

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

VAR



AGIR ENSEMBLE PROTÉGER CHACUN

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2018

SOMMAIRE



QUI SOMMES-NOUS ?

- P.4 Edito
- P.5 Retour sur l'année 2018
- P.11 Le Var
- P.17 La gouvernance de la CPAM du Var



GARANTIR L'ACCÈS UNIVERSEL AUX DROITS ET REMBOURSER LES SOINS

- P.25 Faciliter l'accès aux soins
- P.32 Permettre l'accès aux droits et assurer le versement des prestations
- P.42 Permettre à tous de s'informer à tout moment et simplifier les démarches



ACCOMPAGNER CHACUN DANS LA PRÉSERVATION DE SA SANTÉ

- P.53 Soutenir les comportements favorables à la santé
- P.57 Assurer la promotion du dépistage et éviter l'apparition des maladies



AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

- P.61 Réguler les dépenses
- P.67 Favoriser la coordination pour une meilleure prise en charge



RENFORCER L'EFFICACITÉ COLLECTIVE

- P.73 Gérer durablement les ressources humaines
- P.77 Favoriser une gestion responsable
- P.82 Maîtriser les risques liés à l'activité
- P.89 Participer à l'évolution du réseau



Le mot de la Directrice :

Marie-Cécile Saulais

2018, une année charnière

De nombreux temps forts ont rythmé l'année 2018 et ouvrent pour la période des projets structurants pour notre Caisse et l'ensemble du réseau.

La population couverte continue de progresser cette année (+1,46%), et cette évolution sera d'autant plus marquée en 2019 et 2020 avec l'intégration des régimes partenaires et le rattachement des assurés couverts par ces régimes. En 2018, la première vague d'intégration a concerné près de 11 000 bénéficiaires de La Mutuelle Générale (LMG) et les 3 555 nouveaux étudiants de la rentrée universitaire 2018 (LMDE). L'année prochaine nous affilierons au régime général l'ensemble des étudiants ainsi que les bénéficiaires de la Mutualité Fonction Publique Services (MFPS), et en 2020 les bénéficiaires du Régime Social des Indépendants (RSI) et des Organismes Complémentaires (OC).

Nous sommes engagés à maintenir notre haut niveau de performance et de qualité de service pour ces nouveaux publics, et nous pourrions compter sur l'éclairage des collaborateurs des régimes intégrés qui ont rejoint notre Caisse pour accompagner ces assurés. L'intégration de ces nouveaux publics et des collaborateurs des régimes est une réussite collective grâce à tous !

La performance de l'organisme se retrouve dans ses résultats. La première année du Contrat Pluriannuel de Gestion (CPG) 2018-2022 est une très belle réussite collective pour la CPAM du Var, avec **un taux de réussite de 89,82%** qui nous place au 9ème rang du classement national. Sur les 42 indicateurs que compte le CPG, nous atteignons entièrement 28 d'entre eux.

Soucieux de faciliter l'accès aux droits et aux soins de nos publics les plus fragiles, nous dénombrons en fin d'année 97 535 bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, soit près de 4 200 personnes de plus avec une complémentaire santé par rapport à 2017. Pour limiter toujours davantage la part des frais de santé à la charge de l'assuré, des efforts importants ont aussi été réalisés avec les professionnels de santé pour tendre à la réduction des dépassements d'honoraires. Nous avons ainsi fait la promotion des options de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) auprès des médecins de secteur 2, et signé 355 contrats (31 en 2018). La PFIDASS réalise un travail précieux de soutien au non-renoncement aux soins des assurés varois (221 accompagnements de mai à décembre 2018).

Sur l'efficacité du système de santé, nous participons aux objectifs régionaux de maîtrise des évolutions des dépenses, dans le cadre de l'atteinte de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), et axons plus particulièrement nos efforts sur la maîtrise des dépenses relatives aux indemnités journalières et aux transports. En 2018, 4 163 682€ de préjudices évités ou subis ont été réalisés grâce aux efforts conjoints des équipes médico-administratives. L'axe de la prévention est majeur et la CPAM du Var reste mobilisée notamment sur les trois dépistages des cancers. Ainsi le taux de participation au dépistage organisé et individuel du cancer du sein s'élève à 59,97%, ce qui représente plus de 86 000 femmes dépistées sur la période 2017-2018.

Nous restons vigilants sur la qualité de service et le développement des téléservices, en 2018 nous enregistrons de belles progressions sur l'utilisation de plusieurs d'entre eux : 86% des demandes de carte vitale se font en ligne (77% en 2017), 83,2% des déclarations de médecin traitant et 19,3% des certificats AT/MP sont dématérialisés (respectivement 80% et 14% en 2017).

Dans la réalisation de ses ambitions, la Caisse sait aussi pouvoir compter sur le soutien de son nouveau Conseil installé en avril 2018, qui a voté le Contrat Pluriannuel de Gestion 2018-2022, encourageant ainsi les actions réalisées pour tenir nos engagements vis-à-vis des assurés varois.

Après un bilan de notre projet d'entreprise local « Cap'2018 » que nous avons eu l'occasion de partager lors de l'Assemblée Générale du Personnel, nous déterminerons, en 2019, les engagements de notre projet d'entreprise varois "**Agir ensemble, protéger chacun**" en déclinaison des ambitions nationales de notre service public :

1. Enrichir et mieux individualiser les services et accompagnements proposés à nos différents publics
2. Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et à l'efficacité du système de santé
3. Garantir collectivement la performance de la branche
4. Rendre nos modes de travail plus collaboratifs et innovants

Je remercie les membres du Conseil de notre organisme et l'ensemble des équipes de la CPAM pour leur mobilisation au service de tous les publics.

Retour sur L'ANNÉE 2018

> JANVIER

Réunion d'encadrement

À l'occasion d'une réunion d'encadrement en début d'année, les orientations et ambitions de la branche contenues dans la Convention d'objectifs et de gestion ont été présentées pour les 5 années à venir (COG 2018-2022). Le collectif managérial a ainsi pu partager sur les prochains grands projets de l'Assurance Maladie. Cap'2018, notre projet d'entreprise local, sera retravaillé en 2019 après un bilan en 2018.



> MARS

Rezone

Le Directeur Général de la CNAM et ses collaborateurs ont reçu l'équipe projet REZONE et ont validé les principes et les modalités de l'outil.



Conclusion de la mandature 2015-2018 du Conseil

La dernière réunion du Conseil présidée par monsieur Christian Garrigues s'est tenue le 23 février. Cette réunion a été l'occasion de revenir sur les décisions importantes votées par le Conseil et de faire un bilan de ses 4 années passées à accompagner le positionnement stratégique de la CPAM. Il a été rappelé son accompagnement attentionné des populations fragiles, son soutien à la politique d'amélioration du service aux usagers, son suivi attentif du CPG ainsi que son implication dans les commissions du Conseil, les commissions conventionnelles et les instances de santé.

Rencontre Var Santé

La CPAM a organisé dans ses locaux, en soirée, une rencontre avec des médecins généralistes, gynécologues et gastroentérologues varois. Une table ronde animée par le Dr Harmel, médecin de la structure ISIS 83, et 7 intervenants professionnels de santé, a permis de présenter en détail les dépistages des cancers et d'inciter les médecins à développer des actions de prévention en consultation et à sensibiliser leur patientèle.



> FÉVRIER

Inauguration de l'espace Lucien Facon

Monsieur Lucien Facon, assuré social dépendant de notre caisse, a légué une part de son héritage à la CPAM du Var. Ces fonds ont permis la réalisation des travaux de rénovation de l'accueil du Siège. Afin de lui rendre hommage, le Conseil de notre organisme a souhaité que cet espace d'accueil soit nommé « Espace Lucien Facon ». L'inauguration a eu lieu le vendredi 23 février.

> MAI

Mise en oeuvre PFIDASS



Le service Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé est déployé à la CPAM du Var. Il a pour mission de lutter contre le non recours aux soins et permettre aux assurés les plus vulnérables d'être pleinement acteurs de leur santé.

Réunion régionale DMP

Notre comité opérationnel de déploiement du DMP a participé à une réunion avec les fédérations hospitalières et la Direction De La Coordination De La Gestion Du Risque pour échanger sur les modalités d'ouverture et d'alimentation du DMP dans les établissements de santé.



Ateliers managers

Managers et agents de l'organisme ont été associés à 7 ateliers organisés pour définir les missions et les pratiques du management, et poser les bases d'un « référentiel managérial ». Celui-ci aura vocation à être partagé et décliné au cours de plusieurs temps forts en 2019 et 2020.

Jeux UNGSLOS 2018

Nos équipes reviennent des jeux à Lille avec des médailles ! Trois médailles d'or sont décrochées en athlétisme, et une médaille de bronze par l'équipe de volleyeuses.

6



> AVRIL

Renouvellement du Conseil

Le nouveau Conseil de la CPAM du Var a été installé le 6 avril par Dominique Marecalle, représentant de l'Etat, Chef d'Antenne interrégionale de la Mission Nationale de Contrôle. Michel Unia a été élu Président pour une durée de 4 ans.

Installation de CCOPD

La commission de coordination de l'offre de proximité départementale a été installée et animée par le Délégué Départemental de l'Agence Régionale de Santé, sur la feuille de route des soins de proximité. La CPAM a notamment pu intervenir sur la présentation des aides liées au zonage.

...

> JUIN

Création de lignes

professionnels de santé

L'organisation du département Frais de Santé est modifiée pour répondre aux enjeux du secteur. Deux lignes clients comportant chacune plusieurs catégories de professionnels de santé sont ainsi créées, avec notamment pour objectifs de garantir la bonne liquidation des facturations tenant compte du contrôle des facturations de chaque catégorie de professionnels de santé, et de fluidifier la relation client avec ces publics.



> JUILLET

Intégration des

régimes partenaires

Au 1er juillet 2018, les quelques 8 812 bénéficiaires de La Mutuelle Générale (LMG) ont intégré le Régime Général. A compter de la rentrée universitaire 2018, les nouveaux étudiants sont également affiliés au régime général, agricole ou autres. Trois collaborateurs de la LMG et un collaborateur de la LMDE ont ainsi rejoint notre organisme.

7

Semaine QVT

Une semaine sur la Qualité de Vie au Travail a été organisée. Parmi les événements proposés, les salariés ont pu participer à différents ateliers massage, sophrologie, prévention santé et sécurité et gestion du stress.



Soirée d'information

orthophonistes

Nous avons organisé une soirée d'information pour ces professionnels de santé afin de leur présenter les actualités conventionnelles liées à la parution de l'avenant 16. Cela a été l'occasion d'échanger sur les conditions d'exercice des orthophonistes, leur pratique professionnelle et la transition numérique.



Derniers chantiers

TRAM

A compter du 2 juillet, la CPAM des Alpes de Haute Provence gère l'ensemble de l'activité relative au Tiers Payant Coordonné CMU-C et Tiers Payant Intégral ACS de la CPAM du Var et de la CPAM des Alpes-Maritimes. Cette gestion, qui a débuté en 2012 avec des CPAM de la région, s'étend désormais à l'ensemble des caisses de la région Paca et de la Corse.



> OCTOBRE

Ciné-débat sur le

dépistage du cancer du sein

A l'occasion de la campagne Octobre Rose 2018, un film de promotion du dépistage organisé du cancer du sein en région PACA réalisé par le CRES a été diffusé dans les locaux du siège. Il a été suivi d'un débat et d'échanges avec le public composé de salariés CPAM, Caf et URSSAF et de trois intervenants professionnels de santé sur l'intérêt et les avantages du dépistage organisé, son déroulement, et les facteurs de risque du cancer du sein.

> AOÛT

Coopération Caf-CPAM

Un groupe de travail réunissant les deux organismes s'est constitué en vue de la signature d'une convention de partenariat. Un séminaire commun, organisé par la CPAM du Gard, a permis de réunir les Caf et CPAM de la région pour partager sur les sujets communs et développer des coopérations.

Expérimentation loi ESSOC

Le Var est choisi comme département d'expérimentation de la loi ESSOC sur l'accompagnement des indus. Retrouvez plus d'information à ce sujet en partie 4, page 87.

8

> SEPTEMBRE

Conférence de presse

La Caisse a tenu une conférence de presse sur le thème des arrêts de travail, avec la participation de l'ELSM pour apporter l'éclairage médical. L'émission a été diffusée le 20 septembre sur France Bleu Provence et RTF Méditerranée. L'objectif était d'alerter les assurés sur l'évolution importante de ce poste de dépenses dans notre département (5,9 % dans le Var contre 4 % au national).



> OCTOBRE



Rezone

Depuis qu'il a été primé au Coding Dojo 2017, le projet REZONE a bien avancé ! Suite à la validation par la CNAM de la V0.1.1 de REZONE en juillet, l'outil web a été diffusé sur ameli. Il vise à faciliter et éclairer le parcours d'installation en complément des dispositifs existants, notamment ceux offerts par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre du guichet unique.



Commission Paritaire

Locale Médecins

La nouvelle commission est installée, avec la présence des représentants des syndicats de la profession. Cette commission a notamment pour missions de veiller à la bonne application de la convention et de conduire toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins et les conditions d'accès aux soins des assurés.



Challenge Imagine

Le challenge « Imagine » a été lancé dans l'organisme : d'avril à novembre, 34 salariés répartis en 7 groupes projets ont développé une idée innovante pour améliorer nos services ou nos organisations. Ce sont les projets ARPER (QR code sur les documents sortants), KIFEKOI (un « qui fait quoi » interne précisant toutes les activités) et ACSIST (partenariat avec les EHPAD pour promouvoir l'ACS) qui sont arrivés en tête à l'issue des votes lors de l'Assemblée Générale !

> NOVEMBRE

Assemblée Générale

Une Assemblée Générale sous le signe de l'innovation, de l'enthousiasme, et de l'investissement de chacun s'est tenue au Palais Neptune de Toulon. Sur cette journée, les salariés ont assisté à des tables rondes sur le bilan du Projet d'Entreprise et ses perspectives, et ont participé à des stands métier et des ateliers bien-être. Le clou de la journée : le challenge « Imagine » avec 7 groupes de salariés montant sur scène pour défendre leur projet !

> NOVEMBRE

Lancement du

Dossier Médical Partagé

La CPAM du Var, caisse coordinatrice pour la région, a musclé son plan d'actions pour faire connaître le service à nos publics et inciter les professionnels de santé et les pharmacies à ouvrir le DMP de leurs patients. Avec le concours de la campagne de communication nationale lancée en novembre 2018, le Var comptabilise plus de 53 000 DMP créés à la fin de l'année, dont plus de 13 000 par nos accueils !



> DÉCEMBRE

2ème édition de la

Rencontre Partenaires

La 2ème Rencontre Partenaires a rassemblé plus de 60 participants représentant le milieu associatif (CCAS, MSAP, établissements de soins, assistantes sociales, conseil départemental, mutualité française de la MGEN, la Poste) autour de la thématique d'accès aux soins et à la prévention, ainsi que sur la simplification des démarches pour mieux gérer sa santé et ses droits au quotidien.

10



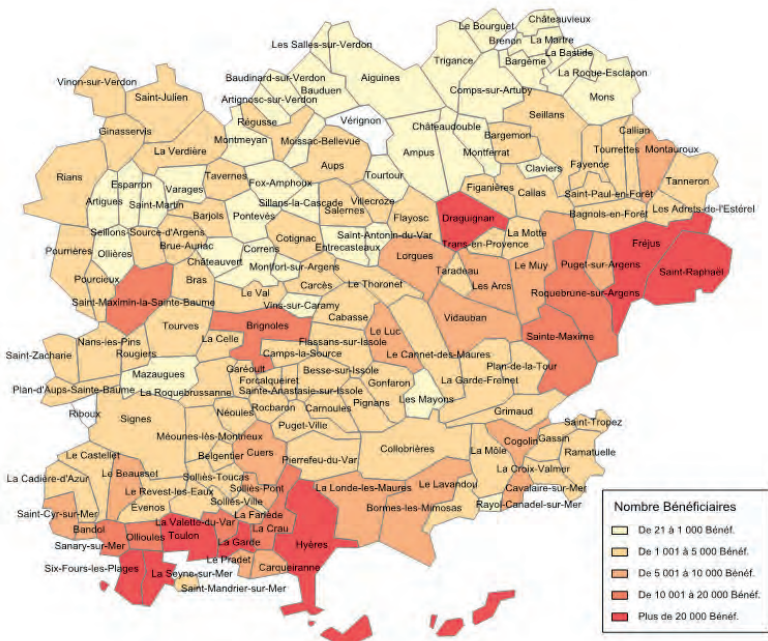
Vote du CPG 2018-2022

Le Conseil donne un avis favorable à la majorité sur le CPG 2018-2022. Ce dernier a été négocié avec la CNAM dans le cadre d'un dialogue de gestion qui s'est tenu de mai à octobre.

LE VAR : LA POPULATION PROTÉGÉE

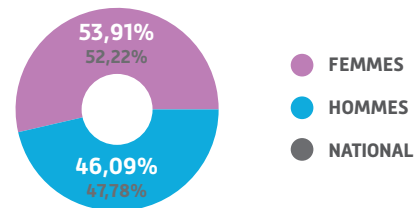
Au 31 décembre 2018, la CPAM du Var couvre 903 462 bénéficiaires. La population protégée a progressé de 1,46% par rapport à 2017, c'est une dynamique marquée dans le Var en comparaison avec la région (+0,82%) et le national (-0,02%). L'évolution est d'autant plus affirmée sur l'évolution des BCP (+2,29%), pour atteindre 944 331 bénéficiaires consommant pondérés.

Répartition des bénéficiaires par commune

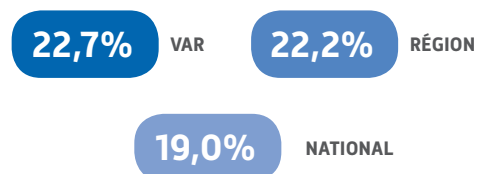


Avec l'intégration des régimes partenaires au régime général de la Sécurité Sociale, le nombre de bénéficiaires couverts par la CPAM du Var va progresser de façon importante.

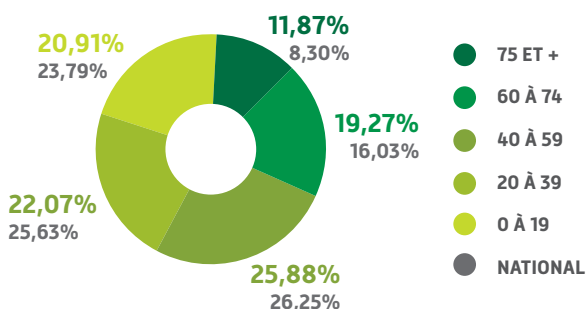
Quelques caractéristiques notables sur la population protégée



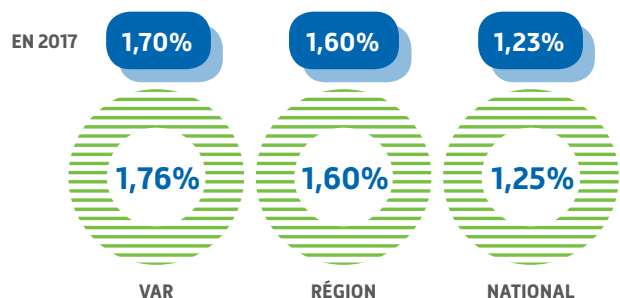
Bénéficiaires d'au moins une Affection Longue Durée



Répartition des bénéficiaires par âge



Part de bénéficiaires invalides

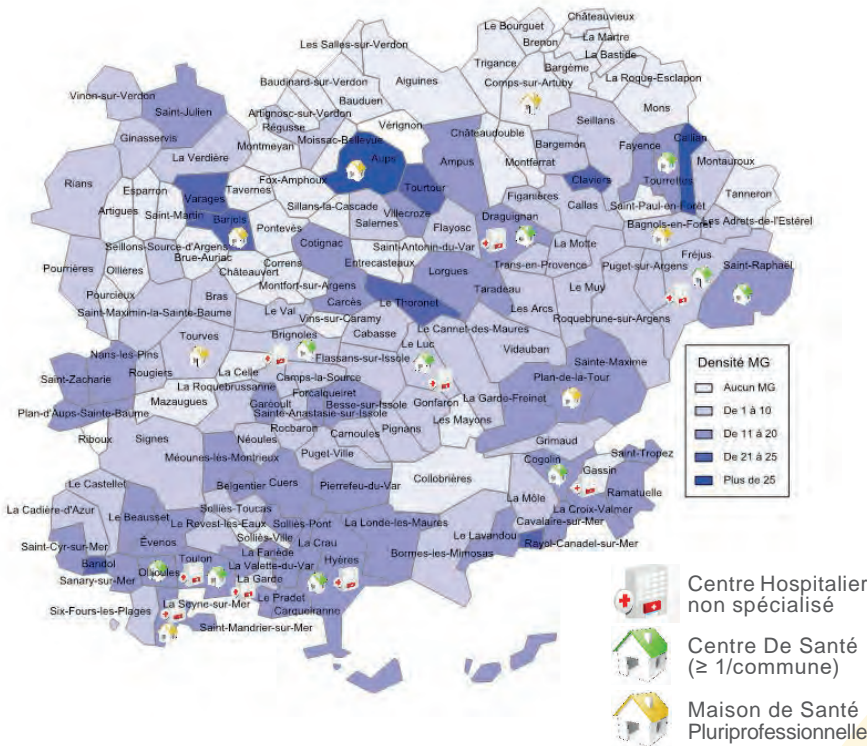


LE VAR : L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Nous notons en 2018 une baisse sensible du nombre de médecins généralistes et spécialistes. En effet, il est comptabilisé 1 093 médecins généralistes fin 2018 contre 1 098 fin 2017 et 1 071 médecins spécialistes à fin 2018 contre 1 082 fin 2017.

Densité de médecins généralistes pour 10 000 bénéficiaires

Sont également positionnés sur la carte les centres hospitaliers publics, les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé.



L'inscription des professionnels dans un cadre d'exercice coordonné doit devenir un principe au cours de l'exercice professionnel et permet de bénéficier de certains dispositifs d'appui et de financement. En 2018, la CPAM du Var a accompagné, dans le cadre de l'accord conventionnel (ACIP), trois maisons de santé et va poursuivre cette promotion auprès des projets en cours et des CPTS afin de développer ce nouveau mode d'exercice.

L'organisation des soins

L'accès à un professionnel de santé, à un médecin traitant ou relevant de certaines spécialités de premier ou second recours constitue dans certains territoires du Var une difficulté pour les bénéficiaires. Il convient d'agir en améliorant l'organisation des soins dans les territoires au travers de deux leviers :

1. Les mécanismes de régulation des conventionnements dans les zones sur-dotées et des dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones fragiles (zonages),
2. Le développement de l'exercice coordonné avec les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, les Centres de Santé et les Communautés Professionnelles de Territoire Santé.

Le nouveau zonage des médecins libéraux été arrêté le 23 février 2018 et identifie les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins. Malgré les dispositifs d'incitation proposés, la CPAM du Var ne compte aucune installation en zones sous denses sur les 56 installations de médecins libéraux dans le Var en 2018. Aussi, au regard de ce constat, il apparaît nécessaire de porter les ambitions du plan gouvernemental "Ma santé 2022" autour de la création d'un véritable collectif de soins associant les professionnels de santé et les hôpitaux.

FOCUS

L'Accord Cadre Interprofessionnel (ACIP) : c'est quoi ?

Il a été signé le 10 octobre 2018 entre l'UNCAM et l'UNPS représentant les catégories suivantes : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien d'officine, biologiste responsable, transporteur sanitaire, auxiliaires médicaux (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audioprothésiste).

Cet accord réaffirme l'exercice coordonné comme mode d'exercice de référence des professionnels de santé en ville, en cohérence avec les orientations du plan de transformation du système de santé Ma Santé 2022.

Pour cela, il s'articule autour de trois axes-clés :

- > Le renforcement de la prise en charge coordonnée des patients,
- > Le recours au numérique pour faciliter les échanges entre les professionnels de santé,
- > La simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé.



CENTRES DE SANTÉ

> 13 centres de santé dentaires, dont 3 nouveaux en 2018 (Hyères, Toulon et St Raphaël)
> 3 centres de santé médicaux (dont 2 néphrologiques)
> 2 centres de santé polyvalents



MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFSSIONNELLES

(Tourves La Celle, la Seyne sur Mer, Golfe Plan de la Tour, Combs, Aups, Barjols, Bagnols)



COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ (Plan de la Tour)

Evolution de l'offre de soins ambulatoire

et densités comparées Var/Région/France pour 100 000 habitants

Offre de soins libérale et densité	2018	ÉVOLUTION LOCALE	DENSITÉ LOCALE POUR 100 000 hbts	ÉVOLUTION LOCALE	DENSITÉ RÉGIONALE	DENSITÉ NATIONALE
Total omnipraticiens (MG+MEP)	1 093	-0,5%	129,4	-3,2%	126,9	105,5
> dont secteur 1	977	-0,2%	-	-	-	-
> dont secteur 2	108	-1,8%	-	-	-	-
> dont non conventionnés	8	-11,1%	-	-	-	-
Total médecins spécialistes	1 071	-1,0%	126,8	-3,8%	146,7	96,9
> dont secteur 1	570	-2,9%	-	-	-	-
> dont secteur 2	499	+1,2%	-	-	-	-
> dont non conventionnés	2	0,0%	-	-	-	-
Médecins biologistes	25	0,0%	3,0	-2,8%	3,3	1,9
Chirurgiens-dentistes	744	+0,8%	88,1	-2,0%	88,1	65,8
Sages-femmes (libérales)	111	+7,8%	13,1	+4,8%	11,7	11,0
Auxiliaires médicaux	5 277	+3,7%	624,7	+0,8%	562,7	357,4
> dont infirmiers	2 985	+2,8%	353,4	-0,1%	304,4	170,9
> dont masseurs-kinésithérapeutes	1 691	+5,8%	200,2	+2,8%	183,5	123,5
> dont orthophonistes	321	+2,2%	38,0	-0,6%	45,4	35,6
> dont orthoptistes	34	0,0%	4,0	-2,8%	4,9	4,6
> dont pédicures-podologues	246	+3,8%	29,1	+0,9%	24,5	22,8
Laboratoires privés d'analyse médicale	106	+1,9%	12,5	-0,9%	13,1	7,4
Pharmacies	373	+0,3%	44,2	-2,5%	44,6	39,3
Fournisseurs d'appareillage	568	+3,3%	67,2	+0,4%	63,7	55,5
Entreprises de transports sanitaires	68	0,0%	8,0	-2,8%	13,1	10,0
Entreprises de taxis conventionnés	437	+1,4%	51,7	-1,4%	66,8	40,8
Autres transporteurs	6	0,0%	0,7	-2,8%	0,5	0,5

LE VAR : L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE

L'offre de soins hospitalière est stable. L'Assurance Maladie conforte son positionnement partenarial auprès des structures de santé au travers de dialogues de gestion annuels, des visites des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et des médecins conseil.

