la prise en charge et diminuer le reste à charge pour les patients
- P.12 Faciliter l'accès aux soins pour tous et partout
- P.14 Permettre à tous de s'informer et faciliter les démarches



2

ACCOMPAGNER CHACUN DANS LA PRÉSERVATION DE SA SANTÉ

- P.18 Promouvoir les comportements favorables à la santé
- P.20 Soutenir les pratiques des médecins en matière de prévention
- P.22 Accompagner chaque assuré dans les situations difficiles ou particulières de la vie



3

AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

- P.26 Réguler les dépenses et veiller à la qualité des soins
- P.28 Favoriser la coordination pour une meilleure prise en charge
- P.30 Faire la pédagogie du bon usage et lutter contre la fraude
- P.32 Contribuer à la maîtrise des dépenses de santé



4

ENGAGEMENTS, RÉSULTATS ET GOUVERNANCE

- P.35 Interview du directeur financier
- P.43 Organigramme de la Cnam
- P.44 Composition des conseils et commissions

CARTE D'IDENTITÉ DE L'ASSURANCE MALADIE

Cnam

La Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) gère, au niveau national, les branches maladie et accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) du régime général de sécurité sociale. Tête de réseau du régime d'assurance maladie obligatoire en France, elle impulse la stratégie au niveau national, puis coordonne et appuie les organismes locaux qui composent le réseau. Ses travaux dans le domaine de la prévention, de la gestion du risque ou de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé sont renforcés par des actions de terrain. La Cnam assure également la gestion administrative de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) sous l'autorité du directeur général de la Cnam.

2 176 collaborateurs¹.

DRSM

Les directions régionales du service médical (DRSM) apportent leur expertise médicale dans le domaine de la gestion du risque : elles conseillent, accompagnent et contrôlent les assurés et les professionnels de santé. Elles disposent d'un échelon local auprès de chaque CPAM, constitué de praticiens-conseils (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) et de personnels administratifs.

20 directions régionales du service médical (DRSM).

102 échelons locaux du service médical (ELSM).

7 509 collaborateurs³.

^{1,2,3,4} Nombre de collaborateurs en CDI au 31/12/2017.

* En Lozère, il s'agit d'une caisse commune de sécurité sociale (CCSS) et, à Mayotte, d'une caisse de sécurité sociale (CSS). Comme les CGSS, ces organismes regroupent plusieurs missions du régime général de sécurité sociale.

**POUR CONDUIRE
SES MISSIONS,
L'ASSURANCE
MALADIE S'APPUIE
SUR UN RÉSEAU
DENSE ET PROCHE
DE SES ASSURÉS
ET PARTENAIRES
SANITAIRES
OU SOCIAUX,
INSTITUTIONNELS
OU ASSOCIATIFS.**

Ugecam

Les unions de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie (Ugecam) sont chargées de gérer les établissements sanitaires et médico-sociaux de l'Assurance Maladie. Elles sont regroupées au sein du Groupe Ugecam, qui est le premier opérateur de santé privé à but non lucratif, expert dans des domaines pointus : grands brûlés, obésité infantile, traumatismes crâniens et orthopédiques, pathologies médullaires, amputations.

13 unions pour la gestion des établissements des caisses d'Assurance Maladie (Ugecam).

248 établissements et services sanitaires et médico-sociaux de l'Assurance Maladie.

13 382 collaborateurs⁴.

CPAM et CGSS

L'Assurance Maladie dispose d'un réseau de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en métropole et de caisses générales de sécurité sociale (CGSS)* dans les départements et régions d'outre-mer. L'ensemble de ces organismes a pour mission d'affilier les assurés sociaux et de gérer leurs droits, de rembourser les frais de santé et de verser les revenus de remplacement d'assurance maladie et d'accidents du travail/maladies professionnelles, de développer des actions de prévention et de promotion de la santé, d'assurer une politique d'action sanitaire et sociale par des aides individuelles aux assurés et des aides collectives au profit d'associations.

102 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), **1** caisse commune de sécurité sociale (CCSS)*.

4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et **1** caisse de sécurité sociale (CSS)* à Mayotte.

52 909 collaborateurs².

Carsat et Cramif

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) gèrent les retraites des travailleurs salariés du régime général et l'action sociale à destination des retraités. Mais elles ont aussi des missions bien spécifiques autour du calcul et de la notification aux entreprises de leur taux d'accidents du travail (AT) et de maladies professionnelles (MP), et autour de la prévention des risques professionnels. La Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif) ne gère elle que les sujets liés aux AT/MP puisque, en Île-de-France, la gestion des retraités et de l'action sociale relève de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

16 caisses régionales et **4** CGSS en outre-mer,

11 000 collaborateurs dont **9 500** dédiés à l'aide aux victimes d'AT/MP,

et **900** préventeurs.

L'ASSURANCE MALADIE EN 2017

160
MILLIARDS
D'EUROS

DE PRESTATIONS
ONT ÉTÉ
REMBOURSÉS



+ DE 4 PERSONNES SUR 5
sont affiliées
au régime général

UN RÉSEAU DENSE ET PROCHE DES ASSURÉS

86 976

COLLABORATEURS
au sein de
484 ORGANISMES et
ÉTABLISSEMENTS
répartis sur l'ensemble du
territoire métropolitain et ultramarin



Près de
60 MILLIONS
DE BÉNÉFICIAIRES
soit 89 % de la population française



de son **PRODUIT INTÉRIEUR
BRUT (PIB)** à la **SANTÉ**,
ce qui nous place
au 5^e rang des pays de l'OCDE

L'offre des services des centres
d'examen de santé se déploie
sur près de

110 sites

en France métropolitaine
et en Guadeloupe

31 propositions pour 2018

dans le rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie 2018 dont 2 reprises dans la loi de financement de la Sécurité sociale

8 %

des dépenses restent
à la charge des assurés :
il s'agit d'**UN DES RESTES
À CHARGE LES PLUS
FAIBLES DU MONDE**



77 % DES DÉPENSES
DE SANTÉ
des assurés en France
sont pris en charge

UNE GESTION EFFICIENTE

2,90 %

c'est le ratio « charges de gestion
courante/prestations versées »
pour la branche maladie en 2017

Une signature, un cap

AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN

Le système de santé français est reconnu comme l'un des plus performants et des plus inclusifs au monde. Il doit aujourd'hui faire face à de nombreux défis : le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques ou encore le financement des innovations thérapeutiques.

Depuis plus de 70 ans, l'Assurance Maladie joue un rôle majeur au service de la solidarité nationale. Nos assurés sont fortement attachés à ce modèle et veulent croire en son avenir, ainsi qu'en sa capacité à répondre à leurs attentes et aux évolutions de la société. *Pour y parvenir, nous sommes convaincus que la clé de la pérennité du système de santé relève d'une responsabilité collective et réside dans l'implication forte de chacun de ses acteurs : régulateurs, professionnels de santé, établissements de santé, assurés, employeurs, institutions, associations de patients... Chacun a un rôle à jouer.*

Au centre du système, l'Assurance Maladie se mobilise pour *garantir l'accès universel aux droits et aux soins de tous, pour accompagner chaque assuré dans la préservation de sa santé et pour veiller à la soutenabilité du système de santé.* Avec comme mots d'ordre : *travailler en synergie* avec l'ensemble des acteurs et *améliorer sa performance* pour assurer la meilleure qualité de service possible.

La diversité de notre action trouve à se résumer à travers une mission fondamentale : *protéger durablement la santé de chacun, en agissant auprès de tous.* Cette raison d'être constitue le trait d'union entre les organismes d'assurance maladie, leurs métiers, leurs publics, ce qui les unit et les rassemble.

Universalité, solidarité, responsabilité et innovation sont les quatre valeurs qui nous guident au quotidien : *l'universalité*, parce que la santé est un droit inaliénable et que nul ne doit être oublié ; *la solidarité*, parce que chacun cotise en fonction de ses moyens, et reçoit en fonction de ses besoins ; *la responsabilité*, parce que nous sommes tous acteurs de l'avenir de notre système de santé ; *l'innovation*, parce que les besoins et les usages évoluent, et que nous traçons de nouvelles voies pour y répondre.

Chaque jour, nous conjugons les talents et les expertises de nos collaborateurs sur tout le territoire, et nous agissons en co-action avec tous nos partenaires. C'est ainsi qu'en agissant ensemble nous pourrions encore mieux protéger la santé de chacun. *C'est tout le sens de notre nouvelle signature institutionnelle, AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN.*



Rencontre avec

NICOLAS REVEL

—
Directeur général de l'Assurance Maladie

Le directeur général de l'Assurance Maladie fait le bilan de l'action menée en 2017 et dresse les perspectives pour 2018, qui est la première année de mise en œuvre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion signée avec l'État.

2

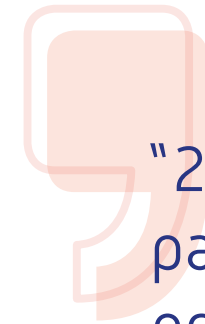
Tiers payant, recours aux soins, nombreux avenants conventionnels signés : quels sont les résultats qui feront date pour l'Assurance Maladie au titre de 2017 ? Et quelle est l'action qui, à vos yeux, symbolise le mieux l'année écoulée ?

2017 est une année marquée par de nombreuses et belles réussites, qui nous ont permis d'atteindre des objectifs sur lesquels nous étions attendus. Dans le domaine de **l'accès aux soins**, la généralisation du tiers payant pour les femmes enceintes et les patients en affection de longue durée a permis d'enregistrer une augmentation très importante de la pratique de cette dispense d'avance des frais. Nous poursuivons avec succès le développement des dispositifs incitant les médecins à modérer leurs dépassements : au terme de la première année, plus de 47 % des médecins de secteur 2, soit 12 260 médecins, avaient signé fin 2017 cette nouvelle option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), permettant aux patients d'être mieux remboursés. Par ailleurs, nous observons pour la cinquième année consécutive un recul des dépassements d'honoraires.

Dans le domaine de **l'accès aux droits**, le déploiement de l'accueil sur rendez-vous pour certains publics a permis d'accueillir 650 000 assurés aux situations complexes ou en relative fragilité. De plus, le dispositif de détection et de lutte contre le renoncement aux soins

lancé en 2014 sous la forme d'une expérimentation a été étendu en 2017 et sera généralisé fin 2018 à l'ensemble du territoire. Je suis particulièrement attentif au déploiement de cette démarche car elle s'inscrit au cœur de nos missions et fait sens pour l'ensemble de nos collaborateurs et partenaires. Enfin, nous accompagnons aussi nos assurés dans les moments particuliers de leur vie et aidons ceux qui en ont besoin à se réinsérer dans la vie professionnelle à travers les dispositifs de retour à l'emploi proposés par les établissements du Groupe Ugecam.

Cette année 2017 a également été exceptionnelle sur le plan de **la vie conventionnelle** puisque nous avons signé 16 avenants et accords, qui permettent de mieux valoriser le travail des professionnels de santé, mais aussi et surtout, d'améliorer l'accès aux soins et la prévention, de renforcer la pertinence des soins et d'améliorer la coordination dans la prise en charge des patients. Enfin, la rénovation de nombreux outils permettant à chacun d'être remboursé, d'accéder à ses droits et de s'informer plus facilement s'est approfondie grâce **au développement de téléservices** destinés aux assurés comme aux professionnels de santé : cela constitue un axe structurant de la relation de service. Notre convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 s'achève ainsi sur de très bons résultats en termes de qualité de service, et notamment de maîtrise de nos délais de réponse.



"2017 est une année marquée par de nombreuses réussites pour l'Assurance Maladie."

Tous ces progrès se font évidemment dans un cadre financier et avec des moyens contraints. Une fois encore, l'Assurance Maladie a contribué au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté par le Parlement. C'est une condition clé pour restaurer l'équilibre des régimes d'assurance maladie et, plus fondamentalement, assurer la pérennité de notre système de santé.

Quelles sont les priorités de l'Assurance Maladie pour 2018 ?

L'Assurance Maladie s'inscrit pleinement dans la nouvelle stratégie nationale de santé. Elle poursuit toutes les actions engagées autour de la pertinence des soins et en faveur de la prévention. Elle s'engage résolument dans la transition numérique avec le déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP), après trois années de préparation intensive par nos équipes. La mise en œuvre réussie du DMP constituera un engagement très fort de la part de l'Assurance Maladie en faveur de la coordination des soins et d'une meilleure information des patients. Enfin, nous nous inscrivons dans la **lutte contre les déserts médicaux** portée par le gouvernement en développant des approches innovantes comme la généralisation de la **télémédecine**. Nous devons aussi nous préparer à des échéances très importantes avec l'intégration des **travailleurs indépendants** au régime général (la Cnamts est d'ailleurs devenue la Cnam le 1^{er} janvier 2018), la suppression du régime des étudiants et la décision de certaines mutuelles de fonctionnaires de nous confier la gestion de l'assurance maladie obligatoire de leurs affiliés. Le nombre de nos assurés va ainsi progresser de 7 millions à l'horizon 2020.

Une nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) est signée avec l'État pour la période 2018-2022 : quelle Assurance Maladie dessine-t-elle ?

Il y a dans cette nouvelle COG **deux enjeux clés**. Le premier est le rôle et la place que l'Assurance Maladie devra prendre dans la mise en œuvre des grands chantiers de transformation du système de

santé qui vont s'intensifier dans ces prochaines années. Le deuxième grand axe est celui de réussir à faire face à l'adaptation de nos moyens de fonctionnement sans rien céder de nos ambitions et de notre efficacité tout en répondant aux aspirations de nos collaborateurs.

Nos assurés attendent de nous le maintien d'une haute qualité de service dans la gestion des droits et des prestations ; ils souhaitent aussi que nous soyons plus volontaristes, plus efficaces pour lutter contre tout ce qui freine encore leur accès aux soins. L'Assurance Maladie est également attendue dans sa capacité à développer la culture de la prévention et à accompagner les publics qui en ont le plus besoin, mais aussi dans la nécessaire responsabilisation de tous et la lutte contre le mésusage.

La COG ambitionne de répondre à ces attentes. **La qualité de service** doit continuer à progresser en offrant des délais plus courts et un traitement plus fiable des dossiers, en veillant tout particulièrement aux nouveaux assurés – travailleurs indépendants et étudiants – qui rejoignent le régime général cette année ou l'an prochain. Nous avons élaboré, en lien avec nos partenaires, une démarche de réduction du reste à charge en dentaire afin de permettre à tous les assurés de mieux se soigner. Elle s'inscrit dans la démarche 100 % santé engagée par le Gouvernement afin de réduire, voire de supprimer, le reste à charge en dentaire, optique et audioprothèse. Nous allons mieux **organiser l'offre de soins** dans les territoires pour libérer du temps médical aux professionnels de santé. La convention d'objectifs 2018-2022 porte aussi un **effort accru sur la prévention**, comme en témoigne la hausse des montants qui nous sont confiés au titre du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et du fonds tabac. L'amélioration de la **pertinence des parcours** de soins et le **renforcement de la politique de contrôle** constituent également des axes structurants de notre action et nous allons encourager fortement le **déploiement des innovations organisationnelles** via un nouveau fonds dédié. Ces défis, nos 86 976 collaborateurs, soudés par une fierté commune et un sens aigu de l'intérêt général, sont prêts à les relever. ●

3

L'Assurance Maladie EN CHIFFRES

1

**GARANTIR L'ACCÈS UNIVERSEL
AUX DROITS ET PERMETTRE
L'ACCÈS AUX SOINS**



**Améliorer la prise en charge et diminuer
le reste à charge pour les patients**

12 260

médecins de secteur 2
adhérents à l'Optam/Optam
chirurgie obstétrique (CO),
soit 47 % des médecins
éligibles (15 346 médecins
signataires, tous secteurs).

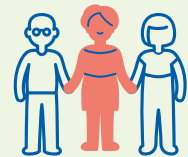
10 millions

d'assurés en ALD pris en
charge à 100 % et + 20 %
de pratique du tiers payant
en cas d'ALD et pour les
femmes enceintes.

**Faciliter l'accès aux droits et aux soins
et aller au-devant des publics fragiles**

6,6 millions

de bénéficiaires de la CMU-C
et de l'ACS.



**+de
110 000**

demandes de CMU-C
dématérialisées pour
les allocataires du RSA.

**Permettre à tous de s'informer
à tout moment et simplifier
les démarches**

266 millions

de visites sur le compte
ameli (soit 13 % de plus
qu'à fin 2016).

**+de
40 000**

médecins utilisent chaque
mois sur Espace Pro*
le protocole de soins
électronique qui simplifie
la procédure d'admission
en ALD.

* amelipro depuis début 2018.

2

**ACCOMPAGNER CHACUN
DANS LA PRÉVENTION
DE SA SANTÉ**



**Soutenir les comportements
favorables à la santé**

**+de
300 000**

personnes ont eu recours
aux traitements nicotiniques
de substitution remboursés
à hauteur de 150 euros par an.

**Promouvoir le dépistage
et éviter l'apparition des
maladies**

12 millions

de personnes (12 051 181)
ont reçu de l'Assurance Maladie
une invitation à se faire vacciner
contre la grippe, soit près de
500 000 personnes de plus
qu'en 2016.

