

+CSE DE LA CPAM VAL-DE-MARNE
ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE ORDINAIRE DU 29 AOUT 2024
PROCÈS VERBAL

Étaient présents :

Direction : M. ARNAUD Sébastien (Directeur Général Adjoint), Mme CASADO-BOLIVAR Céline (Directrice Adjointe en charge des Ressources)

CFDT : Mme PERRIOT LE-FUR Fabienne et Mme DUMARCAY Virginie

CFTC : M. SEREMES Dominique, Mme LEBERNADY Fina, M. MACIEL Carlos et M. ROUCHAUD Florent

CGT-FO : Mme HAMMOU Nadia (remplace Mme HAMMOU Leilla), M. ALLIGIER Sébastien, Mme IAAICH Halima, M. CHAOUCH Abdallah (remplace Mme OUCHENE Dalila), M. MARQUES Edmond, Mme SKOLUDEK Elisabeth et Mme KHETTAF Lila (représentante syndicale)

Excusés :

CFDT : Mme LAHLOU Nesrine et Mme MAMAN Muriel (représentante syndicale)

CFTC : M. BOURGEOIS Marc, Mme DOUIS Julie et Mme DOUIS-MAXI Delphine

CGT-FO : Mme HAMMOU Leilla, Mme OUCHENE Dalila, M. GIAMBIAGGI Antoine et Mme FRAIOUI Samia

Déroulement : La séance s'est déroulée en présentiel de 9 h 30 à 12 h 45.

Points présentés par :

- **POINT 1** : Approbation du procès-verbal de l'Assemblée plénière du 23 mai 2024.
- **POINT 2/pour AVIS** : Rapport d'activité 2023 du service Santé au Travail.

Présentation par Mme HURSON Sandrine

- **POINT 3/pour AVIS** : Déploiement de l'application METEORe au sein du département Frais de Santé.

Présentation par Mme DENECHÉAU-GIRARD Julia

- **POINT 4/pour AVIS** : Création d'un nouveau fauteuil dentaire au CMS de Saint-Maur.

Présentation par Mme CASTRIQUE Johana et Mme MICLOT Camille

- **POINT 5/pour AVIS** : Déploiement de l'outil AZAM pour le suivi du plan en faveur des patients en ALD sans médecin traitant.

Présentation par Mme CASTRIQUE Johana et Mme PETER Camille

- **POINT 6/pour AVIS** : Politique de rémunération 2024.

Présentation par Mme CASADO-BOLIVAR Céline

- **POINT 7/pour INFO** : Suivi mensuel d'activité des pôles.

Présentation par M. ARNAUD Sébastien

- **POINT 8** : Informations des Président et Secrétaire

SOMMAIRE

Point 1 : Approbation du procès-verbal de l'Assemblée plénière du 23 mai 2024	4
Point 2 : Rapport d'activité 2023 du service Santé au Travail	5
Point 3 : Déploiement de l'application METEORe au sein du département Frais de Santé	16
Point 4 : Création d'un nouveau fauteuil dentaire au CMS de Saint-Maur	21
Point 5 : Déploiement de l'outil AZAM pour le suivi du plan en faveur des patients en ALD sans médecin traitant	29
Point 6 : Politique de rémunération 2024	35
Point 7 : Suivi mensuel d'activité des pôles	39
Point 8 : Informations des Président et Secrétaire	40

La séance est ouverte à 9 heures 30.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Bonjour à tous. Je vous propose d'ouvrir cette séance. Pour la Direction, Céline CASADO BOLIVAR.

M. ARNAUD, Direction : Et Sébastien ARNAUD.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Fabienne PERRIOT LE-FUR pour la CFDT et j'excuse Mme MAMAN et Mme LAHLOU.

Mme DUMARCAY, CFDT : Virginie DUMARCAY pour la CFDT, élue CSE.

M. SEREMES, CFTC : Pour la CFTC, Dominique SEREMES, élu titulaire.

Mme LEBERNADY, CFTC : Fina LEBERNADY, élue titulaire CFTC. J'excuse M. Marc BOURGEOIS, Julie DOUIS et Delphine DOUIS-MAXI.

M. MACIEL, CFTC : Bonjour, Carlos MACIEL, élu CFTC.

M. ROUCHAUD, CFTC : Florent ROUCHAUD, élu CFTC.

M. ALLIGIER, CGT-FO : Bonjour à tous. ALLIGIER Sébastien, Force Ouvrière.

Mme IAAICH, CGT-FO : Bonjour, IAAICH Halima, élue Force Ouvrière.

M. CHAOUCH, CGT-FO : Bonjour, Abdallah CHAOUCH, FO, suppléant.

Mme KHETTAF, CGT-FO : Bonjour, Lila KHETTAF, représentante syndicale Force Ouvrière.

M. MARQUES, CGT-FO : Edmond MARQUES, titulaire Force Ouvrière.

Mme SKOLUDEK, CGT-FO : Elisabeth SKOLUDEK, élue titulaire Force Ouvrière. J'excuse Mme OUCHENE, Mme FRAIOUI et Mme HAMMOU Leilla. Mme HAMMOU Nadia va arriver, en remplacement de Mme HAMMOU Leilla.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci. Je vous propose de passer au premier point de cet ordre du jour, à savoir la validation du PV de la réunion du mois de mai.

Point 1 : Approbation du procès-verbal de l'Assemblée plénière du 23 mai 2024

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Y a-t-il des modifications ? Non. Je vous remercie. Je considère que le PV est validé à l'unanimité. Nous pouvons, sans plus tarder, passer au point suivant, qui est la présentation du rapport de la médecine du travail.

Point 2 : Rapport d'activité 2023 du service Santé au Travail

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Nous accueillons le Dr HURSON pour la présentation du rapport d'activité 2023 du service Santé au Travail. Je vous passe la parole, Docteur.

Mme le Dr HURSON : Bonjour. Est-ce que vous souhaitez que je fasse un très bref résumé ou est-ce que vous voulez me poser directement vos questions ? Un bref résumé ?

Au niveau du service, sur l'organisation, pas de changement par rapport à l'année précédente. Au niveau des risques professionnels identifiés, pas de changement non plus. Principalement des risques biologiques pour les CMS/PMI et des risques de rayonnement ionisant concernant les CMS pour les radiologues et les dentistes.

Concernant le nombre de visites, 640 visites ont été réalisées cette année. Il y a eu moins de visites de reprise, moins de visites périodiques également, ce qui peut s'expliquer par une augmentation de la périodicité des visites périodiques qui sont maintenant tous les cinq ans quand il n'y a pas de surveillance rapprochée. Les visites périodiques sont donc vues plus fréquemment par l'infirmière. Les visites à la demande, qu'elles soient à la demande du médecin, de l'infirmière ou de l'agent, sont en augmentation. À noter que l'infirmière IPAL a reçu 240 agents pour 368 convoqués.

Au niveau des visites médicales, il y a eu trois inaptitudes cette année et un agent qui a été reclassé. Concernant mes visites, sur les 640 visites vues, il y a eu en plus 122 absences justifiées ou injustifiées.

Concernant les risques professionnels, en dehors du risque biologique, rayonnement ionisant : risque de TMS et risque psychosociaux, comme les autres années.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci. Je vais prendre vos questions.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Pour nous, les questions se posent essentiellement sur les augmentations de visites à la demande des agents qui ont été, pour certaines, doublées, il me semble. Est-ce que vous avez une explication globale à nous donner ? Sur les cinq ans, on peut en dire ce qu'on veut, c'est beaucoup trop. Voir les personnes tous les cinq ans, c'est quand même extrêmement dommageable, même si c'est aujourd'hui la réglementation qui le dit et qui acte tout cela. Tous les cinq ans, c'est quand même bien trop long quand on sait qu'il y a encore des personnes qui ne consultent pas le médecin et pour lesquelles c'était le seul moyen, éventuellement, de pouvoir déceler certaines pathologies qui ne seraient pas vues autrement. Donc, nette augmentation des consultations qui sont passées de 52 à 114 à la demande du salarié. Si vous pouvez nous expliquer un peu, globalement, sans nous expliquer très spécifiquement de quoi il retourne.

Les avis d'inaptitude, quand vous mettez « plusieurs demandes de rendez-vous en urgence pour des agents en grande difficulté », pour moi, c'est un copier-coller de ce qui a été mis en 2022. Est-ce que c'est vraiment la réalité, à savoir que 2023 est vraiment, en matière d'inaptitude, un copié-collé de 2022 ?

Les risques RPS, on est dans la rubrique « données numériques, nombre d'interventions ». La nature des risques sur lesquels ont principalement porté les interventions du médecin du travail.

On a un risque TMS sur lequel il y a eu les installations de postes de travail, le travail sur écran, etc. Après, on a un risque RPS. Là-dessus, il n'y a rien. Vous n'indiquez rien. Donc, est-ce qu'il n'y avait rien à mettre ou est-ce que, vraiment, il n'y a rien ? Quand on connaît la situation que l'on peut vivre et des personnes que l'on peut voir et qui nous font savoir qu'elles sont passées par vous, qu'elles ont essayé de voir avec vous pour essayer de voir leurs difficultés...

Vous mettez en conclusion, au niveau des observations générales du médecin du travail sur son activité, des alertes sur des conflits ou des difficultés relationnelles au sein d'un même service. Donc, il y en a eu. Pour moi, c'est vraiment trop *light* parce qu'on est quand même un CSE. Votre rôle, c'est aussi de nous alerter si les situations deviennent trop nombreuses et s'il y a des difficultés sur certains points, notamment quand vous parlez de services comme la PFS, les PEAS et le CNGP. Pour nous, c'est aussi important de savoir globalement. Si vous voyez vraiment beaucoup de personnes, ça veut quand même dire que le service tourne excessivement mal et que les élus du CSE doivent peut-être en savoir un peu plus. Je considère qu'il y a un manque d'information de votre part par rapport à ça.

Idem, quand on parle d'un manque de responsables de proximité sur les accueils ou au PAD. On a aussi des problèmes au sein des PMI avec la reprise de la gestion par le département. Ce sont des choses qui sont mises, mais on a l'impression que tout est jeté comme ça. Là, il y a aussi la part de la Direction : que fait-on par rapport à certaines difficultés qui peuvent être listées par le docteur HURSON ?

Prévention de la désinsertion professionnelle en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, assistante sociale, ergonomes, etc. Donc ça, c'est en lien avec un nombre de visites à la demande. Est-ce que vous pouvez nous en dire un peu plus sur cela ? Vous parlez des assistantes sociales, de la psychologue, de l'ergonome et de l'infirmière, ce qui laisse à penser quand même qu'on est aussi un peu sur des difficultés de tout ordre qui peuvent être intéressantes pour nous, membres d'un CSE.

Pour finir, j'aurais tendance à vous dire ce que je vous ai déjà dit il y a un an, c'est-à-dire qu'on est sur un rapport qui est très, très chiffré. C'est certainement ce que l'on vous demande, un rapport extrêmement chiffré, mais qui ne nous éclaire pas, ou alors vraiment très peu, sur la réalité de la situation ou de la santé mentale de certaines personnes, surtout quand on a toutes les remontées que l'on a, avec les agents qui disent vous avoir vue et vous avoir expliqué quelles étaient leurs difficultés et que cela allait bien au-delà d'un simple bras cassé ou doigt cassé. Finalement, là-dedans, je trouve qu'il n'y a rien et c'est un peu dommage que l'on n'ait pas suffisamment d'éléments pour nous, membres du CSE.

Mme LEBERNADY, CFTC : J'ai pas mal de petites questions. Je ne demanderai pas d'informations, bien sûr - et de toute façon vous n'allez pas me les donner - sur le secret professionnel et médical, mais j'aimerais avoir un peu plus d'informations.

En page 4, on parle de réunions mensuelles. Quelle est la procédure en cas de situation d'urgence ? Ce sont des réunions prévues, je pense, sur plusieurs mois, mais quand il y a une situation d'urgence, que la Direction vient vous parler d'une situation où vous qui voulez parler à la Direction, comment cela se passe-t-il ?

En page 5, vous parlez de téléconsultation. Comment se passe la téléconsultation ? C'est vous qui décidez ou c'est l'agent qui décide ? Comment est-ce perçu par vous et par l'agent au niveau

des échanges ? Est-ce qu'il y a une augmentation de la téléconsultation depuis 2020 ? Ce serait intéressant de le savoir.

En page 6, vous parlez de persistance de la mauvaise isolation phonique et thermique. Qu'est-ce qui est mis en place ou qu'est-ce qui va être mis en place pour y remédier ? Est-ce que quelque chose est prévu au niveau de la confidentialité ? Je n'aimerais pas que la collègue qui est en salle d'attente soit au courant des échanges que j'ai avec le médecin. C'est quand même assez important.

En page 7, vous parlez de travailleurs handicapés. Il y en a 64, 12 hommes et 52 femmes. Est-ce que vous savez le nombre d'employés et de cadres ? Si vous faites le distinguo ? Pour moi c'est important de savoir si les cadres aussi le disent ou pas comment c'est perçu.

Page 10, je pense que ça rejoint ce qu'a dit la CFDT, augmentation des visites médicales 617 à 640, par contre baisse des visites de reprises 135 à 91. Les visites à la demande du salarié ont plus que doublées, comment vous l'expliquer ? Est-ce qu'on peut avoir un retour ? Un retour sur lequel on peut rebondir dessus car des chiffres c'est bien ça nous permet de savoir un peu l'évolution mais l'explication – on demande pas des informations médicales - mais on veut vraiment savoir un petit peu ce qu'il en est. C'est pas assez détaillé pour nous pour qu'on puisse en tirer des informations ou des conclusions.

Page 12, vous parlez des sans avis, qu'est-ce que c'est ? J'ai un peu du mal à voir que l'on rencontre quelqu'un et au final on en tire rien. C'est un peu difficile, on est pas dans le cadre médicale mais dans l'incompréhension. C'est un peu compliqué. Ensuite, sur le point 1.27 « commentaire observations du médecin sur les avis d'aptitude », vous indiquez plusieurs demandes de rendez-vous en urgence. Qu'est-ce qui a été mis en place suite à tout ça ? il y a une procédure ? Est-ce que l'on peut avoir plus d'informations ? En fait les informations que vous donnez ne nous permettent pas en les lisant d'en tirer des conclusions, c'est beaucoup trop flou. Je sais que vous avez des contraintes sur les informations que vous avez à nous fournir mais c'est très compliqué en fait. Vous faites un rapport assez lourd au niveau des chiffres mais pas du tout de renseignements. Ça reste mon point de vue.

Page 13, vous marquez orientation psychologue du travail, 12 personnes. Est-ce que vous faites des points avec la psychologue pour savoir les retours suite à l'orientation, sur la suite donnée par rapport aux situations. Est-ce qu'il y a des échanges tout simplement ?

Page 15, « données numériques, nombres de lieux de travail visités », PERA en 2023, est-ce que vous pouvez nous rafraîchir la mémoire ? pourquoi vous l'avez vu le PERA ?

En page 16, études de poste. Pourquoi sont-elles faites par différentes personnes, médecins, infirmières et des personnes extérieures ? Quelle est la différence ? Pourquoi est-ce fait par différents corps de métiers, si je peux me permettre ?

Sur la page 17, nombre de cas où le médecin a été sollicité par l'employeur dans le cadre de l'article R241-12, il n'y a rien. Pourquoi est-ce vide ? On ne vous demande pas votre avis sur des modifications ? Peut-être que je l'ai mal perçu, mais en tout cas, je ne comprends pas pourquoi il n'y a rien du tout.

