

PLANIR, une démarche concrète de l'Assurance Maladie pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et mieux accompagner les situations à risques



Christian FATOUX,

Directeur de la CPAM du Gard, Co-pilote de la Mission du Comité national de gestion consacrée au thème « Assurance Maladie et Vulnérabilités »



Charles SERRANO,

Directeur de la CPAM du Hainaut, Co-pilote de la Mission du Comité National de Gestion consacrée au thème « Assurance Maladie et Vulnérabilités »



Vincent MAGINOT,

Directeur de la CPAM de Cahors, ancien responsable du Département Organisation et Marketing à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).



Jean Yves CASANO

Directeur de la CPAM de la Somme depuis le 1^{er} janvier 2013. Il exerçait précédemment les fonctions de Directeur de l'organisation, de la relation client et de la qualité à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures) est le produit d'une rencontre, en mai 2012, entre deux CPAM, celles du Gard et du Hainaut, qui, aux deux extrémités de la France, sont confrontées à des problématiques sociales très comparables et dont les indicateurs de vulnérabilité sont dans le rouge (chômage, niveau de formation, taux de la population bénéficiaire de minimas sociaux, ...). Elles partagent leurs constats et leurs analyses et suggèrent la création d'une Mission Nationale alors intitulée « Assurance maladie et publics fragiles » ; c'est aussi une rencontre avec la Direction du Réseau de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui, par sa présence contributive tout au long de la Mission, par son soutien permanent, marquera sa volonté de voir aboutir des propositions concrètes ; rencontre enfin, quelques semaines plus tard, au sein du groupe de travail constitué dès l'été 2012, avec des dirigeants d'organismes, du réseau médical et du service social.

PL.A.N.I.R. est aussi l'histoire d'une réflexion collective qui s'est développée sur une période de quatorze mois et qui a pris du contenu, du sens, de la densité grâce à une méthodologie basée sur la « preuve par expérimentations » menées sur le terrain par les organismes du groupe de travail.

I- PLANIR, une nécessité

Le lancement de la démarche PLANIR, en 2012, résulte en partie d'un concours de circonstances, produit du hasard que constitue une rencontre à un moment donné de femmes et d'hommes animés de convictions communes autour des missions de l'assureur solidaire en santé.



Mais PLANIR correspondait avant tout à une nécessité inéluctable, si l'Assurance Maladie ne voulait pas qu'un fossé se creuse entre une partie de ses publics et l'image qu'elle véhicule, si elle demeurait attachée à sa mission de service public « pilier de la cohésion sociale », acteur de la lutte contre les inégalités sociales, défenseur de l'égalité des chances devant la maladie et la mort.

Dans un contexte où les difficultés économiques et sociales s'installaient durablement en France, la question « À qui bénéficie le remarquable effort de modernisation consenti par l'Institution au cours de la dernière décennie ? » ne manquerait pas d'être posée, d'autant plus qu'était annoncée pour fin 2012, la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, annonciatrice des mesures gouvernementales à venir, qui interpelleraient inévitablement les organismes de protection sociale. Et puis l'heure du grand rendez-vous du bilan de la COG et de la négociation de la suivante s'approchait, aussi la Mission avait-elle reçu comme directive d'alimenter la réflexion de la branche.

Il y avait donc bien nécessité de donner une traduction concrète aux orientations de la COG 2010/2013, par lesquels l'Assurance Maladie s'engageait à « garantir à tous l'accès à des soins de qualité, et à réduire les inégalités de santé », notamment en facilitant l'accès à la CMU-C et à l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). Cette dernière prestation devenait alors un cas d'école en matière de non recours aux droits et illustrait bien l'urgence de repenser les modalités selon lesquels était produit le service.

II- PLANIR, une démarche s'inscrivant en continuité avec les efforts déployés depuis de nombreuses années

Ces efforts ont permis à l'Assurance Maladie de maîtriser globalement ses flux, (traitement des dossiers, flux de contacts), de s'engager dans une démarche d'optimisation de l'usage de ses différents canaux de contacts, de réussir la révolution des services en ligne, de rattraper son retard dans la dématérialisation des pièces justificatives, de mettre en œuvre une gestion des droits visant à laisser le moins possible d'assurés sans droits, de mettre sous contrôle ses processus dans le cadre de la certification ISO 9000. C'est bien la maîtrise du métier de base, par l'industrialisation des activités, dont l'ensemble des assurés a bénéficié, qui a rendu possible une nouvelle étape, celle qu'ouvre la démarche PLANIR, qui vise à différencier le service selon les besoins spécifiques des assurés, dès lors qu'ils se trouvent dans une situation à risques¹.