La signature des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins produits de santé (CAQES) et la mise en œuvre de l'article 80 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2017 (prise en charge par les établissements de santé des dépenses de transports) ont mobilisé les équipes en 2018.

La stratégie d'accompagnement se poursuivra en 2019 avec le développement de la chirurgie ambulatoire et des programmes de retour à domicile (Prado) toujours très dynamiques dans notre département.

* 9 hôpitaux publics sont des entités juridiques répartis sur 31 sites géographiques dans le département.

PSY : Psychiatrique
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Détail de l'offre hospitalière	
Hôpitaux publics et militaires *	10
<ul style="list-style-type: none"> > CHI Toulon / La Seyne sur Mer : PSY-MCO-SSR > CH Draguignan : PSY-MCO-SSR > CH Fréjus / St Raphaël : PSY-MCO-SSR > CH Brignoles : MCO-SSR > Hôpital San Salvador - Hyères (APHP) : MCO-SSR > Hôpital Renée Sabran - Hyères (HCL) : MCO-SSR > CH de Saint Tropez : MCO > CH de Hyères : MCO > CHS Henri Guérin - Pierrefeu du Var : PSY > CH Sainte Anne - Toulon : PSY-MCO 	
Etablissements privés	41
<ul style="list-style-type: none"> > Cliniques MCO 25 > Cliniques PSY - SSR 16 	
Etablissements médico-sociaux	264
<ul style="list-style-type: none"> > EMS en prix de journée 20 > EMS en dotation globale 244 <li style="padding-left: 20px;">dont pour le handicap 67 <li style="padding-left: 20px;">pour la vieillesse 139 <li style="padding-left: 20px;">autres 38 	

14



En termes de régulation, l'assurance maladie conforte son positionnement partenarial auprès des structures de santé au travers de dialogues de gestion annuels et visites DAM/médecins conseil.

La signature des CAQES produits de santé et la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS 2017 (prise en charge par les établissements de santé des dépenses de transports) ont mobilisé les équipes en 2018 et la stratégie d'accompagnement se poursuivra en 2019 avec le développement de la chirurgie ambulatoire.

L'accompagnement des établissements de santé au travers des campagnes des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM), des Conseillers Informatique Services (CIS) et des Praticiens Conseils se poursuit :

15



2 736

VISITES DANS LE VAR

1 350

VISITES DAM EN RÉGION

Focus

Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Effecience des Soins

Entériné dans l'article 81 de la LFSS pour 2016, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'effecience des soins (applicable à compter du 01/01/2018) est un contrat tripartite qui lie l'ARS, la CPAM et l'établissement de santé.

Son objectif : améliorer les pratiques en matière de régulation des prescriptions médicamenteuses, de pertinence et de sécurité des soins. ●



LE VAR : LA CONSOMMATION DE SOINS

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018 avait prévu un taux d'évolution national de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) de 2,3 %.

L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie est mesuré en droits constatés, il correspond aux charges réglées au titre de l'année 2018, auxquelles on soustrait les charges réglées au titre de l'année 2017, et ajoute les provisions calculées au niveau national au titre des prestations dont le fait générateur se situe en 2018 et qui seront réglées en 2019.

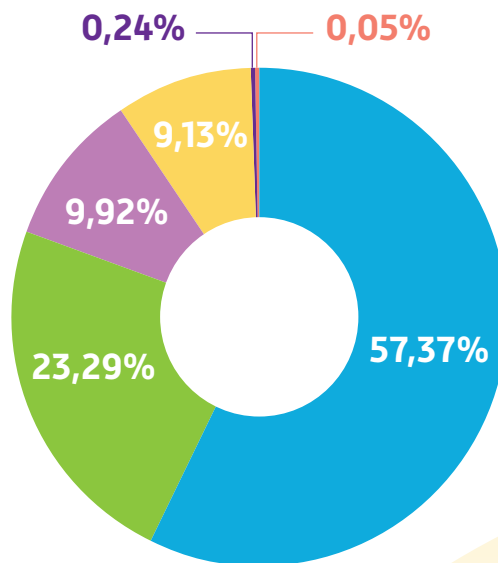
Pour rappel, certaines dépenses de prestations prises en charge par la CPAM ne sont pas incluses dans l'ONDAM, pour un montant de 280 061 870€ en 2018 (+ 1 %). Ce sont notamment des dépenses concernant l'invalidité, l'incapacité permanente et des prestations en espèces Maternité et Paternité.

En cumulé, les charges de l'exercice 2018 s'élèvent à hauteur de 2 878 097 352€, soit une progression de 4% par rapport à l'exercice précédent.

Total des charges ONDAM pour 2018

2 598 035 481 €

**+ 4 %
par rapport à 2017**



16



**PLUS DE DÉTAILS SUR
LES DÉPENSES ONDAM
EN PAGE 61, PARTIE 3.**

		ÉVOLUTION LOCALE
● Soins de ville	1 490 451 050	+4%
● Établissements de santé tarifés à l'activité	605 139 798	+5%
● Établissements pour personnes âgées et handicapées	257 611 223	+1%
● Dépenses relatives aux autres établissements de santé	237 267 303	+5%
● Établissements médico-sociaux hors CNSA	6 164 184	+7,42%
● Soins des français à l'étranger	1 401 923	+1,65%

LA GOUVERNANCE DE LA CPAM DU VAR : LE CONSEIL

La mandature du précédent Conseil, présidé par M. Christian Garrigues, s'est achevée le 28 mars 2018. Le nouveau Conseil de la CPAM du Var a été installé le 6 avril 2018 par le Chef d'Antenne régional de la MNC, avec comme président, M. Michel Unia.



PRÉSIDENT : M. Michel UNIA

2^{ème} VICE-PRÉSIDENT : M. Claude NEGRI

1^{er} VICE-PRÉSIDENT : M. Patrick CARLA

3^{ème} VICE-PRÉSIDENT : M. Fernand BRUN

Toutes les sensibilités syndicales représentées au sein du Conseil ont pu, à l'occasion de l'installation du Conseil, lire une déclaration. M. Unia a, quant à lui, assuré les membres du Conseil de son investissement pour bâtir ensemble une politique de santé de qualité sur le département et œuvrer pour que la Caisse du Var ait tout sa place dans les enjeux à venir en matière de stratégie de santé : renforcement de la prévention, accès aux droits pour tous, dimension financière et territoriale de l'accès aux soins, transition numérique.



17

Depuis son installation en avril 2018, le Conseil a :

- Désigné l'ensemble des membres siégeant au sein des différentes commissions du Conseil.
- Attribué les subventions aux associations ayant déposé un projet préalablement retenu par sa Commission d'Action Sanitaire et Sociale.
- Voté favorablement les orientations du CPG 2018-2022 et ensuite donné un avis favorable à la signature du CPG 2018-2022 par la Directrice.
- Rendu un avis favorable sur la désignation de la Médiatrice de la Caisse.
- Voté favorablement les différents budgets soumis à sa validation : budget de gestion administrative, budget d'Action Sanitaire et Sociale, budget de Prévention, d'Education et d'informations sanitaires, budget du Fonds d'Action Conventionnelle, budget du Centre d'Examens de Santé (CES).

REPRÉSENTANTS DES SALARIÉS

CGT - FO

M. Fernand BRUN
M. Gilles MANCHON
Mme Adélia LENOIR
Mme Jessica MICHEL

CGT

M. Jean-Marcel GARONE
Mme Christine ROMANO
M. Joël CAMILLIERI
M. Thierry SALERNO

CFDT

M. Michel UNIA
Mme Dominique KLEIN
M. Eric MARIACCIA
M. Thierry CANGI

CFTC

M. Claude NEGRI
Mme Patricia ESTEVEZ

CGC

M. Daniel ALBERGUCCI
Mme Nicole ROUSSEAU

REPRÉSENTANTS DES EMPLOYEURS

MEDEF

M. Patrick CARLA
Mme Cécile ALLAUZEN
M. Jérôme MATHIE
M. Marc DEHILLOTTE
M. Gilles FONTAINE
Mme Sophie ABOUDARAM
M. Didier KOUBBI
Mme Ingrid LEMERCIER

CPME

M. Malik DAHMAN
M. Jean-Paul GIOVANNONI
M. Marc MUSCATELLI
Mme Virginie RAYMOND

U2P

M. Jean-Marc DE GAETANO
Mme Muriel RODRIGUES
Mme Claudine SALVEMINI
M. Christian LIGUORI

REPRÉSENTANTS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

FNMF

M. Claude BELLELLE
M. Dominique TRIGON
Mme Anne MAURICE
Mme Nathalie MEHATS

REPRÉSENTANTS DES INSTITUTIONS

FNATH

M. Walther LALONDE
M. Julien CARBONI

UNAASS

Mme Brigitte PERRAUD
M. Pascal LEGER

UDAF

Mme Bernadette MASSEL
Mme Fabienne RODEVILLE

UNAPL

M. Francis DESMARAIS

PERSONNE QUALIFIÉE

Mme Laurence SAUCY

REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL

(à titre consultatif)

Mme Corinne POUCHET
Mme Sandrine NOSENGO
M. Guillem BLASCO
Mme Lydie LEMAHIEU
Mme Eva BERTRAND
Mme Catherine CARDINALI

COMMISSIONS DU CONSEIL

COMMISSION DE RECOURS AMIABLE

**Titulaires : M. UNIA – M. ALBERGUCCI
M. MATHIE – M. DE GAETANO
Mme RODEVILLE**
Suppléants : M. NEGRI – M. MANCHON
M. GIOVANNONI – M. LIGUORI – M. CARBONI

COMMISSION ADISSION EN NON VALEUR (ANV) ET REMISES DE DETTES

**Titulaires : M. UNIA – M. ALBERGUCCI
M. MATHIE – M. DE GAETANO
Mme RODEVILLE – M. BELLELLE**
Suppléants : M. NEGRI – M. MANCHON
M. GIOVANNONI – M. LIGUORI – M. CARBONI
Mme MAURICE

PRÊTS D'HONNEUR

Titulaires : M. CARLA – M. NEGRI
Suppléants : M. GIOVANNONI – M. BRUN

COMMISSION RELATIONS AVEC LES USAGERS

**Titulaires : Mme RODRIGUES
Mme MASSEL – M. CARLA – M. MATHIE
M. MUSCATELLI – M. DE GAETANO
M. ALBERGUCCI – M. CANGI – M. GARONE
M. NEGRI – M. MANCHON – M. TRIGON**

Suppléants : Mme ALLAUZEN – Mme KLEIN
Mme ESTEVEZ – Mme MEHATS
Mme PERRAUD – Mme ROMANO
Mme ROUSSEAU – M. DEHILLOTTE
M. DAHMAN – M. GIOVANNONI – M. LIGUORI
M. BRUN

PRIMES DE FIN DE RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE

**Titulaires : Mme KLEIN – M. ALBERGUCCI
M. MATHIE – M. DE GAETANO**
Suppléants : Mme LENOIR – Mme SALVEMINI
M. GIOVANNONI – M. NEGRI

COMMISSION D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

**Titulaires : Mme KLEIN – M. BRUN
M. ALBERGUCCI – M. GARONE – M. NEGRI
Mme ALLAUZEN – M. GIOVANNONI
M. FONTAINE – Mme RODRIGUES – M. DE
GAETANO – M. BELLELLE – M. DESMARAIS**
Suppléants : M. UNIA – M. MANCHON
Mme ROUSSEAU – Mme ROMANO
Mme ESTEVEZ – Mme ABOUDARAM
Mme LEMERCIER – M. MUSCATELLI
Mme SALVEMINI – Mme RAYMOND
Mme MEHATS – M. CARBONI

COMMISSION DES AIDES INDIVIDUELLES ET PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES (AIPS)

**Titulaires : M. ALBERGUCCI – M. BRUN
Mme ESTEVEZ – M. GIOVANNONI
Mme ALLAUZEN – Mme RODRIGUES
M. CARBONI**
Suppléants : Mme KLEIN – Mme ROMANO
Mme ABOUDARAM – Mme LEMERCIER
M. NEGRI – M. DE GAETANO – M. BELLELLE

COMMISSION DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES

**Titulaires : M. UNIA – M. NEGRI – M. CARLA –
Mme RODRIGUES – Mme MASSEL**
Suppléants : M. ALBERGUCCI – M. MANCHON
M. GIOVANNONI – M. LIGUORI – M. BELLELLE

COMMISSION GESTION DU RISQUE ET PRÉVENTION

**Titulaires : Mme ROMANO – M. ALBERGUCCI
M. CANGI – M. MANCHON – M. NEGRI
M. CARLA – M. DAHMAN – M. DE GAETANO
M. GIOVANNONI – M. MATHIE – M. TRIGON
M. DESMARAIS**
Suppléants : Mme ALLAUZEN – Mme RAYMOND
Mme RODRIGUES – Mme ESTEVEZ
Mme MICHEL – Mme KLEIN – Mme ROUSSEAU
Mme MAURICE – Mme MASSEL
M. DEHILLOTTE – M. MUSCATELLI
M. GARONE

COMMISSIONS PARITAIRES

Des Conventions, destinées à organiser les rapports entre les Professionnels de Santé et les Caisses d'Assurance Maladie sont signées au plan national. Des Commissions Régionales ou Départementales ont été mises en place pour veiller à leur bonne application.

Les Commissions se réunissent en général deux fois par an et ont pour rôle essentiel d'analyser l'évolution des dépenses, de promouvoir une politique de régulation des dépenses et de garantir à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité.

Sont listées ci-dessous les désignations des conseillers à ces commissions.

COMMISSIONS PARITAIRES DÉPARTEMENTALES

COMMISSION PARITAIRE LOCALE MÉDECINS

**Titulaires : M. UNIA – Mme ALLAUZEN
M. TRIGON**
Suppléants : M. MANCHON – M. CARLA
Mme MEHATS

COMMISSION PARITAIRE DÉPARTEMENTALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Titulaire : Mme ALLAUZEN
Suppléant : M. DAHMAN

COMMISSION PARITAIRE DÉPARTEMENTALE DES INFIRMIERS

Titulaire : M. BRUN
Suppléant : M. CARLA

COMMISSION PARITAIRE DÉPARTEMENTALE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Titulaire : M. ALBERGUCCI
Suppléant : Mme SALVEMINI

COMMISSION PARITAIRE DÉPARTEMENTALE DES ORTHOPHONISTES

Titulaires : M. DE GAETANO – M. CARLA
Suppléants : M. FONTAINE – M. GIOVANNONI

COMMISSION DE CONCERTATION DES TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVÉS

Titulaires : M. DE GAETANO – M. CANGI
Suppléants : M. NEGRI – M. BELLELLE

COMMISSION DE CONCERTATION DES TAXIS

Titulaire : M. DE GAETANO
Suppléant : M. ALBERGUCCI

COMMISSION PARITAIRE DÉPARTEMENTALE DES PHARMACIENS

Titulaire : M. UNIA
Suppléant : M. CARLA

COMMISSIONS PARITAIRES RÉGIONALES**COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DES ORTHOPHONISTES**

Titulaire : M. NEGRI

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DES BIOLOGISTES

Titulaire : M. NEGRI
Suppléant : Mme ALLAUZEN

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DES MÉDECINS

Suppléant : M. UNIA

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Suppléant : M. CANGI

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DES INFIRMIERS

Titulaire : M. BRUN

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DES PÉDICURES-PODOLOGUES

Suppléant : M. CANGI

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DES ORTHOPHONISTES

Suppléant : M. DE GAETANO

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DES STRUCTURES PLURI-PROFESSIONNELLES

Titulaire : M. UNIA

REPRÉSENTATIONS EXTÉRIEURES**COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPÉES (CDAPH)**

La Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est une instance, créée par la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », chargée de prendre les décisions d'attribution des prestations et d'orientation des personnes handicapées (enfants et adultes) depuis le 1er janvier 2006.

Titulaire : M. NEGRI
Suppléant : M. BRUN

COMMISSION EXÉCUTIVE DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

La Maison Départementale des Personnes Handicapées est un Groupement d'Intérêt Public (G.I.P.) administré par une COMmission EXécutif (COMEX). La COMEX est l'instance délibérante du GIP.

Titulaire : M. MANCHON

CONFÉRENCE DE LA CITOYENNETÉ ET DE L'AUTONOMIE

Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) est une instance de démocratie locale au service des personnes âgées et des personnes handicapées.

Titulaire : M. UNIA
Suppléant : M. TRIGON

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ

Le Conseil Territorial de Santé associe l'ensemble des parties prenantes du secteur de santé (professionnels de santé, directeurs d'établissements, usagers, élus locaux, représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale) avec pour ambition d'améliorer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire.

Titulaire : M. UNIA

CONFÉRENCE DES FINANCEURS

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention.

Titulaire : M. UNIA
Suppléant : M. CARLA

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'UNION IMMOBILIÈRE

**Titulaires : M. ALBERGUCCI – M. BRUN
M. NEGRI – M. CARLA – M. DEHILLOTTE
M. MATHIE**

Suppléants : M. MANCHON – Mme KLEIN
Mme ROUSSEAU – Mme ALLAUZEN
Mme RODRIGUES – M. MUSCATELLI

LA GOUVERNANCE DE LA CPAM DU VAR : L'ORGANIGRAMME ET LES INSTANCES DE PILOTAGE

La gouvernance de la CPAM du Var est entendue comme l'ensemble des instances stratégiques et de pilotage qui contribuent à la prise de décision. Elles visent à fluidifier et sécuriser le processus de décision, et également à coordonner les différents acteurs autour des projets de l'organisme.

ORGANIGRAMME DE LA CAISSE



La performance de la Caisse en 2018 est bonne avec un score de 89,92% au CPG (9ème place) et de 96,83% à l'intéressement (5ème place). Nous affichons également des résultats en progression sur le coût du BCP (46,96€, 13ème place, contre 50,69€ en 2017) et le coût du point de performance (5,23€, 4ème place, contre 5,60€ en 2017).

LES INSTANCES DE PILOTAGE STRATÉGIQUE

LE COMITÉ DE DIRECTION (CODIR)

L'instance assure un rôle de décision, de supervision et de surveillance des différents champs d'activité de la Caisse. Placée sous la responsabilité de la Directrice et composée des agents de direction, c'est une réunion hebdomadaire traitant à la fois des sujets stratégiques et des questions d'intérêt général.

LE(S) RENCONTRES ET ECHANGES SUR LES PROJETS INTER SERVICES (RESPIR)

Pendant du CODIR, le RESPIR est une instance mensuelle rassemblant les responsables de département. Elle est un garant de la transversalité dans la conduite des activités et des projets de l'organisme, assure une veille sociale et joue auprès du CODIR un rôle de propositions et d'alertes.

LE COMITÉ STRATÉGIQUE MÉDICO-ADMINISTRATIF (CSMA)

Le CSMA est une réunion bimestrielle rassemblant le Médecin-chef et les Médecins-Conseil de l'Echelon Local du Service Médical (ELSM), ainsi que la Direction de la CPAM (Directrice, Agent Comptable et Directeur-adjoint) autour de leurs sujets communs. L'instance valide notamment la mise en œuvre d'actions locales et examine en séance leurs résultats en gestion du risque et en lutte contre les abus et la fraude.

Les Comité de Direction Elargis (CODIREL) sont des instances rassemblant les agents de direction et les responsables de département autour de sujets thématiques et structurants.

LE COMITÉ DE DIRECTION ELARGI « PROJET D'ENTREPRISE » (CODIREL PE)

Le CODIREL PE entérine les nouvelles actions du Projet d'Entreprise, en définissant leurs objectifs et indicateurs de suivi. Elle réalise le suivi de ces actions et de leur réalisation concrète.

LE COMITÉ DE DIRECTION ELARGI « CONTRAT PLURIANNUEL DE GESTION » (CODIREL CPG)

Le CODIREL CPG opère le suivi des indicateurs issus du Contrat Pluriannuel de Gestion. Lorsqu'un indicateur apparaît comme sensible – parce qu'il est nouveau ou si son atteinte paraît difficile – il fait l'objet d'une analyse par le pilote de l'indicateur, qui présente les mesures d'impacts des actions mises en œuvre pour atteindre l'objectif fixé.

LE COMITÉ DE DIRECTION ELARGI « SYSTÈME DE MANAGEMENT INTÉGRÉ » (CODIREL SMI)

Le CODIREL SMI se réunit une fois par an pour disposer de l'ensemble des résultats des processus de la Caisse. Il est l'occasion d'établir le bilan de l'année écoulée et de définir les perspectives de l'année en cours pour faire évoluer le SMI au niveau local.

LES RENDEZ-VOUS STRATÉGIQUES DE L'ANNÉE

La Caisse est pilotée à l'aide de ces instances stratégiques, mais elle l'est également grâce aux « grands rendez-vous de l'année », qui sont des moments d'échanges et de partage des objectifs et ambitions de notre entreprise.

SÉMINAIRE ENCADREMENT DU 15 JANVIER 2018

Les sujets abordés :

- > La plateforme de marque (vision, mission, valeurs et signature de l'institution Assurance Maladie « agir ensemble, protéger chacun »)
- > La COG 2018-2022 et ses 5 axes stratégiques :
 1. Renforcer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins.
 2. Contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé.
 3. Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité.
 4. Accompagner la transition numérique en santé.
 5. Réussir l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement pleinement efficace de la branche.

> Les projets emblématiques locaux en 2018 : la messagerie sécurisée de santé, le dossier médical partagé, les maisons de santé pluriprofessionnelles, la gestion des réclamations, l'intégration des régimes partenaires, le déploiement de la PFIDASS, la dématérialisation

> La valeur « Innovation » en pratique : la démarche, bilan Ya+Ka, le principe du challenge innovation

> Intervention de Mme Clélia Pienne, Directrice « expérience utilisateur et digitale » à Pôle Emploi lors de l'Assemblée Générale.



SÉMINAIRE D'ENCADREMENT DU 4 JUIN 2018

Les sujets abordés :

- > Résultats CPG et Intéressement 2017, nouveaux indicateurs 2018.
- > Point d'étape sur Cap'2018.
- > Réorganisations : Prestations ARCHIPEL, le Contentieux (pôle procédures et pôle recouvrement), l'Informatique (transfert de la gestion des outils Diadème et Médialog, transfert au SIL de plusieurs activités – assistance aux utilisateurs, réalisation d'utilitaires bureautiques), pilotage des téléservices PS.
- > La démarche d'évolution des pratiques managériales : retours sur les ateliers managers et partage de bonnes pratiques.

LA TOURNÉE DES VŒUX ET DU PROJET D'ENTREPRISE

A l'occasion de la présentation des vœux par la Directrice et l'équipe de direction, une présentation et des échanges sur plusieurs actions clés du Projet d'Entreprise Cap'2018 se sont tenus, sur le siège et dans les sites extérieurs. Ils ont été suivis par un moment convivial et la remise des médailles du travail.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU PERSONNEL DU 13 NOVEMBRE 2018

Les sujets abordés :

- > Le Projet d'Entreprise :
 - Bilan de Cap'2018 avec trois thématiques : « Progresser avec le digital », « Chaque assuré est unique » et « Une CPAM qui avance ».
 - Perspectives et ambitions pour le Projet d'Entreprise de demain : « Services et accompagnement de

nos publics », « Qualité et efficacité du système de santé », « Performance garantie collectivement » et « Modes de travail collaboratifs et innovants ».

> L'Innovation :

- Partage d'expériences avec Mme Clélia Pienne, Directrice « expérience utilisateur et digitale » à Pôle Emploi, et auparavant Conseillère auprès du Directeur Général de la CNAM.
- Le Challenge Imagine et les 7 groupes projets : ACSIST, ARPER, CHAT'AM, FLOTT-e, Game of Fraude et KIFEKOI.
- Les stands métiers organisés sur le DMP, la PFIDASS, la mobilité interne, la prévention, Proweb – un exemple d'utilisation au service GDB.
- Les ateliers bien-être.



1

**GARANTIR L'ACCÈS
UNIVERSEL AUX DROITS
ET REMBOURSER LES SOINS.**



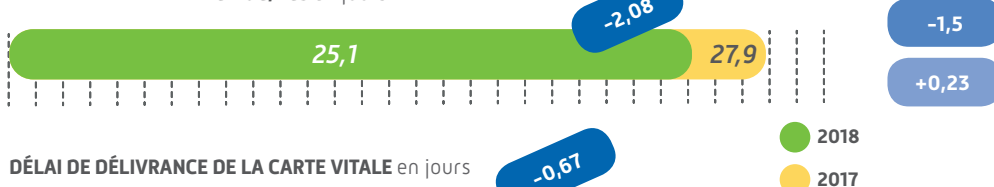
FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS

Fichier client

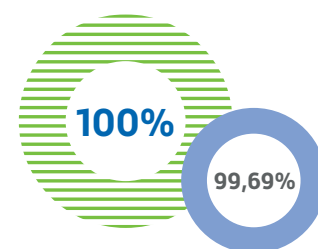
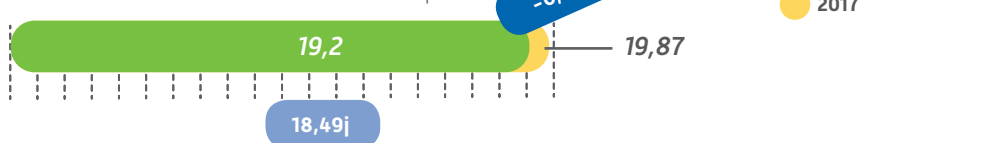
	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	ÉVOLUTION RÉGIONALE	ÉVOLUTION NATIONALE
NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	903 462	890 423	+1,46%	+0,82%	-0,02%
Nombre de bénéficiaires issus du régime LMDE	3 555				
Nombre de bénéficiaires issus du régime MFPS (mars 2019)	38 276				
> contractuels	2 198				
> fonctionnaires ou retraités	36 078				
Nombre de bénéficiaires LMG	10 839				
> contractuels	1 543				
> fonctionnaires ou retraités	9 296				
Nombre de bénéficiaires CMU-C	71 940	68 035	+5,74%	+3,87%	+1,16%
Nombre de bénéficiaires ACS	25 592	25 309	+1,12%	+6,22%	+5,06%
Part des bénéficiaires CMU-C et ACS	10,80%	10,48%	+3,05%	12,08%	10,74%
Nombre de bénéficiaires AME	1 653	1 787	-7,50%	-0,96%	-1,43%
Nombre de bénéficiaires invalides varois	15 939	15 137	+5,30%	+0,65%	+1,79%
Part des bénéficiaires invalides	1,76%	1,70%	+0,06%	1,60%	1,25%

25

DÉLAI DE TRAITEMENT CMUC/ACS en jours



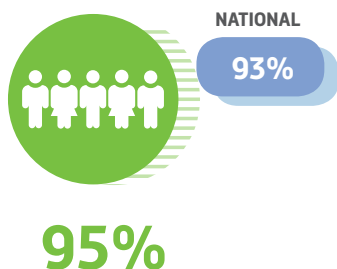
DÉLAI DE DÉLIVRANCE DE LA CARTE VITALE en jours



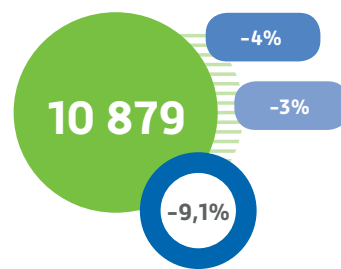
TAUX DE CONTRÔLES PUMA

Maîtrise des dépenses honoraires

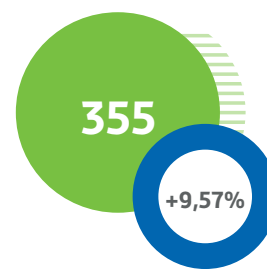
TAUX DE PERSONNES AYANT UN MÉDECIN TRAITANT (+ de 16 ans)



NOMBRE DE CONTACTS AVEC LES OFFREURS DE SOINS (DAM-CIS-EC)



NOMBRE DE CONTRATS OPTAM ET OPTAM-CO



L'ACCÈS AU MÉDECIN TRAITANT

L'accès au médecin traitant est l'une des pierres angulaires de l'accès aux soins. Malgré un taux satisfaisant de personnes de plus de 16 ans ayant un médecin traitant dans le Var (95%, contre 93% au national), l'accès à celui-ci reste primordial, notamment dans les zones sous densifiées.

