

Instance Nationale de Concertation

Réunion du 16 mai 2006

**LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE
GESTION (COG) – ASSURANCE MALADIE**

UCANSS

La réunion s'est tenue sous la Présidence de Philippe GEORGES, Président du COMEX

ETAIENTS PRESENTS :

Philippe GEORGES, Président du COMEX, Directeur de la CNAF

Pour la CNAMTS :

Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur Général

Olivier DE CADEVILLE, Directeur Délégué aux Opérations

Laurence GAUTIER-PASCAUD, Directrice des Ressources Humaines Réseau

Pour l'UCANSS :

Philippe RENARD, Directeur

Gérard DURIER, Directeur de la Prospective et des Ressources Humaines

Pour les représentants du personnel :

CFDT

Béatrice DRUELLE

Gérard HOELTGEN

José RAZAFIMANDIMBY

Patrick ROHAUT

CFE-CGC

Nadine COURTEL

Patrick LAVAUD

Dominique LE PAGE

Paris, le 16 mai 2006

UCANSS

CFTC

Joëlle BETHOUX

Jean-Marc COLLET

Pierre PUPPIEZ

SNADEOS/CFTC

Hubert RETIF

CGT

Daniel EDELIN

UFICT-CGT

William LIS

Philippe MORAUD

FO-FEC

Jean-Yves DELAGRANGE

Michel ROCHETTE

Christian REGIS

Jean-Jacques VERHAEGE

SNFOCOS

Christian GOUPILLOT

Alain POULET

Gino SANDRI

La réunion est ouverte à 14 heures 30.

M. ROCHETTE – FO/FEC

Monsieur le Président, si vous le permettez, je souhaite revenir sur les positions prises par la dernière instance de concertation sur l'Assurance Maladie au sujet des établissements UGECAM.

Je voudrais faire part, à l'ensemble des Fédérations ici présentes, de la lettre que nous vous avons adressée vendredi dernier. Il me semble que la réponse que vous pourrez nous apporter pourrait être complétée par Monsieur VAN ROEKEGHEM ; ce qui serait de bon augure pour cette réunion d'aujourd'hui.

L'article 4.2 du protocole d'accord du 30 novembre 2004 stipule qu'il y a 7, 12 et 15 points pour le personnel soignant et les employés cadres, le nombre total de points de compétences attribués dans chaque organisme, au cours de chaque année, devant être reparti au moins sur 20 % des effectifs pour chacune des catégories définies ci-après : salariés de 1 à 4 et de niveau 1E à 4E, salariés de 5 à 9, et de 5E à 12E.

D'après la jurisprudence, constante depuis de nombreuses années, relative à la Sécurité Sociale, les augmentations individuelles de salaire présentent un caractère obligatoire. Elles ne peuvent pas être limitées par l'enveloppe budgétaire disponible, comme en témoignent les arrêts de la Cour de Cassation en date du 13 mai 1982 et du 21 octobre 1992, lesquels concernent le personnel de la Sécurité Sociale.

Lors de l'Instance de concertation du 8 mars 2006 que vous avez présidée, le représentant de la CNAMTS a indiqué que deux UGECAM (Alsace et Bourgogne - Franche-Comté) n'ont attribué aucun point de compétence pour l'année 2005. Je suis immédiatement intervenu à ce sujet en disant que nous avons des renseignements différents au sujet de certaines UGECAM.

Le point devrait être réalisé UGECAM par UGECAM, ce qui n'a pas été effectué lors de l'Instance de concertation. Il n'est pas acceptable d'entendre ici que ces deux UGECAM n'y figurent pas. Que fait le président du COMEX pour assurer le respect de la mise en œuvre des textes ?

Lors de cette Instance de concertation, je vous ai fait part qu'un certain nombre d'autres UGECAM n'ont pas respecté la mise en œuvre du protocole et n'ai obtenu aucune réponse sur la question. Vous vous êtes contenté de me dire : « Je découvre ce sujet mais je m'engage à vous apporter la réponse à ce propos. Le protocole d'Accord du 30 novembre 2004 doit être effectivement appliqué. Un point de situation doit être réalisé avec la CNAMTS avant de vous faire une réponse».

Ces citations sont extraites du compte-rendu effectué par le Secrétariat de l'UCANSS concernant l'Instance Nationale de Concertation du 8 mars 2006. Je porte aussi à votre connaissance un extrait du procès-verbal de la séance plénière du Comité d'entreprise de l'UGECAM de la région Nord Picardie en date du 17 janvier 2006. Le délégué syndical central, Madame VINCKLER a confirmé la réponse du directeur de cette UGECAM : « Pour l'année 2005, aucun point de compétence ne sera distribué mais la distribution des points de compétence ne commencera qu'à partir de février 2006».

D'après nos informations, d'autres UGECAM seraient dans la même situation, en n'ayant accordé aucun point de compétence ou seulement quelques-uns (bien moins que les 20%

obligatoires pour l'année 2005). Ainsi, les UGECAM ne s'acquittent pas de leurs promesses de donner des points de compétences à au moins 20% du personnel. Par exemple, pour l'UGECAM Rhône Alpes, sur les 900 salariés, seules 4 personnes ont bénéficié des points de compétence 2005 au siège, et 2 à 3 personnes par établissement.

C'est pourquoi, la Fédération Force Ouvrière réitère expressément sa demande d'application des dispositions de la Convention collective nationale à l'ensemble du personnel des UGECAM pour l'année 2005.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce dossier. Nous souhaitons vous entendre sur ce problème. Il s'agit là de problèmes concrets. La vidéo-projection de notre réunion précédente, somme toute excellente, ne nous a pas apporté de réponses précises sur ces points-là.

M. COLLET - CFTC

Lors de la réunion de la dernière RPN sur le dialogue social, j'ai prévenu que nous ferions une intervention sur le problème des UGECAM. Cette intervention rejoint les propos de Monsieur ROCHETTE.

J'ai, sous les yeux, le procès-verbal d'un Comité d'entreprise de l'UGECAM d'Alsace dont le directeur déclare : « L'attribution des points de compétences est une faculté et non une obligation. Elle dépend avant tout des possibilités budgétaires ». En réponse, nous nous sommes permis de lui donner lecture du protocole d'accord et de l'article 4.2 concernant l'attribution des points de compétence à hauteur de 20% au personnel. Le directeur nous a répondu : « L'UGECAM n'a pas de crédits pour l'augmentation de la valeur du point. En 2006, le dispositif ne pourra pas s'appliquer si nous n'avons pas de crédits. En raison des budgets, l'UGECAM sera même peut-être amenée à voir si elle peut continuer à payer les charges obligatoires de la Convention collective. C'est à la charge des salariés de faire valoir leurs droits. »

Chacun serait-il renvoyé à ses responsabilités ? Comment devons-nous comprendre sa conclusion ? Les salariés et les représentants syndicaux doivent-ils prendre leurs responsabilités ? Comment devons-nous accueillir ces propos ? Dans le même procès-verbal, il ajoute aussi qu'il ne payera pas l'augmentation de la valeur du point. Faut-il que nous allions voir le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances ?

En tout cas, ce texte n'est pas un tract syndical, mais bien le procès-verbal d'un Comité d'entreprise dont le contenu a reçu l'aval d'un directeur, dans le cas présent le directeur de l'UGECAM Alsace. Nous rejoignons tout à fait les propos de Michel ROCHETTE. Avons-nous deux catégories de personnel dans l'institution ? Les 15 000 agents des UGECAM sont-ils en dehors de la Convention collective ?

M. ROHAUT – CFDT

Je ne reprendrai pas les cas classiques, puisque nous connaissons tous les problèmes liés au financement des différentes mesures. Je rappellerai simplement le propos du président du COMEX qui s'est engagé depuis mars à prendre des contacts nécessaires afin de mettre fin à cette situation que tout le monde juge inacceptable.

Depuis plus de deux mois, nous n'avons pas eu de communication ni de l'UCANSS, ni de la CNAMTS sur ce sujet. Nous trouvons cette situation tout à fait navrante. Navrant est tout aussi l'objet précis de la réunion de ce jour concernant les conditions matérielles dans lesquelles nous aurons à travailler. Nous ne trouvons encore à ce jour nulle mention sur la situation du personnel.

Cette situation est fortement lassante, puisque nous ne cessons de répéter à chaque réunion cette même revendication qui ne semble pas se faire entendre dans le cadre des négociations du dialogue social avec l'UCANSS. Nous en avons parlé déjà, il y a une semaine, lors du renouvellement de l'Accord de l'Instance de Concertation. Des engagements semblent vouloir être pris au travers de documents, tout du moins en ce qui concerne les conditions matérielles de la réalisation du dialogue social.

Aujourd'hui, nous recevons encore des documents sur table. Malgré le groupe de travail du 20 décembre 2005, nous constatons encore aujourd'hui que les problèmes ne sont toujours pas résolus. Si nous voulons croire à cette négociation actuelle dans le cadre du renouvellement de l'Instance Nationale de Concertation, il s'agirait en particulier, pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, de mettre les pratiques en correspondance avec ces textes.

M. POULET - SNFOCOS

Il y a ceux qui ont la chance d'avoir des documents sur table et ceux qui n'en ont pas. Le niveau du traitement des acteurs est ainsi différencié. Nous n'avons pas de document. Pour autant, ce n'est pas cela le sujet.

Je voudrais que nous élevions un peu la discussion. Premièrement, quel est le degré de crédibilité de la signature des partenaires sociaux dans des accords qui ne s'appliquent pas ? C'est un vrai problème. Nous signons ici des accords qu'un Ministre agréé et qui lui fournissent des sortes de feuilles volantes pour que chacun les applique à son gré.

Quels que soient les problèmes techniques liés à l'application des textes, il est d'abord de la responsabilité de l'employeur de les régler avant de signer les documents puis, dès lors où il a signé ces derniers, de les appliquer.

Un autre problème est que nous ne sommes pas en train de traiter de minorités. Nous sommes à la hauteur d'une branche de la Sécurité Sociale lorsque nous parlons des établissements de la Sécurité Sociale. J'interpelle directement l'employeur.

Quand la Fédération de l'hospitalisation publique, la Fédération de l'hospitalisation privée et la FEHAP s'occupent de leurs établissements, ils défendent leurs établissements.

La question est de savoir quelle est la volonté officielle de l'employeur CNAMTS de défendre les établissements dont il a la responsabilité de gestion, hérité dans le cadre du régime général de la Sécurité Sociale. L'employeur CNAMTS est-il décidé à défendre les structures hospitalières dont il a la responsabilité ? Est-il décidé à assumer politiquement les mêmes enjeux que la Fédération hospitalisation de France, la Fédération d'hospitalisation privée et la FEHAP ?

Il faudrait nous le dire. Car si la réponse à la question est affirmative, le problème se pose de manière différente. Nous serions et vous seriez dans un mécanisme de liquidation des établissements de la SECU. Il faudra nous annoncer la couleur, comme il faudra annoncer la couleur tout à l'heure sur d'autres sujets.

M. RETIF - SNADEOS-CFTC

L'intervention de la CFTC sera plus courte du fait que la synthèse vient d'être faite à plusieurs reprises. Nous sommes très choqués de la situation actuelle et nous l'avons déjà dit plusieurs fois autour de cette table.

A la dernière réunion, vous avez pris un engagement formel pour trouver une solution à cette problématique concernant les UGECAM. Il n'est pas normal qu'un texte co-signé à la fois par les employeurs et les partenaires sociaux ne puisse pas trouver application. Ce qui est écrit par certains directeurs lors des PV est tout simplement inadmissible. Si la volonté de ces directeurs est de vouloir nous pousser à la saisie des juridictions compétentes, alors nous pourrions très bien les satisfaire. Nous pourrions vous faire de la publicité. Cette situation ne peut plus durer ad vitam aeternam.

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

Premièrement, nous ne méconnaissons pas la jurisprudence de la Cour de Cassation, dont nous ne remettons pas en cause les conclusions. D'ailleurs, les contraintes budgétaires ne sont pas opposables à un accord collectif qui fait force d'application dans l'ensemble de la branche. En tout état de cause, je suis effectivement d'accord avec vous. 14 000 personnes ne représentent pas un détail. C'est l'équivalent d'une branche de la Sécurité Sociale et j'en ai bien conscience.

Deuxièmement, nous avons un problème général d'équilibre et nous ne sommes pas, comme vous le savez, sur un sujet du fonds national de gestion administrative. Des financements pour la branche Assurance Maladie sont nécessaires pour mettre en œuvre les mesures d'application de la Convention collective. Mais ces financements relèvent de dotations qui sont fixées par les Agences régionales de l'hospitalisation au profit de ces établissements.

Nous avons un certain nombre de difficultés financières dans certaines UGECAM et il est difficile d'en assurer le financement. Nous avons fait le point hier avec le Chef de Cabinet du Ministre de la Santé. Il nous est nécessaire d'intervenir auprès du Ministère de la Santé et, en particulier, auprès de la Direction de l'hospitalisation pour traiter de ces difficultés réelles de financement. Un certain nombre d'établissements sont, il est vrai, en situation difficile.

Ce sujet de discussion se trouve au cœur des négociations sur la Convention d'Objectif et de Gestion (COG). Nous serons d'autant plus écoutés que nous aurons un discours crédible sur la manière de régler les irrégularités dans les établissements concernés. L'activité des UGECAM et des 156 établissements qui les concernent représente globalement 800 millions d'euros d'activités médicales. L'équilibre général de cet ensemble est à peu près égal à 0, c'est-à-dire qu'il y a des établissements en difficulté financière et d'autres qui sont en léger excédent budgétaire.

Nous ne pouvons pas dire que nous sommes à l'aise. Néanmoins, la position des directeurs des UGECAM n'est pas conforme au texte de la Convention collective. Il faut donc trouver les moyens financiers pour traiter ce sujet conformément aux accords collectifs. L'idée est bien sûr de savoir comment nous pouvons résoudre ce problème.

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations - CNAMTS

Nous avons prévu qu'à l'issue de la négociation de la COG, dans le courant du mois de juin, nous y verrons un peu plus clair sur le sujet. Nous allons prévenir les directeurs des UGECAM et leur réaffirmer objectivement les principes de la Convention collective en leur demandant de les appliquer. Les mesures individuelles concernant le personnel et les valeurs conventionnelles de l'UCANSS seront ainsi réaffirmées.

A l'heure actuelle, des réflexions sont menées avec les directeurs des UGECAM chargés de missions pour déterminer les besoins et les moyens de réalisation. Notre détermination actuelle concerne l'application des accords conventionnels. Nous traiterons ce domaine dans le cadre du budget de cette année.

