



L'édito du secrétaire général
Bruno Gasparini

CLASSIFICATION DES EMPLOYES ET CADRES

Sommaire

**PRISE EN CHARGE DES
CONSULTATIONS**

Réduction du taux de prise en charge des consultations envisagée par l'AMO.
P.2

SERVICE MEDICAL

Communiqué inter syndical
Communiqué FO
Déclarations FO
P.3

NÉGOCIATION ADD

P.8

CAPSSA

Le contrat responsable, outil de l'Etat pour se désengager de ses obligations sociales
P.9

AGENDA

P.10

Connaissez-vous une grille de salaires qui serait réévaluée de façon dégressive ? Plus fortement sur les bas niveaux et sur les embauchés que les plus hauts niveaux et les plus anciens personnels en place ? Une prime à l'attractivité, mais pas du tout à la fidélisation.

L'« effet-grille » (qui consiste à rebaser les coefficients d'entrée de chaque niveau) est dégressif : 70% des niveaux 3 vont avoir un gain net (après la fongibilité) de 11 points mensuels contre seulement 8% des niveaux 9. Avec une enveloppe fermée et trop faible, la gestion de la pénurie se fait globalement sur les secondes parties de carrière et sur les cadres à partir du niveau 6.

Pourtant, ni l'UCANSS, ni les fédérations CGT et CFDT ne considèrent privilégier les bas salaires au dépend des Cadres. Ces mêmes fédérations qui ont refusé la création d'un niveau 10 et qui ont fait supprimer la passerelle entre la grille administrative et le 10A de la Grille des IC.

Qui ont encore lissé les points de garantie quinquennale à 5 points sans progressivité du niveau 1 au niveau 9, alors que cela ne va concerner que 1% du personnel. Ces mêmes fédérations qui ont encore refusé d'élargir l'assiette des primes des niveaux 8 et 9 ou même de la descendre au bénéfice d'autres cadres à partir du niveau 5.

En résumé :

L'UCANSS, la CGT et la CFDT ont scellé une classification « Employés » sur mesure qui va sacrifier les cadres à partir du niveau 6.



Prise en charge des consultations

Réduction du taux de prise en charge des consultations envisagée par l'AMO.

Le contrat responsable, outil de l'Etat pour se désengager de ses obligations sociales

Le PLFSS pourrait contenir une réduction du taux de prise en charge des consultations médicales par l'Assurance maladie de 70 % à 60 % en 2025. Pour la consultation chez le médecin généraliste à 30 €, le reste à charge des Ocam passerait à 12 € (au lieu de 9 €).

Selon un cabinet d'experts, sur les contrats collectifs les prévisions de croissance des prestations sur 2025 pourraient s'établir entre +4,5 % et +8,5 %, estimation assez large qui tenait compte des nombreuses incertitudes réglementaires, mais pas d'un transfert aussi conséquent de dépenses vers les complémentaires.

Selon les calculs de la Mutualité française, cette augmentation du ticket modérateur entraînerait plus de 1,2 Mds € de coûts supplémentaires pour les Ocam, soit plus du double du transfert lié au ticket modérateur sur les soins dentaires.

Ce transfert de charge est permis par le contrat responsable des complémentaires santé (instauré en 2005) qui a pour objectif affiché de réguler les remboursements des frais de santé pour rendre les soins accessibles à tous en incitant à la responsabilisation des assurés et en limitant les dépassements d'honoraires.

Ce contrat impose aux organismes de complémentaire santé de respecter certains critères de remboursement (notamment de prendre en charge le ticket modérateur) sous peine de perdre des avantages fiscaux.

Merveilleux outil pour les finances de la Sécurité sociale : il suffit qu'elle décide unilatéralement de diminuer la participation du régime de base et les coûts qui auraient dû être à sa charge sont reportés sur les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs privés. Les OCAM n'ont d'autre choix que celui de payer, ce qui se traduit par une hausse des cotisations ou une baisse des garanties. En bout de chaîne, ce sont les malades qui sont lésés et principalement les plus modestes.

L'Etat dispose ainsi d'un dispositif dont la dérive lui permet de déléguer à des organismes privés des responsabilités qui lui incombent. Ce n'est rien de moins que le principe de solidarité du système français de Sécurité sociale qui est touché : seuls les plus solvables bénéficient d'une couverture optimale.