En page 18, les objectifs. Accompagner au mieux les agents et l'employeur selon les besoins, conseils, réunions, orientation vers l'équipe pluridisciplinaire selon les besoins. Comment et quels sont les moyens ? Juste pour info, si vous avez déjà une idée, une orientation, des points.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Je n'ai pas compris, Madame LEBERNADY.

Mme LEBERNADY, CFTC : Sur la page 18, objectif, plan d'activité, il est marqué « accompagner au mieux les agents et l'employeur ». Comment ? Comment accompagner l'employeur et les agents ? Et les moyens ? Si elle a déjà réfléchi, s'il y a déjà quelque chose qui est mis en place, ce qu'elle a fait. Cela fait bien sur la note, mais je n'ai pas de visibilité, on n'arrive pas à se projeter un peu.

En page 19, « Toutes les actions menées se font grâce à l'équipe pluridisciplinaire avec l'infirmière, l'ergonome, le conseiller en prévention, l'assistante sociale qui nous a quittés, la psychologue du travail et la nutritionniste ». Est-ce que vous faites des échanges entre vous ? Est-ce qu'il y a des réunions ? Est-ce que vous parlez de processus, de procédures, de quelque chose ? Comment se passent les échanges dans l'équipe pluridisciplinaire ? On sait qu'il y a des échanges avec la Direction, mais entre vous, on n'en sait pas plus. Si vous vous rencontrez, parlez-nous-en un peu plus. Nous aimerions plus d'informations sur cette gestion de l'équipe pluridisciplinaire.

En page 24, vous parlez des services en difficulté. Je rejoins un petit peu la CFDT notamment sur les services de production comme les PEAS, un service aussi un peu sensible le CNGP. Pareil, vous les rencontrez mais on en sait pas plus, on vous parle pas de ce qui se passe dans les échanges avec le secret professionnel mais qu'est-ce qu'il en est réellement, quelles sont les problématiques qui sont remontées par rapport aux conditions de travail, pour que l'on puisse nous aussi savoir ce qu'il en est pour faire aussi notre travail et pouvoir mieux les accompagner. Parce que là il y a un signalement de fait à la direction mais nous on en sait pas plus que ça.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci. Monsieur ROUCHAUD.

M. ROUCHAUD, CFTC : Effectivement, je partage les observations de mes camarades. Le rapport n'est pas assez exhaustif pour avoir un état des lieux de la santé physique et mentale de nos collègues de travail.

A propos de vos vacations, je trouve que deux demi-journées par semaine ça me paraît un peu léger au regard d'une grosse entreprise comme la CPAM du Val de Marne. J'aimerais avoir des précisions là-dessus, est-ce que c'est une demande de la direction ? Ou est-ce que vous ne pouvez pas plus ? Il me semble que deux jours par semaine ce serait beaucoup plus confortable pour vous.

Enfin le docteur pointe un point de vigilance sur les PEAS en indiquant que c'est un service avec des conditions de travail difficile. J'aimerais savoir ce que compte faire la direction suite à ce constat.

Le Dr HURSON indique qu'il y a eu trois inaptitudes, je voulais savoir quelles sont les suites données par la direction à ces inaptitudes ? Il me semble de mémoire que les trois personnes ont été licenciées.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci Monsieur ROUCHAUD. Monsieur MARQUES.

M. MARQUES, CGT-FO : Une bonne part de ce à quoi nous avons pensé a été déjà évoquée. Nous rejoignons nos collègues, notamment sur la périodicité des visites qui nous paraît bien trop longue, et également sur un manque d'exhaustivité du rapport. Le passage qui m'a

particulièrement interpellé, c'est que vous constatez un certain nombre d'augmentations, voire de diminutions. C'est en page 10, commentaire et observation du médecin du travail sur son activité clinique. J'aimerais avoir des précisions sur tout cela.

Les visites périodiques ont augmenté, les visites non périodiques ont augmenté aussi, les visites d'embauche sont en baisse. Les visites à la demande sont en nette augmentation. J'aimerais savoir quelle conclusion vous en tirez. À quoi est-ce dû ? Qu'est-ce qui se passe ? Ce n'est quand même pas un fait anodin, c'est une visite à la demande. Cela laisse sous-entendre que la santé des salariés a tendance à se dégrader. En tout cas, en tant que profane, c'est la conclusion que j'en tire, mais j'aimerais savoir ce que vous en pensez. De la même façon, il y a quand même un certain nombre de points qui ont été soulevés. Je rejoins Monsieur ROUCHAUD par rapport aux indemnités journalières. Quelle réponse la Direction compte-t-elle apporter à ces points de vigilance ?

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci, Monsieur MARQUES. Je pense que nous avons fait le tour d'une première série de questions. Nous allons tâcher d'y répondre mieux.

Mme le Dr HURSON : Concernant les visites à la demande, il y a les visites à la demande de l'agent, les visites à la demande du médecin du travail et les visites à la demande de l'employeur. Les visites à la demande des agents ont en effet augmenté. Dans la majorité des cas, ce sont des demandes concernant le télétravail, un souhait d'augmentation du nombre de jours de télétravail, des problèmes de parking. Suite au déménagement de Boissy, nous avons eu une augmentation du nombre de visites.

Pour chaque agent, soit on peut répondre favorablement à la demande, soit il y a un vrai souci de santé et je redemande des visites. Du coup, les visites à la demande ré-augmentent, puisqu'après, ce sont des visites à la demande du médecin du travail. Je peux voir un agent en visite périodique, un agent à sa demande, un agent à la demande de l'employeur et, derrière, redemander des visites. Je peux voir un agent en visite de reprise, mettre en aménagement de poste et faire des visites à ma demande, mais très régulières, et tout cela augmente les visites à la demande.

M. ARNAUD, Direction : Si je puis compléter, cela signifie aussi qu'une partie de l'augmentation de ces demandes de visite n'est pas directement liée à l'état de santé. Il y a un désaccord, parfois, entre le salarié et son encadrement sur les décisions qui ont pu être prises sur l'organisation du travail. On s'en réfère au médecin du travail pour trancher. Dans un certain nombre de cas, cela peut amener des difficultés de santé qui amènent un suivi et des préconisations. Dans d'autres cas, ce n'est pas le cas. C'est aussi un phénomène que l'on observe de plus en plus, le fait d'utiliser le médecin du travail comme un médiateur dans des conflits qui ne sont pas forcément de son ressort.

Mme le Dr HURSON : Concernant la périodicité des visites médicales, c'est la loi. Je ne peux pas intervenir là-dessus. Si ce sont des agents en surveillance renforcée, comme je l'ai indiqué au début – rayonnement ionisant, risque biologique –, ils sont vus tous les deux ans. Les personnes reconnues comme travailleurs handicapés sont reçues tous les trois ans en visite périodique, ce n'est pas la même périodicité. Maintenant, si un agent qui a une surveillance classique à cinq ans a un problème de santé ou que je détecte un problème de santé, je peux changer la périodicité ou faire des demandes de visites bien plus régulières. À partir du moment

où l'on voit quelqu'un qui est en difficulté et qui n'a pas de suivi médical, on ne va évidemment pas le laisser dans la nature sans suivi médical, donc il est pris en charge et il est suivi.

Concernant les inaptitudes, le copier-coller, il y a la partie inaptitude avec les visites de cette année. Les visites d'urgence n'ont pas de rapport avec les inaptitudes. Les visites d'urgence, ça va être un agent qui peut se présenter à l'infirmerie, car il ne va pas bien. Si c'est un jour où je suis en consultation, en vacations, et que j'ai la possibilité, je le reçois. C'est une visite en urgence. Ça peut être un appel à la demande de l'employeur ou du responsable ou de l'infirmerie qui me dit que quelqu'un ne va pas bien. Je ne suis pas sur site, mais je suis sur IPAL ou autre part et je peux rappeler l'agent, voire essayer de mettre une téléconsultation et déjà essayer d'éclaircir un peu et d'aider, d'aiguiller et de reprogrammer par la suite. Ce sont les visites d'urgence et qui n'ont aucun lien avec l'inaptitude.

Concernant les TMS, il est noté que dans le cadre des troubles musculosquelettiques, souvent, c'est un aménagement de poste. Ça peut être un siège particulier, des souris, etc.

Pour les RPS, ça ne va pas être du matériel mis en place, mais il y a un suivi. Ça va être un suivi en général de ma part avec des demandes de visites régulières. Ça va être aiguillé souvent vers la psychologue du travail ou vers un spécialiste extérieur. C'est ça la prise en charge. C'est une prise en charge pluridisciplinaire avec un suivi régulier.

Les services, effectivement il y a quelques services qui ont été peut être vu plus souvent ou en tout cas ce sont des agents quand on fait le point tous les mois avec la direction, c'est toujours en accord avec l'agent, on parle des situations et donc ce sont les services qui ont été le plus évoqués.

Quand je parle de l'équipe pluridisciplinaire, c'est l'équipe IPAL, c'est-à-dire le médecin du travail, l'infirmière IPAL, l'ergonome, l'assistante sociale IPAL, la nutritionniste. Nous avons toute une équipe. Nous avons des réunions et des staffs régulièrement. Nous échangeons. L'ergonome auquel je fais appel pour des études de postes collectives ou individuelles, à ma demande sur des situations très particulières. C'est lui qui va réaliser ces études de postes. Les études de postes que je réalise sont plus dans le cadre d'inaptitudes et ce ne sont pas des études de postes ergonomiques. Voilà pourquoi ce sont des intervenants différents qui les réalisent.

L'infirmière IPAL et souvent avec l'infirmière de la CPAM vont également réaliser des études de postes, souvent aussi avec l'ergonome IPAL. Ils y vont ensemble.

Concernant le suivi individuel des agents, je ne peux évidemment pas l'évoquer ici. Je fais des constats une fois à la fin de l'année sur tous les échanges que j'ai eus avec la Direction pour voir un peu quels sont les services qui ont été le plus évoqués lors de ces réunions. Je ne pourrais pas vous faire de rapports individuels, mais chaque agent est pris en charge en fonction de son besoin, de sa demande, que ce soit un problème de santé ou un problème de travail, relationnel, entre collègues, avec la hiérarchie, sur le poste en lui-même, mais chaque situation est particulière. Je ne vais pas pouvoir définir chaque situation que j'aborde, parce que là, on a un rapport de 300 pages, et ce n'est pas le but de ces rapports.

Je pense que ce qui est important, c'est que les agents soient suivis. Chaque agent qui demande une visite est reçu. Vous me posez la question sur les téléconsultations. Il y a en effet eu beaucoup de téléconsultations au moment du Covid, parce qu'on n'avait pas d'autre choix. On les a maintenues parce que ça nous permet quand même, pour toutes les personnes qui sont en

télétravail, de les recevoir. Il y a quelques agents qui, sur des périodes souvent assez courtes, sont en télétravail complet, suite à un accident, par exemple une fracture. Ils ne peuvent pas se déplacer et ils veulent reprendre le travail, ils vont pouvoir reprendre le travail, mais en télétravail complet. La seule façon de pouvoir échanger avec eux, c'est en téléconsultation.

La téléconsultation est proposée à l'agent quand on n'arrive pas à trouver un rendez-vous sur site et c'est toujours avec son accord. Quand je considère que je ne peux pas le recevoir en téléconsultation parce que ça ne répond pas à la demande, on le verra sur site.

Les réunions mensuelles avec la Direction sont en effet programmées à l'année. On peut les décaler un peu pour des raisons d'agenda. On évoque toujours les points, comme je vous l'ai dit, en accord avec les agents. Quand c'est une situation urgente, évidemment, on ne va pas attendre le point mensuel. On a un téléphone, on a les mails, on a suffisamment de moyens de communication pour échanger. Je reste très joignable, la Direction est très joignable. On arrive toujours à se contacter, quel que soit le jour de la semaine, que je sois ici ou pas ici. Là-dessus, il n'y a aucun problème.

Je suis, en effet, deux demi-journées par semaine en vacation ici. L'infirmière est là une demi-journée aussi par semaine. C'est la loi. C'est un prorata du nombre de personnes, de surveillances. C'est un calcul qui est fait. Ce n'est pas moi qui ai choisi. C'est comme ça. Il y a tant de visites, ce sont des périodicités, c'est calculé. Moi, je ne suis pas en service autonome, donc deux jours par semaine, ce n'est pas possible. J'ai beaucoup trop d'entreprises à suivre à côté. En dehors des deux demi-journées passées ici, je passe beaucoup de temps à gérer les situations un peu à distance, à échanger avec l'infirmière CPAM et la secrétaire CPAM sur des situations, sur des demandes, pour pouvoir placer des rendez-vous, pour répondre à différentes questions. Même si je n'ai que deux demi-journées par semaine, il y a quand même beaucoup de temps en plus et je reçois également des agents sur le centre de Créteil Parc IPAL, quand les agents ne souhaitent pas venir sur le site de la CPAM ou si on ne trouve pas de possibilités de créneau.

Concernant la mauvaise isolation phonique, des travaux avaient été réalisés, mais malheureusement n'ont pas vraiment arrangé les choses. On essaie d'améliorer la salle d'attente pour que les agents restent bien en salle d'attente et ne soient pas juste à côté de ma cloison.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : La problématique vient du fait que les agents stationnaient dans le couloir et n'étaient pas dans la salle d'attente, ce qui fait que dans le couloir, ils pouvaient entendre potentiellement, en s'appuyant sur la cloison, ce qui se passait dans le cabinet du docteur HURSON.

Mme le Dr HURSON : Nous avons résolu cela. Les agents sont dans la salle d'attente. On s'en assure. Maintenant, il y a le problème du bureau à côté, avec l'assistante sociale, où, quand elle est en rendez-vous, on peut entendre. Je ne suis pas capable de suivre la conversation. On peut entendre des bruits, qu'il se tient une conversation à côté, mais dans l'ensemble, l'assistante sociale reçoit assez peu fréquemment quand je suis présente. Cela n'empêche que je devais noter que l'on pouvait parfois entendre qu'il y avait un rendez-vous dans la pièce d'à côté.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Nous avons évoqué aussi la possibilité de mettre, au niveau de la salle d'attente, un petit message de prévention avec un fond sonore, sans être de la musique très forte, afin de masquer les voix. Cela n'a pas encore été fait, mais c'est bien prévu.

Je vais revoir pour que l'on fasse cela. En plus, cela permettra d'avoir le passage de mesures de prévention, de petits clips de prévention.

Mme le Dr HURSON : Concernant le nombre de travailleurs handicapés, le nombre de cadres et d'agents, je n'ai pas cette information. Je ne peux pas l'extraire du logiciel. Je pense que la Direction a l'information. Maintenant, toute personne qui est reconnue travailleur handicapé n'a aucune obligation de le déclarer à l'employeur. Même moi, je n'ai pas toutes les informations là-dessus. C'est ce que l'on peut recueillir à chaque consultation.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Je ne l'ai pas là. La répartition des cadres et employés n'est-elle pas dans le bilan social ? On regardera.

Mme le Dr HURSON : Concernant le nombre de reprises qui diminue, il faut savoir qu'avant, la visite de reprise avait lieu après un mois d'arrêt et quinze jours d'accident de travail. Maintenant, c'est deux mois d'arrêt. Cela peut expliquer que le nombre de visites de reprises diminue. Maintenant un agent qui est arrêté et si c'est moins de deux mois et demande une visite, il sera reçu mais ce ne sera pas classifié.