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

Plus généralement, la CNAMTS a un devoir de se préoccuper et d'analyser l'unité de gestion de cet ensemble. Nous n'avons pas de consolidation d'activité. Or, les UGECAM sont aussi des établissements de proximité et des établissements sanitaires (nous sommes encore partiellement présents dans le domaine psychiatrique). Il y a nécessité de suivi. J'ai donc décidé de créer un poste de chargé de mission qui aura la charge de cette activité UGECAM.

Nous sommes forcés de reconnaître qu'une partie de cette activité est éclatée entre plusieurs directions et que la gestion régionale des UGECAM n'est pas suffisante pour nous assurer à la fois de l'existence d'une consolidation nationale et d'une interface entre la CNAMTS et la DHOS. Nous avons aujourd'hui un positionnement différent de celui que nous avons eu traditionnellement vis-à-vis de la DHOS. Nous nous trouvons en effet en péril au niveau des soins dans ces établissements rassemblés en UGECAM.

Nous avons des réflexions en cours, au sein du Conseil de la CNAMTS, sur les évolutions à mener à moyen terme, qu'il ne m'appartient pas d'anticiper dans le débat par rapport à notre mission d'offre de soins. Néanmoins, je peux vous faire part de ma position. Tant que ces établissements participent à l'Assurance Maladie, ils doivent être gérés.

Aujourd'hui, nous devons raisonnablement faire des efforts en matière de suivi. Cette activité doit être menée. Nous abordons ces choses de cette manière. Mais la véritable difficulté réside dans le fait que nous sommes, s'agissant du budget de ces établissements, dépendants des ARH.

M. POULET - SNFOCOS

Je souhaite apporter quelques précisions. La question qui se pose est celle de savoir si nous sommes en train de dérapier lorsque nous soutenons la thèse que, quelle que soit l'orientation en vigueur actuellement, rien n'empêche l'Assurance Maladie de subventionner ses propres œuvres pour les aider à passer le cap. La première chose est que nous sommes sur les frais de fonctionnement, la deuxième sur le problème des investissements.

Les structures, que j'ai citées précédemment, ont la capacité de mobiliser des moyens financiers de nature à permettre le maintien des niveaux qualitatif et quantitatif de la performance réalisée par leurs établissements de soins. La CNAMTS s'inscrit-elle dans la même stratégie ? Autrement dit, est-elle prête à augmenter significativement son fonds d'investissement sur les établissements de la Sécurité Sociale ? Ou bien alors reste-t-elle dans la mécanique que nous lui connaissons et qui est très en deçà des besoins d'investissements des établissements rattachés aux UGECAM ? Le niveau de performances des établissements UGECAM met-il ces derniers à la merci du marché des repreneurs de la déficience technique ? Sommes-nous progressivement en train de programmer leur disparition ?

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

Tout d'abord, il y a la loi de 2004 qui confie au Conseil des pouvoirs d'orientation. Pour avoir participé à l'élaboration de cette loi, je considère que le débat doit avoir lieu et qu'il ne m'appartient pas de préempter la discussion. C'est le premier point.

Ma responsabilité est d'une autre nature. Elle consiste à veiller à la bonne gestion de ces établissements et à la mise en œuvre des orientations lorsqu'elles sont clairement définies. Ce qui est clair, c'est qu'en tant qu'établissement de l'Assurance Maladie, nous avons la responsabilité de veiller à ce qu'il n'y ait pas d'obsolescence technique, et que, pour le moins, nous puissions gérer ces problèmes dans des conditions au moins égales à ce qu'elles étaient précédemment. Ceci ne veut pas dire que les investissements réalisés, portant sur des dépenses de deniers publics s'effectuent dans le cadre de décisions complètement insolites.

En ce qui me concerne, j'ai demandé que les dossiers d'investissements me soient présentés si deux conditions sont réunies :

- Premièrement, les investissements s'intègrent-ils bien dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire ? Autrement dit, investissons-nous à bon escient et les investissements s'intègrent-ils aux schémas régionaux. Ceci me paraît essentiel.

- Deuxièmement, en tant qu'investisseurs, sommes-nous assurés de la fiabilité des établissements lorsque nous avons investi ? Les politiques tarifaires, qui ne sont pas nécessairement faites, permettent-elles de donner des réponses aux établissements ? Nous tenterons de regarder ce point.

Le débat sur l'orientation des UGECAM est en cours. Nous avons passé une première étape qui était l'examen du constat. Ceci me semble pouvoir être encore perfectible, notamment pour avoir une visibilité plus claire de la situation financière de ces établissements. Il faut reconnaître que nous n'avons pratiquement pas abordé ces questions.

Quelle doit être l'orientation prise pour ces établissements ? Il s'agit du débat que le Conseil devra aborder. Cela ne m'empêche pas d'avoir une conviction, même si je ne souhaite pas préempter le débat de la CNAMTS. Je crois que nous devons faire face à nos responsabilités et être capables de faire des choix, des arbitrages d'investissements à bon escient et donc de trouver éventuellement les moyens en termes d'optimisation d'investissements.

Nous investirons pour des établissements qui s'intègrent dans le schéma régional d'organisation sanitaire. La réalisation de ces investissements doit être effectuée de manière à ce que les ARH, qui soutiennent ces établissements, puissent en tirer les conséquences en matière tarifaire.

M. POULET - SNFOCOS

Pourrions-nous fixer la prochaine séance de concertation pour connaître au mieux les nouvelles orientations qui naissent de votre raisonnement ? Si j'écoute bien votre discours, il y a des solutions. Mais le problème est que cette instance ne les connaît pas encore. Nous souhaiterions pouvoir les connaître.

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur-Général de la CNAMTS

D'ici le mois de juillet, nous aurons commencé à finaliser certaines réflexions et vous en serez tenu informé. Comme le calendrier est sensible et concerne plusieurs milliers de personnes, je pense que nous avons à approfondir notre réflexion. Vous en aurez connaissance dans le courant du mois de juillet.

M. LAVAUD – CFE-CGC

Monsieur le Directeur, je conviens de cela. Mais depuis des mois, vous nous dites que le financement vient des ARH. En cas d'accord salarial, l'ARH approuve sans aucun problème. Il n'y a que les personnes qui se trouvent dans les UGECAM qui ne sont pas informées. Un collègue, situé en Alsace, m'a dit que cela dépend de la DOS. Mais les accords ne se font pas avec la DOS mais avec la DSS. A un moment donné, il faudra que chacun arrête de se renvoyer la balle et prenne ses responsabilités. En cas d'accord, les ARH devraient appliquer les augmentations de salaire et ne devraient pas se poser la question de savoir qui a signé et qui n'a pas signé.

M. ROCHETTE - FO-FEC

Monsieur le Directeur, j'ai bien entendu que vous partagez notre position selon laquelle les mesures individuelles obligatoires prévues doivent s'appliquer indépendamment des contraintes budgétaires pour les personnels des établissements. Nous ne parlons que d'eux en ce moment. Je voudrais poser une question simple. J'ai cru entendre la réponse. Mais je préfère vous la faire redire. La position de la CNAMTS, en 2005, est-elle de faire bénéficier, à au moins 20% du personnel de toutes les UGECAM de points de compétence ?

M. LAVAUD – CFE-CGC

En entendant votre intervention, Monsieur le Directeur, je me suis dit que vous semblez oublier le passé récent concernant les orientations des établissements UGECAM. C'est un sujet sur lequel le Conseil d'administration a déjà planché et établi des orientations très précises, pour les remettre en cause dans le cadre des COG.

Votre position me paraît assez incompatible avec un suivi pérenne des activités de ces établissements. Les orientations ont déjà été déterminées en 2003 dans le cadre de l'Assurance Maladie. Nous touchons à un problème de fond. Je rejoins complètement la fédération FO dans son discours lié au problème du financement. Il y a effectivement une volonté des directeurs des UGECAM sur le terrain et de la CNAMTS, qui ne nous est pas perceptible, de défendre le fonctionnement et les accords liés à ces établissements.

M. MORAUD – UFICT/CGT

A écouter ce débat, j'ai comme une inquiétude que vous allez peut-être dissiper. J'entends bien qu'il s'agit de trouver les moyens de régler les problèmes dans l'attente de propositions. Voilà quelque chose de véral. J'ai envie de vous demander à quel prix cela se fera pour le personnel, sans préempter naturellement les orientations que prendra le Conseil de la CNAMTS. En attendant, que devons-nous raconter à nos collègues sur cette affaire ?

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

Il est clair que nous devons trouver les moyens pour faire respecter la Convention collective et financer des engagements. Or sur ce point, nous sommes en difficulté en ce moment. Pour le dire plus explicitement, nous ne remettons nullement en cause la Convention collective. Ce ne sont pas des points que nous allons reporter à l'arbitrage de 2010.

Puisqu'il n'est pas dans notre pouvoir de financer ces engagements, nous avons besoin d'un soutien ministériel, compte tenu de la position prise aujourd'hui dans les différentes agences régionales, notamment en Alsace mais aussi dans d'autres régions.

M. GEORGES – Président du COMEX

Je vous propose de passer à l'ordre du jour. Je donne la parole à Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM.

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

La loi de 2004 a prévu un certain nombre de règles. Je les rappelle parce qu'elles sont importantes dans le débat qui va suivre dans notre assemblée aujourd'hui.

La loi a prévu que le conseil de la CNAMTS est chargé de fixer un certain nombre d'orientations, lesquelles comportent celles relatives au réseau et à la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG). La loi a prévu également que le Directeur Général de la CNAMTS négocie avec l'Etat, la Convention d'Objectifs et de Gestion mais qu'à la demande de certains partenaires sociaux, cette convention soit co-signée par le Président du Conseil de la CNAMTS et par le Directeur Général. Cet équilibre de pouvoir n'est pas innocent. Il ne ressort pas du compromis qui aurait découlé de la relation de pouvoir entre les différents acteurs mais d'une volonté d'associer le conseil de la CNAMTS aux évolutions de l'Assurance Maladie, et notamment du réseau et de ses relations avec la CNAMTS

La loi a prévu la possibilité d'avoir, à travers la co-signature du Président, un cordon de rappel et de ne pas laisser le Directeur Général négocier seul avec l'Etat. Tout cela a été pensé et tous ceux qui ont participé à la discussion le savent. C'est dans ce cadre-là que nous avons procédé de manière méthodique et en toute transparence. Dès que la négociation a été terminée, avec la Convention nouvelle et la mise en œuvre du médecin traitant, nous avons élaboré, dans le courant 2005, un certain nombre d'orientations qui touchent à la gestion du risque maladie, premier élément qui a été prévu dans la réforme de 2004, à la politique d'hospitalisation, au médicament et au service.

Nous avons décliné, tout le long de cette même année, les finalités, les missions et les objectifs à fixer. Sachant que la politique de gestion du risque touche à des déséquilibres globaux, et notamment d'ordre financier, le Conseil a été amené à arrêter un positionnement avec la Direction Générale. Ce n'est qu'après avoir fixé l'ensemble de ces orientations que nous avons pu commencer à aborder le débat sur l'évolution du réseau.

Comme je l'ai toujours dit, indépendamment de mes responsabilités actuelles, la restructuration du réseau de l'Assurance Maladie n'est pas pour nous une finalité. La finalité, c'est d'obtenir des résultats sur la base des objectifs que nous nous fixons. Ces objectifs et leurs déclinaisons opérationnelles sont certes fixés par l'équipe de Direction de l'Assurance Maladie. Mais la direction est fixée par le Conseil.

Nous nous sommes fixés collectivement, de par les orientations, deux priorités fondamentales. La première priorité est d'exercer pleinement notre métier de gestionnaire de risques et de régulation des dépenses de la santé. Je vous renvoie à nos travaux - que je vais mettre sur le site www.ameli.fr - sur les orientations en matière de gestion du risque qui ont été approuvées au moment de la loi en 2004.

Le deuxième objectif que nous nous sommes fixés est de développer l'offre de service de l'Assurance Maladie et de positionner l'Assurance Maladie sur des métiers à valeur ajoutée dans lesquels les relations humaines trouvent toutes leurs nécessités et leurs sens. C'est donc, dans le cadre d'un déplacement du métier de production à un métier de service, qui a d'ailleurs été esquissé à l'occasion des précédentes Conventions d'Objectif et de Gestion (COG), que nous nous plaçons.

De ce point de vue, nous nous trouvons dans la continuité de l'orientation prise antérieurement. Ce qui est nouveau par rapport à la période précédente est que nous disposons, par la loi de 2004, de moyens et de pouvoirs accrus dans le domaine de cette gestion technique. Il est clair que nous allons accélérer cette transition d'un métier de production, que nous avons trop souvent qualifié de payeur aveugle, vers un métier de service et de régulation. Dans ce concept, le réseau est l'outil de la mise en œuvre au service de ces politiques.

Nous rajouterons, dans ce projet d'entreprise, un troisième axe qui est celui de l'efficience de l'Assurance Maladie. Nous devons à nos concitoyens un service public moderne et efficace qui réalise ses actions au meilleur coût pour la collectivité. Nous devons rechercher l'optimisation de notre organisation. Cette optimisation se situe dans le cadre d'une contrainte un peu particulière, qui est celle de la période 2006-2009, qui est clairement la contrainte démographique.

Nous allons être confrontés à un nombre de départs importants, beaucoup plus importants qu'au cours de la période passée. Pour l'Assurance maladie, le nombre de ces départs est estimé à 11 000 sur une période de 4 ans. Nous avons une opportunité importante - que nous souhaitons mettre à profit -, qui consiste, d'une part, à accroître notre efficience et, d'autre part, à développer le rythme de notre recrutement par rapport à la période précédente. Nous agissons dans le cadre de la double ambition de participer à la réduction des inégalités et notamment à la relance des emplois des jeunes, mais dans le cadre d'une responsabilité en matière de gestion. Vous pouvez faire vos calculs. Je ne doute pas que vous les ferez et que vous ne les oublierez pas dans le cadre du débat de la négociation de la Convention d'Objectifs et de Gestion.

Où en sommes-nous exactement dans l'avancement de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) ? Nous avons, avec un peu de difficultés, finalisé, le 13 mars 2006, les orientations relatives à l'organisation du réseau.

Ce n'est pas le nombre de documents présentés et de débats en Commission et au Conseil qui explique cette maturation, mais l'importance des enjeux que représente l'équilibre de la Convention d'Objectifs et de Gestion pour l'Assurance Maladie, laquelle emploie environ 100 000 personnes, dont 15 000 au niveau des UGECAM, les autres personnels étant employés dans les différents organismes de l'Assurance Maladie participant à cette mission de régulation. Je vais céder la parole à Olivier DE CADEVILLE qui va vous indiquer quelles sont nos priorités dans la négociation et où nous en sommes exactement dans cette négociation.