**Accompagner les personnes
dans les moments particuliers
et/ou difficiles de la vie**

434 167

mamans ont adhéré en 2017
au service Prado pour les
accompagner à la sortie de la
maternité, ce qui représente
une naissance sur deux.

**+de
100 000**

visites d'entreprises,
1 million de personnes formées
et 50 millions d'euros d'aides
versées aux petites entreprises.



483 000

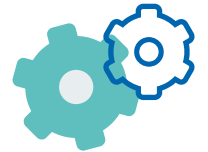
assurés ont bénéficié
d'un examen de prévention
en santé.

56 710

patients accompagnés par
le service Prado chirurgie
pour faciliter leur sortie
de l'hôpital en 2017.

3

**AMÉLIORER L'EFFICACITÉ
DU SYSTÈME DE SANTÉ**



**Réguler les dépenses et veiller
à l'efficacité des soins**

16

avenants et accords
conventionnels
signés en 2017.

31

propositions publiées dans le
rapport « Charges et produits
pour l'année 2018 » adressé
aux pouvoirs publics pour
réaliser 1,94 milliard d'euros
d'économies sur les dépenses
d'assurance maladie en 2018.

**Favoriser la coordination pour
une meilleure prise en charge**



Le Dossier
Médical Partagé
expérimenté dans
9 départements.

9



Un accord
conventionnel
interprofessionnel
sur la coordination
des soins et l'exercice
regroupé des professionnels
de santé signé le 20 avril 2017.

**Faire la pédagogie des usages
et lutter contre les abus
et fraudes**

270 millions

d'euros de préjudices
détectés et stoppés
dans le cadre de la lutte
contre la fraude.

708 millions

d'euros d'économies
réalisées en 2017 grâce
aux actions de maîtrise
médicalisée.

Tous les chiffres de l'année 2017 cités sont arrêtés au 31/12/2017.

Retour sur L'ANNÉE 2017

1^{er} janvier

CRÉATION D'UN FONDS DE LUTTE CONTRE LE TABAC

Annoncé dans le cadre du programme national de réduction du tabagisme (PNRT), le Fonds de lutte contre le tabac a été créé par un décret du 5 décembre 2016. Présidé par le directeur général de la Cnam, il contribue au financement d'actions locales, nationales et internationales de santé, conformément aux engagements de la France dans le cadre de la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte anti-tabac.

28 mars

LUTTER CONTRE LE RENONCEMENT AUX SOINS

L'Assurance Maladie a créé un dispositif de détection et d'accompagnement des personnes qui renoncent à se soigner. Équipes et partenaires des caisses primaires d'assurance maladie sont ainsi chargés de repérer les personnes en difficulté et de leur proposer un accompagnement personnalisé jusqu'à la réalisation des soins nécessaires. La généralisation de cette démarche sur tout le territoire d'ici à la mi-2018 a été annoncée à l'occasion d'une conférence de presse à Paris.

20 avril

UN NOUVEL ACCORD POUR LES MAISONS DE SANTÉ

Un nouvel accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sur les maisons de santé pluriprofessionnelles a été signé par les médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, centres de santé, les prestataires de dispositifs médicaux et l'Assurance Maladie. L'accord vise à poursuivre et à améliorer les nouveaux modes de rémunération introduits par le règlement arbitral de 2015. Il a également pour objectif d'accompagner ces structures afin qu'elles s'engagent en faveur du renforcement de la prévention, de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge des patients. Une meilleure articulation entre les acteurs locaux de santé est également recherchée pour assurer la continuité des parcours des patients et le renfort de l'offre de soins de premier recours.

1^{er} juin

NOUVEL AMELI

Premier point de contact entre l'Assurance Maladie et ses publics, le site ameli.fr a été repensé en 2017. Il a reçu plus de 131 millions de visites en un an. Lancé le 5 juillet, le forum assurés ameli, premier espace collaboratif sur les droits et démarches animé par des webconseillers de l'Assurance Maladie a permis de traiter plus de 36 000 questions.



7 juillet



PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE

Le Conseil de la Cnam vote les propositions de l'Assurance Maladie publiées dans le rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie pour 2018. La loi de financement de la Sécurité sociale 2018 a retenu deux propositions issues de ce rapport : la création d'un fonds national pour l'innovation en santé et la généralisation de la télé-médecine.

25 septembre

LA CNAM FÊTE SES 50 ANS

Une journée de fête pour célébrer un demi-siècle d'histoire et d'adaptation aux évolutions de la société. Les collaborateurs du siège et des sites de la Caisse nationale d'assurance maladie (des travailleurs salariés en 2017) ont été invités à suivre la conférence anniversaire qui a permis de réunir cinq anciens directeurs et quatre anciens présidents.



16 octobre

HACKATHON POUR LE DIABÈTE

Le troisième hackathon organisé par l'Assurance Maladie, en partenariat avec le Diabète LAB de la Fédération française des diabétiques (FFD), avait pour objectif de créer un service ou une application numérique innovante contribuant à « Mieux vivre avec son diabète » en mobilisant les données de l'Assurance Maladie. À l'issue d'une phase de présélection, cinq projets innovants ont été récompensés pour leur capacité à faciliter et à améliorer la prise en charge des personnes diabétiques au quotidien. Le premier prix *ex aequo* a été attribué à deux projets permettant d'enregistrer automatiquement les mesures de suivi du patient ou de prédire sa glycémie.

26 octobre

BIENVENUE AUX INDÉPENDANTS

Avec le vote de l'article 11 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 actant la fin du régime social des indépendants (RSI) et son adossement au régime général, la mission Intégration lancée par l'Assurance Maladie a deux ans pour préparer l'accueil de près de 4,6 millions de nouveaux assurés indépendants.



4,6 M

millions de nouveaux assurés indépendants.

6 novembre



Un nouveau numéro dédié aux employeurs.

11 décembre

VISITE AU CENTRE UGECAM DE COUBERT

Édouard Philippe, Premier ministre, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé et Emmanuel Barbe, délégué interministériel à la sécurité routière, ont visité le centre de réadaptation de Coubert, une structure de soins de l'Ugcam Île-de-France, en Seine-et-Marne. Ils ont pu rencontrer les acteurs de la prise en charge des accidentés de la voie publique.





3 questions à

WILLIAM GARDEY

Président du Conseil de la Cnam

8

La Cnam a fêté ses 50 ans en 2017. Quel est votre regard sur le demi-siècle écoulé ?

Le 21 août 2017 a marqué l'anniversaire important de la parution des ordonnances qui ont donné naissance à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Sa création en 1967 participait de la volonté du gouvernement de l'époque de réorganiser le système de sécurité sociale en **séparant financièrement les risques** : maladie, vieillesse, famille. Cette évolution a eu, selon moi, des conséquences bénéfiques. C'est ainsi que la Cnam est devenue « tête de réseau » en assurant un pilotage de l'ensemble des caisses. Cette réorganisation a permis d'assurer une meilleure cohérence, un meilleur service rendu à nos publics et a fait naître un esprit de réseau. La Cnam est devenue pleinement gestionnaire du risque maladie et acteur incontournable du système de santé.

Le Conseil de la Cnamts, devenu Conseil de la Cnam, a toujours veillé à accompagner ces changements et poursuit aujourd'hui encore cette dynamique. Nombre des projets qu'il porte s'inscrivent dans le sens d'une amélioration du système de santé. C'est pourquoi, en lien avec les orientations du Conseil de la Cnam fixées le 16 novembre 2017, la **nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2018-2022** a été approuvée par un vote favorable le 25 janvier 2018 puis signée officiellement par les ministres des Solidarités et de la santé et de l'Action et des comptes publics. Elle donne à l'Assurance Maladie des ambitions fortes en matière de prévention, d'accès aux droits et aux soins, d'organisation des soins et de parcours de santé, de transition numérique et de réduction des inégalités.

Un nouveau Conseil de la Cnam a été installé par la ministre des Solidarités et de la santé le 15 février 2018. Quels seront ses priorités ?

Le Conseil de la Cnam a un rôle important à jouer en matière de **démocratie sociale**. Il se doit de travailler en permanence à des propositions nouvelles à remettre aux pouvoirs publics pour défendre les intérêts des assurés, des patients, des financeurs et plus largement de la société civile et de notre système de santé. Notre fil rouge sera de nous assurer de la qualité du service rendu à la population à travers une prise en charge globale de ses besoins sur les plans sanitaire et social, et d'une réduction des inégalités d'accès, tout en préservant un financement solidaire. Nous serons attentifs à la mise en œuvre de nos engagements s'agissant de la **transformation de notre système de santé** ; je pense aux nouveaux modes d'organisation des soins, à l'innovation thérapeutique, à la médecine préventive, aux objets connectés, à l'exploitation des données, etc. Il nous semble important que la transformation du système de santé soit pensée de manière globale avec ses composantes technologiques, humaines, et organisationnelles afin de tirer le plein potentiel de ces différents leviers.

Pour le Conseil, quels sont les grands enjeux que doit relever l'Assurance Maladie ?

L'enjeu primordial est celui de l'**accès aux droits et aux soins** avec l'amélioration continue de la connaissance par le grand public des différents dispositifs existants et la poursuite de la simplification et de la dématérialisation des démarches. Il s'agit aussi de favoriser la meilleure coordination possible des professionnels de santé autour du patient, de la ville à l'hôpital, jusqu'au retour à domicile. Il nous faut, pour cela, travailler de manière coordonnée avec les autres branches et institutions publiques, et mobiliser le réseau de l'Assurance Maladie sur les territoires pour contribuer à cette nécessaire transformation du système de santé.

L'autre grand enjeu, c'est celui de l'**investissement dans la prévention** pour que la France se dote enfin d'une réelle politique dans ce domaine, à l'image des approches innovantes expérimentées dans d'autres pays. On peut notamment citer la mise en place de modèles de prévention secondaires et/ou tertiaires plus développés qui s'appuient sur des programmes personnalisés pour les patients atteints de pathologies chroniques afin d'éviter l'aggravation de la maladie et ainsi des hospitalisations non programmées. Le succès dans ce champ ne peut se concevoir qu'en analysant les motivations des assurés et en co-construisant les réponses avec les professionnels. ●



1

**GARANTIR L'ACCÈS
UNIVERSEL AUX DROITS
ET PERMETTRE L'ACCÈS
AUX SOINS**



Retrouvez le témoignage de Christine, 54 ans,
heureuse d'avoir pu se soigner sur
<https://assurance-maladie.fr/qui-sommes-nous>

Grâce à l'accompagnement
de l'Assurance Maladie,
Christine a retrouvé
sa joie de vivre.

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE ET DIMINUER LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS

Des patients mieux remboursés chez les spécialistes

Poursuivre la dynamique de maîtrise des dépassements d'honoraires est une priorité pour améliorer l'accès aux soins de tous, quel que soit le niveau de ressources des patients. En 2017, l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) a été adoptée par de nombreux médecins spécialistes.

La convention médicale signée en 2016 entre les syndicats de médecins et l'Assurance Maladie est entrée en vigueur en 2017. Elle prévoit notamment la mise en place de deux contrats, l'Optam (Option de pratique tarifaire maîtrisée) et l'Optam-CO (chirurgie obstétrique), destinés à maîtriser les dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2.

Dans ces contrats signés avec l'Assurance Maladie, les médecins s'engagent à stabiliser, voire baisser, leur dépassement d'honoraires et maintenir, voire augmenter, leur niveau d'activité réalisée aux tarifs opposables, c'est-à-dire sans dépassement. En échange, ils bénéficient d'une prime pour la part de leur activité réalisée sans dépassement pour l'Optam ou de tarifs revalorisés pour l'Optam réservée aux médecins chirurgiens ou gynécologues obstétriciens. Cette nouvelle option Optam-CO a été créée afin de les inciter à adhérer au dispositif en prenant en compte la spécificité de leur activité. De son côté, le patient est mieux remboursé pour tous les actes réalisés par le médecin (consultations, interventions chirurgicales...), à un niveau équivalent à celui obtenu pour ces mêmes actes chez un médecin de secteur 1. En s'engageant dans cette nouvelle démarche tarifaire, les médecins de secteur 2 contribuent ainsi à un meilleur accès aux soins.

Tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, peuvent signer l'Optam, qui remplace le contrat d'accès aux soins. Elle contribue à entraîner également dans cette démarche les autres médecins de secteur 2 non adhérents.



FOCUS

Tiers payant pour les femmes enceintes et les ALD

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les femmes enceintes et les patients pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) ont droit au tiers payant sur leurs consultations chez le médecin généraliste ou chez un spécialiste. Ils peuvent aussi bénéficier du tiers payant sur les soins dispensés par les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes... Ces patients n'ont ainsi plus à faire l'avance des frais chez les professionnels de santé exerçant en ville pour les soins dispensés dans le cadre de l'assurance maternité ou en rapport avec leur ALD.

L'Assurance Maladie verse directement le prix de la consultation ou de l'acte médical aux professionnels de santé. Pour bénéficier du tiers payant, il suffit aux patients concernés de présenter leur carte Vitale au professionnel de santé. Celle-ci doit être mise à jour au minimum une fois par an à chaque changement de situation. C'est le cas pour les femmes enceintes, une fois que la caisse d'assurance maladie a pris en compte la déclaration de grossesse ou, pour les patients en ALD, après avoir reçu une attestation de droits mentionnant l'exonération du ticket modérateur. ●



Entretien

avec **Hedda Weissman**, responsable du département des professions de santé à la Cnam

Comment l'Assurance Maladie a-t-elle accompagné les professionnels de santé dans la signature des Optam et des Optam-CO ?

Comme l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie, les délégués de l'Assurance Maladie (DAM) se sont beaucoup mobilisés et continuent à le faire. À l'occasion de leurs visites régulières aux médecins, ils remettent à leur interlocuteur des fiches tarifaires correspondant à leur activité mettant en valeur l'attractivité des options Optam et Optam-CO. L'objectif de ces visites est d'expliquer aux médecins les avantages qu'ils obtiendraient pour eux-mêmes, comme pour leurs patients, en signant ces options de maîtrise tarifaire.

En quoi ce dispositif est-il plus souple et plus attractif que le précédent contrat d'accès aux soins ?

L'Assurance Maladie a co-construit ces contrats avec les syndicats de médecins afin qu'ils soient plus adaptés aux attentes des professionnels de santé. Ils sont plus souples que le précédent contrat d'accès aux soins puisque les médecins signataires peuvent entrer et sortir à tout moment du dispositif. Les médecins perçoivent désormais une rémunération sous la forme d'une prime, correspondant à un pourcentage de leurs honoraires

réalisés aux tarifs opposables. Même s'ils s'écartent légèrement de l'objectif qui leur a été fixé, la valorisation est progressive en fonction de l'atteinte des résultats. Pour l'Optam-CO, qui est réservée aux spécialités de chirurgie et gynécologie obstétrique, une valorisation immédiate à l'acte a été mise en place sur un certain nombre d'actes techniques.

Quels sont les résultats qui ont été obtenus à l'issue de cette montée en charge ?

L'Assurance Maladie a atteint l'objectif qu'elle s'était fixé, à savoir plus de 12 000 médecins exerçant en secteur 2 signataires de ce contrat à fin 2017. Les options de pratiques tarifaires maîtrisées ont touché tous les médecins, y compris les spécialités qui avaient peu adhéré par le passé au contrat d'accès aux soins.

Preuve que ce contrat séduit aussi les plus jeunes générations de professionnels de santé, les nouveaux installés adhèrent en proportion importante. Le taux d'adhésion était de 47 % des médecins en secteur 2 fin 2017, ce qui confère une dynamique et un effet d'entraînement vis-à-vis de l'ensemble des médecins. ●

12 260

médecins de secteur 2 ont adhéré à l'Optam et à l'Optam-CO en 2017, ce qui représente 47 % des médecins éligibles.

15 346

adhérents tous secteurs et tous types de contrats confondus.

Infographie

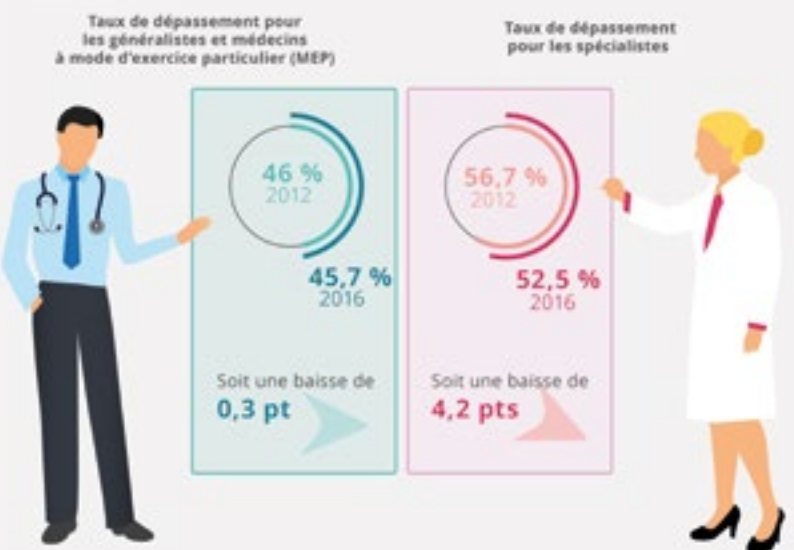
UNE BAISSÉ GLOBALE DU TAUX DE DÉPASSEMENT D'HONORAIRES ...