Le SNFOCOS revendique le principe de solidarité sur lequel la Sécurité sociale repose. Les transferts de prise en charge de l'AMO vers l'AMC sont potentiellement sources d'inégalités et de segmentation des risques. La capacité financière des assurés sociaux ne peut conditionner leur accès à des soins de qualité. La Sécurité sociale, pilier du modèle de protection sociale français, doit conserver son rôle central dans le financement des soins.

Service médical



COMMUNIQUE

Nos Fédérations soutiennent les personnels employés, cadres et praticiens-conseils, qui exigent le retrait du plan de « transformation » du Service du Contrôle Médical que le gouvernement et la CNAM entendent mettre en œuvre au printemps 2025 et qui ont participé nombreux à la puissante grève du 3 octobre dernier à l'appel de FO, la CGT et la CGC.

Avec eux, avec tous ceux qui se sont rassemblés devant la CNAM pendant le CSE central, avec tous ceux qui se sont réunis devant les Directions régionales, avec les Infirmières du Service Médical engagées dans la grève reconductible à partir du 7 octobre, nous disons :

RETRAIT pur et simple du plan ! Maintien du Service Médical !

Face à un Directeur de la CNAM droit dans ses bottes, nos Fédérations ont claqué la porte de l'Instance Nationale de Concertation de la branche Maladie du 4 octobre parce qu'elles refusent de voir liquider le Service Médical. Elles refusent cette offensive majeure contre les personnels. 7 200 agents qui seraient impactés sur tout le territoire national. Elles refusent ce que cette offensive implique quant à la destruction de la Sécurité sociale. En effet, fondre le Service Médical dans les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, c'est mettre fin à son indépendance et au secret médical, c'est le soumettre à l'arbitraire, à la logique comptable et financière au détriment de la prise en compte de l'état de santé des assurés sociaux à l'occasion des avis rendus sur les protocoles ALD, les arrêts de travail, les maladies professionnelles, les accidents de travail, les invalidités et les retraites pour inaptitude. Il s'agit pour le gouvernement, à la recherche de 15 milliards d'économies sur les comptes de la Sécurité sociale dès 2025, de s'en prendre à la clé de voûte de cette dernière afin de réaliser dès maintenant les économies annoncées sur les Indemnités Journalières Maladie (600 millions d'euros) ou encore sur les Affections Longue Durée.

Nos Fédérations considèrent que le retrait de ce plan présenté par le Directeur de la CNAM comme celui de toute l'Assurance Maladie, n'est pas seulement l'affaire des agents du Service du Contrôle Médical, qu'elle n'est pas seulement l'affaire des Agents de la Sécurité Sociale, mais qu'elle est l'affaire de tous les assurés sociaux, notre affaire à tous pour préserver les fondements de la Sécurité Sociale !

Nos Fédérations soutiennent ce combat et apporteront leur concours à toutes les initiatives nécessaires pour obtenir gain de cause contre ce plan funeste.

Paris, le 9 octobre 2024

DÉCLARATION FORCE OUVRIERE

La dissolution du service médical de l'Assurance Maladie : un risque majeur pour la santé publique et l'équité de traitement des assurés sociaux sur le territoire.

Le service médical de l'Assurance Maladie, un maillon essentiel du système de santé français, est en passe de disparaître. Sous couvert d'une « modernisation » visant à rationaliser les ressources, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) s'apprête à démanteler l'un des derniers remparts garantissant l'impartialité des décisions médicales dans le système de protection sociale. Ce projet de transformation, dont les implications ont été partiellement dissimulées sous des arguments de simplification administrative, représente une véritable mise en danger de la qualité des soins et de l'équité des traitements des assurés sociaux.

Ce projet est imposé dans l'urgence, au mépris des principes fondateurs de 1945

Créé par les ordonnances de 1945, rattaché à la CNAM par les ordonnances Jeanneney en 1968 le service médical de l'Assurance Maladie (SCM) est une structure indépendante, composée de médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes conseils, chargée de contrôler la pertinence des soins, d'accompagner les professionnels de santé, et de participer à la lutte contre la fraude. Ce service, bien qu'imparfait, constitue un organe d'expertise médicale unique, en appui d'un système de santé solidaire.