Une vidéo-projection expose les thèmes de la COG, thèmes repris dans les documents remis sur la table à chacun des partenaires.

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Sur le calendrier de la négociation, nous pouvons dire aujourd'hui que nous faisons un point d'étape sur un processus qui a été relativement formalisé, relativement parce qu'il n'est pas encore terminé. La première réunion a eu lieu au mois de septembre 2005 et s'inscrit dans un ensemble de 40 à 50 réunions, avec un examen extrêmement détaillé de différents thèmes (proposition de la CNAMTS, position du Ministère) pour évaluer, ce que nous pouvons prendre en charge. Nous restons dans l'idée qu'une Convention d'Objectifs et de Gestion doit être négociée.

En septembre, nous avons établi un planning et cerné les thèmes qu'il est nécessaire d'aborder dans ce contrat et qui découlent essentiellement des orientations déjà votées ou en cours d'examen au Conseil de la CNAMTS. La dernière réunion a eu lieu le 15 mai 2006. Elle a donné lieu à une séance de relecture par les services techniques. Il ne s'agit pas encore d'une rédaction validée par les directeurs, que ce soit le directeur de la CNAMTS ou le directeur de la DSS.

C'est le document relu qui leur sera proposé et reprend en fait les grands thèmes dont nous avons parlé à l'instant. Les prochaines étapes se dérouleront en mai et début juin 2006. Nous avons, au mois de mai, encore 5 réunions sur les moyens budgétaires, les tableaux de bord et les indicateurs. Les aspects budgétaires ont fait l'objet de deux réunions et sont en cours d'avancement.

La Convention d'Objectifs et de Gestion, comme le Directeur Général l'a rappelé, comporte, comme premier grand objectif, de mettre la gestion du risque au cœur de notre action. Il faut comprendre cette notion dans toute son acception, c'est-à-dire depuis la prévention au niveau des grands enjeux de santé pour les assurés jusqu'à la maîtrise des dépenses.

Le deuxième grand objectif consiste à s'engager sur une offre de services homogène sur l'ensemble du territoire, laquelle doit être modernisée et diversifiée. Il ne faut pas oublier, derrière le thème de la gestion du risque, que le service de base est à maintenir, à développer et à améliorer pour les assurés.

Nous pensons bien évidemment au remboursement en matière de prestations en nature où nous avons dû, au cours des cinq dernières années, sécuriser le système. Malgré tout, il convient de rester vigilant, car nous observons de temps en temps certains à-coups. Il en va de même pour les prestations en espèces.

Nous avons encore du chemin à parcourir pour pouvoir répondre, dans des délais suffisamment courts, aux assurés. Une offre de service modernisée et diversifiée concerne toutes les propositions de services aux personnes et vise à rendre ces derniers plus accessibles (sans déplacement et sans échanges de papier) pour toute une partie de la population familiarisée avec ce type de vecteur.

Il s'agit aussi de mettre en place un service personnalisé, et même attentionné, pour des populations soit fragiles, soit dans une situation particulière.

Le troisième grand objectif vise à renforcer la performance et l'efficacité globale de la branche. Nous avons beaucoup progressé depuis plusieurs années. Mais nous avons encore à poursuivre notre travail collectif pour atteindre un service plus homogène sur l'ensemble du territoire. Les résultats des différents tests montrent des disparités en termes de qualité, d'efficacité et de coûts en matière de services.

Nous allons nous focaliser d'abord sur le premier thème, soit la mise en place de la gestion du risque au cœur de l'Assurance Maladie.

J'y ai fait allusion tout à l'heure. Il s'agit de déployer toute une stratégie en matière d'information auprès des assurés sociaux et de prévention ciblée. C'est une dimension importante dans laquelle nous investissons pour l'avenir. Nous avons là, dans la prévention, un métier que nous connaissons bien et qui est lié aux objectifs de santé publique où nous sommes complètement en phase avec l'Etat, que ce soit avec le Haut Conseil de la Santé publique ou la DGS. Il s'agit d'un créneau où nous avons à être positionnés pour le présent et pour l'avenir.

Il nous faut fournir une information sur le fonctionnement des systèmes de santé et sur l'offre de soins. Il est de notre devoir de faciliter l'accès au système de santé pour l'ensemble de nos assurés sociaux. Un certain nombre de dispositifs existent déjà. Nous parlons ici d'informations sur les soins pour pouvoir, à terme, fournir à nos assurés sociaux des indications sur les professionnels de santé à leur disposition dans une circonscription. Il vaut mieux se rapprocher de l'Assurance Maladie pour avoir l'adresse d'un praticien généraliste ou spécialiste.

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

D'ici la fin de l'année, nous aurons déployé, dans toutes les Caisses d'Assurance Maladie, un système « info soins » qui donnera la situation tarifaire de tous les médecins libéraux de France. Ce système est actuellement en cours d'expérimentation dans 6 Caisses. Nous allons mettre une pression assez forte afin que ce service soit ouvert dans les délais sur lesquels nous nous sommes engagés. Nous allons progressivement élargir ce service à d'autres professionnels de santé libéraux et mettre à disposition des assurés des indicateurs sur la qualité des établissements.

Nous sommes bien dans une stratégie claire basée sur une déclinaison opérationnelle qui impacte l'activité du personnel. Ouvrir le système « info soins » se fera d'abord par voie téléphonique et ultérieurement par Internet. Lorsque nous aurons validé les résultats d'expérimentation des différentes Caisses, des personnes seront amenées à répondre à des questions. Tout ce plan est donc très concret.

M. DE CADEVILLE - Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Nous allons revenir sur le dernier point de la diapositive.

La prévention est focalisée sur deux points :

- Les plans pluriannuels nationaux que vous connaissez et qui sont en lien avec la stratégie des pouvoirs publics dans le cadre régional des GRSP par exemple. Je ne reviens pas sur ce sujet. Focalisons-nous une seconde sur les programmes que nous déploierons en direction de deux publics : les patients atteints de pathologies chroniques et les populations précaires.

Nous voulons accompagner et faire plus que ce qui se fait aujourd'hui en direction de ces populations. Les patients atteints de pathologies chroniques sont des assurés malades, pendant une durée relativement longue, qui ont besoin d'être accompagnés dans le parcours des soins.

Il s'agit aussi de faire reconnaître les droits des populations précaires. Nous savons bien que des droits existent pour ces personnes, la CMU par exemple. Mais nous savons aussi qu'une fraction de ces populations est parfois rebutée par les procédures et les documents à remplir. Il est nécessaire d'amener les Caisses primaires et le Service Social à rédiger avec eux leurs demandes, de manière à leur garantir l'accès au droit.

- L'appui sur le médecin traitant et les CES. Ce travail ne se fait pas tout seul mais en liaison, pour les programmes de prévention, avec le médecin traitant et nos Centres d'Examen de Santé (CES). Nous avons là une offre que nous allons essayer de développer en complémentarité par rapport au médecin traitant, notamment dans le domaine de l'éducation de santé pour les patients à risque, en particulier ceux atteints de pathologies chroniques. Nos centres d'examen de santé pourraient se positionner sur la délivrance des actes et assumer, de façon ciblée, des examens périodiques. Voilà ce que nous pouvons dire sur ce point de stratégie d'information et de prévention ciblée.

Nous n'oublions pas qu'il existe un volet de l'Assurance Maladie concernant la Lutte contre la précarité et les inégalités en matière de santé. Nous devons toujours faire l'hypothèse qu'un certain nombre de nos assurés n'auront pas de ressources suffisantes pour pouvoir accéder aux soins ou se soigner convenablement.

Il est nécessaire de réaffirmer l'un des rôles de l'Action sociale : l'aide financière individuelle pour lutter contre les conséquences de la maladie, de l'accident ou de la précarisation sociale. Il suffit en effet de se rendre dans les Caisses pour se rendre compte du volume et des situations de détresse en vigueur quand nous instruisons des aides financières individuelles. Cet axe de travail est réaffirmé, car il se trouve dans cette logique de gestion du risque.

Nous devons mener des actions en faveur du maintien au domicile. Nous pensons notamment aux soins palliatifs. Il s'agit d'une des priorités de l'Etat de mettre en œuvre les soins palliatifs depuis quelques années. Nous avons un grand retard par rapport aux pays anglo-saxons en la matière. L'Assurance Maladie doit aider les assurés sociaux par le maintien à domicile organisé autour d'équipes pluridisciplinaires.

Il est question aussi d'actions pour l'accès sans délai aux soins. Nous savons bien que l'action sanitaire et sociale y contribue avec des interventions ponctuelles en faveur des populations fragilisées.

Il faut aussi soutenir la politique de santé publique avec un suivi post-professionnel et tous les mécanismes de réinsertion. Nous ne le faisons pas nous-mêmes à travers nos établissements, mais grâce à des traitants. Nous avons donc un volet que les Conseils mettent en avant, à savoir le soutien à des associations d'aide aux malades et aux handicapés.

M. ROCHETTE – FO/FEC

Pour permettre à Monsieur DE CADEVILLE de reprendre son souffle, je souhaite poser une question à Monsieur le Directeur. Vous avez dit que, d'ici la fin de l'année, nous aurions des réponses téléphoniques concernant la tarification et les offres de soins pour les médecins libéraux. Vous avez dit que ces réponses auraient lieu par voie téléphonique et ensuite par des personnes chargées de répondre aux questions. En cas de plainte émanant soit d'un assuré social, soit d'un professionnel de santé, qui sera responsable ? Sera-ce la personne qui aura répondu au téléphone, le Directeur de la Caisse ou la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie ? Nous souhaitons que ces points soient clairement établis pour l'ensemble des personnels qui seront en charge d'assurer ces réponses téléphoniques.

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

Je tiens à vous rassurer. Cette politique de notre service est mûrement réfléchie. La base en figure dans la loi de 2004. C'est sur la base d'un texte législatif que cette possibilité a été ouverte. Nous avons effectué un certain nombre d'études juridiques pour vérifier que nous ouvrons ce service dans des conditions conformes. Nous avons pris nos dispositions pour faire face, le cas échéant, à des contentieux. Ceci étant, nous ouvrons un service d'information qui, pour les médecins, à ce stade, ne concerne que les actes cliniques, dont les informations auront été validées par les professionnels libéraux eux-mêmes à travers l'envoi de fichier miroir à leurs adresses, ceci préalablement à l'ouverture de ce service.

Nous ouvrons ce service dans les Caisses expérimentatrices cette année. Les remarques des professionnels libéraux de la santé ont été prises en compte, de manière à ce que les informations données sur les fourchettes tarifaires - j'insiste bien sur ce sujet parce que nous ne fournissons pas d'informations spécifiques - soient des informations à caractère statistique.

Tout a été entrepris pour que les contentieux soient limités. Mais nous ne pouvons pas exclure qu'il n'y en ait pas. Dès lors que ce service d'information sera cadré par la CNAMTS à travers une lettre réseau, comme il est de coutume, les Directeurs seront amenés à l'ouvrir dans des conditions homogènes sur le territoire national. Nous indiquerons les situations de nature contentieuse susceptibles d'impliquer des personnels de l'Assurance Maladie.

Notre objectif est de limiter les désaccords en associant préalablement les professionnels de santé aux informations données. Par ailleurs, nous avons mis en place, comme la loi le prévoit, des conciliateurs qui sont dorénavant dans les Caisses.

La conciliation a aussi pour objectif de limiter les contentieux et d'alléger les travaux de la Commission, de manière à permettre à celle-ci d'intervenir pour limiter les voies juridictionnelles. Un service public de qualité passe d'abord par la résolution des problèmes au travers de voies qui ne sont pas nécessairement juridiques. Il s'agit d'essayer de trouver des arrangements et d'expliquer aussi parfois les raisons pour lesquelles nos décisions sont prises pour régler les problèmes rencontrés.

M. RETIF – SNADEOS/CFTC

Nous prenons plus ou moins connaissance - nous en avons été partiellement informé -, de ces orientations qui ont été prises dans le cadre de la COG. Les orientations ne sont pas contestées. Mais la question que nous pouvons nous poser, même si vous y avez répondu un peu, consiste à savoir de quel type d'opération et de tâche il est question ici et combien cela coûtera.

Vous avez donné l'exemple du service « Info soins » actuellement disponible dans 6 Caisses et bientôt généralisé. J'imagine qu'il y aura une liste très précise de ces services qui viendraient en l'appui et que celle-ci sera présentée dans un autre document.

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

D'abord, nous fixons des orientations. Ensuite nous négocions les moyens sur la base de ces orientations en étant suffisamment précis sur les services que nous souhaitons développer. Nous souhaitons accroître nos capacités de régulation pour ces services selon un axe très précis, mais aussi plus généralement conserver notre offre de service en développant des services dédiés allant au-delà de ceux facilitant la vie.

Le rythme auquel nous pourrions procéder dépendra des moyens, notamment humains, et des arbitrages qui seront rendus dans le cadre de la négociation de la Convention d'Objectif et de Gestion. Pour ce qui est de la programmation précise sur la période 2006-2009 et de la vitesse à laquelle nous pourrions progresser, ce n'est que lorsque nous aurons établi les moyens humains et financiers que nous pourrions disposer d'un calendrier défini. Notre Objectif concerne bien évidemment les moyens de la négociation et c'est d'ailleurs de cela dont il sera question maintenant.

Lorsque nous aurons une vision sur les moyens humains et informatiques, nous pourrions fixer un rythme de croisière raisonnable compatible avec nos moyens. La programmation temporelle, au-delà de 2006, sera adaptée en fonction des états de la négociation. Si nous n'avions pas une vision assez claire de ce que nous voulons faire dans le courant de cette année, cela serait très ennuyeux. Car comme vous le savez, en tant qu'organisation importante comportant de nombreux individus, nous avons besoin, en gros, de 9 mois pour pouvoir obtenir des résultats. Nous devons tenir compte du fait que déployer un service de cette nature sur l'ensemble du territoire prend du temps.

Le système « Info soins » était déjà dans les cartons, avant que je n'arrive dans l'organisation en septembre 2004. Nous avons réaffirmé les orientations prises et souhaité en fixer les règles. Il est raisonnable d'expérimenter et de tirer les conséquences de cette expérimentation avant de la généraliser, ne serait-ce que pour éviter de faire des erreurs. Cette opération est nécessairement programmée sur une période longue, en gros, une période de 2 ans. Cette opération se terminera en fin 2006 sur la base d'une décision législative qui a été en fait prise en avril 2004, votée en août 2004.

