



Compte rendu du CCE du 6 Mars 2018

1. Présentation de la COG par le Directeur Général

Nous ne pouvons qu'apprécier la première présence de notre directeur, pendant une heure et demie, à cette 8^{ième} réunion du CCE principale instance représentative de notre entreprise.

Il a développé sa vision de la COG qu'il a pu signer rapidement, évitant ainsi les longues périodes d'incertitudes observées lors des précédentes transitions entre COG, et qu'il estime relativement équilibrée car elle ne devrait pas demander plus d'effort que la précédente.

Après un rappel des principaux axes stratégiques de la COG :

- Conforter l'accessibilité du système de santé (PLANNIR, PFIDASS, Télémedecine etc.)
- Contribuer à l'efficacité du système de santé en renforçant la prévention, la qualité des soins et la pertinence des parcours (contrôles, actions de GDR...),
- Rendre aux usagers un service de qualité (parcours attentionné, échanges automatisés...),
- Accompagner la transformation numérique en santé (dématérialisation, rénovation du système d'information...),
- Améliorer le fonctionnement interne de l'Assurance Maladie (intégration du RSI, des régimes étudiants, adossements au RG de certaines mutuelles de fonctionnaires, renforcer la performance des établissements UGECAM),

il a abordé la question des moyens, qui focalise bien évidemment l'essentiel des préoccupations des membres du CCE :

- Le fond de prévention augmentera de 14% et un fond tabac va être créé qui s'élargira ensuite à d'autres addictions. Au total, la COG aboutira à une augmentation de 45% des sommes consacrées à la prévention
- Le fond national d'action sanitaire et sociale, qui avait diminué lors de la précédente COG va se stabiliser
- Par contre, c'est sur les dépenses de fonctionnement que portera la majeure partie des économies :
 - **Les effectifs** seront encore réduits de 2,5% par an sur l'ensemble des branches du RG soit 1541 ETPMA par an contre 1375 lors de la COG précédente ! Cependant, le Directeur pense pouvoir atténuer l'impact de cette baisse d'effectif par l'intégration de 4400 salariés en provenance des régimes intégrés. Même si cette opération se traduira par un accroissement des charges de travail, d'importants gains de productivité sont prévisibles lorsque les assurés de ces anciens régimes seront entrés dans le flux normal des prestations. Le directeur

estime donc que notre effort devra être globalement similaire à celui de la dernière COG.

- **Les investissements informatiques** seront augmentés de 20%

- **Les investissements immobiliers** ne sont pas encore connus car beaucoup d'établissements sont communs à plusieurs branches (la COG maladie est la première à avoir été signée).

En réponse à cette présentation, chaque organisation a fait part de sa propre vision et de ses inquiétudes. Vous trouverez ci joint la communication de la CFE CGC pour les cadres et pour les praticiens conseils.

Tout le monde s'est accordé à souligner les difficultés à venir du fait du télescopage des projets en cours (SMMOP, fusions DRSM, intégration du RSI, des étudiants...) et les inquiétudes sur la possibilité d'absorber de nouvelles tâches avec une diminution d'effectifs pour tous les agents mais particulièrement pour les médecins conseils.

Monsieur REVEL n'a pu répondre à toutes les interrogations et il reviendra poursuivre l'échange avec le CCE avant la fin du second trimestre. Il a rappelé que la baisse des effectifs est une contrainte qui pèse sur l'ensemble de la sphère publique et qu'il attache une vigilance toute particulière dans sa direction de l'entreprise à 3 éléments :

1. La qualité de service
2. La bonne couverture du champ des missions
3. La qualité de vie au travail.

Sur ces trois points, malgré les baisses d'effectifs, il n'a pas observé de signes alarmants lors de la dernière COG. Par conséquent, il se dit confiant pour cette nouvelle COG malgré les efforts demandés.

Il reconnaît le sujet spécifique de l'attractivité du métier de médecin conseil. Il ne s'agit pas pour lui d'une question de rémunération mais de modalités de recrutement, de sens et d'attractivité du métier. Il pense que le SMMOP est un élément de réponse par son approche territoriale proche de ce qui est recherché pour les acteurs du système de soins mais il estime qu'il faudra repenser le partage des tâches pour que les médecins conseils se concentrent davantage sur le médical.