Dans le cadre de la mise en place du parcours de soins au service des patients, le rôle pivot du médecin traitant est consacré. Il assure d'une part le rôle de premier recours dans le suivi des patients et d'autre part le rôle de synthèse et de coordination avec les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients, notamment les médecins intervenant en second recours. Le respect du parcours de soins conditionne le niveau de remboursement des prestations d'assurance maladie. À défaut, les patients s'exposent à une minoration du taux de leurs remboursements en cas de paiement direct aux professionnels de santé (le remboursement du tarif d'une consultation

passé ainsi de 70% à 30% si le patient est hors parcours) ou à une dette dans le cadre de la pratique du tiers payant.

L'application stricte de ce parcours, mis en place par la loi du 13 août 2004, peut créer des difficultés en termes d'accès aux soins pour les assurés confrontés à une pénurie d'offre, notamment dans les zones sous denses en offre médicale. L'offre médicale peut également être en saturation, empêchant d'élargir encore la patientèle des médecins traitants. C'est pourquoi dans le Var, en sus des campagnes mails pérennes et mensuelles adressées à tous les assurés varois sans médecin traitant, nous avons accentué depuis

2018 nos actions d'accompagnement et de promotion du médecin traitant.

La CPAM du Var a identifié 41 communes sans cabinet médical sur lesquelles elle a axé prioritairement ses actions.

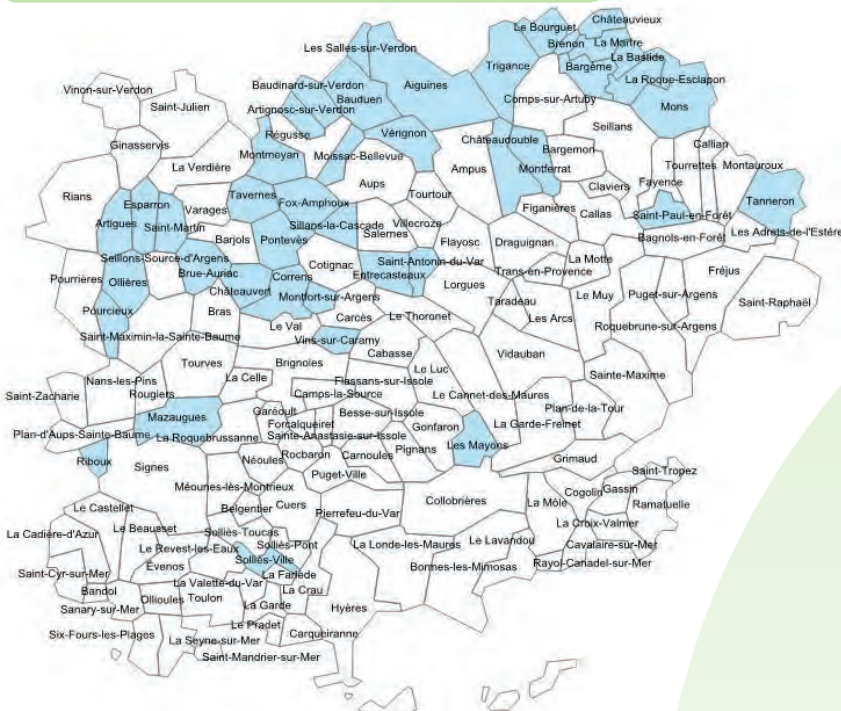
En tout état de cause, ce sont 14 412 bénéficiaires varois qui en avril 2018 n'avaient pas de médecins traitants enregistrés (262 dans les communes ciblées). De plus, 25 434 bénéficiaires avaient un médecin traitant en cessation d'activité (466 dans les communes ciblées).

Ainsi, dans ces 41 communes sans cabinet médical, nous avons identifié les assurés concernés dans ces zones déficitaires et les avons contactés (appel ou courrier) pour les sensibiliser à l'importance du médecin traitant dans le parcours de soins. La requête est renouvelée mensuellement pour capter les nouveaux assurés concernés au fil de l'eau. La conciliation intervient également quand le patient est confronté à des difficultés d'accès à un médecin traitant et prend contact avec les médecins pour trouver une solution, en travaillant en partenariat avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).

La CPAM du Var met en place des actions d'information et de prévention afin de mieux répondre aux objectifs du parcours de soins coordonnés, et veille également à répondre au mieux aux situations individuelles pour éviter les ruptures de parcours.

Suite au premier ciblage, dans les 41 communes identifiées, **28,1% des bénéficiaires sans médecin traitant et 34,7% des bénéficiaires avec un médecin traitant en cessation d'activités se sont vus enregistrer un médecin traitant.**

Ciblage des communes sans cabinet médical



FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PERSONNES LES PLUS FRAGILES

Si la qualité de l'offre de soins et la couverture assurantielle en matière de santé dans notre pays sont reconnues, pour ne pas dire enviées, de nombreuses personnes en sont encore exclues ou n'y ont pas recours.

Le non recours aux soins est à la fois une réalité économique et sociale, en grande partie liée à l'accentuation des phénomènes de précarité, des inégalités territoriales et des obstacles culturels ou financiers.

Les dispositifs de la CMU-C ou l'ACS ont grandement contribué à faire progresser l'accès aux soins.

Le partenariat

avec la CARSAT SUD-EST

La caisse du Var a initié un mouvement régional afin que les CPAM de la région PACAC conventionnent avec la CARSAT SUD-EST pour échanger des informations sur les bénéficiaires de l'Allocation Solidarité Personnes Agées (ASPA).

Selon les barèmes d'accès à une complémentaire santé, cette population est à minima éligible à l'ACS.

Nous avons ainsi pu recenser pour la caisse du Var 1 100 bénéficiaires de l'ASPA non protégés par une complémentaire santé. Ces assurés ont été démarchés individuellement afin de les inciter à déposer une demande de CMU-C/ACS.

A fin décembre 2018 nous avons déjà accompagné 30% de ces bénéficiaires de l'ASPA à l'acquisition de l'ACS.

Cet échange pérenne avec la CARSAT nous permet tous les mois de cibler les nouveaux bénéficiaires de l'ASPA et ainsi les accompagner vers l'obtention d'une couverture maladie complémentaire.

ACSIST

Le projet « ACSIST » (ACS Informer Sur nos Territoires), issu du Challenge d'innovation Imagine de la caisse, a également fait des propositions pour l'accès aux soins des assurés. Il a ciblé l'accès aux soins des résidents d'EHPAD sans complémentaire santé alors qu'ils pourraient prétendre à l'ACS ou à la CMU-C.

Il consiste à accompagner les EHPAD dans la constitution de dossiers ACS ou CMU-C avec un parcours attentionné pour nos aînés, et propose un circuit spécifique pour le traitement de ces dossiers au sein de la CPAM afin de garantir un délai optimal de traitement. ●



27

80%
DES PERSONNES ÉLIGIBLES
DEMANDENT LA CMU-C

55%
DES PERSONNES ÉLIGIBLES
BÉNÉFICIENT DE L'ACS

La stratégie nationale de santé 2018-2022 d'une complémentaire santé pour tous vise à augmenter le nombre de bénéficiaires à la CMU-C et à l'ACS.

Ce renforcement de l'accès au droit nécessite de proposer de nouvelles simplifications des procédures pour l'assuré, tant réglementaires qu'administratives.

Si depuis 2016 les accès à la CMU-C pour les demandeurs du RSA et le renouvellement de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA sont automatiques sans démarches administratives de l'assuré, nous avons voulu localement aller plus loin dans l'accès aux prestations complémentaires. Ainsi nous avons développé le partenariat tant institutionnel que conventionnel, afin de permettre aux populations les plus précaires et fragilisées d'accéder à une complémentaire santé en les accompagnant dans leurs démarches.

Les partenaires conventionnés

pour l'accès aux soins

Si depuis 2016 le partenariat avec les 57 Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) nous permet de mailler le territoire du Var, dans le cadre des actions PLANIR la caisse du Var a conventionné avec 6 Permanences d'Accès aux Soins de Santé des hôpitaux publics et 10 associations caritatives et humanitaires qui se consacrent à l'aide aux populations les plus démunies en favorisant l'insertion par la santé.

Ces conventions garantissent aux signataires une formation/information des équipes, ainsi qu'un traitement attentionné des dossiers qui nous sont transmis. Ce n'est pas moins de 78 conventions qui nous lient à nos différents partenaires, 220 travailleurs sociaux et agents des collectivités locales formés à la constitution des demandes de CMU-C/ACS et **3 800 dossiers traités en 2018 dans un délai moyen de 7 jours.**



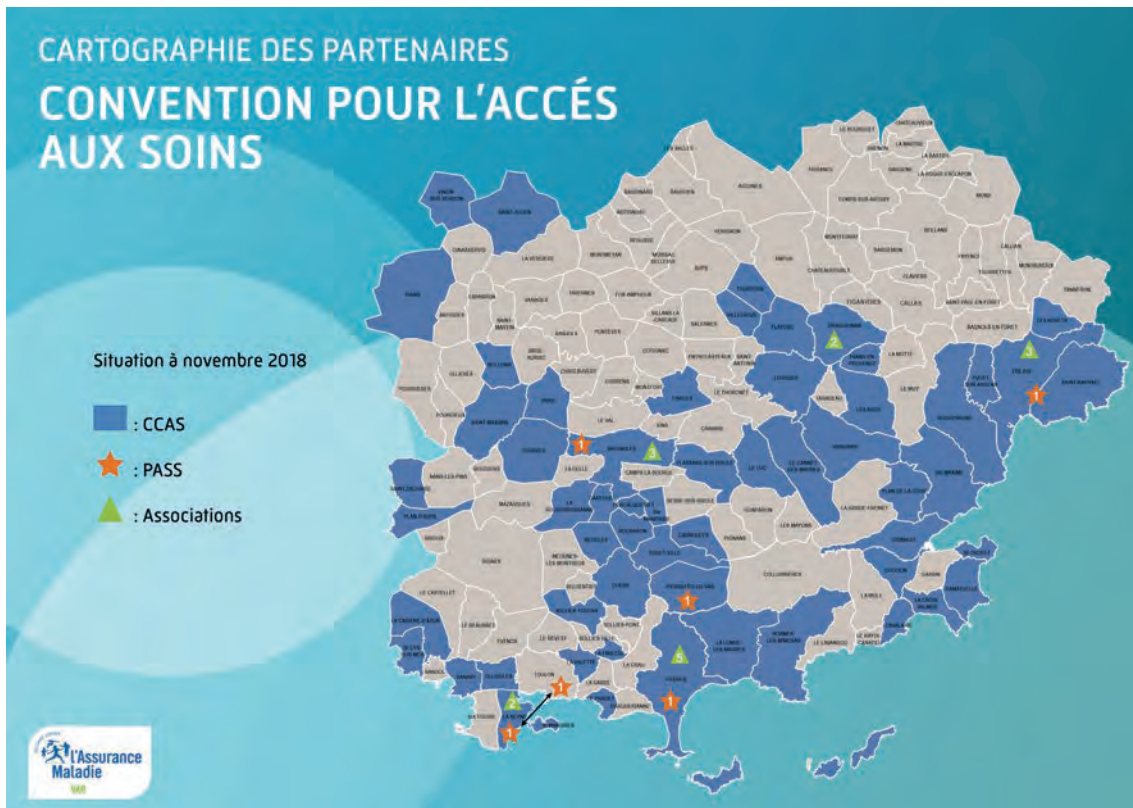
78
CONVENTIONS



220
TRAVAILLEURS SOCIAUX ET
AGENTS DES COLLECTIVITÉS
LOCALES



3 800
DOSSIERS TRAITÉS
(en 2018)



POUR ALLER PLUS LOIN

Malgré l'automatisation des renouvellements de droits à la CMU-C/ACS et les partenariats évoqués ci-dessus des situations de renoncement aux soins échappent encore à la stratégie nationale de santé. Ainsi en 2018 la CPAM du VAR a développé :

- > La délivrance d'un droit à la CMU-C lors des rendez-vous en accueil pour les situations d'urgence
- > La mise en place de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) afin de proposer un accompagnement global attentionné aux assurés renonçant aux soins pour des raisons financières et ou socio-culturelles.

FOCUS

La mise en place de la PFIDASS

Dans un pays reconnu pour son système de santé et où le droit à l'assurance maladie a progressivement été ouvert à tous, des difficultés d'accès aux soins demeurent et justifient une approche individualisée des situations de renoncement aux soins. Les PlateFormes d'Intervention Départementale d'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) constituent une approche radicalement nouvelle en allant au-devant des personnes qui rencontrent des difficultés à accéder aux soins nécessaires, pour leur proposer un accompagnement individualisé, jusqu'à la réalisation effective des soins.

La PFIDASS du Var a ainsi été mise en place en mai 2018. Sur la base d'un repérage de situation de renoncement réalisé soit par les professionnels de l'Assurance Maladie (agents d'accueil, médecins, travailleurs sociaux...), soit par des partenaires (professionnels de la santé et du social), et avec l'accord de l'assuré, un conseiller PFIDASS va établir

un bilan de la situation administrative et personnelle de la personne, et définir les niveaux d'intervention adaptés. Cet accompagnement va se concrétiser par la mise en œuvre d'actions personnalisées relatives aux droits, au parcours de soin, et au financement.

La CPAM passe ainsi d'une logique d'ouverture de droit et d'information à une logique d'accompagnement différencié, adapté à la situation de chaque assuré, jusqu'à la réalisation effective des soins. Chaque assuré conserve le même conseiller tout au long de l'accompagnement qui vise aussi à rendre autant que possible les personnes actrices de leur santé.

De la mise en place de la PFIDASS en mai à décembre 2018, **221 accompagnements ont aboutis** dont 178 avec des soins effectivement constatés comme complètement aboutis et 43 avec des soins encore en cours.



29



Exemple

avec **Maud Solliers**,
Conseillère PFIDASS

Le traitement d'un cas PFIDASS

Après avoir recueilli le consentement de l'assuré, un formulaire de détection est transmis du service détecteur (souvent les accueils, le service social, le service médical ou le CES) à la PFIDASS.

Par exemple, dans le cadre du parcours CMU-C, lors du dépôt de son dossier en agence, Mme X a été détectée comme renonçant à des soins (consultation ophtalmologique, lunettes et soins dentaires).

A réception de la saisine, la conseillère PFIDASS en charge de l'accompagnement étudie la situation globale de l'assurée (tel que son accès aux droits et aux soins). A l'issue de cette étude, la conseillère contacte l'assurée pour lui proposer un suivi personnalisé, en plusieurs étapes jusqu'à la réalisation effective des soins. Ce plan d'accompagnement est formalisé sous l'application OGEPLANIR, consultable par les détecteurs.

Dans le cas de Mme X, l'accompagnement mis en place relevait :

D'un accès aux droits :

- par le biais d'une information sur les avantages et l'utilisation de l'ACS
- mais aussi d'une guidance dans le choix d'un organisme complémentaire suite à l'attribution de l'ACS

D'un accès aux soins :

- par une orientation dans le système de soins et le choix d'un professionnel de santé (dans le respect du libre choix)
- par la négociation d'un devis d'optique moins onéreux en évoquant notamment la situation financière de l'assurée
- par la constitution d'un dossier d'aide exceptionnelle
- par la réalisation d'un montage financier

D'une sensibilisation sur les actes de prévention.

A ce jour, Mme X, a pu contractualiser avec une mutuelle santé, réaliser des soins importants auxquels elle renonçait depuis plusieurs mois et participer à des actions de prévention.

Cela a été possible grâce à la mise en place d'un travail partenarial et d'une étude personnalisée de la situation globale de l'assurée. ●

LA MAÎTRISE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Garantir l'accès aux droits et aux soins des assurés passe également par la gestion et la maîtrise des dépassements d'honoraires. La CPAM du Var s'engage aux côtés des représentants des professions de santé pour construire cette stratégie.

Dans le Var, ces dépassements d'honoraires représentent, sur l'année 2018, 18 millions d'euros. Cette somme affecte directement les bénéficiaires de l'ACS à hauteur de 110 000 euros, alors que cette population a accès, dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, aux consultations sans dépassement d'honoraires sous réserve de présenter la carte Vitale à jour.

Un plan d'actions de la gestion des dépassements d'honoraires a donc été mis en place en 2018, avec l'appui de la Commission Paritaire Locale des médecins.

Ce plan d'actions s'attache à :

- **Maîtriser** les dépassements d'honoraires : promotion et adhésion OPTAM et OPTAM-CO auprès des médecins éligibles.

- **Superviser** les dépassements d'honoraires non autorisés notamment auprès des bénéficiaires ACS/CMU-C : courriers de rappel adressés aux médecins concernés.

- **Promouvoir** auprès des bénéficiaires ACS/CMU-C l'opposabilité des tarifs : envoi de flyers dès obtention du droit.

- **Rappeler** l'utilisation des dépassements pour exigence (DE) aux masseurs-kinésithérapeutes (cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical) : ciblage des masseurs-kinésithérapeutes pratiquant des dépassements pour exigence.

Ces actions relèvent d'initiatives locales et ne sont pas encadrées par des consignes nationales (hormis la promotion OPTAM) et régionales.

Le plan d'actions des dépassements d'honoraires est reconduit en 2019.

30

18 Md€

DE DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES EN 2018

607

OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires (secteur 2)

soit



10,6%

OMNIPRATICIENS



46,6%

SPÉCIALISTES

Entretien

avec **Virginie Bougeois**,
Manager DAM



L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) pour les médecins de secteur 2 et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens

Depuis le 1er janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) est remplacé par deux options tarifaires, OPTAM et OPTAM-CO.

Ce sont des dispositifs proposés par l'Assurance Maladie aux médecins exerçant en secteur 2 ayant pour objectif principal de faciliter l'accès aux soins et le reste à charge des assurés en limitant, sans les supprimer, les dépassements d'honoraires. En souscrivant à l'OPTAM, les praticiens s'engagent à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.

Qu'est-ce qui a changé avec les OPTAM et OPTAM-CO pour l'exercice médical ?

En 2019, nous sommes en mesure d'affirmer que la dynamique 2018 liée à la maîtrise des dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2 s'avère bien engagée, notamment au travers des mesures conventionnelles mises en place depuis 2012 avec dans un premier temps le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Le remplacement du CAS, au 01.01.2017 par ces deux options tarifaires, l'OPTAM (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO réservée aux chirurgiens et aux gynécologues-obstétriciens confortent et renforcent ces mesures, toujours sur la base d'une mécanique gagnant-gagnant avec au cœur du dispositif l'accès aux soins des assurés.

En effet, le médecin adhérent, sous réserve de s'engager sur un taux de dépassement et de respecter un seuil minimal d'actes et de consultations pratiqués sans dépassement obtient, en contrepartie, plusieurs avantages comme le versement d'une prime. Quant à son patient, il bénéficie d'une meilleure prise en charge de ses frais de santé puisque l'assurance maladie aligne ses tarifs de remboursement sur ceux exerçant à honoraires opposables.

Quel a été l'accueil réservé à ces nouveaux contrats ?

L'accueil des médecins vis-à-vis de ces nouveaux contrats s'est avéré mitigé au tout départ du dispositif.

Nous avons donc pour mission de rencontrer tous les professionnels de santé de secteur 2, de défaire toutes les idées reçues et de déployer notre force de conviction lors de la présentation de ces deux options favorisant l'accès aux soins des assurés.

Ainsi, afin de fluidifier les messages, une stratégie de communication proactive a été mise en place.

Cette stratégie s'est portée sur un discours clair, pédagogique mais aussi très technique dans lequel les Délégués de l'Assurance Maladie ont dû s'approprier les spécificités de facturation de chaque PS afin de rendre concrètes et attractives ces options.

Tout au long de l'année 2018 et plus particulièrement les 6 derniers mois, nous avons œuvré sur tout le territoire afin de présenter une nouvelle fois ces options aux médecins non signataires ou encore de faire adhérer les nouveaux installés secteur 2 de manière systématique : ces nouvelles visites ont porté leurs fruits puisque nous avons vu le nombre d'adhérents progresser régulièrement. Nous avons même enregistré 31 adhésions sur le dernier trimestre !

Plus significatif est devenu **notre taux global d'adhésion des médecins de secteur 2 parmi les éligibles qui se situent désormais à 59%**, témoignant ainsi de l'attractivité de cette nouvelle formule.

Quels freins à la signature et à l'engagement sur le long terme des PS ?

L'essence même du contrat OPTAM et OPTAM-CO est de promouvoir le tarif opposable : pour certains médecins, le fait de facturer leurs actes au tarif opposable, ou encore stabiliser leurs tarifs sur les actes techniques a pu être perçu comme une atteinte à la notoriété, le dépassement d'honoraire pouvant refléter la qualité du travail du professionnel de santé aux yeux des patients.

Pour d'autres, philosophiquement, l'adhésion à ces deux options est vécue comme une mutation d'un secteur 2 à honoraires libres en secteur contrôlé.

Enfin, le dernier frein évoqué par les médecins réside dans la difficulté à suivre leur taux d'engagement. En effet, la caisse se réserve le droit d'engager à l'encontre du médecin qui n'aurait pas respecté les termes de l'option une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option.

Désormais, le challenge de l'équipe des DAM demeure dans l'accompagnement des médecins adhérents afin de les fidéliser au dispositif (éviter les résiliations) et surtout de les aider dans l'appropriation des mécanismes des taux de dépassements et de tarifs opposables ! L'accès aux soins demeure une de nos priorités sur le terrain. ●

PERMETTRE L'ACCÈS AUX DROITS ET ASSURER LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Diadémisation

2 728 899

-9,67%

VOLUME DE DOCUMENTS
DIADÉMISÉS

973 884

-8,89%

VOLUME DE DOCUMENTS
SOUS SYNERGIE

Frais de santé ambulatoire

32

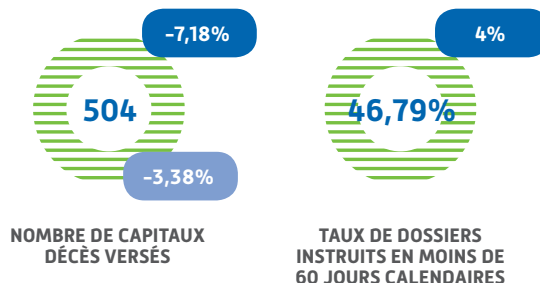
	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	ÉVOLUTION RÉGIONALE	ÉVOLUTION NATIONALE
Nombre de Feuilles de Soins Electroniques (FSE) / B2	20 485 067	19 763 111	+3,65%	+3,34%	+3,38%
Délai de traitement FSE/B2 (en jours)	2,92 J	2,91 J	+0,01 J	-	2,93 J
Nombre de FSP (papier + scan)	891 608	1 193 370	-25,28%	-36,85%	-19,76%
Délai de traitement FSP (papier + scan) (en jours)	10,3 J	12,5 J	-2,2 J	12,6 J	16,1 J
Taux de télétransmission (FSE B2)	96,29 %	95,59 %	+0,73%	96,32%	95,81%

Frais de santé hospitalier

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	ÉVOLUTION RÉGIONALE
HÔPITAUX				
> Nombre de factures	632 409	625 027	+1,2%	+5,74%
> Montant des factures	81 653 450	86 346 306	-5,43%	-
> Montant des dotations	547 753 963	509 961 223	+7,41%	-
CLINIQUES				
> Nombre de factures	388 857	356 319	+9%	+4,7%
> Montant des factures	310 355 802	300 201 491	+3,38%	-
> Montant des dotations	12 232 740	6 064 881	+101,70%	-
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX				
> Nombre de factures	15 134	14 333	+5,6%	-3,2%
> Montant des factures	33 461 625	32 679 256	+2,39%	-
> Montant des dotations	240 816 058	239 792 549	+0,43%	-

Prestations en espèces

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	NATIO- NAL
Délai de paiement de la 1ère IJ Assuré Non Subrogée	25,42 J	28,47 J	-3,05 J	28,39 J
Délai de paiement de la 1ère IJ Assuré Subrogée	29,83 J	32,29 J	-2,46 J	36,99 J
1ère IJ AT/MP payable à l'assuré	37,34 J	41,67 J	-4,33 J	42,15 J

Capitaux décès (CPAM Digne)

Accident du travail /
Maladie Professionnelle

DÉLAI MOYEN D'INSTRUCTION	2018	2017
Accidents du travail	24 J	24 J
Accidents de trajet	28 J	29 J
Maladie Professionnelle	158 J	153 J

Rente AT/MP (CPAM Nice)

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE
Nombre de bénéficiaires d'une rente (assurés et ayant droits)	26 163	26 241	-0,3%
Taux de dossiers instruits en moins de 3 mois	88,83%	91,06%	-2,45%

33

Invalidité

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	ÉVOLUTION NATIONALE
Nombre de dossiers en portefeuille				
> Toulon	15 939	15 137	+5,30%	+1,79%
> Nice	11 021	11 275	-2%	
Taux de dossiers réglés dans le mois qui suit la date d'effet de la PI (plateau)	91,83%			92,24%
Taux de dossiers instruits en 60 jours (suite IJ – plateau)	91,61%			95,64%
Taux de dossiers instruits en 60 jours (demandes directes – plateau)	77,83%			83,08%

Risques professionnels

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	ÉVOLUTION RÉGIONALE	ÉVOLUTION NATIONALE
Nombre de déclarations AT + TR	22 515	21 701	+3,75%	+3,09%	+2,38%
Taux de décision dans le délai AT	100%	99,98%			
Taux de rejet AT + TR	7,66%	10,68%	-28,28%	-1,75%	+1,08%
Nombre de déclarations MP	1 453	1 231	+18,03%	-0,97%	-1,99%
Taux de décision dans le délai MP	100%	99,98%			
Taux de rejet MP	64,21%	63,04%	+1,86%	-1,27%	-15,47%

LES REVENUS DE REMPLACEMENT : LES ATELIERS INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Le processus Indemnités Journalières a connu de fortes évolutions quant à l'évolution de ces flux et de sa charge, ainsi que dans son organisation. Pour mieux accompagner le changement, des ateliers d'échanges ont été organisés entre les collaborateurs du processus.