Je vous propose de regarder tout ce que nous souhaitons mettre en œuvre puis de rentrer dans le débat.

M. EDELIN - CGT

Je souhaite intervenir sur le même sujet. Ce que vous nous présentez aujourd'hui porte sur les orientations de la Convention d'Objectifs qui ont déjà fait l'objet d'une présentation au Conseil de la Caisse Nationale. Je souhaite savoir comment vous les articulez concrètement, car vous êtes ici en présence des Fédérations du personnel. Pouvez-vous nous apporter concrètement des réponses sur le système « Info Soins » ? Vous nous dites qu'il existe seulement 6 Caisses primaires expérimentales. Avez-vous déjà tiré des enseignements au sujet de ces expérimentations et pesé ce qu'elles représentent dans une Caisse primaire. Je souhaiterais que nous puissions travailler de cette manière. Peut-être préférez-vous que nous continuions la présentation et que nous en discutions par la suite ?

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

La vision que nous vous proposons aujourd'hui constitue plus que la vision du Conseil. Nous vous présentons ce qui est aujourd'hui conforme à l'état de négociations que nous avons avec l'Etat. Pour ce qui est des moyens, je vous propose de laisser M. DE CADEVILLE continuer la présentation de la COG.

M. DE CADEVILLE - Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

L'Assurance Maladie a le devoir de rechercher, pour ces assurés, la plus grande efficacité possible en termes de soins. Plus particulièrement, nous allons pousser davantage le travail de coordination avec la Haute Autorité en Santé chargée d'énoncer les référentiels et les bonnes pratiques. Nous allons ainsi travailler en coordination avec les autres régimes. Il est important que nous soyons à la fois en harmonie avec l'autorité ayant l'objectif de concevoir les référentiels, mais aussi avec la pratique des autres régimes.

- Les programmes de maîtrise médicalisée. Je vais m'arrêter dessus juste une seconde pour indiquer l'axe central de notre travail et nos actions phares de maîtrise médicalisée que vous connaissez, puisqu'il s'agit d'amplifier ce qui a porté des fruits l'année dernière : action pour promouvoir les médicaments génériques, action sur la communication du bon usage des anxiolytiques et des antibiotiques, action sur le bon usage de l'ordonnancier bizonne.

- La promotion des bonnes pratiques vers les professionnels libéraux et hospitaliers. Il y a des recommandations de la Haute Autorité en Santé, comme des accords signés avec les professionnels pour nous assurer qu'ils vont jouer le jeu et promouvoir, auprès de leurs pairs, un bon usage de ces pratiques. Nous souhaitons que ces pratiques soient partagées tant par les médecins libéraux que par les médecins hospitaliers. Par exemple, vous imaginez bien que si une ordonnance adressée à un patient sortant de l'hôpital ne contient que des princeps et pas de génériques, il devient difficile de dire aux médecins de ville que le générique est un aussi bon médicament que le princeps alors qu'à l'hôpital, pour une raison ou une autre, celui-ci a été prescrit.
- La campagne de sensibilisation des assurés sociaux. C'est l'une de nos spécialités les plus anciennes. Nous l'illustrons toujours par la campagne du bon usage des médicaments. Les campagnes sur les antibiotiques ont extrêmement bien fonctionné. Ces campagnes de sensibilisation concourent autant à un objectif de santé publique qu'à un objectif de dépense.
- Améliorer l'organisation de l'offre de soins. Ceci signifie, en régions, la participation des CRAM et des DRSM à l'analyse des investissements dans le cadre des COG pour poser les bonnes questions et améliorer les investissements. Il s'agit tout simplement du rôle de l'Assurance Maladie dans le cadre des Agences Régionales de l'Hospitalisation.
- Renforcer l'adéquation entre l'offre et la demande. Nous avons à mettre en œuvre une action partagée avec l'Etat pour la bonne répartition des professionnels de la santé sur l'ensemble du territoire. C'est en cours d'instruction au travers de la permanence des soins. Il est extrêmement important que les assurés sociaux soient en mesure d'avoir une permanence des soins et une orientation à l'endroit où ils se trouvent et à n'importe quelle heure du jour et de la nuit.
- La coordination des soins. Il s'agit du parcours des soins qui est relativement bien accepté par les assurés sociaux. Les difficultés de compréhension sont plutôt derrière nous. Les sondages réalisés montrent qu'une très grande majorité des assurés est favorable à ce parcours de soins, qui garantit la coordination avec un pivot médecin traitant.
- Placer la Gestion du Risque (GDR) au cœur de l'action de l'assurance Maladie, c'est enfin bien délimiter le périmètre de prise en charge et de tarification. Il nous faut rembourser tout ce qui est dû à 100%, mais rien que ce qui est dû à 100%.
- Pouvoir contrôler nos chaînes de traitement. On nous a trop souvent reproché d'avoir des chaînes de traitement trop automatisées et de ne pas être en capacité d'arrêter un certain nombre de dépenses irrégulières ou indues. Depuis plusieurs années, nous avons mis l'accent sur ces contrôles. Vous connaissez l'ordonnancement de contrôle permettant de signaler les dossiers qui paraissent, en traitement semi-automatiques, suspects et que le technicien va ensuite examiner pour le rejeter ou, au contraire, le valider.

L'étape suivante de la liquidation médicale ou administrative nécessite l'intervention des spécialistes des deux réseaux (réseau médical et réseau administratif) avec lesquels nous partageons des processus codifiés.

- La sécurisation de la carte Vitale. C'est un grand chantier que nous menons.
- La régulation des produits de santé. Je crois que nous avons suffisamment évoqué le sujet
- Renforcer la lutte contre la fraude et les comportements déviants. Nous insistons sur ce dernier axe à vertu pédagogique et destiné à réprimer les comportements les plus frauduleux, l'Assurance Maladie (AM) ne devant pas payer pas n'importe quoi et se laisse abuser.
- Le plan annuel de contrôle (2 volets : abus/fraudes).
- Mobilisation des personnels des réseaux administratifs et médicaux. Nos deux réseaux doivent travailler en commun pour lier à la fois les compétences médicales et les compétences administratives.

Après une année « gestion du risque » placée au cœur des métiers de l'Assurance Maladie, nous enchaînons sur l'Offre de service que nous qualifions d'homogène et diversifiée. Le temps où l'Assurance Maladie se débattait avec des stocks de feuilles de soins paraît très loin. Cela remonte à plus de 5 ans. Tant au niveau de l'organisation que de la mécanisation, nous avons sécurisé les productions. Nous avons encore à faire des efforts pour la gestion des IJ dans un certain nombre de caisses. Ce n'est pas parce que nous avons un service qui a été assuré dans les conditions du cadre fixé qu'il ne faut pas le valoriser. Il faut même montrer que nous n'avons pas à rougir de nos délais de remboursement par rapport à d'autres prestataires.

- La qualité du dossier de l'assuré et les référentiels. Sur ce point, vous savez que nous sommes en train d'évoluer fortement. Jusque-là, nous raisonnions avec une base de données familiale. Aujourd'hui nous raisonnons avec des référentiels individus, des référentiels partagés avec l'ensemble des régimes. C'est de cette manière-là que nous pouvons assurer qu'il y aura de moins en moins de ruptures de services quand les assurés sont appelés, soit à se déplacer géographiquement, soit à changer d'activité professionnelle.
- L'offre passe aussi par l'amélioration de l'accessibilité du service. L'accueil téléphonique, avec ses plates-formes, nous a apporté des résultats positifs au cours de la dernière période. Il y a quelques années, avoir au téléphone un organisme de Sécurité Sociale était un exploit. Moins de 40% des appels aboutissaient. Aujourd'hui l'Assurance Maladie a obtenu le Casque d'Or sur le plan européen, récompense mettant en avant les performances d'un opérateur en matière de réponses téléphoniques.

Nos personnels formés ont réussi à démontrer les qualités du service. Nous ne cachons pas qu'il y a encore un certain nombre de difficultés à régler.

Les plates-formes de services, en début d'année, ont connu des périodes d'activité très importante. Nos taux de décrochage étaient plus faibles. Ils sont tombés de 90% à 80%. Il faut pouvoir accepter ces performances dans des périodes où le trafic explose. Nous avons, au niveau de l'ensemble de la branche, 500 000 communications téléphoniques par semaine via les plates-formes. Nous avons atteint, durant des semaines, 650 000, 700 000 et même 750 000 appels. Malgré tout, nous avons réussi à maintenir un niveau de service relativement correct.

Concernant l'accueil physique, que pouvons-nous faire en termes de moyens ? Il existe des endroits où nous pouvons à la fois conjuguer un meilleur service et libérer des moyens pour élargir nos services. Toute la politique de la mise en place des visio-guichets et des bornes est à appréhender dans ce sens. Elle permet de supprimer un certain nombre de contacts qui avaient lieu à l'accueil et n'étaient que des mises à jour ou des demandes d'imprimés. Du coup, nos collègues de l'accueil peuvent se consacrer à des dossiers beaucoup plus importants. Nous entendons souvent qu'il s'agit d'un gadget. Je ne citerai qu'un seul chiffre. Une borne Vitale édite, sur une période d'un mois, 20 000 formulaires imprimés, ce qui permet à l'assuré social de ne pas attendre inutilement. Ce temps gagné est un temps que nous pouvons récupérer pour développer des formes d'accueil plus attentionnées.

- La recherche d'une qualité poursuivie et bien répartie. Nous n'en faisons pas un culte mais un outil au travers de la certification de la qualité de service, de manière à nous réinterroger sur le niveau de cette qualité de service.

Nous poussons passer sur les points qui vont être particulièrement développés. J'insisterai sur le premier : l'offre en ligne. Il s'agit du développement du télé service en direction des 4 destinataires : les assurés, les professionnels de santé, les établissements et les employeurs. Dans ce domaine, d'autres branches de la Sécurité Sociale sont plus en avance que nous. Nous avons un devoir de nous remettre à niveau. Pour les assurés sociaux, il serait bien avantageux de pouvoir offrir les décomptes en ligne sur Internet et visualiser où ils en sont sans être obligé d'interroger la Caisse ou de passer par un serveur vocal. Pour les professionnels de santé, il s'agirait de leur offrir l'historique de leurs paiements de manière à les soulager et à soulager nos collègues des services de liquidation. Très souvent, les professionnels de santé appellent et se plaignent de ne pas avoir de façon suffisamment claire et rapide, leurs données en retour. Il faut toujours se dire que les produits sont destinés à nos partenaires ainsi qu'à nous-mêmes pour gagner en termes de conditions de travail et d'efficacité.

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

Nous pouvons nous arrêter sur ce point du développement du télé service. Ceux qui ont pu comparer l'état des développements des télé services de l'Assurance Maladie et celui des autres branches savent que l'Assurance Maladie est en retard dans ce domaine. Il suffit d'aller consulter son compte retraite ou d'ouvrir un compte chèque emploi service pour constater que 48 heures suffisent pour avoir une réponse à sa demande avec une réelle qualité de service.

L'Assurance Maladie est loin d'avoir atteint le niveau des autres branches de la Sécurité Sociale. Certes, des expérimentations ont été menées sur le plan local dans un certain

nombre de Caisses. Je pense en particulier aux services permettant à chacun de bénéficier, dans le périmètre d'une Caisse primaire, de façon dématérialisée de sa demande de délivrance de sa carte européenne, le fameux formulaire E 111, sans délai et dans des conditions satisfaisantes. Ce service permet d'éviter de se déplacer et de saturer éventuellement nos services d'accueil qui sont bien plus utiles pour des citoyens rencontrant des difficultés pour accéder à nos services et nécessitant une attention plus approfondie.

Nous avons l'objectif de rattraper ce retard et de développer, dans le courant de 2007, un téléservice pour les assurés leur permettant de disposer de l'équivalent de ce qu'ils ont déjà ailleurs où ils peuvent trouver, s'ils le souhaitent, leur décompte en ligne. Cela contribuera, d'ailleurs, à améliorer le service et à avoir une meilleure réactivité en ce qui concerne l'information des transferts financiers et l'alimentation des comptes. Nous viserons à offrir un service plus rapide, de façon à améliorer sa qualité et la rapidité de l'information sur le décompte.

De la même manière, pour les professionnels de santé, le développement du télé service n'est pas seulement un moyen d'alléger les contraintes administratives qui sont parfois supportés de manière variable par ces populations. Les retours NOEMIE (normes d'échanges avec les mutuelles) sont perçus de façon contrastée par les professionnels de santé. Leur mise à disposition de façon dématérialisée constitue l'un des moyens pour améliorer la qualité des relations avec ces professionnels dont nous avons besoin pour régler au mieux les dépenses. De ce point de vue, nous avons à notre disposition un moyen de les responsabiliser.

Tout cela participe d'une politique que nous sommes en train d'élaborer. Des modifications s'ensuivront également dans les conditions de travail des agents. Nous ne pouvons pas déployer des téléservices sans mettre en place des services informatiques de soutien nécessaires et une organisation susceptibles de répondre aux nouveaux enjeux.

Ce nouveau véhicule de communication, Internet, va nous interpeller sur l'organisation des Caisses. Certains Directeurs ont déjà anticipé, en quelque sorte, ces évolutions, un certain nombre d'entre eux ayant d'ores et déjà ouvert de nouvelles possibilités pour les assurés, à l'instar des autres grands services publics, en particulier le Ministère des Finances qui a réalisé d'énormes progrès depuis quelques années.

Cela fait très clairement partie de nos priorités et donc de nos discussions dans les contrats pluriannuels de gestion dont Olivier DE CADEVILLE va vous parler.

M. DE CADEVILLE - Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Passons au dernier grand chapitre : le renforcement de la performance et de l'efficience de la branche. Les concepts tournent autour de l'organisation des réseaux.

Nous n'organisons pas pour le plaisir d'organiser. Nous souhaitons être mieux armé pour répondre aux grands enjeux de l'Assurance Maladie.

Nous voulons mieux répondre aux attentes de notre public et nous adapter à un contexte démographique qui pourrait être difficile avec 11 000 départs à la retraite et une

concurrence en termes de recrutements. Nous souhaitons également apporter nos propres réponses aux questions que les pouvoirs publics ou des parlementaires peuvent nous poser, en mettant en place un certain nombre de préconisations.

