

PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS POUR LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION 2023/2027

En vertu de l'article L221-3 du code de la Sécurité Sociale, le Conseil de la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a pour rôle de déterminer les orientations de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et l'Assurance Maladie qui précise les actions à mettre en œuvre par chaque signataire et les moyens de fonctionnement de la branche pour cinq ans.

Les membres du Conseil de la CNAM représentant des assurés sociaux, principaux financeurs du système de santé, fixent, au regard des fortes attentes exprimées par la population, l'égal accès aux soins et à la santé sur l'ensemble du territoire, comme la première des priorités de la prochaine COG.

Notre système de santé est à la croisée des chemins. La crise sanitaire a exacerbé certaines faiblesses déjà identifiées de longue date de notre système de Santé.

La progression continue des déserts médicaux génère des carences en matière d'offre de soins dans de trop nombreux territoires, fragilisant ainsi le pacte social autour du risque maladie ; d'autant plus, quand près de 600 000 patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) n'ont plus de médecin traitant.

Le poids des maladies non transmissibles (maladies cardio-neurovasculaires, cancers...) est de loin le plus élevé en terme de mortalité et pèse sur la perte d'années de vie sans incapacité et les décès prématurés. En outre, notre système de santé ne réussit pas à contrer efficacement les inégalités sociales de santé. Selon la DREES, « de la naissance au grand âge les problèmes de santé évoluent, les inégalités demeurent »¹. Ces inégalités sociales et territoriales de santé concernent toute la population, sur l'ensemble du gradient social : les personnes aux faibles revenus sont davantage touchées par l'apparition de maladies chroniques avec un impact sur l'espérance de vie.

Ces inégalités multifactorielles pourraient être en partie atténuées par le déploiement d'une politique proactive en matière de prévention du risque maladie et de promotion de la santé pour l'ensemble de la population et renforcée pour les plus vulnérables. C'est pourquoi, le Conseil de la CNAM considère qu'il convient d'agir avec détermination en faisant de l'accès à la prévention une priorité de Santé publique particulièrement pour les personnes les plus éloignées du système de santé.

¹ DREES N° 102 • septembre 2022

De par ses valeurs fondatrices d'universalité et de solidarité mais aussi de son savoir-faire, l'Assurance Maladie devra prendre toute sa part dans le virage préventif prôné par les pouvoirs publics. De par ses compétences et dans un souci d'équité, elle devra garantir un égal accès aux soins et à la prévention sur tout le territoire durant la COG.

Elle dispose pour cela des outils nécessaires à l'accomplissement de ces objectifs à travers l'instrument conventionnel et la rémunération des professionnels de santé, les innovations digitales et le numérique en santé qu'il s'agisse des outils de gestion internes à la branche, des téléservices proposés aux usagers ou de l'utilisation de la data pour les différentes politiques publiques dont l'Assurance Maladie a la charge, les nombreuses innovations organisationnelles qu'elle déploie ou encore l'amplification de la récente politique du « aller vers »

Cette COG s'élabore dans un contexte de crise sanitaire où l'Assurance Maladie s'est vue confier de nouvelles responsabilités et a étendu son champ d'actions à la prévention avec le contact tracing et la vaccination, dont il convient d'en tirer les enseignements.

Certes la crise a fait évoluer le rôle de l'Assurance Maladie mais elle a en parallèle impacté les services socles mettant sous pression les activités de production entraînant une baisse de la qualité de service, particulièrement sur le poste des indemnités journalières. Les conclusions du travail d'écoute réalisé par l'Assurance Maladie qui a permis de recueillir les perceptions et attentes des usagers, devront servir à fixer des objectifs ambitieux en termes d'amélioration de la performance et de l'excellence opérationnelle pour le réseau tout en veillant à la bonne adéquation des moyens alloués.

Ainsi, le Conseil de la Cnam, conformément aux attentes des assurés sociaux et des usagers de la branche et en cohérence avec les priorités du Ministère de la Santé et de la Prévention, propose à l'Etat de s'engager autour des priorités stratégiques : **de l'égal accès aux soins et à la santé** sur l'ensemble du territoire, du **maintien d'un haut niveau de qualité de service**, indispensable pour conserver la confiance des assurés, et de **la bonne utilisation des ressources** allouées au système de santé par un renforcement des actions de gestion du risque et de lutte contre la fraude.

Ces grandes orientations et priorités stratégiques seront déclinées en axes d'actions détaillés dans la suite du document d'orientations.

En termes de méthode, l'Assurance Maladie devra associer dans la mise en œuvre de ses actions, les organismes complémentaires, les professionnels de santé, les associations de patients ainsi que les collectivités territoriales.

Par ailleurs, les impératifs de la transition écologique devront s'intégrer dans toutes les actions portées par la COG : réduire l'empreinte carbone de la branche, mobiliser conjointement les enjeux de prévention et de lutte contre le réchauffement climatique et promouvoir la sobriété dans l'utilisation des ressources par le système de santé en sont différents exemples.

Enfin, le Conseil de la CNAM entend être associé aux choix des indicateurs qui devront traduire la réalité du vécu perçue par les assurés. Ce travail est un préalable au suivi et à l'évaluation par le Conseil, de la performance et de la mise en œuvre des orientations tout au long de la COG. Les commissions du Conseil devront déterminer, au regard des orientations et priorités définies, un programme de travail dédié pour en livrer les éléments saillants au comité de suivi de la COG.

1. Garantir aux usagers une offre de services performante et personnalisée

Nous, Assurance Maladie, voulons dans les 5 prochaines années consolider la performance de nos prises en charge et demeurer un service public facilement accessible soit par l'accueil physique, par l'accueil téléphonique ou par le déploiement de services numériques pour continuer à répondre aux besoins de nos assurés. Nous voulons proposer, notamment avec nos partenaires des autres branches de sécurité sociale, des offres d'accompagnement intégré à certains publics prioritaires ou pour certains moments de vie.

1.1. Poursuivre l'amélioration de la délivrance des prestations

Maintenir et accroître la performance du service de base demeurent des enjeux clés au cours des 5 prochaines années. C'est sur cette performance que pourront s'appuyer nos nouvelles ambitions, notamment notre nouveau positionnement au cœur de la santé publique et les nouvelles offres visant à mieux accompagner les assurés et les professionnels de santé.

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

- Etre en capacité d'apporter des réponses adaptées aux différents publics gérés par l'Assurance Maladie suite à l'extension des populations protégées par le Régime Général, et notamment à l'intégration des travailleurs indépendants en 2020. Nous devons également être en capacité d'améliorer le service rendu à de nouvelles populations par le jeu de l'intégration des systèmes informatiques.
- Faire face à l'apparition de très fortes variations dans les charges de travail de production et aux demandes d'innovations importantes et rapides, comme nous l'avons connu durant la crise sanitaire.

Ces enjeux sont très en phase avec l'écoute des assurés qui souhaitent bénéficier, dans les cinq ans à venir, d'un service administratif plus efficace et plus digitalisé, et qui plaident pour une plus grande dématérialisation des démarches et la réduction des délais de traitement.

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

Nous mettrons tout particulièrement l'accent sur les indemnités journalières, à la fois dans le déploiement de l'outil de gestion des prestations (Arpege TS) et dans la discussion avec les services de l'Etat des simplifications juridiques souhaitables. Nous développerons des **procédures de traitement des dossiers adaptés à des publics et des situations spécifiques.** Enfin, nous continuerons à réduire les délais de remboursement notamment des IJ en poursuivant la simplification des échanges tant avec les professionnels de santé qu'avec les employeurs, au travers des outils déployés tels la DSN et net entreprise

1.2. Offrir une relation de service personnalisée et garantir sa qualité

Les résultats de l'écoute des usagers font apparaître que toutes les catégories, assurés, professionnels de santé ou entreprises, souhaitent que l'Assurance Maladie développe la personnalisation et la dématérialisation de ses offres et services.