Concernant les conclusions sans avis. Un agent qui est vu alors qu'il est en arrêt, peut tout à fait demander une visite, c'est ce qu'on appelle les visites de pré-reprise. Et comme il est en arrêt il n'y a pas d'avis de donné, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'attestation de suivi qui est délivrée, soit je peux faire une préconisation pour préparer la reprise avec un aménagement de poste, mise en place d'un mi-temps thérapeutique ou d'un temps partiel mais c'est pas un avis c'est pour ça que c'est coché sans avis. Et ce sont des agents qui de toute façon seront revu après à la reprise pour donner un avis.

Concernant les orientations vers la psychologue, bien sûr que nous échangeons. En général, la psychologue reçoit les agents. Elle me fait un retour sur la situation, de façon assez exceptionnel, toujours en accord avec l'agent, mais j'ai pas systématiquement de retour de ce qui se dit. Je demande, quand j'ai orienté, s'ils ont bien assisté au rendez-vous, mais ensuite, ce qui se dit entre la psychologue et l'agent reste entre la psychologue et l'agent. Si l'agent veut m'en parler, il m'en parle. On a des échanges avec la psychologue, mais pas sur chaque entretien.

Il faut savoir également que nous avons une psychologue IPAL et, dans de rares cas où Mme TARROU a un agenda assez plein et où j'estime que c'est un peu urgent, je peux aiguiller sur la psychologue IPAL. Cela reste des situations à la marge.

La visite au service du PERA a été effectué par l'infirmière IPAL et l'infirmière CPAM.

On me demande de valider des plans lorsqu'il y a des changements, je signe les plans toujours après avoir demandé des explications. En général quelqu'un vient me voir et répond à toutes les questions que je peux avoir sur les plans et après je valide. Je ne l'ai pas renseigné et je suis incapable de vous dire combien de plans j'ai signé mais je pense que c'est marqué dans chaque CSE. On pourrait s'amuser à comptabiliser.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Mme SKOLUDEK.

Mme SKOLUDEK, CGT-FO : Vous validez les plans, mais est-ce que ça vous est déjà arrivé de ne pas valider des plans qui vous sont proposés par la direction ?

Mme le Dr HURSON : Non. A chaque fois que j'avais des interrogations, des questionnement sur la distance, des règles de sécurité on m'a toujours répondu favorablement. Je n'ai jamais eu à refuser.

Accompagner l'employeur et les agents, c'est le rôle de la médecine du travail. Chaque agent qui demande à me voir, je le reçois, plus les visites périodiques qui sont obligatoire, plus les visites de reprise, quand l'employeur me sollicite pour recevoir un agent, pour échanger avec moi sur une situation, pour me parler d'un futur déménagement. Voilà c'est ce qui est mis en place.

Concernant les services qui sont en difficulté, après avoir reçu les agents et échangé avec la Direction, on essaie de voir ce qui peut être fait. Chaque cas est particulier. Soit c'est une demande de renfort et il y a du recrutement qui est en cours mais tout le monde est courant que c'est assez compliqué le recrutement et que ça fonctionne pas toujours. C'est de l'échange et de la communication qui est mis en place avec le suivi.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Ce sont des points qui peuvent être faits à l'occasion des points mensuels. Cela permet d'éclairer des situations ou des interrogations que peut avoir le Dr HURSON par rapport à des échanges qu'elle a eu avec les salariés où l'on va expliquer un peu les éléments de contexte. C'est aussi l'occasion pour nous d'entendre ce qu'elle peut avoir en termes de préconisations pour l'accompagnement de ces situations.

Mme le Dr HURSON : Typiquement, pour les PMI qui sont CPAM, mais que le département a, cela pose de gros soucis. On échange, on essaie de voir avec les agents, on essaie de trouver des solutions. Des agents ont été déplacés. Je pense que j'ai répondu à toutes vos questions.

M. ARNAUD, Direction : Je vais peut-être compléter sur la partie des Prestations en espèces puisque vous nous avez interpellés dessus. On rencontre aujourd'hui encore, même si les choses se sont un peu atténuées, deux grandes difficultés sur ce secteur. La première, c'est d'abord une difficulté de production avec une difficulté à maîtriser le solde qui, nécessairement, se traduit par une forme d'anxiété dans l'encadrement et chez les agents, de ne pas réussir à tenir complètement leur activité. C'est un facteur sur lequel on travaille de plusieurs manières. La première réponse est l'adéquation des ressources aux charges. On a encore aujourd'hui un écart patent sur le nombre d'effectifs, mais on n'a pas encore terminé les recrutements. Nous avons encore une dizaine de recrutements à réaliser pour revenir complètement à l'équilibre. Nous avons aussi parfois une adéquation entre les compétences disponibles et les compétences nécessaires. Il y a donc également un travail de formation et d'organisation à continuer de mener sur ce secteur puisque c'est un secteur très concerné par le *turn-over*. Nous avons à renouveler suffisamment les compétences.

Sur ce premier problème, on travaille aussi à développer – dans la perspective de l'arrivée d'ARPEGE qui est un projet dont nous serons amenés à parler davantage et qui arrive en fin de premier ou de second trimestre d'année prochaine – du renfort et l'entraide d'autres secteurs au PEAS pour que cette préparation de changement de logiciel majeur se fasse dans de bonnes conditions.

Le deuxième problème sur lequel on travaille, c'est la situation du management du service parce qu'il s'est trouvé que l'on était sans doute aussi dans une situation de sous-effectif de ce service en termes de managers. Des recrutements ont eu lieu et nous continuons les recrutements. Nous avons également eu des tensions au sein de cette équipe, que nous avons traitées. Aujourd'hui,

je pense que la situation est plus saine qu'elle ne pouvait l'être avant l'été. Pour autant, nous allons continuer à travailler sur la cohésion de cette équipe. Nous travaillons sur un plan de *coaching* d'équipe pour souder cette équipe et l'aider à relever les défis auxquels elle est confrontée puisque ce secteur est assez cardinal dans notre organisation. Il existe de nombreuses interactions avec le *front-office*, avec l'agence comptable, avec le service médical, ce qui fait qu'il est assez central dans notre organisation.

M. MARQUES, CGT-FO : Les difficultés que vous avez évoquées sont effectivement exactes mais à mon sens la principale difficulté c'est que vous n'arrivez pas à garder les gens. Le secteur PEAS est en tension, on peut le comprendre. Cependant, toutes les personnes que vous recrutez finissent toujours par partir au bout de très peu de temps. La raison principale qui est évoquée, c'est que les salaires sont très bas, donc on en revient toujours à la même chose. Tant que cette difficulté ne sera pas résolue, je ne suis pas sûr qu'un gros secteur de production comme les PEAS pourra évoluer positivement, malgré tout ce que vous ferez par ailleurs. Si vous n'arrivez pas à garder les jeunes qui arrivent et qu'au bout d'un moment, quand ils sont formés, au bout d'un an ou un an et demi, ils s'en vont systématiquement parce qu'ils trouvent mieux ailleurs, le problème reste entier.

Mme LEBERNADY, CFTC : Vous avez parlé de l'équipe pluridisciplinaire IPAL, mais avec les services de la CPAM, faites-vous des réunions, faites-vous des points aussi ou pas ?

Mme le Dr HURSON : Avec Béatrice, secrétaire, et l'infirmière CPAM, on a des points chaque fois que je viens, c'est-à-dire que je fais ma consultation et à la fin de la consultation, on échange. Elles ont des questions, je réponds à toutes leurs questions et on voit toutes les situations qui peuvent poser problème ou s'il y a un souci. Ça, c'est chaque fois que je viens ou – comme je vous le disais – même si je ne suis pas sur place et qu'elles ont une question parce que je suis venue. Je n'ai pas de jour fixe, donc je peux venir n'importe quel jour de la semaine, aussi bien le matin que l'après-midi, il n'y a pas de règle. Il peut se passer des semaines où je viens le lundi et le mardi, et la semaine d'après, par exemple, le jeudi et le vendredi. C'est rare, mais cela arrive. Il y a quasiment une semaine où je ne suis pas sur place, donc j'échange avec Béatrice et/ou l'infirmière sur les points, sur les questionnements, par mail ou par téléphone. C'est à ce moment-là que l'on échange. Mais on n'a pas une réunion tous les tant... À chaque visite, à chaque fois que je viens, on a une mini-réunion où on fait un point.

Avec l'assistante sociale, très rarement, parce que déjà, il faut que j'arrive à être avec elle. Soit j'ai un message à lui faire passer et Béatrice envoie un mail, soit on se croise et je lui pose la question directement.

M. ROUCHAUD, CFTC : La question de vos vacances, vous n'avez pas répondu sur la raison pour laquelle c'était juste deux demi-journées. Est-ce que vous pourriez un peu plus ?

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Si, elle l'a dit.

M. ROUCHAUD, CFTC : Cela m'a échappé.

Mme le Dr HURSON : J'ai répondu. J'ai dit que c'était un calcul qui est fait. C'est la loi. En fonction de la périodicité des visites, du nombre d'agents à suivre et du type de surveillance, ça donne un nombre de visites. Ce n'est pas moi qui choisis le nombre de jours de vacances. C'est fait comme ça. C'est le contrat qui lie la CPAM avec IPAL, service interentreprise. Avant, il y

a un certain nombre d'années, il y avait un médecin sur place, mais c'était l'équivalence d'un service autonome où le fonctionnement est différent. Or, là, c'est un service interentreprise.

M. MARQUES, CGT-FO : Si je peux permettre une simple remarque, rien n'empêche un employeur de faire mieux que la loi.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : La remarque est enregistrée, Monsieur MARQUES. Je pense qu'on a fait le tour de vos questions. Merci beaucoup, docteur HURSON. Je vous propose de passer au recueil de l'avis des élus.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Pour la CFDT, ce sera un vote contre, puisque, comme on l'a dit, c'est un rapport qui, pour nous, est trop *light* et ne permet pas de travailler. On remercie le docteur HURSON pour toutes les explications qui ont pu être données au fil de cette séance. Pour autant, on parle d'alerte, on parle de difficultés relationnelles, etc. Finalement, en tant que membres du CSE, on n'arrive pas à en tirer quoi que ce soit. Donc, ce sera un vote défavorable.

M. ROUCHAUD, CFTC : Pour la CFTC, nous estimons que le rapport n'est pas assez exhaustif pour dresser un état des lieux de la santé mentale et physique de nos collègues de travail. Ce sera un vote défavorable.

M. MARQUES, CGT-FO : Les élus du syndicat Force Ouvrière ont, depuis plusieurs années maintenant, des retours négatifs de la part des salariés concernant la médecine du travail, aussi bien sur la forme que sur le fond. Cependant, une évolution négative de cet état de fait, avec une recrudescence des incidents depuis plusieurs mois, pousse aujourd'hui les élus du syndicat FO à les évoquer dans le cadre de cette présentation. Les élus FO constatent, au vu de ce qui leur a été maintes fois rapporté par des agents et cadres de l'assurance maladie du Val-de-Marne, que le médecin du travail, Madame HURSON, tient des propos à caractère vexatoire à l'encontre de certains salariés dans l'exercice de sa fonction. Nous avons des témoignages de personnels en difficulté qui se considèrent comme victimes de propos humiliants et que la plupart des échanges ne sont pas bienveillants. De nombreux salariés nous ont indiqué qu'ils ressortent de ces entretiens médicaux en désarroi et une proportion non négligeable est même en pleurs. Il en résulte que certains salariés, alors qu'ils se trouvent dans une situation de besoin, éprouvent une angoisse à lui rendre visite ou refusent simplement et purement de retourner la consulter. Il ressort des propos rapportés aux élus FO de la part du médecin du travail, une tendance à penser que certains salariés seraient des simulateurs, des menteurs ou des profiteurs. Cet état de fait est particulièrement notable pour les salariés qui sont en détresse psychologique, en contradiction avec la politique de la CPAM 94 de lutte contre les risques psychosociaux. Le Docteur HURSON rabaisse apparemment certains salariés, n'hésitant pas à faire des commentaires sur leur poids, sur leur capacité à faire des efforts, sur leur conscience professionnelle ou même sur leur valeur.

Nous avons également constaté une fréquence dans les réponses apportées par la médecine du travail qui nous ont paru curieuses ou hors de propos, sans lien avec les difficultés médicales ou d'ordre général qu'ils évoquent. Par exemple, une salariée vient faire part de ses difficultés à prendre les transports pour des raisons physiques et d'angoisse. Réponse : « si les valeurs de l'entreprise ne vous conviennent pas, il faut la quitter. » Nous avons noté d'une part une incitation au départ, à la mise en retraite des salariés qui sont en invalidité ou en temps partiel et d'autre part une incitation à la reprise au travail, y compris quand le salarié ne vient pas dans

cette optique ou à des avis contraires de ses propres médecins, ou à diminuer leur mi-temps thérapeutique coûte que coûte.

Le docteur HURSON semble prendre à son compte qui serait éligible ou non pour travailler à la CPAM 94 ou même travailler tout court. Il est à signaler qu'il y a une part significative des salariés avec lesquels les entretiens et les échanges avec le médecin du travail peuvent être qualifiés de normaux. On serait en droit de s'interroger sur quels critères le docteur HURSON fonde son jugement pour traiter ainsi différemment les salariés de la CPAM 94.

Le rapport qui nous est présenté aujourd'hui est un simple état des lieux qui ne donne aucune recommandation, ni aucune proposition, ni même un axe d'amélioration compte tenu des difficultés pourtant en augmentation des salariés de la CPAM 94. Les élus du syndicat Force Ouvrière donnent donc un avis défavorable à ce rapport de la médecine du travail.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci, Monsieur MARQUES. C'est donc un avis défavorable à l'unanimité. Je tiens quand même à souligner la très grande qualité des échanges que nous avons avec le docteur HURSON, sa très grande disponibilité aussi pour ces échanges et son attention qu'elle témoigne à l'occasion des situations des salariés à l'occasion de ces échanges. Je ne suis pas du tout aujourd'hui, dans le cadre des éléments de retour que nous avons pu avoir, alignée avec les remontées dont a pu faire part Force Ouvrière dans son avis motivé.

Je pense que c'est une chance que nous ayons cette qualité de dialogue avec le docteur HURSON qui permet aussi de traiter en préventif de nombreuses situations pour éviter que les situations se dégradent et d'accompagner les salariés vers un retour à l'activité dans des conditions qui soient favorables pour leur santé. Merci, Docteur.

Je vous propose de passer au point suivant, qui est la présentation du déploiement de l'application METEORé au sein du département Frais de Santé.

Point 3 : Déploiement de l'application METEORé au sein du département Frais de Santé

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Nous allons accueillir Julia DENECHÉAU pour sa première présentation, la nouvelle responsable du département Frais de Santé qui remplace Émilie PECHARMAN.

Peut-être un petit mot, comme c'est votre première fois devant les élus, avant de passer à la présentation du sujet à proprement parler.

Mme DENECHÉAU-GIRARD : Bonjour à toutes et à tous. Effectivement, je succède à Émilie PECHARMAN sur le poste de coordinatrice des Frais de Santé. Je suis issue du concours externe de l'EN3S. J'ai fini ma scolarité au mois de juillet, donc j'ai pris mon poste au 1er juillet et j'ai fait des études de droit, pour la petite explication rapide.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : On va très brièvement, sans rentrer dans les détails, présenter un peu les éléments majeurs de cette nouvelle application qui est déployée au sein des

Frais de Santé, et très rapidement passer aux questions des élus pour garder du temps sur ces questions-là. On prend toutes les questions et on y répond après. À vous la parole.