Pourtant, la CNAM a décidé de lancer, sans concertation réelle, un vaste plan de transformation qui, de facto, aboutira à la dissolution de ce service médical. Dans un contexte où les crises successives – qu'elles soient sanitaires, économiques ou sociales – nécessitent plus que jamais des dispositifs robustes et autonomes, la suppression du SCM au sein de l'Assurance Maladie est une décision aussi incompréhensible qu'irresponsable.

les justifications sont floues et des impacts sous-estimés

Les arguments avancés pour justifier ce projet reposent sur la recherche de gains d'efficacité et de synergies médico-administratives. Le scénario retenu par la CNAM prévoit l'intégration de l'ensemble des personnels médicaux et administratifs du SCM au sein des services des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) en phase 2. Les 16 directions régionales du service médical (DRSM) seront supprimées, et les praticiens-conseils seront désormais subordonnés aux directeurs des CPAM, responsables de leur évaluation et de leur avancement .

Or, derrière ce discours de « simplification », se cache une réalité bien plus préoccupante. En intégrant le service médical dans les CPAM, le projet opère un bouleversement profond de la gouvernance et du fonctionnement des contrôles médicaux. La dilution des compétences médicales au sein d'entités administratives engendre plusieurs risques majeurs : la perte de l'indépendance des praticiens-conseils, l'affaiblissement de leur rôle de contrôle et d'accompagnement des soins, et l'immixtion des contraintes budgétaires dans des décisions qui devraient rester purement médicales. L'Indépendance est menacée, le secret médical en danger

Service médical

Depuis sa création, le service médical s'est vu confier des missions de contrôle et de régulation des dépenses de santé. Cet équilibre repose sur l'indépendance des praticiens-conseils, permettant une évaluation objective des pratiques médicales. Le projet actuel, en plaçant ces praticiens sous la coupe des CPAM, remet en cause cette indépendance et risque d'introduire des pressions inacceptables sur les prescriptions, les arrêts de travail, et le remboursement des soins. Cette indépendance, indispensable pour prévenir les abus tout en préservant la qualité des soins, est aujourd'hui en péril.

Le respect du secret médical constitue un autre point de préoccupation. L'intégration des missions médicales dans des équipes administratives élargies rendra l'accès aux données de santé plus facile, augmentant ainsi les risques de violation de la confidentialité des informations médicales. La mise en œuvre d'une « délégation médico-administrative » dans les CPAM, telle qu'envisagée par le projet, pourrait entraîner une banalisation de l'accès aux données de santé, compromettant le respect des obligations de déontologie et la confiance des assurés dans le système.

Des conséquences graves pour les assurés et les professionnels de santé

Les premiers impactés par cette réforme seront les assurés sociaux et les professionnels de santé. La disparition du SCM entraînera une dégradation de la qualité des services rendus, en raison de la perte de compétences spécialisées et de la dispersion des équipes. Les délais de traitement des dossiers, notamment dans la gestion des arrêts de travail et des dossiers complexes, pourraient s'allonger, générant un préjudice direct pour les assurés les plus fragiles.

Pour les professionnels de santé, la transformation risque de rendre plus difficile l'accès à des interlocuteurs médicaux capables de les accompagner dans la régulation des soins et le développement de pratiques plus appropriées. Les échanges entre médecins-conseils et praticiens libéraux, essentiels pour l'amélioration continue des soins, seront rendus plus compliqués par la perte de lisibilité et de cohérence dans l'organisation du SCM.

Un service public de santé menacé par une logique comptable

Au-delà des préoccupations légitimes concernant la qualité des services, ce projet de transformation marque une dérive inquiétante vers une vision purement comptable de la santé publique et de la protection sociale. En cherchant à intégrer le service médical dans des structures administratives aux logiques budgétaires rigides, la CNAM risque de réduire les missions médicales à des indicateurs de performance déconnectés des réalités de terrain.

Les économies d'échelle annoncées risquent de se faire au détriment de la qualité des services et des conditions de travail des personnels, déjà éprouvés par des années de restructurations. Cette réforme, loin d'apporter une solution aux problèmes de pénurie de praticiens-conseils et aux faiblesses de la lutte contre la fraude, pourrait aggraver la crise d'attractivité des métiers du contrôle médical et pousser de nombreux professionnels à quitter le service public.

[Réforme du service médical \(article dans Le quotidien du médecin\)](#)

[Les craintes des médecins-conseils face à la réorganisation du service médical \(site : Egora\)](#)

FO Déclaration Force Ouvrière

Conseil de la CNAM

10 octobre 2024

Transformation du Service du Contrôle Médical

Monsieur le président,
Mesdames, Messieurs les conseillers,
Monsieur le directeur général,

Aujourd'hui, entre deux points à l'ordre du jour sur les dépenses et la vaccination hivernale, la direction générale glisse également pour information la « transformation du service médical ».

