



**Intersyndicale CFE-CGC-CGT-FO-SGPC-SNFOCOS
Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)
Représentativité : 80% du personnel**

Le 14 octobre 2024

Madame la Présidente,
Monsieur le Président,

L'intersyndicale CFE-CGC-CGT-FO-SGPC-SNFOCOS de la Cnam tient à attirer votre attention sur les risques imminents qui pèsent sur l'avenir du service du contrôle médical (SCM) de l'Assurance Maladie qui auront des impacts importants sur la qualité et les conditions d'accès aux prestations médicales prescrites par les médecins.

Dès avril 2025, le SCM doit être absorbé par les caisses primaires d'assurance maladie et disparaître en 2026.

Outre l'impact de cette suppression sur les règles déontologiques et le secret médical qui régissent l'exercice des praticiens conseils (PC), il est à craindre qu'elle n'enclenche une gestion plus comptable et par algorithmes que médicale des prestations de santé, notamment les arrêts de travail et leur indemnisation journalière (IJ).

En effet, vous le savez, le SCM a pour mission de donner les avis concernant les arrêts maladie, les maladies professionnelles, les accidents de travail, les affections de longue durée (prise en charge à 100%), les invalidités, les retraites pour inaptitude, en lien étroit avec les médecins des patients.

Ces avis médicaux sont rendus en toute indépendance par les praticiens-conseils (PC), avec l'appui d'infirmiers du service médical (ISM) et de techniciens qualifiés. Ces avis s'imposent aux caisses qui sont tenues de payer les prestations.

Depuis sa création, le SCM est un service décentralisé de la caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et il est dirigé régionalement par des médecins. Il est indépendant des caisses primaires (qui sont des organismes payeurs).

Les déterminants de la suppression du SCM pourraient être inscrits dans la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2025.

Cette restructuration est de grande ampleur et s'inscrit dans une volonté de préparer une transformation importante du système d'indemnisation des arrêts de travail et de leur financement et du contrôle de leurs prescriptions.



Convaincus de l'intérêt et de la vigilance que vous porterez à ce dossier vital pour le respect du colloque singulier, l'indépendance des médecins et pour la Sécurité Sociale, nous vous adressons une analyse plus détaillée en annexes.

Nous nous prions de recevoir, Madame la Présidente, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Les délégués syndicaux centraux
CFE-CGC-CGT-FO-SGPC-SNFOCOS

Luc Béranger (FO), Hélène Azoury (SNFOCOS), Maria-Dolores Suarez (CGT),
Yves-Marie Lagron (CGT), Yvan Martigny (SGPC), Marc Masure (CFE-CGC)



Dossier de fond

Disparition du SCM : contexte et avis

Dans son organisation actuelle, le SCM est un service déconcentré de la CNAM qui le pilote. Il est organisé en 16 Directions Régionales du Service Médical (DRSM) qui coordonnent 102 échelons Locaux du Service Médical (ELSM).

Chaque ELSM émet des avis médicaux auprès des CPAM. Les CPAM sont des organismes liquidateurs des prestations versées par l'Assurance Maladie. De par leur réseau décentralisé, elles bénéficient d'une plus grande autonomie.

Bien que la plupart des ELSM soient hébergés par les CPAM, les premières n'ont aucun lien hiérarchique avec les secondes. Cette indépendance renforcée par les ordonnances de 1967 vise à garantir l'absence d'immixtion des éléments administratifs et financiers dans la décision médicale.

L'organisation régionalisée du SCM permet en outre de faire face aux déficits de recrutement des praticiens conseils en mutualisant les ressources sur l'ensemble du territoire régional pour certaines prestations très spécialisées.

1 – la genèse du projet

L'IGAS a été saisie le 22 février 2023 par le Ministre de la santé et de la prévention d'une mission au sujet de l'organisation du service du contrôle médical (SCM) de l'Assurance maladie.

Son rapport rendu en mai 2024 suggérait une réorganisation du SCM et proposait 4 scénarios allant du *statu quo* aménagé à l'intégration au sein des CPAM revenant ainsi sur un modèle de fonctionnement datant des ordonnances de 1967 (Ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale).

Dans son rapport l'IGAS pointe du doigt des problèmes liés au pilotage du SCM par la CNAM (manque de lisibilité et d'efficacité du pilotage, GRH en difficulté, management obsolète, organisation et moyens insuffisants en matière de contrôle des Indemnités Journalières [IJ] et de lutte contre la fraude, mise à disposition d'outils limités, allocations parfois inappropriées des moyens) sans jamais remettre en question l'implication et le dévouement du personnel dans la conduite des missions du SCM.

L'IGAS formule 41 recommandations relatives à la gouvernance et au pilotage, aux mesures d'accompagnement RH, à l'outillage juridique et informatique, à l'efficacité et à l'efficacité dans l'exercice des missions.