La création des parcours attentionnés, au cours des années précédentes, en réponse à des situations de vie identifiées à risques telles que la perte d'un proche, l'accès à la CMU-C ou à l'ACS, l'affiliation des jeunes, la prévention de la désinsertion professionnelle est un exemple de méthodologie d'analyse des risques et de construction de réponses visant à anticiper la survenance de ces risques ; elle ancre, au sein des CPAM qui se sont appropriées ces nouvelles offres de service, la culture de l'accompagnement personnalisé des situations, qui garantit le « bon parcours des droits », condition essentielle de l'accès aux soins.

Plusieurs actions, d'ampleur inégale, visant précisément l'accès aux soins et à la prévention, ont marqué une présence certaine de l'Institution dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

¹ La notion de « risque » doit s'apprécier au regard de la capacité de la personne à accéder aux droits et services, à comprendre la communication institutionnelle et à faire face aux changements susceptibles d'affecter la gestion de son compte assurance maladie.

A cet égard, l'objectif CPG d'améliorer l'accès des femmes bénéficiaires de la CMU-C au dépistage du cancer du sein, opposable une année seulement, a été significatif d'une politique de lutte contre le non recours à la prévention d'assurés en situation sensible, même si l'investissement du réseau dans la mise en œuvre de cet objectif a été inégal. L'engagement fort des centres d'examen de santé auprès des publics éloignés du système de santé constitue également une traduction concrète des orientations de la COG, sans pour autant apporter de réelle réponse à la question du suivi des constats d'états de santé dégradés. Les actions de prévention bucco-dentaire dans les établissements scolaires situés en zones d'éducation prioritaire relèvent des mêmes finalités. La démarche PLANIR prend appui sur ces différentes expériences, qui ont contribué à développer une culture sociale de l'accès aux soins dans un certain nombre d'organismes. Par ailleurs, le récent avenant n°8 à la convention médicale visant à une régulation des dépassements tarifaires et ouvrant l'accès aux spécialistes du secteur 2 aux tarifs opposables et sans avance des frais pour les bénéficiaires de l'ACS constitue, même si les effets sont limités dans une première étape, une avancée historique en matière d'accès aux soins.

Enfin, il ne faudrait pas sous-estimer la forte capacité d'innovation des organismes locaux au cours de la dernière décennie, ainsi que le fait apparaître le foisonnement d'initiatives que le réseau a fait connaître à la Mission lorsqu'elle a établi un état des lieux des expériences acquises. Ces initiatives visent le plus souvent les publics bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et font l'objet de partenariats nombreux tant avec les autres Institutions qu'avec le secteur associatif. Néanmoins, ce bilan met en évidence la grande hétérogénéité des politiques locales et l'absence d'une vision d'ensemble du concept de risque social dans le champ des activités d'une CPAM.

III- Ce qui fait problème : certains publics ou des modes de fonctionnement administratifs ?

« Assurance maladie et publics fragiles », tel a été l'intitulé originel de la Mission. Il fallait, lors de l'annonce, trouver les mots qui parlent au plus grand nombre. Plutôt que fragile, d'autres adjectifs auraient pu faire office : vulnérable, défavorisé, exclu, pauvre, démuné, précaire, modeste... notre jargon est particulièrement riche dans ce domaine. Que met-on sous cette expression de « publics fragiles » ? Est-ce une fragilité liée aux ressources monétaires et à partir de quel seuil considère-t-on qu'il y a fragilité ? Ou bien liée à la maladie, au handicap, à l'isolement, à l'éloignement du système de soins, au niveau scolaire et à la culture, au chômage, à la dépendance... ? Sont-ils jeunes exclus du système scolaire, retraités pauvres, familles monoparentales, chômeurs en fin de droits, bénéficiaires de minima sociaux... ?