En secteur 2 et secteur 1 avec droit à dépassement permanent (1 DP)



* Le taux de dépassement correspond au montant des dépassements rapporté au montant total des honoraires remboursables facturés par les médecins libéraux de secteur à honoraires libres.

... CHEZ LES GÉNÉRALISTES ET LES SPÉCIALISTES...



Source : Assurance Maladie - France métropolitaine

FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS ET PARTOUT

Identifier et accompagner les patients qui renoncent à se soigner

Le dispositif de lutte contre le renoncement aux soins lancé par l'Assurance Maladie sous la forme d'une expérimentation est progressivement étendu pour couvrir l'ensemble du territoire d'ici fin 2018. Cette action de proximité est destinée à compléter les mesures déjà mises en place pour faciliter l'accès aux droits et aux soins.

De nombreuses personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières, mais aussi par méconnaissance du système de soins. La détection et le recul de ce renoncement aux soins, source d'inégalités et de dépenses supplémentaires à moyen et long terme, devient un défi pour la collectivité. Consciente de cet enjeu de santé publique et des risques qu'il constitue pour l'avenir de notre système de soins, l'Assurance Maladie se mobilise activement pour lutter contre le phénomène de non-recours.

Elle déploie progressivement un nouveau dispositif de lutte contre le renoncement aux soins lancé sous forme d'expérimentation depuis mars 2016. Les deux premières vagues de généralisation du dispositif ont concerné 22 organismes en avril 2017 et 27 organismes en octobre 2017, pour une généralisation à tous les organismes programmée dès le printemps 2018 et en fin d'année pour les Drom-Com. Afin de tenir compte de la diversité géographique et socioéconomique des territoires, chaque CPAM a défini l'organisation la mieux adaptée à mettre en place dans son département.



FOCUS

Réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins

8 % de la population*, soit 5,3 millions de personnes habitant dans 9 000 communes, font face à une situation de faible accessibilité. Le gouvernement a présenté en octobre 2017 un plan pour renforcer l'accès territorial aux soins. Ce plan prévoit d'inciter les professionnels de santé à s'installer dans les zones fragiles, favorise l'exercice coordonné et le recours aux nouvelles technologies. Après avoir participé à la conception de ce plan, l'Assurance Maladie contribuera à la déclinaison locale des actions prioritaires, en veillant à les adapter aux caractéristiques des territoires, notamment en outre-mer. Chaque territoire pourra ainsi construire, en lien avec les agences régionales de santé (ARS) et les partenaires régionaux, un projet de santé territorial adapté. ●

*Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) : « Déserts médicaux : comment les définir, comment les mesurer ? », mai 2017.



Le sourire retrouvé de Christine

« Il y a trois ans, je me suis cassé les deux dents de devant et elles sont tombées toutes seules ! C'étaient des dents qu'il fallait que je soigne et je n'ai pas pu le faire, parce que je n'en avais pas les moyens. Un jour, je me suis dit que je n'allais pas rester comme ça, mais j'étais perdue, je ne savais pas quoi faire. C'était horrible pour moi de vivre comme cela, j'avais honte et je ne parlais plus. Alors j'ai écrit une lettre pour expliquer mon cas, j'ai raconté mon histoire et l'Assurance Maladie m'a donné le numéro de téléphone d'une conseillère qui pourrait s'occuper de moi. Elle a fait toutes les démarches. Tout allait être pris en charge. Quand la dentiste m'a dit qu'elle pouvait faire le nécessaire pour mes dents, j'étais heureuse. C'était le plus beau jour de ma vie parce que je pouvais de nouveau sourire sur les photos. » ●



Entretien

avec **Pierre Peix**,
directeur délégué
aux opérations à la Cnam

Quel est le bilan des deux premières vagues de généralisation de ce dispositif ?

L'expérimentation a permis de confirmer que le phénomène du renoncement aux soins était loin d'être marginal ! Un sondage auprès des assurés fréquentant l'accueil physique des caisses expérimentatrices a montré que près de 26 % d'entre eux déclaraient avoir renoncé à des soins au cours des 12 mois précédents. Les soins auxquels ils renoncent concernent pour un tiers les soins dentaires prothétiques et pour un autre tiers les actes de spécialistes. La moitié des dossiers ouverts par les premières caisses expérimentatrices a abouti à la réalisation effective des soins. Ce bilan a conduit l'Assurance Maladie à décider de la généralisation progressive du dispositif à tous les organismes. 480 assurés y entrent en moyenne chaque semaine.

Comment cela fonctionne-t-il concrètement ?

Ce dispositif introduit une nouvelle approche car, au-delà de délivrer des droits ou des prestations dans une logique de « guichet »,

l'Assurance Maladie va au-devant des personnes qui méconnaîtraient leurs droits administratifs. Les agents des organismes sont formés à détecter, lors de leurs échanges avec les assurés, une éventuelle difficulté à se soigner. L'accompagnement des assurés se fait ensuite en trois étapes : la réalisation d'un bilan exhaustif de leurs droits ; l'orientation dans le système de santé et enfin, la recherche d'un financement des restes à charge auxquels la personne ne pourrait pas faire face.

Comment et avec quels partenaires est-il généralisé ?

L'identification des situations sensibles et l'accompagnement individualisé des assurés concernés reposent sur une coopération étroite avec les autres acteurs du tissu local, professionnels de santé, collectivités territoriales, centres communaux d'action sociale (CCAS), établissements hospitaliers, organismes complémentaires... Ce sont eux, et non l'assuré, qui saisissent l'Assurance Maladie des situations problématiques. C'est pourquoi nous avons établi la nécessité de les impliquer encore davantage en veillant à la cohérence d'ensemble des démarches initiées localement.

Quels sont les objectifs fixés par l'Assurance Maladie ? Avec quels critères de réussite ?

Des objectifs ambitieux en termes d'accompagnements aboutis ont été fixés dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022. Pour être au rendez-vous de cet enjeu majeur d'accessibilité au système de santé, nous avons de nombreux atouts : la mobilisation des organismes, la formation de collaborateurs en charge de la détection des assurés et de conseillers chargés de l'accompagnement, le développement de partenariats locaux, une animation régionale du dispositif et un pilotage centralisé à la Cnam. ●

19 200

accompagnements entamés en 2017.

Près de

6 800

accompagnements ont abouti à la réalisation des soins dont le renoncement avait été détecté en 2016 ou 2017
(5 800 effectués par les CPAM expérimentatrices).

90 jours

Durée moyenne des accompagnements clôturés suite à la réalisation des soins.

Mise en place de plans d'accompagnement regroupant près de

24 000

actions de diverse nature : mise à jour des droits, orientation dans le parcours de soins, montage financier, orientation vers un partenaire...

PERMETTRE À TOUS DE S'INFORMER ET FACILITER LES DÉMARCHES

Mieux s'informer avec ameli

Avec plus de 12 millions de visites mensuelles*, le site ameli.fr constitue le premier point de contact entre l'Assurance Maladie et ses publics. Ce site de référence a été entièrement repensé en 2017 afin d'orienter au mieux les utilisateurs.

Pour la première fois depuis dix ans, le site ameli.fr a fait l'objet d'une refonte totale afin de guider chaque assuré de manière claire et intuitive et de permettre à tous d'être mieux informés. Le nouvel ameli offre un design modernisé et une navigation simplifiée avec notamment des entrées par situation de vie, qui s'adressent à chacun en fonction de ses besoins. Le parcours de l'internaute est plus fluide et les informations sur les droits, les démarches, la prévention et l'offre de soins sont plus accessibles.

Pour être plus proche des assurés, le nouvel ameli aborde désormais les sujets d'actualités de l'Assurance Maladie et accorde davantage de place aux informations locales. Pour y avoir accès, il suffit d'indiquer son département. L'internaute peut ainsi accéder à l'agenda des événements santé proches de chez lui (forum diabète, ateliers maternité, séances d'information sur l'accès aux droits...), ou aux actualités de sa caisse (course solidaire, partenariats associatifs)... Pour répondre aux enjeux de la mobilité, ameli s'adapte à tous les écrans, ordinateurs, smartphones ou tablettes, pour être consultable à tout moment et en tout lieu.

Le site ameli.fr est devenu la tête de pont du dispositif multicanal d'information de l'Assurance Maladie. Après le lancement en 2016 d'une newsletter mensuelle pour les médecins libéraux, la digitalisation des lettres d'information s'est concrétisée en 2017 par la création de deux newsletters à destination des infirmiers libéraux et des pharmaciens titulaires d'officine, mais

aussi d'une newsletter à destination des assurés. Enfin, le site se veut résolument collaboratif en lien avec le forum ameli pour les assurés, un nouveau service pour partager questions et réponses autour des droits et démarches en matière d'assurance maladie obligatoire.



Les grandes nouveautés du compte ameli

● **Création immédiate du compte**
Il est désormais possible de créer immédiatement son compte ameli sur le web ou sur l'appli pour smartphones et tablettes, sans attendre l'envoi d'un code par courrier postal. Il suffit d'indiquer son nom, son numéro de sécurité sociale, sa date de naissance, son code postal, une partie des chiffres de son compte bancaire et une partie du numéro de série de sa carte Vitale.

● **Déclaration sur mobile du nouveau-né**
Les mères peuvent déclarer sur leur smartphone ou leur tablette la naissance de leur enfant depuis leur compte ameli (rubrique « Mes démarches »).

● **Demande et renouvellement de CMU-C/ACS pour les bénéficiaires du RSA**
Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) peuvent désormais faire une demande en ligne de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) via leur compte ameli sur le site internet et l'application (rubrique « Mes démarches »).

● **Prise de rendez-vous**
Il est possible de prendre rendez-vous avec sa caisse primaire d'assurance maladie via son compte ameli pour deux motifs de gestion de son dossier : la demande de CMU-C et les indemnités journalières.

* Source : Médiamétrie, janvier-février 2016.



Entretien

avec **Nelly Haudegand**,
directrice de la communication à la Cnam

En quoi le nouvel ameli permet-il de mieux informer les assurés ?

Le nouvel ameli.fr est le site unique de l'Assurance Maladie, qui intègre les contenus santé et les informations administratives, dans la logique de faciliter les droits et les démarches des assurés et des professionnels de santé. Il s'agit d'installer une relation régulière et de qualité avec nos différents publics en faisant d'ameli.fr un vrai site média, donnant une large place à l'actualité et en le complétant de newsletters spécifiques destinées aux assurés, aux médecins, aux pharmaciens et aux infirmiers.

Comment ameli interagit-il avec les médias sociaux ?

Nous avons souhaité investir les réseaux sociaux afin d'installer une relation plus directe avec les communautés en ligne. Le forum assurés d'ameli est fondé sur le principe de l'entraide entre internautes. Il encourage l'échange et la coconstruction de réponses entre assurés. Mais contrairement à certains forums, nous veillons à modérer les échanges, à apporter des réponses quand elles font défaut et à certifier les réponses pertinentes. Il est en effet de notre responsabilité de garantir la plus grande fiabilité possible des informations apportées sur la plateforme. Par ailleurs, le nouvel ameli.fr embrasse pleinement les usages actuels en matière de web social : possibilité de partager les contenus sur les réseaux sociaux ou enrichissement des articles avec des infographies et des vidéos. ●



FOCUS

Un forum pour les assurés

Avec le forum ameli, l'Assurance Maladie étoffe la palette de ses services en ligne pour gagner en proximité avec ses assurés et répondre à leurs nouveaux usages.

Média social à part entière, le forum ameli pour les assurés est un nouvel espace de discussion et d'entraide proposé par l'Assurance Maladie. Premier espace collaboratif dédié aux droits et démarches à effectuer, il est alimenté par les assurés eux-mêmes, qui peuvent désormais échanger en ligne sur toutes les questions qu'ils se posent en matière de droits et démarches relatifs à l'assurance maladie obligatoire. Accessible dès

la page d'accueil, l'inscription au forum est simple, rapide et anonyme : une adresse mail suffit. Afin de garantir la confidentialité des informations personnelles, l'utilisateur choisit un pseudonyme et un avatar personnalisé ; il peut alors poster des questions, approuver les réponses reçues, et partager des informations en répondant à des sollicitations. Toutes les contributions sont lues, vérifiées, et acceptées par un modérateur avant publication. Une équipe de webconseillers de la CPAM de la Manche anime le forum au quotidien et certifie ou complète les réponses des internautes. ●

23 M

DE CONNEXIONS

Le compte ameli dépasse, en décembre 2017, la barre des 23 millions de connexions mensuelles (cumul web, site mobile et appli).

Près de

545 000

VISITES

sur le forum ameli en décembre 2017.

12 M

DE VISITES MENSUELLES

pour ameli en 2017, dont 1,6 million sur la rubrique santé.

ET ENCORE...

Droits et démarches

Contrôle des droits PUMa

Le dispositif de la protection universelle maladie (PUMa) est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016. Lors de l'affiliation de tout nouvel assuré intégrant le régime général, les conditions d'ouverture des droits reposent sur la vérification des pièces justifiant un rattachement au titre de l'exercice d'une activité professionnelle ou sur la condition de résidence. Le critère de régularité est également étudié dans les deux cas. Il s'agit ensuite de vérifier, pour les assurés déjà connus, la réalité de l'emploi, l'effectivité de la résidence sur le territoire français, ainsi que la régularité du séjour, qui conditionnent le maintien du droit à la prise en charge des frais de santé. En 2017, l'activité de plus de 35 millions d'assurés a été contrôlée automatiquement à partir de l'exploitation des informations déclarées par les employeurs. Des vérifications de la condition de résidence ont été réalisées avec

la direction générale des Finances publiques (DGFiP) pour 2 millions d'assurés, tandis que près de 800 000 ont été sollicités directement pour justifier de leurs droits. L'absence de réponse ou l'envoi d'un justificatif non valable a conduit à la fermeture des droits à la PUMa pour 230 000 personnes. ●

Droits et démarches

Près de 340 000 rendez-vous

ont été organisés en 2017 dans les organismes de l'Assurance Maladie pour accompagner les bénéficiaires de CMU-C ou d'ACS dans leurs démarches. L'accueil sur rendez-vous constitue un axe clé de la stratégie multicanal de l'Assurance Maladie. Il vise à assurer un service attentionné pour les demandes complexes et la prise en charge des besoins des publics en situation de fragilité sociale. Cette offre de service, déployée dans les accueils physiques du réseau, concerne la constitution des dossiers de demande de CMU-C et d'ACS et le règlement des indemnités journalières complexes. ●

Services



Avis d'arrêt de travail en ligne : plus de simplicité pour le patient

L'arrêt de travail en ligne, c'est un service plus simple, plus rapide et plus sécurisé pour le patient, comme pour le professionnel de santé. Il offre de vrais avantages au quotidien comme une assistance au remplissage des données administratives récupérées grâce à la lecture de la carte Vitale. Il contient des fiches repères avec une durée indicative d'arrêt de travail, ayant fait l'objet d'un avis par la Haute Autorité de santé et un contrôle de cohérence de la saisie pour fiabiliser l'avis d'arrêt avant sa transmission. Tous les éléments destinés à l'Assurance Maladie sont transmis par voie électronique, seul le volet destiné à l'employeur doit être imprimé et remis au patient. Pour le patient, c'est moins de démarches administratives. ●

Services



Prescription simplifiée du transport en ligne

Depuis mai 2017, tous les médecins généralistes et spécialistes peuvent prescrire directement en ligne le transport de leur patient. La dématérialisation de la prescription de transport permet d'apporter automatiquement aux professionnels de santé une information sur le taux de prise en charge pour le patient. Ce service accessible sur ameli.pro permet aux médecins de créer, consulter et gérer une prescription de transport en ligne. L'utilisation de la carte Vitale du patient n'est pas obligatoire : la saisie de son numéro de sécurité sociale suffit. La saisie des éléments de la prescription est simplifiée et fiabilisée avec une aide au remplissage. ●



2

ACCOMPAGNER CHACUN DANS LA PRÉSERVATION DE SA SANTÉ



Retrouvez le témoignage d'Audrey, 41 ans,
épanouie d'avoir retrouvé son travail sur :
<https://assurance-maladie.fr/qui-sommes-nous>

Grâce à l'accompagnement de
l'Assurance Maladie, Audrey exerce
aujourd'hui de nouveau un métier
qu'elle aime.

PROMOUVOIR LES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

« Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement. »

Dans le cadre des missions de l'Assurance Maladie, les branches maladie et risques professionnels de la Sécurité sociale ont lancé en novembre 2017 une campagne nationale d'information sur la lombalgie et sa prévention.

Élaborée avec un groupe de travail multidisciplinaire* composé de représentants des sociétés savantes, la campagne d'information « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement. » vise à combattre le passage à la chronicité et à lutter contre l'idée reçue, encore dominante, qui associe mal de dos et repos. Elle installe un nouveau comportement : en cas de lombalgie commune aiguë, le maintien de l'activité physique, y compris professionnelle, est la meilleure voie vers la guérison.