Notre réponse consiste à dire que nous avons à activer davantage un travail en commun. Ce travail en commun, qui réussit à d'autres organisations, doit pouvoir réussir à l'intérieur de l'Assurance Maladie et réunir les acteurs sur les mêmes objectifs. Il réside en deux axes majeurs :

- La mutualisation de fonctions supports et métiers. Les fonctions supports concernent, pour faire court, tout ce qui tourne autour des questions de logistique. Les fonctions métiers portent, elles, sur tout ce qui tourne autour de l'exercice des différentes facettes de la législation de l'Assurance Maladie.
- La contractualisation pour les programmes de maîtrise médicalisée. Nous l'avons mis à part. Mais ce n'est qu'une forme de mutualisation, une mutualisation sur la base d'une unité géographique, étant donné que tous nos partenaires sont organisés autour de la région administrative. Cette forme de mutualisation ne peut pas être à géométrie variable et doit être organisée autour de cette Gestion régionale.

M. VAN ROEKEGHEM – Directeur Général de la CNAMTS

Avant de rentrer dans le contenu de ces deux différents axes, nous pourrions peut-être faire deux remarques me paraissant importantes. La première est que nous avons utilisé l'année 2005 pour « rôder » le concept de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La deuxième est que nous souhaitons définir plus généralement les différents niveaux nécessaires, conformément aux textes législatifs de 2004, de façon à atteindre une meilleure régulation de ces dépenses. Pour simplifier, nous pouvons dire que pour travailler, nous avons besoin de trois niveaux :

- Un niveau contractuel, qui regroupe l'ensemble des professionnels et la totalité des populations concernées dans la connaissance de leurs droits d'assurés.
- Une vérification automatisée d'un certain nombre de droits. Cela concernera à peu près 10% de la population.
- Un niveau de contrôle qui va déboucher sur un « contrôle contentieux » et éventuellement sur un contrôle juridictionnel. Cela concerne à peu près 1% des populations, comprises au sens larges (professionnels de santé, entreprises et assurés).

Dans le cadre de ce concept, il nous est apparu clairement que nous ne pouvons avoir des résultats en matière de Gestion du Risque que si nous déployons des programmes complets, agissant à la fois dans le sens de l'offre de soins et vers les assurés. Ce point est un point majeur par rapport à la stratégie arrêtée depuis longtemps.

Nous devons insister, auprès des professionnels de santé, dans le cadre de la contractualisation mise en place par la loi du Financement 2005, en demandant à des

délégués d'Assurance Maladie de leur rendre visite pour comparer les résultats et informer des objectifs fixés. Il s'agit aussi de mettre en place de l'information ciblée pour les assurés. Nous savons, par l'analyse et les études que nous avons faites, que 99% des assurés sont favorables au développement du générique. Aussi il ne sert à rien de faire de la grande communication. Il est préférable plutôt de cibler l'action sur les personnes qui ne connaissent pas l'existence d'un médicament générique pour leur traitement.

Nous avons aussi à mener une action en direction du prescripteur, notamment pour éviter un déplacement de la prescription en dehors des répertoires des informations individualisées et des accords collectifs signés avec les syndicats de médecins.

Pour les antibiotiques, nous avons la même stratégie. Nous n'avons pu obtenir de résultats qu'à partir du moment où nous avons eu une conjonction d'actions en direction des donneurs de soins (pédiatres, médecins généralistes) et des patients à travers les associations de patients, notamment de la petite enfance. L'engagement de l'Assurance Maladie (AM) à travers des campagnes de communication a été assez réussi et a permis d'ancrer cette réalité de surconsommation des antibiotiques dans le pays.

Pour faire simple, nous avons besoin de l'ensemble des ressources de l'Assurance Maladie et notamment de sa capacité d'intervention, au niveau local, auprès des professionnels de santé libéraux et des établissements. Il est clair, en effet, que pour mieux prescrire dans les établissements, il est nécessaire d'informer les internes, les chefs de clinique. Nous avons besoin d'une force de projection pour faire connaître les règles du jeu.

De ce point de vue-là, la présence, au niveau local, de l'Assurance Maladie est un élément majeur, ce qui ne veut pas dire que l'échelon régional n'a pas d'importance. Cette politique de Gestion de Risque vise à rassembler les compétences réparties dans les différents organismes de l'Assurance Maladie. Au niveau régional, nous avons divers organismes : les Caisses régionales de l'Assurance Maladie, l'échelon régional du service médical et les UGECAM.

Nous avons besoin d'activer des compétences aujourd'hui réparties dans différents organismes. C'est tout l'enjeu de ce que nous sommes en train de faire à travers la mise en place d'une coordination au sein du régime général, laquelle nous permettra d'aller sur le terrain et de rassembler les compétences dans le cadre de la préparation et la mise en œuvre des plans d'actions.

M. DE CADEVILLE - Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Au niveau du plan, nous pouvons dire que nous sommes dans l'échelonnement de degrés de qualité pour renforcer la performance et l'efficacité de la branche.

- Accroître l'efficacité des actions de gestion de risque.
- Garantir un service plus homogène.
- Conforter nos expertises. Il faut s'interroger sur la manière de mutualiser le fonctionnement.

A quoi sert la mutualisation ?

La mutualisation consiste à délivrer un service plus homogène sur l'ensemble du territoire et à faire partager, par plusieurs organismes, la volonté d'arriver à un service identique avec une gestion commune. Nous pouvons très bien imaginer qu'un tel dispositif puisse exister parce qu'il ne s'agit pas d'une novation. Nous voulons seulement capitaliser sur ce qui existe. Une région, que nous connaissons tous, développe, par exemple, une plateforme de traitement des feuilles de soins papier. Nous assistons à une plus grande homogénéisation des délais et des qualités de traitements avec une économie d'échelle. Nous avons à creuser des réflexions sur ce type d'expérimentation.

Nous voulons capitaliser sur ce qui a déjà été réalisé pour arriver à retenir des bonnes pratiques et à les diffuser, et à atteindre une taille critique ou une taille dite « utile » pour gérer les fonctions supports et métiers. Je viens d'en donner un exemple à l'instant.

Nous voulons aussi garantir les champs de compétence et d'expertises dans l'organisme qui ne pourrait pas les avoir autrement.

Le dernier point qu'il faut évoquer concerne la question du rapprochement d'équipes de direction et des organismes. Comme nous vous l'avons indiqué tout à l'heure, la Direction n'en fait pas un axe stratégique et prioritaire. Le Conseil de la CNAMTS a d'ailleurs jugé utile de se donner du temps pour examiner les conditions et les tailles utiles en termes de rapprochement d'équipes de direction et d'organismes. Le Conseil s'est donné 1 an, entre juillet 2006 et juillet 2007, pour creuser cette question.

Nous avons passé une diapositive concernant le directeur coordonnateur. Je ne m'y arrêterai pas longtemps. Le Directeur Général vous en a déjà parlé.

Il est question de la coordination pour répondre à notre double programme : bien suivre nos programmes de maîtrise médicalisée et nos programmes en matière de lutte contre la fraude. Nous voulons atteindre ces objectifs dans le respect des compétences de chacun et en travaillant en bonne intelligence avec les UGECAM et les ARH. La mise en place d'un directeur coordonnateur ne revient pas à créer une structure supplémentaire. Comme le Directeur vient de le dire, il existe suffisamment de structures sur le plan régional. Le directeur coordonnateur est tout simplement une personne considérée comme un chef d'orchestre, un facilitateur qui, en lien avec un Comité de pilotage des directeurs de la région, pourra essayer de remédier à des difficultés existant dans certaines circonscriptions, soit en encourageant la mutualisation, soit en se tournant vers la CNAMTS pour obtenir de l'aide.

- La Gestion des Ressources Humaines (GRH). Nous pouvons avoir tous les plans que nous voulons. Mais nous ne pouvons les déployer sans l'appui de la Gestion des Ressources Humaines. Nous souhaitons que la Gestion des Ressources Humaines (GRH) accompagne les évolutions que nous avons pointées :
- Evolutions en termes démographiques.
- Evolutions en termes de métiers.
- Evolutions en termes de réseaux.

Nous souhaitons être plus performants dans la GRH au travers de ce plan, définir plus précisément les nouveaux métiers et créer des filières professionnelles pour ne pas laisser penser qu'un jeune recruté sur une plate-forme téléphonique est condamné à rester sur cette plate-forme pendant 30 ans. Nous devons mettre en oeuvre des évolutions possibles.

De même, et comme vous l'avez vu, nous nous sommes lancés dans un programme ambitieux de professionnalisation des délégués de l'Assurance Maladie. Nous mettrons en place une formation et un certificat de qualification professionnelle par la suite. Il nous faut pouvoir donner une direction au salarié, pour lui permettre de savoir comment il peut travailler et pour maintenir une certaine homogénéité sur l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie.

Il en est de même pour les politiques de recrutement. Ce n'est pas trop la peine de s'attarder sur le sujet. L'Etat nous a aussi demandé de mettre l'accent sur le recrutement et la lutte contre les discriminations pour favoriser les deuxièmes parties de carrières.

- Activer une politique de formation adaptée. Des changements auront lieu et nous ne souhaitons pas que ces changements conduisent les uns et les autres à des échecs professionnels. Il n'y a aucun intérêt à voir les salariés ne pas progresser. Il s'agit d'une des dimensions extrêmement importantes qui nous conduit au point suivant
- Négociations ouvertes sur les garanties conventionnelles. Nous aurons un accompagnement fort à développer de ce point de vue-là.
- Evolution des systèmes d'information pour nous adapter à nos missions de maîtrise médicalisée et rendre plus performants les outils dont certains n'ont pas été modernisés depuis plusieurs années. Nous devons mettre en oeuvre une grosse opération de changements de standards et opérer un basculement de nos outils vers le public. Nous devons nous prémunir des « bugs » – je ne parle pas de « bugs généraux », mais de « bugs » ponctuels -, qui posent parfois des soucis à nos collègues sur les services de production. Nous avons besoin aussi en parallèle de développer davantage les outils informationnels pour la gestion du risque et développer la dématérialisation de nos services en ligne.
- Le patrimoine immobilier est aussi un moyen pour l'amélioration des conditions de travail et de sécurité pour le personnel et l'accessibilité des usagers. Nous ne pouvons pas dire que rien n'a été fait. Beaucoup d'efforts ont déjà été entrepris. Mais il nous faut avoir les moyens de poursuivre un plan rationnel de l'amélioration de ce patrimoine
- L'amélioration de la qualité : certification, maîtrise des processus au travers de plans qui se développent de façon régulière et qui permettent de mettre sous contrôle des pans entiers de notre activité, et la certification des comptes pour nous et pour toutes les autres branches de l'Assurance Maladie.
- L'amélioration d'accès aux données de l'Assurance Maladie (SNIR-AM) pour les partenaires, que ce soit l'Etat ou les autres régimes. Nous souhaitons diffuser une partie des données enrichies que nous avons pu collecter et retraiter.

M. GEORGES – Président du COMEX

Merci pour cette présentation bien nourrie. Vous avez la parole.

M. ROCHETTE – FO/FEC

La présentation a été admirable. Pouvons-nous entrer dans le vif du sujet ? Il est 16h36. Je peux rester jusqu'à 21 heures pour entendre quelles sont les véritables propositions de la CNAMTS. Nous considérons, en tant que Fédération syndicale, mais il ne s'agit que d'une hypothèse, que tous les départs doivent être au moins remplacés dans les années à venir. C'est notre position. Nous avons peut-être tort. Nous aimerions connaître les positions, si possible argumentées, de la Caisse Nationale. De ce point de vue, nous ne pouvons reprendre que les propos tenus par le Ministre vendredi dernier.

Il ne s'agit pas du problème d'un auditeur ou d'un contrôleur de Gestion par Caisse. Cela ne fait au maximum que 200 personnes. Il s'agit bien de savoir, Caisse par Caisse, combien de personnels nous pouvons prévoir pour les dix prochaines années.

M. EDELIN - CGT

Je suis tenté de dire, comme Monsieur ROCHETTE, que la présentation admirable ne répond pas à nos questions. Je vais vous adresser une première série de questions et de remarques. Monsieur VAN ROEKEGHEM, je souhaite vous rappeler qu'il nous a fallu insister pour avoir cette rencontre aujourd'hui. Vous avez précisé le cadre et l'esprit. Nous sommes dans un point d'étape dans la négociation de la COG. Reste que depuis plusieurs mois, nous avons des interrogations sur le devenir des personnels et des organismes.

Je vais commencer peut-être par ce que je peux considérer comme une mauvaise interprétation ou un incident. Je lis l'arbitrage de la CNAMTS. J'ai découvert que Monsieur BAS a répondu à un député-maire que les rapprochements des équipes de direction sont gelés dans l'Assurance Maladie à cause des négociations avec les Fédération syndicales sur le devenir du réseau. Il faut que nous soyons d'accord. Ou Monsieur BAS a mal compris ou vous lui avez mal expliqué ou alors vous ne tenez pas vos engagements ! Le 8 décembre 2005, lors de notre réunion relative au cas problématique des Caisses Primaires du Nord Pas de Calais, vous avez dit au personnel, à ses représentants et ses délégations que vous avez gelé toutes les opérations et que nous allions continuer à discuter.

Nous avons l'habitude de dire qu'après le gel, il y a le dégel. Nous avons l'impression qu'il se produit un petit dégel. Nous aimerions savoir ce qui se passe au niveau des équipes de direction pour lesquelles nous constatons, dans les faits, qu'il n'y a pas de rapprochement.

Quand un directeur ou un agent comptable s'en va, vous ne le remplacez pas. Vous laissez plutôt planer tout un tas d'incertitudes. Cela va même plus loin. Vous demandez à la Caisse concernée d'examiner avec une Caisse voisine s'il n'est pas possible de procéder à des rapprochements. Je voudrais avoir des précisions sur ce point.

De la même façon, en ce qui concerne les démarches entreprises par les Caisses, tous les matins, nous découvrons quelque chose de nouveau au niveau des organismes en France. Nous voyons une espèce d'effervescence dans les organismes sans voir ce qui se profile derrière. Nous avons commencé aujourd'hui et nous allons continuer. Ne pouvons-nous pas faire un état des lieux au niveau des directions et sur ce qui est avancé ?

Monsieur DE CADEVILLE a pratiquement terminé son intervention en disant que nous travaillons avec l'UCANSS dans le cadre de la négociation sur l'accompagnement. Je ne vais pas revenir sur son discours car nous sommes dans la question de l'accompagnement du personnel. Il faudrait nous entendre sur ce point d'accompagnement du personnel. Vous ne nous empêchez pas de laisser penser que nous sommes presque confrontés à un plan social. Je veux bien discuter sur un plan d'accompagnement. Mais celui-ci est-il positif ou négatif et que mettez-vous dedans ? Voilà ce que je voulais poser comme question.