Mme DENECHAU-GIRARD : Je vais vous présenter l'outil METEORe, qui est un nouvel outil qui arrive au niveau des Frais de Santé, et spécifiquement au niveau du traitement des feuilles de soins de pharmacie. Globalement, c'est un outil de traitement des feuilles de soins. Il est issu d'un partenariat entre l'assurance maladie et la MSA. C'est un outil qui est déjà connu des professionnels de santé, parce qu'ils envoient des feuilles de soins et ils reçoivent déjà des courriers de la MSA. Les modalités de facturation, suite à la mise en œuvre de l'outil, ne changent pas au niveau de l'assurance maladie, donc il n'y a pas de changement du côté des professionnels de santé. De plus, côté techniciens et experts techniques aux Frais de Santé, l'outil ne change pas d'interface. On maintient l'interface IRIS, qui est déjà l'outil utilisé pour le traitement des feuilles de soins des professionnels de santé.

Ces éléments permettent une appropriation facilitée de l'outil à la fois pour les PS (professionnels de santé), pour les assurés sociaux, mais également pour les collaborateurs. L'objectif de l'outil est de faciliter et de fiabiliser le paiement des feuilles de soins, notamment en harmonisant le traitement des rejets et des signalements entre l'assurance maladie et la MSA, mais également en ciblant de façon plus précise l'ensemble des rejets et des signalements dont peuvent faire l'objet les différentes feuilles de soins, afin de faciliter la relation entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, mais également avec les assurés sociaux.

Concrètement, qu'est-ce que cela change ? Comme je l'ai dit, il y a peu de changements concrets. METEORe, comme c'est inscrit dans la note, se divise en différents lots. Pour le premier lot, il n'y a pas de changement d'interface. Il y a uniquement un changement de moteur de traitement des rejets et des signalements. Tout simplement, on change de dénomination. Avant, on traitait des rejets et des signalements. Maintenant, on va traiter des diagnostics. C'est donc juste un changement de dénomination. De manière concrète, c'est un outil qui va pouvoir travailler en amont du travail réalisé par le collaborateur au niveau des Frais de santé. Il va pouvoir modifier directement des éléments, notamment sur la gestion des droits des bénéficiaires, avant traitement par le technicien ou l'expert technique. Effectivement, il y a une adaptation des consignes qui sont réalisées au niveau de l'outil d'aide à la décision des collaborateurs des Frais de santé, l'outil Compagnon Flux tiers, qui les aide à rédiger un courrier et à répondre aux différents rejets et signalements. Comme vous pouvez le voir dans la note en pages 6 et 7, une précision va être réalisée au niveau de cet outil d'aide à la décision. Aujourd'hui, pour un même rejet, actuellement sur IRIS, on a 22 consignes Flux tiers et avec METEORe, on en aura uniquement 3. Une précision va donc être réalisée en amont pour permettre aux collaborateurs ensuite de traiter plus facilement le diagnostic qui sera présenté par l'outil.

C'est surtout une aide à la décision et aussi une facilitation dans les courriers de réponses aux professionnels de santé et aux assurés sociaux. On a effectivement immédiatement après l'utilisation de l'outil compagnon flux tiers, un courrier qui est proposé à envoi direct au professionnel de santé, donc en l'occurrence la réponse sera plus précise.

En terme d'accompagnement à l'arrivée de l'outil, l'avantage c'est que l'on passe pas en premier au niveau de la CPAM du Val De Marne. En Ile de France, il y a déjà la CPAM de Seine et Marne et la CPAM des Hauts De Seine qui ont déjà déployé l'outil. Emilie PECHARMAN était, comme je le suis aujourd'hui, SRA (Structure Régionale D'Appui

Métiers). On a participé en amont aux réunions de déploiement de l'outil METEORe au niveau de ces CPAM là. On a déjà eu des retours de la part des techniciens, expert technique et de l'encadrement des frais de santé de ces CPAM, et on a pu remarquer qu'il y a peu d'anomalies qui sont remontées de manière générale de la part des collaborateurs. Ca nous permet d'anticiper certaines formations, notamment une formation de mise à niveau décodeur et sur la gestion des droits des bénéficiaires qui sera mise en œuvre. Comme l'outil intervient en amont du traitement des collaborateurs, nous avons besoin d'avoir une connaissance plus fine de la gestion des droits de tout ce qui aura pu être fait par l'outil en amont de la part du collaborateur ensuite pour traiter la feuille de soins. Il faut pouvoir analyser où l'outil est intervenu parce que l'outil ne prévient pas forcément sur son intervention en amont. Et donc pour ça ce sont des mises à niveau qui seront réalisées par des formateurs relais, qui sont au nombre de trois au niveau des frais de santé à la CPAM du Val De Marne et qui ont déjà été formés. Ces formateurs relais vont s'assurer du suivi des formations et de l'accompagnement au fur à mesure et en fonction des besoins de l'ensemble des collaborateurs des frais de santé. Ce seront des formations en demi-journée avec un nombre qui va être adapté en fonction des besoins ou des retours des agents au niveau du service.

Mme CASADI-BOLIVAR, Direction : Merci beaucoup Julia. Je vous propose de recueillir vos questions. Mme LEBERNADY, Mme PERRIOT LE-FUR.

Mme LEBERNADY, CFTC : Comment en êtes-vous arrivé à prendre le logiciel que la MSA utilise. Comment ça ce fait que METEORe est arrivé à la CPAM. ?

Les formateurs relais, ce sont les formateurs qui sont au service des compétences ou ce sont des agents ? J'ai pas très bien compris l'appellation formateur relais.

Les mises à jour au niveau de la GDB, ce sera par rapport au PS ou à l'assuré ? Si on peut avoir plus d'explication. Est-ce qu'il y aura un contact, un référent, qui permettrait de vous renseigner entre les frais de santé et la GDB si il y a des interrogations ? Est-ce qu'il y a un petit process qui est mis en place ?

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci. Mme PERRIOT LE-FUR.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Effectivement, cette présentation technique que vous nous faite on peut supposer que sera mieux. On peut le supposer, vous savez on nous présente tellement de nouveaux outils qui finalement aboutissent à plus de complications au fil du temps. On vous fait confiance, on vous laisse le bénéfice du doute. Vous êtes arrivée il y a peu de temps, on considère que ce que vous nous présentez est bien. Par contre, ce qui me pose question, c'est cette partie formation GDB, parce que vous dites que vous avez identifié des besoins. Des besoins de quel ordre ? Si c'est une formation GDB, c'est une formation. Il faut que ce soit pris en charge par de vraies personnes, par des formations un peu intéressantes, un peu longues et un peu vraies, parce que c'est très ennuyeux que l'on ait aujourd'hui des personnes qui aient autant de besoins de formation de GDB, alors qu'elles sont déjà en poste sur des activités similaires, globalement. Qu'est-ce que cette formation GDB exactement ? Pour moi, cela ne peut pas être que des référents qui vont encore assurer une formation qui va être encore sur le tas, etc. S'il faut reprendre le problème à la base de la GDB, parce que c'est de plus en plus complexe, on peut tout à fait le comprendre. Soit on prend le problème à bras le corps, soit on se dit que ce sera encore un peu de tutorat par-ci par-là. Les besoins en formation,

quels sont-ils ? Je ne sais pas. Je suis très inquiète par rapport à cela. J'aimerais en savoir un peu plus.

M. ROUCHAUD, CFTC : Je me suis entretenu avec des agents des Frais de Santé, des responsables de proximité. Je n'ai eu que de bons retours. Apparemment, METEORe va limiter les rejets. Cela proposera moins de choix aux agents, donc moins de chances de se tromper. La question que je me pose, c'est : qui a développé cet applicatif ? Est-ce que c'est une CPAM ou est-ce que c'est un prestataire privé ? Pourquoi n'est-ce pas arrivé plus tôt ? Ce n'est pas précisé dans la note. Je voulais savoir depuis combien de temps la CPAM 77 l'utilise. Je n'ai pas d'autres questions.

M. CHAOUCH, CGT-FO : Je voulais savoir si METEORe est un complément à Flux tiers ou si Flux tiers est amené à disparaître dans les années à venir ?

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci. Est-ce qu'il y avait d'autres questions à ce stade ? On va passer à une première série de réponses.

Mme DENECHÉAU-GIRARD : Merci pour les questions. Effectivement, concernant la récupération du logiciel, je ne pourrais pas vous répondre précisément, mais je suppose que c'est un partenariat qui s'est fait au niveau CNAM, CCMSA, sur le partage d'outils, comme nous l'avons entre CPAM. Cela existe aussi en interbranche et inter-régime. Je n'ai pas vraiment de précision sur la façon dont s'est déroulé le partage.

M. ARNAUD, Direction : Il est possible qu'il y ait aussi l'intermède du ministère, puisqu'ils voient les projets applicatifs, etc. Ils sont très sensibles aux coûts de développement. À partir du moment où, au sein de la galaxie sécurité sociale, on a un outil qui est développé, qui est performant, les coûts de développement sont moins importants à la reprise, même si vous voyez à travers la note qu'on ne peut pas reprendre tel quel ce qui a été développé par la MSA et qu'il y a d'autres développements pour adapter ce progiciel. C'est quelque chose d'assez énorme. Il y a un premier lot qui est livré, mais vous avez vu qu'il y a une succession de lots après et qu'à chaque lot, il y a la nécessité de redévelopper et d'avoir un test. On n'a pas l'historique de ce choix, mais il a été fait il y a déjà un moment. METEORe, ça vient aujourd'hui, mais c'est quelque chose qui est apparu il y a deux ou trois ans, ce choix d'aller vers la convergence. Le delta entre la décision et la mise à disposition est lié à l'étude des coûts de développement. Manifestement, pour l'instant, en tout cas sur le premier lot, ils ont fait du bon travail puisque les anomalies qui sont remontées par les caisses expérimentatrices sont assez faibles à ce stade.

Mme DENECHÉAU-GIRARD : Concernant les formateurs relais, le choix a été fait de désigner des formateurs relais au sein des Frais de Santé. Une experte technique et deux techniciennes des prestations qui ont été formées en tant que formatrices relais et qui assurent ensuite la formation auprès des collaborateurs. Ce sont des personnes qui sont habituées à réaliser des formations et qui viennent directement du terrain et qui savent très bien utiliser l'interface IRIS et qui viennent aussi du traitement du flux pharmacie.

Concernant la mise à niveau GDB, elle intervient au niveau du droit des assurés. Quand on traite les feuilles de soins on va vérifier la date de naissance, les droits d'affiliation à la CPAM et à d'autres potentiels régimes. Ça intervient pas au niveau du professionnel de santé.

Au niveau de la formation...

M. ARNAUD, Direction : Sur la GDB, ce qui se passe c'est qu'il ont créé une interface qui s'appelle GTM (Go to Météore) qui puise les droits en GDB et va les plaquer dans METEORE pour faire adapter la tarification. Parce que votre taux de remboursement ne sera pas le même si vous avez un médecin traitant ou non, si vous êtes en C2S ou en AME. Et peut-être que la feuille de soins ne peut pas être remboursé car vous n'êtes pas affilié à la caisse. Ces informations-là sont plaquées directement dans METEORE et font l'objet derrière de diagnostic qui sont traités par le technicien. Ce qu'expliquait Julia c'est que comme cela se fait automatiquement par l'outil, il faut quand même que le technicien sache pourquoi ce diagnostic est apparu. Il faut que ces notions de droit des assurés soit bien maîtrisées par les techniciens en se disant j'ai ce rejet parce que il a détecté une C2S, un médecin traitant...

Le retour de la CPAM 77 faisait état de ce besoin de rafraîchissement des connaissances sur la GDB. Il n'y a pas besoin de créer de contact avec la GDB ou de formation lourde. Ce sont des rappels sur les droits à utiliser.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Juste en complément pour comprendre. Donc ça veut dire qu'il y a une petite anomalie, un diagnostic quelconque et l'agent doit valider le fait que c'est réellement une anomalie ou valider le fait que ça n'en est pas une et qu'on peut payer.

Mme DENECHÉAU-GIRARD : C'est ça. En fait l'agent va réaliser un contrôle de ce qui aura déjà été traité par l'outil. En l'occurrence, c'est l'exemple que l'on a sous les yeux c'est « nous prenons en charge le traitement de cette feuille de soins », c'est la réponse automatique. C'est un recyclage classique de la facture suite à l'analyse de ce qu'aurait fait l'outil donc c'est une vérification au moment du contrôle.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : A priori ?

Mme DENECHÉAU-GIRARD : Avant paiement, oui.

Il y avait une deuxième question sur la GDB qui rejoint celle à laquelle on a répondu concernant qui a développé cet applicatif.

C'est un peu comme la réponse de tout à l'heure sur le partenariat CNAM et MSA. Je ne peux pas vous répondre sur l'historique de qui a créé l'outil et pourquoi on ne l'a pas eu avant. Par contre depuis combien de temps la CPAM 77 l'utilise, c'est depuis juin 2024. C'est donc assez récent côté Île-de-France, mais on a quand même un bon retour. Il y a beaucoup de flux au mois de juin en plus, donc on a un bon retour sur l'outil, plus trois mois derrière nous et encore plus parce qu'on le lancera à la CPAM 94 au 2 octobre, donc ça nous laisse encore de la marge de retour.

Concernant l'outil Flux tiers et s'il y a une disparition probable ou non de l'outil, pour l'instant, non, ce n'est pas le cas. Compagnon Flux tiers reste l'outil à disposition des agents pour l'aide à la décision du traitement des factures, donc pas de disparition, en tout cas sur le lot 1, ce n'est pas le cas. Ensuite on verra en fonction de chaque lot, mais pour l'instant il n'y a vraiment aucun changement par rapport à ça.

M. ARNAUD, Direction : Ce sera plutôt Compagnon Flux tiers qui à terme devrait disparaître, puisque Compagnon Flux tiers, c'est les consignes de traitement et puis derrière les renvois de messages aux professionnels de santé. Vous voyez qu'à terme, ça va être absorbé par METEORE avec l'idée d'avoir quelque chose de beaucoup plus intelligible pour les professionnels de santé, parce qu'aujourd'hui le principal motif d'insatisfaction des

professionnels de santé sur leurs relations avec la Caisse, c'est justement le caractère incompréhensible de ce qu'on leur dit sur les rejets, les factures, les recyclages, etc. C'est vrai que quand on reçoit des réclamations de professionnels de santé, c'est parfois incompréhensible ce qu'on leur demande. Là, il y a un travail de pédagogie de refonte qui a été fait sur les courriers. Vous en avez un exemple dans la note. Ce sera sans doute l'un des principaux apports dans la relation avec les professionnels de santé, en sus des contrôles qui seront un peu automatisés, un peu embarqués et qui aideront le technicien dans le traitement.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Je crois qu'on avait fait le tour des questions. Je vous propose de passer au recueil de vos avis.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Pour la CFDT, en espérant que ce soit un outil qui aidera grandement les agents, ce sera un avis favorable.

M. SEREMES, CFTC : Cet outil semble permettre un gain de productivité, une amélioration de la qualité de service aux professionnels de santé. À la CFTC, nous resterons toutefois attentifs à ce qu'il n'entraîne pas de modification dans l'effectif ou la charge de travail au sein du service. Dans l'attente, pour nous, ce sera une prise d'acte.