Les ateliers d'échanges visent à mettre en lumière les points majeurs de difficultés rencontrées sur le processus par l'ensemble des acteurs travaillant sur celui-ci. C'est un échange sur les représentations de chacun et les difficultés rencontrées les plus significatives. Il s'agit d'identifier ces points de tension, de les partager et de les prioriser. Les ateliers ont pu également dégager des pistes de solutions, qui seront reprises et retravaillées de façon partagée sur 2019.

Trois ateliers se sont ainsi tenus dans un temps rapproché, sur le mois de juin et le début du mois de juillet. Ils ont rassemblé les collaborateurs IJ AS et IJ AT, les managers, les délégués de l'Agent Comptable, les collaborateurs de la PF2M et du CODEM. Les échanges lors de ces ateliers ont notamment porté sur l'adéquation charges/ressources sur le processus, le fonctionnement des outils ainsi que l'organisation de l'activité et la conduite du changement.

Les ateliers ont été l'occasion de se rappeler des éléments clés et factuels sur la charge de travail. Il a notamment été noté que, de janvier 2016 à mars 2018, la charge de travail avait augmenté de 18% pour les IJ AS et de 28% pour les IJ AT, tandis que sur la même période, les effectifs passaient respectivement de 61,84 ETP à 48,62 ETP, et de 23,41 ETP à 13,55 ETP.

Toutefois et malgré les difficultés réelles soulevées, le service rendu aux assurés a progressé, puisque le délai de traitement de la première IJ versée est passé de 31 à 27,5 jours de 2015 à 2018.

Une journée Indemnités journalières en 2019 permettra de remettre en perspective le chemin parcouru, les bonnes pratiques recensées et de nouvelles informations, dans un temps d'échange départemental.



34

IJ AS de janvier 2016 à mars 2018

CHARGE DE TRAVAIL  **18%**

ETP  **21,38%**

IJ AT de janvier 2016 à mars 2018

CHARGE DE TRAVAIL  **28%**

ETP  **42,12%**

LES FRAIS DE SANTÉ : GAGNER EN EFFICACITÉ ET S'ADAPTER À NOS PUBLICS

L'année 2018 a été marquée par des réalisations majeures et évolutions sur le secteur des frais de santé, pour entretenir une dynamique répondant à nos valeurs « Engagement, cohésion, innovation, sens du service et performance durable ».

La poursuite de la dématérialisation et l'élargissement du champ Diadème

Depuis 2014, la CPAM du Var et plus précisément le service CODEM accompagne les processus métiers dans la dématérialisation des documents sur l'outil DIADEME.

35

23 ACTIVITÉS OU PROCESSUS

TRAVAILLENT AUJOURD'HUI SUR DES DOCUMENTS DÉMATÉRIALISÉS EN INTERNE

La montée en charge sur la dématérialisation des différents processus, les évolutions réglementaires telles que l'intégration des différents régimes partenaires vers le régime général ainsi que l'autonomisation des ayants-droits majeurs font que le volume des flux dématérialisés devrait être en perpétuelle augmentation dans les prochains mois.

ANNÉE	PROCESSUS dématérialisés
2014	PE AS PE AT AT / MP CREIC
2015	GDB TRAM RENTES AT
2016	INVALIDITE FICHER PS CMUC - ACS KDC
2017	IDEC CNSE
2018	RCT AME TRAM OC ASSURANCES VOLONTAIRES ASS
2019 (prévisions)	CONTENTIEUX DAP TRAM AME TRAM RI AJAP

 **33%**

PLIS OUVERTS ET VENTILÉS

ENTRE 2017 ET 2018

 **9,67%**

DOCUMENTS DÉMATÉRIALISÉS SUR DIADEME

ENTRE 2017 ET 2018

Cette baisse est à mettre en parallèle avec la baisse du volume des flux entrants consécutif au développement des télé-services et des évolutions réglementaires en lien avec la loi sur la simplification administrative de juillet 2014.

A ce jour, la dématérialisation sur DIADEME ou sur SYNERGIE ne représente pas la totalité des flux entrants même si les processus les plus volumineux sont maintenant tous dématérialisés. Une étude est en cours dans le cadre du projet d'entreprise pour développer l'usage de cette dématérialisation.



PLIS SORTANTS

IMPRIMÉS EN LOCAL



COURRIERS ET MAILS

ENVOYÉS VIA CLOE

Au niveau des flux sortants, la généralisation de l'impression déportée (CLOE), les campagnes autour du compte AMELI, l'utilisation de CAMPUS et le discours des agents d'accueil ont généré une baisse de 11% de plis sortants imprimés en local.

La dématérialisation des processus permet



La mise à disposition immédiate des documents et la gestion de l'urgence avec l'outil ADDICT.



Le développement du travail à distance (télétravail ou travail déporté).



L'archivage accessible rapidement et par l'ensemble des métiers.



L'obtention de gains logistiques, de surface. C'est une réelle opportunité pour notre organisme qui cherche à optimiser ses locaux.



L'amélioration du suivi et de la traçabilité des documents, et donc de la sécurité (réduction des risques de perte des documents)



L'économie financière (papier et frais postal) par des gains d'affranchissement.



L'économie de temps, c'est-à-dire une communication plus rapide, qui améliore notre service et notre image auprès de nos publics.



L'encrage de la caisse dans une démarche écologique valorisante

Les enjeux...

...du déploiement de la dématérialisation sur d'autres processus

Le courrier est un média traditionnel qui reste prégnant dans notre organisme.

La révolution digitale permet à notre organisme de transformer ses organisations et son système d'information pour optimiser ses performances. Ainsi, la numérisation du courrier représente un gain de temps et d'argent car elle facilite la simplification de nos organisations et de nos processus. En effet, la numérisation permet de mieux piloter nos activités.

La qualité et l'efficacité dans la relation avec les clients sont largement dépendantes d'une gestion électronique du courrier (GEC) bien maîtrisée. La fonction courrier demeure donc un point névralgique de notre organisme.

A la clé de la GEC, des gains importants de traitement et d'optimisation des circuits de distribution sont attendus. Mais aussi un « bonus » documentaire avec des fonctions d'indexation, de traçabilité et d'archivage.

En 2019 la solution 'Suivi de mes démarches papier' également appelée 'Viking', consistant à notifier aux assurés via leur compte ameli ou sms la bonne réception de documents papier qui ont été numérisés puis injectés en GED Diadème sera déployée progressivement et ainsi réduira les sollicitations du Front Office par l'assuré sur l'avancement de son dossier.

La création des lignes clients PS pour mieux connaître et accompagner nos publics

Depuis le 1^{er} juin 2018, le secteur ambulatoire des Frais de Santé a été redéfini. Les 3 entités existantes organisées par types de flux de facturation (le Service Télétransmissions Ambulatoires, le Service Feuille de Soins Papier et le pôle SYNERGIE) ont convergé vers un Service unique, organisé par catégories de Professionnels de Santé (Lignes Clients).

Cette gestion tout flux par ligne suppose donc la prise en charge de l'intégralité des activités par catégorie : de la réception, au traitement des factures tous flux, à la supervision, la gestion des anomalies et la relation clients.

37



Les enjeux...

... en interne

- La rationalisation des effectifs avec à la clef une meilleure prise en charge de certaines activités par un accroissement du panel d'agents potentiels à former.
- Le glissement des activités pour les agents du Pôle Synergie dont la majeure partie de l'activité sur les FSP scannérissables a été cédée en 2017.
- La diversification des activités avec une évolution potentielle des compétences plus attractive pour l'ensemble des agents et managers.
- La plus grande expertise des collaborateurs par catégorie de PS pour une organisation plus cohérente et efficiente.
- Une meilleure appropriation des conventions PS ad hoc pour un discours client plus adapté.
- Une meilleure prise en compte des problématiques Tiers par l'interaction renforcée avec les Conseillers Informatique Service Professionnels de Santé (CIS PS) rattachés au même service.
- Une synergie renforcée avec la régulation notamment au travers de l'activité des CIS.

... en externe

- Une meilleure connaissance de nos publics Professionnels de Santé avec une meilleure prise en compte de leur sollicitation et leur réclamation (offre la mieux adaptée à leur profil).
- Une organisation plus souple, avec un taux de couverture par activité plus important, permettant de réduire les délais de traitement des feuilles de soins papier pour nos publics.
- Une image Caisse renforcée par un discours client exhaustif tout flux.
- Un accompagnement PS de qualité par les CIS PS avec une approche facturation possible puisque sensibilisés aux problématiques depuis leur intégration au service FSA.
- Une réponse aux sollicitations en fonction du profil PS identifié (promotion Téléservices, diminution des rejets ...).



Ces enjeux supposent une profonde évolution de l'organisation, un plan de formation ambitieux, de nouvelles méthodes de travail, et de nombreuses réflexions autour de l'optimisation de l'organisation cible, notamment sur de nouveaux outils informatiques ou de nouveaux circuits de travail susceptibles de faire gagner en efficience.

L'objectif 2019 sera entre autre de renforcer la collaboration des CIS au sein du service FSA, unir les forces, pour renforcer l'expertise CIS en matière de facturation et leur permettre de relayer l'information auprès des tiers les plus atypiques. Ce travail collaboratif devrait permettre d'améliorer significativement la qualité des flux entrants.

La fiabilisation du paiement des dotations des établissements sanitaires publics et médico-sociaux

Un projet d'évolution des outils de gestion des paiements des dotations aux établissements sanitaires publics et établissements médico-sociaux a été initié par la CNAM dès fin 2017 : PROJET PROSPAIRE (PROgramme optimisé pour le PAiement Inter Régimes des Etablissements). Ce projet est déployé par palier jusqu'à fin 2020.

PROSPAIRE a pour objectif une gestion sécurisée et inter régimes des dotations des établissements hospitaliers et des établissements de soins et services médico-sociaux, depuis la saisie des

arrêtés de financement jusqu'à leur mise en paiement, en assurant le partage des responsabilités Ordonnateur/Comptable. La première étape de ce projet a été le déploiement de la 1ère brique fonctionnelle : BASET (Base Etablissements).

Dès juin 2018, la CPAM du Var a dû s'approprier l'outil BASET permettant la saisie et l'ordonnancement des arrêtés. Après une formation de référents par la CNAM, celle-ci a été déployée en interne auprès des agents du Service d'Accompagnement et de Gestion des Établissements Sanitaires et Sociaux (SAGESS), du service Relations avec les Professionnels de Santé (RPS), du service Activités Comptables et Financières (ACF) et du service Contrôle et Validation des Comptes. Tous les arrêtés 2018 de dotations annuelles (Hôpitaux et ESMS) ainsi que tous les arrêtés de valorisations

T2A (Hôpitaux) ont été montés en charge dans BASET, soit plus de 440 arrêtés.

La coordination entre l'ARS et les services ACF et SAGESS est l'enjeu majeur et incontournable du dispositif, tant sur la fiabilité des montants à verser que sur les échéances de paiements à respecter. Les préoccupations de demain seront donc de :

- Renforcer le partenariat ARS/CPAM pour une transmission régulière et exhaustive des arrêtés.
- Renforcer la coordination SAGESS/Service ACF sur les opérations mensuelles d'ordonnancement et de paiements.

FOCUS

Les téléservices PS

A quoi sert SEFI ?



Le Service Électronique de Facturation intégré (SEFI) qui permet aux transporteurs sanitaires d'élaborer des factures en temps réel en s'appuyant sur les référentiels de l'Assurance maladie est

généralisé à toutes les caisses depuis février 2016.

La promotion de ce service est scorée au CPG depuis plusieurs années sachant que l'indicateur pour 2019 évolue sur un indice d'usage du téléservice.

En effet, il s'agit de répondre aux exigences de la transition numérique et de répondre à des objectifs d'efficacité. L'augmentation des transporteurs en SEFI engendre des gains de productivité et d'efficacité pour le service FSA (absence d'ordonnancement pour SEFI, suppression du suivi de la

réception des pièces justificatives et impact à la baisse sur le volume des réclamations) mais également pour les professionnels sur leur système de facturation.

Au 31 décembre 2018, nous constatons que sur 68 transporteurs sanitaires, 52 sont éligibles au service SEFI dont 21 ont adhéré à son utilisation.

Les contraintes techniques (délai d'obtention de la Carte de Personnel d'Etablissement et disponibilité des informaticiens des éditeurs) rencontrées au 2nd semestre n'ont pas permis de faire évoluer ce nombre d'adhésions. Il nous faut donc impérativement être plus incisif et réactif sur le terrain pour convaincre nos partenaires sur l'intérêt de l'outil et poursuivre l'accompagnement personnalisé en fonction de leur organisation et de nos interlocuteurs.

La force de conviction des CIS est un des éléments moteur de ce plan d'action 2019 qui doit porter en majeure sur :

- La finalisation des démarches entreprises en fin d'année pour 3 entreprises qui devraient ainsi être opérationnelles début 2019.
- La relance des 31 transporteurs équipés d'un logiciel agréé SEFI (action transverse avec l'Agence française de la santé numérique ASIP Santé, et l'Agence Régionale de Santé) en actualisant notre discours d'accroche par une étude individualisée du profil
- La veille sur les dates de déploiement et d'agrément de SEFI par les éditeurs non éligibles.



4 QUESTIONS SUR

Adri, un outil pour fiabiliser la facturation

**A quoi sert ADRI ?
Quels avantages pour le médecin,
et pour la caisse ?**

ADRI est un Webservice inter-régimes intégré au logiciel de facturation SESAM-Vitale qui permet l'acquisition en ligne des droits des assurés. C'est un service pratique et simple d'utilisation. Il est disponible 24h/24 et 7jours/7.

Il permet de fiabiliser la facturation et de sécuriser le Tiers Payant sur la part obligatoire.

ADRI permet au médecin :

- D'obtenir les droits à jour des patients, notamment les situations spécifiques telles que CMUC, ACS, ALD, maternité, et AME ;
- De diminuer les rejets liés aux droits : « Vers le 0 rejet » ;
- D'obtenir les coordonnées d'un patient (dont l'adresse postale et l'organisme d'assurance maladie) ;
- De connaître le contexte de facturation AT/MP (si l'AT/MP est géré par la Caisse d'affiliation de l'assuré) ;
- D'accéder à la déclaration du médecin traitant ;
- D'avoir l'information sur la validité de la carte Vitale : lorsqu'ADRI est appelé avec une carte Vitale, la liste d'opposition est consultée systématiquement en ligne. Si la carte Vitale est présente dans la liste, ADRI bloque l'accès aux bases de données et le logiciel SESAM-Vitale affiche, « Carte vitale en opposition ». Le professionnel de santé ne peut réaliser une FSE sécurisée avec cette carte. Une FSE en mode dégradé est toujours possible.



Quelles catégories de professionnels de santé peuvent y souscrire ?

Tous les professionnels de santé de ville y compris les centres de santé peuvent en bénéficier. Les potentiels de déploiement sont plus élevés pour les médecins et les auxiliaires. Les transporteurs ne sont pas concernés.

**Quels sont les freins à son développement ?
Quels arguments pour convaincre les PS ?**

Le déploiement d'ADRI est conditionné par l'implication des éditeurs, qui développent et déploient ADRI chez leurs clients. Certains éditeurs ont reçu l'agrément dans le GIE/SESAM VIALE pour autant l'offre n'est pas disponible. De plus, suivant la stratégie définie par l'éditeur, une mise à jour payante peut être nécessaire (ADRI peut être mis à disposition du PS gratuitement ou faisant partie d'un package payant avec d'autres téléservices ou dans le cadre de la maintenance).

Des actions de promotion d'ADRI vers les professionnels de Santé sont réalisées par les CIS mettant en avant des gains de temps dans la gestion du cabinet : fiabilité de la facturation (diminution du nombre de rejets à exploiter du fait de l'accès direct aux bases de données des organismes de l'assurance maladie) ainsi que la facilité d'installation, la rapidité de la réponse du service (moins de deux secondes) et le confort réel d'utilisation.

Quels sont les changements au niveau de la facturation ?

La garantie de paiement s'applique à l'ensemble des professionnels de santé lorsque les FSE « tiers payant » sont constituées en présence de la carte CPS et de la carte Vitale.

Deux modes de constitution des factures doivent être distingués :

Constitution de la facture à l'aide de la carte Vitale :

La garantie de paiement s'applique si la FSE est réalisée avec les données de la carte Vitale. Toute modification des données de la carte Vitale lève la garantie de paiement sauf si ces nouvelles données ont été récupérées par l'intermédiaire d'ADRI

Constitution de la facture sans la carte Vitale :

En l'absence de carte Vitale, il n'y a pas de garantie de paiement au sens juridique. Cependant, le service ADRI, en accédant aux bases des régimes d'assurance maladie obligatoire, permet au professionnel de santé d'obtenir une situation de droit à jour de son patient, fiabilisant ainsi la facturation pour qu'il n'y ait pas de rejet lié aux droits .

L'HARMONISATION DE LA RECONNAISSANCE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Les principes des Accidents du Travail (AT) et leur caractère mouvant rendent l'activité de reconnaissance particulièrement experte. Il s'agit de plus d'une activité bien différente de l'ouverture des droits de l'assurance maladie puisqu'il ne s'agit pas seulement d'accorder un droit mais avant tout de prendre en compte les éléments apportés par la victime et l'employeur afin de les analyser au regard de la réglementation des AT-MP.

La convention d'Objectifs et de gestion 2018/2022 de la branche AT/MP veut amplifier les avancées en matière d'harmonisation des pratiques afin de permettre une reconnaissance plus équitable des dossiers. Pour cela la direction des Risques Professionnels poursuit l'adaptation des organisations de travail à l'échelle régionale.

Le Directeur référent de la réparation AT-MP (D2R), qui est pour la région Marie-Cécile Saulais, a pour mission de déployer les programmes nationaux en matière de la gestion du risque réparation et veille notamment à l'homogénéité des résultats et des pratiques des CPAM et DRSM, pour une plus grande équité envers nos publics sur le territoire. L'objectif est aussi de tisser des interactions complémentaires, en lien avec le processus tarification, et les actions de maîtrise des dépenses (IJ AT longue durée, qualification des maladies professionnelles...).

Cette gouvernance régionale s'est appuyée en 2018 sur la fixation d'un indicateur régional composite : harmonisation des pratiques de reconnaissance des accidents de travail et de trajets, objectif qui a été atteint à 83%.

Cette réussite partagée en région a été couplée d'une réorganisation en interne, la réorganisation du service Gestion des

Risques Professionnels. Ce service GRP gérait à la fois une activité de gestion du fichier client (la matérialité AT-MP) et des activités de paiement de prestations (rentes AT et pensions d'invalidité). La réorganisation, en créant d'une part un service Invalidité, et d'autre part un service Risques Professionnels, a permis la centralisation de la reconnaissance AT-MP, en cohérence avec le RNP afférent.



L'invalidité devient un service à part entière en novembre 2018.

LA MÉDIATION

Pour tout litige concernant les prestations versées ou le service apporté, le médiateur peut être saisi par les assurés, les employeurs et les professionnels de santé.

Les dispositions conventionnelles et législatives ont confirmé le rôle clé qu'il joue dans la résolution des difficultés que peuvent rencontrer les assurés dans l'accès aux droits et aux soins.

Sauf pour les domaines spécifiques dans lesquels il est compétent en première intention, le médiateur ne peut être saisi qu'après traitement d'une réclamation restée insatisfaite.

41

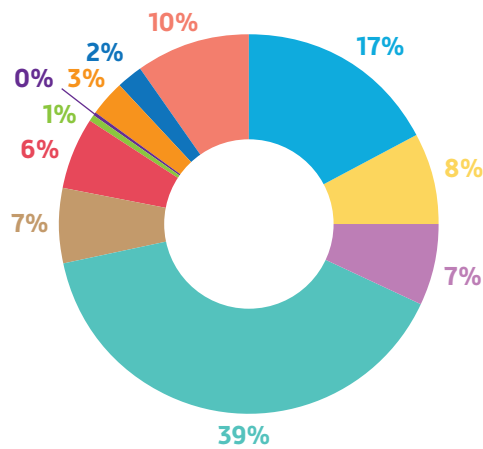
Sur la base d'une analyse approfondie des dossiers qui lui sont soumis, le médiateur peut apporter l'une des réponses suivantes :

- > Confirmer la décision prise avec un apport d'explications personnalisées
- > Demander le rétablissement de la règle de droit
- > Rechercher une solution d'accompagnement
- > Favoriser l'accélération du processus de décision
- > Proposer une modification de la décision prise

Au cours de l'année 2018, la Médiation a traité 392 saisines :

- > une solution a pu être trouvée pour 32% des saisines (7% + 8% + 17%)
- > La décision a été confirmée avec un apport d'explications pour 39 % des saisines également
- > Pour 2% des saisines seulement, le désaccord persiste entre l'utilisateur et l'Assurance Maladie.

Résolution des saisines



● Paiement reçu / Droit accordé	68
● Décision révisée	31
● Accord amiable / Solution trouvée	27
● Résolution par explications données	155
● Orientation autre service CPAM	26
● Orientation autre régime / branche / partenaire	23
● Orientation service social	3
● Accord ASS	1
● CRA ou contentieux	12
● Décision maintenue avec désaccord persistant	8
● Abandon / Classement sans suite	38

PERMETTRE À TOUS DE S'INFORMER À TOUT MOMENT ET SIMPLIFIER LES DÉMARCHES

Courrier

-33,39%

1 090 576

VOLUME DES FLUX ENTRANTS

Mails

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	ÉVOLUTION NATIONALE
Nombre de mails reçus sur le plateau	377 236	312 649	+20,66%	+12,56%
Taux de réponses en moins de 2 jours	77,17%	88,93%	-13,22%	

Accueil physique

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	ÉVOLUTION RÉGIONALE	NATIONAL
Personnes reçues dans les accueils	305 164	314 717	-3,04%		
Nombre de RDV	30 121	24 524	+22,82%	+7,45%	
Taux de personnes ayant un RDV sous 15 jours	96,29%	97,21%	-0,95%	98,25%	95,49%

Accueil téléphonique

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	NATIONAL
Nombres d'appels reçus assurés	362 351	346 874	+4,47%	
Nombres d'appels reçus employeurs > dont appels Var	164 889 26 827	67 915 23 391	+142,83% + 14,69%	
Taux de décroché assurés	87,29%	90,28%	- 3,65%	89,93%
Taux de décroché employeurs	90,81%	91,69%	-0,89%	89,96%

42

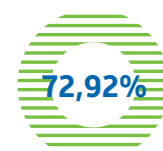
Satisfaction des publics

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	NATIONAL
Taux de satisfaction assurés	94,80%	93,60%	+1,2 pts	94,40%
Taux de satisfaction PS	86,80%	88,10%	-1,48 pts	90,20%
Taux de satisfaction employeurs	82%	91,80%	-9,80 pts	86,80%
Réitération tous canaux	16,30%	17,20%		
Nombre de réclamations	6 181	3 067	+101,5%	
Délai de réclamations [10j]	83,40%	90,19%	+6,97%	86,05%

En autonomie

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE
Nombre de comptes ameli ouverts	428 346	388 499	+10,26%
Nombre de connexions	3 108 526	2 564 410	+21,22%
Nombre de démarches sur BMS	471 358	420 077	+12,21%

Téléservices employeurs



74,18%

NATIONAL

TAUX D'UTILISATION E-DAT

Téléservices assurés

	2018	2017	RÉGION	NATIONAL
Taux d'attestations de droits dématérialisées	92,66%	67,91%		92,20%
Taux de demandes de carte Vitale 2 dématérialisées	35,09%	28,09%	44,75%	43,59%
Taux de demandes CEAM dématérialisées	86,23%		88,45%	84,94%
Taux de demandes de relevé IJ dématérialisées	95,73%		95,62%	93,74%

Téléservices PS

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	RÉGION	NATIONAL
Taux d'Avis d'Arrêt de Travail (AAT) dématérialisées	31,52%	28,43%	+3,09pts	36,60%	38,18%
Taux de certificats médicaux AT/MP dématérialisés	19,3%	12,0%	+7,34 pts	22,69%	22,69%
Taux de Déclarations du Choix de Médecin Traitant (DCMT) dématérialisées	83,19%	79,95%	+3,24 pts	83,78%	83,31%
Taux de Protocole de Soins Electronique (PSE)	60,61%	53,43%	+7,18 pts	67,48%	67,44%
Taux d'adhésion SEFI	30,88%	28,36%	+2,52 pts	35,28%	40%
Nombre de visites CIS (PS et établissements)	2 787	2 734	+1,94%	9 924	
Nombre de contacts CIS	5 588	4 710	+18,64%		

Installation des professionnels de santé

	2018
Nombre d'installations en zones sous-denses toutes catégories concernées par le zonage	4 infirmiers 1 sage-Femme 0 médecin 0 orthophoniste
Nombre de parcours attentionnés d'installation	550 dont 386 auxiliaires médicaux 164 médecins/chirurgiens-dentistes
Nombre de contrats d'aide à l'installation signés en 2018	3 contrats incitatifs infirmiers 3 COSCOM (contrat de stabilisation et de coordination médecin) 1 CSTM (contrat solidarité territoriale médecin)
Aides versées pour 2018 au titre des contrats incitatifs	8 272,77€ pour les orthophonistes (8 PS) 32 000€ pour les Sages-Femmes (8 PS) 8 146,86€ pour les masseurs-kinésithérapeutes (5 PS) 148 289,05€ pour les Infirmiers (90 PS)

44

SITE INSTALLATION EN LIGNE

INSTALLATION EN LIBÉRAL MÉDECIN GÉNÉRALISTE

PRÉPARATION À VOTRE INSCRIPTION AUPRÈS DE L'ASSURANCE MALADIE

- 1** Vous avez choisi votre lieu d'installation
- 2** Vous avez déclaré votre exercice en libéral auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins de votre département
- 3** Vous venez inscrire sur ce site auprès de l'Assurance Maladie

Documents nécessaires

En poursuivant, vous acceptez nos CGU

PLUS D'INFO

- AIS - Plus-forme d'appui aux professionnels de santé
- Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Amélior'Installation en libéral
- Amélior'Votre Compagnement

ASSISTANCE TECHNIQUE
0811 709 710
Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30, 0,06€/min + prix d'un appel

Mentions légales | CGU | v3.3.0

L'ÉVOLUTION DE NOS RELATIONS AVEC NOS PUBLICS

L'Assurance maladie offre à ses publics une gamme complète de canaux de contacts, alliant les canaux classiques entrants et dématérialisés. Malgré une forte utilisation du compte ameli, les publics varois restent attachés aux canaux de contacts classiques dont les flux ne diminuent pas autant que ne progresse le taux d'utilisation des canaux dématérialisés.