Vous parlez aussi du taux de remplacement. Rassurez-nous sur vos intentions, même si nous sommes habitués au jeu politique ! 11 000 départs sont prévus d'après les chiffres. Qu'en est-il du taux de remplacement ? Nous sommes dans l'expectative. Pour nous, à la CGT, ce taux n'est pas de 1 pour 3, ni de 1 pour 2 ou de 2 pour 3. Nous savons que les départs donneront lieu à des embauches en contrats à durée indéterminée. Nous demandons que vous mesuriez l'emploi en tenant compte du remplacement des 11 000 personnes appelées à quitter l'institution et de tout ce que cela implique. Ces 11 000 départs concernent aussi bien des agents de direction, des cadres de haut niveau, des cadres fonctionnels et de nombreux personnels. Comment allons-nous reconstruire une véritable structure de l'emploi dans nos organismes ? C'est cette question qui se pose à nos organismes. Quels sont les niveaux de vos réflexions et quelles réponses vous pouvez nous apporter aujourd'hui ?

J'ai aussi une série de petites questions et de désaccords. Je ne partage pas vos propos selon lesquels les Caisses ne faisaient que de la productivité et payaient sans regarder. Je travaille dans la SECU, dans l'Assurance Maladie (AM) et dans une Caisse d'AM depuis 30 ans. J'ai payé sans regarder parce qu'il m'a été demandé de le faire.

Sur la question du stock de feuilles, il est facile de dire qu'il n'y a plus de stock de papiers. Mais nous pouvons mesurer le retard pris en la matière. Que font les Caisses primaires aujourd'hui ? Elles vous communiquent des statistiques. L'important, au soir d'une journée de travail, est que la statistique soit juste et qu'elle réponde à vos soins. Il va nous falloir regarder ce point d'un peu plus près, car nous le vivons très mal en ce moment dans les Caisses primaires.

Monsieur VAN ROEKEGHEM, comme vous le savez bien, nous ne reviendrons pas sur la réforme. Nous ne sommes pas au Conseil de la CNAMTS ni dans la négociation entre le salarié et le directeur. Cette discussion est terminée depuis longtemps. La réforme s'applique et il nous faut regarder ensemble la façon dont elle est pratiquée et vécue. Elle pose, pour le personnel, un certain nombre de difficultés.

M. VAN ROEKEGHEM - Directeur Général de la CNAMTS

La réforme a, il est vrai, accru la charge de travail de l'Assurance Maladie.

M. EDELIN - CGT

C'est évident. Il nous faut donc regarder ce point, comme les directeurs d'organismes vous l'ont dit. Je peux donc passer rapidement là-dessus.

Concernant l'efficacité, je vais me répéter et redire ce que la CGT a déjà indiqué. Nous avons d'ailleurs une définition de l'efficacité qui n'est autre que l'efficacité au service des économies de gestion. Si nous partons de ce principe-là, nous ne serons pas d'accord. La définition est bonne. Je pense que Martine FONTAINE l'a reprise quelque part dans l'un de ses écrits. Nous sommes en train de parler en termes d'organisation de mutualisation et de rapprochement des Caisses sur la base de cette recherche d'efficacité. L'efficacité sera mal vécue parce qu'il s'agit toujours d'apporter un service pour faire des économies de gestion.

Monsieur VAN ROEKEGHEM, pour terminer, je souhaite vous citer : « Nous avons besoin de l'ensemble des ressources de l'Assurance Maladie et notamment de sa capacité d'intervention au niveau local. » D'après ces propos, nous avons 128 Caisses primaires et en aurons 128 demain.

M. POULET - SNFOCOS

Le SNFOCOS n'a pas vraiment de commentaires à faire sur les intentions telles qu'elles ont été ici et là émises. Nos doutes reposent sur le fait qu'il y aura des transferts de compétences entre le secteur médical et le secteur administratif, obligeant les agents d'accueil ou itinérants à devenir, d'un coup, des experts en médecine ou en santé publique. Mais ce n'est pas le vrai sujet. Le vrai sujet concerne les conséquences du dispositif et sur celles-ci, vous n'êtes pas vraiment diserts. Nous pouvons dire même que vous êtes totalement silencieux.

Sur les 11 000 emplois remis en cause, la vraie question est de savoir où les remplacements auront lieu, qui sera remplacé, à quel moment et de quelle manière. Le SNFOCOS pose ces questions avec constance depuis plus d'un an. Votre silence sur ces points est assourdissant. Ou nous sommes devant des apprentis sorciers ou nous avons un vrai schéma organisationnel ! Nous ne sommes pas dans une opération future mais présente. Vous présentez cette opération comme une opération future.

Mais les écrits d'un grand administrateur national qui a convoqué les Présidents et les directeurs des Caisses dans la région Nord Pas de Calais pour leur indiquer de quelle manière ils vont être amenés à gérer la situation montrent que nous sommes dans le présent et même dans le passé.

Comment allez-vous faire et quelles en seront les conséquences ? Je suis désolé de vous dire cela. Mais vous êtes en train de générer, au niveau de chacun des acteurs de la

structure, de la suspicion autour de ce projet. C'est sur l'encadrement que pèse la suspicion la plus lourde. C'est pour cela que j'interviens aussi fermement sur le sujet.

Vous pouvez garantir à tout le monde ce que vous voulez. Il y a une chose que vous ne garantissez pas - et je m'adresse au Président du COMEX -, c'est le déroulement de carrières du personnel d'encadrement demain. Quel sera le taux d'encadrement dans la branche Maladie et dans l'institution ? Quel est l'avenir des cadres dans la SECU ? Si vous ne répondez pas à ces questions et laissez des apprentis sorciers continuer à organiser des réunions en province pour expliquer comment il sera possible de se débrouiller, alors nous courons devant quelques soucis. J'ai besoin de réponses claires et nettes.

M. COLLET - CFTC

Nous avons bien compris que les orientations sont aujourd'hui arrêtées. Vous êtes donc en cours de négociations avec les pouvoirs publics. Je poserai une question. Quels moyens négociez-vous avec les pouvoirs publics ? Au regard des enjeux que vous avez définis, nous pensons que vous n'allez pas négocier avec les pouvoirs publics au sujet de la cible à atteindre sur la base de vos objectifs en matière qualitative, quantitative et organisationnelle. C'est un peu cela que nous voudrions savoir. Puisque nous avons pris un peu de retard, quel est le nouveau calendrier ?

Je vous permets de vous demander à nouveau, au nom de notre Fédération, ce que nous n'avons toujours pas obtenu depuis le 20 décembre 2006, c'est-à-dire un état des départs par Caisse et par catégorie, état que vous nous aviez promis. Tout cela va dégager des gains de productivité. Quel sera le gain pour les salariés ?

M. LAVAUD – CFE/CGC

Je vais être un peu redondant vis-à-vis d'Alain POULET et de mes autres collègues. A plusieurs reprises, Monsieur le Directeur, vous avez déclaré que, pour la CNAMTS, le rapprochement des équipes de direction et d'organisme n'est pas un axe stratégique et prioritaire. Nos collègues du Nord Pas-de-Calais sont restés sur votre déclaration et d'après le procès-verbal de la réunion du 8 décembre 2005, vous leur avez indiqué que « rien n'était fait pour le moment. J'ai, sous les yeux, le compte-rendu écrit de nos collègues du Nord Pas-de-Calais.

Ce vendredi, le Président de l'URCAM et l'administrateur de la CNAMTS réunissent les Présidents de toutes les Caisses pour discuter de la future organisation régionale du Nord Pas-de-Calais.

Le Président de l'URCAM se trouve mandaté et comme il l'a confirmé lui-même, il n'a pas de légitimité pour arrêter des décisions relative à cette région dans le cadre de cette réunion, précisant qu'il vaut mieux que nous le fassions nous-mêmes avant que la CNAMTS nous demande de le faire. Je ne vais pas trahir ces propos : « Il m'a semblé nécessaire d'envisager de possibles évolutions de l'organisation du réseau pour ne pas laisser le champ libre à la CNAMTS. Mais le personnel n'a pas d'inquiétude à avoir parce qu'il n'y aura pas de licenciement ». Le discours est complètement brouillé pour nos collègues du Nord Pas-de-Calais. Ceux-ci sont pratiquement à cran depuis décembre

2005. Ils sont particulièrement concernés par le nombre de Caisses présentes dans ce département et dans cette région.

Le discours est complètement abscons pour le personnel, d'autant plus, comme l'a indiqué Monsieur ROCHETTE, que le Ministre a affirmé qu'il n'a pas l'habitude de fonctionner avec une règle à calculer. Je trouve le discours de la CNAMTS ambigu. Vous dites, d'un côté, que vous n'en faites pas un axe stratégique et prioritaire et, d'un autre côté, que nous assistons à des réunions des directeurs des organismes pour parler de mutualisation et de répartition des fonctions.

Nous pouvons signaler aussi qu'une plainte a été déposée contre le Directeur du Nord Pas-de-Calais qui devait partir en retraite le 31 mai 2006 et dont Monsieur DE CADEVILLE a prorogé les fonctions jusqu'au 31 décembre 2006. Apparemment, Monsieur DE CADEVILLE, vous êtes cordialement attendu pour parler de ces difficultés transitoires.

M. COLLET - CFTC

A la Fédération CFTC, nous avons constaté que votre programme est très ambitieux et très encourageant. C'est fantastique. Car demain nous allons disposer d'une nouvelle SECU, de nouveaux objectifs, de nouveaux employés, etc. Par contre, j'ai noté que cela ne se fera pas sans l'Etat. Il me semble important de rappeler ce point.

Dans les 4 années à venir, un grand nombre de personnels, avec beaucoup d'anciennetés, vont partir. Dans l'absolu, les départs représenteront beaucoup plus que les 11 000 salariés de niveau 3. Nous avoisinerons sans doute les 20 000 emplois normaux.

Nous constatons aussi que vous attendez beaucoup des personnels demain. Vous allez leur demander un gros effort. Il va leur falloir se recycler et abandonner leurs métiers traditionnels plutôt centrés sur la liquidation de prestations pour s'orienter vers de nouveaux métiers, paramédicaux ou autres. Il va falloir nous fournir des formations adaptées.

Nous regrettons aussi qu'il n'y ait pas de véritable plan de communication pour le personnel, lequel couperait court à tous les fantasmes et à tout ce que nous pouvons entendre. Cela nous semble indispensable.

Nous avons besoin, pour notre Fédération CFTC, d'une plus grande visibilité pour savoir combien de Caisses vont être concernées et de salariés et de métiers touchés par le dispositif. Il nous semble indispensable de fixer très rapidement ces demandes.

Pour ce qui concerne la modernisation du réseau, nous ne sommes pas contre. Nous comprenons bien que nous ne sommes plus en 1946 et qu'il y a eu énormément d'évolutions dans les systèmes en place dans l'institution. Nous ne pouvons pas lutter ad vitam aeternam contre la nécessaire modernisation.

Tout cet effort de restructuration et de formation implique, pour le personnel, une récompense. Vous ne semblez pas actuellement nous parler beaucoup de gains de productivité. Le catalogue que vous nous avez énoncé est à la fois très alléchant et très déprimant. Nous voyons une nouvelle SECU. Mais qu'est-ce que le salarié a à y gagner ?

Où se situe-t-il, où va-t-il dans cette nouvelle organisation ? Ces questions me semblent sans réponse à ce jour.

M. LIS – UFICT/CGT

J'interviens, pour la CGT, sur la question du besoin de visibilité et particulièrement sur la problématique de l'encadrement des techniciens. Ces questions de mutualisation et de restructuration concernent des hommes et en ce moment, les hommes, dans les organismes, sont en train de vivre des situations professionnelles difficiles. Le fait de faire traîner les choses en longueur et de manquer de visibilité ne fait qu'aggraver la situation. Aujourd'hui, comme cela a été indiqué, la seule chose que vous ne garantissez pas dans les opérations de mutualisation, c'est les déroulements de carrières et l'évolution des activités.

Depuis des mois et même des années, il est dit aux salariés que l'activité dans leurs Caisses sera mutualisée demain au niveau régional. Ils entendent ce refrain depuis des mois. Ce n'est pas tellement motivant en termes de formation personnelle et d'investissement personnel. Pour les cadres, c'est la même chose. Vous ne pouvez pas laisser éternellement les gens assis entre deux chaises. Il y a une responsabilité à assumer.

Il faudrait revenir sur l'expérience de la mutualisation de l'informatique. Personnellement, je travaille dans un centre informatique. C'est pour cela que je connais bien le sujet. Nous avons eu les problèmes d'évolutions de métiers et de pertes de possibilités d'augmentation de salaires pour les personnels. Du fait de la fusion d'un nombre de centres, les opportunités se sont forcément fermées. Il n'y a pas eu de miracles. Les gens qui travaillent dans les Caisses se posent ce genre de questions concernant leur avenir professionnel. Je pense qu'il faut leur apporter rapidement une réponse.

M. POULET - SNFOCOS

Quand vous annoncez avoir créé une cellule CGSS en Lozère, vous êtes objectivement en train de jouer aux apprentis sorciers. Je suis désolé. Mais cette annonce a été faite depuis longtemps, que vous le vouliez ou non. Je ne sais par qui l'a faite et je m'en moque. Le problème est que cela existe et que le discours tenu en salle n'a aucune cohérence.

M. VAN ROEKEGHEM - Directeur Général de la CNAMTS

Je partagerai cette intervention avec Olivier DE CADEVILLE. .

Premièrement, nous ne sommes pas dans la même situation, au regard de la démographie, que dans la période précédente. Je vous rappelle que la période actuelle, pour l'Assurance Maladie, est celle issue de la précédente Convention d'Objectifs et de Gestion (COG). Il est question d'environ 1 000 départs par an et donc sur les 4 années,

de 4 000 départs avec un taux de remplacement de l'ordre de 50% modulé, par Caisses confondues, selon certains critères en termes d'efficacité et d'efficience. Certaines Caisses ont eu 10% de taux de remplacement, d'autres 90%. Les remplacements doivent se faire en fonction de la situation des Caisses et dans le souci d'avoir la meilleure qualité de service possible, sur la base d'une optimisation de l'effort.

Là, une période très différente va s'ouvrir en termes de volume de départs. Le chiffre de 11 000 départs est très substantiellement supérieur au rythme actuel. Que cela signifie-t-il ? D'abord, il ne faut pas se faire des illusions. Nous aurons des difficultés à assurer nos remplacements parce que tout le pays va être dans cette situation-là. Il faut voir aussi ce problème.