M. MARQUES, CGT-FO : Quand deux organismes différents finissent par utiliser le même outil de traitement, on n'arrive pas à ne pas se poser la question : est-ce qu'un jour, cela ne préfigure pas une mutualisation, fusion ou que sais-je ? On y pense et il y en a d'autres qui y pensent. Il n'y en a pas que nous. Ceci étant, les outils existants présentent des difficultés et des redondances, si j'ai bien compris, qui devraient normalement avec celui-là disparaître. Tout comme nos collègues, on a été un peu étonnés qu'il ne soit pas évoqué éventuellement des gains en ETP puisqu'il y a des facilités de traitement. A priori, on part du principe que ce ne sera pas le cas, donc ce sera un avis favorable.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci, nous avons donc un avis favorable à la majorité. Merci Julia.

Mme DENECHAU-GIRARD : Merci beaucoup, au revoir.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Je vous propose de passer au point suivant qui concerne la création d'un nouveau fauteuil dentaire au CMS de Saint-Maur. Nous allons accueillir Johana CASTRIQUE et Camille MICLOT, qui ne sont pas loin.

Point 4 : Création d'un nouveau fauteuil dentaire au CMS de Saint-Maur

Mme CASTRIQUE : Bonjour à chacun d'entre vous et chacune d'entre vous. J'espère que vous avez passé un bel été. L'objet de la présentation porte sur les travaux concernant le troisième cabinet dentaire à Saint-Maur. Ce sera une présentation à deux voix avec Camille MICLOT. Très rapidement, pour rebalayer le contexte, ces travaux s'inscrivent dans le contexte de transfert – qui avait déjà été évoqué – des centres de santé à l'UGECAM Île-de-France dans le cadre du projet Convergence. Dans ce cadre-là, on a mené une étude approfondie sur les besoins du territoire, à la fois des assurés, mais aussi sur la façon dont on peut redresser financièrement le chiffre d'affaires du centre de santé. Eu égard à ces éléments, il a été décidé

de travailler sur l'ouverture d'un troisième cabinet dentaire qui doit faire l'objet de travaux. C'est en ce sens que Camille va présenter brièvement les éléments et ensuite, on répondra à vos questions.

Mme MICLOT : L'augmentation de l'activité est en lien avec le nombre de professionnels qui sont en activité sur le centre. Pour pouvoir recruter des professionnels supplémentaires, il faut ouvrir des espaces de travail supplémentaires. Aujourd'hui, le centre a deux cabinets dentaires qui ont chacun leur laboratoire qui sert à la stérilisation du matériel. L'idée est ici de venir positionner un troisième cabinet dans le même couloir, donc avoir un service dentaire qui ait une certaine homogénéité et qui partagerait l'espace de stérilisation avec le cabinet dentaire 2 actuellement occupé par un professionnel.

L'installation du troisième cabinet, c'est réinstaller du mobilier, un fauteuil, les équipements qui vont avec, les luminaires et un système d'arrivée et d'extraction eau/air. Vous avez tous subi des rendez-vous chez le dentiste, il faut de l'eau et de l'air pulsé.

Cela a comme conséquence de déplacer l'infirmerie qui est aujourd'hui installée dans ce cabinet central, dans le cabinet médical 4 qui est déjà partiellement équipé de mobilier et qui sera équipé de petits mobiliers complémentaires pour favoriser son ergonomie pour l'activité d'infirmerie.

Cela va forcément nécessiter des travaux relativement conséquents, suffisants pour envisager une fermeture du centre pendant 15 jours. Sur ces 15 jours de fermeture, il est prévu un accompagnement des équipes. On a un total de six collaborateurs en CCN et de six vacataires.

Les collaborateurs CCN seront affectés provisoirement au CMS de Choisy-le-Roi sur la durée des travaux, sachant que l'on envisage ces travaux avec les prestataires sur la période de congés scolaires afin que l'impact soit le plus réduit possible dès lors que les collaborateurs ont déjà prévu des congés.

Pour ce qui est des vacataires qui sont au nombre de six, il y aura différentes options dans le cadre d'un échange avec eux. Selon leur souhait, une pratique provisoire à Choisy, sous réserve de la disponibilité des cabinets puisqu'il y a déjà des professionnels à Choisy, et sinon ce sera les conditions habituelles en cas de fermeture du centre à l'initiative de l'employeur.

Tout cela fera d'abord l'objet d'une réunion collective puis d'échanges individuels, notamment avec les vacataires, sur la solution qu'ils préfèrent privilégier pour compenser cette fermeture. Parallèlement, nous effectuerons une communication auprès des assurés, de la patientèle du centre par tous les moyens disponibles, donc la page Doctolib – notre prestataire de prise de rendez-vous téléphonique –, de l'affichage sur le centre, etc.

Le coût prévisionnel est de 55 000 euros pour cette installation qui sera de nature à attirer de nouveaux professionnels, à préparer l'avenir du centre et à assurer sa continuité dans le temps, puisque nos professionnels d'aujourd'hui sont bien installés et ont l'intention de rester, mais ils sont un peu plus âgés, donc on se projette aussi dans l'avenir.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Je vous propose de passer à vos questions.

M. ROUCHAUD, CFTC : Effectivement, je suis très attaché à l'offre de soins dispensés dans les CMS. Cela rend service à la population. Le problème est que l'on s'aperçoit d'année en année que les spécialités s'amenuisent. Il reste surtout beaucoup d'activités dentaires au CMS de Saint-Maur. Avant, je crois qu'il y avait des ophtalmos, des dermatos. On perd des

spécialistes et c'est un vrai sujet. C'est une vraie difficulté pour trouver de nouveaux praticiens. Là, on achète un fauteuil dentaire, mais malheureusement, on n'a pas encore le dentiste. Est-ce que vous avez des précisions sur le recrutement ? Est-ce que c'est en bonne voie ? Il serait dommage de laisser un cabinet vacant. Je voulais savoir s'il y avait d'autres spécialités aux CMS de Saint-Maur ou si c'est surtout l'activité dentaire. Je crois qu'il y a la radiologie aussi. Merci.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFTD : Premier point, je voulais juste savoir sur quoi porte exactement le vote des membres des élus. Est-ce qu'on est sur les travaux ou est-ce qu'on est sur cette création d'un troisième cabinet dentaire ? Ce n'est pas une nouvelle activité, ce n'est pas quelque chose de nouveau, alors, est-ce qu'on vote sur les travaux ? Effectivement, après, il y a des questions qui se posent sur l'activité telle qu'on la voit. La création d'un troisième cabinet dentaire, il n'y a pas de nouveauté pour nous, c'est une activité connue. Elle est déjà exercée, elle est déjà pratiquée, etc. Est-ce qu'on est bien sur les travaux ? J'aime bien savoir sur quoi je vote.

Néanmoins se posent des questions sur les travaux en tant que tels, bien sûr, mais aussi sur la façon dont ça va se mettre en place. Effectivement, comme vient de le dire Monsieur ROUCHAUD, on met en place un cabinet supplémentaire, on n'a même pas le praticien qui va avec, à moins que vous ayez avancé sur le recrutement. Lors de la dernière CTR, on n'a pas eu de réponse sur cela. Ce qui est inquiétant aussi, c'est : est-ce qu'il y aura du recrutement aussi sur des assistantes dentaires ? Aujourd'hui, les activités des assistantes dentaires, c'est quand même assez particulier. Entre Saint-Maur et Choisy, on est déjà sur une mutualisation qui est déjà bien avancée, qui est un peu forcée, parce qu'il n'y a jamais rien et de franchement acté. En tout cas, cette mutualisation d'assistantes dentaires est régulière et un peu contrainte quand même. Les assistantes dentaires, il y en a une à Saint-Maur qui fait beaucoup d'activités administratives et qui n'exerce pratiquement plus d'activités d'assistance dentaire. En tout cas, c'est ce qui nous remonte. Je ne sais pas si c'est votre réalité, mais ça va être la nôtre.

Si c'est un troisième cabinet dentaire à Saint-Maur pour que les assistantes dentaires de Choisy passent leur temps à aller à Saint-Maur, c'est quand même un peu moyen, parce que comme je vous le dis, la mutualisation des activités et des personnels, ce n'est pas très cool quand c'est fait un peu sous la contrainte, sans aucune compensation. Les assistantes, on leur dit le matin quand elles arrivent « il y a besoin à Saint-Maur, il faut que tu partes à Saint-Maur. » Elle prend sa petite voiture et elle part à Saint-Maur. Il ne se passe rien. C'est très moyen, cette gestion.

Donc, est-ce que le recrutement d'un professionnel de santé chirurgien-dentiste va être aussi associé à une nouvelle assistante dentaire ? Nouveau cabinet = plus de gestion administrative, plus de choses à commander, plus de suivi à faire. Est-ce que ça a été prévu par quelqu'un en plus ? Est-ce que quelqu'un va le faire en plus ou est-ce que c'est encore une fois les assistantes dentaires qui vont se retrouver avec des activités supplémentaires ?

Tout cela, vous n'en parlez pas. On parle du cabinet, on est bien contents. On a un super fauteuil qui nous arrive, mais après, c'est un peu compliqué parce qu'il n'y a pas que le cabinet. Il y a effectivement tout ce qui va autour, et les assistantes dentaires, pour nous, c'est important.

En tant qu' élu du CSE de la CPAM du Val-de-Marne, je trouve très embêtant que ce soit la CPAM du Val-de-Marne qui prenne en charge tout le budget nécessaire à l'amélioration d'un centre de santé qui a vocation à partir à l'UGECAM. L'UGECAM est tranquille. Ils arrivent,

tout est payé, tout a été mis en place, ils ont à juste à prendre les choses telles que. Je trouve dommage qu'il n'y ait pas une subvention quelque part qui arrive, de la CNAM ou de l'UGECAM, puisque vous le dites clairement, de toute façon, c'est pour préparer tout ça, parce qu'il va falloir que ça rapporte un peu plus. Ça, on en est bien conscients, parce que les chiffres des centres de santé, on les a vus, ils ont été présentés à l'UCANSS lors de la négociation sur le transfert.

On met un cabinet à Saint-Maur alors qu'on en était toujours à se demander ce qu'allait devenir le site de Saint-Maur. Vous avez peut-être résolu provisoirement le problème avec la ville de Saint-Maur, mais est-ce que pour autant, dans la durée, ça va pouvoir continuer avec la ville ? Est-ce que les locaux seront toujours là, tels quels ?

S'il n'y a pas de recrutement d'assistants dentaires, est-ce que vous considérez que les assistants dentaires aujourd'hui en poste peuvent encore prendre une activité supplémentaire, avoir un praticien qui sera là et qu'il va falloir aider ?

Avec un cabinet supplémentaire, va se poser le problème des congés de ces assistants dentaires qui se retrouvent avec un cabinet en plus à gérer. Il va donc falloir encore jongler avec tous les congés, à Choisy, à Saint-Maur, un cabinet, trois cabinets, un fermé, un qui ne l'est pas, c'est assez compliqué, et je vous parle en termes humains, parce que vous avez quand même des assistants dentaires qui sont traités un petit peu comme ça. Oui, c'est un peu le ressenti qu'il y a. peut-être que vous ne l'avez pas, mais le ressenti, c'est qu'on leur demande à 8 heures 30 d'aller tout à coup à Saint-Maur parce que ça vous arrange, alors qu'il y a des assistants dentaires à Saint-Maur, mais qui sont occupés à des activités administratives et qui ne sont pas occupés à leur activité d'assistants dentaires. Donc, ça nous questionne.

Si vous pouvez nous en dire plus sur le recrutement d'un ou plusieurs praticiens – je ne sais pas de combien vous voulez remplir ce cabinet. Pour moi, ce sera tout pour le moment.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Mme LEBERNADY.

Mme LEBERNADY, CFTC : Je voulais que vous me précisiez un point. Les travaux vont se faire pendant les vacances de la Toussaint. Pour les agents CPAM, vous comptez sur les congés et après, le reste du temps, ils seront à Choisy. C'est ça ? Il n'y a pas eu de souci ? Tout le monde a été d'accord ? S'ils ne veulent qu'un jour de congé, comment cela va-t-il se passer ? Et si ça se prolonge, comme va se passer le retour des agents ? Vous dites qu'il y a eu un déménagement du matériel en provenance de la Haute-Marne. Est-ce que c'était un cabinet dentaire qui a fermé et que vous avez récupéré ? Si vous pouvez nous donner un peu plus d'informations.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci Mme LEBERNADY. D'autres questions ? Non.

Mme MICLOT : Le centre de santé de Saint-Maur, en termes d'environnement sur l'offre de soins en professionnels de santé, Saint-Maur est une zone très dotée, voire surdotée dans certaines spécialités, sauf que c'est en dépassement d'honoraires dans l'activité libérale et le centre offre la possibilité d'accéder à des soins au tarif de la Sécurité sociale. Ce qui s'est passé sur ces dernières années – je vous rejoins, Monsieur ROUCHAUD –, c'est qu'il y a une difficulté à maintenir des spécialités dans un cadre salarié, en centre de santé ne pratiquant pas des dépassements d'honoraires.

Aujourd'hui, au centre de Saint-Maur, l'activité médicale a été réduite par les départs de professionnels, certains n'étant pas tout jeunes. Aujourd'hui, on a des vacances d'une allergologue, d'une gynécologue, d'une pédicure podologue. La bonne nouvelle, c'est que nous recrutons au 2 septembre un cardiologue qui assurera également une vacation le lundi. Les cabinets médicaux ne sont pas aujourd'hui entièrement utilisés à leur plein potentiel, donc la recherche de spécialistes se poursuit. Ça, c'est pour le médical.

L'activité dentaire, aujourd'hui, représente 94 % du chiffre d'affaires du centre, donc c'est une activité qui a pris un espace important, y compris dans les ressources qui sont accordées sur la totalité des équipes, que ce soit les assistants dentaires ou le secrétariat médical. Il y a une forme de spécialisation aussi des équipes dans cette activité que l'on a aussi le projet de renforcer dans le cadre de la formation individuelle des assistants dentaires.

Concernant les recrutements – je vais le dire un peu basiquement – on n'attire pas les mouches avec du vinaigre. Il faut calibrer entre les travaux et les recrutements. Je ne peux pas avoir les chirurgiens-dentistes avant d'avoir le cabinet. J'essaie d'avoir les chirurgiens-dentistes au moment où j'ai le cabinet. Les offres de postes ont été ouvertes, y compris sur des sites de recrutement spécialisé, parce que je ne peux pas me contenter d'Indeed sur les professionnels de santé. Je dois également aller chercher des modalités de recrutement supplémentaires et cela accroche parce que le responsable de centre a reçu une candidate hier et il en a une autre en vue pour la semaine prochaine. Encore une fois, pour que ces professionnels puissent se projeter, il faut leur mettre à disposition des conditions de travail optimales, parce que la concurrence est rude avec les beaux centres de santé *low cost* tout neufs qui s'installent. Il y en a eu un certain nombre à Saint-Maur.

Je suis plutôt optimiste, d'autant que ce sont des profils de candidates qui savent pourquoi elles viennent dans un centre de santé de la CPAM, qui se positionnent déjà sur les projets que l'on a et qui s'inscrivent dans la stratégie de l'assurance maladie, sur le conservateur plutôt que de l'implantologie à tout va, et sur le préventif avec des opérations d'aller-vers. Ce sont des profils très intéressants, mais encore une fois, elles veulent des modalités de travail plutôt confortables.