Il a annoncé qu'Hippocrate a atteint ses limites et que la rénovation et le développement de l'informatique du Service Médical sera une priorité.

Enfin, il a précisé que les arbitrages de baisses d'effectifs entre la CNAM siège, le SM, les CARSAT, les CPAM n'étaient pas encore arrêtés mais que la GDR devait se développer encore car c'est notre mission essentielle que de contribuer à améliorer l'accès aux soins et la « supportabilité » du système de santé.

Il a enfin rappelé qu'il avait travaillé pour faciliter la coopération entre AM et ARS, celle ci agissant au niveau macro budgétaire alors que nous agissons sur la pertinence des soins. Il a confirmé la persistance du SMI et a fini son intervention sur la nécessité d'expliquer les contraintes et les enjeux de cette COG et se dit prêt à répondre aux éventuelles invitations qui pourraient lui parvenir.

Nous observons avec satisfaction que le Directeur Général souhaite réellement prendre des mesures pour renforcer l'attractivité du métier de médecin conseil et améliorer nos outils informatiques, mais tout cela sera long à porter ses fruits et dans

l'intervalle la baisse des effectifs va se poursuivre. Il est indispensable d'adapter nos charges de travail à nos moyens et sauvegarder notre intérêt au travail en évitant les excès de concentration et de spécialisation. Nous restons très inquiets sur le télescopage des réorganisations à venir au sein du SM car il n'est pas certain que notre directeur ait encore pris la mesure de toutes leurs conséquences. Nous ne souhaitons pas attendre les résultats des enquêtes de satisfaction internes pour que des mesures préventives de bon sens soient prises.

Après le départ du Directeur Général, le CCE a repris le cours de l'ordre du jour.

2. Evolution de l'organisation territoriale des DRSM (parlons des fusions puisqu'il s'agit bien de cela et ne nous cachons pas derrière des euphémismes).

La direction nous avait fait savoir qu'elle nous remettrait « sur table », le projet de plan d'accompagnement RH que nous avons demandé lors du dernier CCE. Tel n'a pas été le cas le travail n'étant pas suffisamment avancé, mais il nous a été affirmé que nous en serions destinataires avant la fin de la semaine. Au final, il devrait tenir compte, pour la prochaine réunion du CCE, des remarques apportées par les membres élus et par les rencontres bilatérales entre direction et organisations syndicales qui se tiendront au cours du mois de mars. Pour sa part, notre organisation rencontrera M. Peix le 7 de ce mois.

3. Evolution de l'organisation des DCGDR

Après avoir présenté les objectifs de cette évolution, le champ et les attendus d'une DCGDR, Mme Ronflé a présenté le nouveau schéma d'organisation des DCGDR. Il se caractérise par :

- La mise en place d'un « DCGDR délégué » auprès du DCGDR en titre, de façon à former un binôme médico administratif à la tête de la GDR régionale. Lorsque le DCGDR est un MCR, le « délégué » est le directeur de la CPAM de la capitale régionale et lorsque le DCGDR est un directeur, le « délégué » est le MCR.
- La présence auprès du responsable de la cellule de coordination régionale GDR d'un MCRA ou d'un médecin chef de service de la DRSM (chargé de l'ONDAM ou de la GDR), qui pourra mobiliser directement des ressources de la cellule ou des différents pôles
- La création de binômes médico administratifs entre chargés de missions de la cellule et pilotes de processus de la DRSM ou d'ELSM,
- Le pilotage par la cellule des domaines statistiques, communication, accompagnement des PS et transformation numérique (DMP, télémédecine).
- La création de binômes directeurs de CPAM/médecins chefs d'échelon qui piloteront chacun un pôle thématique de GDR (prévention et parcours santé, offre et coordination des soins, pertinence et efficacité des produits de santé, pertinence et qualité des actes, pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports, contrôle et lutte contre la fraude, réparation AT/MP).

Ainsi, il devrait y avoir à terme 3 MCRA dans les grandes régions, un ou deux dans les autres. Les cellules GDR de grandes régions seront donc en lien avec un MCRA alors que dans les petites ce sera le niveau B chargé de GDR ou de l'ONDAM.