Dans un premier temps, un spot publicitaire à la télévision a contribué à sensibiliser le plus grand nombre et à permettre à chacun de s'emparer du nouveau mot d'ordre : « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement. » Cette sensibilisation a été renforcée par une campagne d'affichage dans les réseaux de transports de

proximité (gares, rues), relayée par un affichage dans les cabinets médicaux et les centres de santé. Sur le site ameli.fr, les patients pouvaient également retrouver des contenus spécifiques sur le mal de dos et la lombalgie commune, des informations sur le dos et son fonctionnement, des vidéos pédagogiques et des exercices pratiques à réaliser au domicile ou sur le lieu de travail en cas de lombalgie aiguë. La campagne s'est aussi largement déployée sur les réseaux sociaux autour du hashtag #lebonmouvement et une page sur Facebook a été dédiée au mal de dos.

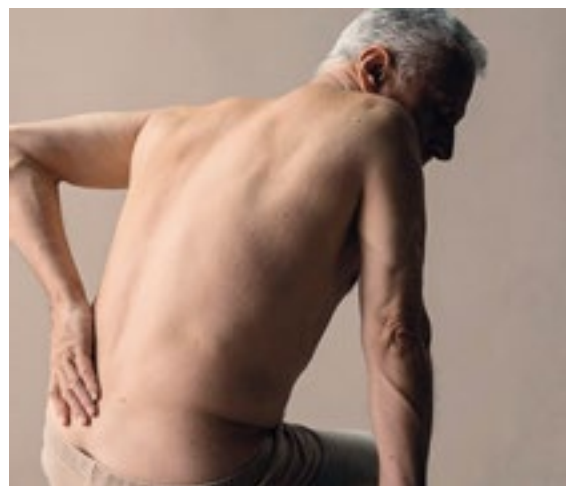
Des outils pour les professionnels de santé
Des outils ont été spécifiquement élaborés à destination des professionnels de santé pour les accompagner dans la prévention du risque de passage à la chronicité. Disponibles en téléchargement et également remis par les délégués de l'Assurance

Maladie, ces documents d'information précisaient les recommandations françaises et internationales et les éléments clés de la prise en charge de la lombalgie commune : rassurer le patient ; maintenir une activité physique adaptée ; rechercher les facteurs de risque de passage à la chronicité et éviter les examens d'imagerie lors de la phase aiguë en l'absence de signes d'alerte. La campagne a été redéployée début 2018 et s'adressera aux employeurs à l'automne.

Regards croisés des Français et des médecins

L'Assurance Maladie a confié à l'institut BVA la réalisation d'un baromètre annuel qui permet de dresser un état des connaissances et des attitudes des patients et des médecins généralistes vis-à-vis de la lombalgie commune. Selon la première vague de ce baromètre, menée en juin 2017*, la lombalgie est un mal très fréquent puisque 93 % des personnes interrogées déclarent avoir déjà eu des problèmes de dos. De leur côté, 69 % des médecins généralistes déclarent recevoir en consultation tous les jours ou presque des patients qui s'en plaignent. Cette enquête montre qu'il existe une discordance entre l'idée que l'on se fait du mal de dos et le comportement qu'il faudrait adopter : 68 % des assurés estiment que le repos est le meilleur remède alors que c'est l'avis de 33 % des médecins. Près d'un quart des assurés pense qu'il s'agit d'un problème grave mais les médecins surestiment cette croyance puisqu'ils sont 45 % à considérer que les patients voient la lombalgie comme un grave problème de santé. ●

* Source : baromètre BVA réalisé pour l'Assurance Maladie par Internet en juin 2017 auprès du grand public et des médecins généralistes.



Entretien

avec le **Pr. Olivier Lyon-Caen**,
médecin-conseil national à la Cnam

Que représente la lombalgie commune en matière de santé publique ?

C'est le deuxième motif de consultation auprès des médecins généralistes. Près de quatre concitoyens sur cinq sont ou seront concernés. La lombalgie est un mal fréquent dont paradoxalement la perception est fautive. Il fallait mettre à bas deux idées reçues et erronées : sa gravité et son soulagement par le repos.

En quoi les modalités d'élaboration de la campagne ont-elles été exemplaires ?

L'Assurance Maladie a mis en place un groupe de travail* qui fut animé par une idée directrice : proposer à chacun une prise en charge pertinente, basée sur la preuve, faisant l'objet d'un consensus interprofessionnel. Elle y est parvenue. Aujourd'hui, chaque usager sait qu'un examen clinique permet à lui seul d'élaborer un traitement de la lombalgie commune qui est personnalisé, axé sur la lutte contre la douleur et le maintien d'une activité physique. C'est le meilleur moyen de réduire la durée de la lombalgie et d'éviter son passage à la chronicité. C'est aussi le début de la mise en place des mesures de prévention des récurrences.

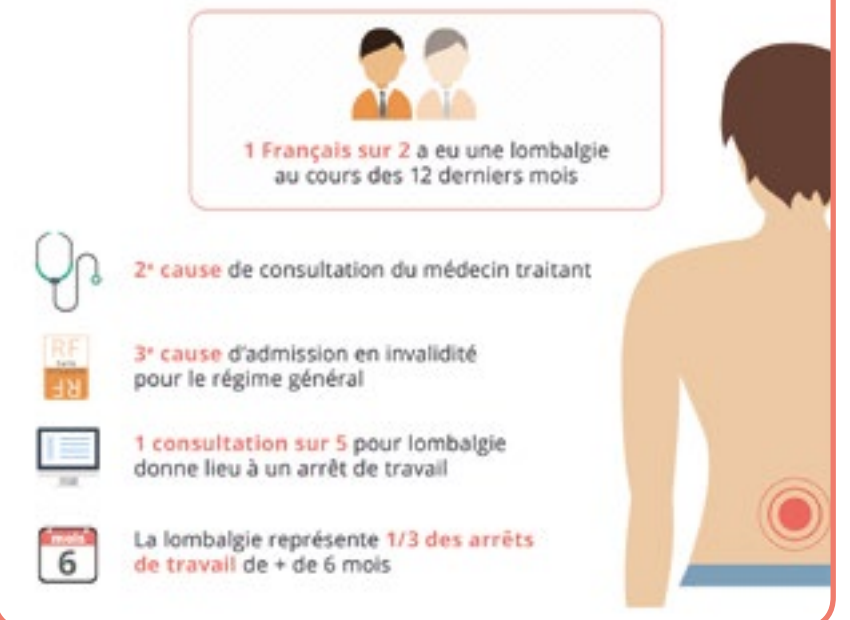
Quels sont les publics touchés ?

Chacun est concerné. Une attention particulière a été portée à la lombalgie survenant dans le cadre d'une activité professionnelle. L'année 2018 verra le lancement d'une campagne d'information qui lui est spécifiquement dédiée. ●

* Le groupe de travail pluridisciplinaire a réuni des représentants du Collège de la médecine générale, de la Société française de rhumatologie, du Collège de la masso-kinésithérapie, de la Société française de médecine physique et de réadaptation et de la Société française de médecine du travail. L'Association française de lutte antirhumatisme (Aflar) a également été consultée dans ce cadre.

Infographie

UNE PATHOLOGIE EN AUGMENTATION EN FRANCE



Source : Assurance Maladie - chiffres 2015

Témoignage

Gaëlle Florence,
contrôleur de sécurité Bas-Rhin
à la Carsat Alsace-Moselle



Réduire l'exposition des salariés aux fumées de soudage

L'Assurance Maladie veille aussi à la prévention de la santé des salariés tout au long de leur vie professionnelle. La branche accidents du travail/maladies professionnelles mène par exemple des actions de prévention contre l'exposition aux produits chimiques, et en particulier aux produits cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR).

« Les fumées de soudage de métaux sont classées cancérogènes pour l'homme par le Centre international de recherche sur le cancer (Circ). C'est pourquoi la Carsat Alsace-Moselle a sensibilisé et accompagné 112 entreprises de 2014 à 2017 à la

diminution de l'exposition de leurs salariés aux fumées de soudage. Elle a octroyé, sous la forme de 26 aides financières, plus de 143 000 euros à des entreprises régionales pour s'équiper en matériel de captage de ces fumées à la source. Dans mon secteur d'intervention, une TPE qui fabrique des laminoirs pour la boulangerie était ciblée par cette action. En trois ans, l'entreprise a mis en œuvre toutes nos recommandations de prévention dont celles formulées par le Centre interrégional de mesures physiques de l'Est (Cimpe). Les cinq postes de soudage ont été équipés de dosserets aspirants, financés à 40 % par la Carsat. Pour les 12 salariés de cette entreprise, les conditions de travail se sont, de fait, nettement améliorées. » ●

SOUTENIR LES PRATIQUES DES MÉDECINS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

Renforcer la part de la prévention dans la rémunération

Définie pour servir les objectifs de santé publique tout en améliorant l'efficacité du système de soins, la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) reconduite dans le cadre de la convention médicale 2016 a accru la part de la prévention dans la rémunération des médecins.

Implication du médecin traitant de l'enfant

Tous les patients de moins de 16 ans, soit plus de 13 millions d'enfants et de jeunes, peuvent bénéficier depuis la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé, le 26 janvier 2016, d'un médecin traitant. Dans le cadre de la convention médicale d'août 2016 organisant les rapports entre médecins libéraux et l'Assurance Maladie, l'avenant n°1 introduit la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) au suivi des enfants par le médecin traitant de l'enfant. Dix indicateurs spécifiques à la prise en charge des enfants, dont huit consacrés à la prévention (obésité, vaccination, antibiorésistance, suivi bucco-dentaire, etc.), ont ainsi été définis. Cette Rosp complète celle des adultes en confirmant le rôle clé du médecin traitant dans la prise en charge des pathologies chroniques ou dans la prévention. ●



Près de

2,2 M

D'ENFANTS avec un médecin traitant déclaré (soit 44 250) au 31 décembre 2017.

L'investissement des médecins dans la prévention fait partie intégrante de leur rémunération et vient compléter le paiement à l'acte et les rémunérations forfaitaires. La convention médicale signée en août 2016 par les principaux syndicats représentatifs des médecins a entériné la logique d'une rémunération diversifiée autour de trois volets : la prévention (12 indicateurs), l'efficacité de la prescription (9 indicateurs) et le suivi des pathologies chroniques (8 indicateurs). 17 de ces 29 indicateurs de pratique clinique sont entièrement nouveaux.

Une attention particulière a été portée aux indicateurs de prévention de la Rosp dont la progression vise à l'amélioration des indicateurs globaux de santé, tant au plan individuel (diminution de la mortalité prématurée, augmentation de l'espérance de vie sans incapacité...) que collectif (prévention des maladies chroniques, prévention et lutte contre les addictions...).

En 2017, sur le champ de la prévention, les indicateurs calculés montrent que la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et de l'antibiothérapie évoluent favorablement. Les indicateurs de prévention de la grippe sont stables, comme ceux du dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dépistage du cancer colorectal est en forte progression mais celui du cancer du sein baisse d'un point.

Résultats calculés pour la Rosp médecins traitants de l'adulte des médecins libéraux actifs et conventionnés au 31/12/2017.

Témoignage

Sandrine Frangeul, responsable adjointe du département des professions de santé à la Cnam

La prévention au cœur des négociations avec les professionnels de santé



« De nombreuses actions de prévention sont intégrées dans les 16 avenants et accords qui ont été négociés et signés en 2017 par l'Assurance Maladie.

Cette vie conventionnelle intense va se poursuivre en 2018, avec la négociation et la signature de nouveaux avenants dont ceux concernant le déploiement de la télémédecine ou la prise en charge des soins bucco-dentaires. » ●

Textes de référence

De nouveaux tarifs pour les consultations complexes

Pour valoriser le temps plus important que les médecins doivent consacrer pour prendre en charge certaines situations médicales, pour les enfants comme pour les adultes, deux nouveaux tarifs de consultations médicales sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} novembre 2017.

- L'un à 46 euros pour les consultations à fort enjeu de santé publique, comme la première consultation de contraception et de prévention des MST pour les jeunes filles de 15 à 18 ans ;
- l'autre à 60 euros pour les consultations très complexes, visant par exemple à informer et à initier la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer ou de la maladie d'Alzheimer. Au total, 35 motifs de consultation ont été définis conjointement par l'Assurance Maladie et les représentants des médecins et adoptés lors de la convention médicale signée le 26 août 2016. ●

Santé et prévention

Orthoptistes : coopération favorisée avec les ophtalmologistes

Les orthoptistes ont accès à de nouveaux champs d'intervention en matière de prévention et de dépistage à la suite de la signature le 19 avril 2017 de l'avenant n°12 à la convention nationale des orthoptistes.

Cet accord vise notamment à accompagner les évolutions et les pratiques des professionnels de santé de la filière visuelle. Il prévoit notamment de favoriser la coopération entre orthoptistes et médecins ophtalmologistes dans les zones déficitaires en offre de soins visuels. Il vise également à valoriser l'activité de bilan de la vision et de rééducation menée par les orthoptistes ou l'implication des orthoptistes libéraux dans la prise en charge de certaines populations, comme les enfants ou les personnes âgées, ou de certaines pathologies, comme les AVC ou le handicap. ●



ACCOMPAGNER CHAQUE ASSURÉ DANS LES SITUATIONS DIFFICILES OU PARTICULIÈRES DE LA VIE

Favoriser le retour à l'emploi après un arrêt de travail

Depuis 2015, des agents du service médical présents dans 24 départements assurent une mission de facilitation auprès des personnes en arrêt de travail pour favoriser leur retour à l'emploi. En 2018, cette mission sera intégrée à celles des Conseillers Service Assurance Maladie du service médical.

Les agents « facilitateurs », collaborateurs des médecins-conseils du service médical, accompagnent les assurés en arrêt de travail, pour maladie ou accident du travail, qui rencontrent des difficultés dans leurs démarches, tout en apportant un nouveau service aux médecins prescripteurs.

Sollicité par le médecin-conseil à l'issue d'une convocation au service médical ou suite à un signalement du médecin traitant afin de trouver l'issue la plus adaptée à une situation d'un arrêt de travail qui se prolonge, l'agent en charge de la fonction de facilitation contribue à une prévention plus efficace de la désinsertion professionnelle.

L'entrée dans ce dispositif d'accompagnement est subordonnée à l'accord de l'assuré qui peut décider à tout moment de l'interrompre.

Réussir le retour à l'emploi

Concrètement, par son action, l'agent en charge de la mission de facilitation aide à lever les éventuels freins au retour à l'emploi en accompagnant les assurés concernés dans leurs démarches : écoute, recherche des interlocuteurs et contacts appropriés, suivi des rendez-vous auprès des professionnels et établissements de santé et des démarches à mener, orientation vers les interlocuteurs internes et externes appropriés (personnes en charge de la détection du renoncement aux soins, service social, CPAM, services de santé au travail, professionnels et établissements de santé, MDPH, services retraite). Ces actions d'accompagnement, et cette

collaboration entre les différents partenaires sont déterminantes pour permettre aux assurés concernés un meilleur accès aux droits en suivant leur dossier, en leur fournissant les explications nécessaires sur le parcours à suivre pour envisager et réussir leur retour à l'emploi.

Fin 2017, plus de 7 000 assurés avaient été inclus au niveau national dans le dispositif de facilitation expérimenté dans 24 départements et une étude réalisée auprès des assurés et des médecins traitants montrait leur intérêt et leur satisfaction pour ce service.

Dans le cadre du déploiement en 2018 d'une organisation renouvelée du service médical et notamment de la mise en place des Unités territoriales d'accompagnement et d'avis, en charge du contrôle des prestations, mais également de l'accompagnement des professionnels de santé et du suivi des situations des assurés, cette mission d'accompagnement des assurés en arrêt de travail sera confiée aux Conseillers Service Assurance Maladie (CSAM) du service médical afin d'offrir ce service à l'ensemble des assurés du territoire.



Prado poursuit son déploiement

En 2017, plus de 500 000 patients ont bénéficié de Prado, le service de retour à domicile des patients hospitalisés, soit 17 % de plus qu'en 2016. Ce service vise à anticiper les besoins du patient une fois rentré chez lui et à fluidifier le parcours hôpital-ville. Il favorise un meilleur recours aux professions de santé préconisées, des délais réduits d'intervention de l'équipe de soins primaires et la bonne observance des médicaments et traitements recommandés. Proposé lors de son lancement en 2010 aux sorties de maternité, le service a été progressivement étendu aux sorties d'hospitalisation après opération chirurgicale à partir de 2012. Le nombre de patients accompagnés après intervention chirurgicale a progressé de près de 70 % en 2017, pour atteindre 57 000 adhésions. Les programmes d'accompagnement les plus récents, dédiés au retour à domicile après hospitalisation pour certaines pathologies chroniques (insuffisance cardiaque et BPCO), ont concerné plus de 13 000 patients en 2017. ○



Entretien

avec **Michelle Carzon**,
directrice du Groupe Ugecam

Quelles sont les mesures mises en œuvre par le Groupe Ugecam pour faciliter l'emploi des personnes handicapées ?

Trois dispositifs sont mobilisés pour faciliter l'emploi des personnes handicapées. Tout d'abord, nos centres de pré-orientation (CPO) proposent des stages courts pour affiner un projet d'insertion professionnelle, en prenant en compte l'état de santé global. Par ailleurs, pour les personnes cérébro-lésées, il existe des unités spécifiques d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (Ueros) pour des accompagnements rééducatifs adaptés.