Faire du compte Ameli le canal usuel de contact pour les publics à l'aise avec le numérique et bien l'articuler avec nos autres canaux, en particulier l'accueil physique, est un enjeu primordial.

En effet, ce qui concerne les assurés, la crise sanitaire et ses conséquences ont augmenté de façon importante les sollicitations sur les différents canaux de contact. Il est désormais nécessaire de maîtriser l'évolution des flux pour permettre le retour de la performance et l'amélioration de la qualité. Cette utilisation accrue des services numériques sera d'autant plus aisée que le bouquet de services sera complet et adapté aux besoins, notamment parce qu'il sera plus personnalisé. Bien évidemment, cette orientation ne peut fonctionner que si les populations éloignées du numérique bénéficient d'actions d'accompagnement spécifiques. Les canaux traditionnels, accueil physique et téléphonique, resteront accessibles pour tous les assurés et pour toutes les demandes qui le nécessitent. En effet, au-delà du développement des offres dématérialisées, l'ancrage territorial des CPAM est un réel atout pour les usagers. Enfin, pour limiter les flux de contacts, nous généraliserons les démarches de communication proactive et ciblée, dans une logique de « suivi à chaque étape », pour informer et rassurer les assurés sur le traitement de leur demande et devancer ainsi leurs sollicitations sur nos lignes front office.

L'Assurance Maladie veut déployer l'AppliCarteVitale sur tout le territoire dans une logique de service et de lutte contre la fraude.

Les assurés disposeront d'une solution dématérialisée et sécurisée d'identification et d'authentification électronique utilisable dans tout le parcours de soins (ville, établissements, télésanté). Les professionnels de santé pourront fiabiliser leur facturation, notamment en tiers-payant (enrichissement des identifiants pour l'Assurance Maladie Complémentaire) et en mobilité. Les services et applications numériques dans le domaine de la santé pourront utiliser l'appli Carte Vitale pour identifier leurs utilisateurs.

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

Ce moment est en effet crucial pour l'organisation, pour la qualité de la facturation, et pour la pertinence de la relation future des professionnels de santé avec l'Assurance Maladie. Cet accompagnement existe déjà pour certaines professions (médecins et infirmiers en particulier), nous étendrons ces principes à toutes les professions, de façon graduée sur l'ensemble de la période conventionnelle.

Pour répondre aux usages des professionnels de santé, l'Assurance Maladie transformera Amelipro en un portail e-santé en développant une nouvelle ergonomie de services et déploiera la e-prescription.

Les professionnels pourront accéder à ce portail (web bouquet de services) parallèlement aux accès ouverts via leur logiciel métier. Cette nouvelle offre permettra de mieux personnaliser les parcours usagers/PS en cohérence avec les parcours proposés dans Mon Espace Santé, d'enrichir les services proposés aux professionnels de santé de ville mais aussi aux établissements de santé, de faciliter l'alimentation et l'accès des PS à Mon Espace Santé, de faciliter l'articulation entre les offres de service nationaux et les offres issues des outils régionaux et de faciliter la mise à disposition de données sur leur activité.

L'Assurance Maladie veut déployer la e-prescription sur tout le territoire et en tirer toutes les potentialités en matière d'amélioration de la qualité de service et de maîtrise des risques.

Après des expérimentations concluantes, nous généraliserons l'ordonnance numérique (e-prescription) prévue par les textes fin 2024, y compris à l'hôpital. L'enjeu de cette généralisation est de faciliter les échanges entre prescripteurs et prescrits, de sécuriser et de fiabiliser les prescriptions et de mettre à disposition l'ordonnance numérique dans Mon espace santé du patient afin qu'il dispose d'une version numérique de ses ordonnances.

Nous ouvrirons également progressivement ces bouquets de services aux établissements de santé et médico-sociaux, et structurerons une relation plus efficace avec eux.

Enfin, les entreprises, qui vont du travailleur indépendant à la multinationale, présentent des besoins hétérogènes tout en s'adressant aux deux branches AT/MP et maladie. Il s'agit donc de **développer pour elles une offre de service adaptée et digitalisée**. Pour cela, et en lien avec la CAT MP, nous mettrons en place le compte entreprise commun aux deux branches. Il permettra de structurer les contacts et de promouvoir des services en lignes adaptés. Au-delà du compte, une réflexion particulière sera portée pour personnaliser davantage la relation et l'offre de services pour les grands comptes et les TPE.

1.3. Développer des offres et des services interbranche

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

A travers ces offres et services interbranche, il s'agit de **simplifier les démarches des usagers confrontés à une situation complexe**, en les sollicitant moins, en leur évitant les transferts de pièce, voire même en automatisant l'attribution de certaines prestations. Il s'agit également d'éviter la rupture des droits en **développant des échanges de données dans une logique de « dites-le nous une fois »**.

Nous poursuivrons donc la création et le développement des parcours communs attentionnés au bénéfice des assurés vulnérables, qu'ils soient dans une situation complexe ou dans un moment de vie particulier. Nous chercherons également à mieux coordonner nos financements d'action sanitaire et sociale avec ceux des autres acteurs notamment dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie.

Nous appliquerons cette même logique de parcours attentionnés et de simplification aux professionnels de santé, en particulier avec la branche recouvrement.

Dans la même perspective de simplification et de complémentarité, il s'agit de **garantir l'accessibilité de nos accueils en tenant compte des offres de nos partenaires**.

Les structures France Services se sont déployées sur tout le territoire, elles offrent un service de premier niveau et participent de la promotion du compte Ameli. Le réseau d'accueil des CAF couvre aussi un territoire important, il est souvent situé dans des lieux où la présence de l'Assurance Maladie est aussi nécessaire. Nous reverrons nos implantations et nous définirons une politique d'accueil de niveau 1 qui tienne compte du réseau des structures France Service et des CAF, voire nous mettrons en commun, lorsque cela est opportun, des services d'accueil interbranche.

2. Assurer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins

Nous voulons à l'horizon 2027 marquer des points significatifs dans la lutte contre les déserts médicaux par la mobilisation de tous les leviers utiles pour gagner du temps médical et le déploiement de l'exercice coordonné. Nous souhaitons également avoir poursuivi la baisse des restes à charge engagée avec le 100% santé. Nous voulons démultiplier nos actions d'aller vers dans l'accès aux droits et aux soins avec l'ensemble de nos partenaires.

2.1. Garantir l'accessibilité territoriale aux soins et lutter contre les déserts médicaux

Dans la période conventionnelle précédente, l'Assurance Maladie a mis en place plusieurs dispositifs novateurs destinés à lutter contre les déserts médicaux en partenariat avec les professionnels de santé et l'Etat. Malgré cela, l'accessibilité territoriale aux soins reste un défi majeur de notre système de santé que cette COG doit relever. L'Assurance Maladie mobilisera l'outil des conventions médicales avec l'ensemble des professions de santé pour poursuivre cet objectif.

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

Nous développerons les dispositifs déjà mis en place notamment les assistants médicaux et les infirmiers libéraux en pratique avancée. Nous stabiliserons un modèle de collaboration efficace entre les médecins et les professionnels de santé du territoire en réfléchissant avec les professionnels à la délégation de tâches. Nous apporterons un soutien administratif aux médecins pour constituer leur cabinet médical. Nous chercherons aussi à accompagner le patient dans son recours et son adhésion aux soins.

Pallier les inégalités territoriales et **refonder le pacte démographique avec les professionnels de santé** est une autre voie pour améliorer l'accès aux soins. La connaissance juste et objective de l'offre de santé sur le territoire est un prérequis indispensable pour prioriser les actions.

Nous partagerons donc les données de santé au niveau des territoires. Nous créerons les dispositifs permettant d'assurer la présence de médecins spécialistes pour pratiquer des consultations avancées dans les zones sous-denses. Nous proposerons dans le cadre des conventions avec les professionnels de santé des aides à l'installation plus simples pour qu'elles soient plus utilisées et deviennent de véritables leviers d'incitation. Dans la continuité des mesures gouvernementales de cet été, nous participerons au renforcement du service d'aide aux soins et à la prise en charge des soins non programmés. Nous soutiendrons, en lien avec les ARS, les collectives locales et les PS concernés les différentes solutions pour faire face à des situations de tension sur l'offre de soins particulièrement fortes.

