

Compte rendu du CSE-Central du 10 septembre 2020.

En introduction, M. Bertet Pilon informe la Direction de la prochaine nomination du responsable syndical CGT au CSEC en la personne de M. Rudy HEQUET (DRSM AURA)

Fermeture de 4 sites dans la région Grand-Est : la Cnam est-elle impliquée ?

Nous revenons sur la confirmation par la DRSM Grand Est et de son intention de **fermer au moins 4 sites d'ELSM** (Longwy, Saint-Dié-des-Vosges, Châlons-en-Champagne et Verdun) que nous avons **révélée lors du CSEC du 17 juin 2020 ([lire la déclaration Cgt](#))**. Les personnels des sites sont mobilisés et **soutenus par leurs élus locaux**. Malgré cela, la direction de la DRSM Grand Est n'exclut pas d'en fermer encore davantage !

M. Bertet Pilon (secrétaire adjoint du CSEC) revient sur ces fermetures en précisant qu'il s'agit de la fermeture de 4 sites secondaires des ELSM de la Marne, de la Meurthe-et-Moselle, de la Meuse et des Vosges. Ces fermetures conduiraient à ce qu'il ne reste qu'**un seul site du Service médical dans chacun de ces départements**, grands et peu peuplés.

À l'heure où le 1^{er} ministre **nous fait « un tout un flan » autour des territoires et de la ruralité (quitte à forcer sur l'accent...)** : on s'étonne de ces choix. Avec ces 4 fermetures, 23 personnes seraient contraintes de déménager ou de faire de très longs trajets pour aller travailler sur sites. Le problème du manque de médecins ne peut pas être invoqué pour motiver les fermetures. Car 3 des 4 sites concernés disposent d'au moins 1 médecin conseil en équivalent temps plein !

M. Bertet Pilon rappelle que **le dialogue social pose problème au sein de cette région et ce n'est pas nouveau**. Il souligne l'[article du Républicain lorrain paru le 14 Juillet 2020](#) concernant la fermeture du site de Longwy.

Il rappelle que le risque routier est réel au sein de ces territoires où l'offre de transport public est inexistante (ex : il faut faire 110 km en voiture pour rallier Nancy où l'activité du site de Longwy menacée serait transférée). La direction de la DRSM Grand Est a confié à son CSE que la décision avait été prise en collaboration avec la CNAM. Ce dont la direction de la Cnam feint (?) d'ignorer au CSEC !

Comment explique-t-elle cela ?

Réponse : pour le regroupement des compétences médicales dans le cadre de ces fermetures, des recherches seront faites. Concernant l'implication de la Cnam, il s'agirait des **services techniques qui auraient validé une stratégie immobilière**. Mais en aucun cas le volet organisationnel qui en découle. En clair, la Cnam aurait validé la cession des locaux mais pas le reste (hum...).

Ces fermetures conduiraient aux départs anticipés de 3 médecins conseils qui ne l'avaient pas envisagé. **Un comble quand on connaît les difficultés du Service Médical à recruter des médecins dans les zones désindustrialisées et rurales.**

Les personnels impactés auront de longues distances à parcourir pour effectuer des trajets de plus de 2 heures / jour pour certains avec des conditions routières dangereuses surtout l'hiver (il fait froid parfois dans le Grand-est), sans compter que **les assurés en devront en faire autant pour se rendre aux convocations**. Ceux-ci choisiront ils leurs véhicules personnels ou choisiront-ils d'autres moyens de transport moins risqués mais plus cher que l'Assurance Maladie devra payer ?

Plus de moyens pour le CSEC ?!

Comme pour toute instance représentative du personnel, le CSEC doit avoir un règlement intérieur (RI). À l'issue de plusieurs réunions **intersyndicales (tous les syndicats ont été invités à participer par la majorité FO-CGT au CSEC)**, un projet de RI a été proposé au CSEC.

Le RI comprend des éléments **d'amélioration des moyens à disposition du CSEC** pour remplir ses missions. Des améliorations que **la direction « chipote »**... Quand on sait la modicité du coût de ces demandes : franchement...