Enfin et principalement, afin d'amener les travailleurs handicapés à un retour à l'emploi durable, nos centres de réadaptation (CRP) dispensent des formations préqualifiantes et qualifiantes. Par rapport aux instituts de formation de droit commun, notre valeur ajoutée réside dans l'accompagnement médico-psycho-social personnalisé et coordonné au sein d'une équipe pluridisciplinaire, ce qui permet d'atteindre de meilleurs taux d'insertion en entreprise.

En 2017, vous avez mis en œuvre l'emploi accompagné à titre expérimental. De quoi s'agit-il ?

Ce dispositif existe depuis plusieurs années dans plusieurs pays en dehors de la France. L'emploi accompagné a pour objectif l'insertion professionnelle progressive, coconstruite et coordonnée avec la personne handicapée et l'entreprise d'accueil en vue de favoriser un emploi pérenne. Le service d'emploi accompagné répond simultanément au projet professionnel de la personne handicapée et aux besoins d'accompagnement de l'employeur. La personne et l'entreprise peuvent solliciter le service d'emploi accompagné à tout moment pour avis ou expertise en cas d'évolution de l'environnement de travail par exemple. En 2017, dans le cadre d'une expérimentation CNSA, le centre lillois de réadaptation Ugecam a expérimenté ce dispositif avec cinq autres sites. Ensuite, ce dispositif a été généralisé par la loi El Khomri qui a confié aux agences régionales de santé (ARS) l'organisation d'appels à candidatures pour mailler les territoires de dispositifs d'emploi accompagné à partir de 2018. ○

Témoignage

Danielle Gilles,
directrice d'un centre de rééducation professionnelle (CRP) à Castelnau-le-Lez

Un accompagnement personnalisé pour réussir l'insertion professionnelle



« Le centre de rééducation fonctionnelle de Castelnau-le-Lez abrite le seul institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) qui s'adresse exclusivement aux personnes en situation de handicap. Nous formons chaque année 17 infirmiers et infirmières reconnus en qualité de travailleurs handicapés (RQTH) par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ils suivent un cursus de trois ans avec un accompagnement médico-psycho-social qui permet de lever l'ensemble des freins qui pourraient apparaître au cours de leur formation et qui aide aussi à retrouver la confiance en soi.

Grâce à cet accompagnement personnalisé et à notre excellent réseau de partenaires, nous obtenons 93 % de réussite aux examens et un taux d'insertion dans l'emploi de 77 % six mois après la sortie de l'institut de formation. » ○

77 %

**DE TAUX D'INSERTION
DANS L'EMPLOI**
six mois après la sortie
de formation.

93 %

**DE RÉUSSITE
AUX EXAMENS**

ET ENCORE...

Services

Lancement des applications Activ'Dos et Asthm'activ

Moins d'un mois après son lancement en novembre 2017 dans le cadre de la campagne « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement. », l'application Activ'Dos avait été téléchargée par plus de 34 500 personnes au 31 décembre 2017. Véritable coach miniature, Activ'Dos aide ses utilisateurs à prendre soin de leur dos au quotidien à travers des conseils faciles à suivre et de nombreux exercices. Lancée en mars 2017, l'application Asthm'Activ s'adresse aux adultes asthmatiques et permet de mieux suivre ses symptômes, prendre son traitement et mettre en place les bons réflexes. Elle avait été téléchargée plus de 9 000 fois à la fin de l'année 2017. Les applications Activ'Dos et Asthm'Activ sont disponibles gratuitement sur l'App Store et Google Play Store. ●

Études

Les conséquences du diabète gestationnel

Afin de mesurer les effets du diabète gestationnel, l'Assurance Maladie et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont mené une étude nationale portant sur 796 000 accouchements en 2012. Sept femmes sur cent ont été diagnostiquées avec un diabète gestationnel durant leur grossesse, un taux comparable à celui d'autres pays européens et 28 % des patientes ont été traitées par insuline. Alors que les conséquences du diabète gestationnel peuvent être graves, cette étude permet de souligner l'importance du dépistage du diabète pendant la grossesse chez les femmes qui présentent des facteurs de risque. ●

1,2

MILLION D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS

ont réalisé le bilan de prévention bucco-dentaire MT'dents en 2017.

Santé et prévention

Détection précoce de la BPCO

Le Collège de la médecine générale, la Fédération française de pneumologie (FFP), l'association de patients FFAIR et l'Assurance Maladie ont lancé en mars 2017 un programme pilote à destination des médecins généralistes pour développer le diagnostic précoce de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et sa prise en charge précoce, grâce à la pratique d'une spirométrie. L'expérimentation a débuté par la diffusion d'une web-conférence en présence d'un pneumologue et d'un médecin généraliste. Puis, des médecins volontaires de trois territoires (Essonne, Gironde et Artois) ont participé à 27 sessions présentiels d'utilisation du spiromètre, de mars à septembre 2017. À l'issue de ces sessions, 282 médecins ont commandé gratuitement un spiromètre sur amelio ce qui leur a permis de faire effectuer des tests de spirométrie à leurs patients, sensibilisés à la BPCO par plus de 12 000 courriels, courriers ou SMS envoyés par les trois CPAM. ●

Santé publique

Création d'un fonds pour prévenir le tabagisme

L'article 28 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 a introduit un nouveau prélèvement sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de tabac, qui a vocation à financer un fonds relatif à la prévention du tabagisme. Ce fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) depuis le 1^{er} janvier 2017 et dont le conseil de gestion est présidé par le directeur général de la Cnam, a pour objet de contribuer, en matière de lutte contre le tabac, au financement des actions locales, nationales et internationales dans le domaine de la politique de santé. Ces actions ont vocation à répondre à quatre orientations stratégiques : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ; aider les fumeurs à s'arrêter ; amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé ; soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge. Dès 2018 ce sont 100 millions d'euros qui seront engagés en ce sens. ●



3

AMÉLIORER

L'EFFICACITÉ

DU SYSTÈME

DE SANTÉ



Retrouvez le témoignage de Martin, 36 ans
attentif au bon usage du système de santé sur :
<https://assurance-maladie.fr/qui-sommes-nous>

Les épreuves que Martin a traversées
lui ont permis de prendre conscience
du rôle majeur de l'Assurance Maladie
et de modifier ses comportements.

RÉGULER LES DÉPENSES ET VEILLER À LA QUALITÉ DES SOINS

La Rosp : un outil alliant pertinence des soins et maîtrise des dépenses

La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) renouvelée en 2017, comme prévu par la convention médicale signée en 2016, prend mieux en compte la réalité des pratiques cliniques. Elle encourage la mobilisation des médecins dans la durée autour d'indicateurs valorisant des prescriptions plus pertinentes au service de la qualité et de la maîtrise des dépenses.

26

La préservation de notre système de protection sociale suppose de garantir la promotion des bonnes pratiques médicales et la pertinence des soins, en délivrant au patient le bon soin, au bon moment, au bon endroit. Les actions de gestion du risque mises en œuvre par l'Assurance Maladie visent ainsi à favoriser le juste soin au juste coût. Elles s'appuient sur des programmes et des outils permettant de faire évoluer les comportements de recours aux soins et les pratiques médicales, en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). L'objectif est de contribuer à une maîtrise des dépenses de santé respectant l'Ondam, tout en garantissant la qualité des soins.

Valoriser la qualité des pratiques médicales

La convention médicale signée en août 2016 par les principaux syndicats représentatifs des médecins a confirmé l'intérêt de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour valoriser la qualité des pratiques médicales. Renouvelée en 2017, la Rosp a ainsi contribué à servir les objectifs de santé publique tout en améliorant l'efficacité du système de soins.

L'optimisation et l'efficacité des prescriptions

Depuis la mise en place de la Rosp en 2011, les résultats en matière d'optimisation et d'efficacité des prescriptions ont progressé de manière continue pour l'ensemble des indicateurs observés, jusqu'à atteindre voire dépasser, pour cinq des sept indicateurs, l'objectif cible fixé. Afin de retrouver des marges de progression, les indicateurs d'efficacité de la prescription ont été redéfinis en 2016 : leur nombre a été étendu à 9 (contre 7 en 2011) dont 6 inédits.

En 2017*, en matière d'efficacité, les indicateurs de prescription dans le répertoire des médicaments génériques progressent pour les statines et les antihypertenseurs mais diminuent pour les traitements de l'incontinence urinaire et de l'asthme. La prescription de biosimilaires est en forte progression mais reste à un niveau nettement en dessous des objectifs fixés.

Concernant le suivi des pathologies chroniques, le dépistage de la maladie rénale chronique est en progression chez les patients diabétiques et chez les hypertendus. En revanche, les examens de fond d'œil chez les diabétiques régressent.

Les indicateurs de suivi des patients à risque cardiovasculaire sont également orientés à la baisse pour la surveillance des traitements par anti-vitamine K et pour la prévention secondaire du risque cardiovasculaire.



**Résultats calculés pour la Rosp médecins traitants de l'adulte des médecins libéraux actifs et conventionnés au 31/12/2017.*



27

Textes de référence

La rémunération des pharmaciens orientée vers le suivi de l'observance

L'avenant 11 à la convention pharmaceutique signé fin juillet 2017 valorise les missions de conseil et d'accompagnement des pharmaciens en créant de nouveaux honoraires de dispensation mis en place à partir de 2019 pour des patients prenant des médicaments à risque ou nécessitant une surveillance particulière.

Un effort financier de 280 millions d'euros est réalisé entre 2018 et 2020 contre 40 millions précédemment pour permettre aux pharmaciens d'exercer ces nouvelles missions de santé publique. ●

Pertinence des soins

Un levier de régulation et d'optimisation des dépenses

Le programme de maîtrise médicalisée vise à améliorer la pertinence et le bon usage des soins, des actes médicaux ou paramédicaux, des prescriptions de médicaments, d'imagerie ou de dispositifs médicaux. Les actions de gestion du risque mises en œuvre dans ce cadre s'appuient notamment sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et visent à faire évoluer les comportements de recours aux soins et les pratiques médicales. Le but : réguler les dépenses de santé et respecter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) tout en garantissant la qualité des soins. 708 millions d'euros d'économies ont ainsi pu être réalisés en 2017, soit 8 millions de plus que l'objectif fixé à l'Assurance Maladie dans le cadre de l'Ondam. ●



708 MILLIONS D'EUROS D'ÉCONOMIES

réalisés en 2017
grâce aux actions
de maîtrise médicalisée

soit

8 M€

DE PLUS QUE L'OBJECTIF
fixé à l'Assurance Maladie
dans le cadre de l'Ondam.

FAVORISER LA COORDINATION POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

Soutenir l'exercice coordonné et pluriprofessionnel

La prise en charge coordonnée des patients par les professionnels de santé constitue l'un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients. Dans le cadre de la convention médicale, différents dispositifs ont été mis en place pour favoriser cette coordination.



Les nouveautés de l'accord

L'accord reprend le principe d'une rémunération conventionnelle versée aux structures, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs articulés autour de l'accès aux soins, du travail en équipe et de l'utilisation d'un système d'information partagé.

La coordination et le système d'information, deux domaines essentiels pour le fonctionnement et l'organisation du travail en équipe sont ainsi mieux valorisés par l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, le nouvel accord prend mieux en compte la diversité de l'offre de soins offerte par les structures et l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients.

Enfin, un nouvel indicateur a été créé pour inciter les structures à mettre en place des outils d'évaluation de la satisfaction des patients et de leurs besoins.

L'objectif est ainsi de pouvoir faire évoluer les organisations pour mieux répondre aux attentes des patients.

La politique d'accompagnement des structures pluriprofessionnelles (maisons de santé et centres de santé) est ainsi intégrée au champ conventionnel. Le développement du travail en équipe en maisons pluriprofessionnelles et centres de santé permet de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients. Il vise aussi à améliorer l'articulation entre les établissements de santé et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients. Enfin, il conforte l'offre de soins de premier recours.

Par ailleurs, cette structuration des équipes contribue à une plus grande attractivité de l'exercice ambulatoire, le mode d'exercice regroupé étant aujourd'hui privilégié notamment par les jeunes diplômés.



540

DES 1 000 MAISONS DE SANTÉ

existant en France avaient adhéré à l'accord conventionnel interprofessionnel fin 2017.

Mise en place du forfait structure

Nouveauté de la convention médicale signée en 2016, le forfait structure mis en place en 2017 permet notamment d'inciter et d'accompagner les médecins à la modernisation de leur cabinet.

Il contient deux volets, dont le premier aide financièrement les médecins à investir dans des outils qui favorisent la communication et l'exercice coordonné entre les professionnels de santé (logiciel métier compatible avec le Dossier Médical Partagé ou messageries sécurisées de santé).

Le deuxième volet du forfait structure rémunère de manière complémentaire l'investissement des médecins dans des services proposés aux patients au sein de leur cabinet, comme l'implication dans des démarches de prise en charge coordonnées. ●

Coordination des soins

Expérimentation du Dossier Médical Partagé : plus de 500 000 ouvertures en 2017

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un carnet de santé numérique sécurisé visant à améliorer la prise en charge des assurés et la coordination des soins. Il est expérimenté depuis 2017 dans 9 départements métropolitains*. Fin 2017, près de 530 000 DMP étaient ouverts dans ces départements. Au total, plus d'un million de personnes disposaient d'un DMP fin 2017 en tenant compte des 600 000 dossiers déjà ouverts avant que la loi de modernisation du système de santé 2016 en confie le déploiement à l'Assurance Maladie. Une fois ouvert, le DMP est automatiquement enrichi des données de remboursements de soins effectués par l'Assurance Maladie au cours des 24 derniers mois. Ces premiers éléments permettent aux professionnels de santé autorisés par le patient, en ville et à l'hôpital, d'éviter tout acte ou prescription inutile ou redondant. Le patient peut y consigner les informations qu'il juge utiles à son suivi médical ; les professionnels de santé consultés ont également la possibilité de l'enrichir de ses pathologies, antécédents, traitements, intolérances médicamenteuses, allergies, comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, résultats d'examens... Son déploiement sur l'ensemble du territoire sera effectif à partir d'octobre 2018. ●

* Côtes-d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Atlantiques, Bas-Rhin, Somme et Val-de-Marne.

Se coordonner pour mieux lutter contre la iatrogénie en ville

À partir de 65 ans, de nombreuses personnes âgées souffrent de pathologies multiples ce qui les conduit à prendre plusieurs traitements médicamenteux.

Elles sont ainsi plus exposées aux risques iatrogènes liés à la polymédication.

Les avenants n° 11 et n° 12 à la convention pharmaceutique** signés fin 2017 renforcent le rôle des pharmaciens dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Les pharmaciens vont proposer un bilan de médication aux patients âgés de 65 ans et plus, souffrant d'une affection longue durée traitée par cinq molécules ou principes actifs depuis au moins six mois.

Ce bilan doit permettre au pharmacien d'évaluer l'observance et la tolérance du traitement, d'identifier les interactions médicamenteuses, de rappeler les conditions de prise des traitements et de bon usage puis d'en informer le ou les médecins prescripteurs. ●

** Avenant n° 11 du 20 juillet 2017 à la convention nationale pharmaceutique signé par l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (Uspo), l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) le 15 septembre 2017 et paru le 16 décembre 2017 au Journal officiel. Avenant n° 12 du 21 novembre 2017 à la convention nationale pharmaceutique signé par l'Uspo et l'Uncam.



Textes de références

Mieux suivre les personnes âgées en Ehpad

Deux nouveaux actes de télémédecine pris en charge par l'Assurance Maladie ont été introduits par la signature de l'avenant n° 2 à la convention médicale pour favoriser un meilleur suivi des personnes âgées.

Ils concernent les médecins libéraux qui suivent des patients résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou en voie d'admission.

Le premier acte facilite l'échange entre l'ancien médecin traitant du patient et celui choisi à l'entrée en Ehpad.

Le deuxième acte favorise la réalisation de consultation à distance par le médecin traitant pour éviter les déplacements délicats et les hospitalisations inutiles. Ces avancées marquent un premier pas vers la future entrée dans le droit commun de la rémunération des actes de télémédecine. ●

FAIRE LA PÉDAGOGIE DU BON USAGE ET LUTTER CONTRE LA FRAUDE

Mieux détecter les abus et les activités frauduleuses

Pour que le système de santé demeure toujours aussi protecteur, l'Assurance Maladie aide chacun à adopter des comportements responsables en sensibilisant au bon usage des soins, en luttant contre les abus et en sanctionnant les fraudes.



Le plan annuel de contrôle, de répression des fraudes et des activités fautives et abusives s'inscrit dans la stratégie de gestion des risques de l'Assurance Maladie. En 2017, des plans régionaux de lutte contre la fraude ont été mis en place pour renforcer l'efficacité collective et l'efficience de l'Assurance Maladie en la matière.