Le déploiement des nouvelles organisations de soins coordonnés constituera de nouveau une priorité.

Nous poursuivrons notre mobilisation autour de deux logiques différentes : une organisation territoriale des soins axée sur une logique populationnelle et une organisation autour du patient axée sur une amélioration de son parcours de soins. Ainsi, nous poursuivrons notre mobilisation pour assurer la montée en charge des CPTS en portant à la fois un objectif de couverture de 100% du territoire et une demande de résultats prioritairement sur leurs missions socles, et notamment sur l'accès aux soins. Nous continuerons à soutenir le développement des organisations de soins coordonnés (maisons de santé pluridisciplinaires, centre de santé etc ...) et nous les accompagnerons dans l'évaluation de l'impact de leurs actions (continuité et qualité de la prise en charge). Nous

encouragerons également la coordination de soins en expérimentant et en proposant un cadre conventionnel pour les équipes de soins primaires et les équipes de soins spécialisés.

L'Assurance Maladie cherchera à utiliser pleinement toutes les potentialités offertes par la télémédecine et l'exploitation des données de santé.

Si elle n'est pas une solution miracle et si elle demande un encadrement précis de son utilisation, la e-santé peut être un apport intéressant pour lutter contre les déserts médicaux. Ainsi, nous soutiendrons le développement de la télésurveillance, de la téléexpertise et de la téléconsultation, notamment de la téléconsultation assistée. Au-delà de ce soutien, nous chercherons aussi à structurer l'offre de téléconsultation sur le territoire. Nous privilégierons les solutions de travail en réseau interopérables au sein des organisations de soins coordonnées et avec les établissements de santé.

2.2. Garantir l'accessibilité financière des soins

Dans la continuité de la stratégie déployée dans la COG précédente, l'action de l'Assurance Maladie se concentrera sur les secteurs où le reste à charge est le plus élevé, et une attention particulière sera apportée à l'amélioration de la complémentaire santé solidaire.

L'Assurance Maladie optimisera le 100% santé sur les prestations actuelles et cherchera à l'étendre à de nouveaux soins ou dispositifs médicaux où le reste à charge est élevé.

Nous améliorerons le recours aux offres actuelles 100% santé en menant des campagnes d'information grand public multicanales, en renforçant les contrôles et en continuant à accompagner les professionnels de santé.

Nous proposerons d'étendre le dispositif 100% santé à de nouvelles prestations, en particulier sur les verres à très fortes corrections et sur les verres correcteurs/réducteurs de la myopie chez les enfants, sur les prothèses capillaires, sur les semelles orthopédiques ; nous travaillerons avec les professionnels et les organismes complémentaires sur la baisse des restes à charge sur les traitements d'orthodontie ou sur la parodontologie.

Au-delà du 100% santé, des réflexions autour du panier de soins remboursables seront menées au cours de la COG à l'instar des expérimentations menées ces dernières années.

Parallèlement la **promotion du tiers payant** sera poursuivie auprès de tous les professionnels de santé.

En coordination avec les organismes complémentaires, nous inciterons les professionnels de santé à appliquer le tiers payant par voie conventionnelle et nous fiabiliserons son utilisation.

La réduction des dépassements d'honoraires sera de nouveau un objectif.

Nous utiliserons notamment la voie conventionnelle pour inciter les professionnels à la modération en révisant l'OPTAM et l'OPTCAM CO.

Le recours à la complémentaire santé solidaire sera amélioré et simplifié.

En collaboration avec l'Etat et les organismes complémentaires, nous rechercherons à simplifier les démarches d'accès à la C2S en attribuant la C2S automatiquement, sans demande de l'assuré lorsque cela est possible. Nous poursuivrons nos actions de communication sur ce dispositif.

2.3. Accompagner les personnes éloignées du système de santé

Au-delà des dispositifs garantissant l'accès territorial et financier aux soins, il est nécessaire d'accompagner de façon attentionnée les assurés éloignés du système de santé dans leur accès aux droits, aux soins et à la prévention. La crise sanitaire a de nouveau démontré ce besoin, comme elle a mis en exergue, dans le même temps, l'adaptabilité et la réactivité de l'Assurance Maladie pour mettre en œuvre cet accompagnement.

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

A partir d'un diagnostic territorialisé de l'accès aux soins et de la mise en œuvre de partenariats étroits avec les acteurs locaux (institutions ou associations), nous mobiliserons l'ensemble des moyens permettant aux populations éloignées du système de santé du fait d'une vulnérabilité sociale ou médicale d'accéder aux mêmes services et prestations que le reste de la population. Nous identifierons ces personnes en particulier grâce à des outils statistiques, et mobiliserons des moyens allant de la campagne générale de communication à l'accompagnement attentionné « hors les murs », en passant par l'envoi de messages multicanaux. Ces stratégies se déploieront aussi bien sur des problématiques d'accès aux droits, d'accès aux soins que d'accès à la prévention. Nous poursuivrons nos actions d'allers vers en matière d'accès à la santé. En dehors des prestations légales, nous favoriserons également l'harmonisation des financements d'aide issus du budget d'ASS et nous veillerons à leur articulation avec les autres Fonds et/ou stratégie financière de nos partenaires.

Au-delà de ces démarches d'aller vers, l'Assurance Maladie cherchera à **améliorer ses accompagnements pour les rendre plus efficaces et réintégrer les assurés vulnérables dans le système de santé**.

Nous privilégierons un accompagnement complet de l'assuré, sur l'ensemble de ses problématiques liées à l'accès à la santé. Nous évaluerons ces accompagnements pour en mesurer l'efficacité et les améliorer notamment en travaillant avec des sociétés savantes et des partenaires. Nous établirons une stratégie ciblée sur l'accès à la santé des personnes en situation de handicap et nous la déploierons en lien avec le Groupe UGECAM.

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

Les établissements et services sanitaires et médico-sociaux du Groupe UGECAM participent pleinement à la politique d'accès aux soins de l'Assurance Maladie.

Pendant la crise sanitaire, ils ont su maintenir leur activité de soins et d'accompagnement et prendre en charge des patients touchés par le Covid-19, grâce à une adaptation rapide aux nouveaux besoins.

L'Assurance Maladie entend positionner le Groupe UGECAM comme son opérateur dans les secteurs sanitaire et médico-social, en intégrant notamment les centres de santé des caisses primaires. A échéance, sera également traité le rapprochement avec Filiaris envisagé dans la COG entre l'Etat et le régime minier.

Dans cette perspective, nous continuerons à faire des établissements et services du Groupe UGECAM les parties prenantes des innovations portées par l'Assurance Maladie.

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

En ce qui concerne l'offre sanitaire, nous devons réussir la mise en œuvre des réformes des autorisations et du financement pour les soins médicaux et de réadaptation, et pour la psychiatrie.

Dans ce cadre, le Groupe UGECAM contribuera au maintien d'une offre graduée de soins médicaux et de réadaptation sur le territoire, en conciliant des activités d'expertise de recours et des offres de proximité en lien avec l'offre ambulatoire. Nous amplifierons le virage ambulatoire de nos prises en charge de réadaptation. Nous serons des acteurs des campagnes de prévention nationales.

En ce qui concerne l'offre médico-sociale, nous accentuerons le virage inclusif de nos accompagnements en particulier en lien avec l'école ordinaire et les entreprises, et nous développerons une offre d'aide aux aidants et de répit.

Nous soutiendrons ces transformations en poursuivant la modernisation du parc immobilier.