Ce n'est pas **le budget de 10 000 € / an que les élus demandent** pour le CSEC qui va ruiner le Cnam (son budget est de 1,2 milliard d'euros !). Ni les heures de délégation en plus qui permettraient de créer 2 commissions de travail : la commission « pour l'égalité professionnelle » et la commission « formation ».

Une réunion a été demandée en séance pour en discuter avec la direction. Celle-ci devrait avoir lieu.

Sur les visioconférences, un problème de décalage horaire générant des heures sup'est posé pour les élus des DOM-TOM. La Direction propose de donner des consignes sur les pratiques à tenir. Mais elle ne souhaite pas acter ces dispositions dans le RI.

La Cgt souligne que le recours systématique à la visioconférence et le nombre de ces dernières a été considérable depuis mars. Il ne sera plus acceptable que le dialogue social continue dans ces conditions, tant pour la direction que pour les élus du CSEC, lorsque la période d'épidémie sera passée.

Clarification sur l'utilisation des données de santé en télétravail ?

La direction de Cnam souhaite sensibiliser les personnels administratifs (PA) du service médical à la protection des **données médicales** notamment : les agents en itinérance (accueil, CAM, CSAM) et en télétravail à domicile (*NDLR : [l'avenant n°2 du 30 août 2020 libère l'accès au télétravail en temps normal pour tous les PA et ce sans condition](#)*).

On rappelle que les **PA sont conscients de la responsabilité qui leur incombe** et qu'il n'y a pas lieu d'en faire plus en leur demandant de **signer un contrat** au titre du télétravail ou de l'itinérance.

On demande à la direction de nous fournir ce **contrat d'engagement** (qui n'est pas prévu dans l'avenant du 2 août 2020).

Pour les élus, il convient d'être vigilant car les décisions pouvant être prises suite aux recommandations du Conseil national des médecins (Cnom) « [sur le télétravail des collaborateurs des médecins](#) » pourraient avoir des **retentissements sur l'exercice des activités au sein des échelons locaux** (Ex : plus d'appels téléphoniques par les praticiens conseils).

Il ne faudrait pas non plus que les recommandations du Cnom puissent être invoquées pour justifier un lien hiérarchique entre PA et PC qui n'existe pas.

La direction rappelle que le Cnom n'a pas donné de recommandations pour les praticiens conseils (PC). Il n'y a **pas de responsabilité individuelle** pour chaque PC s'agissant des données de santé utilisées à distance. La responsabilité incombe au service et relève des médecins conseils chef de service.

Expérimentation reportée des plateformes prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)

Compte tenu de l'épidémie et de la 2^e vague en cours, la **consultation sur l'expérimentation de plateformes de PDP dans 14 départements est reportée** en juin 2021/

On parle plutôt de plateformes virtuelles de PDP car celles-ci réunissent les différents acteurs de l'Assurance Maladie (CSAM, assistants sociaux, services IJ, services PFIDASS = accompagnement santé) et les « partenaires externes » (médecins traitants, employeurs, médecins du travail, etc.) pour aider les assurés en arrêts à reprendre leur activité (avant 6 mois).

L'intervention de ces plateformes serait déterminée selon **les profils de risques de désinsertion professionnelle** de l'assuré en arrêt de travail, tels qu'ils auront été déterminés selon une échelle de T0 à T4 (les critères ne sont pas encore fournis) :

- **Pour les T0 et T1** = prévention dans les entreprises, médecins du travail
- **Pour les T2 à T4** = intervention de l'Assurance Maladie à partir de la requête unique (RU)
- **T2** = appel sortant CSAM avec diagnostic à distance
- **T3 T4** = intervention de la plateforme PDP (service médical et service social) auprès des partenaires externes afin d'aider au reclassement professionnel, à l'aménagement du poste de travail de l'assuré et favoriser le maintien dans l'emploi de ce dernier. La prise en charge de l'assuré s'inscrira dans un parcours de PDP de 12 mois.

La fluidité entre les différents acteurs est l'objectif recherché.

Il est établi qu'il faut pérenniser les relations et **la bonne synergie avec les services de médecine du travail et les acteurs de terrain de l'AM** pour favoriser la reprise.