Chercher à identifier des publics qui constitueraient le « nœud du problème » est rapidement apparu comme une impasse, pour des raisons diverses. Le risque d'une stigmatisation était présent et était susceptible de heurter des personnels très sensibles à toute politique de discrimination positive ; or, avant même de débiter les travaux, la question de la recevabilité de la démarche par les équipes de terrain revêtait une contrainte déterminante, car il était évident pour les responsables de la Mission que PLANIR n'avait de sens que si, lors de la mise en œuvre, les acteurs internes de l'assurance Maladie y adhéraient massivement. Par ailleurs, le grand nombre de catégories sociales pouvant être qualifiées de « fragiles » d'une part, l'impossibilité de les identifier par les systèmes d'information dans un certain nombre de cas d'autre part, ont plaidé en faveur d'une réorientation du questionnement du « qui ? » vers le « quoi ? ». Plutôt qu'une recherche vaine de publics qu'il faudrait identifier et accompagner spécifiquement, le projet a consisté à s'interroger sur l'existence de difficultés ou dysfonctionnements ou carences ou encore risques (c'est-à-dire le « Quoi ? ») entre des assurés et le service public de l'Assurance maladie, peu importe si ces manifestations problématiques sont imputables au producteur du service, à l'assuré ou à celui qui édicte la réglementation. Tous les assurés sans exception reçoivent-ils les avantages prévus par les politiques publiques qui les visent, dans le respect des finalités poursuivies par le législateur ?



Ainsi formulée, la problématique n'exclut désormais aucun assuré, même si certaines catégories de la population sont potentiellement plus concernées en raison des situations de vie auxquelles elles sont confrontées.

Dès lors la Mission identifie trois grands risques, qui ne sont pas spécifiques au service public de l'Assurance Maladie :

- **Le non recours aux droits et aux soins** : s'agissant des droits, la Mission retient une acception très large de la notion de droits. Elle intègre les droits de base à la couverture obligatoire, aux prestations légales versées par l'Assurance Maladie, aux aides de l'action sociale ; le non accès à une couverture complémentaire par les bénéficiaires de l'ACS est également considéré comme un non recours imputable à l'Assurance Maladie, car l'adhésion à un contrat de couverture complémentaire relève bien de la finalité de la politique publique ACS. Plus largement encore, l'absence de couverture complémentaire, quelle que soit la situation de l'assuré, est considérée par la Mission comme une situation de non recours, dans la mesure où il est unanimement reconnu que l'absence de complémentaire entrave l'accès aux soins que l'Institution est censée garantir. Enfin, les offres de service, services en ligne, services en santé sont des illustrations d'un non recours massif, qui ont retenu l'attention des membres de la Mission.

Le non recours aux soins mérite une analyse spécifique ; l'accès aux droits et aux soins est devenu, dans le jargon institutionnel, un leitmotiv qui met de la confusion dans ce double enjeu et altère le sens profond du concept d'accès aux soins. La Mission a tenu à dissocier ces deux objectifs et à faire acter dans la lettre de mission que s'il ne peut y avoir, sauf exception, accès aux soins sans accès aux droits, il peut y avoir accès aux droits et non recours aux soins. De fait, le non recours aux soins fait intervenir les connaissances, compétences et capacités des individus liées à leurs trajectoires sociales et à leurs relations personnelles, les normes en matière de santé de leur groupe d'appartenance, la notion de rapport au monde des personnes... La Mission n'abordera pas ce champ particulièrement complexe, qui dépasse les compétences institutionnelles, considérant que la première des responsabilités de l'Assurance Maladie consiste à identifier le non recours aux droits et services et à agir pour le limiter ».

Ce parti pris a permis une délimitation claire du périmètre des investigations ; pour autant, au fil des débats au sein du groupe de travail, la garantie de la réalisation effective des soins, à condition qu'ils soient médicalement justifiés, est apparue comme l'étape ultime, la finalité suprême du métier de l'assureur solidaire en santé, au-delà de la seule garantie de l'accès aux droits, notamment pour les personnes en situation de risques. Les pratiques des centres d'examen de santé qui constatent des états de santé dégradés sans véritablement garantir la réalisation des soins nécessaires illustrent clairement ce débat autour des finalités. Dès lors, le phénomène du renoncement aux soins pour des raisons financières, qui tend à se banaliser dans notre pays, ne peut manquer d'interpeller fortement l'Assurance Maladie sur son rôle dans ce domaine et a conduit la Mission à intégrer lors de la phase terminale de ses travaux, une proposition visant à intégrer, dans les relations de front office avec les assurés, la question du renoncement aux soins.