Avant d'entrer dans le fond du dossier, Force Ouvrière tient à rappeler les fondamentaux de la démocratie sociale et des prérogatives de ce conseil.

En effet, inscrire le projet de **suppression** du Service Médical - et non pas de **transformation** - inscrit à l'ordre du jour aujourd'hui **pour information** et **non pour débat** relève d'un grand mépris des conseillers. **Une proposition à titre informatif n'est plus une proposition mais une décision** qui s'impose à tous.

Le Conseil de la CNAM n'a jamais été tenu au fait de ce projet alors que celui-ci n'a été présenté qu'en CSE central, donc vu du versant des salariés. A aucun moment les assurés représentés dans ce conseil n'ont été informés, consultés.

Sur ce versant des salariés d'ailleurs, nous notons que la direction générale a mis en place une série de consultations dont il serait opportun d'avoir un retour.

Devons-nous rappeler le rôle du conseil prévu à l'article L.221-3 du code de la sécurité sociale ?

« Le conseil a pour rôle de déterminer :

- 1° Les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins ; **la réforme du service médical entre parfaitement dans ce 1^{er} alinéa**
- 2° Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre ; **idem pour cet alinéa**

Confédération Générale du Travail Force Ouvrière

141 avenue du Maine - 75680 Paris Cedex 14

www.force-ouvriere.fr

SIRET : 784 578 247 00040- Code APE 9420 Z

FO Déclaration Force Ouvrière

- 4° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1; **ici ce n'est pas le sujet, et pour cause puisque le projet pourtant d'une grande envergure n'est même pas évoqué dans la COG**
- 5° Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ; **c'est bien le sujet dans cet alinéa du service médical**
 - 6° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager ; **c'est l'évidence même dans cet alinéa**
 - 8° Les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions ; **idem à nouveau pour cet alinéa**

Suffisamment de points concernent le sujet du service médical pour que « *Le directeur général prépare les orientations [...] en vue de leur approbation par le conseil. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur général un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.* »

Ajoutons enfin : « *Le directeur général met en œuvre les orientations fixées par le conseil et le tient périodiquement informé. Le conseil formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.* »

Vous avez donc compris que pour Force Ouvrière, le Conseil ne pourra pas se contenter d'un simple point pour information. Nous demandons donc un calendrier de présentation d'une éventuelle réforme, respectant les attributions du conseil.

Mais sur le fonds maintenant, nous nous opposons au projet présenté qui balaie les spécificités du service médical :

- Son indépendance,
- son impartialité,
- le garant du secret médical,
- son expertise médicale unique
- sa construction hiérarchique à laquelle les assurés sociaux font confiance,
- sa proximité avec les assurés

La direction générale indique que les assurés pris en charge par le nouveau service médical gagneront en lisibilité et en qualité de service rendu. Ce n'est pas le sujet. La principale caractéristique, **la mission fondamentale** du service médical, c'est **son indépendance** pour rendre des avis que la Caisse primaire doit appliquer.

Service médical

FO Déclaration Force Ouvrière

Que ce soit pour les ALD, les arrêts de travail, les invalidités et inaptitudes, les médecins conseils, accompagnés de leurs services administratifs, rendent des **avis strictement médicaux** dont dépendent les **conditions de vie des assurés**. C'est pourquoi la Caisse primaire ne peut pas intégrer le personnel et les missions du service médical, au risque de **devenir juge et partie** alors que, jusqu'ici, les décisions prises par le service médical s'imposent à la Caisse chargée de servir les prestations.

A l'heure où le gouvernement cherche des milliards d'économie et au moment de dévoiler le PLFSS, Force Ouvrière voit dans cette manœuvre de suppression du service médical, pas simplement un moyen de faire des économies de structure, mais des économies à grande échelle contre les assurés sociaux menacés sur leurs arrêts de travail et les ALD.

Rappelons-nous que déjà le PLFSS 2024 avait tenté de réduire le rôle du service médical en accordant à l'employeur un rôle prédominant en matière de contrôle des arrêts de travail.

En conclusion, Force Ouvrière, opposée à ce projet de transformation / disparition du service médical, demande que le projet soit préalablement présenté puis soumis au vote du Conseil.