Les « les cas lourds » (pour lesquels les conditions du maintien dans l'emploi sont très difficiles), en arrêts de travail de très longue durée, ne seront pas éligibles au dispositif qui sera expérimenté.

14 départements ont été choisis avant un déploiement national. Des référents locaux CSAM au sein des régions seront désignés. Un besoin important de CSAM (leur nombre n'est pas spécifié) sera nécessaire pour l'expérimentation. Leur formation à la PDP est prévue.

Déclaration de la Cgt

« Concernant l'économie générale du projet, tout semble avoir été mûrement réfléchi. Tous les acteurs y sont, il ne manque personne. Mais qu'en sera-t-il en réalité ?

Non seulement ce projet repose sur l'entente de partenaires institutionnels qui peinent à travailler ensemble, mais en plus, il suppose que des partenaires externes tels que les médecins traitants, les médecins du travail et les employeurs jouent le jeu.

Concernant l'entente entre partenaires de l'Assurance Maladie (Service Médical, Service Social, Caisse Primaire), par la force des choses : elle est condamnée à réussir et ce projet, comme d'autres avant lui, laisse à penser qu'on retrouvera tout ce petit monde sous une même bannière : celle des CPAM ?

Mais au démarrage, Il y a aura forcément des ratés. L'absence d'homogénéité des pratiques, des règles de travail sont autant d'écueils qu'il faudra prendre en compte avant le début de l'expérimentation (qui est repoussée de 6 mois. Peut-être est-ce une chance pour s'adapter à la nouvelle donne « post-covid » ?) pour espérer parler un jour de synergie.

Concernant l'implication des médecins traitants, des médecins du travail et des employeurs, elle risque d'être dépendante des premiers résultats (une « usine à gaz » découragera rapidement ces potentiels partenaires). Mais, aussi, ne soyons pas dupes, les résultats attendus sont plus terre-à-terre que la lutte (louable) contre la désinsertion professionnelle : il s'agit de maîtriser la durée des arrêts de travail et le coût des indemnités journalières.

Enfin, si l'économie du projet décrit bien le rôle de chacun : quid du volet opérationnel ? Pour l'heure, c'est très flou même si nous ne doutons pas que Cnam sait déjà ce qu'elle veut !

On parle de plateformes : les agents mobilisés seront-ils regroupés ? Sous l'autorité managériale de qui ? Sur ce point aussi : rien n'est dit. Les besoins en CSAM ont-ils été évalués ? Doivent-ils être réajustés ? Rien à ce jour, hélas : nous n'avons rien.

La majorité des CSAM n'ont toujours pas vu leur niveau de qualification relevé à la hausse (du N3 à N4) comme s'y était engagé M. Revel dès lors que les CSAM exerceraient à plein temps ([lire le compte rendu du CCE du 23 octobre 2019](#))

Il sera donc essentiel de revenir vers les élus dès les premiers résultats de cette expérimentation ».

L'applicatif des applicatifs du service médical : voilà Matis !

Le projet Matis est un projet visant à **regrouper toutes les applicatifs utiles au métier du service médical**. via le portail agent. Le but : éviter aux agents de devoir jongler avec de nombreux applicatifs. Jusqu'à 8 en même temps !

À la suite des remarques lors du [CCE du 23 octobre 2019](#) sur ce projet et des retours de l'ELSM de Valence, **échelon d'expérimentateur**, la stratégie a été modifiée.

Le déploiement de Matis interviendra qu'à la fin du 1^{er} trimestre 2021. Il inclura le rapport médical, Hippocrate décisionnel et l'informationnel.

En vue de la généralisation des plateformes de PDP en 2021, **le processus IJ dans Matis sera complet** avec entrée automatisée, workflow PDP, CSAM, etc.... L'injection de la LMA sera automatisée vers les CPAM sans saisie supplémentaire par les caisses. Un champ de précision sera ajouté.

Le processus **Rente/Invalidité sera déployé fin d'année 2021** et le processus **Reconnaissance AT/MP** le sera fin 2022 après le déploiement de ATEMPO dans les CPAM.

Suite à l'inquiétude de certains élus quant à l'impact de Matis sur les mutualisations de services, la direction précise que MATIS n'amènera **pas de mutualisations** en plus des mutualisations faites dans le cadre de TRAM.