- **Les ruptures liées aux conséquences des modes de fonctionnement administratifs et aux décisions sur les situations des assurés** : nombre d'assurés, tout en bénéficiant de revenus

réguliers, disposent d'un « reste pour vivre » faible au point que l'expression « être sur le fil du rasoir » décrit bien leur quotidien. Un refus de prestations, une fin de droits, un trop perçu, un retard de versement, une suspension provisoire des droits peuvent entraîner des difficultés budgétaires durables et déstabiliser l'équilibre de vie. On entendra donc par « risque de rupture » un évènement dans la gestion du compte de l'assuré ou dans la relation pouvant mettre en cause un équilibre précaire, et au final le « bon » accès aux soins. L'enjeu consistera à revisiter ces modes de fonctionnement administratifs et à prévoir des mesures visant à anticiper les risques de rupture.

- **Les risques d'incompréhension** au regard d'une communication institutionnelle hermétique pour une partie des publics, dont les conséquences vont de l'abandon des démarches, au retard dans la perception des droits, à des relations conflictuelles et, au final, à un accès aux soins dégradé. Ces incompréhensions concernent en tout premier lieu les notifications personnalisées, la notification d'attribution du chèque ACS constituant en la matière un véritable cas d'école. Elles portent également sur les courriers issus de « l'usine nationale à courriers » adressés à des publics ciblés ; à titre d'exemple, il est apparu, lors d'une expérimentation, que le courrier de promotion de l'aide à la complémentaire santé envoyé trimestriellement aux retraités modestes est compris par moins d'un tiers des destinataires.

Au-delà du texte lui-même, c'est l'usage de la prestation accordée qui fait l'objet de l'incompréhension ainsi que la procédure de traitement de la demande par la CPAM.

Nul assuré n'est à l'abri de ces trois risques et ne sera par conséquent exclu du bénéfice d'une action visant à mieux les prévenir. Certes, certains publics sont beaucoup plus confrontés que d'autres à ces risques et de ce fait, feront un usage plus important de PLANIR. Mais PLANIR se veut avant tout une démarche à caractère universel et non pas ciblée, comme cela avait été pensé initialement, sur les seules personnes dites vulnérables.

IV- Vers l'élaboration d'un plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures (PLANIR)

Posant trois constats majeurs, s'appuyant sur plusieurs portes d'entrée possibles pour l'analyse dont l'analyse systématique des processus, tirant les conséquences d'une cinquantaine d'expérimentations, la Mission propose l'élaboration, par chaque CPAM, en étroite association avec le Service Médical et le Service Social de la CARSAT, d'un Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures couvrant la période 2014 - 2017.

Le premier constat s'intéresse à la politique d'accès aux droits conduite jusqu'à maintenant par l'Institution : privilégiant les objectifs de délais fixés dans les contrats pluriannuels de gestion, l'Institution n'a pas mis en avant de façon lisible une volonté de faire bénéficier les assurés de tous les droits et services auxquels ils peuvent prétendre. À titre d'exemple, la « non réponse » de l'assuré, en cas d'incomplétude du dossier ou de courrier de promotion d'une prestation ou d'une proposition d'adhésion à un service en santé, ne fait pas l'objet de procédures de relance homogènes dans le réseau. Le renouvellement de droits à des prestations, notamment à la CMU-C et à l'ACS, pourrait être largement optimisé afin de limiter le non recours. Il n'existe pas de catalogue de requêtes permettant un balayage fin des fichiers en vue de détecter des bénéficiaires potentiels. Les refus de droits sont présentés et le plus souvent compris, comme définitifs. Enfin, les millions de courriers et autres supports destinés aux assurés n'offrent pas un texte suffisamment pensé en fonction de sa réception par les personnes en difficulté face au langage administratif et la pratique de l'évaluation des effets de ces courriers est peu répandue.