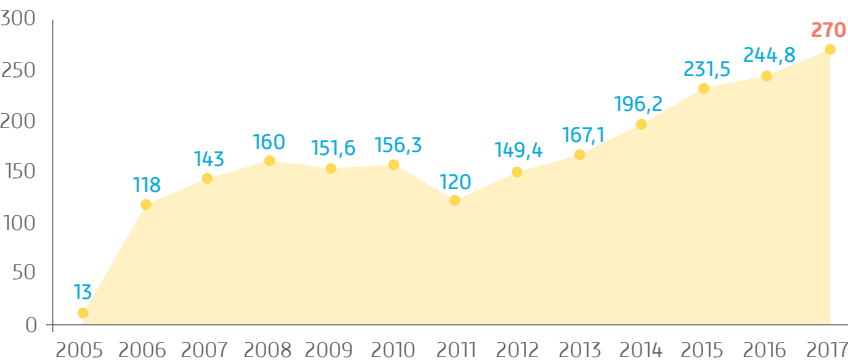
Au plan national, les actions de lutte contre la fraude ont continué à se renforcer et à s'adapter aux évolutions législatives et réglementaires ainsi qu'à l'apparition de nouveaux risques de fraudes. En 2017, des actions de contrôle ont été expérimentées sur les nouvelles conditions d'ouverture de droits instituées par la protection universelle maladie (PUMA). Par ailleurs, le programme de contrôle de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) lancé en 2015 a été poursuivi

avec, en parallèle, le développement des techniques de datamining.

Compte tenu des enjeux financiers importants découlant du paiement des prestations en espèces, l'Assurance Maladie a maintenu ses méthodes de contrôle des médecins prescripteurs excessifs d'arrêts de travail en reconduisant les campagnes d'entretiens préalables aux procédures de mise sous objectif (MSO)/mise sous accord préalable (MSAP) instaurées en 2016.

Avec son réseau, l'Assurance Maladie a largement conforté ses résultats en 2017 en maintenant ses actions de contrôle sur l'ensemble de son périmètre : assurés, employeurs, professionnels et établissements de santé ainsi que fournisseurs et prestataires de santé.

MONTANTS DES FRAUDES ET ACTIVITÉS FAUTIVES DÉTÉCTÉES ET STOPPÉES PAR ANNÉE (en M€)



Entretien

avec **François Grandet**, directeur adjoint de l'audit, du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes de la Cnam

Quelles sont les principales actions du programme national de contrôle et de lutte contre la fraude ?

Chaque année, nous conduisons deux types d'actions : des programmes de contrôle nationaux et des actions locorégionales menées par les organismes en fonction de besoins locaux. En 2017, 16 plans régionaux de lutte contre la fraude ont ainsi été conduits en plus des programmes nationaux. Ils portent sur l'ouverture des droits, les prestations versées (en nature ou en espèces) ou les établissements. Ils comportent aussi des actions structurantes, comme des formations par exemple, visant à améliorer l'efficacité collective des actions de lutte contre les fraudes. Dans ce dispositif, il est nécessaire que les services de lutte contre la fraude travaillent étroitement avec les services chargés de la gestion du risque et les agents comptables.

Quel est le bilan de ces actions en 2017 ?

En intensifiant à la fois la pertinence et l'efficacité de nos programmes, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé 270 millions d'euros de préjudice en 2017, soit 10 % de plus qu'en 2016. Nous avons largement dépassé l'objectif de 220 millions qui

était fixé pour 2017 par la convention d'objectifs et de gestion (COG). Nous attribuons ce bilan positif aux progrès que nous faisons régulièrement depuis la création de cette fonction de contrôle il y a douze ans. Depuis cette date, nos actions se renforcent chaque année, nous détectons mieux, nous investiguons plus largement et nos stratégies contentieuses sont plus efficaces.

En quoi ce programme contribue-t-il à la pédagogie du bon usage ?

Nous travaillons de plus en plus en lien avec la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) dans l'accompagnement des professionnels de santé, lorsque nous identifions une pratique fautive ou abusive répandue. La première étape est celle de la sensibilisation et du rappel de la règle, qui suffit souvent à corriger de nombreuses pratiques fautives ou abusives. Nous mesurons ensuite l'impact de cet accompagnement et intervenons par des actions de contrôle-contentieux ciblées auprès des professionnels de santé dont les pratiques fautives ou abusives perdurent. C'est la méthode que nous avons adoptée par exemple pour les prescripteurs excessifs d'arrêts de travail ou pour les soins de masso-kinésithérapie en Ehpad.

6 887

PROCÉDURES DE PÉNALITÉS FINANCIÈRES ENGAGÉES

911

SAISINES PÉNALES EFFECTUÉES

8 077

ACTIONS CONTENTIEUSES

réalisées en 2017 (+ 8 %).

383

ENTRETIENS PRÉALABLES

réalisés en 2017 auprès des médecins prescripteurs excessifs d'indemnités journalières, en amont de la procédure MSO/MSAP ont permis une évolution favorable des pratiques témoignant de l'efficacité de la pédagogie sur le bon usage.

Traitement des fraudes complexes

L'Assurance Maladie a mené en 2017 une large réflexion pour améliorer l'efficacité de la lutte contre les fraudes complexes, comme celles avec trafic ou en bande organisée. Cette démarche prépare l'engagement COG 2018-2022 d'optimiser les voies d'actions contentieuses en accompagnant les organismes dans leur stratégie. Cette démarche vise à réduire les situations d'échec et la durée des procédures pénales. Un groupe de travail constitué de représentants de la caisse nationale et du réseau a formulé des recommandations d'actions qui ont pour objectif de mieux préparer les dossiers collectivement et d'améliorer leur traitement pour faire aboutir davantage d'affaires engagées en procédure pénale dans des délais plus rapides (de l'ordre de cinq ans en moyenne actuellement).

CONTRIBUER À LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Ondam respecté !

L'Assurance Maladie concourt, par les actions de gestion du risque ou les services qu'elle met en œuvre, à l'efficacité du système de soins et au respect de l'Ondam fixé pour l'année 2017 à 190,7 milliards d'euros, soit un taux de progression de 2,1 % par rapport à 2016.



Entretien

entre **Annelore Courty**, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, et **Claude Gissot**, directeur de la stratégie, des études et des statistiques



Le public entend souvent parler des comptes de la Sécurité sociale et de ceux de l'Assurance Maladie, moins souvent de l'Ondam. De quoi s'agit-il ?

Claude Gissot. L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) représente le montant que les régimes obligatoires d'assurance maladie peuvent mobiliser pour assurer la prise en charge des soins et des prestations en espèces pour l'ensemble des assurés en France sur une année donnée. Ce montant est ventilé en sous-objectifs pour les dépenses faites en ville (par les professionnels de santé libéraux) et pour celles faites en établissements de santé. L'objectif de dépenses national est fixé par le Parlement. Si on laissait les choses aller naturellement, les dépenses de santé augmenteraient de 4 % par an, alors que l'objectif qui nous est fixé progresse en moyenne de 2 % par an. C'est pourquoi l'ensemble des acteurs (ministère chargé de la santé, ARS, Assurance Maladie) se met autour de la table pour formaliser un plan d'économies, le plan Ondam.

Annelore Courty. Le plan Ondam est bâti sur une durée de cinq ans, pour donner plus de prévisibilité à nos actions et les inscrire un peu plus dans la durée.

Comment l'Assurance Maladie contribue-t-elle à l'atteinte de l'objectif ?

Annelore Courty. En 2017, il s'agissait de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économies, par rapport à l'évolution naturelle des dépenses, soit 0,6 milliard d'euros de plus qu'en 2016, pour tenir dans un plafond de dépenses d'un peu moins de 191 milliards d'euros. Parmi les objectifs qui lui sont fixés, l'Assurance Maladie est particulièrement attendue sur l'atteinte de ceux liés à la maîtrise médicalisée. Nous avons 700 millions d'euros d'économies à réaliser dans ce domaine l'an dernier et nous avons économisé 708 millions d'euros grâce à nos actions, par exemple sur la pertinence de la prescription d'appareillages, de produits de santé et la prescription de soins infirmiers ou de masseurs-kinésithérapeutes. Pour tenir cet objectif, le réseau s'est fortement

mobilisé. Quand nous leur avons demandé de quelle réalisation ils étaient le plus fiers en 2017, les directeurs des organismes d'assurance maladie ont largement cité le fait d'avoir réussi à tenir l'Ondam. C'est assez révélateur du fait que l'ensemble de l'Assurance Maladie se mobilise très fortement sur cet objectif, qui est partagé par tous.

Claude Gissot. La France consomme plus de médicaments que ses voisins et la prescription de certains de ces médicaments pourrait être évitée. Pour cela, il faut emporter la conviction des prescripteurs via les visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et de médecins-conseils afin de rendre la prescription plus responsable et plus pertinente.

Quelles sont les perspectives pour 2018 ?

Annelore Courty. Pour 2018, l'objectif d'économies à atteindre est encore particulièrement élevé ! L'Ondam est respecté depuis 2010 alors que les taux de progression sont contraints et que les évolutions tendancielle sont dynamiques, du fait notamment du vieillissement de la population et du développement des pathologies chroniques. Cette année, nous

allons devoir poursuivre de manière intense nos actions de maîtrise médicalisée et ne pas relâcher nos efforts pour réaliser notre nouvel objectif de 735 millions d'économies.

Claude Gissot. C'est l'Assurance Maladie dans son ensemble, caisse nationale et réseau des organismes, qui participe à cette action coordonnée et cohérente de maîtrise médicalisée. C'est cette implication collective qui nous a permis

d'atteindre nos objectifs. Par ailleurs, la question de la pertinence ne s'applique pas seulement à la prescription : la Cnam avec les autres régulateurs du système de santé (HAS, ministère chargé de la santé) et surtout en associant les professionnels de santé est très engagée dans le chantier « qualité des soins et pertinence des actes », un des cinq chantiers de la stratégie de transformation du système de santé qui doit contribuer, sur le long terme, à sa soutenabilité financière. ●

ET ENCORE...

Santé publique

Ouverture du SNDS

Le système national des données de santé (SNDS) a été mis en œuvre le 10 avril 2017. Il regroupe pour l'instant les données de santé de l'assurance maladie obligatoire, les données des établissements de santé et les causes médicales de décès. D'autres données, comme celles relatives au handicap ainsi qu'un échantillon de données en provenance des complémentaires, compléteront prochainement le dispositif. C'est un outil qui constitue une avancée considérable pour analyser et améliorer la santé de la population. ●



Santé publique

Un fonds national pour l'innovation en santé

Pour répondre aux enjeux épidémiologiques, économiques et de qualité des soins auxquels le système de santé sera confronté dans les prochaines années, l'Assurance Maladie a proposé dans son rapport sur l'évolution de ses charges et produits pour 2018 la création d'un cadre juridique dérogatoire et d'un fonds national de soutien à la diffusion de l'innovation organisationnelle en santé.


Cette proposition a été intégrée dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 adoptée le 4 décembre 2017. Ce fonds permettra de financer des expérimentations à grande échelle, en rémunérant, notamment, les établissements et les professionnels investis dans de nouvelles modalités d'organisation des soins. ●

Pertinence des soins

E-mémo Génériques

L'application E-mémo Génériques facilite la prescription des médicaments génériques. Gratuite, téléchargeable sur App Store et Google Play, elle permet en effet aux médecins libéraux et hospitaliers de savoir si une molécule est inscrite au répertoire des médicaments génériques. Un moteur de recherche intuitif permet de retrouver plus de 200 molécules organisées en 16 classes thérapeutiques. En prescrivant dans le répertoire des médicaments génériques et en dénomination commune internationale (DCI), le médecin permet au pharmacien de substituer au princeps un médicament générique qui possède le même principe actif au même dosage et avec la même forme pharmaceutique. ●





4

ENGAGEMENTS

RÉSULTATS

ET GOUVERNANCE

RÉSULTATS 2017 : DES RECETTES ET DES PRESTATIONS EN ÉVOLUTION TRÈS DYNAMIQUE



Entretien

avec **Joël Dessaint**,
directeur financier de la Caisse nationale
de l'Assurance Maladie

Que recouvrent exactement les comptes de l'Assurance Maladie ?

Nous tenons en fait les comptes de deux branches distinctes de la Sécurité sociale : la branche maladie, qui représente plus de 214 milliards d'euros de dépenses en 2017, et la branche accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) dont le montant des charges atteint un peu moins de 14 milliards d'euros. Pour financer les dépenses de la branche maladie, nous enregistrons trois catégories de recettes : les cotisations employeurs (supprimées en 2018), la contribution sociale généralisée (CSG) et les impôts et taxes affectés (Itaf) comme la taxe sur les salaires ou la taxe sur les tabacs. Pour la branche AT/MP, les cotisations employeurs représentent la totalité des recettes. Dans les deux branches, les recettes sont très dépendantes de la croissance économique et donc de l'évolution de la masse salariale. En 2017, celle-ci a progressé de 3,5 %, soit plus que la prévision initiale de 3,3 %.

Quelle a été l'évolution des dépenses en 2017 ?

Les dépenses de prestations d'assurance maladie progressent assez vite, de presque 4 % en 2017, et notamment plus vite que l'Ondam, avec lequel elles ne se confondent pas¹. En effet, en 2017, l'État a transféré à l'Assurance Maladie 1,5 milliard d'euros pour le financement des établissements et services d'aide par le travail (Esat) ; par ailleurs les dépenses du régime général (dont le poids s'accroît légèrement chaque année) progressent plus vite que celles de l'ensemble des régimes. Outre le paiement des prestations, le principal poste de dépenses correspond à la prise en charge des déficits des autres régimes d'assurance maladie, MSA et RSI principalement, pour un montant de 5,4 milliards d'euros.

En 2017, le régime général s'est vu attribuer la totalité des taxes tabac au détriment de la MSA qui a donc vu son déficit augmenter ; ainsi, le supplément de recettes dont nous bénéficions sert en partie à compenser la perte de recettes correspondante des autres régimes. Cela montre que, de plus en plus, seuls les comptes combinés de l'ensemble des régimes sont significatifs.

Nos charges de fonctionnement, principalement le paiement des salaires, ne représentent que 2,9 % du montant des prestations versées par la branche maladie. Elles diminuent légèrement en 2017, sous l'effet des réductions d'effectifs prévues par la convention d'objectifs et de gestion qui nous lie avec l'État et des économies réalisées pour les autres dépenses de fonctionnement (achats, loyers...). Cette trajectoire va se poursuivre dans les prochaines années.

Quel est le bilan financier de l'année 2017 pour l'Assurance Maladie ?

Le déficit de la branche maladie s'établit à 4,8 milliards d'euros. Il s'est dégradé par rapport à 2016 et est supérieur de près de 800 millions d'euros au déficit de 4,1 milliards prévu. Par rapport à la prévision, il manque 1 milliard d'euros de TVA, finalement attribué par l'État à l'Unedic. 2017 est une année où nous observons à la fois une forte hausse des recettes, grâce à la croissance économique, mais aussi une forte hausse des charges de gestion technique du fait notamment de nouveaux transferts de charges entre organismes de sécurité sociale. ●

¹ L'ensemble des dépenses de la branche maladie correspond en effet à un périmètre plus large que celui pris en compte pour l'Ondam.

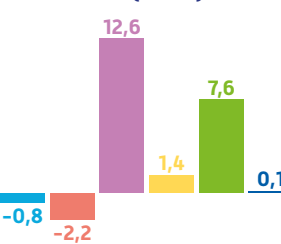
PRESTATIONS EN ANNÉE DE SOINS
[EXERCICE 2017]

Les prestations du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour le régime général s'élèvent à 160,4 milliards d'euros, pour la branche maladie et la branche AT/MP. Elles représentent 73,1 % des charges de gestion technique de ces deux branches.