Deuxièmement, il y a, dans le domaine de l'encadrement, un nombre de départs très importants, notamment au niveau des agents de direction. Nous pouvons espérer que cette situation va créer un certain nombre d'opportunités en matière de progression de carrières. Mais il faut bien anticiper ce problème puisque c'est cela qui va mécaniquement se passer. Dans ce contexte-là, il est clair qu'une partie des personnels ne sera pas remplacée. La discussion qui va s'ouvrir avec l'Etat portera sur le taux de remplacement de ces départs. A l'heure actuelle, le premier contact que nous avons eu avec les services de l'Etat montre que nous aurons une discussion difficile.

Nous pensons que, compte tenu du rythme de l'accroissement des départs, le maintien des équilibres actuels sera difficile à obtenir pour l'Assurance Maladie. Nous allons essayer de négocier au mieux des intérêts de la branche. Comme vous le savez, ces négociations vont s'ouvrir. Elles ne sont pas encore ouvertes, même si nous avons eu des premiers contacts sur la base de taux de remplacement fixés à 2/3. Il n'y a pas eu d'arbitrage rendu sur ce point.

Cette nouvelle phase va s'ouvrir et nous souhaitons qu'elle soit la plus brève possible pour limiter la période d'incertitude, d'interrogation et d'absence de visibilité des personnels. Qu'entendons-nous par « la plus courte possible » ? Nous aimerions qu'à tout le moins, cette négociation de la COG soit terminée au mois de juin, ce qui nous laisserait encore un mois utile. Nous sommes conscients qu'il est cohérent, pour la suite des discussions avec le Ministre, d'avoir un budget provisoire établi sur la base de 90%. Nous nous sommes battus pour obtenir ce taux de 90%, comme vous le savez puisque certaines branches ne l'ont pas obtenu.

Nous savons aussi que travailler avec un budget provisoire, alors que nous avons encore une année devant nous, ne donne pas plus de visibilité. Cela permet d'engager un certain nombre d'opérations nécessaires, notamment dans la mise en œuvre de la Convention collective.

Il est impératif qu'assez rapidement, dans le courant du mois de juin ou en tout début juillet, les Caisses primaires disposent de budgets de fonctionnement non définitifs mais arrêtés, ou suffisants, pour pouvoir avoir une activité normale. Nous avons à expliquer nos orientations et à accélérer maintenant les prises de décisions. Vous comprendrez bien que nous ne voulons pas cette accélération à n'importe quel prix. C'est là que nous devons, avec méthode, marquer les consciences. Il faut maintenant que les décisions puissent être prises. Les arbitrages précédents ne sont pas si complexes. Ils nécessitent encore une quarantaine de réunions.

Maintenant quelle est la visibilité et quels sont les moyens ? Il y a une longue discussion interne à l'Assurance Maladie. Il est vrai que nous avons retenu un chemin consistant à travailler sur des bases les plus rationnelles possibles en tenant compte des objectifs qui vous ont été exposés dans le domaine de la régulation et dans le domaine du service.

Pour la mutualisation, nous n'allons pas laisser aux initiatives locales éventuelles l'opportunité de choisir quelle fonction doit être mutualisée. Nous allons élaborer une liste clairement établie de fonctions pour lesquelles nous considérons que nous avons intérêt, à l'Assurance Maladie, de mutualiser. Cela ne veut pas dire que tout le monde devra mutualiser ces fonctions. Une fois la liste établie - nous en avons discuté dans le cadre des Commissions du Conseil de la CNAMTS de manière assez transparente -, nous allons nous appuyer sur des contrats de gestion, tels que la loi les a prévus, en tenant compte des particularités de chaque région et de chaque Caisse pour choisir les fonctions à mutualiser de manière à avoir la meilleure organisation possible et le maintien d'une qualité de service optimisée. Lorsque le contrat aura été établi, notre travail sera d'optimiser au mieux les fonctions à mutualiser dans le cadre d'une démarche partenariale avec les organismes locaux.

Nous n'avons pas, de notre point de vue, de plan préétabli. Je sais bien qu'un certain nombre de vous se posent cette question mais ils se la posaient déjà en d'autres temps et sur d'autres branches. Notre démarche vise à associer les organisations locales à travers des contrats pluriannuels de gestion. Il est normal que les décisions en matière d'évolution des Caisses se prennent avec les organismes. Il n'y a rien de plus simple que d'appliquer la loi et de procéder comme tel.

S'agissant du rapprochement des organismes, sujet sensible, j'ai reçu les organismes du Nord et les représentants du personnel. J'ai pris deux engagements qui ont été tenus. D'abord, nous sommes en train d'élaborer des orientations qui ont débouché sur une méthode. Vous voyez bien la méthode que nous voulons tenir et que Monsieur DE CADEVILLE vous a présentée. Il m'a paru assez logique que les opérations envisagées soient suspendues dans l'attente que les choses soient mises à plat et se fassent en toute transparence.

S'il y a des initiatives de tel ou tel conseiller de la CNAMTS, il en va de sa responsabilité. C'est aussi la responsabilité des autres présidents et directeurs d'organismes de s'associer à cette démarche. De ce point de vue-là, les orientations sont très claires.

Nous n'avons jamais dit que nous n'accueillerons pas favorablement les propositions d'évolutions des organismes, dès lors qu'elles correspondraient à une volonté des dits organismes de se rapprocher ou de mettre en commun des équipes et qu'elles concouraient, de notre point de vue, à une amélioration de l'efficacité de l'Assurance Maladie.

Il existe des raisons pour lesquelles certains organismes peuvent vouloir se rapprocher. Nous les connaissons toutes. L'une de ses raisons peut être la volonté de ces organismes, compte tenu de leur positionnement au sein du réseau de l'Assurance Maladie, d'avoir une taille « utile » leur permettant de rassembler un ensemble de

compétences pour assurer leur pérennité. Je ne suis pas choqué de voir des organismes se rapprocher.

Nous allons discuter de ce point avec l'ensemble des organismes dans le cadre du programme en question. La démarche consistant à examiner les propositions est relativement transparente et saine. Mais je ne veux pas être ambigu. L'évolution des organismes ne doit pas être - par définition, l'évolution ne se fait que relativement modestement - un facteur empêchant la mutualisation dans un contexte où la pression démographique va être forte. Notre réflexion se base plutôt sur nos activités et nos objectifs. Nous souhaitons très clairement que les gains de productivité aient lieu sur des fonctions identifiées à travers ces opérations de mutualisation et inversement, nous ne souhaitons pas « laisser » des aléas importants sur le renforcement de notre activité de régulation.

Nous souhaitons développer la fonction de délégué d'Assurance Maladie. Celle-ci correspond à une fonction bien perçue dans les Caisses. En tout cas, les analyses nous le montrent bien. Cette fonction permet aussi de mieux réguler les dépenses de santé, en permettant d'expliquer les règles du jeu aux professionnels de santé et de leur apporter quelques informations sur leur situation par rapport à celle de leurs confrères.

Nous sommes persuadés que cette fonction correspond à nos priorités et assure la sauvegarde de l'Assurance Maladie. C'est un sujet sur lequel nous avons suffisamment parlé. Il ne faut pas se faire d'illusions. Nous sommes encore dans une situation financière dans laquelle l'équilibre de l'Assurance Maladie n'est pas assuré, même si nous avons réalisé d'énormes progrès depuis 2004. Cette priorité, quel que soit le gouvernement, perdurera. En tout cas, c'est celle que nous avons collectivement arrêtée.

Nous avons donc la volonté de renforcer cette mission qui devra nécessairement se décliner de manière opérationnelle sur un certain nombre de fonctions dans le cadre du contrat d'Objectif et de Gestion. Nous avons aussi comme but de réaliser des gains de productivité là où il est possible d'en obtenir, notamment au travers d'un certain nombre de techniques. Nous avons parlé du développement du service pour améliorer la rapidité du remboursement en modifiant les règles du processus de liquidation. Ce service peut encore monter en puissance. Il représente déjà 80% du taux de FSE.

Evidemment, plus vite nous aurons une vision claire d'un contrat global et de contrats locaux, mieux les Caisses se porteront et plus nous pourrons donner de la transparence à notre démarche. Nous avons encore un mois de travail un peu difficile qui est le mois de fin de négociation. Vous comprendrez bien que finalement, sans connaître les moyens dont nous disposons aujourd'hui, nous aurions pu parler des moyens informatiques.

L'un des grands enjeux de l'Assurance Maladie est très clairement de renforcer sa compétence informatique. Nous avons créé une fonction de directeur des systèmes d'informations qui n'existait pas à la CNAMTS.

Nous souhaitons aussi, parallèlement, investir dans un système d'informations. Monsieur DE CADEVILLE vous a parlé de la bascule qui s'est produite dans d'autres branches et notamment de nos systèmes d'information, divers sous UNIX. Nous allons passer à une deuxième étape dans quelques jours selon des conditions à peu près satisfaisantes, excepté pour l'un de nos Centres. Nous espérons sortir de cette opération d'ici la fin de l'année.

Cela résoudra une partie de nos difficultés. Comme nous l'avons vu en 2005, mener plusieurs opérations en même temps est pour le moins difficile. Ceci ne veut pas dire que l'AM ne devra pas essayer d'évoluer chaque année. Sur ce point, Monsieur LIS, nous ne nous faisons pas d'illusions. Mais ce qui nous semble sûr est que la situation serait plus facile si nous pouvions sortir de la bascule unique, que nous espérons réaliser en 2006.

Sur la question des moyens à négocier avec les services publics, je vous ai répondu. La discussion est en train de se nouer et porte sur une fourchette allant de 50% à 60% par rapport à la situation actuelle. Nous n'avons pas aujourd'hui de chiffres exacts car la négociation n'a pas encore commencé. Sur la base du nouveau calendrier que vous connaissez, nous souhaitons sortir de cette négociation dans le courant du mois de juin. Nous sommes en train de nous organiser et d'ici la fin mai, nous pourrions commencer à mettre en oeuvre des dossiers d'arbitrage.

Beaucoup de discussions ont eu lieu sur la question des effectifs. Mais il faut parler aussi du GVT. Olivier DE CADEVILLE va nous en dire un mot. Nous avons également parlé des crédits informatiques, des arbitrages importants concernant notre Fonds d'Action Sociale et notamment des fameuses dotations paramétriques qui permettent aux Caisses d'intervenir sur des cas de précarité. Ceci est un point important, même s'il ne concerne pas directement les personnels mais tous les services sociaux et leurs moyens d'intervention.

Il est question aussi du Fonds de Prévention avec la mise en place d'un certain nombre de programmes en cours de négociation, portant sur la prévention des Cancers, la généralisation du cahier des charges pour le cancer du colon pour les hommes.

Nous avons le souhait d'intervenir dans des programmes qui seront définis de manière ultérieure, en liaison avec la Haute Autorité de Santé (HAS), et concerneront le « disease management », soit, en français, la « gestion des soins ». Il s'agit d'un accompagnement plus approfondi des personnes, ce qui oblige la HAS à s'investir dans le domaine de prévention, primaire, secondaire ou tertiaire.

Concernant les évolutions du réseau, les moyens dont nous disposerons définiront la manière dont nous pourrions procéder. Il y n'a pas d'initiatives, mais des réflexions d'organismes. Vous avez lu, vous-mêmes, le compte-rendu de cette réunion. Je n'ai pas grand-chose à dire. Il est tout à fait légitime qu'il y ait une réflexion dans le Nord Pas-de-Calais sur le sujet. Il existe aujourd'hui 9 Caisses dans le Nord, pour 2 500 000 d'habitants. Je ne trouve pas choquant que des organismes se saisissent de cette réflexion.

Un certain nombre de pressions ont accompagné les négociations antérieures concernant les orientations. Nous ne négocierons pas avant d'avoir fixé nos priorités. Comme nous les avons fixées, nous avons négocié. Il est nécessaire de connaître les contraintes existantes, de manière à pouvoir optimiser les ressources de façon équitable.

Nous déroulerons le schéma, comme nous nous y sommes engagés vis-à-vis des conseillers de la CNAMTS. Une vision claire des fonctions à mutualiser, de même qu'une discussion avec les organismes locaux dans le cadre de la préparation des contrats de Gestion, de façon à obtenir une maximisation de nos politiques de résultats sur 4 ans, sont toujours difficiles à établir. Voilà la démarche. Il n'y en pas d'autres. En ce qui nous concerne, nous déroulerons cette opération en toute transparence.

Dans ce contexte, nous avons réservé un certain nombre de choix. Il y a effectivement, ici ou là, des postes de directeurs et d'agents comptables qui ont été maintenus sans préjuger en rien de la décision qui sera prise à leur sujet. Cette décision interviendra dans le cadre des contrats d'Objectifs et de Gestion sur 4 ans. Toutes les décisions, qui ont été prises en matière de gestion du personnel, sont des décisions transitoires qui ne préjugent en rien des décisions qui seront définitivement prises. Notre objectif est simple. Nous connaissons les moyens qui seront à la disposition de la branche lorsque l'Assurance Maladie aura réglé un monopole dans le cadre du Contrat avec l'Etat. Cette régulation de l'Assurance Maladie est, d'une certaine manière, une régulation dans le cadre de l'utilisation des fonds publics et des cotisations sociales. A partir du moment où nous pourrons connaître cette contrainte, nous rechercherons les meilleures utilisations des ressources dans le cadre d'une répartition équitable entre les organismes. Nous demanderons, comme nous l'avons fait précédemment, plus d'efforts à ceux qui peuvent les donner et moins d'efforts à ceux qui peuvent en donner le moins.

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Nous regarderons les situations en fonction de l'ensemble des critères mis à notre disposition. Cela sera fait, comme dans la période antérieure, qui prenait en compte, non seulement les critères d'efficacité et les critères de production, mais aussi le contexte. Il faut essayer de répartir le plus normalement et le plus équitablement possible les ressources.

M. EDELIN - CGT

Vous ne voulez pas recréer la CPCAMRP ?

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Nous avons dit que nous souhaitons développer des structures avec des tailles « utiles ». C'est pour cette raison qu'il est important de bien distribuer les ressources localement.

M. COLLET - CFTC

Vous n'avez pas répondu à une question, source d'inquiétude pour la CFDT et pour nous-mêmes. Il s'agit du retour sur investissement des gains de productivité dégagés. Vous nous parlez beaucoup d'efforts, de Caisses qui peuvent faire de plus grands efforts et de Caisses qui font moins d'efforts. Il y a donc beaucoup d'efforts à fournir. Mais je n'ai rien entendu sur le retour sur investissement pour le personnel.

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Nous avons tout intérêt à essayer d'être dans une logique de répartition des fruits de l'effort. Cela ne me choque pas. Vous nous avez saisis sur ce point et je pense que c'est une chose que nous souhaitons mettre en œuvre. Puisqu'un certain nombre d'emploi seront supprimés, il faut voir comment le personnel sur place pourra bénéficier des gains de productivité.