45

Pour rencontrer un conseiller de l'Assurance Maladie, les assurés varois disposent de 6 agences et 12 permanences, ainsi que de 4 visio RDV. L'accueil se fait sur RDV sur l'ensemble des sites. Pour étoffer l'offre de services, des espaces libre-service dotés de postes ameli et BMS sont à disposition du public qui bénéficie ainsi d'un accueil adapté à sa situation et homogène sur tout le département. Ainsi la politique d'accueil de nos publics prévoit deux espaces, un espace libre-service que les assurés peuvent utiliser en autonomie, et un espace conseil pour bénéficier d'un accompagnement.

Cette organisation permet de fluidifier les files d'attente, de renforcer l'accompagnement des publics précaires ou fragiles et d'améliorer l'environnement de travail des agents d'accueil.

Les visio RDV développés en Maisons de Service au Public (MSAP) sur 4 communes (Barjols, Fayence, Rians et Aups) permettent également aux assurés de bénéficier d'un entretien attentionné, au plus près de chez eux, en temps réel, avec un Conseiller Services Assurance Maladie.

Un projet est également à l'étude sur la commune de Bandol.

Grâce notamment au partenariat avec 14 MSAP, la CPAM du Var offre un maillage territorial dense et permet aux assurés de bénéficier d'une réponse à proximité de leur domicile ainsi qu'un accompagnement à l'utilisation du numérique.

Avec plus de 420 000 comptes ameli ouverts par les assurés varois, les services en ligne jouent un rôle essentiel pour faciliter l'accès aux démarches et à leur suivi.

La plateforme multimédias (téléphone et mails) complète cette offre de service. Elle permet aux assurés et employeurs de joindre la CPAM sans interruption de 08h30 à 17h30, et d'écrire via le compte ameli 7j/7, 24h/24.



10,44



18,93



30,39

NOMBRE MOYEN ANNUEL DE CONSULTATIONS PAR UTILISATEUR

FOCUS

Retour sur une année à la PFER

Créée en 2017, la plateforme téléphonique employeur, a pris progressivement en charge les employeurs des départements :

83 201 202 04 05 84 13 06

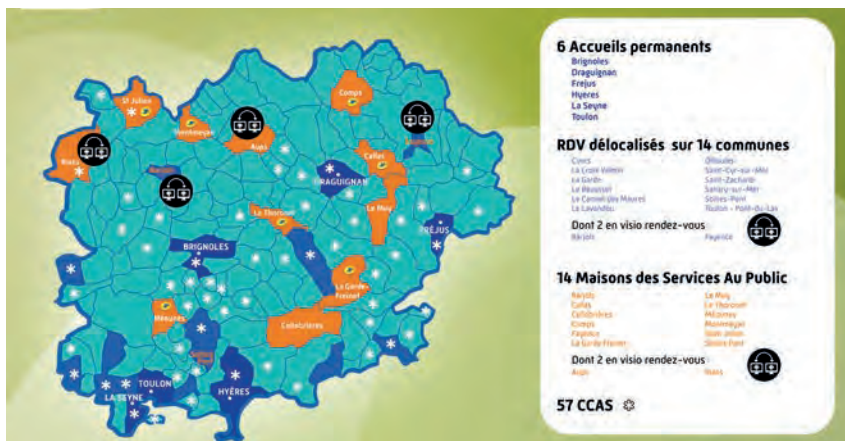
NOMBRE MOYEN D'APPELS PAR JOURS



● RÉGION
● VAR

PRINCIPAUX MOTIFS D'APPELS
maladie - délai de paiement - subrogation - aide au remplissage des attestations - risques professionnels

Afin de limiter l'attente de ses clients, de fluidifier la distribution des appels, et garantir une bonne qualité de service, la CPAM du Var expérimente pour le compte du réseau la fonction « rappel » qui permet à ses interlocuteurs de ne pas patienter longtemps lorsque les flux sont importants en leur proposant automatiquement d'être recontactés dans la même journée.



3 questions sur nos offres de service



ENTRETIEN AVEC

Nicole Biagini

Responsable du département Offres de Services



Comment notre public nous a-t-il contacté cette année ?

Dans le Var, les canaux dématérialisés sont utilisés plus facilement (75,61%) qu'au niveau national (73,04%).

Le compte web est "délaisser" (-2,10% par rapport au national) au profit de l'utilisation du smartphone (+ 4,2% par rapport au national) et tablette (+0,47% par rapport au national) qui facilitent naturellement l'usage des services en ligne.

Les canaux plus classiques tels que le téléphone et l'accueil physique représentent respectivement 11,87% et 4,91% des contacts.

	VAR	NATIONAL
ACCUEIL PHYSIQUE	3,61%	6,50%
BMS	3,74%	4,18%
COMPTE AS ENTRANT	4,91%	4,42%
AMELI WEB	45,31%	47,41%
COURRIER	0,23%	0,46%
EMAIL (HORS COMPTE)	0,03%	0,13%
SMARTPHONE	28,27%	24,07%
TABLETTE	2,03%	1,56%
TÉLÉPHONE	11,87%	11,28%
TOTAL canaux dématérialisés	75,61%	73,04%

Le développement de l'accueil sur RDV infléchit le volume de publics à l'accueil et traduit le passage d'un flux « subi » à un flux « choisi ».

A noter également une utilisation plus prononcée du canal courriel via le compte ameli (+0,50%).



Avec l'augmentation importante des appels et des mails de nos assurés, la fréquentation dans nos accueils sur le territoire est-elle amenée à baisser dans les mêmes proportions ?

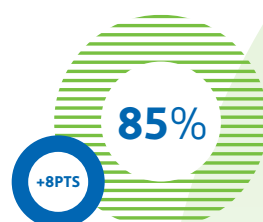
2 grandes catégories d'assurés se déplaçant dans nos accueils peuvent être distinguées :

- Les assurés qui ne sont pas équipés ou ne se considèrent pas à l'aise avec les technologies du numérique et /ou préfèrent le contact humain. Ceux-là resteront certainement fidèles aux modes de contact classiques, tels que les accueils nécessitant l'accompagnement d'un conseiller.
- Les assurés qui se déplacent dans nos accueils soit par habitude, par manque d'information ...

Pour optimiser la gestion des flux de contact, notamment réduire le nombre de contacts "injustifiés", les agents d'accueil font une promotion active des services dématérialisés. Même s'ils se déplacent encore beaucoup, les assurés sont accompagnés et leurs pratiques évoluent. En 2018, 85% des démarches ont été réalisées dans l'espace libre-service, soit une augmentation de 8 PTS par rapport à 2017 (77%).

Ce constat peut laisser présager une bonne autonomisation de nos publics sur des demandes simples, ce qui pourrait permettre de développer davantage un traitement attentionné sur les situations complexes et les publics fragilisés.

Taux de démarches réalisées dans l'espace libre service



Quels sont les travaux menés sur le champ des réclamations ?

La CPAM du Var a souhaité investir sur ce sujet en créant en décembre 2017, une cellule écoute client chargée notamment d'analyser les réclamations.

Sa mission consiste à comprendre les causes des insatisfactions des clients ; identifier les dysfonctionnements internes et proposer des actions correctives ciblées en associant les pilotes ou co-pilotes des processus concernés.

Un des premiers motifs de réclamations concerne les revenus de remplacement notamment en termes de délais et paiement.

La CPAM du Var a commencé à réfléchir sur l'affichage de ses délais de traitement. La loi ESSOC relative à la transparence, qui s'inscrit dans le programme de transformation « Action publique » a conforté cette orientation.

La Caisse nationale s'est emparée du sujet et a développé un nouveau service qui permet désormais aux assurés de connaître nos délais de traitement à partir de leur compte ameli et d'évaluer la date de traitement des dossiers transmis.

Une deuxième action visait à mieux articuler la relation entre le front et le back office notamment à travers une amélioration de la qualité de rédaction et exhaustivité des situations décrites dans les échéances en vue d'une meilleure gestion du dossier.

Une troisième action, initiée sur le site de Brignoles, consiste à analyser les motifs de contacts réitérés 5 fois par les assurés, quel que soit le mode de contact. A partir de chaque situation identifiée, un conseiller assurance maladie, prend contact avec l'assuré pour solutionner le problème par téléphone ou bien fixe un RDV si nécessaire.

Outre la valorisation de l'image Assurance Maladie en anticipant la réclamation de l'assuré, cette action s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de notre qualité de service (Prévenir les ruptures de droit ou de paiement, en lien avec la démarche PLANIR d'accompagnement des situations de non-recours, d'incompréhension et de rupture).

Quoi de neuf sur le compte ameli ?

L'évolution majeure du compte ameli a été, en juillet 2018, le renforcement des conditions de création et d'usage du compte ameli avec la mise en œuvre progressive de l'adresse email unique et validée.

Parallèlement aux évolutions ergonomiques, l'offre de services sur les canaux dématérialisés s'est enrichie :

- Affichage du médecin traitant pour les bénéficiaires de moins de 16 ans.
- Mise en place d'un accusé de réception électronique pour les services dont l'effet ou la réalisation n'est pas immédiat (ex : commande CEAM, carte Vitale).
- Nouvelles notifications issues des traitements de back office métier pour une information proactive du client en multicanal (enregistrement CMUC, contrat TPI ACS, médecin traitant, complémentaire santé...)
- Affichage des délais de traitement

47

La Cnam développe également de nouveaux téléservices de « bout en bout ». A partir de l'application mobile, l'assuré peut directement modifier son adresse et /ou ses coordonnées bancaires qui seront automatiquement intégrées dans la BDO, sans intervention humaine.

L'assuré peut aussi effectuer sa demande de CMUC en ligne, de manière simple et rapide, en déposant très peu de pièces justificatives. Après validation, sa demande est transmise à la Caisse, directement par le workflow Diadème dédié aux demandes de CMUC.

The screenshot shows the 'Assurance Maladie' website interface. At the top, there's a navigation bar with 'Accueil', 'Mes paiements', 'Ma messagerie', 'Mes démarches', 'Mon espace prévention', and 'Mes informations'. Below this is the title 'FAIRE UNE DEMANDE DE CMUC OU D'ACS'. The main content area contains several questions with radio button options:

- Vous souhaitez faire une demande de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) ou d'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) ?
- Vous demandez un foyer de 5 personnes ou moins ? Oui Non
- Percevez-vous actuellement le Revenu de Solidarité Active (RSA) ? Oui Non
- Êtes-vous en possession d'un avis d'imposition ? Oui Non

Below these are instructions about document uploads and a list of required documents: Avis d'impôt ou de situation déclarative à l'impôt (ASDIR), Avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation, Justificatif de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s), and Attestation(s) de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA.

At the bottom of the form, there's a section for uploading tax returns: 'Je joins mon avis d'imposition' with a file upload area and a 'Parcourir...' button.

ET DEMAIN ?

De nouveaux téléservices de « bout en bout » :

- Changement des coordonnées bancaires à partir du compte Web
- Demande de changement de nom d'usage - en lien avec Diadème
- Demande de double rattachement - en lien avec Diadème.

Mais également :

Des travaux de développement sont en cours pour mettre à disposition des assurés un historique des décomptes de prestations étendu à 27 mois. Cette extension d'historique est prévue dans le compte fin 2019.

FACILITER L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (GUICHET UNIQUE)

En lien avec l'Agence Régionale de Santé, les conditions d'installation des professionnels de santé ont été facilitées dans le cadre d'une offre globale répondant à une logique de "guichet unique".

Le Guichet Unique a été lancé le 18 juin 2018 pour les médecins et infirmiers par l'ARS. Ce Guichet Unique est composé de plusieurs niveaux d'intervention :

- Le niveau 0 correspond au Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) et à REZONE.
- Le niveau 1, assuré par la PFS MDA, a traité 3 435 sollicitations depuis l'ouverture du service.
- Le niveau 2 géré par des services experts, a quant à lui traité 2 655 demandes transmises par le niveau 1.
- Le niveau 3, à savoir un accueil en présentiel multipartenaires se structure.

Au niveau de la Caisse du Var, le premier accueil de niveau 3 débutera le 7 juin 2019, sur le siège, avec la CPAM et l'ARS comme organismes socles. L'Echelon Local du Service Médical et l'URSSAF ou tout autre partenaire pourront être amenés à intervenir ou à être sollicités selon la nature des demandes.

Un partenariat ARS/CPAM est donc mis en place autour d'un échange mensuel en présentiel permettant d'optimiser nos interventions et connaissances.

La Région (DCGDR) travaille avec l'ARS sur la construction d'un logiciel partagé permettant un suivi et une optimisation du traitement des sollicitations.



L'Assurance Maladie

LES ESSENTIELS

L'outil web

REZONE

aide les professionnels de santé dans leur choix d'installation.

48

TVS déficitaire

TVS avec difficultés d'accès aux soins

Aides financières avec simulateur

Zonage par Territoire de Vie Santé (TVS)

Chiffres clés sur la démographie, la patientèle et les structures de soins

Potentiel d'activité et attractivité du territoire

<http://rezone.ameli.fr>

PROJET DE REGROUPEMENT SUR LES UP (SERVICE MÉDICAL, SERVICE SOCIAL, CARSAT, CAF...) POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ DE NOS SERVICES

La politique de la CPAM consiste à regrouper quand c'est possible les services administratif, médical et social, afin de faciliter l'accès aux démarches de nos publics. Cette politique peut s'étendre aux autres organismes de la sphère sociale, tels que la CAF ou la CARSAT (retraite).

Pour décliner cet objectif de façon opérationnelle, des travaux seront engagés **sur le site de Fréjus** (2ème semestre 2019), afin d'offrir aux publics, des accueils communs : administratif, médical et social.

49

Sur le site de Brignoles, un projet immobilier permettra en 2020 de regrouper à l'étage les accueils du centre, du service médical, du service social et l'accueil de la CAF.

A Draguignan, les travaux permettront d'héberger les agents de la CARSAT : agence - retraite de la ville, au dernier trimestre 2019.

Plusieurs actions sont menées au niveau local en lien avec les grands axes de la politique nationale Immobilière notamment sur la mise aux normes de nos bâtiments existants et l'amélioration de leur accès, l'amélioration de la performance énergétique du parc immobilier, la rationalisation des surfaces occupées.

On peut citer comme exemples réalisés ou en cours, les travaux de changements du système de chauffage/climatisation du centre de Draguignan en 2018, les études pour la réalisation de travaux sur le centre de La Seyne pour améliorer l'accessibilité (avec notamment la création d'un ascenseur) et pour permettre également l'accueil du service médical de Carnot.



SERVICE SOCIAL
DRAGUIGNAN



BUREAU CAF
LA SEYNE

MIEUX CONNAÎTRE LES CARACTÉRISTIQUES DE NOS PUBLICS POUR UN MEILLEUR CIBLAGE DE NOS ACTIONS

Les CPAM développent une approche marketing pour mieux connaître leurs assurés et améliorer leur satisfaction. L'objectif est de permettre une personnalisation de la relation en proposant une offre de service attentionnée en prenant en compte les situations de vie et les profils des assurés.

Avec une population varoise plutôt âgée, un fort niveau de consommation de soins et un volume conséquent de contacts (46% de nos assurés nous ont contactés alors que la moyenne nationale se situe autour de 32%), il est important de pouvoir proposer un traitement différencié en fonction des besoins des différents segments de public.

La segmentation des assurés vise à :

- Avoir une meilleure connaissance du public assuré et de ses caractéristiques ;
- Optimiser la gestion de nos flux de contact ;
- Personnaliser notre relation de service et mettre en place des modes de contacts proactifs.

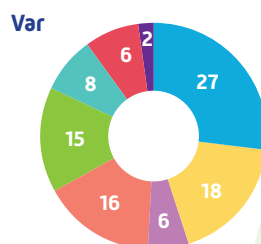
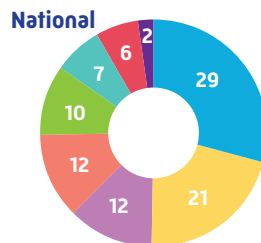


50

Carte d'identité du public assuré varois

8 profils identifiés (en %) :

- FAMILLES CONNECTÉES
- ACTIFS SOLOS
- NON CONCERNÉS
- SENIORS
- RETRAITÉS EN ALD
- SALARIÉS FRAGILISÉS
- PRÉCAIRES
- FUTURS PARENTS



Compte tenu de ces éléments, des stratégies de marketing spécifiques peuvent être ainsi être mises en œuvre auprès d'assurés appartenant au même groupe ayant des habitudes, des attentes et / ou des comportements similaires.

Exemple :

- Intégrer la prévention dans les RDV dédiés aux prestations supplémentaires types CMUC-ACS ;
- Sensibiliser les établissements médicaux à l'utilisation de la CDRi (ne plus réclamer les attestations de droits) ;
- Renforcer l'utilisation de l'e-AAT au niveau des PS (rassurer l'assuré sur la bonne réception du document).



2
**ACCOMPAGNER CHACUN
DANS LA PRÉSERVATION
DE SA SANTÉ**



SOUTENIR LES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

Gestion budgétaire

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE
DÉPENSES DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE (gestion budgétaire 2018)	2 182 303 €	2 094 385 €	+4,2%
DÉPENSES DE LA PRÉVENTION MALADIE (FNPEIS)	2 968 517 €	2 935 996 €	+1,1%
DÉPENSES DU CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ	1 253 251	1 191 814 €	+1,23%

Action sanitaire et sociale

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE
<i>Nombre d'aides individuelles et prestations supplémentaires</i>	3 145	3 235	-2,78%
Montant d'aides à la complémentaire santé	99 350	94 876	+4,68%
Montant d'aides financières individuelles et prestations supplémentaires	1 055 944	1 215 320	-13,11%
Montant de primes de fin de stage de rééducation professionnelle	13 250	5 234	+153,15%
Montant d'aides à la prévention de la désinsertion professionnelle	41 880	27 920	+50,00%
<i>Nombre d'aides au retour et au maintien à domicile</i>	1 192	1 269	-6,07%
Montant de l'aide au retour à domicile après hospitalisation (PRADO et hors PRADO)	219 962	209 705	+4,89%
Montant de l'aide aux handicapés	154 108	236 509	-34,84%
Montant de l'aide aux malades en phase terminale	15 187	24 423	-37,82%
<i>Nombre de subventions aux associations</i>	17	16	-6,25%
Montant de subventions aux associations	165 200	180 700	-8,58%

PRADO

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	ÉVOLUTION RÉGIONALE	ÉVOLUTION NATIONALE
Nombre d'adhésions à PRADO maternité (sorties précoces)	1 803	1 051	+71%	+36%	+101%
Nombre d'adhésions à PRADO chirurgie	3 011	2 695	+11,73%	+22%	+22%
Nombre d'adhésions à PRADO insuffisances cardiaques	438	315	+39%	+72%	+45%
Nombre d'adhésions à PRADO Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive	329	180	+83%	+54%	+69%
Nombre d'adhésions à PRADO personnes âgées	399	17	+2 247%		
Nombre d'établissements concernés par les PRADO	17	16	+6,25%		

EXTENSION DU DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

Le service SOPHIA est un service d'accompagnement à distance (courrier, téléphone, internet) adapté aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques.

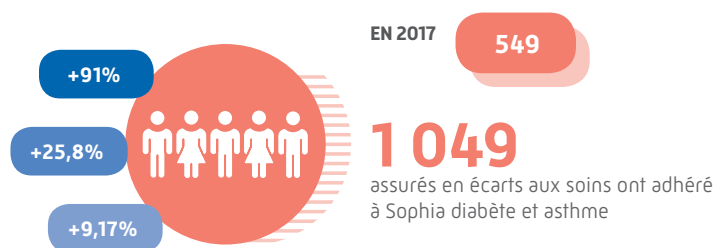
Le service SOPHIA intervient en relais des recommandations du médecin traitant. Il a comme objectifs d'encourager le malade à modifier ses comportements, à mettre en pratique les recommandations de ses soignants et à devenir acteur de sa santé. A l'origine Sophia ne prenait en charge que le diabète. **Depuis 2018 il concerne également l'asthme.**

Concrètement Sophia se décline en un accompagnement générique, identique pour l'ensemble des adhérents à l'aide de supports écrits (livrets, journal), d'un site internet avec un espace coaching et, enfin, d'une possibilité de contacter des infirmiers-conseillers en santé. Sophia comporte également un accompagnement ciblé, personnalisé en fonction des besoins, avec des courriers personnalisés, des échanges mails et téléphoniques avec les infirmiers conseillers en santé. L'évaluation nationale de ce dispositif démontre l'efficacité de l'action Sophia sur l'observance des soins et la baisse des aggravations médicales.

Pour l'asthme comme pour le diabète le patient entre dans une démarche qui doit le mener à mieux comprendre sa pathologie et ses traitements, à pratiquer ou à reprendre une activité physique adaptée, à comprendre l'intérêt de réaliser les examens de suivi recommandés. En ce qui concerne l'asthme il lui faut apprendre à mieux connaître l'environnement et les facteurs déclenchants pour adapter ses habitudes de vie et éviter les crises. C'est un service individuel, gratuit et sans engagement.

La CPAM a un rôle majeur pour identifier les malades concernés et les motiver à entrer dans le programme, en particulier ceux qui ont le plus de difficulté à suivre leur traitement dans la durée. Cette action se concrétise notamment par des campagnes d'appels sortant.

ÉVOLUTION : ● LOCALE ● RÉGIONALE ● NATIONALE



54



MISE EN PLACE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE AU CES

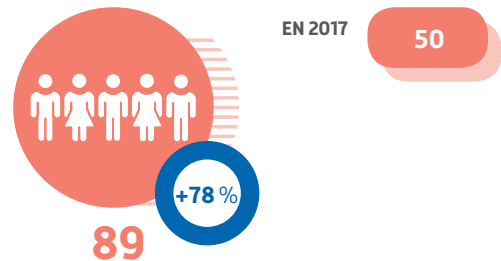
A côté de Sophia qui est un accompagnement souple et individuel, l'Education Thérapeutique du Patient concerne de petits groupes de malades prêts à s'investir dans une série de réunions obéissant à un protocole précis et scientifiquement validé.

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, les patients se rencontrent et se prennent en charge collectivement. Les deux démarches ne sont pas exclusives et peuvent se compléter.

Depuis plusieurs années le CES du Var est porteur d'un programme d'éducation thérapeutique à destination des malades atteints de diabète ou de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ciblant les patients de 40 ans et plus avec l'avis favorable de leur médecin traitant. Après un entretien personnalisé, le patient rejoint un groupe de 6 à 10 personnes avec lesquels il va cheminer au travers d'ateliers avec la guidance d'un médecin ou d'une infirmière spécialement formés à cette approche globale de santé. Des entretiens de bilan et de suivi complètent la démarche. L'échange est constant avec le médecin traitant.

Après une préparation nécessaire à l'acquisition de cette nouvelle compétence **le CES propose depuis 2018 une offre de service : Education thérapeutique des patient diabétiques de type 2** en liaison étroite avec les médecins traitants qui évaluent à la lumière des informations transmises et des échanges avec le CES la meilleure stratégie de prise en charge pour leurs patients.

Sont concernés les personnes entre 4 et 75 ans. La démarche est similaire à celle de l'ETP BPCO avec un diagnostic éducatif individuel permettant de formuler avec le patient les compétences à acquérir et de fixer les objectifs et des ateliers collectifs insistant sur la connaissance de la maladie, l'alimentation, l'activité physique et la thérapeutique. Une rencontre individuelle est prévue six mois plus tard pour évaluer les résultats.



personnes ont été bénéficiaires de l'éducation thérapeutique au CES

Témoignages de patients diabétiques

Monsieur Alain F. :

« Merci pour vos petites « astuces » délivrées au cours des ateliers, notamment je retiens sur l'atelier « Equilibre alimentaire » des échanges de recettes allégées simples à cuisiner (gâteau au chocolat à base de courgette, quiche sans pâte...) et aussi des applications faciles d'utilisation sur mon smartphone qui me permettent de calculer en faisant mes courses les glucides et les matières grasses contenues dans les aliments. J'ai perdu du poids depuis et je sais que cela me permet d'équilibrer ma maladie, de ralentir les facteurs de risque et de montrer le bon exemple à mes enfants et petits-enfants. »

Monsieur Philippe G. :

« Je ne sentais rien et du jour au lendemain mon médecin m'a dit après quelques bilans « vous êtes très malade ». Cette maladie sourde que j'ai provoquée reflète ma vie passée : bien manger, bien boire, ne pas faire de sport... Alors c'est difficile de changer ses habitudes de vie. Vos ateliers m'ont aidé à mettre de l'ordre sur des préjugés et à m'organiser pour que cette maladie ne prenne pas le contrôle sur ma vie. Depuis je jongle entre mon alimentation, une activité physique régulière (natation) et le suivi de mon traitement. C'est le trio gagnant ! C'est loin d'être évident ! J'essaie d'être assidu car je sais qu'à long terme ça peut être grave mais avec vous je réinjecte un peu d'insouciance dans ma vie ! »

ACCOMPAGNER LES PERSONNES DANS LES MOMENTS PARTICULIERS OU DIFFICILES, L'EXEMPLE DU DÉVELOPPEMENT DE PRADO PERSONNES ÂGÉES

Le programme Prado a pour vocation de fluidifier le parcours hôpital-ville pour une prise en charge optimale des personnes en sortie d'hospitalisation et de retour à domicile.