Le second constat renvoie à la logique du traitement égalitaire qui imprègne la culture et les pratiques internes :



cette logique dominante n'a pas favorisé l'éclosion de dispositifs de repérage des situations à risques avec des systèmes d'alertes automatisés, comportant des traitements différenciés consistant le plus souvent à prendre l'initiative d'une prise de contact avec l'assuré en vue d'un rendez-vous d'accompagnement, téléphonique ou en face à face, que la Mission propose de structurer et d'outiller. Ce repérage serait bien utile lors des notifications de décisions défavorables, telles que la suspension du versement de revenus de substitution, la notification d'un indu important, le refus de prise en charge d'une prestation couteuse telle qu'un transport ; ces décisions sont inégalement accompagnées, alors qu'elles sont susceptibles de créer des situations de rupture chez certains assurés. Enfin, les parcours de soins chaotiques, cumulant des indices de difficultés d'accès aux soins, tels que l'absence de médecin traitant, des remboursements minorés, la non-participation aux dépistages, l'absence de soins dentaires pendant une période longue, un reste à charge important... ne font pas l'objet d'une réflexion visant à organiser un suivi spécifique.

Le troisième constat porte sur la contradiction apparente entre l'affichage, dans la COG, d'une volonté stratégique de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes en difficultés d'accès aux droits et aux soins et l'absence de vision d'ensemble du « risque social » traduite dans un plan d'actions national décliné localement. Cette absence de cadrage national fort explique sur le terrain soit une absence totale de stratégie locale dans ce domaine ou bien, dans les CPAM qui ont mis en œuvre des actions sectorisées, une grande hétérogénéité des initiatives. Au final, c'est bien le sentiment de l'absence d'une démarche structurée visant à identifier et prendre en compte les situations à risques sur l'ensemble de l'activité d'une CPAM qui a frappé les membres de la Mission et dont elle a fait son constat majeur.

Ces trois grands constats ont alors guidé la suite des travaux de la Mission, qui se sont déroulés selon une triple approche : une analyse de risques sur sept processus majeurs, dont deux services en santé - Prado et Sophia -, une approche populationnelle et une approche par l'accès aux soins. Des situations de non recours, incompréhensions et ruptures ont ainsi été identifiées et ont donné lieu à des expérimentations destinées à mesurer l'efficacité d'actions de prévention de la survenance de ces risques. Parmi les cinquante d'expérimentations lancées, le test d'éligibilité à l'ACS auprès des visiteurs au sein des accueils fait apparaître qu'environ 200 000 assurés supplémentaires pourraient bénéficier de la prestation si l'ensemble du réseau mettait en œuvre cette action. L'expérimentation d'un traitement différencié pour le paiement des indemnités journalières maladie pour des dossiers complexes (ceux des travailleurs intérimaires, des salariés à multi-employeurs, des assurés sans activité) a montré qu'il était possible de diviser par deux le délai de traitement de ces dossiers sensibles. Dans le cadre de l'approche populationnelle, la mise en place expérimentale d'un parcours santé jeunes, en partenariat avec les missions locales jeunes, consistant à créer un parcours d'accès aux droits et à la santé, a montré l'ampleur des besoins d'accompagnement pour que les jeunes bénéficient de leurs droits, notamment à la CMU-C, disposent d'une carte vitale valide et accèdent à une prise en charge de leur santé. Enfin, l'organisation d'une relance téléphonique vers les non répondants à l'offre d'adhésion au service d'accompagnement des malades diabétiques Sophia a confirmé que lorsque l'Assurance Maladie allait au-devant de ses assurés avec « des mots de la vie de tous les jours », le taux d'adhésion à ses services s'accroissait dans des proportions impressionnantes.

Les résultats des expérimentations ont donné lieu à des recommandations, objet d'un guide méthodologique validé par la Caisse nationale et mis à disposition du réseau pour faciliter l'élaboration des PLANIR locaux et en garantir l'homogénéité. Les organismes sont invités à constituer un comité

de pilotage local, présidé par le directeur de la CPAM, associant les services médical et social, chargés d'organiser la mobilisation interne autour de la démarche PLANIR et de définir les actions adaptées au contexte interne et externe de l'organisme. Le Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions et des Ruptures fait l'objet d'une remontée à l'organisme national et d'une valorisation dans les CPG 2014. La Caisse nationale, dans sa lettre réseau de décembre 2013, prévoit un bilan d'étape fin 2015 afin de mettre en évidence les actions ayant donné de bons résultats, qui pourraient donner lieu à généralisation, et en suspendre d'autres dont le maintien, après évaluation de leur efficacité, ne se justifie pas.

V- PLANIR, une remise en cause des logiques d'action de l'Assurance Maladie ?