Négociation ADD

Le contrat responsable, outil de l'Etat pour se désengager de ses obligations sociales

Le SNFOCOS a décidé de maintenir son action intersyndicale non entièrement satisfait de la proposition finale de l'UCANSS en matière de classification.

Nous considérons en effet que l'issue de la négociation sur les 3 classifications doit conduire rapidement à une revoyure pour compenser la faible enveloppe consacrée aux rénovations de nos classifications.

- **Lettre au Ministre des Solidarités**
- **Lettre au Ministre de la Santé**
- **Lettre au Premier Ministre**

Le contrat responsable, outil de l'Etat pour se désengager de ses obligations sociales

Les aidants familiaux de l'institution : le rôle de la CAPSSA

Dans l'étude OCIRP sur les aidants en 2024, 75% des managers, 70% des DRH pensent que le coût des différentes mesures de soutien aux salariés aidants doit être mutualisé dans un dispositif de prévoyance collective. Dans l'étude 2023, cette idée était approuvée par plus de 70% des salariés interrogés.

En faisant endosser le rôle de financeur du dispositif d'aide à la CAPSSA, l'employeur et les organisations syndicales représentatives à la Sécu ont pris ce pari dès 2021. Une enveloppe spécifique égale à 3% au maximum des cotisations du régime prévoyance est affectée au financement des prestations visées aux articles 6 à 8 de l'accord mettant en place le dispositif d'aide aux aidants. Cette enveloppe sera financée au travers du fonds social du régime de Prévoyance.

Rappelons que la CAPSSA finance notamment les paniers de service (art 8 de l'accord) fournis par le groupement d'assureurs et d'assistant composé de Malakoff-Humanis, qui agit comme chef de file, AG2R La Mondiale, AESIO Mutuelle et Inter-Mutuelle Assistance, groupement désigné par les partenaires sociaux à l'issue d'une procédure de mise en concurrence en 2021.

Il existe en effet 2 types de paniers au sens de l'accord, la différenciation se fondant sur le degré d'aide du salarié :

D'une part, un panier de services de 30 unités, correspondant à 750 euros, est ouvert aux salariés bénéficiaires d'un congé légal :

- un congé de présence parentale ;
- ou un congé de solidarité familiale ;
- ou un congé de proche aidant.

D'autre part, un panier de services de 16 unités, correspondant à 400 euros, est ouvert aux salariés s'occupant de leur conjoint, concubin ou partenaire de PACS, ou d'une personne présentant un lien de parenté au premier degré et percevant l'une des prestations légales liées au handicap ou à la perte d'autonomie dans les conditions suivantes :

- l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4 ;
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ;
- la prestation de compensation du handicap (PCH).

Que contient le panier ?

Des services d'aide à domicile, de livraison de courses ou de médicaments, la garde des enfants ou de la personne aidée, la présence d'un proche au domicile de l'aidé, etc.

D'après le bilan présenté en début d'année aux organisations syndicales, le recours aux paniers est encore « marginal ». Il est important que, comme l'a rappelé notre délégation, l'UCANSS s'engage davantage dans la formation et l'information des employeurs locaux pour que l'information ruisselle vers les personnels et que ces derniers ne craignent plus de se déclarer salarié aidant. Cela passera sûrement par davantage de mesures d'aménagement du temps de travail des personnels concernés, ce qui ne doit pas se limiter au bénéficiaire du « télétravail aidant ».

Comme notre confédération, nous réclamons une meilleure indemnisation des congés aidants, le développement et un droit effectif au répit pour les aidants, le développement des aménagements du temps de travail pour soulager les aidants et ainsi éviter le risque de désinsertion professionnelle, et enfin un meilleur repérage et suivi de la santé des aidants.



Nos Partenaires

OCÏRP
Engagés pour l'autonomie !

AÉSIO
MUTUELLE

KLÉSIA
Assureur d'intérêt général

CAPSSA

 **AG2R LA MONDIALE**

 **malakoff
humanis**
SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

POUR ADHÉRER AU SNFOCOS
Contacter la section SNFOCOS présente dans votre organisme
ou adhérer via le formulaire en ligne sur : <https://snfocos.org/adherer/>

AGENDA

23/10/2024
Journée des ARS

La prochaine lettre de la Michodière paraîtra le jeudi 10 octobre 2024