Il existe plusieurs PRADO (programme de retour à domicile des patients hospitalisés) : Maternité, Chirurgie, Insuffisance cardiaque, Broncho-pneumopathie chronique obstructive et Personnes âgées, ce dernier expérimenté dans le Var depuis 2018. Tous ces programmes ont pour vocation de **permettre au patient de retourner à son domicile dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire**. L'éligibilité est déterminée par l'équipe médicale.

Concrètement, durant l'hospitalisation, un Conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) va informer le patient et s'assurer de son accord, prendre des rendez-vous avec les professionnels de santé choisis par le patient, initier pour certaines pathologies des démarches d'aide à domicile (aide-ménagère et/ou portage de repas). Le CAM est ainsi un facilitateur entre les patients et les professionnels et il s'assure, dans la durée, de la réalisation effective du programme.

PRADO-Personnes âgées concerne les personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie. **L'objectif est de diminuer les ré-hospitalisations en améliorant la prise en charge médico-sociale de ces patients**. Le CAM transmet le "plan de sortie", élaboré par l'équipe médicale hospitalière, au médecin traitant et organise les premiers rendez-vous avec les professionnels libéraux.

L'expérimentation de PRADO-personnes âgées s'est faite en partenariat avec les autres acteurs autour de la personne âgée (services sociaux des établissements, associations, CARSAT, conseil départemental, ARS). Ces partenariats visent à améliorer la qualité de vie du patient en coordonnant les interventions des uns et des autres (ainsi l'Allocation Personnalisée d'Autonomie APA pour le conseil départemental).

Si l'établissement a un service social, le CAM l'informe de l'adhésion afin que les demandes d'aides puissent arriver dans les meilleurs délais au service social de la CARSAT et aux services ASS de la CPAM ou de la CARSAT. En cas d'absence d'un tel service, le CAM fait la liaison directement. Le CAM est ainsi un interlocuteur administratif et un relai vers d'autres acteurs. Pour toute question d'ordre médical, le patient est orienté vers un médecin traitant et/ou les PS qui le suivent. Le CAM est un lien entre l'équipe hospitalière et les praticiens de ville.

Dans le Var la mise en place de PRADO-Personnes âgées s'est faite en lien avec la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) suscitée par l'ARS dans le cadre du Plan PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) pour être un lieu d'information et de coordination en faveur de l'autonomie de la personne âgée. PAERPA et PRADO sont ainsi des approches complémentaires.

Le programme est proposé dans 6 établissements de soins publics. 407 patients ont pu en profiter en 2018 (taux d'adhésion de 100%)

Témoignage

Une infirmière libérale

« Mon patient refusait de se rendre chez le kiné après son hospitalisation. Grâce à l'intervention de la CAM, il a enfin accepté d'y aller et de prendre soin de sa santé. En effet, ce patient était peu observant ; grâce à PRADO, tous les rendez-vous avec les professionnels de santé préconisés par l'équipe médicale ont été fixés dès sa sortie de l'hôpital, permettant ainsi de limiter les risques de ré hospitalisation. Depuis, il reprend de l'assurance, marche mieux et se sent plus libre. Un patient ravi d'avoir pu bénéficier du programme PRADO. » ●

56



ASSURER LA PROMOTION DU DÉPISTAGE ET ÉVITER L'APPARITION DES MALADIES

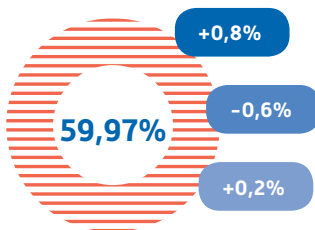
Vaccination antigrippale

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE	ÉVOLUTION RÉGIONALE	ÉVOLUTION NATIONALE
Nombre de prises en charge envoyées	244 851	233 384	+5%	+4,47%	+5%
Taux de vaccination antigrippale	46,70%	39,90%	+17%	45%	46%

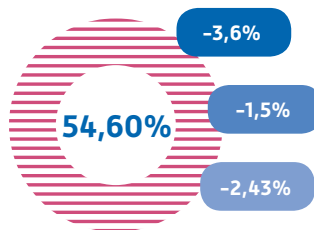
57

Dépistage (taux de participation)

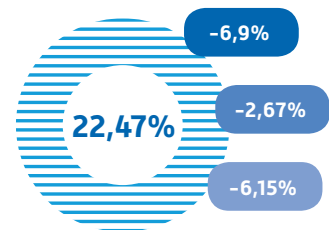
ÉVOLUTION : ● LOCALE ● RÉGIONALE ● NATIONALE



CANCER DU SEIN



CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



CANCER COLORECTAL

Examens périodiques de santé

EN 2018

5 032

RÉALISÉS AU CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ

75,77%

ONT CONCERNÉ DES ASSURÉS PRÉCAIRES

EN 2017

4 534

RÉALISÉS AU CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ

80,3%

ONT CONCERNÉ DES ASSURÉS PRÉCAIRES

AIDE À L'ACCÈS AU DÉPISTAGE (EXPÉRIMENTATION DE LA SEYNE)

L'Assurance maladie tient une place essentielle dans la promotion et le financement du dépistage des cancers. Cet engagement est à la hauteur de l'enjeu de santé publique. La CPAM s'emploie en particulier à informer et accompagner les personnes les plus éloignées du système de santé pour améliorer le recours au dépistage organisé des varois, en collaboration étroite avec la structure de gestion du dépistage des cancers pour le Var.

L'Assurance Maladie participe fortement au financement du fonctionnement des structures de gestion du dépistage (départementales jusqu'en 2018), à la rémunération des médecins engagés dans le dépistage et à la rémunération des actes. Elle établit les fichiers d'assurés concernés et les fournit aux structures de gestion. Elle est un acteur de la promotion du dépistage tant au niveau national que local.

Le service Prévention de la CPAM intervient régulièrement pour sensibiliser les assurés varois par des interventions lors de salons, forums ou autres manifestations publiques, ainsi que par des relances par mails ou par téléphone aux assurés éligibles.

Malgré les actions de la CPAM et de ses partenaires le dépistage des cancers reste encore insuffisant et ne rencontre pas dans la population la confiance qu'il mérite. Ce problème général en France est particulièrement sensible dans notre région. **Ainsi l'OMS recommande qu'au moins 70% de la population ait recours au dépistage organisé du cancer du sein.**

Cette situation appelle de nouveaux types d'action, en particulier dans les zones où la population est identifiée comme vulnérable. Une expérimentation a été mise en œuvre sur la commune de La Seyne grâce à un partenariat entre la CPAM, la Fédération nationale des médecins radiologues, des cabinets de radiologie, la commune de La Seyne, la structure de gestion du dépistage des cancers et l'association Femmes dans la cité.

EXPÉRIMENTATION À LA SEYNE

Concrètement la CPAM a mené une campagne de phoning auprès des femmes éligibles résidentes sur La Seyne afin de les sensibiliser au dépistage organisé du cancer du sein puis a assuré le contact avec les radiologues pour la prise de rendez-vous et transmis des SMS de rappel aux femmes volontaires. L'évaluation de l'action montre que le taux de réalisation des mammographies est proportionnel à l'accompagnement de la CPAM :

79% pour les femmes dont la CPAM a assuré la **prise de rendez-vous**

47% pour celles **seulement sensibilisées**

24% pour celles **non bénéficiaires de l'action.**

En perspective la CPAM souhaite reconduire l'action sur la commune de La Seyne sur Mer en 2019 et l'étendre sur une autre grande commune.

Focus

Les professionnels de santé dans la stratégie de prévention

La prévention est au cœur des actions de Gestion Des Risques.

En 2018, le département régulation/pôle Gestion Du Risque a œuvré de concert avec le service Prévention Services en Santé à la promotion des actions de prévention en mettant en œuvre :

- des sensibilisations au travers des commissions paritaires et soirée collective médecins,

- des accompagnements ciblés et individualisés auprès des PS avec une campagne DAM portant sur 15 thèmes de prévention (756 visites DAM auprès des médecins généralistes) au cours desquels des supports de communication à destination des assurés ont aussi été remis,

- la promotion par les DAM de la ROSP volet prévention portant sur 12 indicateurs,

- une interaction de plus en plus forte entre les services de la régulation et ceux de la prévention (formation, participation aux comités de pilotage prévention...).

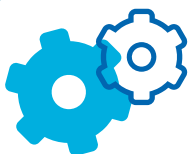
3

AMÉLIORER

L'EFFICACITÉ

DU SYSTÈME

DE SANTÉ



RÉGULER LES DÉPENSES

Dépenses de santé

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE 2017 / 2018	ÉVOLUTION LOCALE 2016 / 2017
DÉPENSES ONDAM (TOTAL)	2 598 035 481	2 496 310 164	+4%	+2%
<i>Soins de ville</i>	1 490 451 050	1 428 504 239	+4%	+3%
> Honoraires	680 346 842	646 026 118	+5%	+3%
> Prescriptions	609 646 106	596 555 666	+2%	+1,8%
> Autres prestations	293 349	157 224	+87%	-72,07%
> Prestations espèces maladie-AT	184 228 088	171 224 368	+8%	+6,02%
> Prise en charge des cotisations des PAM	12 213 406	11 072 721	+10%	-1,62%
> Aides à la télétransmission + fac	2 691 384	2 621 903	+3%	+7,24%
> Prise en charge cotisations médecins en contrat d'accès aux soins	1 031 873	236 509	+22%	-55,1%
<i>Soins en établissements</i>	1 100 018 324	1 060 688 422	+4%	+2,53%
> Établissements de santé tarifés à l'activité	605 139 798	578 175 589	+5%	+1%
- ODMCO Public	372 101 198	357 981 034	+4%	+1,28%
- ODMCO Privé	189 928 206	181 967 473	+4%	+1,93%
- MIGAC	43 110 394	38 227 082	+13%	-1,29%
> Dépenses relatives aux Établissements de santé	237 267 303	226 826 074	+5%	-1%
- ODAM Public	165 703 615	157 703 700	+5%	-5,63%
- Psy Privé	18 013 589	17 339 343	+4%	+2,33%
- SSR Privé/Public	44 923 821	51 027 277	-12%	+15,79%
- Dépenses non régulées	1 132 776	755 754	+50%	-4,19%
> Établissements pour personnes âgées et handicapées	257 611 223	255 686 759	+1%	+9%
- Établissements et services pour personnes âgées	132 535 598	132 040 663	0%	+1,29%
- Établissements et services pour personnes handicapées	125 075 625	123 646 096	+1%	+18,34%
> Établissements médico-sociaux hors CNSA	6 164 184	5 738 379	+7,42%	+3,91%
> Soins des Français à l'étranger	1 401 923	1 379 124	+1,65%	-0,41%
DÉPENSES HORS ONDAM (TOTAL)	280 061 870	276 963 307	+1%	+2%
> Prestations en espèces maternité	35 007 361	35 301 588	- 0,83%	+4,24%
> Incapacité permanente	82 919 358	82 572 951	+0,42%	-0,18%
> Invalidité	128 094 246	123 288 827	+3,90%	+7,61%
> Prestations décès	1 531 625	1 526 519	+0,33%	-6,47%
> Autres prestations (IJ paternité...)	3 440 388	4 420 096	-22,16%	+20,22%
> Charges gestions budgétaires ASS	2 182 271	2 094 348	+4,20%	+4,35%
> Charges gestions budgétaires FNPEIS	3 198 245	2 935 996	+8,93%	+7,57%
> Conventions internationales	23 681 915	24 810 158	-4,55%	+5,26%
> Divers (dont suivi post professionnel, AJAP...)	6 462	12 825	-49,62%	+54,42%

Dépenses de santé (suite)

	2018	2017	RÉGION	NATIONAL
REMBOURSEMENTS ANNUELS MOYENS PAR PERSONNES PROTÉGÉE				
<i>Soins de ville</i>	1 633	1 665	1 532	
> Honoraires privés	453,50	448,60	416,80	314,60
> Prescriptions	1 237,50	1 215,90	1 145,10	811,90
- Frais de transport	101,60	99,20	88,30	61,80
- Prestations en espèces	140,60	134,90	132,30	123,60
<i>Hospitalisation</i>	1 232	1 267	1 481	1 338
> Dont établissement sanitaire public	618	660	879	851
> Dont établissement sanitaire privés	312	306	298	182

Lutte contre la fraude

NOMBRE DE FRAUDES

EN 2018

296

-34,37%

EN 2017

451

11 362 047

RÉGION

1 109 324 970

NATIONAL

AVEC SUITES CONTENTIEUSES

62,5%

84,42%

RÉGION

74,58%

NATIONAL

PRÉJUDICE ÉVITÉ*

EN 2018

679 089€

+52,45%

+43,13%

+25,25%

EN 2017

445 455€

* Préjudice Évité 2018 : Volet Loco-Régional 409 954 €
Volet National 269 134 €
Préjudice Évité 2017 : Volet Loco-Régional 292 845 €
Volet National 152 610 €

PRÉJUDICE SUBI

EN 2018

3 484 593€

+4,48%

+1,82%

+1,66%

EN 2017

3 335 090€

ANALYSER LES DÉPENSES DE SANTÉ DU VAR

Les dépenses relevant de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) ont globalement progressé de 4%, et certains postes connaissent une évolution notable sur l'exercice 2018.

63

La gestion du risque dans le Var vise à réguler l'évolution des dépenses de santé, conformément aux objectifs définis par les pouvoirs publics dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Les actions sont définies en lien étroit avec la coordination régionale du risque et le service médical de l'Assurance Maladie. Elles résultent de différentes analyses issues à la fois des spécificités locales connues et partagées avec les acteurs de terrain, mais également des évolutions observées sur les postes de dépenses.

Pour 2018, la CPAM du Var s'est attachée à mener des actions d'accompagnement des médecins généralistes sur le thème des prescriptions d'arrêts de travail. Elle a notamment expérimenté le Plan Personnalisé d'Accompagnement (PPA) qui marque une véritable évolution dans les modalités d'accompagnement des médecins (accompagnement médico-administratif, diagnostic partagé, évaluation des changements de prescription). La CPAM du Var a également mené une campagne de communication auprès des assurés, mais aussi auprès des employeurs.

Les soins de ville

Les dépenses relatives aux soins de ville représentent plus de 57% des charges de prestations ONDAM prises en charge par la CPAM du Var, pour un montant total de 1 490 451 050 €. Elles progressent de 4% entre 2017 et 2018.

On constate que les dépenses relatives aux honoraires représentent 46,14% des soins de ville, et ces dépenses ont progressé de 5,31% entre les deux exercices.

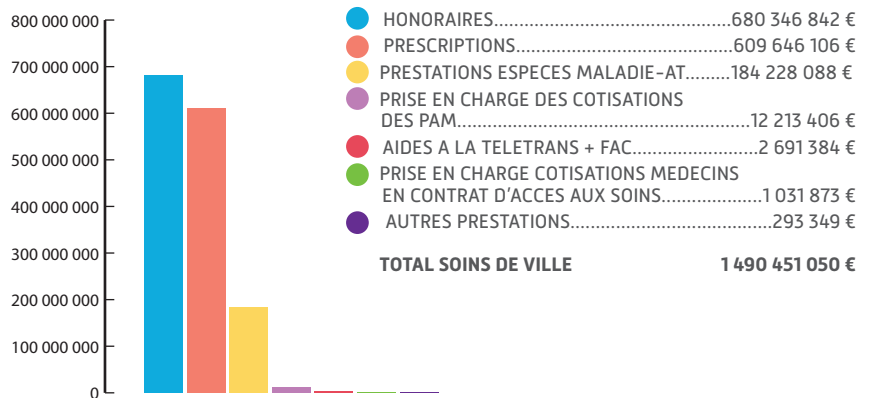
Toutes les professions ne sont pas concernées de la même manière par cette hausse, ainsi, **les dépenses honoraires des médecins généralistes ont baissé de 7%, quand celles des médecins spécialistes ont progressé de 4% et celles des sages-femmes de 5%.**

En ce qui concerne les honoraires paramédicaux, **ce sont les soins infirmiers et les soins masseurs-kinésithérapeutes qui ont le plus évolué à la hausse (respectivement 7 et 6%).**

Les prestations en espèces, qui représentent 12,49% des charges de prestations soins de ville, **ont également fortement progressé : de 8%** en raison d'un important effet volume sur le nombre d'arrêts de travail indemnisés.

Enfin, **les dépenses relatives aux transports** qui pèsent pour 5,76% sur le total des dépenses des soins de ville, **ont connu une hausse de 3,95%** en 2018.

Répartition des dépenses de soins de ville



Source : rapport financier 2018

Les soins en établissement

Les dépenses relatives aux soins en établissements représentent plus de 42% des charges de prestations ONDAM prises en charge par la CPAM du Var, pour un montant total de 1 100 018 324 €. Elles progressent de 3,71% entre les exercices 2017 et 2018.

On constate qu'après plusieurs années de maîtrise importante des dépenses hospitalières, ces dernières retrouvent un dynamisme significatif.

Cela est particulièrement sensible, en valeur absolue, sur les établissements T2A (dont les établissements publics) et particulièrement les enveloppes MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation).



Les dépenses hors ONDAM

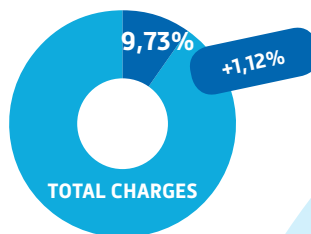
Les charges de prestations hors ONDAM en droits constatés représentent 9,73% du total de nos charges, pour un montant total de 280 061 870 €. Elles progressent de 1,12% entre les deux exercices.

Les dépenses relatives à l'**invalidité** pèsent pour plus de 45% dans les charges hors ONDAM, et **ont progressé de 3,90%**. Cette évolution s'explique notamment par l'augmentation du nombre de pensions en cours (+1,73%, 15 939 pensions en cours au 31 décembre 2018).

Les dépenses relatives à l'incapacité permanente (82 919 358 €, soit 29,61% des dépenses hors ONDAM) progressent de 0,42%, mais ce sont surtout **les dépenses AT/MP exécutées en ville** qui impactent la dynamique d'évolution des dépenses sur la gestion Accidents du travail et Maladies Professionnelles **(+8,20%)**.

280 061 870 €

**CHARGES DE PRESTATIONS
HORS ONDAM**



Focus

Le Plan Transports

En sus des actions nationales et régionales, un plan d'actions relatif aux transports a été élaboré en concertation avec les services de l'organisme œuvrant au contrôle et à la régulation.

Ainsi, les services frais de santé ambulatoire, contrôle et validation des comptes, gestion des risques et échelon local du service médical ont participé à l'élaboration du plan et sa mise en œuvre.

Ce plan co-construit – axé sur les 3 publics assurés / professionnels de santé et établissements - augure le changement de paradigme avec une meilleure connaissance et articulation des actions menées au sein de la caisse.



ENTRETIEN

avec **Marie-Jeanne Varlet**,
Responsable du Pôle Gestion du Risque

La vie conventionnelle

Chaque convention (accessible sur le site ameli/PS) encadrant l'activité des professionnels de santé libéraux prévoit la mise en place de commissions paritaires nationales, déclinées en commissions régionales puis départementales.

Sur le plan départemental, les représentants de la section sociale (CPAM – ELSM – MSA) ont rencontré cette année encore, au rythme de deux réunions annuelles (hormis les infirmiers pour lesquels la commission s'est réunie trois fois), chaque section professionnelle ci-après :

- les masseurs kinésithérapeutes,
- les infirmiers,
- les orthophonistes,
- les dentistes,
- les taxis,
- les ambulances,
- les pharmaciens.

Le rôle des commissions paritaires locales est de :

- Veiller au respect des obligations respectives des parties et étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local,
- Assurer le bon fonctionnement des dispositifs mis en place dans le cadre de la convention,

- Conduire toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins et les conditions d'accès aux soins des assurés,

- Suivre les résultats des actions d'accompagnement mise en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée,

- Informer des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients,

- Examiner les éventuels litiges entre un PS et la CPAM

L'année 2018 a été très riche en nouveautés conventionnelles (avenants et conventions rénovant les cadres conventionnels de plusieurs catégories de professionnels de santé) et a introduit aussi le partenariat local avec les sages-femmes.

Ainsi, de nombreux faits marquants ont rythmé la vie conventionnelle en 2018, en voici quelques illustrations :

- nouveau cadre conventionnel pour les orthophonistes ce qui a conduit la CPAM à organiser une soirée collective sur ce thème auprès des PS volontaires,

- animation départementale d'un comité de sages-femmes (animée jusqu'à présent au niveau régional),

- réouverture des relations partenariales avec les dentistes après une année 2017 sans échanges du fait du contexte conventionnel (règlement arbitral),

- la négociation locale de la nouvelle convention taxis,

- mise en œuvre de la loi « Ma santé 2022 »,

- un accroissement exponentiel des mails adressés aux partenaires afin de les informer des nouveautés.

Les relations conventionnelles demeurent de qualité avec l'ensemble des professions.

Les échanges sont constructifs, une véritable écoute et prise en compte de leurs préoccupations est mise en œuvre par la section sociale qui traduit aussi les orientations/directives nationales en responsabilisant les parties dans le contexte « Ma santé 2022 ». ●

ACCOMPAGNER ET CONTRÔLER L'ACTIVITÉ ET LA FACTURATION

L'une des missions de la CPAM est de garantir la qualité et la durabilité du système de soins et de mieux répondre aux attentes de nos partenaires, en accompagnant les changements.

Cet accompagnement se traduit par la participation et l'adhésion des professionnels de santé pour produire des résultats. En effet, il est de la responsabilité de chaque acteur sanitaire de rationaliser la consommation des soins et leur pertinence.

Par conséquent, la CPAM accompagne les professionnels de santé et établissements quant à la correcte application des conventions et nomenclatures des actes.

Cet accompagnement, ayant pour objectif la modification des pratiques, se traduit par :

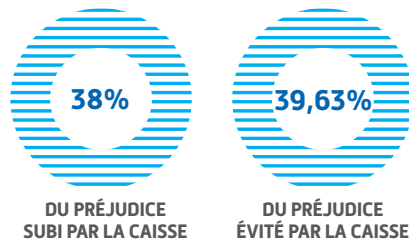
- la transmission d'informations (par mail/courrier, CPD ou visites DAM) des actualités tarifaires, conventionnelles... ;
- la mise en œuvre d'actions mettant en évidence des atypies. Chaque anomalie corrélée au risque financier fait l'objet d'une sensibilisation des PS concernés ;
- la réalisation d'entretiens de sensibilisation ou visites DAM auprès des professionnels de santé présentant une activité divergente de celle des autres praticiens.

A l'issue de ces actions d'information/d'accompagnement, la caisse peut être amenée à conduire des actions de contrôles relevant des plans nationaux, régionaux voire locaux. Ces actions peuvent aboutir à des notifications d'indus, des pénalités financières ou encore des actions contentieuses.

Les contrôles s'articulent autour du Plan National de Contrôle Contentieux, du Programme d'Actions Régional validé par le COSTRAT et des actions locales définies dans le plan annuel pouvant être issues de ciblagés et/ou de signalements.

Le montant des indus notifiés et valorisés en préjudice subi par la caisse correspond aux actions menées sur l'ensemble des programmes de contrôle ; cependant les actions nationales ne représentent que 38% du préjudice subi et 39,63% du préjudice évité constaté.

LES ACTIONS NATIONALES REPRÉSENTENT



Compte tenu de la responsabilité partagée du Directeur et du Directeur Comptable et Financier en matière de lutte contre la fraude, la transversalité nécessaire au renforcement du rôle de détection s'est développée en 2018, notamment avec le Service Contrôle et Validation des Comptes.

C'est ainsi qu'une étude entreprise par le service Contrôle et Validation des Comptes a donné lieu à la notification d'un **indu global de plus de 1 230 000 € à 115 infirmiers libéraux** ; les suites contentieuses ont été graduées en fonction des montants des préjudices individuels constatés :

NOTIFICATION D'INDU ET LETTRE D'AVERTISSEMENT



INDU ET PASSAGE EN COMMISSION



FAVORISER LA COORDINATION POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

Télé médecine



59
TÉLÉCONSULTATIONS

2
TÉLÉEXPERTISES

67

DMP

		RANG NATIONAL
NOMBRE DE DMP OUVERTS EN 2017	1 919	
NOMBRE DE DMP CUMULÉS AU 31/12/2018	53 354	19^{ème}
> Nombre de DMP ouverts par les officines	24 540	4 ^{ème}
> Nombre de DMP ouverts en accueil CPAM	13 071	18 ^{ème}
> Nombre de DMP ouverts par internet	10 324	22 ^{ème}
> Nombre de DMP ouverts par les PS libéraux	4 949	15 ^{ème}
> Nombre de DMP ouverts par les établissements de santé	461	61 ^{ème}
> Nombre de DMP ouverts par les autres structures	9	33 ^{ème}

Exercice regroupé



CENTRES DE SANTÉ (CDS)



ÉQUIPE DE SOINS
PRIMAIRES (ESP)



MAISONS DE SANTÉ
PLURIPROFESSIONNELLES
LABELLISÉES ARS (MSP)



COMMUNAUTÉ
PROFESSIONNELLE
TERRITORIALE DE SANTÉ
(CPTS)

DÉVELOPPER LA E-SANTÉ DANS LE VAR

Avec le développement de la télémédecine et le déploiement du Dossier Médical Partagé, l'Assurance Maladie et la CPAM du Var s'inscrivent dans la logique grandissante de la e-santé.

Il existe à ce jour deux actes de télémédecine : la téléconsultation, facturable depuis le 15 septembre 2018, et la télé-expertise qui sera facturable à compter de février 2019.

La téléconsultation : Le médecin réalise une consultation en direct et à distance, pour un patient, lequel peut être assisté ou non d'un professionnel de santé.

La téléexpertise : le médecin sollicite à distance l'avis d'un confrère sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge de son patient. La télémédecine peut être asynchrone.

La promotion des actes de téléconsultation et de téléexpertise vont nous permettre d'optimiser le parcours de soins, en supprimant notamment les distances et déplacements pour un meilleur accès aux soins sur le territoire. La télémédecine s'inscrit dans le cadre d'une lutte efficace contre les déserts médicaux.

Pour le professionnel de santé et ses patients, la télémédecine et l'acte de la téléconsultation permettent une surveillance constante des données concernant le patient pour une meilleure réactivité et un suivi plus intéressant au moment de la consultation. Elles fournissent un gain de temps au PS, qui n'a pas systématiquement le besoin de se déplacer et d'effectuer des kilomètres pour atteindre son patient. De plus, elles réduisent le temps d'attente.

Enfin, ces actes permettent d'orienter le patient directement vers le bon format de soins, le bon médecin, le spécialiste qui saura le mieux répondre à sa demande et à son problème médical, en évitant un déplacement supplémentaire chez son médecin généraliste notamment.