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

Enfin, **le Groupe utilisera pleinement les potentialités offertes par le numérique en santé.**

Nous poursuivrons ainsi la modernisation du système d'information, nous développerons les modalités de prise en charge et d'accompagnement à distance (télémédecine, télé-réadaptation, accompagnement à distance, formation à distance) ainsi que l'offre numérique de services administratifs aux patients et aux personnes accompagnées.

3. Faire de la prévention et de la santé publique un marqueur de l'engagement de l'Assurance Maladie en intégrant les enjeux de la transition écologique

En tirant les enseignements de la crise sanitaire, nous voulons à l'horizon 2027 avoir déployé les programmes prioritaires de prévention définis au niveau national par l'Etat et avoir réduit ainsi les retards sur nos grands indicateurs de santé publique. Nous voulons accompagner les professionnels de santé et les assurés dans cette bataille de la prévention, notamment en continuant d'éclairer l'élaboration des politiques de santé, en renforçant la personnalisation de nos actions et de notre offre de service pour renforcer la place et le rôle du patient dans la prise en charge de sa pathologie, en accompagnant la transition écologique du système de santé. Nous maintiendrons active une capacité de réponse aux crises sanitaires.

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

Les indicateurs de santé en matière de participation au dépistage des cancers, de respect du calendrier vaccinal, de suivi de la mère et de l'enfant, d'addictions ou encore d'accompagnement des malades chroniques montrent que notre système de santé reste aujourd'hui insuffisamment développé dans son versant prévention. Forte de son expérience dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID 19 et de sa légitimité auprès de la population et de ses partenaires, l'Assurance Maladie entend se positionner comme acteur de référence en prévention pour contribuer à la réduction des retards sur les grands indicateurs de santé publique.

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

Nous prendrons en charge en inter-régimes les invitations aux trois programmes de dépistage organisé des cancers et mettrons en œuvre une démarche d'aller vers graduée en lien avec les médecins traitants. En parallèle, nous chercherons à prendre toute notre place aux côtés des ARS.

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

Nous mettrons en place aux côtés de l'Etat les bilans de prévention aux âges clefs de la vie. En complément des campagnes portées par la branche AT/MP, nous nous engageons à faire du milieu du travail un lieu propice au développement des actions de promotion de la santé en particulier grâce à des campagnes de communication et en partenariat avec les CARSAT et les services de prévention et de santé au travail. Nous contribuerons à la structuration de programmes de prévention populationnels à des moments ou âges clés de la vie, tout en concentrant nos efforts sur les populations vulnérables et éloignées des soins: 1000 premiers jours, santé des enfants, santé des jeunes (santé sexuelle et santé mentale notamment), personnes âgées. Nous favoriserons la coordination des travaux des acteurs intervenant dans le champ du soin et du social pour rendre les offres de prévention et de promotion pour la santé accessibles à tous en particulier via les CPTS et les MSP. De nombreux partenaires à but non lucratif (associations, fondations, mutuelles, ...) mettent en œuvre des actions de prévention auprès de ces publics cibles : il conviendra de coordonner, lorsque cela sera possible, nos actions de prévention pour un service rendu optimal à l'assuré.

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

Nous systématiserons la prévention médicalisée en outillant les professionnels de santé et nous porterons une attention particulière à l'adhésion des populations les plus vulnérables aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, en particulier en mobilisant des actions « d'aller vers ». A cet égard, les Centres d'examen de santé prioriseront leurs missions auprès de populations socialement défavorisées, primo consultant et éloignées du système de santé. Les établissements des UGECAM porteront une vigilance particulière aux populations vulnérables pour les accompagner dans leurs démarches de prévention et d'éducation à la santé.

L'Assurance Maladie investira dans le numérique pour intégrer les logiques prévention et promotion de la santé à la fois tout au long de la vie et dans la pratique des professionnels.

Mon Espace Santé constituera le socle du carnet de santé de l'enfant. Les applications référencées dans le catalogue proposé dans le cadre de Mon Espace Santé pourront être mobilisées par les patients pour aider chacun dans ses choix en santé. Nous travaillerons à la dématérialisation des invitations aux programmes MT Dents et grippe afin d'augmenter la participation. Un accompagnement attentionné sera organisé notamment auprès des personnes âgées ou en situation de fracture numérique pour leur mettre à disposition des dispositifs alternatifs selon leurs besoins. Nous favoriserons les échanges entre la santé scolaire, les PMI et les médecins libéraux via notamment un outil de partage permettant le renseignement des 3 certificats obligatoires de l'enfant.

Dans tous ces domaines, l'évaluation de l'efficacité des dispositifs mis en place au regard des indicateurs de santé sera recherchée. Cette évaluation de l'efficacité concerne aussi les organismes qui mettent en œuvre des actions de prévention financées par l'Assurance Maladie.

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

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

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

L'Assurance Maladie dans le cadre de sa mission de protection de la santé et de gestion du risque est légitime pour faire de la protection de l'environnement et de la lutte contre le dérèglement climatique un enjeu majeur et un fil conducteur des politiques qu'elle met en œuvre. Elle dispose pour cette gestion de « crise chronique » de nombreux leviers. Cette intervention sur les facteurs environnementaux et la promotion de la santé environnementale s'inscrit par ailleurs dans notre objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé, en intervenant en prévention primaire pour la santé de tous, et en particulier des plus jeunes.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie entend **se positionner comme acteur de la transition écologique du système de santé.**

Parce qu'il est indispensable de mieux connaître l'impact de l'environnement sur la santé et les dépenses associées, nous développerons des partenariats d'études et de recherche, dans un cadre national (avec Santé Publique France ou l'EN3S par exemple) comme dans un cadre international (en étudiant les études et dispositifs mis en place à l'étranger). Au-delà de ces enjeux de connaissance, nous chercherons à renforcer les interventions de l'Assurance Maladie comme acteur essentiel de la politique de transition écologique du système de santé et de protection sociale en particulier en mobilisant nos capacités à relayer des messages à grande échelle.

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

Nous intégrerons la dimension santé environnementale dans toutes les campagnes de gestion du risque et de promotion de la santé, en particulier en développant des programmes d'actions sur des thématiques spécifiques à destination des enfants et adolescents. Sur le modèle de ce qui a été fait dans la convention pharmaciens, nous intégrerons un volet transition écologique dans tous les accords conventionnels monoprofessionnels et pluriprofessionnels, et nous expérimenterons avec les partenaires conventionnels des actions de prévention en santé environnementale. Nous contribuerons au développement de supports et contenus pédagogiques en santé environnementale à destination des offreurs de soins et assurés. Dans un souci d'exemplarité, nous utiliserons les structures de soins de l'Assurance Maladie comme terrain d'expérimentation et d'innovation en matière de décarbonation et de promotion de la santé environnementale (UGECAM, CDS, CES).

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

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

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

A partir d'un retour d'expérience formalisé, nous mettrons en place une gouvernance permettant d'être immédiatement opérationnels en cas de crise (outils, formation des personnes à la gestion de crise, exercices, cartographie des compétences, règles de priorisation des activités etc.). Nous porterons une attention particulière aux ressources humaines à mobiliser, aux modalités d'allocation des activités au sein du réseau, ainsi qu'à l'outillage des échanges avec le réseau des correspondants régionaux (ARS, préfectures, etc).

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

Nous souhaitons d'ici à 2027 avoir encore renforcé l'efficacité de notre système de santé en contribuant à augmenter fortement le déploiement des programmes de promotion et de financement de la qualité en ville et à l'hôpital, en déployant les parcours de soins sur cinq pathologies et sur deux populations ciblées, en optimisant notre capacité à investiguer, instruire et opérationnaliser nos actions de maîtrise médicalisée des dépenses, en refondant en profondeur nos outils d'interaction avec les professionnels et les assurés et en nous appuyant sur le numérique en santé.