Les modalités de rémunération ne vont pas évoluer pour les chirurgiens-dentistes. On sera sur la rémunération à l'acte.

Mme CASTRIQUE : La rémunération est un vrai enjeu pour les professionnels de santé, mais très honnêtement, sur les chirurgiens-dentistes, on est ultra concurrentiels. On n'a pas de sujet d'attractivité, en tout cas moins que sur d'autres catégories de professionnels de santé.

Mme MICLOT : Ce n'est jamais trop le sujet, parce que la rémunération à l'acte leur permet d'avoir la maîtrise de leur activité, c'est-à-dire que c'est selon leur choix d'activité, le nombre de rendez-vous, de pratiques, que cela leur laisse une liberté énorme, et cela attire.

Sur la question de ce troisième cabinet, la Haute-Marne est une question d'opportunité. Les collègues de la Haute-Marne ont sollicité les centres dentaires du réseau en expliquant qu'ils ont fermé deux centres de santé dentaires chez eux en 2023, faute de pouvoir recruter des dentistes. On se place à Chaumont et à Saint-Dizier, et pas à Saint-Maur-des-Fossés, donc ce n'est pas le même critère d'attractivité, malheureusement pour eux, pour des professionnels de santé. Ils nous ont cédé à titre gratuit – leur bilan comptable étant équilibré par la Caisse nationale – ce matériel, ce qui nous a permis d'avoir un coût prévisionnel quasiment divisé par deux pour ce projet.

Sur la planification des congés, elle est en cours, puisqu'on a sollicité les souhaits de congés de chacun des collaborateurs des centres. Ensuite, il y aura la phase d'arbitrage, comme d'habitude, sachant que l'on a un certain nombre de collaborateurs qui prennent sur la période scolaire et qui se font valider leurs congés habituellement sur la période scolaire, étant parents d'enfants scolarisés. On fera exactement comme d'habitude et on s'adaptera ensuite à la situation pour ceux qui ne seront pas en congé.

J'en viens au sujet de l'équipe, parce que derrière les chirurgiens-dentistes, il y a toute une équipe en soutien à l'activité, en premier lieu les assistantes dentaires, mais aussi les secrétaires médicales. Les assistantes dentaires, aujourd'hui, sont trois pour deux cabinets. Par rapport à la pratique en centre de santé dentaire, c'est confortable. Dans un centre de santé dentaire normal, les assistantes dentaires courent entre plusieurs cabinets.

Effectivement, vous dites qu'une assistante dentaire est sans activité d'assistante dentaire parce qu'elle fait beaucoup d'administratif. Je pense qu'il faut séparer le structurel du conjoncturel. Structurellement, cette assistante confirmée a un gros travail relatif au contrôle des facturations et des prises en charge de tiers payant par les mutuelles. Elle a un travail de *back-office*, mais qui est lié directement à l'activité dentaire. Elle travaille aussi au contrôle des facturations de notre laboratoire de prothèses dentaires, de manière à maîtriser nos coûts, qui sont très importants sur la partie prothèses.

Il s'avère qu'effectivement, conjoncturellement, on est dans une situation où aujourd'hui, on a des postes qui ne sont pas pourvus au secrétariat médical, bien qu'ils soient ouverts ou en cours d'ouverture pour le remplacement d'une collaboratrice qui vient de partir en retraite. Elle va donc effectivement donner un coup de main au secrétariat médical, ce qui n'est pas la meilleure des solutions, mais croyez bien que l'on travaille activement à pourvoir les postes de secrétariat médical.

Sur ces équipes, il s'avère qu'au secrétariat médical, le nombre de collaborateurs que l'on a n'a pas changé, malgré la réduction importante de l'activité, et notamment de l'activité des médecins et des paramédicaux qui sont partis. Aujourd'hui, l'activité dentaire qui arrivera avec ce troisième cabinet est absorbable au niveau du secrétariat médical, quand les postes seront pourvus, évidemment. À date, je ne peux pas vous dire que c'est le cas, ce serait mentir. Pour les assistantes dentaires de Saint-Maur, ce sera également suffisant.

Sur la mutualisation forcée, le terme est un peu rude. Les assistantes dentaires de Choisy sont aujourd'hui dans une situation qui n'est pas simple, dans la mesure où nous sommes toujours en recherche de dentistes à Choisy pour remplacer les partenaires. Choisy n'est pas Saint-Maur. C'est un territoire en très fort déficit où il est extrêmement difficile de recruter des professionnels de santé, pour nous et pour les autres. Déjà, la situation pour elles n'est pas simple, puisque les dentistes ne sont pas remplacés. Effectivement, on leur demande des mutualisations, mais dans la grande majorité des cas, celles-ci sont prévues, anticipées avec elles, planifiées. Cela a été le cas notamment sur ces congés d'été. Je ne peux donc pas rester sans réaction face à vos propos. Il peut arriver qu'il y ait une demande de mutualisation au pied levé, mais c'est systématiquement dû à une absence non programmée. Pour autant, à mon niveau, j'essaie systématiquement, avec les responsables et l'équipe, d'anticiper au maximum, de partager la charge aussi, de manière équilibrée et respectueuse.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Par rapport à votre remarque, Madame PERRIOT LE FUR, sur le fait qu'il était dommage que l'on fasse cet investissement alors que le centre avait vocation à rejoindre l'UGECAM. Je rappelle que pour toutes les dépenses d'investissement sur les centres de santé, on n'a pas de budget en tant que tel qui nous est alloué et que cela n'est pas au détriment d'autres budgets. On vient solliciter la CNAM par rapport à une liste de projets et ensuite les enveloppes nous sont attribuées au fil de l'eau par la CNAM. C'est financé au projet.

Par ailleurs, comme le rappelaient en introduction Johana et Camille, cette évolution s'inscrit dans le cadre du plan de redressement du centre qui prépare justement le transfert vers l'UGECAM et la ligne budgétaire qui sera ponctionnée pourrait potentiellement être relative à des enveloppes spécifiques à ce projet que la CNAM a identifié, mais là, on n'a pas encore de certitude. En tout état de cause, ce n'est pas un projet qui nous prive d'opérations d'investissement que l'on aurait pu faire par ailleurs, localement. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : D'où justement l'incompréhension que j'ai par rapport au vote à donner. C'est un vote sur les travaux qui, finalement, comme vous le dites, tels qu'ils sont, c'est une estimation financière. Vous mettez que ça coûte 55 000 euros. Vous ne mettez pas que cela va être pris sur tel ou tel budget, donc nous, bêtement, on peut se dire, « après tout, c'est un immeuble qui appartient à la CPAM, donc les travaux de maçonnerie, de plâtrerie, revêtements de sol, etc., très bien si c'est pris dans le budget prévu pour ça ». Mais ce n'est pas mis, donc ça me pose question. Encore une fois, sur quoi vote-t-on ? Les élus ne se posent pas de question. Moi, je m'en pose, je suis désolée. Sur quoi vote-t-on ? Vote-t-on sur le fait que vous allez recruter et avoir une activité supplémentaire avec un praticien en plus ? Dans ce cas-là, je ne vois pas pourquoi je voterais pour ça, puisque c'est une activité habituelle. Soit on vote pour des travaux qui vont engendrer pour les agents des modifications, des planifications, etc.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Vous votez sur des modifications des locaux qui ont des impacts sur les agents. On n'a pas rementionné au niveau de l'information budgétaire – on sera plus précis les fois suivantes – parce qu'on pensait que c'était connu de votre part, puisqu'on présente chaque année les éléments de budget et le bilan d'exécution budgétaire. Ce sont des points qui ressortent, mais on fera attention, la prochaine fois, à venir mentionner que c'est sur financement CNAM. Je crois qu'on a fait le tour des premières questions.

Mme SKOLUDEK, CGT-FO : Concernant la communication auprès des assurés, à partir de quand avez-vous prévu de le faire ? Je ne connais pas du tout le nombre de patients qui peuvent solliciter des rendez-vous. Est-ce qu'ils ont de la marge ou est-ce que, là, par exemple, c'est plein et que, si je veux un rendez-vous, c'est dans deux mois ? Est-ce que vous avez prévu de le faire dès maintenant ou pas ?

Deuxième question, vous avez dit tout à l'heure que le responsable du centre faisait actuellement des recrutements. Je voulais savoir s'il était seul à recevoir les candidats ou s'il était accompagné de quelqu'un de chez nous au niveau des recrutements des professionnels de santé. Je ne sais pas comment cela s'organise dans les CMS.

Mme MICLOT : La communication auprès des assurés, nous allons la faire trois semaines à l'avance. Vous avez deux types de situations. Vous avez les patients qui viendraient pour une nouvelle affection et ceux qui sont suivis dans le cadre d'un traitement qui a déjà été défini par

le praticien. Dans le deuxième cas, c'est plus simple, ayant eu des échanges préalables avec les praticiens sur le calendrier des travaux, afin qu'ils puissent replanifier les soins, notamment pour les prothèses, de manière à éviter cette semaine-là et à réduire l'impact.

Effectivement, dans la mesure où on ne sera plus en mesure de proposer de rendez-vous à ce moment-là, il y aura une communication qui accompagnera la fermeture des plannings sur Doctolib, où il n'y aura pas la possibilité de prendre rendez-vous à ce moment. Trois semaines à l'avance, ça paraît suffisant.

Sur les modalités de recrutement, assez traditionnellement dans les centres, eu égard à la nature très particulière des recrutements sur les professionnels de santé qui ne sont pas du tout dans le cœur de métier des équipes RH de la Caisse, les responsables de centres internalisaient pas mal la rédaction des offres de postes et le process de recrutement, au moins sur les prises de contact et les premiers entretiens.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci. Je pense qu'on a fait le tour de vos questions. Monsieur MARQUES.

M. MARQUES, CGT-FO : C'est une simple remarque de fonctionnement. Le plan que vous nous avez présenté n'est pas signé du docteur HURSON. Je ne suis pas sûr que cette présentation se fasse dans un cadre légal. Est-ce que vous avez un plan dûment signé à nous fournir ?

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : J'ai un plan dûment signé et je ne manquerai pas de le fournir immédiatement, aujourd'hui si vous le voulez. Cette diffusion s'explique par le délai de dix jours et la période des congés scolaires qui ne vous aura pas échappé, Monsieur MARQUES. Je vous confirme, c'était un point important, que le plan a bien été signé par le Docteur HURSON. Je vous propose de passer au recueil de vos votes.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Visiblement, ce cabinet a vocation à aider les populations les plus démunies de Saint-Maur. Il y en a un. On aurait préféré que ce cabinet soit Choisy, où il y avait quand même beaucoup plus de demandes et de besoins. Ce sera un avis favorable.

Mme LEBERNADY, CFTC : Pour la CFTC, ce sera un avis favorable. On a du mal à avoir des spécialistes et dès lors qu'il y a un cabinet en plus, la CFTC encourage.

M. MARQUES, CGT-FO : Sur le principe, on ne va pas s'opposer à l'ouverture d'un cabinet dentaire, surtout pour des gens qui en ont besoin. Ce que l'on trouve regrettable, c'est qu'il y a un plan de redressement qui est initié, alors que finalement, on va céder les centres. On se dit qu'on aurait peut-être dû essayer de faire tout ça avant, plutôt que le centre de Saint-Maur particulièrement perde tous ses professionnels et une partie de ses salariés. On transfère aux UGECAM, donc on prend des mesures, puisqu'il faut que les centres soient rentables, etc.

Cela dit, comme je le disais au départ, un professionnel de plus, un cabinet de plus, on donne un avis favorable.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Nous avons donc un avis favorable à l'unanimité. Merci beaucoup. Merci Camille.

Mme MICLOT : Merci à tous. Bonne journée.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Nous gardons Johana pour le point suivant qui est relatif au déploiement de l'outil AZAM pour le suivi du plan en faveur des patients en ALD sans médecin traitant.

Point 5 : Déploiement de l'outil AZAM pour le suivi du plan en faveur des patients en ALD sans médecin traitant

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : On accueille également Camille PETER, bienvenue. Je vous cède la parole à toutes les deux pour rappeler les objectifs de ce nouvel outil.

Mme CASTRIQUE : Je vais faire fixer le contexte très rapidement et ensuite, on embraye directement sur la présentation de l'outil, qui est probablement ce qui est le plus intéressant, comme ça on est dans le concret.

Je vais juste rappeler qu'en 2022, il y avait le lancement du fameux plan d'action ALD sans médecin traitant. C'est dans ce cadre-là qu'on avait commencé à initier des actions qui nécessitent à la fois des contacts sortants auprès des professionnels de santé pour identifier les médecins généralistes qui seraient d'accord pour prendre une nouvelle patientèle, et d'autre part, de contacter les assurés qui n'ont pas de médecin traitant, qui sont en ALD, pour finalement les accompagner dans ces démarches-là.

De fil en aiguille, il y a un amoncellement de tableaux Excel qui ont été créés : un tableau Excel pour suivre les appels sortants, un tableau Excel pour suivre les SMS qui ont été envoyés avec le nombre d'assurés qui ont répondu, un tableau Excel qui permet de suivre les professionnels de santé qui ont donné leur accord pour accueillir de nouveaux patients. On est très créatifs, donc on a un certain nombre de tableaux Excel, ce qui fait qu'aujourd'hui, les agents, pour le dire de façon assez triviale, en ont assez, ce qui est tout à fait logique, puisque d'avoir à filtrer, ce n'est pas agréable.

Le management aussi en a assez, parce que pour faire du *reporting*, il faut revoir les lignes, remouliner des tableaux, donc ce n'est pas opérant. C'est en ce sens qu'un *benchmark* a été réalisé auprès des CPAM du réseau. La CPAM de l'Isère a développé un outil qui s'appelle AZAM (Action Zéro ALD sans médecin traitant).

C'est un outil très global, puisqu'il permet aux agents de la MISAS de pouvoir faire le suivi des contacts sortant auprès des assurés et aux agents du PAOS de pouvoir faire le suivi des médecins qui ont été contactés. L'outil a aussi l'avantage d'être une interface vers les autres outils de production que sont BALI. C'est l'outil dont on avait déjà parlé à l'occasion d'un CSE qui permet de faire les suivis de saisies de masse. Là aussi, il n'y a pas besoin de rebasculer sur l'application locale.

Cela permet aussi d'avoir un lien avec Campus, mais il sera désactivé, il me semble, Sébastien, puisqu'on ne pourra plus utiliser cette solution locale. Il y a aussi un lien avec Médialog, puisque cela permet aux agents de pouvoir mettre le commentaire quand ils ont fait un appel sortant, mais aussi de bien rebalayer la fiche assuré, le cas échéant. Cela se veut vraiment être une solution complète pour l'ensemble des secteurs.

Il y a l'autre brique qui est l'outil de pilotage, qui fera l'objet d'une présentation de façon très précise par Camille. Je vous ai épargné les chiffres clés sur tout ce qui a pu être refait sur ALD sans médecin traitant, le nombre de patients qui a trouvé un professionnel de santé. Si toutefois ce point est l'occasion de poser ces questions, on a un certain nombre d'infos à vous donner, si vous le souhaitez.

On va essayer de ne pas montrer le nom des assurés, parce que ce n'est pas une solution bac à sable. C'est important pour protéger les données. Si toutefois il y a des informations personnelles d'assurés, je fermerai. Il y a certains items que vous ne pourrez pas forcément voir, puisque c'est confidentiel.