La logique de l'industrialisation et de l'automatisation, illustrée ces dernières années par le déploiement national d'applications informatiques générant des gains rapides de productivité et par le développement des télé-services, ne s'oppose pas à une stratégie d'accompagnement personnalisé des situations à risques, bien au contraire : ces deux logiques sont complémentaires et indispensables pour répondre aux exigences sociales et économiques actuelles et à venir. L'enjeu de la prochaine COG sera de pouvoir réaffecter une partie, aussi limitée soit-elle, des gains de productivité obtenus grâce aux développements informatiques, aux actions PLANIR, faute de quoi la démarche risque de s'étioler sur la durée. Il ne saurait en effet être question d'éluider la question des coûts : certaines actions ont un coût marginal, d'autres sont porteuses d'une plus grande efficacité de l'organisation, donc de gains, d'autres, reposant par exemple sur des rendez-vous d'accompagnement, impliquent des moyens significatifs et invitent par conséquent à une planification sur plusieurs années et à un ciblage des publics visés adapté aux possibilités de l'organisme. Mais ce surcoût immédiat est porteur d'un retour sur investissement : en évitant des prises en charge plus tardives et donc plus coûteuses, en organisant un meilleur accès au système de santé, la démarche PLANIR inscrit sa recherche de résultats économiques dans le long terme. Elle interpelle de ce fait la logique actuelle de recherche de résultats à court/moyen terme dans le cadre temporel d'une COG.

PLANIR impose, par ailleurs, de revisiter les logiques actuelles de la relation client : les expérimentations menées par la Mission ont mis en évidence la nécessité de mieux connaître les logiques d'usage du service public et du système de soins par les assurés et d'innover afin de trouver des solutions adaptées. Ces solutions sont co-construites par les trois composantes de l'Assurance Maladie - sociale, médicale, administrative - qui apportent, à cette fin, leurs compétences propres. Pour ce faire, les dirigeants doivent intégrer dans leurs pratiques managériales la question de la connaissance du client et de l'expérimentation dans la production du service.

Enfin et surtout, le contour du métier de l'assureur solidaire, les finalités qu'il poursuit sont en question : PLANIR, c'est aller jusqu'au bout de la logique métier. Dans le cas de l'ACS, cela consiste bien sûr à remettre le chèque, mais également à s'assurer qu'il y aura adhésion à un contrat de couverture complémentaire adapté aux besoins du bénéficiaire et enfin, à vérifier que le lien informatique permettant le paiement automatisé des parts obligatoire et complémentaire est bien positionné pour le bénéficiaire concerné. Aller jusqu'au bout du métier consiste à anticiper les conséquences des décisions porteuses de ruptures, risquant de faire basculer des assurés déjà sur le fil du rasoir et à les accompagner. Le métier ne se limite plus à dire le droit, à l'appliquer, mais à s'intéresser à ses conséquences sur les personnes pour intervenir en cas de nécessité. L'enjeu est donc bien d'acquiescer au fil des années une nouvelle posture pour le service public qui, par sa connaissance du terrain, de ses publics, des situations à risques, par sa capacité à concevoir des réponses et à les expérimenter, se positionne en coproducteur de la politique publique en devoir, sur un territoire donné, d'agir pour que la population concernée bénéficie de tous les effets de cette politique. Quelle implication forte un tel projet requiert de la part des équipes de direction, à commencer par le Directeur, pour accompagner au plus près les équipes de terrain dans ces



changements qui exigent beaucoup en termes d'écoute du client, d'analyse de sa demande, de recherche de solutions ! Le plan de formation des organismes devra s'enrichir d'une offre visant à favoriser changement de posture et acquisition des connaissances et compétences qu'appelle cette logique d'aller jusqu'au bout du métier.

Les constats et les propositions de la Mission ont suscité une forte adhésion du réseau, démontrant ainsi que l'objet de la réflexion était nécessaire, attendu, porteur de sens. L'idée d'un plan local d'actions a fait consensus.

L'acronyme PLANIR est désormais familier à tous les acteurs de l'Assurance Maladie et nombre de CPAM feront de la démarche le cœur de leur projet d'entreprise ; l'axe service du projet de COG 2014 - 2017 prend largement en compte les propositions PLANIR.

Il reste maintenant à faire la preuve qu'il est possible, au quotidien, d'adopter cette nouvelle posture, que ce changement apportera un gain réel pour l'assuré et que le service public gagnera en efficience.