Pour l'heure, la demande de la Cgt de bénéficier d'une **évaluation des gains de productivité** offerts par Matis est restée « lettre morte ».

Prise en charge et action de protection des victimes de harcèlement au travail

Suite à l'**accord national sur l'égalité professionnelle conclu grâce à la Cgt** puis déclinés dans le DRSM ([lire l'Écho des négos n°6](#) et [n°11](#)), une procédure commune va être mise en place pour **clarifier les conditions de prise en charge des victimes de harcèlement moral et sexuel**.

Chaque établissement de la Cnam sera doté d'un **référént harcèlement « employeur »** en plus de celui désigné au sein du CSE (élu).

Un référént « employeur » national sera nommé, comme **recours de 2^e intention**, au cas où une victime ne souhaiterait pas saisir celui de sa DRSM ou de son CSE (élu).

La cellule d'écoute Proconsult est accessible et les acteurs tels que les managers, le DRH, les représentants du personnel, les délégués syndicaux et les médecins du travail sont des interlocuteurs en cas de besoin.

Dès réception du signalement au référént harcèlement « employeur » de l'établissement :

- Un **accusé de réception** du signalement est adressé (sous 3 jours) ;
- Un entretien avec la victime est organisé ;
- le DRH peut aussi procéder à des **mesures conservatoires immédiates** telles qu'une mise à pied, une séparation des parties, etc.

Si le référént CSE (élu) est aussi saisi par la victime, **une enquête conjointe est menée avec le référént de l'employeur.**

Les auditions seront tenues de manière impartiale, équitable et confidentielle avec les parties.

Dans le cadre des mises à pied et des procédures de licenciement, le référént CSE (élu) ne sera pas associé. En outre, le référént harcèlement du CSE (élu) ne sera pas systématiquement informé ou associé au dossier si le salarié ne l'a pas choisi de lui-même. Cela afin de respecter sa liberté de choix.

Un accompagnement de la victime dans ses démarches pénales (dépôt de plainte) est possible par le référént « employeur ».

Si le signalement implique la direction d'une DRSM, le choix du référént national s'impose.

La DRH des réseaux à la Cnam, Mme Dubreuil, est désignée référente nationale.

Déclaration de la Cgt

« La CGT attire l'attention sur le fait que rien n'est prévu en matière de formation du référént du CSE (élu) en faveur de la lutte contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes alors que le référént désigné par l'employeur est formé par l'employeur. Le référént du CSE (élu) devant l'être (en théorie) avec les moyens du CSE.

Or les référénts « employeur » et « élu » sont susceptibles de travailler ensemble. Aussi la Cgt trouverait-elle justifié que la Cnam mette en place une formation commune à tous les référénts disponibles dans l'entreprise »

La direction retient cette proposition de la CGT qu'elle juge intéressante !

Prise Covid19 Exceptionnellement inégalitaire

Nous apprenons que **la prime exceptionnelle « Covid19 »** (versée en août 2020) pour les agents ayant (télé)travaillé au moins 18 jours entre le 17 mars et le 10 mai 2020 ([lire l'Échos des négos n°15](#)) a été **attribuée avec de très grandes disparités.**

Voyez plutôt :

Ce sont **89,9% des agents du siège / sites qui ont perçu au moins 200 €.**

Alors que **dans les DRSM/ELSM, seuls 45,7% des agents ont été concernés.**

Entre DRSM, les disparités régionales sont très fortes.

À la DRSM Sud-Est, seuls 3,94% des agents ont eu la prime alors qu'ils ont été 60,17% à la DRSM Bretagne... !

Dans les DRSM, le pourcentage d'agents ayant eu le plus haut niveau de prime (450€) est de 17,70%. Enfin si l'on regarde la distribution de la prime selon les catégories d'agents des DRSM : on voit que 45,9% des PC ont eu la prime contre 42% des personnels administratifs.

Déclaration de la Cgt

« Encore une fois, la CGT déplore que la direction ait fait le choix d'une prime non socialisée (sans cotisation au-dessous d'un plafond élevé) à l'heure où les dépenses de la sécurité sociale explosent !