Mme PETER : Effectivement, l'outil permet de gérer à la fois les dossiers des assurés en ALD sans médecin traitant. À gauche, vous avez tous les dossiers des ALD sans médecin traitant. On peut rentrer dans chaque dossier. Une fois que l'on rentre dans chaque dossier, le dossier est attribué à l'agent qui est entré dans le dossier et on va pouvoir modifier tous les contacts qui ont pu être faits à l'égard de cet assuré. S'il y a eu un retour d'un médecin qui a bien voulu prendre ce patient en ALD en tant que médecin traitant, cela sera plutôt le DAM. La partie MISAS, c'est plus sur les contacts qui ont été réalisés.

Mme CASTRIQUE : Par exemple, vous avez un agent de la MAS qui va prendre en charge une situation, donc il va aller dans « mes dossiers ». L'agent a directement accès à ces informations, ce qui lui permet aussi d'avoir la situation globale pour savoir si l'assuré a une C2S ou une mutuelle, ce qui permet de reboucler avec un autre élément de stratégie qui est le 360. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, le point d'entrée, c'est effectivement l'absence de médecin traitant, mais on sait que nos assurés qui ont une problématique de médecin traitant, généralement, ont d'autres problématiques liées à la complémentaire santé ou ce genre de choses. Cela permet vraiment à nos agents d'avoir une vision sur toutes les offres que l'on peut proposer à ces assurés qui n'ont pas de médecin traitant, et faire le fameux 360 que l'on a déjà évoqué.

Ensuite, il a une vision sur les soins et sur le médecin. C'est à ce moment-là que l'on voit s'il y a un médecin traitant, le cas échéant. Si l'assuré n'a effectivement pas de médecin traitant, c'est ici que l'agent va retracer tout ce qu'il a fait. Il va y avoir la date du premier appel, quand est-ce qu'on a envoyé le SMS, le cas échéant, si c'est une relance, si c'est un envoi initial et puis des éventuels commentaires dans la mesure où il s'agit aussi de s'assurer aussi que d'autres agents du service peuvent prendre en charge la situation de l'assuré pour assurer la continuité de services. Ensuite, il y a un volet divers qui porte sur les situations bien particulières.

Mme PETER : Effectivement, si par exemple l'assuré est en EHPAD, déjà suivi au sein de l'EHPAD, s'il est sous tutelle où il faut avoir une vigilance particulière sur les contacts qui sont effectués, s'il est suivi au sein d'un centre de santé, s'il y a un déconventionnement d'un médecin ou d'un centre de santé et qu'il était suivi par ailleurs, et s'il est suivi par un médecin retraité, ce qui nous permettra de l'exclure par rapport à nos actions ou au contraire de l'intégrer, par exemple si on mène une action vers les assurés qui sont suivis au sein des EHPAD. C'est assez ergonomique et plutôt pratique.

Il y a aussi un volet DAM où l'on va incrémenter la liste des professionnels de santé avec le DAM qui le suit et au sein de ces dossiers – on en a créé des fictifs – on va pouvoir savoir si le DAM a bien contacté le professionnel de santé et s'il est d'accord pour prendre en charge les

patients pour lesquels on lui a soumis la liste notamment des patients dits réguliers, c'est-à-dire les patients qu'il a vus au moins deux fois dans l'année. Généralement, ce sont des oublis de déclaration de médecin traitant, c'est pour cela que c'est notre action prioritaire. C'est vraiment bien d'avoir cette visibilité sur l'ensemble des contacts qui ont pu être faits auprès des médecins.

L'outil permet également de générer de façon automatisée des courriers que l'on peut adresser à la fois aux assurés qui ont eu un soin régulier, c'est-à-dire ce sont les assurés dont je parlais qui ont vu deux fois le même médecin, et ceux qui sont non-consommant, c'est-à-dire qui n'ont vu aucun médecin. Ça, c'est vraiment problématique parce que ce sont des ALD en situation de fragilité, puisque par définition, quand on a une affection longue durée, on va voir les professionnels de santé, donc on a une vigilance particulière à avoir, et donc des courriers spécifiques.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Sur la façon dont vous identifiez les personnes qui n'ont pas de médecin traitant, pour avoir des cas pratiques dans la famille, maintenant, il y en a partout. Mes parents ont un médecin traitant, sauf que ce médecin traitant est parti à 150 km depuis deux ans. Mais l'identification du médecin traitant, je pense qu'il existe toujours dans son dossier et qu'il ne consulte pas. Comment les identifiez-vous ? Il y a des médecins qui sont partis à la retraite et il y en a qui vont dans d'autres régions.

Mme PETER : Ceux qui sont partis à la retraite, on peut les identifier. Quand on va dans les dossiers, on peut voir en fait un nom qui va être « médecin retraité » ou « médecin fictif », puisque ce sont aussi des numéros qu'on peut mettre fictifs pour que l'assuré puisse être remboursé correctement. Dans le cadre de l'ALD, c'est un peu spécifique. Par contre, dans le cas où le médecin est parti dans un autre département, malheureusement, ce sont des situations que l'on ne va pas forcément voir, en tout cas de façon administrative. Ils vont toujours avoir un numéro associé de médecin traitant.

Mme CASTRIQUE : Il y a deux choses. Soit l'assuré fait lui-même la démarche de trouver un autre médecin traitant, soit il n'est pas en capacité, auquel cas il peut y avoir une saisie de MISAS faite auprès de la CPAM du Val-de-Marne pour que nous puissions les accompagner.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Cet outil a vraiment pour vocation de simplifier et d'améliorer les possibilités de ciblage et de transfert de données en supprimant nos tableaux Excel.

Mme PETER : Sur les autres fonctionnalités de l'outil, dans l'actualisation, c'est la partie d'actualisation des requêtes de tous les dossiers. Chaque mois, on va avoir une nouvelle requête et on va pouvoir l'implémenter dans l'outil et donc avoir de nouveaux ALD sans médecin traitant qui vont rentrer et pouvoir prendre contact avec eux.

On a une dernière fonctionnalité, qui est la gestion des agents utilisateurs de l'outil. On va pouvoir habilitier également, en fonction des mouvements de personnel, les utilisateurs de l'outil.

Dans la note, on vous a mis également un tableau de bord Power BI.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : C'est un outil de restitution des données plus ergonomique. C'est un outil qui permet une représentation graphique de résultats, comme Excel, et qui permet aussi de la partager et de mettre à jour en filtrant au fur et à mesure, sans risque d'écraser des fichiers ou autre chose. C'est une ergonomie qui se rapproche plutôt d'une

interface Internet, d'application, mais c'est la même chose. Cela vous permet de faire des diagrammes, des présentations.

Mme PETER : Je peux vous montrer un modèle. C'est sur la page 6. Nous avons une vision consolidée du suivi du plan d'action avec l'évolution du nombre de patients en ALD sans médecin traitant. Nous avons aussi des focus par commune. C'est un outil qui est très intéressant pour nous, parce que quand nous allons faire, notamment, des visites auprès des communes, nous allons pouvoir avoir des données consolidées à présenter du plan d'action. C'est une dimension importante de l'outil.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Pour la présentation de l'outil, je pense que nous avons fait le tour. Est-ce que vous aviez des questions ?

M. ROUCHAUD, CFTC : C'est un outil qui va permettre à certains assurés d'être moins éloignés du parcours de soins. Ceci dit, cela ne règle pas le gros problème de fond. Le gros problème de fond, c'est qu'aujourd'hui, des praticiens, il y en a beaucoup moins. Les pauvres n'arrivent même pas à partir en retraite parce qu'ils n'ont pas de remplaçant. Tant que l'on n'aura pas réglé ce problème... Je crois qu'il y a encore quelques années de pain noir à avaler avant qu'il y ait plus de médecins sur le terrain, plus d'étudiants qui deviennent praticiens.

Est-ce qu'il y a un contrôle vis-à-vis du nombre d'assurés par médecin, parce qu'à un moment donné, le médecin a bonne conscience, il prend des assurés, mais il se retrouve avec 1 500 ou 2 000 assurés et ce n'est plus gérable. Est-ce qu'il y a un plafond où la CNAM dit « stop » ? Est-ce que vous avez votre mot à dire là-dessus ?

Mme PETER : Le principe, c'est vraiment la liberté d'exercice du professionnel. C'est lui qui gère sa patientèle et qui peut prendre en fonction également d'autres paramètres. Par exemple, s'il a un assistant médical, il va pouvoir déléguer toute la partie administrative et donc prendre plus de patients. C'est vrai que l'assurance-maladie, sur ce terrain, n'intervient pas. C'est vraiment la liberté d'exercice du professionnel.

Sur la densité médicale dans le Val-de-Marne, on est considéré comme un désert médical, à part Saint-Maur qui est une ville un peu atypique et qui n'est pas considérée comme une zone d'intervention prioritaire, une zone d'action complémentaire, qui est définie comme zone sous-dense au sens de l'ARS. Malgré tout, on a 853 médecins généralistes dans le Val-de-Marne. Il y en a 183 qui ont plus de 65 ans. C'est vrai que c'est problématique, en sachant que la moyenne d'âge de départ est plutôt de 70 ans.

L'idée, c'est à la fois d'agir sur l'anticipation des départs à la retraite. On veut vérifier que ces 183 médecins ont bien une solution de départ, soit un cumul emploi-retraite parce qu'il y a des conditions avantageuses, soit un contrat démographique de départ à la retraite. Cela permet de donner une somme financière s'il accueille un nouveau médecin sur le territoire et de permettre la continuité entre son exercice et l'exercice futur de ce nouveau professionnel de santé. Cela, l'assurance maladie le finance.

On va également regarder si la communauté professionnelle territoriale de santé de son territoire – si elle existe – a bien pris en compte ce départ à la retraite et prévoit une option de remplacement ou de repreneur. On essaie de faire en sorte que l'organisation soit faite pour ce départ à la retraite. On ne les laisse pas partir sans solution. C'est notre première action. Ce sont les délégués de l'assurance maladie (DAM) qui font ce travail, qui vont aller voir, avec leur

bâton de pèlerin, chaque médecin qui a plus de 65 ans pour essayer de trouver une solution avec eux pour anticiper leur départ.

Sur les nouveaux installés, je pourrai vous redonner les chiffres, il faut que je regarde dans mes documents, mais on en a quand même un peu de nouveaux installés dans le Val-de-Marne. On a des aides financières qui sont proposées dans l'installation de zones sous-denses et dès le début, on essaie d'aller les voir en les sensibilisant au plan d'action, en disant « on a un vrai sujet d'ALD sans médecin traitant sur votre territoire. Êtes-vous en mesure de les prendre en charge ? » et on va mettre en place un circuit pour que ces médecins qui n'ont pas de patientèle puissent accueillir de nouveaux patients.

Je rajouterai une dernière chose. On essaie aussi de valoriser le développement des maisons de santé. Ce sont des structures physiques où des professionnels de santé exercent en libéral. Ce sont des structures qui attirent beaucoup les jeunes médecins. Maintenant, les jeunes médecins ne veulent plus s'installer en cabinet isolé. Ils veulent être en équipe, pouvoir partager, pouvoir déjeuner ensemble, discuter de cas-patients. L'assurance maladie finance ces maisons de santé via un accord conventionnel interprofessionnel au niveau national et on va rémunérer le fonctionnement de ces structures qui vont accueillir de nouveaux médecins. C'est très positif. On en a 19 dans le Val-de-Marne. On en a eu cinq de plus cette année. Ce sont de bonnes nouvelles.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci pour ces précisions. Il y avait une question de Mme PERRIOT LE-FUR.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Je voulais savoir si, dans votre suivi, vous avez un lien avec le 15, le nouveau service des ARS qui vise à essayer de trouver quelque chose. Est-ce que vous avez été amenés à travailler avec eux parce que finalement vous n'avez pas d'autre solution ? Ou est-ce que jusqu'ici vous avez trouvé des solutions ?

Mme PETER : S'agissant du 15, c'est le service d'accès aux soins qui a été prévu dans Ma Santé 2022, qui a été mis en place depuis juillet 2022 dans le Val-de-Marne et qui vise à permettre aux patients qui n'ont pas de médecin traitant ou qui ne peuvent pas voir de médecin traitant, de contacter le 15 pour un rendez-vous de soins non programmé. Ce ne sont pas des urgences. Cela n'a pas vocation à pallier les situations d'urgence. C'est vraiment un soin non programmé. Par exemple, j'ai une angine, j'ai besoin d'aller voir un médecin pour un antibiotique – ou pas, d'ailleurs, parce que ce n'est pas toujours automatique, comme on dit –, et je ne trouve pas de médecin. Je n'arrive pas à trouver un médecin et là, il me le faut dans les 48 heures. Le 15 va se charger via un réseau qui s'appelle le SAS, via des disponibilités sur Internet – c'est un peu comme un Doctolib, mais vraiment concaténé avec tous les rendez-vous des médecins, même ceux qui ne sont pas sur Doctolib –, de trouver un créneau pour ces patients. Pour l'instant, notre relation avec le 15 est plus sur des soins non programmés que sur l'absence de médecin traitant. Après, c'est un sujet que nous avons identifié et sur lequel nous voudrions travailler.

Il faut aussi savoir que le 15 est en lien avec les Communautés Professionnelles territoriales de santé, les CPTS, qui ont une mission d'accès aux soins et de trouver un médecin traitant aux patients qui sont sur leur commune. Le 15 fait des liens avec les CPTS. Il faut également savoir que quand le patient est orienté vers un médecin et que le médecin voit qu'il n'a pas de médecin

traitant, le patient peut très bien demander au médecin : « Est-ce que vous voulez bien être mon médecin traitant, si le courant passe bien avec ce médecin ? »

M. ROUCHAUD, CFTC : Est-ce que vous pourriez avoir une attention particulière sur la situation du docteur AUBER, qui est à Créteil ? Il a 70 ans et il se sent coupable à l'idée de partir en retraite et de laisser ses patients sans offre de soins, donc il continue alors qu'il est très fatigué.

Mme PETER : Je le note. Il y a 63 installations qui ont été faites par des médecins généralistes dans le Val-de-Marne en 2023.

Mme HAMMOU, CGT-FO : J'ai une question par rapport à la sélection du médecin. Vous disiez que vous regardiez sur l'applicatif. S'il était parti deux fois chez le même médecin, il contactait l'assuré pour savoir s'il voulait bien le médecin en médecin traitant, c'est ça ? À ce moment-là, vous appelez le médecin traitant pour savoir s'il est d'accord. Je voulais savoir si c'était les seules choses que regarde le technicien avant d'appeler l'assuré, ou alors s'il faut regarder aussi s'il est conventionné secteur 1, secteur 2 ou honoraire libre. S'il est parti voir deux fois un médecin qui est en honoraire libre et une fois un médecin conventionné secteur 1, est-ce qu'il n'est pas préférable d'appeler le médecin qui est conventionné secteur 1 que de dire à l'assuré de prendre le médecin en honoraire libre ?

Deuxième question. L'assuré, il est d'accord, et vous appelez le médecin traitant qui dit non. Vous disiez qu'un médecin est libre de ce qu'il fait, de ses actes. Est-ce qu'il y a une sanction pour le médecin traitant qui reçoit un patient et qui refuse d'être son médecin traitant ?