M. ROCHETTE – FO-FEC

Nous avons entendu le Directeur Général dire que depuis la loi d'août 2004, il y a un accroissement des tâches et, par ailleurs, faire état de départs massifs. Notre demande est simple. Nous souhaitons que tous les personnels embauchés sous contrat précaire puissent être titularisés, puisqu'ils assurent du travail nécessaire au regard des deux éléments indiqués : accroissement des tâches et départs en retraite.

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Là-dessus, il faudra examiner la situation de chaque organisme. Je ne mésestime pas ce que vous dites sur la base des tâches nouvelles qu'il pourra y avoir à effectuer. Certaines de ces tâches sont pérennes et nous devons savoir les quantifier. D'autres, au contraire, ne seront pas pérennes.

Par exemple, nous voyons que les trafics téléphoniques reviennent à des niveaux un peu plus normaux. C'est un secteur que nous avons beaucoup aidé depuis le début de l'année. Là où vous avez tout à fait raison, c'est qu'il y a des endroits où nous avons été obligés de prendre des CDD alors que nous pensions embaucher des personnes en CDI. Dans le cadre de la période transitoire et de la règle des 80%, nous n'avions pas le droit de pourvoir à des titularisations de postes. Nous avons essayé d'apporter, malgré tout, un peu de souplesse. Le versement de la dotation aux Caisses, qui interviendra au mois de juillet, permettra de rouvrir les titularisations.

M. ROHAUT - CFDT

Je souhaite revenir sur la mutualisation. Nous avons bien compris qu'elle serait élaborée d'après une liste de projets localisables.

Mais si nous nous référons au document du Conseil du 16 mars, d'après le paragraphe 3.1.1 de ce texte, tout un cheminement préalable doit être mené au sujet de ce débat : définition du champ prioritaire, des modalités de contractualisation, des cahiers de charges, etc. Quand pourrions-nous voir un peu plus clairement et en toute transparence ce qui est mutualisable ?

Ma deuxième question concerne le texte de manière plus générale. Vous y avez défini le rôle et la mission du contrôle médical. Par contre, vous ne parlez toujours pas du statut du personnel administratif du contrôle médical.

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Concernant la question de la mutualisation, le Directeur Général en a parlé, ce qui me permet d'aller un peu plus loin dans le débat. En fait, nous ne souhaitons pas, à l'intérieur des bureaux de la CNAMTS, définir ce qui est mutualisable. Il est vrai que nous demandons aux agents de direction du réseau de travailler, à partir de l'expérience de leurs Caisses, sur le catalogue des fiches de mutualisation possible. Les directeurs,

agents comptables et représentants des médecins régionaux travailleront sur le sujet et sur un certain nombre d'autres thèmes dès la fin du mois. Nous ne voulons pas qu'ils nous proposent des usines à gaz mais des choses ayant déjà fonctionné et leur ayant permis de voir comment il est possible de gagner en homogénéité, en efficacité et en productivité de services.

Nous avons tout à gagner dans cette démarche collective pour des opérations adaptées. Ce catalogue – je n'aime pas ce terme, mais je n'en pas trouvé d'autres – sera établi à l'issue de ces groupes de travail, lesquels regroupent plus de 30 agents de direction des Caisses. Il sera ensuite examiné par une autre instance appelée le CTP Management, qui regroupe une quinzaine ou une vingtaine de directeurs. Finalement, une fois que les décisions de cette instance seront arrêtées, les propositions retenues passeront devant le CNG, la dernière instance de concertation au sein de la CNAMTS qui arrêtera une ligne réaliste.

Nous préférons avoir, dans ces fiches de mutualisation, que des éléments pas trop aventureux. Ce n'est qu'après leur validation que nous écrirons une lettre réseau avec des préconisations. Nous ne souhaitons pas décréter, comme Monsieur le Directeur Général l'a indiqué, que telle région fait ceci ou cela. Notre volonté est que chaque région, en automne, fasse l'analyse de ses besoins et propose une mutualisation dans tel secteur. Ce travail se décline au niveau régional et au niveau local. C'est pour cela que la mutualisation est à géométrie variable. Pour deux organismes, il s'agit en effet d'une opération intéressante de partage d'activités. Au niveau régional, cela consistera en la mise en place d'une plate-forme de traitement plus féconde. Ce qui peut se traduire par le traitement des feuilles de soins papier.

Notre méthode se veut progressive et en aucun cas dogmatique. Notre volonté est de démontrer nos capacités à travailler ensemble et à réaliser que nous pouvons faire des gains en termes de qualité, d'efficacité et d'efficacité. Voilà sur le premier point.

Sur le deuxième point, concernant le contrôle médical, c'est à dessein que le Directeur Général n'a pas souhaité se pencher sur le statut du personnel administratif. Il ne souhaitait pas créer d'inquiétudes alors qu'il n'y a pas, pour l'instant, péril en la demeure. C'est un sujet que nous pourrions mettre sur la table un jour s'il est de nature à faire avancer les choses. Ce n'est pas une priorité de la Direction de la CNAMTS. Il n'est pas question de le traiter pour le moment.

M. EDELIN - CGT

Ce point nous rappelle de vieux souvenirs. Nous nous demandons si nous ne sommes pas dans le même cas de figure alors qu'aujourd'hui, il existe une loi sur l'Assurance Maladie. Je souhaite concrètement que nous parlions de la mise en place de la réforme, puisqu'elle est votée, et de ces conséquences pour le personnel. Je pense aussi aux délégués d'Assurance Maladie. Je m'excuse, mais cela nous a complètement échappé quelque part. Nous n'avons pas discuté des informations, du nombre, du rôle de ces délégués. Nous avons très peu parlé aussi de la liquidation médico administrative.

De même, je souhaiterais que nous abordions le service médical et revenions plus en détail sur « Info soins ». Quelles sont les conséquences de ce système ?

Je déplore – peut-être parce que nous ne sommes pas encore assez mûrs - que nous n'ayons pas, non plus, évoqué l'accompagnement des systèmes d'informations. Il va nous falloir discuter de ce point et de toutes les conséquences que ce dispositif entraîne sur le personnel, tant au niveau qualitatif qu'au niveau quantitatif, notamment sur les salariés avec des contrats précaires. Je partage d'ailleurs l'intervention de Michel ROCHETTE et demande la modification de tous les contrats précaires. A la CGT, nous disons que rien ne justifie d'aller au-delà de ce qui existe aujourd'hui.

Concernant le regroupement des Caisses, vous avez dit que si les Caisses peuvent se rapprocher, qu'elles le fassent. Or il existe, dans les Caisses, des Conseils et des institutions représentatives du personnel. Nous sommes opposés au fait que vous puissiez dire à une Caisse de travailler avec une autre Caisse ou de mutualiser des fonctions pour être plus productive. La question est de savoir à quoi cela va aboutir. Nous en parlerons au moment venu. Pour l'instant, la question est bien de savoir quels moyens, quels personnels et quelles formations nous nous donnons pour travailler dans les organismes. Il s'agit quand même de questions importantes.

Je vous demande, par ailleurs, d'arrêter de parler de pression démographique. Ce n'est pas une pression mais une chance pour vous en tant que dirigeants. Vous avez 11 000 départs. Vous allez pouvoir vous ruer sur ces 11 000 départs. Il ne s'agit pas d'une pression démographique.

Je souhaite aussi que vous arrêtiez de parler de la situation financière de l'Assurance Maladie. Comme Monsieur BERTRAND l'a indiqué devant la mission d'études sur les Comptes de la Sécurité Sociale, les frais de gestion de l'Assurance Maladie s'élèvent à 4,16% sur un budget de 350 milliards d'euros. Il n'est pas vrai que devons faire des économies. Il faut cesser ce discours.

D'après vos propos sur les mutualisations, Monsieur DE CADEVILLE, nous sommes conviés à nous réunir entre Caisses d'un même département ou d'une même région. Nous menons des réflexions sur le sujet.

Les choses doivent être énoncées clairement. Nous devons savoir dans quel cadre de réflexion nous nous dirigeons pour l'avenir. Aujourd'hui, il faudrait arrêter de parler des regroupements et des mutualisations. Pour ce qui nous concerne, nous ne parlons plus de regroupement.

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Je vais essayer de vous apporter quelques éléments de réponses. En ce qui concerne les DAM, nous sommes tout à fait d'accord pour en parler. Vous avez bien vu qu'au travers des propos que nous avons tenus sur la gestion des ressources humaines, nous souhaitons aller plus loin dans la définition des nouveaux métiers et des parcours.

Concernant la LMA, nous en avons mis une seule en place. Je suis en partie à l'origine de cette mise en place. Tel qu'il se faisait précédemment, ce dispositif ressemblait à du contrôle et s'appuyait sur le service médical. C'était un plus. Mais cela n'avait rien de révolutionnaire. J'espère que, dans l'avenir, nous aurons des ressources pour réfléchir à d'autres formes de contrôle de l'activité des professionnels de la santé. Il y a encore beaucoup de choses à faire en la matière.

« Info soins » est effectivement une expérimentation qui concerne 3 sites. Nous avons très peu de recul, à l'heure actuelle, sur les résultats de cette expérimentation au niveau des derniers sites où elle a démarré, car nous n'avons pas fait de publicité pour voir comment les choses ont évolué de manière à analyser. Dès que nous aurons plus de renseignements, l'information sera diffusée.

La question sur les systèmes d'information est extrêmement importante. Vous ne m'entendrez jamais dire que rien ne va. Les systèmes d'information ont largement progressé au cours des 7 ou 8 dernières années. Mais il est vrai que nous avons un cap à surmonter. Nous devons nous remettre à niveau, d'autant plus que la législation est très mouvante, ce qui perturbe nos plannings.

Le Directeur a parlé de la réunion de novembre 2003. Nous savons très bien que l'application du dispositif n'a pu se réaliser qu'en 2004, voire en début 2005. Nous avons été obligés de ralentir notre travail parce que nous ne connaissions pas les aspects de la réforme. Il en allait de la crédibilité même de la branche Maladie et de sa capacité à pouvoir dire qu'elle sait faire. Nous avons un outil construit pour faire de la production. De fait, nous devons davantage utiliser l'informationnel et il est parfois demandé aux informaticiens des miracles pour modifier l'outil et le mettre en ligne sur d'autres sites. Ce travail est quand même assez compliqué.

Sur la formation, nous souhaitons pouvoir développer cet axe en ressources humaines déjà non négligeable. Dans toutes les périodes de changement, il nous est nécessaire d'accompagner davantage l'ensemble des collaborateurs de l'Assurance Maladie en termes de formation. C'est notre politique de ressources humaines et ce que nous pourrions proposer pour les prochaines années aux différents organismes.

Les sujets de la pression démographique et de l'opportunité démographique, sont deux notions pertinentes. Nous rencontrons la pression démographique sur un certain nombre de type d'emplois où nous avons du mal à recruter.

Il est question aussi d'opportunité démographique, car quand des emplois disparaissent, il est possible d'assurer au personnel un emploi sur place, même si celui-ci n'est pas le même ; ce qui peut susciter l'inquiétude des salariés. Nous devons pouvoir nous engager à ce que chacun puisse avoir un emploi sur place moyennant un changement de poste accompagné. Ceci est une grande chance pour notre institution.

M. LIS – UFICT/CGT

Je voudrais intervenir sur deux points, sur le système d'informations et sur la mutualisation. Vous dites qu'au niveau local, nous devons définir ce qu'il est opportun de mutualiser et à quelle échelle. Nous sommes d'accord sur ce point. Mais il y a quand même, pour la Caisse nationale, un gros moyen de pression pour agir : le remplacement des effectifs. Par le jeu des emplois et le non remplacement de postes dans un organisme se met en place la fragilisation d'une fonction support ou logistique, de manière à la conduire dans une situation telle que pour la sauver, la seule solution sera de fusionner ou de regrouper les établissements. Le personnel se pose des questions sur son avenir. Il ne faut pas vouloir jouer l'ambiguïté.

De même, vous parlez de niveau régional. Est-ce que pour vous, il est établi que le niveau de la mutualisation correspond à la région ?

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Non.

M. LIS – UFICT/CGT

S'agit-il de mutualiser plus ou moins ?

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Oui.

M. LIS – UFICT/CGT

La deuxième partie de mon intervention porte sur le système d'information. Vous dites qu'il faut renforcer notre informatique. Ce sont des termes très vagues. Souhaitez-vous déconcentrer nos moyens informatiques ou au contraire les concentrer ? Dites-vous que nous devons passer d'une informatique de production à une informatique de service ? Cela veut-il dire que nous devons concentrer nos moyens de production ? La réflexion est-elle arrivée à ce stade ? Je pense qu'il faut se poser ces questions et si possible y répondre.

M. DE CADEVILLE – Directeur Délégué aux Opérations CNAMTS

Je reviens sur le sujet de la mutualisation. Celle-ci concerne l'avenir. Mais il faut se rendre compte que nous capitalisons sur un mouvement qui ne nous a pas attendu. Ce mouvement existe depuis le lancement des Actions Pilotes Régionales qui remonte à 3 ans. Des formes de mutualisation existent déjà aussi et des Caisses continuent à mutualiser. J'ai hâte que la COG soit signée et que nous puissions canaliser toutes les initiatives pour revenir à quelque chose de plus précis. C'est comme cela qu'il faut appréhender les choses.

Sur le moyen de pression relatif à la diminution des effectifs, vous savez comme moi que l'argument peut être complètement retourné. Dans la période antérieure, nous avons connu une diminution d'effectifs que nous avons subie. La pression est telle que nous n'aurons pas un taux de remplacement de 100%. Je souhaite que ce taux avoisine les 2/3. Il faut donc bien s'organiser pour voir quelles fonctions peuvent être partagées sans mettre en péril le bon fonctionnement de nos organismes. C'est comme cela que j'imagine la mutualisation.

Sur l'informatique, je me garderai de vous donner une réponse. Je ne suis pas assez spécialiste. Et là, il faut être humble. La réflexion est certainement avancée à l'intérieur de la DSI. Elle n'est pas encore partagée.

UCANSS

Sur la COG, seulement des grands principes ont été énoncés. Je ne peux pas vous en dire plus.

M. GEORGES – Président du COMEX

Je vous propose d'en rester là, sauf s'il y a une dernière demande d'intervention. Les échanges ont été nourris, les dossiers abordés évolueront et nous aurons encore à en reparler. Avant de conclure, je vous rappelle que nous nous retrouverons le 21 juin à 14H30. Je vous signale que nous avons aussi à votre disposition les compilations des procès-verbaux des séances 2005. Bon retour et bonne soirée.

La séance est levée à 18 heures.