Ondam régime général (France)

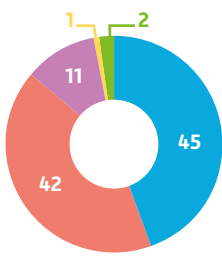
en millions d'euros		
1 ^{er} OBJECTIF	Dépenses de soins de ville dont : Prestations Prise en charge des cotisations PAM + FAC (dont aides à la télétransmission) + Remises conventionnelles	73 575 71 759 1 816
2 ^e & 3 ^e OBJECTIFS	Dépenses relatives aux établissements de santé dont : Établissements de santé publics Établissements de santé privés FMESPP	65 150 53 736 11 363 51
4 ^e & 5 ^e OBJECTIFS	Contribution de l'Assurance Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées	17 333
6 ^e OBJECTIF	Dépenses relatives aux autres prises en charge (ressortissants français à l'étranger, dépenses sociales hors CNSA + Fiqcs)	1 557
7 ^e OBJECTIF	Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR)	2 784
ONDAM		160 400

Évolution des sous-objectifs de l'Ondam (en %)



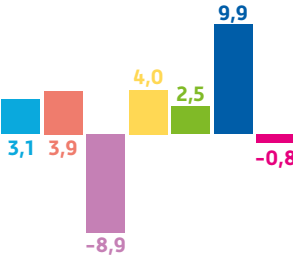
- Soins de ville
- Établissements publics et privés (y compris FMESPP)
- Établissements médico-sociaux (contribution de l'Assurance Maladie)
- Autres dépenses de soins
- FIR
- Ondam

Structure de l'Ondam (en %)



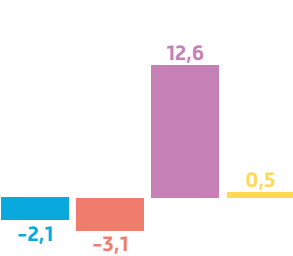
- Soins de ville
- Établissements publics et privés
- Établissements médico-sociaux (contribution de l'Assurance Maladie)
- Autres dépenses de soins
- FIR

Évolution des soins de ville (en %)



- Honoraires médicaux du secteur privé
- Honoraires paramédicaux
- Produits de santé (médicaments + LPP)
- Prestations en espèces
- Autres prestations
- Prise en charge des cotisations PAM + FAC (dont aides à la télétransmission) + remises conventionnelles
- Dépenses exécutées en ville

Évolution des établissements (en %)



- Établissements de santé publics
- Établissements de santé privés
- Établissements médico-sociaux (contribution de l'Assurance Maladie)
- Ensemble des établissements

La branche maladie

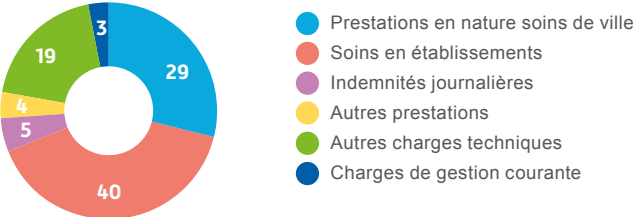
Charges (en millions d'euros) 214 130

Prestations en nature soins de ville	-1,71%
Soins en établissements	0,66%
Indemnités journalières (y compris IJ maternité)	2,89%
Autres prestations	4,40%
Total prestations	0,10%
Autres charges techniques	42,52%
Charges de gestion courante	-0,09%

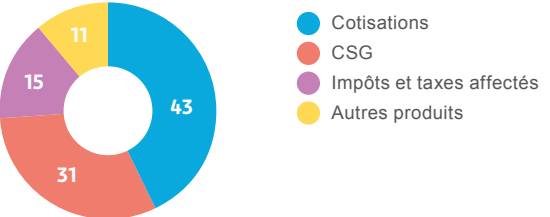
Produits (en millions d'euros) 209 243

Cotisations	5,01%
CSG	3,82%
Impôts et taxes affectés	22,13%
Total cotisations / CSG / ITAF	7,05%
Autres produits	-1,16%

Structure des charges (en %)



Structure des produits (en %)



Solde (en millions d'euros)



La branche AT/MP

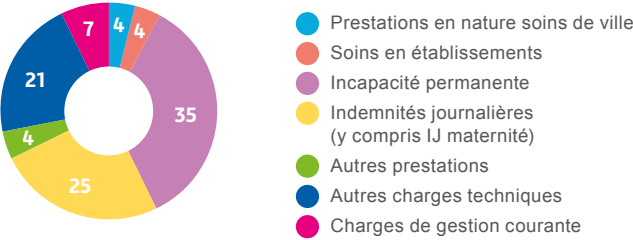
Charges (en millions d'euros) 12 602

Prestations en nature soins de ville	-11,57%
Soins en établissements	-12,64%
Incapacité permanente	0,36%
Indemnités journalières	4,36%
Autres prestations	-2,03%
Total prestations	0,08%
Autres charges techniques	-7,58%
Charges de gestion courante	2,79%

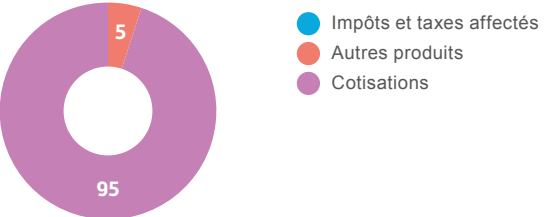
Produits (en millions d'euros) 13 732

Impôts et taxes affectés	-99,31%
Autres produits	-13,71%
Cotisations	2,55%

Structure des charges (en %)



Structure des produits (en %)



Solde (en millions d'euros)



CHARGES ET PRODUITS
AU 31 DÉCEMBRE 2017
BRANCHE MALADIE

Charges

EXERCICE 2017

EXERCICE 2016

CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	Prestations sociales	162 898 538 045,44	162 766 603 876,44
	Prestations légales	161 998 028 117,14	161 967 795 276,18
	<i>dont : prestations maladie</i>	149 492 333 419,37	149 601 548 061,99
	<i>prestations maternité</i>	6 306 348 405,97	6 460 783 546,57
	<i>prestations invalidité</i>	6 101 294 670,63	5 806 626 473,61
	<i>prestations décès</i>	98 051 621,17	98 837 194,01
	Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	120 113 422,65	111 780 341,79
	Actions de prévention	232 115 223,77	249 212 900,69
	Diverses prestations	548 281 281,88	437 815 357,78
	Charges techniques, transferts, subventions et contributions	36 905 458 875,90	25 468 493 658,62
	Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	33 339 268 305,33	22 219 054 894,63
	<i>dont : compensations</i>	9 049 107 806,77	4 633 173 458,13
	<i>prise en charge cotisations</i>	1 992 253 130,40	2 217 634 971,63
	<i>contribution versée à la CNSA</i>	17 309 481 544,97	15 368 246 464,87
	Autres charges techniques	3 566 190 570,57	3 249 438 763,99
	Diverses charges techniques	1 395 727 696,40	1 284 679 001,09
	Dotations aux provisions pour charges techniques	7 360 063 845,07	7 193 397 919,36
	Pour prestations sociales et autres charges techniques	7 204 309 386,61	6 953 675 264,49
	Pour dépréciation des actifs circulants	155 754 458,46	239 722 654,87
Total charges de gestion technique		208 559 788 462,81	196 713 174 455,51
CHARGES DE GESTION COURANTE	Achats	73 657 059,84	78 390 044,59
	Autres charges externes	747 915 388,61	744 336 925,96
	Impôts, taxes et versements assimilés	343 668 737,25	357 162 852,08
	Charges de personnel	3 336 111 977,30	3 318 890 402,76
	Diverses charges de gestion courante	775 952 152,04	781 287 014,40
	Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	260 081 959,08	262 337 674,96
Total charges de gestion courante		5 537 387 274,12	5 542 404 914,75
Total charges financières		15 321 706,06	10 273 956,96
Total charges exceptionnelles		17 584 578,71	26 965 658,67
Total impôts sur les bénéfices et assimilés		331 233,24	227 711,09
TOTAL DES CHARGES		214 130 413 254,94	202 293 046 696,98
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE EXCÉDENTAIRE			
TOTAL GÉNÉRAL		214 130 413 254,94	202 293 046 696,98

Produits

EXERCICE 2017

EXERCICE 2016

PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	Cotisations, impôts et produits affectés	179 712 327 973,56	167 880 512 600,57
	Cotisations sociales	82 834 538 881,98	79 423 400 897,92
	Cotisations prises en charge par l'État	2 237 140 596,44	1 292 857 058,38
	Cotisations prises en charge par la Sécurité sociale	1 295 504 111,92	1 586 951 900,08
	Produits versés par une entité publique	941 274 021,09	841 003 333,32
	Impôt : contribution sociale généralisée	62 845 256 155,79	60 533 998 575,41
	Cotisations, impôts et taxes affectés	29 558 614 206,34	24 202 300 835,46
	Produits techniques	18 860 465 298,33	18 060 748 826,36
	Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	18 674 325 342,62	17 860 077 114,46
	<i>dont : prises en charge prestations CNSA</i>	18 373 640 706,53	16 507 705 353,16
	Contributions publiques	186 139 955,71	200 671 711,90
	Divers produits techniques	2 672 582 346,12	3 351 934 588,93
	Reprises sur provisions et sur dépréciations	7 490 852 179,05	7 775 943 544,18
	Reprises sur provisions pour charges techniques	7 184 647 686,46	7 235 378 231,14
	Reprises sur provisions pour dépréciation des actifs circulants	306 204 492,59	540 565 313,04
Total produits de gestion technique		208 736 227 797,06	197 069 139 560,04
Total produits de gestion courante		288 581 235,34	248 981 430,18
Total produits financiers		116 444 413,13	72 262 182,99
Total produits exceptionnels		101 279 082,32	120 223 895,92
TOTAL DES PRODUITS		209 242 532 527,85	197 510 607 069,13
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE DÉFICITAIRE		4 887 880 727,09	4 782 439 627,85
TOTAL GÉNÉRAL		214 130 413 254,94	202 293 046 696,98

Retrouvez les résultats financiers détaillés de la branche maladie sur : <https://assurance-maladie.fr/qui-sommes-nous/publications-reference>

CHARGES ET PRODUITS
AU 31 DÉCEMBRE 2017
BRANCHE AT/MP

Charges		EXERCICE 2017	EXERCICE 2016
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	Prestations sociales	8 719 296 802,47	8 754 516 163,00
	Prestations légales	8 172 162 034,89	8 196 516 006,31
	Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	2 614 819,16	2 491 599,18
	Actions de prévention	172 957 939,32	137 562 547,62
	Diverses prestations	371 562 009,10	417 946 009,89
	Charges techniques, transferts, subventions et contributions	926 094 759,11	1 032 955 932,44
	Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	641 076 680,00	567 381 132,75
	dont : compensations	397 704 325,38	401 671 698,53
	contribution versée à la CNSA	23 812 247,25	29 793 339,15
	Autres charges techniques	285 018 079,11	465 574 799,69
	Diverses charges techniques	1 468 054 382,80	1 517 059 462,27
	Dotations aux provisions pour charges techniques	585 359 215,05	623 336 435,97
	Pour prestations sociales et autres charges techniques	433 735 841,50	519 159 212,33
	Pour dépréciation des actifs circulants	151 623 373,55	104 177 223,64
	Total charges de gestion technique	11 698 805 159,43	11 927 867 993,68
CHARGES DE GESTION COURANTE	Achats	9 099 621,61	9 322 660,89
	Autres charges externes	74 636 177,25	68 337 566,91
	Impôts, taxes et versements assimilés	64 531 080,47	65 748 803,78
	Charges de personnel	617 905 774,08	604 514 752,71
	Diverses charges de gestion courante	92 743 000,97	85 937 994,25
	Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	34 044 551,45	34 904 599,79
Total charges de gestion courante		892 960 205,83	868 766 378,33
Total charges financières		6 945 999,06	907 066,08
Total charges exceptionnelles		3 113 296,13	4 792 817,15
Total impôts sur les bénéfices et assimilés		42 522,81	26 985,65
TOTAL DES CHARGES		12 601 867 183,26	12 802 361 240,89
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE EXCÉDENTAIRE		1 129 662 377,21	762 132 057,21
TOTAL GÉNÉRAL		13 731 529 560,47	13 564 493 298,10

40

Produits		EXERCICE 2017	EXERCICE 2016
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	Cotisations, impôts et produits affectés	12 747 111 591,22	12 465 342 200,70
	Cotisations sociales	12 693 281 408,55	12 317 872 003,84
	dont : cotisations patronales	12 685 256 631,70	12 311 604 732,98
	Cotisations prises en charge par l'État	43 535 372,28	106 016 961,62
	Produits versés par une entité publique	10 052 681,57	6 394 782,18
	Impôts et taxes affectés	242 128,82	35 058 453,06
	Produits techniques	35 447 639,61	37 488 971,33
	Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilé	35 447 639,61	37 488 971,33
	dont : prises en charge prestations CNSA	25 278 792,78	31 183 938,12
	transferts entre organismes de sécurité sociale	89 987,15	101 875,74
	Divers produits techniques	470 693 288,37	494 125 289,09
	Reprises sur provisions et sur dépréciations	443 098 601,20	531 964 511,01
	Reprises sur provisions pour charges techniques	394 990 245,63	423 403 290,07
	Reprises sur provisions pour dépréciation des actifs circulants	48 108 355,57	108 561 220,94
	Total produits de gestion technique	13 696 351 120,40	13 528 920 972,13
Total produits de gestion courante		27 143 397,40	23 778 875,50
Total produits financiers		134 802,73	438 240,08
Total produits exceptionnels		7 900 239,94	11 355 210,39
TOTAL DES PRODUITS		13 731 529 560,47	13 564 493 298,10
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE DÉFICITAIRE			
TOTAL GÉNÉRAL		13 731 529 560,47	13 564 493 298,10

41

Retrouvez les résultats financiers détaillés de la branche maladie sur : <https://assurance-maladie.fr/qui-sommes-nous/publications-reference>

UNE POLITIQUE DE RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE DES ORGANISATIONS ENGAGÉE

La démarche RSO de l'Assurance Maladie

Depuis 2007, l'Assurance Maladie s'investit dans le domaine du développement durable et, plus récemment, dans la responsabilité sociétale des organisations (RSO).

42

Le développement durable concilie protection de l'environnement, efficacité économique et équité sociale. La responsabilité sociétale des organisations (RSO) est la contribution des entreprises et établissements publics au développement durable par l'intégration volontaire des préoccupations sociales, environnementales et économiques à leurs activités et à leurs relations avec leurs parties prenantes.

Découlant du plan cadre développement durable adopté par la Sécurité sociale, une charte RSO comportant dix engagements a été élaborée au sein de l'Assurance Maladie. Elle est articulée autour de quatre piliers : la responsabilité sociale interne (vis-à-vis des salariés), la responsabilité

environnementale, la responsabilité économique et le principe de gouvernance (intégration de la RSO dans les processus de décision, de management, d'exercice du métier). Également signée par le Groupe Ugecam en 2015, elle est actuellement en vigueur au sein de l'ensemble des organismes du réseau de l'Assurance Maladie, avec pour ambition de mobiliser chaque collaborateur au quotidien.

La mission nationale RSO a pour fonction d'impulser et de coordonner les actions des organismes du réseau. Elle anime un réseau de 135 chefs de projet RSO et les accompagne dans le déploiement du plan cadre de la Sécurité sociale. Sous l'impulsion de la direction de leur organisme, ceux-ci mettent en place des

actions transversales, s'appuyant sur les responsables des ressources humaines, les acheteurs, les responsables logistique, etc. ●

Maîtriser les émissions de gaz à effet de serre

Dans le cadre du plan immobilier national 2014-2017, l'Assurance Maladie a réalisé une soixantaine d'opérations immobilières, spécifiquement dédiées à la performance énergétique (via l'isolation thermique, la pose d'équipements performants, etc.), pour un montant de près de 40 millions d'euros. L'efficacité énergétique est un axe stratégique majeur de la COG 2018-2022 et l'élaboration des schémas directeurs immobiliers locaux (Sdil) par les CPAM. Afin de réduire l'impact environnemental des déplacements de leurs collaborateurs, près de 80 plans de mobilité devront être réalisés en 2018 par les organismes du réseau de l'Assurance Maladie. La formalisation d'un plan de mobilité participe à la réduction de l'empreinte environnementale en limitant le recours à l'utilisation de véhicules et en développant des offres alternatives de transport, plus faiblement émettrices. ●

Handicap au travail

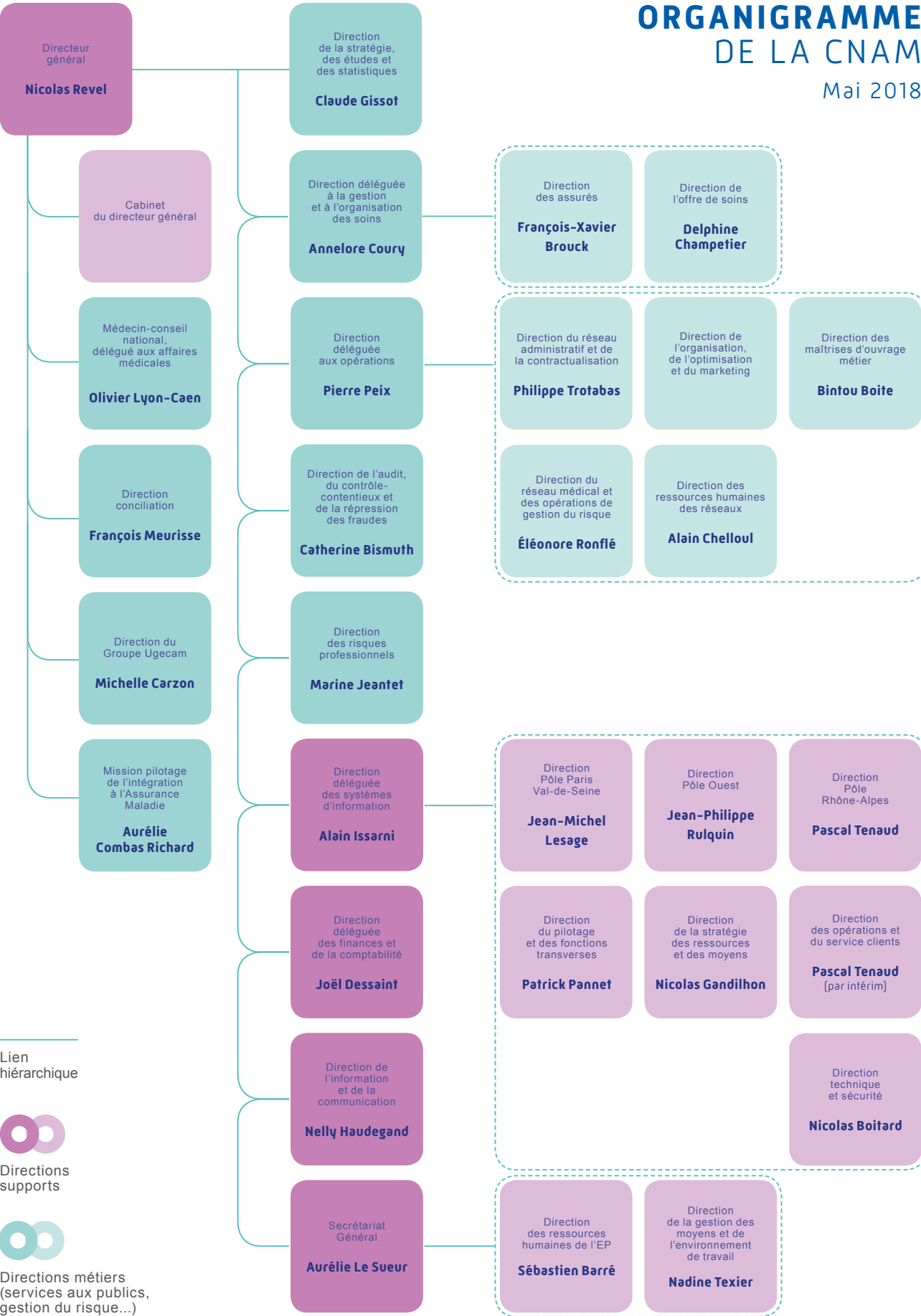
Les stéréotypes, ce n'est pas automatique !