Les enjeux

du développement de la télémédecine

- Une amélioration de la prise en charge des patients.
- Une simplification du suivi des patients.
- Une facilitation de l'accès de tous les patients à des soins de qualité.
- Un progrès lié à la qualité de vie des patients.
- Une contribution plus aisée au partage d'informations et d'avis entre les membres de l'équipe de soins assurant la prise en charge du patient.

68



Le Dossier Médical Partagé

Grâce à notre engagement sur le terrain et à celui de la caisse nationale, les enjeux du DMP sont aujourd'hui bien connus.

Pour les patients, le DMP est un carnet de santé numérique qui regroupe les documents d'hospitalisation, comptes rendus d'opération, etc.

Pour le corps médical :

- Le partage des données de santé utiles à la prise en charge d'un patient par un professionnel de santé. Le DMP permet d'éviter les accidents thérapeutiques et de faciliter les interventions en cas de prise en charge en urgence.
- L'optimisation de la coordination, la qualité et la continuité des soins pour le patient.
- Un meilleur suivi de la santé du patient par un recensement des antécédents médicaux tous numérisés dans un espace à accès sécurisé et protégé.

69

La stratégie de communication auprès du public a donc été ambitieuse, à l'image de notre objectif : **l'ouverture de 529 000 DMP dans le Var d'ici 2022.**

Nos actions sur le déploiement du DMP en 2018 :

Chantier Accueil

- > Harmonisation entre chaque point d'accueil des pratiques liées à l'argumentation de manière à limiter les écarts.

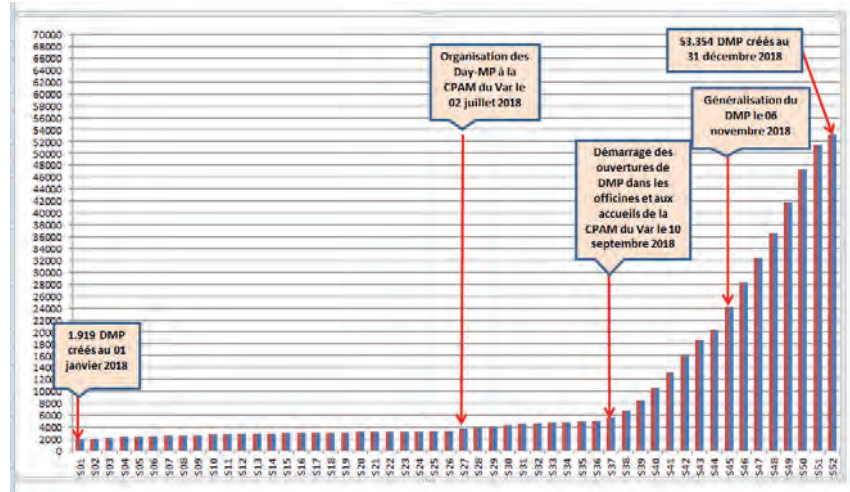
Chantier Officines

- > Elaboration et transmission par mail d'un support mensuel dédié aux officines et leur présentant sous forme de schéma statistique leur situation en termes de créations.

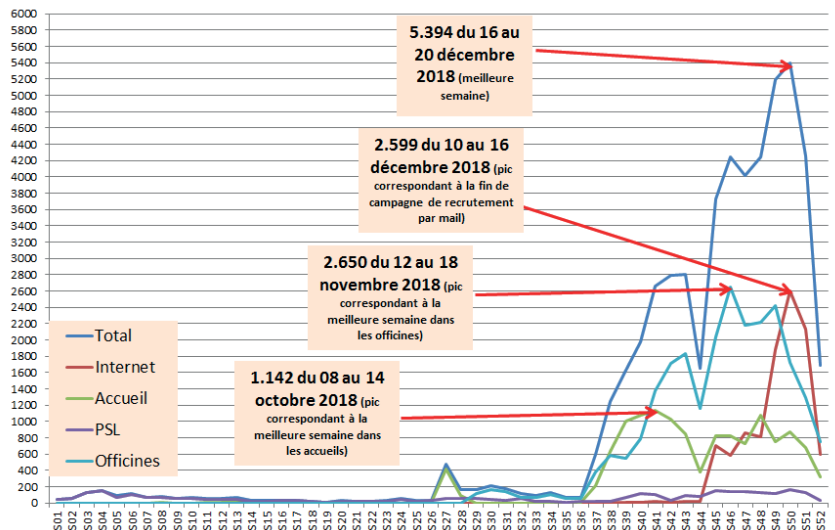
Chantier EHPAD

- > Organisation d'une réunion collective réunissant une trentaine d'EHPAD du littoral de Saint Cyr au Lavandou.
- > Visite d'une dizaine d'EHPAD de l'est et du nord du Var.

Déploiement du DMP



Ouvertures de DMP par canaux de contact



Chantier Établissements de Santé

- > Accompagner le GHT et les ES privés les plus importants en capacité d'alimenter le DMP en intervenant en CME pour répondre aux sollicitations des professionnels de santé dans le hall des accueils afin de créer les DMP des usagers et des personnels.

Chantier Internet

- > Poursuivre les campagnes d'affichage et de promotion sur les ondes des radios locales.

PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER LES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES DANS LE VAR

Les maisons de santé sont des structures pluriprofessionnelles constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils élaborent un projet de santé attestant de leur exercice coordonné.



ENTRETIEN

avec **Christelle Brunon**,
Déléguée de l'Assurance Maladie
sur les MSP et l'ACIP

La CPAM accompagne les médecins souhaitant ouvrir une MSP. La MSP est une nouvelle approche de l'exercice médical permettant de proposer aux patients une offre de soins de premier, voire de second recours, sur un ou plusieurs sites. En outre, l'exercice coordonné offre la possibilité aux professionnels de santé d'améliorer leurs conditions de travail et de s'impliquer communément dans un projet de santé. Ce dernier s'articule autour d'un diagnostic territorial, de services proposés aux patients (prévention et soins) et de l'organisation du fonctionnement de la MSP.

Quelles sont les conditions d'élaboration d'une MSP ?

Chaque convention (accessible sur la constitution d'une MSP nécessite la présence d'au moins deux médecins généralistes et un paramédical. Pour percevoir les rémunérations liées à l'ACIP (Retrouvez plus d'information à ce sujet en page 11), le statut de la MSP doit être modifié en Société Interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

L'URPS Médecins libéraux PACA et la FEMAS PACA peuvent être un appui pour définir un projet de santé, qui doit être validé par l'ARS. La CPAM assiste également les professionnels de santé tout au long de la constitution de la MSP.

Quels sont les engagements de l'ACIP ?

Le contrat ACIP est signé entre la structure, la CPAM et l'ARS. Pour déclencher la rémunération, des indicateurs dits socles doivent être atteints, tandis que d'autres sont complémentaires.

Les premiers sont constitués des horaires d'ouverture, du fait de disposer d'une personne coordinatrice de la MSP, de bénéficier d'un système d'information labellisé par l'ASIP, d'élaborer des protocoles pluridisciplinaires et de participer à des concertations pluriprofessionnelles.

La présence d'un médecin n'est pas obligatoire toute la journée, l'organisation

des soins est à la main des professionnels de la structure qui doivent s'assurer de pouvoir intervenir rapidement en cas de besoin. La personne coordinatrice peut, par exemple, prendre en charge les appels et contacter les professionnels de santé si nécessaire.

D'autre part, les indicateurs optionnels sont validés par rapport à l'offre de diversité de soins médicaux, (pharmacie, spécialistes, paramédicaux), l'organisation des consultations (spécialistes), l'accueil de médecin dans le cadre de la CSTM, l'évaluation de la satisfaction des patients, l'accueil de stagiaires, la réalisation d'au moins deux missions de service public, la coordination externe et le fait de disposer d'un système d'information de niveau avancé. ●

4

RENFORCER

L'EFFICACITÉ

COLLECTIVE



GÉRER DURABLEMENT LES RESSOURCES HUMAINES

Ressources Humaines

828

EN 2017

863

SALARIÉS AU 31/12/18

EN 2017

45



NOMBRE D'EMBAUCHES EN CDI

dont 1 mutation [11 en 2017]
4 personnes intégrées des régimes partenaires

EN 2017

30



NOMBRE D'EMBAUCHES EN CDD

EN 2017

71



NOMBRE DE DÉPARTS

dont 52 en retraite [50 en 2017]

EN 2017

29



VOLONTAIRES CONTRATS CIVIQUES

73

	2018	2017
Nombre d'entretiens réalisés	223	174
> Au titre de la mobilité interne	175	150
> Entretiens professionnels nouveaux embauchés	36	19
> Entretiens professionnels séniors	1	1
> Entretiens au titre des réorganisations	11	4

EN 2017

19,35%

18,7%

TAUX DE TEMPS PARTIEL

EN 2017

19,93%

19,92%

TAUX D'ENCADREMENT

EN 2017

20 912 h

20 224 h

NOMBRE D'HEURES DE FORMATIONS RÉMUNÉRÉES

EN 2017

47



NOMBRE D'ÉTUDIANTS REÇUS EN STAGE

EN 2017

28



NOMBRE DE TÉLÉTRAVAILLEURS

FAIRE ÉVOLUER NOS PRATIQUES MANAGÉRIALES

Faire évoluer nos pratiques managériales c'est s'assurer d'être en cohérence avec les évolutions sociétales, numériques, les évolutions propre à notre organisme et ainsi mieux répondre aux nouvelles attentes de nos collaborateurs. Il s'agit donc d'un axe important du Projet d'Entreprise et du Schéma Directeur des Ressources Humaines (SDRH) 2015-2018 et qui se poursuit sur 2019.

Mutation du travail, changement de génération, un renouvellement des effectifs managériaux important sont autant de raisons de s'intéresser à nos pratiques managériales au sein de notre organisme.

Adapter nos pratiques est donc l'objectif premier de cette démarche. Pour y arriver et être le plus en prise avec la réalité terrain, les clés de réussite d'un tel projet restent communes à celles de toute conduite du changement : Donner du sens, permettre aux collaborateurs de « s'emparer » du changement, l'implication de tous, et communiquer régulièrement.

Un des objectifs poursuivis est aussi de renforcer et dynamiser notre communauté managériale.



Co-Construire le référentiel managérial de demain

Pour y parvenir, nous avons lancé des ateliers en avril 2018, et tenté de répondre à la question : quel management demain à la CPAM du Var ? Pour ce faire ces ateliers se sont voulus à la fois transverse car proposés à tous les niveaux d'encadrement et aux collaborateurs, et à la fois libre dans la forme et leur modalités d'animation tout en étant guidant car structuré en amont par la Direction et le CODIR. Son livrable sera finalisé pour 2019. ●

74

Former et développer de nouvelles pratiques



Afin de permettre à nos 110 managers de s'approprier et de développer de nouvelles pratiques, un plan de formation dédié a été construit ainsi que des expérimentations : innovation, communication professionnelle, ainsi qu'une expérimentation portant sur la pratique du codéveloppement.

Cette démarche se poursuit en 2019, notamment dans la perspective du projet d'entreprise 2019-2022. Les formations se poursuivront également avec de nouvelles thématiques comme le management visuel et le management agile.

AMÉLIORER LA QVT : TÉLÉTRAVAIL, MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DE L'ABSENTÉISME

La mise en place d'une politique de prévention de l'absentéisme (Axe 2 du SDRH : Rechercher et développer une performance sociale et éco-responsable) est une démarche qui repose sur un enjeu commun, qui doit être connue et partagée par tous.

Afin de lutter contre l'absentéisme maladie au sein de l'organisme et améliorer durablement la qualité de vie au travail, la démarche de prévention de l'absentéisme avait été amorcée via une enquête en 2017, avec l'appui du projet ACEA piloté par la Caisse nationale d'Assurance Maladie. Cette enquête a facilité la compréhension de l'absentéisme.



Parce que la réussite de la démarche de réduction de l'absentéisme maladie au sein de l'Organisme repose sur l'implication de tous, l'élaboration du plan d'action a été participative en s'appuyant sur les collaborateurs, via des ateliers dédiés à cette thématique.



Le résultat de ces ateliers a conduit à une proposition d'actions de natures différentes pour 2018 et 2019 autour de différents leviers identifiés par les collaborateurs.

75

FOCUS ACTIONS 2018

Communiquer et motiver

Diffusion d'une plaquette informative

Une plaquette recensant les règles à respecter en cas d'absence liée à la maladie a été élaborée. Ce dépliant comporte un QR CODE permettant à chacun d'accéder directement sur son smartphone aux informations figurant sur cette plaquette. ◦

Dynamiser la qualité de vie au travail

Mise en place d'une semaine QVT

Conférence sur la gestion de son stress, massage amma, initiation à la sophrologie, ou encore quizz sur la QVT, ont été proposés tout au long de cette semaine.

Un programme riche et dense pour lequel les salariés ont répondu présents, que ce soit sur le siège ou bien dans les centres extérieurs. ◦

Innovation et recrutement les entretiens vidéo

Pendant un an notre organisme a participé à une expérimentation nationale pilotée par l'Ucanss, notre fédération employeur, portant sur la mise en place d'entretien vidéo de pré qualification via notre plateforme de recrutement Lasécuritérecrute. Ce nouveau dispositif vise à moderniser l'image employeur de la CPAM du Var et à adapter notre recrutement aux évolutions technologiques et aux nouveaux profils de candidats.

Au cours de l'année 2018, le département des ressources humaines a utilisé ce module vidéo pour 8 offres d'emplois et visionné 130 vidéos avec des retours des candidats encourageants sur ce nouveau dispositif :

« Me concernant, c'était une première. J'ai trouvé ce système moderne, clair et facile d'accès. Devoir convaincre un recruteur par vidéo n'était pas facile pour moi les premiers instants mais très vite j'ai ressenti une aisance qui m'a permis de continuer mes vidéos plus sereinement. »

Grace au bilan positif de cette expérimentation, l'Ucanss généralise cette pratique à tous les organismes du régime général.

1665

CANDIDATURES REÇUES

190

LIENS VIDÉOS ENVOYÉS

130

VIDÉOS ANALYSÉES

PRÉVENTION EN INTERNE

La prévention tient une place importante en interne pour l'ensemble des collaborateurs. Nous avons donc tout au long de cette année 2018 mis en œuvre des actions de prévention à destination des salariés.

Un programme de prévention sous forme d'ateliers principalement, et porté par notre infirmière au travail avec le soutien du manager gestion du patrimoine et santé et sécurité au travail, est mis en place.

Parmi les thèmes de prévention proposés, nous avons sensibilisé aux gestes et bonnes postures dans le cadre de la prévention des TMS (troubles musculo-squelettiques), et également sur le travail sur écran.

Des quizz ont également permis de dynamiser nos actions sur les thématiques comme le mal de dos et les addictions.

Ces actions se poursuivent et se renforcent sur 2019 grâce au soutien de la CNAM, qui impulse cette dynamique interne de prévention en proposant des campagnes de communication outillées.



Focus

Les formations PRAP

Depuis 6 ans le secteur patrimoine, conjointement avec l'infirmière au travail, forme le personnel aux bonnes pratiques de la levée de charge. La formation appelée PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique) consiste à diffuser les techniques de levée de charge et la réglementation en vigueur.

Les sessions se composent d'une quinzaine de personnes. Une première partie explique la composition du dos et décrit les pathologies possibles et une deuxième partie plutôt pratique consiste à montrer les bons gestes et à démontrer l'importance d'avoir des bonnes pratiques. Enfin une dernière partie rappelle les postures à adopter au poste de travail. ◦

100

AGENTS ONT BÉNÉFICIÉ DE LA FORMATION PRAP EN 2018

Mme TELLENE Sylvia du service FSA :

"Cette formation est très porteuse et sert dans la vie de tous les jours. On peut l'appliquer au quotidien et le bénéfice est réel. Autant sur le format que sur la forme, ce moment d'information est à multiplier sur d'autres thématiques liées à la santé du personnel."

FAVORISER UNE GESTION RESPONSABLE

Gestion budgétaire

CHARGES GESTION ADMINISTRATIVE

49 191 346 €

EN 2017

50 632 467 €

SOIT

1,55%

DU TOTAL
DES CHARGES

SOIT **1,69%**
DU TOTAL DES
CHARGES

Gestion du parc matériel

	2018	2017
PMF	1 141	1 195
Postes ameli	37	30
Serveurs physiques	20	19
Serveurs « virtualisés »	83	69
BMS	16	16
Scanner	5	5
Switches	108	108
Token (accès nomade)	147	112

77

Parc applicatif local

APPLICATIONS
VAROISES

42

APPLICATIONS
AUTRES CPAM

EN 2017

17

12

CLOE (optimisation)

ÉVOLUTION : ● LOCALE ● NATIONALE

	2018	2017		
Courrier	327 000	254 000	+28,74%	
Mail	154 000	100 000	+54%	+18,52%
TOTAL	481 000	354 000	+35,87%	+ 5,92%

Impressions

NOMBRE D'IMPRESSIONS
PAR JOUR ET PAR AGENT

EN 2017

28

21

Autres (informatique)

FICHES INCIDENTS

1 868

-23%

DEMANDE
D'HABILITATION

1 454

-3,5%

DÉLAI D'INTERVENTION

2h

-75%

PROGRESSER VERS LE « TOUT NUMÉRIQUE »

L'assistance aux utilisateurs se trouve optimisée lorsque l'informatique se substitue complètement à un agent pour réaliser certaines tâches qui ne nécessitent pas de technicité métier.

Déjà bien en place depuis quelques années dans la réflexion qui précède le développement d'une application locale, la notion d'automatisation gagne encore en importance avec l'actuelle maîtrise de la technique de « robotisation » de certaines tâches.

En matière d'automatisation des tâches nous disposons de 2 natures d'outils, très différents et souvent complémentaires :

- Les robots
- Les traitements automatisés

Les robots

Un robot est destiné à remplacer à l'identique les opérations habituellement réalisées par un agent. En conséquence le robot exploite l'IHM (les écrans) de l'application métier.

Le robot doit donc être activé explicitement par un agent, en association avec une carte agent et les habilitations nécessaires à l'utilisation de l'application cible. La carte agent peut être celle de l'agent ou celle d'un « agent-robot » pour permettre à l'agent de travailler en même temps que le robot, mais sur un autre poste.

Il y a deux catégories de robots : ceux qui réalisent des saisies (la grande majorité de nos robots) et ceux qui consultent et récupèrent des informations affichées par l'application métier ou mise à disposition sous forme « d'export ».

Les traitements automatisés

Il s'agit de modules informatiques qui s'exonèrent des interfaces écrans pour réaliser des traitements directement en

relation avec les bases de données. On travaille principalement dans le cadre d'applications locales voire, quand c'est possible, après la mise en base de données locales d'informations issues d'applications nationales.

Ces traitements peuvent être activés automatiquement sans intervention d'un agent.

Fin 2018 la CPAM utilise **21 robots différents dont 9 scénarii PROWEB** (outil développé et régulièrement enrichi par la CPAM de Lille Douai)

4 projets sont actuellement en chantier. Ils ont tous les 4 la particularités de comporter à la fois un robot de « récupération d'information dans une application » et un robot de saisie des informations récupérées dans une autre application.

EXEMPLES

Le traitement des indus

...pour « absence de pièces justificatives flux tiers » et des indus issus du « catalogue maîtrise des risques ».

Précédemment pour chaque situation identifiée un agent du service frais de santé devait enregistrer les informations qui permettent la notification et le suivi de l'indu et un agent du service Activités Comptables et Financières devait procéder à la création de l'indu dans l'outil DETTES.

Désormais la partie notification est entièrement réalisée par un traitement automatisé qui de plus alimente un robot qui procède à la mise à jour de DETTES.

L'ensemble de la chaîne qui concerne environ 1000 indus chaque mois est automatisé, seuls subsistent les contrôles de cohérence matérialisés par les signatures des responsables des divers secteurs intervenants dans la procédure. ◦

Le traitement de signalements ORPHEE

Certains avis ORPHEE ne sont pas pris en charge par l'injecteur et parmi eux certains doivent faire l'objet d'un traitement par ARCHIPEL. Un traitement automatisé récupère les avis ORPHEE dans une corbeille CLOE, détermine à partir de mots-clés ceux qui concernent ARCHIPEL et prépare un fichier de données qui permettra ensuite au robot ADDICT de les injecter dans la bonne corbeille DIADEME pour traitement. ◦

Le traitement de masse avec Proweb, exemple au service GDB

Jusqu'à la mise en place du robot Proweb au sein de la caisse, les techniciens Gestion Des Bénéficiaires (GDB) réalisaient les traitements de masse manuellement. Ces traitements concernaient le traitement de la campagne de renouvellement de droits, les campagnes d'autonomisation des enfants majeurs ou encore le traitement des résultats de la campagne de contrôles PUMA.

Proweb peut travailler sur plusieurs outils : PROGRES (PN, PE, mise à jour), GK, EOPPS, RNCPS, DETTE ou encore GRH. Son adoption par la caisse du Var est un vrai plus car il **évite aux techniciens d'effectuer des tâches répétitives et permet de fiabiliser la BDO** en permettant de traiter rapidement un grand nombre de dossiers.

79

Fin 2016, nous apprenons l'existence d'un robot développé par la CPAM de Lille Douai permettant d'effectuer des traitements de masse dans PROGRES. Son nom : PROWEB.

Début 2017, un groupe de travail est formé pour appréhender l'outil et les mesures de sécurité qui doivent accompagner son utilisation à la Caisse du Var.

En juillet 2017, la première utilisation de Proweb est lancée.

Avant de lancer un traitement, les managers doivent compléter un fichier excel avec toutes les données utiles au traitement. C'est un travail préparatoire qui demande beaucoup d'attention.

Une fois le fichier fait et enregistré sur un serveur sécurisé, le manager le met à disposition du technicien Proweb directement dans l'outil.

Le technicien Proweb n'a plus qu'à lancer le traitement sur sa machine en vérifiant quelques éléments, comme l'UGE de PROGRES ou la page de GK sur laquelle le robot doit travailler. Proweb reconnaît tout seul le scénario à utiliser, en fonction du fichier excel. Par exemple, le temps de création d'un assuré en BDO est d'une minute environ.



Présentation et démonstration de Proweb aux agents lors de l'Assemblée Générale

OPTIMISER NOS DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT

Afin de réduire les coûts de fonctionnement des CPAM, la CNAM a élaboré un plan d'économies pour le CPG 2018-2022. Les préconisations d'économies portent sur 7 postes de dépenses identifiés : les fournitures de bureau, les frais de déplacement, les dépenses d'entretien et de réparation, le projet CEDRE, l'affranchissement, les charges immobilières et la flotte automobile.

En 2018, nous étions concernés par 4 de ces 7 items et nous avons progressé en local sur tous les postes identifiés, au-delà des efforts demandés.

C'est notamment le cas sur le poste des impressions en local. Plusieurs actions ont été réalisées :

- L'analyse des habitudes d'impression de chaque service et proposition de solutions de remplacement et/ou d'optimisation ;
- L'attribution d'un quota personnalisé par service ;
- La supervision des impressions.

Ces actions ont permis de réduire nos volumes d'impression de 20% et de réaliser les économies attendues par le National.

Enfin, le recours à CLOE a progressé entre 2017 et 2018, passant de 55,64 % à 74,12 % grâce notamment à l'inclusion des courriers des secteurs RCT et Invalidité, ce qui a eu pour effet d'accroître les économies déjà réalisées par les actions menées sur le courrier industriel et l'optimisation des envois inter-sites et des colis.

En 2019, des efforts supplémentaires seront à réaliser sur les charges immobilières et la flotte automobile.

Les déchets collectés



10 308 kilos



64 kilos



14,5 kilos



9 kilos

Les bénéfices environnementaux

175

ARBRES NON COUPÉS

235

M3 D'EAU ÉCONOMISÉS

51 361

KWH D'ÉNERGIE ÉCONOMISÉE

3 083

KG DE CO2 NON REJETÉS

61

LITRES DE PÉTROLE ÉCONOMISÉS

80

Focus

la CPAM du Var, un acteur éco-responsable



Outre les actions liées à l'immobilier, nous avons également plusieurs actions RSO concernant les achats de biens ou de services.

Notre organisme s'est notamment doté en toute fin d'année 2018 de son premier véhicule électrique. Ce véhicule est destiné aux agents du service GAP pour la réalisation de leurs missions quotidiennes.

On peut également citer la mise en place en 2018 d'un nouveau marché de recyclage des déchets avec une entreprise employant des personnels en situation de handicap et/ ou d'insertion.

ÉLABORER LE SCHÉMA DIRECTEUR IMMOBILIER LOCAL 2018/2022

Le SDIL dessine la feuille de route de la politique immobilière de la CPAM pour les années 2018 à 2022.

L'immobilier doit anticiper les évolutions de l'environnement et les besoins des services. Il devient un outil efficace de la stratégie d'entreprise quand il répond aux besoins actuels et futurs, quand il prend en compte les actions d'amélioration des conditions de travail et quand il s'inscrit dans une exigence de maîtrise des coûts.

Il est trop tôt pour évaluer les actions mises en œuvre au cours de l'année 2018, mais en prenant les chiffres des années 2016 et 2017 sur l'énergie et l'eau, on peut observer les bénéfices environnementaux et économiques de la politique de modernisation menée :

L'élaboration du SDIL vise à un équilibre entre nos projections en matière de GPEC et l'impact notamment des départs à la retraite sur les sites extérieurs, et notre implantation territoriale qui doit garantir une politique de proximité dans un département étendu et dense.

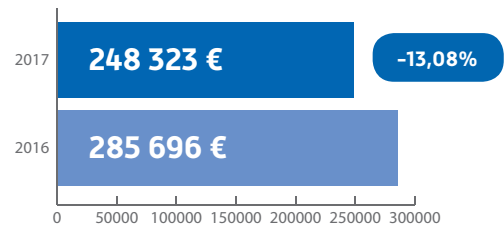
Les orientations stratégiques du SDIL consistent notamment à :

- **Optimiser et densifier les 3 sites situés dans le Centre Var et à l'Est Var** : Brignoles, Draguignan et Fréjus, en anticipant une évolution à terme des services concernés sur les activités principales d'accueil et d'accompagnement,
- **Rationaliser notre implantation sur l'agglomération Toulonnaise** en concentrant nos activités de back office autour de 3 sites : Toulon, Hyères, La Seyne.

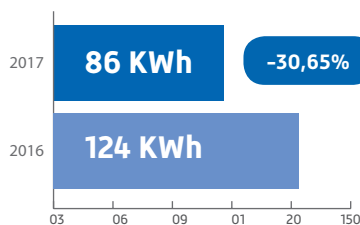
Au travers de ces engagements, nous pouvons noter des résultats concrets sur certains postes en liens directs avec les améliorations mises en œuvre dans le cadre des opérations du SDIL.