A notre interrogation inquiète vis à vis de la mobilisation directe des ressources de la DRSM ou d'ELSM par la cellule GDR, la direction a bien précisé que pour le SM toute mobilisation de ressources se fera sous l'égide du MCR et après concertation avec la hiérarchie directe de l'agent sollicité. Nous restons prudents sur ce point, des expériences en ce domaine ayant montré les limites de ces pratiques managériales transverses qui se traduisent souvent par la mise en difficulté de la ressource sollicitée.

Il est à noter par ailleurs qu'une même partie de la part variable des directeurs de CPAM de la région sera indexée sur l'atteinte des objectifs régionaux ce qui devrait renforcer la cohésion autour des actions régionales pilotées par le binôme DCGDR/DCGDR délégué et mettre en meilleure posture nos équipes qui participent à la GDR régionale.

4. Dossier médical du personnel des DRSM

La direction devait nous faire une information mais Mme Ronflé devant s'absenter le point a été reporté à la prochaine réunion. Nous n'avons eu aucun document, si bien que nous ne savons absolument pas de quoi il retourne.

5. Evolution de l'outil ALIENOR RH

La direction a présenté les résultats des avis rendus par les différents CHSCT en DRSM, excepté celui de la Guyane qui n'a pas encore statué.

Il y a eu de nombreux avis défavorables devant le flou concernant le suivi individuel de l'activité des agents administratifs qui exploitent les données d'ALIENOR et l'absence de déclaration CNIL sur ce point. Nous avons demandé cette déclaration CNIL à la direction qui nous a dit qu'elle était préparée mais non encore publiée. Elle propose donc de remettre le point à la prochaine séance avec cette déclaration.

6. Expérimentation d'un programme de prévention du diabète

La direction s'est étonnée de cette question qui concerne une expérimentation qui a lieu actuellement dans les DRSM d'IDF, la Réunion et l'Alsace Moselle et qui a été présentée aux CHSCT et CE de ces régions.

Ces expérimentations ont pour but de renforcer l'activité physique des patients à risque de diabète et de modifier leurs habitudes alimentaires afin de retarder ou d'éviter la maladie. Des assurés en surpoids et à glycémie limite sont orientés par leur médecin traitant vers un dispositif d'accompagnement qui propose un entretien individuel d'engagement, des séances collectives réalisées par un prestataire local. Le programme est coordonné par des agents de CPAM sous l'autorité du médecin chef dans le cadre d'un « service commun ».

Nous avons posé cette question en CCE car nous constatons qu'une activité à composante essentiellement médicale est encore une fois confiée à une entité administrative avec tous les risques et la complexité organisationnelle que cela impose.

Nous avons demandé que la politique concernant les actions à but médical de l'Assurance Maladie (en particulier celles qui nécessitent la mise en œuvre de services communs) soit revue afin de mieux impliquer le service médical et les praticiens conseils et mieux valoriser en interne et en externe leur métier. La direction ne peut à la fois s'alarmer de la perte de sens au travail et du manque d'attractivité du métier de MC et continuer à systématiquement confier aux services administratifs les actions ayant le plus de sens médical positif aux yeux des assurés et des professionnels de santé.

En l'absence de Mme Ronflé et de Monsieur Peix, Mme Le Sueur a pris note de notre demande pour la leur faire parvenir.

7. Enfin, le CCE s'est terminé sur une information de la direction vis à vis des négociations en cours à la CNAMTS.

En 2017 ont été négociés et signés :

- l'accord de substitution des CHSCT praticiens conseils,
- l'accord sur les moyens du CCE
- le protocole d'accord pré électoral pour les élections des représentants du personnel au CA de la CNAMTS.

En 2018 on s'oriente vers la négociation d'accords sur :

- L'extension aux PC des garanties applicables aux agents administratifs en cas de fusion ou de mutualisation,
- La définition des niveaux de négociation en fonction des thèmes,
- L'utilisation des NTIC par les organisations syndicales,
- L'égalité professionnelle et la QVT
- Des éléments de rémunération
- Le vote électronique
- Le télétravail

En 2019 sur :

- La GPEC
- Les risques psycho sociaux
- La mise en place des nouvelles instances représentatives du personnel.

La prochaine réunion de négociation a lieu le 9 mars à la CNAMTS.

Fin de la réunion

M Marchand

Représentant syndical SGPC CFE CGC au CCE