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

A la fin la COG précédente, nous avons initié, structuré et mis en œuvre dans ses premières réalisations, un programme de rénovation de la gestion du risque – Rénov' GDR- qui porte trois ambitions fortes : rénover les outils de gestion du risque dans le sens d'une plus grande personnalisation de la relation et d'utilisation des nouvelles technologies (datavisualisation, IA, contrôles embarqués) ; appliquer ces outils et méthodes d'intervention innovants aux grands postes de maîtrise médicalisée ; porter des projets de transformation structurants pour le système de soins. Aujourd'hui l'Assurance Maladie ambitionne de poursuivre ces orientations stratégiques et de produire des plans d'actions de gestion du risque pluriannuels avec des impacts financiers annuels de 1 Md€ à 1,5 Md€ sur la durée de la COG.

L'Assurance Maladie améliorera le repérage et l'anticipation des sources de non efficacité.

Pour concevoir de nouveaux programmes de gestion du risque, nous passerons au crible, au moyen de nouvelles techniques de datamining, l'ensemble du champ des dépenses de santé à travers deux approches différentes : l'une centrée sur les catégories de professionnels de santé à travers leurs pratiques tant en termes d'actes que de prescriptions, l'autre ciblée sur une analyse des soins remboursés par pathologie. Nous organiserons une veille scientifique, médicale et économique pour repérer les innovations à venir, notamment dans l'e-santé, mais également pour initier de nouveaux programmes d'efficacité.

Le choix, la conception, les modalités de nos actions traditionnelles seront optimisées pour les rendre plus efficaces (campagne, marketing, outils).

Nous approfondirons l'approche multicanale pour conduire nos actions en diversifiant nos canaux de communication et en les adaptant à nos différentes cibles, en développant le marketing social à partir des sciences comportementales pour augmenter l'impact de nos messages auprès des professionnels de santé et des assurés. Nous imaginerons de nouvelles actions en organisant, par exemple, des Hackathons avec des partenaires extérieurs et en associant davantage le réseau. Nous développerons une approche territoriale de certaines actions en nous appuyant sur les structures d'exercice coordonné, en accompagnant les assistants médicaux et les coordonnateurs. Nous utiliserons toutes les potentialités du numérique en déployant des nouveaux services sur ameli pro, en développant la Data-visualisation sur l'ensemble de l'activité de chaque professionnel de santé et en mobilisant Mon Espace Santé.

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

Nous utiliserons la politique conventionnelle et les autres moyens pour améliorer l'efficacité de nos dispositifs d'incitation (IFAQ, CAQES, ROSP, rémunération populationnelle à la prise en charge d'une pathologie...). Nous étudierons la possibilité de financer ou de co-financer avec des partenaires des

activités sportives et des activités physiques adaptées en lien avec les évaluations scientifiques. Nous utiliserons bien sur toutes les potentialités de Mon Espace Santé.

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

Nous concentrerons nos efforts sur les recours inadéquats aux actes médicaux et paramédicaux, sur l'usage conforme aux recommandations des produits de santé tout en poursuivant la promotion des génériques et des bio-similaires. En matière de transports des malades, nous déploierons des campagnes visant au meilleur usage des transports en adéquation avec l'état de santé des malades et à la diminution des transports évitables, en lien, entre autres avec les pratiques de télésoins. Nous rénoverons le dispositif de demande d'accord préalable en les dématérialisant et en les réservant aux prestations à plus forts enjeux de santé publique et financiers. Nous nous attacherons, en matière d'arrêt de travail, à optimiser et simplifier les processus relatifs aux IJ, à intensifier la gestion du risque en déployant les démarches de prévention de la désinsertion professionnelle et nous identifierons les moyens de sanctions adaptés suite à des comportements prescriptifs abusifs récidivistes. Enfin, nous renforcerons nos actions de maîtrise médicalisée sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville, nous poursuivrons l'accompagnement du développement de l'ambulatoire et les liens entre les soins exécutés en ville et à l'hôpital, via les organisations de soins coordonnés et les outils du numérique en santé.

4.2. Accompagner le déploiement des parcours pour et avec les patients

L'Assurance Maladie souhaite créer et déployer des parcours vers les professionnels de santé et leurs patients pour répondre aux ambitions de fluidification du système de soins, de garantie d'une meilleure qualité de soins et pour réduire les dépenses évitables. Le parcours Insuffisance Cardiaque a constitué une première étape dans la structuration de cette logique de parcours : il conviendra de s'appuyer sur cette expérience pour aller plus vite et être plus ambitieux dans le déploiement des parcours au bénéfice des patients.

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

Forts du déploiement du parcours IC, nous initierons et déploierons en lien avec la HAS quatre autres parcours : diabète, maladie rénale chronique (MCR), bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), syndrome coronarien chronique (SCC). Pour initier l'optimisation des parcours, nous contribuerons à la réalisation de diagnostics territoriaux, à un échelon pertinent (régional, départemental, local) en lien avec les organisations de soins coordonnées, les établissements de santé et médicosociaux et les représentants des patients, pour identifier les besoins de santé des populations. Nous renforcerons en priorité la sécurisation de la sortie d'hospitalisation, point majeur de rupture dans la prise en charge des patients, en aidant les acteurs territoriaux. Cela passe par l'amélioration des dispositifs de communication entre la ville et l'hôpital et par la rénovation de nos dispositifs d'accompagnement.

En complément, des approches thématique (santé mentale en particulier pour les enfants et les adolescents) et populationnelle (personne âgée, comme il existe déjà les approches jeunes et maternité petite enfance) seront déployées pour compléter la réponse aux enjeux cruciaux de santé publique.

L'Assurance Maladie s'engage à rendre le patient acteur de son parcours de soins.

Nous informerons et orienterons mieux les assurés dans leurs parcours. Nous faciliterons le développement de la capacité à agir pour leur santé des patients atteints de maladie chronique en promouvant l'éducation thérapeutique et en s'appuyant sur le service Sophia qui sera rénové et disponible plus largement. Nous objectiverons la qualité et la pertinence des soins en lien avec les

travaux de la Haute autorité de santé, en intégrant notamment des indicateurs de résultat des soins perçu par le patient.

4.3. Faire rentrer le numérique en santé dans la vie quotidienne des assurés et des professionnels de santé

Sur la période conventionnelle précédente, l'Assurance Maladie a été un acteur majeur de la feuille de route du numérique en santé, en participant à la construction puis en déployant Mon Espace Santé et en prenant une part active à l'intégration des mesures prévues par le Ségur du numérique dans les pratiques des professionnels de santé. Au-delà, l'ensemble des acteurs de la e-santé sont très actifs et proposent en permanence des innovations. Dans ce contexte, l'Assurance Maladie ambitionne de renforcer sa position d'acteur majeur de la feuille de route du numérique pour mobiliser ses données et ses offres, au service de la prise en charge des patients, de la qualité des pratiques des professionnels de santé, de l'innovation en santé et de la recherche.

L'Assurance Maladie veut faire de Mon Espace Santé un outil du quotidien pour les assurés.

Forts des 65 millions d'assurés bénéficiant aujourd'hui de MES, nous souhaitons en développer les usages, en particulier au service des actions de prévention et des parcours de santé. Nous utiliserons ainsi les données de l'Assurance Maladie pour personnaliser les informations de MES et en faire un véritable outil d'accompagnement de l'assuré et du patient dans la prise en charge de leur santé. Nous nous positionnerons comme garant des applications santé des usagers au travers du référencement des outils disponibles dans le catalogue de services de Mon espace santé. Nous nous efforcerons en fin de COG de clarifier notre offre numérique à disposition des assurés et d'en assurer la cohérence. Conscients de la fracture numérique, nous proposerons un accompagnement renforcé aux assurés éloignés du numérique en mettant en place des actions d'aller vers, y compris en interbranche et y compris en développant des partenariats sur les territoires. Nous veillerons aussi tout particulièrement à ce que MES soit toujours accessible à toute personne en situation de handicap.

L'Assurance Maladie veut faire de Mon Espace Santé un outil du quotidien pour les professionnels de santé.