81

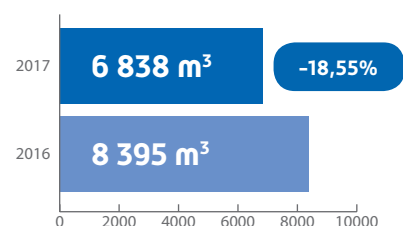
Coûts énergétiques



Consommation électrique



Consommation d'eau



MAÎTRISER LES RISQUES LIÉS À L'ACTIVITÉ

Contrôle interne

	2018	2017	ÉVOLUTION LOCALE
Nombre de contrôles réalisés ciblés PN	8 730	8 813	-0.9%
Montant des indus détectés suite à ces contrôles ciblés	127 250	228 606	-44%
Nombre de contrôles PSCAC PE-PN-invalidité-autres	113 235	153 710	-26,33 %
Montant des indus détectés suite aux contrôles PSAC	919 117	779 724	+17,88 %
Montant des préjudices évités suite aux contrôles PCSAC	979 245	1 214 200	-19,35 %

82

Validation des comptes

SCORE

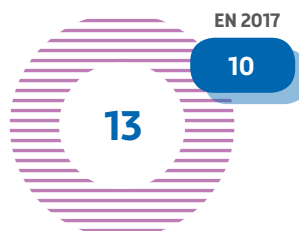


En région :
2 caisses "validation sans réserve"
les autres avec observations

Au National :
41 CPAM/CGSS "validation sans réserve"

SMI

NOMBRE DE PROCESSUS DÉPLOYÉS EN RNP [sur 48]



3 RNP déployés au 01/01/2019 :

RCT - Créances - Trésorerie

9 RNP prévus courant 2019 :

ROSP

Accompagnement des offreurs de soins

Immobilier

Flux entrants

GEC

Oppositions

Sollicitations écrites

Achats

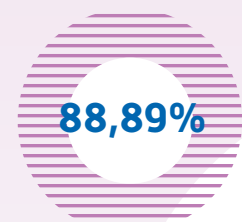
Fraudes

SSI

SCORE



PROFILS HADES (PASSEPORT)



Procédures et Recouvrement

	2018	2017
RECOURS CONTRE TIERS		
Nombre de dossiers RCT	36 070	30 533
Montant recouvré par bénéficiaire (plateau)	21,47€	23,22€
CONTENTIEUX		
Nombre de réquisitions judiciaires reçues et traitées	1 311	1 263
Indus hors fraude (au stade de la mise en demeure)*		
> Nombre indus	2 649	4 193
> Montant récupéré	1 465 622,79€	2 143 650,70€
Indus fraude (au stade de la mise en demeure)		
> Nombre indus fraude assurés	104	333
> Montant récupéré indus fraude assurés	212 651,96€	65 094,72€
> Nombre indus fraude PS	192	118
> Montant récupéré indus fraude PS	392 699€	207 727,61€
Contentieux employeurs		
> Nombre de Faute inexcusable de l'employeur (FIE)	266	389
> Montant récupéré FIE	504 951,90€	745 189,98€
> Nombre de sanctions employeurs [L471]	27	169
> Montant récupéré sanctions employeurs	38 139,87€	23 365,66€
Pénalités financières		
> Nombre de pénalités financières assurés	32	32
> Montant récupéré PF assurés	11 065,66€	4 170,47€
> Nombre de pénalités financières PS	4	22
> Montant récupéré PF PS	51 783,81€	98 831€

83

	2018	2017
DÉCISIONS RENDUES		
Nombre de décisions rendues		
Contentieux général		
> Commissions de Recours Amiable : droits - indus- RDD	1 530	1 811
> Tribunal des Affaires Sanitaires et Sociales*	645	496
> Cours d'Appel *	44	9
> Cour de Cassation*	7	11
Fraude		
> Tribunal Correctionnel	2	7
> Cour d'appel Ch. correctionnelle	2	1
> TASS indu fraude	16	16
> Cour d'appel chambre civile	5	2
> CDAS	39	18
> Contentieux ordinal	2	7

*Hors FIE

	2018	2017
DÉCISIONS RENDUES		
% de décisions confirmées		
Contentieux général		
> TASS	77,21%	46%
> Cour d'appel chambre civile	65,91%	57%
> Cour de cassation	28,58%	73%
> Tribunal administratif	100%	100%
Fraude		
> Contentieux ordinal	100%	100%
> Tribunal correctionnel	50%	86%
> Cour d'appel correctionnel	60%	100%
> TASS	100%	75%
> Cour d'appel chambre civile	100%	100%
> CDAS	97,44%	89%

MAINTENIR LE SCORE DE VALIDATION DES COMPTES

Le score de validation des comptes de la caisse est passé de 83,96% en 2016 à 100% en 2017. Ce score est maintenu en 2018.

Sur quoi avons-nous progressé ?

Au niveau des observations formulées par la CNAM depuis 2016, la situation s'est améliorée. Les travaux réalisés conjointement entre les services du Directeur et de l'Agent Comptable ont permis de lever les observations formulées sur les processus frais de santé, et notamment sur les pièces justificatives et les doubles paiements, fraudes, Recours Contre Tiers (RCT), IJ-AT et reconnaissance AT-MP.

En 2018 une seule observation a été formulée concernant le processus IJ-AT.

Quels efforts restent-ils à faire ?

Les efforts doivent être maintenus sur les processus ayant fait l'objet d'observations dans les années passées et qui présentent de forts enjeux financiers :

- L'invalidité ;
- La fiabilisation des IJ tant sur les liquidations que sur les régularisations ;
- La fiabilisation de la qualité des pièces justificatives reçues, nos procédures permettant de maîtriser les aspects quantitatifs ;
- Le RCT ;
- La reconnaissance AT, processus sur lequel la CNAM porte un regard de plus en plus important lors de l'analyse du dossier annuel ;

- Le suivi des fraudes et notamment les règles d'ajustement entre OGS et la comptabilité.

La qualité du rapport, la clarté des explications transmises à la CNAM et la justesse des preuves probantes sont autant d'éléments qui peuvent aussi aider les auditeurs à porter un regard positif sur nos actions. Au-delà des actions visant à maîtriser les risques il est également important de maintenir un niveau de qualité élevé dans les réponses apportées.

Afin de maintenir le score de validation il est également important d'apporter une vigilance à la PSSI qui représente 20% du score de validation, et aux indicateurs de fiabilité PN et PE qui entrent dans le calcul de l'indicateur CPG.

L'indicateur CPG a été porté à 50 points au lieu de 40 les années précédentes.



OPTIMISER L'ORGANISATION DE LA CAISSE : LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE MANAGEMENT INTÉGRÉ

L'un des chantiers majeurs d'optimisation de notre organisation sur 2018 est la refonte de la gouvernance du SMI.

85

L'organisation locale de la gouvernance du Système de Management Intégré (SMI) a été revue en 2018 avec :

- La diffusion d'une note de cadrage du pilotage local du SMI ;
- La constitution d'un comité de pilotage local ;
- La création du Département Maîtrise des Risques et Optimisation des Processus ;
- Le renforcement de l'accompagnement personnalisé et organisé pour les pilotes et copilotes ;
- L'organisation d'un séminaire SMI.

La Directrice et le Directeur Comptable et Financier pilotent le COPIL SMI et définissent sa feuille de route annuelle.

Ses principaux axes sont :

- La poursuite du déploiement des RNP selon la méthodologie définie ;
- Le renforcement de l'accompagnement des acteurs du SMI, en majeur les pilotes et copilotes de processus, avec la création d'une grille d'analyse de la performance d'un processus et la mise à disposition d'un catalogue d'offres de service (proposé par les principaux services d'appui, le Contrôle Interne, le service CoSmi-SSI, le Contrôle de Gestion) ;
- La mise en place de la boîte à outils des pilotes : centralisation de l'ensemble des données disponibles sur un même espace Intranet. L'organisation de la gestion des plans d'actions des processus : rédaction d'une note et mise à disposition d'un outil ;

- Le renforcement de l'écoute client dans le cadre de la création de la cellule « Ecoute Client » ;

- La professionnalisation de l'audit avec la mise en place des audits de performance.

La création du Département Maîtrise des Risques et Optimisation des Processus

Partant du constat que les services Contrôle et Validation des Comptes (CVC) et Coordination SMI-SSI (CoS-MI-SSI) contribuaient chacun de leur côté à l'amélioration de la performance, le premier au niveau de la fiabilisation des processus, le deuxième au niveau de l'optimisation, et suite au rattachement du Cosmi-SSI à l'Agent Comptable, il a été décidé dans un objectif de rationalisation et d'amélioration de l'efficacité collective, de rassembler l'ensemble des acteurs au sein d'un département dédié à la maîtrise des risques et à l'optimisation des processus.

Chaque service a des missions spécifiques mais qui sont complémentaires. L'objectif de la création du département est la mise en commun des ressources et des compétences pour renforcer les interactions au niveau :

- De la participation au déploiement et au suivi des RNP ;
- De la participation aux revues de performance ;
- De la réalisation d'ateliers d'optimisation et d'ateliers de fiabilisation des processus ;

- De la planification et de la mise en œuvre du plan d'audit pluriannuel ;

- De l'évaluation des dispositifs de maîtrise des risques ;

- Du travail collaboratif avec les autres fonctions d'appui, notamment le contrôle de gestion afin de favoriser l'optimisation de la démarche maîtrise des risques et de la performance au service de tous les acteurs.

FOCUS

L'offre des services d'appui présentée en séminaire

La grille d'analyse de la performance

A qui sert-elle ?

> Elle est destinée aux acteurs des processus (Agents de Direction, Pilotes et Copilotes)

A quoi sert-elle ?

> Elle permet de réaliser une auto-évaluation globale d'un processus à partir de grandes thématiques
 > Elle a pour vocation de mieux cerner les points forts et les points d'amélioration du processus
 > Elle peut aider, en identifiant certains axes de progrès, à alimenter le plan d'actions du processus

A quel moment est-elle utile ?

> Elle est disponible, en ligne sur OPTA et pourra être utilisée à tout moment
 > Elle peut constituer une aide à la préparation des revues de performance
 > Elle peut également servir aux Pilotes/Copilotes pour préparer un audit. ◉

le catalogue d'offres de services

Il recense l'ensemble des outils et dispositifs pouvant être utilisés ou mis en œuvre pour diagnostiquer, analyser, améliorer, optimiser la performance et/ou le pilotage des processus. Les offres sont les suivantes :

- Les Audits
- Accompagnement des personnels audités
- Les Ateliers Simples d'Optimisation
- Les enquêtes de satisfaction locales
- Accompagnement des co-pilotes
- Accompagnement à la mise en place d'outils de comptabilité analytique
- Accompagnement à l'exploitation et l'analyse du diagnostic de Performance
- Organisation de benchmark sur différentes thématiques
- Saisine du COPIL SMI sur d'autres besoins d'accompagnement de la part de services support (Contrôle Interne, Contrôle de Gestion, COSMI-SSI, GRH, DRIO, ARES...)
- Formation à l'outil OSA (Outil de Suivi des Audits)
- Les Ateliers Maîtrise des Risques
- Accompagnement de la cellule écoute clients

De nouvelles offres devraient compléter le catalogue en 2019 : rédaction de procédure... ◉

FOCUS

La refonte des contrôles métiers

L'analyse du plan de contrôle a montré l'existence de contrôles locaux qui ont fait l'objet d'une analyse critique au regard du temps passé au contrôle et des taux d'anomalies constatés. Cette analyse a permis d'effectuer un recentrage sur les contrôles du PCSAC et de maintenir un certain nombre de contrôles locaux, à la demande de l'Agent Comptable au regard de sa responsabilité personnelle et pécuniaire, mais également des services de la Directrice par rapport aux risques que ces contrôles permettent de maîtriser. Enfin, d'autres contrôles ont été supprimés pour 2019 au regard du faible taux d'anomalies constaté.

L'analyse des résultats des contrôles est accompagnée d'une analyse d'activité qui donne lieu à des projets de réorganisation du contrôle pour anticiper :

- L'évolution du PCSAC qui s'oriente de plus en plus sur des contrôles ciblés à posteriori ;
- Les départs en retraite ;
- L'évolution du métier de contrôleur pour passer d'un délégué de l'Agent Comptable à un gestionnaire maîtrise des risques. ◉

Suite à cette analyse :



ORGANISER LE RECOUVREMENT UNIFIÉ DES CRÉANCES

Le service Contentieux est devenu un département Contentieux en janvier 2018.

Pour renforcer son efficacité, le département Contentieux s'est restructuré en créant un pôle "Procédures" et un pôle spécifiquement dédié au "Recouvrement" des indus de toute nature (assurés, professionnels de santé, établissements, employeurs).

L'optimisation du recouvrement amiable et forcé des créances a conduit à instaurer, à la CPAM du Var, une politique renforcée de recouvrement, adaptée à la situation sociale et financière des débiteurs et aux nouveaux moyens dont disposent les caisses primaires d'assurance maladie depuis la loi de financement de la sécurité sociale 2017.

Cette recherche d'efficacité par le contentieux de la CPAM du Var dès 2017 a anticipé la parution de la LR-DDFC-12/2018 du 10/04/2018 qui a posé les principes et les échéances visant à la mise en place en 2019 du recouvrement unifié des créances sous la responsabilité de l'Agent Comptable.

De cette unification, sont attendus des gains de productivité :

- > L'amélioration des délais de traitement ;
- > L'amélioration du taux de recouvrement et de la vitesse de recouvrement ;
- > L'augmentation des compétences des techniciens ;
- > L'amélioration de la qualité du service rendu ;
- > La diminution du risque de prescription ;

Dès le mois de mai 2018, un travail concerté sous forme d'ateliers associant cadres et agents des secteurs concernés ont étudié les procédures, besoins matériels et aménagements nécessaires pour que le recouvrement unifié des créances soit effectif au 1^{er} février 2019.

Focus

La loi ESSOC et l'expérimentation varoise sur la notification des indus

Le contexte de la loi

Il s'agit d'une Loi parue le 10 août dernier qui traduit la volonté des Pouvoirs Publics d'introduire une plus grande bienveillance dans la relation entre les Français et l'ensemble des Institutions. Elle institue notamment le droit à l'erreur et l'allègement des démarches administratives des usagers. Cette Loi s'inscrit dans le programme de transformation d'action publique 2022. Ainsi, pendant la période du quinquennat, une déclinaison concrète de ces dispositifs sera faite afin de rendre l'administration plus accessible et bienveillante vis-à-vis des usagers.

L'expérimentation varoise : des rencontres interrégimes, interbranches et participatives

Dans le cadre de cette Loi, le département du Var a été retenu comme site expérimental sur la notification des indus.

Afin de rédiger ces projets de décrets qui ont vocation à être publiés sur la fin du 1^{er} semestre 2019, la Direction Interministérielle de la Transformation Publique s'est appuyée sur une expérimentation et elle avait donc besoin de recueillir en amont l'avis des organismes concernés et de leurs usagers. Ainsi, ont été mis en place des dispositifs d'écoute clients en trois phases :

1. Un panel d'assurés s'étant vus notifier des indus ont été contactés par téléphone pour répondre à

des questions. La remontée des réponses a été faite de manière anonymisée à la DITP.

2. Le 27 septembre, des membres de la DITP sont venus en immersion dans les services de production et d'accueil de la CPAM, (la CAF, la MSA et la CARSAT ont été également concernées sur la même période). Des entretiens avec des agents experts sur les thèmes du recouvrement et de la communication des indus et des créances ont également eu lieu.

3. Les 16-17 octobre, des focus-group ont été organisés. Ils ont regroupé dans une même salle deux assurés de chaque organisme concernés par des indus, ainsi que des agents de ces différents organismes. Ces groupes ont été animés par des agents de la DITP et ont porté sur deux thèmes :

- Faire comprendre l'indu : communication, notification, relation usager.

- Rectification, contradictoire et précontentieux en matière d'indus.

A la fin de ce dispositif d'écoute, la DITP, via un groupe national, a proposé des mesures sur lesquels un bilan sera rendu en 2019 pour alimenter les textes réglementaires.

On peut souligner le caractère participatif de la création de ce texte réglementaire, avec la préoccupation d'associer les citoyens concernés.

3 QUESTIONS À

Bernadette Dol

Responsable du département Contentieux

Marie-Hélène Matevski

Responsable du Pôle Recouvrement



Quels impacts de la loi ESSOC sur l'activité Recouvrement des créances ?

Dans le cadre du chantier « Relation de confiance » de la loi ESSOC, le Département Contentieux a été associé afin d'améliorer le recours à la Commission de Recours Amiable et à la Commission de Remise de Dette par l'usager débiteur d'une créance au profit de la CPAM.

Dans cette optique et pour harmoniser nos pratiques, le questionnaire ressources adressé aux assurés a été revu en collaboration avec la CARSAT et la MSA.

Une phase d'accompagnement des assurés s'est déroulée à compter du 26/11/18 et prévoyait un contact téléphonique après l'envoi du nouveau questionnaire de ressources afin d'aider les assurés à le remplir et à répondre à leurs interrogations.

Cette démarche a été très appréciée par les assurés, ravis d'avoir en direct l'agent en charge de son dossier.



Une autre loi vient interagir avec l'activité contentieuse, c'est la loi de modernisation de la justice du XXIème siècle.

Qu'est-ce qui change ?

Quels sont les préparatifs ?

La loi du 19/11/2016 de modernisation de la justice au XXIème siècle prévoit le transfert au 1er janvier 2019 du contentieux du Tribunal des Affaires Sanitaires et Sociales (TASS), du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité et d'une partie de la Commission Départementale d'Action Sociale vers le Tribunal de Grande Instance (TGI), créant ainsi le pôle social.

La préparation de ce changement a nécessité l'absorption du solde de recours enrôlés par ces juridictions et a généré une forte recrudescence des audiences et du nombre de dossiers par audience, fin 2017, et tout au long de l'année 2018 et se poursuivra en 2019.

Pour parvenir à respecter le calendrier de ces audiences auquel la caisse ne peut se soustraire, le pôle Procédure du Département Contentieux est épaulé par des CDD qui contribuent à la rédaction de mémoires pour la Commission de Recours Amiable (CRA). Ils soulagent

ainsi les rédacteurs juridiques de ces tâches leur permettant de se consacrer aux conclusions devant les juridictions. Tous les recours devant le TASS n'ont pu faire l'objet d'un audiencement au 31/12/2018 et sont ainsi transférés au Pôle social.

Cette loi a également généralisé le recours préalable obligatoire pour tous les contentieux, ce qui va nécessairement engendrer en 2019 une forte augmentation de contestations devant la CRA.

Elle met en place la Commission Médicale de Recours Amiable et instaure la possibilité d'une consultation clinique ou sur pièces à l'audience, à l'instar de la procédure déjà existante au Tribunal du Contentieux de l'Incapacité.

88



Dirigeons-nous vers un changement dans la dynamique juridictionnelle ?

La CMRA a vocation à fluidifier les contentieux et diminuer les expertises en accélérant la procédure.

De même, la consultation clinique, même dissociée de l'audience, et la présence d'un médecin conseil de la caisse à cette consultation apporteront une réponse médicale plus rapide et des délais de procédure réduits.

Le recrutement d'une 2^{ème} audicière en octobre 2018 devrait permettre à la CPAM de faire face plus aisément à la recrudescence des audiences en 2019 précédemment évoquée.

Le nombre croissant d'audiences de 1^{ère} instance entrainera nécessairement une augmentation plus substantielle d'audiences en Cour d'Appel et une activité plus importante des 2 audicières.



Réunion ESSOC avec la Direction interministérielle de la transformation publique le 27 septembre 2018

PARTICIPER À L'ÉVOLUTION DU RÉSEAU

Témoignages

RNP Fraudes



RETOUR D'EXPÉRIENCE

de **Laure Manfredi**
Responsable du service
Lutte Contre la Fraude

89

En 2018, la Directrice a souhaité que notre caisse se porte volontaire pour expérimenter le RNP Fraudes. En juillet, la CNAM nous a présenté ce référentiel et nous a donné les éléments d'information nécessaires à la phase de test.

En relation avec le COSMI-SSI nous avons étudié les documents mis à notre disposition pour tester la mise en œuvre afin de :

- s'assurer que le RNP recensait les principaux risques socles,
- valider les dispositifs de maîtrise
- recueillir les bonnes pratiques
- vérifier si les dispositifs et indicateurs proposés étaient adaptés et efficaces
- valider sa clarté et sa lisibilité

Une grille d'auto évaluation du RNP ainsi qu'une grille d'analyse de perception ont été complétées et remontées à la CNAM à la mi-novembre ; le 30 janvier nous avons participé à une réunion de bilan avec la CNAM, en visio à la DRSM, elle-même expérimentatrice.

Mon appréciation globale est que le RNP est un outil structurant qui nous a permis de faire un bon état des lieux de l'activité dans notre organisme et de constater que nous ne partions pas de rien.

Il devrait être généralisé début 2020 ; malgré la charge induite c'est donc une chance d'avoir pu participer à cette phase de qualification car nous pouvons nous préparer avant la généralisation et ajuster nos usages.

Ce RNP ne changera pas les pratiques des agents du service LCF, en revanche il demandera aux managers de suivre de nouveaux indicateurs en plus des indicateurs CPG, et de réaliser de façon formelle et opposable le suivi de l'activité et sa supervision.

Groupe national PUMA

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Depuis 2016, la protection Universelle Maladie (PUMA) permet une prise en charge des frais de santé sans rupture de droits en cas de changement de situation professionnelle (perte d'emploi...), familiale (séparation...) ou de résidence.

La PUMA garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Afin de procéder régulièrement au contrôle des situations déclarées par nos assurés, la PLFSS a posé le principe d'un référentiel de contrôle unique validé par l'Etat pour vérifier l'activité et/ou la résidence. L'objectif de ce contrôle n'est pas

de déterminer annuellement à quel titre un assuré bénéficie de droits ouverts mais de s'assurer que personne ne bénéficie à tort de l'assurance maladie.

Le référentiel de contrôle gère les 3 conditions :

- Activité
- Stabilité de résidence
- Régularité de séjour

La Caisse du Var est membre du groupe national PUMA, groupe composé de quelques caisses référentes et de services de la CNAM. Ce groupe est sollicité afin d'assister la Caisse Nationale dans des prises de décisions de mises en œuvre de contrôle. Pour cela nous testons différentes procédures de mises en œuvre.



ENTRETIEN

avec **Sylvie Davin**,
Responsable du Service
Gestion des Bénéficiaires

Quelle est la nature de notre engagement ? Sur quoi sommes-nous engagés ?

Notre engagement consiste à assister la CNAM dans la prise de décision relative au déploiement des divers contrôles effectués dans le cadre de la PUMA.

Nous sommes présents pour tester des procédures, faire tourner des requêtes par notre contrôle de gestion et pour faire des propositions sur ce qui nous semble opportun et ce qui l'est moins. Parfois, nos suggestions sont entendues et retenues, parfois non, mais, même si elles ne sont pas mises en place, nous pouvons penser qu'elles pourront éventuellement être reprises plus tard. Notre implication consiste à participer

à des visio conférences pour parler des projets en cours, et surtout un travail d'analyse.

Par exemple en ce moment, le service GDB est mobilisé sur le contrôle d'assurés salariés. En effet, la Direction de la Sécurité Sociale a souhaité que l'assurance maladie contrôle la résidence effective sur le territoire d'assurés qui se sont vus notifier un refus d'IJ maladie. Toutes les caisses du groupe ont donc mené cette action (sans contact sortant, le but était de chercher dans nos bases et Diademe des éléments probants) et une synthèse est attendue. Nous saurons alors si cette opération sera généralisée en 2019 ou abandonnée.

Quelles informations cela nous

apporte ? Quels avantages en retirons-nous ?

Cette participation à ce groupe est un plus car, d'abord, nous tissons des liens entre les participants des différentes caisses, et nous n'hésitons pas nous solliciter mutuellement sur des sujets divers relatifs au processus GDB. Ensuite, elle nous permet d'avoir des contacts privilégiés avec les services de la CNAM que nous nous permettons de solliciter, en dehors du groupe de travail. Parfois, nous sommes informés en avance de phase par rapport aux autres caisses du réseau.

Participer à ce groupe, c'est l'opportunité d'échanger avec d'autres régions diverses et variées, de confronter nos points de vue, d'en faire ressortir des idées innovantes, des bonnes pratiques, et cela pour toujours servir au mieux nos usagers. ◦

90

RNP Trésorerie



ENTRETIEN

avec **Michel Usseglio**,
Fondateur de Pouvoir,
Responsable du département
Financier et Comptable

Quel est notre rôle dans l'écriture du RNP ?

La conception du RNP consiste en plusieurs actions à savoir décrire le processus, identifier les indicateurs, faire une analyse des risques, identifier les risques sociaux, définir les dispositifs de maîtrise des risques, élaborer la grille de compétences, identifier les leviers de performance, recenser la documentation et les bonnes pratiques...

Notre rôle dans l'écriture du RNP est d'apporter nos compétences, nos savoirs faire, nos bonnes pratiques, nos procédures et notre expérience afin de faciliter ensuite la mise en œuvre du RNP dans les Caisses. La démarche RNP est complexe et donc l'objectif du groupe de travail était de simplifier le RNP et de le rendre le plus opérationnel et attractif possible. A ce titre, des réunions du groupe de travail ont été organisées afin de

concevoir le contenu du RNP et, en parallèle, les participants étaient chargés de se rapprocher des référents trésorerie de leur Caisse afin de partager avec eux l'avancée du projet et les éventuels questionnements.

Quelle est la plus-value pour la caisse ?

La participation au groupe « RNP Trésorerie » a permis de mieux comprendre la méthode RNP et donc de mieux se préparer à leur mise en œuvre.

De plus, les liens tissés avec les participants ont permis de créer un réseau d'experts Trésorerie, ce qui facilite les échanges de bonnes pratiques et la résolution des problèmes rencontrés. Au niveau de la Caisse, cette participation a permis de mettre en exergue notre maîtrise des opérations de Trésorerie et notre capacité à jouer le rôle de relai auprès d'autres CPAM. Sur ce dernier point, il est à noter qu'à la demande des Agents Comptables des Caisses de Nice et Digne nous avons organisé en novembre 2018 une journée de formation/information sur la mise en œuvre du RNP Trésorerie et du RNP Gestion des créances. Plus généralement, cela devrait permettre au réseau de nous identifier comme acteur potentiel d'aide et de coopération inter-caisses au niveau des opérations comptables et financières.

Le rapport d'activité 2018 de la CPAM du Var
Service Communication - Juin 2019