L'Assurance Maladie conforte ses engagements en faveur de l'insertion et du maintien dans l'emploi de salariés en situation de handicap. Cet enjeu fait écho aux missions de service public assurées par l'Assurance Maladie auprès des assurés sociaux en situation de handicap. La signature d'une convention entre l'Agefiph et le régime général, en juin 2016, a renforcé les ambitions de la Sécurité sociale en matière d'emploi de personnes en situation de handicap. C'est dans ce contexte que l'Assurance Maladie s'est mobilisée du 13 au 17 novembre 2017, à l'occasion de la 21^e édition de la Semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées, en affirmant son engagement à travers un manifeste diffusé à l'ensemble du réseau des organismes : la lutte contre les stéréotypes liés à l'emploi des personnes en situation de handicap. ●

ORGANIGRAMME DE LA CNAM

Mai 2018



43

LE CONSEIL DE LA CNAM

L'instance politique de la Cnam est consultée sur tout projet de loi, d'arrêté ou de décret qui a un impact sur l'Assurance Maladie.

Composé paritairement de représentants d'assurés sociaux, d'employeurs, de mutuelles et d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie, le Conseil a une mission d'orientation, de suivi et d'évaluation de la politique de l'Assurance Maladie. Pour les questions scientifiques, la Cnam s'appuie sur son conseil scientifique, instance pluridisciplinaire et indépendante qui soutient la recherche.



PRÉSIDENT : William GARDEY

VICE-PRÉSIDENT : Yves LAQUEILLE

REPRÉSENTANTS DES ASSURÉS SOCIAUX

CFDT

William GARDEY
Suppléant : Philippe CUIGNET
Marie-Antoinette SOLER-KERRIEN
Suppléante : Valérie POTIRON
Viviane UGUEN

CFE-CGC

Jean-Claude FICHET
Suppléant : Pierre LICHON
Pascale JOLION
Suppléante : Isabelle FRERET

CFTC

Corinne MIELCAREK
Suppléante : Cécile ROUILLAC
Michel SEIGNOVERT
Suppléant : Bernard HAYAT

CGT

Jean-Michel CANO
Suppléant : David HUYNH
Bernadette HILPERT
Suppléante : Flora FUSILLIER
Jean-François NATON

CGT-FO

Gisèle ADOUE
Suppléante : Véronique CHALOT
Jocelyne MARMANDE
Suppléante : Jacqueline POITOU
David OLLIVIER-LANNUZEL
Suppléant : Gilles CALVET

REPRÉSENTANTS DES EMPLOYEURS

MEDEF

Delphine BENDA
Suppléante : Valia ARCIS
Véronique CAZALS
Suppléante : Nathalie BUET

Sylvie DUMILLY
Suppléante : Florence SAUTEJEAU
Claude JOLLY
Suppléant : Éric DELABRIERE
Yves LAQUEILLE
Suppléant : Olivier GILSON
Jean-Pierre MAZEL
Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI

CPME

Sofi LEROY
Suppléante : Valérie DEQUEN
Pierre-Alain KERNINON
Suppléant : Gabriel CHOUTEAU
Georges TISSIE
Suppléant : Budog MARZIN

U2P

Anne-Marie LE ROUEIL
Suppléante : Martine BERENGUEL
Stéphane LEVEQUE
Suppléant : Antony HADJIPANAYOTOU
Cécile SAUVEUR
Suppléante : Candice GOUTARD

REPRÉSENTANTS DE LA FNMF

Thomas BLANCHETTE
Suppléant : Didier BALSAN
Didier QUERCIOLO
Suppléant : Christophe LAPIERRE
Pascale VATEL
Suppléante : Christine BONIOL

REPRÉSENTANTS D'INSTITUTIONS INTERVENANT DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE MALADIE

FNATH (DES ACCIDENTÉS DE LA VIE)
Philippe-Karim FELISSI
Suppléant : Philippe LAMBERT

UNAPL (Union nationale des professions libérales)
Serge GARRIGOU
Suppléant : Éric OZOUX

UNAF (Union nationale des associations familiales)
Stéphane BERNARDELLI
Suppléant : Dominique MAITRE

UNAASS (Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé)
Magali LEO
Suppléante : Féreuze AZIZA

PERSONNALITÉS QUALIFIÉES

Dominique CORONA
Annick MOREL

PARTICIPANTS AYANT VOIX CONSULTATIVE

REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL
Collège des employés et assimilés
Luc BÉRENGER
Suppléante : Laurence DUBOEUF

Collège des praticiens-conseils
Jean-François GOMEZ
Suppléant : Yvan MARTIGNY
Collège des cadres :
Aymonette AMARI DE CADEVILLE
Suppléante : Claire BETTEMBOT

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL
Nicolas REVEL ou son représentant

L'AGENT COMPTABLE
Joël DESSAINT ou son représentant

**LA MISSION DE CONTRÔLE GÉNÉRALE ÉCONOMIQUE
ET FINANCIÈRE**
Marie-Laurence PITOIS-PUJADE
ou son représentant

LE MÉDECIN-CONSEIL NATIONAL
Olivier LYON-CAEN ou son représentant

LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES (CAT/MP)



PRÉSIDENTE : Florence SAUTEJEAU

1^{er} VICE-PRÉSIDENT : Ronald SCHOULLER

2^e VICE-PRÉSIDENT : Christian EXPERT

Le directeur général :
Nicolas REVEL ou son représentant

L'agent comptable :
Joël DESSAINT ou son représentant

La Mission du contrôle général
économique et financière :
Marie-Laurence PITOIS-PUJADE
ou son représentant

REPRÉSENTANTS DES ASSURÉS SOCIAUX

CFDT
Viviane UGUEN
Suppléante : Brigitte PERNOT

CFE-CGC
Christian EXPERT
Suppléant : Jean-Marc PLAT

CFTC
Manuel LECOMTE
Suppléant : Michel SEIGNOVERT

CGT
Serge JOURNOUD
Suppléant : Joseph LUBRANO

CGT-FO
Ronald SCHOULLER
Suppléant : Mohand MEZIANI

REPRÉSENTANTS DES EMPLOYEURS

MEDEF
Nathalie BUET
Suppléante : Dominique DELCOURT
Franck GAMBELLI
Suppléant : Jacques VESSAUD
Florence SAUTEJEAU
Suppléante : Marie-Hélène LEROY

CPME
Ghislaine RIGOREAU-BEYLAYACHI
Suppléante : Sofi LEROY

U2P
Cécile SAUVEUR
Suppléante : Anne-Marie LE ROUEIL

LE CONSEIL SCIENTIFIQUE



PRÉSIDENT : Professeur Bertrand MILLAT

MEMBRES

Docteur Jean BRAMI
Médecine générale
Isabelle BURKHARD
Gériatrie, santé publique
Docteur Céline CASTA
Médecin généraliste
Patrick CASTEL
Sociologie de la santé,
sociologie des organisations
Stéphanie CHANDLER-JEANVILLE
Sciences infirmières

Frédérique CLAUDOT
Santé publique, Médecine légale,
Droit de la santé

Alain CORDIER
Inspection générale des finances

Edith DUFAY
Pharmacie clinique

Philippe MICHEL
Épidémiologie, santé publique
Professeur Etienne MINVIELLE
Sciences économiques, santé publique

OBSERVATEURS

MSA
Le médecin-conseil national de la Mutualité
sociale agricole

RSI
Le médecin-conseil national du Régime social
des indépendants

LES COMMISSIONS

Commission de l'organisation des soins (COS)

PRÉSIDENT : Gilles CALVET



VICE-PRÉSIDENT : Stéphane BERNARDELLI

MEMBRES

Valia ARCIS / MEDEF
Delphine BENDA / MEDEF
Martine BERENGUEL / U2P
Stéphane BERNARDELLI / UNAF
Gilles CALVET / CGT-FO
Isabelle FRERET / CFE-CGC
Olivier GILSON / MEDEF
Bernard HAYAT / CFTC
David HUYNH / CGT
Philippe LAMBERT / FNATH
Sofi LEROY / CPME
Jocelyne MARMANDE / CGT-FO
Valérie POTIRON / CFDT
Didier QUERCIOLO / FNMF

Commission de l'animation du réseau et des moyens (CARM)

PRÉSIDENTE : Sofi LEROY



VICE-PRÉSIDENT : Dominique CORONA

MEMBRES

Christine BONIOL / FNMF
Jean-Michel CANO / CGT
Véronique CHALOT / CGT-FO
Philippe CUIGNET / CFDT
Bernard HAYAT / CFTC
Pascale JOLION / CFE-CGC
Claude JOLLY / MEDEF
Pierre-Alain KERNINON / CPME
Philippe LAMBERT / FNATH
Sofi LEROY / CPME
Stéphane LEVÊQUE / U2P
Dominique MAITRE / UNAF
Jean-Pierre MAZEL / MEDEF
Dominique CORONA / Personnalité qualifiée
1 Poste à pourvoir / MEDEF

Commission de la réglementation (COR)

PRÉSIDENT : Stéphane LEVÊQUE



VICE-PRÉSIDENTE : Marie-Antoinette SOLER-KERRIEN

MEMBRES

Féreuze AZIZA / UNAASS
Delphine BENDA / MEDEF
Thomas BLANCHETTE / FNMF
Jean-Michel CANO / CGT
Dominique CORONA / Personnalité qualifiée
Éric DELABRIERE / MEDEF
Philippe-Karim FELISSI / FNATH
Jean-Claude FICHET / CFE-CGC
Pierre-Alain KERNINON / CPME
Stéphane LEVEQUE / U2P
Anne-Marie LE ROUEIL / U2P
Dominique MAITRE / UNAF
Corinne MIELCAREK / CFTC
Annick MOREL / Personnalité qualifiée
David OLLIVIER-LANNUZEL / CGT-FO
Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI / EDEF
Marie-Antoinette SOLER-KERRIEN / CFDT

Commission des relations aux publics et de l'action sanitaire et sociale (CORPASS)

PRÉSIDENTE : Bernadette HILPERT



VICE-PRÉSIDENT : Philippe LAMBERT

MEMBRES

Gisèle ADOUE / CGT-FO
Stéphane BERNARDELLI / UNAF
Christine BONIOL / FNMF
Philippe CUIGNET / CFDT
Sylvie DUMILLY / MEDEF
Flora FUSILLIER / CGT
Candice GOUTARD / U2P
Bernadette HILPERT / CGT
Pascale JOLION / CFE-CGC
Philippe LAMBERT / FNATH
Budog MARZIN / CPME
Jean-Pierre MAZEL / MEDEF
Corinne MIELCAREK / CFTC
Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI / MEDEF

Commission des systèmes d'information et transition numérique (CSITN)

PRÉSIDENT : Jean-Claude FICHET



VICE-PRÉSIDENT : Serge GARRIGOU

MEMBRES

Stéphane BERNARDELLI / UNAF
Jean-Michel CANO / CGT
Éric DELABRIERE / MEDEF
Jean-Claude FICHET / CFE-CGC
Serge GARRIGOU / UNAPL
Olivier GILSON / MEDEF
Bernard HAYAT / CFTC
Philippe LAMBERT / FNATH
Christophe LAPIERRE / FNMF
Anne-Marie LE ROUEIL / U2P
Sofi LEROY / CPME
Pierre LICHON / CFE-CGC
Jean-Pierre MAZEL / MEDEF
David OLLIVIER-LANNUZEL / CGT-FO
Viviane UGUEN / CFDT

Commission de suivi et d'analyse des dépenses de santé – Prospective (CSADSP)

PRÉSIDENT : Michel SEIGNOVERT



VICE-PRÉSIDENT : Jean-Pierre MAZEL

MEMBRES

Valia ARCIS / MEDEF
Didier BALSAN / FNMF
Gilles CALVET / CGT-FO
Véronique CAZALS / MEDEF
Jean-Claude FICHET / CFE-CGC
Antony HADJIPANAYOTOU / U2P
Bernadette HILPERT / CGT
Philippe LAMBERT / FNATH
Dominique MAITRE / UNAF
Jean-Pierre MAZEL / MEDEF
Valérie POTIRON / CFDT
Cécile ROUILLAC / CFTC
Michel SEIGNOVERT / CFTC
Georges TISSIE / CPME

Commission santé prévention (CSP)

PRÉSIDENTE : VATEL Pascale



VICE-PRÉSIDENT : à désigner

MEMBRES

Martine BERENGUEL / U2P
Christine BONIOL / FNMF
Nathalie BUET / MEDEF
Sylvie DUMILLY / MEDEF
David HUYNH / CGT
Philippe LAMBERT / FNATH
Sofi LEROY / CPME
Pierre LICHON / CFE-CGC
Dominique MAITRE / UNAF
Jocelyne MARMANDE / CGT-FO
Valérie POTIRON / CFDT
Ghislaine RIGOREAU-BALAYACHI / MEDEF
Cécile ROUILLAC / CFTC
Pascale VATEL / FNMF

L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE (UNCAM)

La Cnam assure également la gestion administrative de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) sous l'autorité du directeur général de la Cnam.



PRÉSIDENT : William GARDEY

BUREAU

William GARDEY, président du Conseil de la Cnam
Louis GRASSI, président du Conseil d'administration de la CNDSSSTI
Pascal CORMERY, président du Conseil d'administration de la CCMSA

REPRÉSENTANTS DU CONSEIL DE LA CNAM

Delphine BENDA
Suppléante : Valia ARCIS
Nathalie BUET
Suppléante : Sylvie DUMILLY
Jean-Michel CANO
Suppléante : Bernadette HILPERT
Véronique CAZALS
Suppléant : Jean-Pierre MAZEL
Jean-Claude FICHET
Suppléante : Pascale JOLION
William GARDEY
Suppléant : Yves LAQUEILLE
Claude JOLLY
Suppléant : Pierre Alain KERNINON
Sofi LEROY
Suppléant : Georges TISSIE
Stéphane LEVÊQUE
Suppléante : Anne-Marie LE ROUEIL
Jocelyne MARMANDE
Suppléant : David OLLIVIER-LANNUZEL

Michel SEIGNOVERT
Suppléante : Corinne MIELCAREK
Marie-Antoinette SOLER-KERRIEN
Suppléante : Viviane UGUEN

REPRÉSENTANTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CNDSSSTI

Bernard DELRAN
Suppléant : Christian CŒURÉ
Louis GRASSI
Suppléant : François FANTAUZZO
Bernard SAUVAGNAC
Suppléant : Gilbert JOLY

REPRÉSENTANTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CCMSA

Pierre BERTHELOT
Suppléant : Régis JACOBÉ
Pascal CORMERY
Suppléante : Isabelle OUEDRAOGO
Thierry MANTEN
Suppléant : Christian SCHNEIDER

PARTICIPANTS AYANT VOIX CONSULTATIVE

COLLÈGE DES DIRECTEURS
Michel BRAULT
Directeur général de la CCMSA
Philippe RENARD
Directeur général de la CNDSSSTI
Nicolas REVEL
Directeur général de la Cnam
L'AGENT COMPTABLE DE LA CNAM
Joël DESSAINT ou son représentant
LA CONTRÔLEUSE GÉNÉRALE ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE
Marie-Laurence PITOIS-PUJADE ou son représentant

● **DIRECTEUR DE LA PUBLICATION**

Nicolas Revel
directeur général de la Cnam

● **RESPONSABLE DE LA PUBLICATION**

Nelly Haudegand
directrice de la communication de la Cnam

● **CONCEPTION ET RÉDACTION**

Caisse nationale de l'Assurance Maladie
Direction de l'information et de la communication -
Département information et publications

● **CONCEPTION GRAPHIQUE**

W

● **RÉALISATION**

Caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône
SRGI / Studio graphique

● **ICONOGRAPHIE**

Julie Bourges, Emmanuel Lochon/Cnam,
Claire Mery/Cnam, Groupe Ugecam,
Contextes, iStock, Getty Images,
Partizan & Romain Cieutat, BSIP

● **IMPRESSION**

Rivaton & Cie – Copie Nord 2
Paris Nord 2
177 allée des Érables
93240 Villepinte

Document imprimé sur du papier 100 % recyclé.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur

assurance-maladie.fr