Dans la perspective d'améliorer les pratiques et les prises en charge, nous renforcerons l'utilisation des outils numériques par les professionnels de santé en utilisant tous les moyens à notre disposition : le développement de notre offre de services (en particulier offre coordonnée avec les ARS sur les données d'activités et les outils de datavisualisation pour aider les structures de soins coordonnées à mieux piloter leurs activités), l'insertion de l'usage obligatoire du numérique dans la rémunération du PS (forfaitaire, qualité), l'intégration des questions des utilisations du numérique dans la formation initiale des PS. Nous utiliserons pour cela la politique conventionnelle pour favoriser les applications en lien avec des dispositifs conventionnels. A l'instar des assurés, nous élargirons l'offre numérique à disposition des Professionnels de santé et des établissements (en transformant notamment le portail amelipro vers un portail numérique en santé, et en clarifiant les offres intégrées dans les logiciels métiers) dans une vision de bouquet de services cohérent visant à simplifier les usages des professionnels. Nous accompagnerons les professionnels en repositionnant le rôle des Délégués de l'Assurance Maladie et des Conseillers Informatiques Services.

4.4. Favoriser l'innovation en matière d'organisation des soins et de prise en charge

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de

financement inédits qui visent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Si la COG précédente a été celle des expérimentations, la période conventionnelle à venir sera celle du passage dans le droit commun des projets qui auront fait l'objet d'une évaluation favorable. C'est pourquoi **nous identifierons, en étroite collaboration avec l'Etat, les dispositifs article 51 efficaces et nous les généraliserons**, ce qui conduit en particulier à définir précisément les conditions juridiques et à préciser les impacts sur les systèmes d'information.

5. Déployer une stratégie ambitieuse de lutte contre la fraude

Sur la base des différents travaux d'évaluation des préjudices financiers à l'Assurance Maladie (évaluation de la fraude et fiabilisation de l'indicateur de fiabilité des prestations en facturation directe, cartographies des risques), nous nous engageons d'ici à 2027 à augmenter significativement nos résultats en matière de contrôles et de lutte contre la fraude en faisant évoluer nos organisations, nos dispositifs de prévention et de contrôle, en renforçant notamment l'usage des données informatiques et statistiques et en associant les organismes complémentaires.

5.1. Evaluer les risques financiers des fraudes et les prévenir

Nous souhaitons lutter contre toutes les fraudes à l'Assurance Maladie, qu'elles proviennent des assurés, des professionnels de santé ou des entreprises.

Nos principaux risques financiers sur les professionnels de santé concernent la facturation de prestations (actes, séjours ou produits) fictives ou plus coûteuses que celles réellement délivrées, la facturation d'actes non médicalement justifiés ou ne respectant pas les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie et l'usurpation d'identité d'un professionnel de santé pour détourner des remboursements. Concernant les assurés, si la fraude aux droits à l'Assurance Maladie est fortement médiatisée, l'enjeu financier est a priori nettement plus limité. Néanmoins, nos principaux risques financiers sur les assurés ou les entreprises se concentrent sur les fausses déclarations sur les ressources (pour l'attribution de droits et d'aides ou pour bénéficier d'indemnités majorées ou injustifiées), sur la falsification de documents pour bénéficier de remboursement de prestations (fausses ordonnances par exemple), sur l'absence de résidence stable sur le territoire pour bénéficier de certaines aides (PUMA, C2S, AME), sur la non-déclaration de la reprise du travail pour les assurés en arrêt maladie, et sur l'usurpation d'identité d'un assuré pour détourner des remboursements.

Dans la suite des premiers travaux engagés depuis 2021, **l'Assurance Maladie entend poursuivre ses actions pour estimer le montant de la fraude afin de disposer d'une connaissance plus fine des risques et de mieux prioriser ses actions.**

En début de COG, nous finaliserons les travaux statistiques d'ampleur pour estimer un taux de préjudice financier par catégorie d'acteurs ou de prestations. Ces travaux d'évaluation de la fraude, qui seront régulièrement actualisés tous les 3 ans, permettront de mieux prioriser les actions sur les risques les plus forts. Ces travaux s'inscriront dans le cadre du nouveau dispositif de contrôle interne et de la détermination des risques financiers majeurs.

Etre moins vulnérables en **sécurisant davantage nos activités** est un préalable fondamental à une stratégie de détection et de contrôle plus efficace et mieux ciblée.

En effet, l'Assurance Maladie interagit avec un nombre considérable d'acteurs pour prendre en charge et verser des prestations, dans des volumes et pour des montants qui limitent de fait la

possibilité d'opérer un contrôle exhaustif. Ce système de remboursement, construit sur le « payer vite », conduit les équipes de l'Assurance Maladie à rechercher a posteriori des irrégularités qui pourraient être bloquées à la source.

Nous ferons évoluer nos processus pour éviter que la fraude puisse se produire, par exemple en limitant les déclarations et en fiabilisant l'information à la source (salaires, prescriptions, résidence ...), en mettant en place des dispositifs de contrôle d'identité, en rénovant en profondeur les dispositifs d'accord préalable, en adaptant nos systèmes d'information pour embarquer de nouveaux contrôles en amont du paiement.

L'Assurance Maladie renforcera **l'accompagnement des professionnels de santé à différents moments clés pour sécuriser notre relation de facturation, en particulier au moment de l'installation** sur le modèle de ce qui a été mis en place depuis fin 2021 pour les infirmières. Nous intégrerons également des critères liés à la qualité de la facturation et la prévention de la fraude dans les conventions avec les professionnels de santé et travaillerons en ce sens avec les éditeurs de logiciel.

L'Assurance Maladie déploiera également une nouvelle stratégie de communication externe dédiée spécifiquement à la prévention et la lutte contre la fraude.

5.2. Détecter, contrôler et sanctionner les fraudes

Détecter et stopper plus rapidement les fraudes est un enjeu majeur pour l'efficacité de la stratégie de lutte contre la fraude.

Afin de détecter plus rapidement les fraudes, l'Assurance Maladie entend anticiper les risques émergents de nouvelles fraudes, notamment en lien avec les nouvelles technologies : nous mettrons en place un dispositif de veille permanent sur le sujet. Nous renforcerons également les outils de contrôle avec le déploiement de nouveaux outils de data mining et d'intelligence artificielle, nous intégrerons des systèmes paramétrables de détection au fil de l'eau dans nos outils de traitement, et renforcerons les échanges de données avec les partenaires tels que les autres organismes sociaux, les services du ministère de l'intérieur ou de la justice.

L'Assurance Maladie cherchera également à réduire ses délais d'investigation, par la recherche d'efficacité dans les phases de constitution et d'analyse des dossiers, comme par la simplification des protocoles d'investigations qui doivent permettre de réduire le moment entre la détection d'une fraude et l'action de notification d'indu ou d'engagement d'une action contentieuse. Nous aurons recours systématiquement aux task force nationales pour coordonner les actions des organismes du réseau, en lien avec les services d'enquête de gendarmerie et de police, lors des fraudes à enjeux impliquant des acteurs dispersés sur le territoire.

Le second enjeu porte sur le **déploiement d'une nouvelle stratégie de sanctions** au service des intérêts de l'Assurance Maladie.

Chaque année, 8 000 actions contentieuses sont engagées par l'Assurance Maladie à l'issue de ses actions de contrôle, en ayant recours à l'ensemble des dispositifs existants : sanctions administratives, actions pénales, ordinaires ou conventionnelles. Nous choisirons mieux les procédures à engager pour en garantir le succès au regard de leur durée et de leurs impacts (vis-à-vis des fraudeurs, de l'opinion publique et de la réparation du préjudice). Nous définirons une nouvelle stratégie d'actions contentieuses de l'Assurance Maladie et nous la déploierons en fonction des acteurs (assurés, professionnels de santé, employeurs), de la nature des griefs et de la gravité des faits. De plus, afin de faire cesser au plus vite les fraudes, le recours aux mesures conservatoires (contrôle médico-administratif - L314-1 du CSS, suspensions d'une prestation non médicalement justifiée – L315-2 du CSS...) devra être davantage utilisé. Les alternatives aux suites contentieuses seront également recherchées en mettant en place un dispositif préalable de lettre de mise en garde

afin d'éviter les récidives et en développant le recours à la transaction pour mettre un terme plus rapidement à un litige.