Après une phase d'écoute et de concertation entre mai et juillet 2024, à la représentativité discutable, la CNAM (qui assurait à l'époque partir d'une feuille blanche) a construit en quelques semaines durant l'été un scénario scellant l'avenir de près de 7 200 agents, allant bien au-delà d'une simple réorganisation.



2 – Le projet

Selon le projet, le SCM se verrait conforté dans ses missions indispensables au bon fonctionnement du service public de l'Assurance Maladie en intégrant l'ensemble de son personnel dans les CPAM.

En une dizaine de mois, l'affaire serait entendue. À échéance de fin octobre 2025, les agents des 16 échelons régionaux et des 102 échelons locaux intégreraient les caisses avec le maintien d'une direction médicale dans un premier temps. À échéance de fin octobre 2026 l'intégration dans les caisses serait complète.

Les bénéfices attendus par la CNAM sont de trois ordres :

- Pour les assurés : plus de lisibilité et une augmentation du service rendu,
- Pour les professionnels de santé : une qualité relationnelle accrue du fait de la création d'un interlocuteur unique,
- Pour les personnels du SCM : des moyens supplémentaires pour travailler, le renforcement des synergies médico-administratives du fait de la proximité, plus de visibilité de ses actions, plus d'opportunité de carrières et de parcours, la possibilité pour les praticiens conseils d'intervenir sur des sujets plus stratégiques et des activités à plus forte valeur ajoutée.

Ce projet induit aussi :

- Le transfert des contrats de travail des personnels sous réserve d'évolution législatives (des mises à disposition sont prévues dans cette attente),
- La négociation d'un accord de transition d'une durée de trois ans maximum devant garantir l'égalité de traitement des salariés,
- La négociation d'un accord d'accompagnement des mobilités avec l'UCANSS,
- Le maintien d'une gestion nationale des praticiens conseils avec maintien de leur convention collective nationale.

3 – L'analyse

Mandaté par le Directeur Général de la Sécurité Sociale, c'est seul que le Directeur général de la CNAM, M. Thomas Fatôme, décide de remettre en question un modèle établi depuis plus près de 60 ans, fruit des réflexions collectives des législateurs. Un temps où les assurés sociaux, la santé était au cœur des préoccupations du politique ; un temps où personne n'aurait osé sacrifier notre haut niveau de protection sociale sur l'hôtel des économies budgétaires et de la rentabilité.

L'ensemble des problématiques soulevées par l'IGAS dans son rapport ont été présentées aux personnels. Les agents, qu'ils soient employés, cadres, infirmiers du service médical ou praticiens conseil, mais aussi les organisations syndicales partagent beaucoup des constats de IGAS. Les directions du SCM avaient déjà été alertées sur ces points avant que la mission IGAS ne soit saisie. Force est de constater que les solutions proposées par la CNAM sont sans rapport avec les constatations de l'IGAS.



Nous avons tiré la sonnette d'alarme sur le manque de moyens rendant le SCM peu attractif à tous les niveaux (des embauches au niveau 2 de la classification des emplois de la Sécurité Sociale, en dessous du SMIC, il y a encore quelques années), sur l'inadaptation des outils mis à notre disposition pour travailler tous les jours, choisis ou développés sans l'avis des utilisateurs.

Pour quels gains attendus ?

Pour les assurés, nous redoutons qu'ils passent très vite du statut de malades nécessitant un accueil attentionné à « assuré lambda ». Quant à bénéficier d'un meilleur service rendu : il est difficile d'y croire quand les moyens sont divisés par 2 ? Nous sommes très inquiets pour le respect du secret médical ; seul le médecin conseil et ses équipes en étaient jusqu'ici les garants. Que restera-t-il de l'indépendance de l'avis médical qui jusqu'ici s'imposait aux caisses ?

Pour les professionnels de santé, la création d'un interlocuteur unique devrait être gage d'une qualité relationnelle accrue. Nous pensons qu'un médecin, un chirurgien-dentiste préférera toujours évoquer le cas de son patient avec un praticien de sa spécialité ou un membre de son équipe proche. Nos collègues des caisses ont leur expertise dans leur domaine ; nous les nôtres !

Pour les personnels du SCM, les bénéfices à attendre seraient quasi miraculeux... Pour les personnel agents, des moyens supplémentaires pour travailler, plus d'opportunité de carrières et de parcours, quant aux praticiens conseil, ils retrouveraient la possibilité d'intervenir sur des sujets de premier plan alors que les ISM les délésteraient d'une grosse partie de leur activité de base à moindre frais (le projet de délégation de tâches qui leur est proposé ne rencontre pas le succès espéré par la CNAM).