Et puisque nous ne sommes plus à 1 paradoxe prêt, force est de constater que c'est au personnel équipé en priorité de solution de télétravail que la prime a été prioritairement attribuée. Vous avez dit injuste ?

Autre paradoxe concernant la prime de 450€ : elle revient surtout aux managers (MCC, RAG) et aux informaticiens, lesquels ne l'ont pas volé. Mais ce sont encore les plus gros salaires qui se sont adjugé la plus grosse part du gâteau

Une prime pour toutes et tous aurait été idéale

Un partage plus équitable et au prorata du temps travaillé aurait été plus juste pour les salariés qui ont travaillé 17 jours et qui n'ont droit à rien (dont des agents travaillant sur le Contact Tracing dès le début !)

Les agents qui n'ont pas été équipés pour télétravailler n'ont pas été bénéficiaires de cette prime alors qu'ils étaient volontaires.

Or leur employeur avait le devoir de les équiper et de leur fournir du travail. Ces collègues sont punis à de multiples niveaux puisque non contents de ne pas avoir de primes, ils ont vu leur RTT, leurs tickets restaurants et leur intéressement 2020 diminués.

Et dire que nous donnons des « leçons de solidarité » à la population à l'appui de campagne de pub' coûteuses. Heureusement que le ridicule ne tue pas. L'EN3S & Cie aurait de sérieuses difficultés de recrutement ».

Procédure de recueil d'alerte

Depuis le 1^{er} janvier 2020, la Cnam a l'obligation d'organiser le recueil de toute alerte interne à l'entreprise :

- Alerte visant une personne ;
- Alerte visant l'entreprise ou un collaborateur

Deux procédures dites « « ordinaire » ou « extraordinaire » peuvent être déployées :

- Celle **extraordinaire** concerne un danger grave et imminent ayant des dommages irréversibles, avec saisie directe de l'autorité compétente (judiciaire, public, appel au défenseur des droits)
- Celle **ordinaire** prévoit 3 paliers possibles de choix de saisie par le collaborateur :
 1. Palier 1 = saisie du référent déontologie (déontologue de la CNAM) du comité éthique par l'envoi d'une fiche de signalement (mail, courrier et) et documenté sur tout support ;
 2. Palier 2 = saisie du procureur de la République ; s'il n'y a pas de suite sous 2 mois, saisie du défenseur des droits et en ultime recours les juristes
 3. Palier 3 = saisie de l'opinion publique

Base de données économiques et sociales

À la suite des accords CSE et CSEC de 2019, prévoyant la mise en place de la BDES (attendue depuis 2013...), celle-ci va être finalement organisée selon les 3 blocs.

Pour la consultation portant sur la politique sociale de l'entreprise, les conditions de travail et l'emploi, les documents seront mis à disposition des élus via le sharepoint, d'ici fin septembre début octobre...

Un manuel utilisateur et des fiches de synthèse leur seront adressés.

Contact Tracing : c'est reparti...

La reconstitution de plateformes régionales de Contact Tracing sera soumise à la consultation du CSEC le 28 septembre 2020 lors d'une séance exceptionnelle du CSEC

Depuis le mois d'août, le logiciel SIDEP (résultats des tests de dépistage) est centralisé et c'est la Cnam qui envoie les fichiers de travail aux régions.

Depuis septembre, la charge a ainsi été allégée dans les ELSM par l'envoi des fichiers aux DRSM / CPAM pour les patients zéro et les appels des cas contacts ainsi que des prescriptions des arrêts de travail.

La direction rappelle que le Contact Tracing est de nouveau une priorité nationale mais qu'il y a des activités à maintenir en production notamment les IJ (traitement de la requête unique), les convocations et invitations et toute la reconnaissance des AT/MP tenue par des délais.

Il est impératif que le volontariat des personnels soit respecté pour le Contact Tracing, les personnels doivent être motivés selon la direction.

Si des désignations « obligées » devaient être envisagées, les personnels seront interrogés pour recueillir leur accord et, en cas de désaccord de leur part, l'employeur devra les positionner sur une autre activité si la leur est dégradée voire suspendue dans le contexte épidémique.