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

Au cours des 5 dernières années, l'Assurance Maladie a renforcé ses moyens pour améliorer le recouvrement des indus frauduleux par la mise en place d'équipes dédiées au recouvrement amiable et contentieux des créances dans chacun des organismes, et par le déploiement d'actions de professionnalisation des équipes. Cependant les taux de recouvrement des indus frauduleux restent insuffisants.

Afin d'accroître sensiblement les taux de recouvrement, nous choisirons la meilleure suite contentieuse possible au regard des montants financiers, de la nature des griefs, de la sanction souhaitée et de la solvabilité des débiteurs. Nous renforcerons le pilotage attentionné des dossiers qui font l'objet de poursuites pénales, notamment par des échanges réguliers avec les parquets pour sensibiliser les magistrats à l'importance des affaires portées par l'Assurance Maladie et s'assurer de la bonne prise en charge des dossiers par la justice.

L'Assurance Maladie utilisera pleinement l'ensemble des outils juridiques à sa disposition pour sauvegarder ses intérêts financiers, notamment en sollicitant auprès des services d'enquêtes la mise en place de saisies pénales en cours d'investigations dans des dossiers à forts enjeux ou en procédant directement à des saisies civiles pour garantir le recouvrement d'un indu frauduleux. Nous développerons la fongibilité interbranches et les échanges avec l'AGRASC (Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués) afin de faire valoir les créances de l'Assurance Maladie. Sous réserve d'évolution législative (proposition faite au Ministère), le recours aux oppositions à tiers-détenteurs pourra être utilisé à l'encontre des professionnels de santé et des établissements, notamment quand les retenues sur remboursements ne sont pas possibles ou insuffisantes. Enfin, nous rechercherons à optimiser le recours aux études d'huissiers par les organismes.

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

Nous voulons dans les 5 prochaines années accélérer l'automatisation de nos tâches de gestion de masse grâce à un investissement renforcé dans nos SI, mieux mobiliser les données de santé, déployer les projets interbranches à forte valeur ajoutée, nous appuyer sur une évaluation systématique de nos actions, poursuivre le travail en réseau de l'Assurance Maladie et nos contributions aux politiques et partenariats mis en œuvre par l'Etat. Nous voulons répondre aux enjeux environnementaux et adapter les métiers et les compétences de nos agents aux nouveaux enjeux de la prévention, de l'exercice coordonné, de la gestion du risque et du numérique en santé.

6.1. Accroître la performance et l'agilité du système d'information

Les ambitions portées par cette COG requièrent, dans la continuité de la COG précédente, un nouveau saut qualitatif de nos systèmes d'information, tant sont renforcés les impératifs d'ouverture, de sécurité, d'interopérabilité et d'exploitation d'un grand nombre de données. Parallèlement les objectifs internes d'efficience des organisations et des processus, ainsi que ceux de maîtrise des risques et de contrôle sont plus que jamais le socle nécessaire à l'atteinte de nos objectifs.

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

L'enjeu est de réaliser les évolutions indispensables à l'intégration plus rapide des évolutions réglementaires et des nouveaux services, à l'introduction de dispositifs de maîtrise et de contrôle au plus tôt.

Nous chercherons ainsi à réduire la dette technique et moderniser les socles, à automatiser les chaînes de fabrication et d'exploitation informatiques, à ouvrir le SI et développer les échanges de données, à consolider la gestion de la donnée, à enrichir les applications métiers et à moderniser l'environnement de travail.

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

La cybersécurité est devenue un impératif pour maintenir dans le temps la confiance de nos utilisateurs face à des risques croissants, multiples et pouvant provenir de différents types d'acteurs. Il s'agira d'amplifier les travaux engagés sur l'ensemble des leviers permettant d'offrir à nos publics des services sécurisés et souverains. En particulier, nous adapterons les modalités d'authentification et en fonction de la sensibilité des services, nous continuerons à réaliser des campagnes de sensibilisation auprès de nos différents publics, ainsi qu'auprès de l'ensemble des agents de l'Assurance Maladie. Nous adapterons également nos infrastructures pour être en capacité d'intégrer toutes les évolutions nécessaires au déploiement des services de numérique en santé.

Le système d'information contribuera aux gains de productivité de la branche en accroissant la dématérialisation et l'automatisation.

Historiquement une grande partie des gains de productivité de la branche sont passés par l'offre de téléservices pour l'ensemble de nos publics, et par l'amélioration des outils internes en favorisant l'injection directe, l'automatisation des tâches et le chainage automatique des opérations lorsque cela était possible.

Il s'agira dans cette COG de poursuivre ce mouvement sur l'ensemble des processus, sans oublier les processus support, en particulier les processus comptable, financier et RH.

L'ensemble de ces engagements seront organisé, mis en œuvre et suivis dans le cadre du Schéma Directeur des Systèmes d'Information.

6.2. Mieux mobiliser les données de l'Assurance Maladie au service des nouveaux usages

L'Assurance Maladie dispose des bases de données parmi les plus complètes, robustes et précises en matière de santé et détient un savoir-faire particulier pour les exploiter.

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

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

En outre, l'Assurance Maladie doit relever le défi de la mise à disposition des données de santé. Elle publie déjà de nombreuses études réalisées à partir des données du Système National des Données

de Santé (SNDS), diffuse des données en opendata, met à disposition les données du SNDS et accompagne les utilisateurs dans la prise en main de ces données complexes. La prochaine COG doit confirmer son positionnement d'acteur clé dans l'ouverture des données de santé. A cet égard, la gouvernance exécutive doit être révisée afin d'y associer plus fortement qu'aujourd'hui les représentants des assurés sociaux.

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

Nous ferons évoluer le système de recueil et de stockage des données de l'Assurance Maladie, nous le compléterons pour avoir une vision exhaustive des parcours des assurés dans le système de santé et pour pouvoir nous appuyer sur une profondeur d'historique importante.

L'Assurance Maladie mettra également à disposition de son réseau et de ses différents publics des outils de visualisation de données réactifs et interactifs à visée opérationnelle.

L'ambition est de **rendre plus accessibles et visuellement plus attractives des données complexes, pour faciliter leur appropriation et leur utilisation.** Cette mise à disposition vise aussi bien le réseau des Cnam, en particulier pour le pilotage de leurs activités mais aussi pour l'établissement des diagnostics territoriaux dans le cadre de la gestion du risque et de l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins, mais également les professionnels de santé, en mettant notamment à leur disposition des indicateurs sur leurs pratiques. Au-delà nous poursuivrons également cet objectif sur les données produites en opendata.

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

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

La première étape est la constitution d'un entrepôt de données rassemblant l'ensemble des données produites ayant traités aux indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes AT-MP. Nous mettrons en service une version préliminaire de cet entrepôt début 2023,. Cette version évoluera progressivement vers une architecture bigdata à l'état de l'art et vers un élargissement du nombre d'utilisateurs et des cas d'usage, développant ainsi nos capacités à mettre en œuvre, avec des outils d'analyse adaptés, des analyses statistiques avancées irrigant nos différentes missions : gestion du risque, contrôle et lutte contre la fraude, aller-vers, recherche en santé...

6.3. Poursuivre la dynamique RH dans un contexte d'évolutions de l'Assurance Maladie et de mutation du monde du travail

La période conventionnelle a été marquée par une forte dynamique RH reposant sur la mise en œuvre d'un socle commun à tous les organismes et sur un accompagnement impliquant de fortes interactions Cnam/réseau.