Lire aussi [les réponses aux questions des personnels](#) sur le site cgtcnam.fr

- **Risques pour l'indépendance technique des praticiens-conseils**

Le projet prévoit que les praticiens-conseils soient directement rattachés aux caisses avec un lien de subordination au directeur de la caisses, responsable de leur évaluation et de leur avancement. Ce lien direct remet en cause leur indépendance professionnelle, essentielle pour garantir l'impartialité de nos décisions, en particulier vis-à-vis de nos confrères libéraux.

De plus, en phase 2 du projet de restructuration, la suppression complète de la direction du Service Médical est envisagée. À partir de 2026, les praticiens-conseils seront intégrés aux services des caisses sans qu'une direction médicale spécifique soit maintenue pour organiser, évaluer et fédérer les PC. La disparition d'une telle entité, créée par les ordonnances de 1945 (et structurée dans la forme actuelle en 1967), est profondément préoccupante.

La loi, la réglementation et la jurisprudence sont pourtant claires sur la question de l'indépendance technique des praticiens-conseils :



Article L224-7 du CSS : « *Les praticiens-conseils du service du contrôle médical sont des agents de la caisse nationale de l'assurance maladie.* »

Article L315-1 VIII du CSS : « *Les missions du service du contrôle médical sont exercées par les praticiens conseils mentionnés à l'article L. 224-7 du présent code* »

Article R.4127-5 du CSP : « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* »

Conseil d'État N° 342699 : « *Les praticiens-conseils appartiennent à un corps autonome, dont les conditions de nomination et d'avancement garantissent leur indépendance à l'égard des caisses de sécurité sociale.* »

Cour d'appel de Toulouse, 17 mars 2008 : « *Le contrôle médical est un service national extérieur aux Caisses primaires d'assurance maladie et par essence indépendant de celles-ci.* »

Toute atteinte à cette indépendance fragiliserait la crédibilité des praticiens-conseils, notamment dans le cadre des recours contre tiers, où notre impartialité est essentielle pour que nos attestations soient recevables devant les tribunaux.

- **Garantie de préservation du secret médical**

Le projet met en péril le secret médical, en particulier lors de la phase 2, où les missions des PC seront dissoutes dans les différents services des caisses. Il est précisé que ces missions seront exercées dans une approche médico-administrative, par délégation du Directeur médical de la CPAM.

Cela signifie-t-il que tous les personnels des caisses (plus de 80 000 salariés) pourraient devenir dépositaires du secret médical par cette délégation ? Cette perspective semble inacceptable et incompatible avec les exigences de confidentialité et de respect des données médicales.

Article R.4127-104 du CSP : « *Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical, ni à un autre organisme.* »

Le projet de restructuration du SCM avec toutes les conséquences qu'il génère nous semble inapproprié d'autant plus qu'il n'apporte pas de solution concrète aux problèmes soulevés par l'IGAS, comme l'insuffisance des outils à disposition des praticiens-conseils, ou l'utilisation des ressources médicales sur des missions à faible valeur ajoutée.

Ce projet, en l'état, représente un morcellement du Service Médical sans vision à moyen ou long terme, avec pour seul objectif apparent la réalisation d'économies d'échelle.



Une telle transformation risque d'affaiblir notre rôle de service public, pourtant clairement défini par les articles L.315-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, et d'entraîner des conséquences néfastes pour les assurés, les professionnels de santé, les PC, et l'Assurance Maladie elle-même.

- **Garantie d'équité sur le territoire** : les effectifs étant réparties non équitablement sur les territoires avec des départements sans chirurgiens-dentistes conseils ou pharmaciens conseils ou médecins conseils, les contrôles seront inégalement répartis (inexistants dans certains, plus importants dans d'autres) alors qu'aujourd'hui le réseau national par son organisation régionale garantit l'égalité de traitement.

4- Pourquoi le SCM doit rester une entité indépendante

Le SCM joue un rôle de régulateur et contribue à garantir l'accès aux soins pour tous.

Certes il doit faire face à des défis importants pour continuer à remplir ses missions de manière optimale. Il doit faire face :

- À une charge de travail toujours plus importante, le nombre de demandes ne cessant d'augmenter compte tenu de l'évolution de l'état de santé de la population.
- À la complexité du système : les règles de remboursement peuvent être parfois difficiles à comprendre, qui plus est par un public fragilisé par la maladie.
- Aux enjeux de modernisation : le SCM doit s'adapter aux évolutions technologiques et aux nouveaux besoins des assurés.

Mais cela ne peut se faire au détriment :

- De son expertise médicale : les praticiens-conseils et leurs équipes disposent d'une grande connaissance du système de santé et des pathologies.
- De la proximité avec les assurés : les échelons départementaux (70% des personnels y travaillent), permettent un accès facile et personnalisé aux services.
- De son impartialité : ses décisions sont prises en toute indépendance.