Si la crise COVID a eu un impact important sur nos métiers, elle a aussi modifié le rapport que les salariés ont avec leur travail, dans notre branche comme ailleurs. L'essor du télétravail, la quête de sens, l'exigence d'une réelle qualité de vie au travail, la prégnance des thèmes de santé au travail font encore plus partie des défis que la fonction RH doit relever, au même titre que l'adaptation permanente des métiers et des modes de management aux évolutions du digital, du travail en réseau et à l'apparition de nouveaux métiers.

Dans ce contexte, pour mieux accompagner nos salariés, **l'anticipation des évolutions des métiers en réponse aux attentes de nos assurés et de nos partenaires est un levier déterminant de performance.**

Les nouvelles offres de service de l'Assurance Maladie, les impacts de l'automatisation de nos processus, l'essor du numérique, les évolutions du cadre réglementaire sont des facteurs de modification de nos métiers qu'il nous faut sans cesse anticiper. Pour cela, nous renforcerons les études prospectives permettant d'identifier les besoins de formation, les passerelles possibles et les conséquences en matière de recrutement et d'évolutions professionnelles. Nous interrogerons de nouveau le système de formation institutionnel en particulier pour les métiers de la production et du service dans un contexte de probable réforme de la formation.

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

Nous rechercherons une plus forte visibilité de nos offres d'emploi en revoyant nos outils de publication dans le cadre de notre partenariat avec l'Ucanss, et nous chercherons à mieux faire connaître la diversité de nos métiers. Nous poursuivrons les partenariats avec des écoles et des universités ; nous intensifierons nos actions en faveur de l'alternance. Nous contribuerons aux actions au sein de l'Ucanss en faveur d'une rénovation de nos systèmes de classification permettant de revaloriser nos emplois.

L'accompagnement des dirigeants et des managers pour faire évoluer leurs pratiques sera poursuivie.

En effet, les salariés de l'Assurance Maladie renforcent leurs attentes vis à vis de leurs managers et leur employeur vers plus de sens, plus d'autonomie et plus d'association aux évolutions. Les managers portent également une responsabilité dans la qualité de la relation au sein des équipes, alors même qu'ils ont beaucoup d'évolutions et d'exigences nouvelles à accompagner. Les organismes mettent en place des solutions innovantes, parfois même inédites, qui gagneraient à être partagées et capitalisées au sein du réseau.

C'est pourquoi, nous organiserons le partage d'expériences entre dirigeants et le développement du codéveloppement pour les managers y compris en inter organismes. En collaboration avec l'Ucanss, l'EN3S et l'institut 4.10 nous contribuerons à enrichir l'offre d'accompagnement de la fonction managériale.

En cohérence avec les missions et les valeurs de l'Assurance Maladie, et fort des progrès obtenus ces dernières années sur ces politiques, **l'équité de traitement entre les salariés et l'inclusion** seront systématiquement recherchés car il s'agit d'une obligation sociale forte de l'employeur.

Ainsi l'Assurance Maladie continuera à réduire les écarts entre les femmes et les hommes. Elle mettra en place des programmes d'accompagnement de femmes vers les postes à responsabilité. En ce qui concerne la place des personnes handicapées au sein de nos organisations, elle poursuivra les actions entreprises dans le cadre de la convention signée par l'Ucanss avec l'Agefiph.

Dans un contexte de fort développement du télétravail et de renouvellement important des outils informatiques, **la qualité de vie et des conditions de travail et la prévention de l'absentéisme** prendront une place toute particulière.

Dans nos organisations, la période conventionnelle sera marquée par la recherche d'une intégration mature du télétravail qui concerne désormais près de 60% de nos collaborateurs. S'il permet de répondre à une attente de conciliation vie personnelle/vie professionnelle, il comporte néanmoins des nouveaux risques professionnels (isolement, posture, sédentarité, hyper connexion) qu'il convient de prendre en compte. Le baromètre social institutionnel, même s'il révèle des résultats très positifs sur le climat social, fait ressortir néanmoins une perception de charge trop élevée. Les outils informatiques peuvent aussi interroger le sens que les salariés trouvent dans leur travail, l'enjeu étant de toujours maintenir l'intérêt du métier.

Pour traiter ces différentes problématiques, l'Assurance Maladie favorisera le partage de démarches sur l'accompagnement du télétravail pour prévenir les risques associés, elle accompagnera les managers et les salariés sur l'hybridation du travail, elle outillera les caisses sur l'évaluation et la perception de la charge de travail et continuera à déployer des offres d'accompagnement et de prévention en matière d'absentéisme.

6.4. Accentuer la prise en compte des enjeux environnementaux sein de la branche

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

Elle se dotera d'un objectif chiffré de réduction de son empreinte carbone.

D'un point de vue technique, nous poursuivrons la stratégie nationale de rénovation du parc immobilier pour atteindre les normes fixés par le décret tertiaire, nous consoliderons le suivi et le pilotage des installations techniques de nos bâtiments pour rationaliser nos consommations d'énergie dans la droite ligne des instructions gouvernementales sur le sujet. Nous mettrons en place le tri et la gestion de nos déchets dans le but de les réduire dans l'ensemble de la branche. Nous identifierons organisme par organisme les postes les plus intéressants à rationaliser pour diminuer les GES.

D'un point de vue organisationnel, nous rechercherons systématiquement dans nos organisations du travail à limiter notre empreinte carbone, en particulier en travaillant avec les instances représentatives du personnel à rationaliser l'usage de nos locaux. Nous établirons ou actualiserons les plans de mobilité pour améliorer les dispositifs de mobilité douce et réviserons notre politique voyage pour limiter les déplacements professionnels à ce qui est nécessaire et apporte une réelle plus-value.

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

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

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

6.5. Poursuivre et renforcer les efforts de coopération interorganisme

La crise sanitaire a montré que le maillage territorial de l'Assurance Maladie et sa capacité à travailler en réseau étaient de vrais atouts pour déployer rapidement une nouvelle politique publique. Les

renforts, les mutualisations de charge et les coopérations ont permis de limiter les impacts sur nos activités sociales et de prendre en charge des missions nouvelles avec une efficacité certaine. Il conviendra dans cette COG de s'appuyer sur ces résultats pour conforter nos ambitions en matière d'homogénéisation de la qualité du service et de sécurisation des activités à fort enjeu.

Au-delà de la stratégie de travail en réseau au sein de la branche, le développement des coopérations et des complémentarités croisées, tant en terme de mutualisation de fonctions supports avec les autres branches de sécurité sociale que de contributions et coconstructions de l'action publique de l'Etat, sont désormais inscrites dans nos pratiques. Elles appellent ainsi à projeter et organiser le cadre de leur développement.

L'Assurance Maladie consolidera la démarche de travail en réseau en préservant l'équilibre territorial. Nous actualiserons le schéma de mutualisation dans un double objectif d'efficience et d'aménagement du territoire, et nous conduirons une étude pour faire évoluer les règles de comptabilisation entre organisme. Le renforcement de la coopération entre service administratif et service médical permettra de gagner en fluidité, qualité et efficacité sur différents processus métiers.

Les dispositifs de veille et de sécurisation de la qualité de service seront optimisés.

Cette ambition porte sur la poursuite de la stratégie de réduction des écarts de performance entre organisme en mobilisant de nouveaux outils d'analyse. L'optimisation de PHARE est aussi au cœur de cet objectif avec pour enjeu d'optimiser son application sur les processus pouvant actuellement en bénéficier et, parallèlement, de déterminer les conditions de son application à de nouveaux processus.

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

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

Au-delà de ces coopérations interbranches, les organismes complémentaires, qui couvrent 96,4 % (source : Enquête santé européenne) des assurés sociaux, apparaissent comme des acteurs importants pour plusieurs de nos ambitions. Il importe donc d'associer ces organismes chaque fois que cela est utile.

Enfin, l'Assurance Maladie continuera de **contribuer à la mise en œuvre de politiques, actions et partenariats de service public portés par l'Etat** (Régimes partenaires, info gérance, projets type Ségur, crise sanitaire) selon des modalités que nous préciserons avec l'Etat.

ⁱ DREES N° 102 • septembre 2022