Troisième question. Nous, assurance maladie, quand on voit que l'assuré est parti voir trois ou quatre fois le même médecin, pourquoi ne le met-on pas automatiquement en tant que médecin traitant ? Qu'est-ce que ça coûte aux médecins d'être désignés comme médecins traitants ?

Mme CASTRIQUE : Sur la question du choix du professionnel de santé, si un assuré est allé voir deux fois le médecin traitant, même s'il est en dépassement d'honoraire, et que le médecin est d'accord avec l'assuré, de la même façon que le médecin a le libre choix de sa patientèle, l'assuré a le libre choix de son professionnel de santé.

On peut sensibiliser au fait qu'il y a potentiellement un professionnel de santé près du domicile qui n'est pas en dépassement d'honoraire, mais notre rôle est simplement d'accompagner, pas d'orienter et de flécher. Si l'assuré souhaite avoir un médecin qui fait des dépassements d'honoraires, on abonde dans son sens.

M. ARNAUD, Direction : Comme on est sur un public particulier qui est celui des affections longue durée, les soins sont quand même largement couverts et très bien remboursés. Ça vient atténuer aussi l'impact financier potentiel.

Mme PETER : Dans l'ordre, on contacte d'abord le médecin avec la liste des patients, et après, on prend contact avec l'assuré. On n'appelle pas un assuré pour lui demander si il est d'accord pour que ce médecin soit son médecin traitant sans s'assurer que le médecin donne son accord. On préfère fonctionner comme ça.

Il n'y a pas de sanction si le médecin refuse. C'est la liberté d'exercice et le libre choix également du patient de choisir son médecin traitant. C'est une relation assez personnelle, au-delà du médical. C'est quelque chose qui est soumis à la liberté.

Mme CASTRIQUE : C'est le libre choix de la patientèle pour un médecin traitant.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Je vous propose de recueillir vos avis sur le déploiement de l'outil AZAM.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Sur le vote en lui-même du déploiement de l'outil qui va certainement être intéressant et qui va faciliter, ce sera un vote favorable. La CFDT tient à dire que c'est très, très, insuffisant, au regard des difficultés aujourd'hui des assurés qui ne trouvent pas de médecin, qui ne savent comment faire, qui sont complètement démunis avec un système de numérisation d'AMELI. C'est extrêmement compliqué pour les personnes et notamment pour les personnes âgées. C'est un outil pour vous, c'est très bien mais ça ne résout absolument pas le problème aujourd'hui et c'est vraiment dommage. Ça restera un oui favorable sur l'outil exclusivement.

Mme LEBERNADY, CFTC : Pour la CFTC ce sera un avis favorable si il y a un gain de temps au niveau de l'envoi des courriers et moins de tableau Excel.

M. MARQUES, CGT-FO : Au-delà des problèmes conjoncturels, la désertification médicale, les difficultés des patients qu'on connaît et qui sont importantes. Il se trouve que l'on a vu l'outil fonctionné en amont et surtout on a vu les tableaux Excel, que vous n'avez pas montré aujourd'hui, 20 tableaux, des centaines de lignes, des menus, des sous-menus. Concrètement, les salariés qui sont amenés à utiliser l'outil sont quand même très contents, même s'il est probablement perfectible. C'est donc un avis favorable.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci, nous avons donc un avis favorable à l'unanimité. Merci beaucoup. Je vous propose de passer au point suivant qui est relatif à la politique de rémunération 2024.

Point 6 : Politique de rémunération 2024

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Vous êtes habitués à l'exercice. Pour la répartition des points de compétences, la cible est de 30 % des effectifs de l'organisme sur cette année, puisque nous nous inscrivons dans une politique de rémunération encadrée par la RMPP qui est de 1,5 % cette année, et donc un retour à la normale après deux années qui avaient fait l'objet d'éléments complémentaires. Pas d'éléments de modification d'ensemble de la démarche. Vous avez dans la note les éléments de calendrier prévisionnels. J'attire simplement votre attention sur le fait que, cette année, la CNAM nous a demandé de passer l'ensemble des mesures sur la paie du mois d'octobre. C'est un élément sur lequel on s'astreignait, mais qui est une contrainte certaine. Je vous propose de passer directement à vos questions, s'il y en avait.

Mme HAMMOU, CGT-FO : J'ai une question par rapport à la valorisation des mobilités fonctionnelles à grade égal, intervenue dans le cadre d'une vacance de poste, et ce dès lors que la période probatoire est échue. Si on postule à grade égal sur un autre poste, quand la période d'essai est échue, automatiquement, à quelle hauteur est-on revalorisé ?

M. ROUCHAUD, CFTC : Sur la politique de rémunération, bien évidemment, vous êtes dépendants par rapport à ce que vous allouent les pouvoirs publics, nos autorités de tutelle. Simplement, on constate que vous rencontrez une difficulté, celle de fidéliser, de faire en sorte

que les jeunes restent. Dans certains services, on observe quand même qu'il y a une tendance. Ils arrivent et pour qu'ils aient un meilleur salaire, vous n'avez pas 36 solutions. Le seul levier que vous avez, c'est qu'ils aient un niveau plus conséquent. Donc ils arrivent au niveau 5, au niveau 6, au niveau 7 parfois. Je le comprends. La résultante de cet état de fait, c'est que les anciens qui sont là depuis 20, 25, 30, 35 ans, il leur reste moins de parts de gâteau pour une évolution de carrière. C'est un problème et ça crée de la frustration. Il faudrait que la Direction se penche de cet état de fait, parce que, vous le savez, dans certains services, pour fidéliser les nouveaux embauchés, on entreprend des promotions tout de suite. Cela crée de la frustration par rapport aux autres qui attendaient depuis 20 ou 30 ans.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : C'est noté.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Concernant la valorisation de la mobilité à grade égal, si on peut avoir une petite explication de texte, qu'on soit bien sur la même chose. La valorisation de l'implication dans l'effort de formation, je reviens à la notion de formateur externe occasionnel et à la notion de formateur interne à titre accessoire. Le problème, c'est que vous ne faites pas de distinction, parce que vous considérez que ce que vous appliquez est bon, et tant mieux. Néanmoins, on a quand même un accord UCANSS. Aujourd'hui, dans tous les éléments que l'on peut avoir de la Direction, à aucun moment on ne sait combien sont pris à titre de formateur interne à titre accessoire, donc bénéficiant éventuellement des avancées que l'on peut avoir au niveau de la Caisse, et combien sont pris au titre de formateur externe occasionnel. Ce sont bien deux choses différentes et aujourd'hui, pour autant, on est dans l'incapacité de savoir comment c'est exploité au niveau de notre Caisse. Pour moi, ça reste important parce que c'est un accord sur lequel on a beaucoup travaillé. Là, on ne parle que du formateur occasionnel, mais il y a le formateur interne à titre accessoire. Si c'est la même chose, j'aimerais que ce soit bien indiqué dedans, que l'on nous dise que c'est exactement la même chose et que c'est bien pris en compte. On est bien sur deux façons différentes de voir la formation et pour autant, pour le moment, il n'y a pas d'explication de texte sur ça.

Sur les pas de compétences, 30 %, c'est bien. Ça pourrait toujours être beaucoup mieux, mais ça, on va le dire après. Par contre, l'incidence du nouveau dictionnaire national des compétences, est-ce que ça a pu avoir une influence sur les pas de compétence qui vont être attribués ou pas ? Est-ce qu'on est sur un mixe de ce qui pouvait se faire ?

Sur les modalités d'attribution de la prime de résultat, est-ce qu'il serait possible que vous nous réexpliquiez aussi quand une personne part, 8 ou 9, et quelle est remplacé par un niveau 8 ou 9, quelles sont les modalités d'attribution d'une prime de résultat pour le nouvel arrivant en cours d'année ?

À l'occasion du vote, nous donnerons notre avis sur le budget, sur la façon dont c'est fait, sur la nouvelle classification.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci. La valorisation des mobilités à grade égal est une disposition que l'on a mise en place au sein de la CPAM en 2022. L'idée de cette disposition était d'accompagner d'une façon générale à la mobilité, en partant du principe que faire acte de mobilité, c'est parfois aussi un peu se mettre en danger, plutôt que de rester dans son confort dans l'emploi que l'on maîtrise et réduire ses chances, potentiellement, de bénéficier d'un pas de compétence.

Cette mesure est attribuée après la fin de la période de stage probatoire, mais rétroactivement au jour de prise de fonction de la personne et elle est attribuée à hauteur d'un pas de compétence, donc la personne bénéficie d'un pas de compétence. C'est une mesure basée sur des critères différents. Il y a accroissement de compétence parce qu'il y a la découverte d'un nouvel emploi, mais on est un peu en dehors du cadre puisque c'est appliqué systématiquement.

C'est quelque chose de local. Ce n'est pas une disposition qui existe au niveau national, mais que nous avons créée en 2022 et maintenue depuis.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : J'avais cru comprendre que l'on était plus sur la règle des 105 % plutôt que sur l'attribution d'un pas de compétences. J'ai dû me tromper.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Non, c'est un pas de compétences puisque c'est à grade égal.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : On est dans le cadre d'une mobilité fonctionnelle décidé par l'employeur ou décidé par l'agent ?

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : C'est dans le cadre d'une candidature sur un poste à grade égal. Le contexte étant celui que j'ai rappelé. Quand on candidate en cours d'année, on se dit qu'on ne sera pas forcément pressenti au moment de la campagne d'attribution des pas de compétences. Le but est de venir neutraliser cet effet.

Mme DUMARCAY, CFDT : Y aura-t-il une rétroactivité ?

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : On attend que la situation soit définitive pour attribuer le pas de compétences, donc à l'issue de la période probatoire, le pas de compétence est attribué à date de prise de fonction. Si vous avez pris vos fonctions début juillet, il est attribué à compter de début juillet systématiquement en cas de mobilité à grade égal, dans le cadre d'une vacance de poste.

Mme DUMARCAY, CFDT : Ce n'est que pour les futures mobilités.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : C'est en place depuis 2022. On rappelle qu'on le maintient aussi cette année. Cela rentre dans le cadre de la note globale, mais c'est créé depuis 2022.

Voilà pour les explications sur la valorisation de la mobilité à grade égal et les éléments d'objectif qui sous-tendaient cette mesure.

Monsieur ROUCHAUD, par rapport à votre alerte sur la différence de traitement qu'il peut y avoir entre les anciens et les jeunes qui arrivent, je rappelle que lorsque nous faisons un nouveau recrutement, les éléments de rémunération de la personne nouvellement recrutée, s'il y a des points de compétences qui viennent compléter le niveau, ou si le niveau sélectionné est supérieur, ce sont des éléments qui ne rentrent pas en compte dans la RMPP, dans les 1,5 %. Cela ne vient donc pas faire défaut à notre enveloppe d'évolution que l'on peut attribuer à l'accompagnement de l'évolution professionnelle des collaborateurs de la Caisse.

J'entends qu'il y avait peut-être une deuxième alerte dans votre propos, qui était d'alerter sur la différence de traitement possible qu'il peut y avoir et le ressenti pour les personnes plus expérimentées sur cette situation. Ce sont des éléments que l'on a en vigilance lorsque l'on examine les éléments de proposition de mesures et d'évolution professionnelle. On considère

aussi en termes d'éléments de priorisation l'équilibre du service et les situations particulières qu'il peut y avoir.

Le Dictionnaire national des compétences n'a pas d'impact puisqu'on ne va pas venir changer la rémunération des personnes. Il n'y a donc pas d'impact sur la RMPP. On ne va pas changer le niveau ni la rémunération.

Cette année, on évalue sur la base des éléments de compétences qui ont été évalués au cours de la campagne de l'EAEA. Effectivement, le Dictionnaire national des compétences est susceptible de présenter une formalisation différente de ces compétences et donc, selon les situations, peut aussi amener à mettre en exergue tel ou tel point qui n'était pas forcément évalué jusqu'à présent. Effectivement, il y aura un questionnement sur la prochaine campagne de 2025 pour pouvoir s'assurer que l'accroissement des compétences est bien évalué en toute objectivité, alors même que l'on aura changé de référentiel. Ce sera un point de vigilance, en effet, sur l'année prochaine.

Les modalités d'application de la prime de résultat : pour le partant, c'est au prorata de l'année. On évalue ses objectifs au prorata de l'année. La situation est différente s'il a pu avoir son entretien annuel ou non puisque c'est au cours de l'entretien annuel que l'on fixe et évalue les éléments d'objectifs. Si la personne a pu avoir son entretien et évaluer ses objectifs, elle recevra sa prime de résultat au prorata de l'année passée. S'il n'a pas pu avoir son entretien annuel, la situation est la même que pour un nouvel arrivant arrivé en fin d'année et qui n'aurait pas eu les objectifs fixés. C'est alors une attribution sur la base de la moyenne des primes pour l'année considérée.

Concernant votre question sur la différenciation des statuts formateur externe, occasionnels, formateurs interne à titre accessoire. Ce n'est pas mon domaine de spécialité donc j'espère ne pas dire de bêtise. Nous ce que l'on maintient sur la partie formateur occasionnel c'est ce qu'on avait fait sur cette fin d'année à savoir que dans le cadre des situations des personnes, on s'assure de la situation la plus favorable entre la prime de formateur prévue par le protocole national et celle que nous avons au niveau local, et on applique la plus favorable pour le salarié. Ce qui a été le cas sur une situation sur l'ensemble l'année dernière.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : À chaque fois, vous me répondez la même chose. Je trouve cela très bien d'appliquer le mieux, sauf qu'aujourd'hui, il y a un accord UCANSS sur la formation professionnelle qui différencie tout à fait le formateur occasionnel et le formateur interne à titre accessoire. C'est une différenciation que vous ne faites apparaître dans aucune des choses. Ça me pose souci, parce qu'on a quand même un accord national qui différencie bien les choses, qui permet à certains d'avoir un petit truc qu'ils n'auraient pas forcément en tant que formateur occasionnel. Le formateur à titre accessoire, c'est celui qui accompagne la formation en situation de travail. Il n'est pas forcément formateur occasionnel. Il n'est pas identifié en tant que tel comme formateur occasionnel. Ça nous pose souci dans l'esprit du texte qui a été négocié en 2022. On a déjà saisi la CNAM plusieurs fois parce qu'on voyait bien qu'au niveau de la CNAM, il y a eu des soucis, que l'on n'a pas trouvés ailleurs, que l'on n'a pas trouvés dans d'autres branches.

Je suis tout à fait contente que vous donniez des pas de compétences à hauteur de 7 points aux personnes qui font. C'est normal et c'est très bien. Mais j'aimerais quand même que l'on sache si vous identifiez des formateurs internes à titre accessoire et que vous me disiez « j'en ai tant,

mais ceux-là, on leur a donné les mêmes droits qu'à un formateur occasionnel, parce qu'on a considéré qu'on était dans la même situation ». Ça, je veux bien, sauf qu'aujourd'hui, ceux qui pourraient être éligibles à la prime FITA (Formateur Interne à Titre Accessoire) ne sont pas identifiés. C'est un accord national.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : J'entends la question. Nous allons creuser, Madame PERRIOT LE-FUR. Je pense qu'il y a une partie des situations qui recouvrent des situations de tutorat, mais j'entends votre vigilance sur le fait de venir dénombrer les différents types de situations que l'on peut avoir. Donc, je prends la question. Il y avait-il d'autres questions ? Je vous propose de passer au recueil de vos avis.

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : La CFDT constate que des efforts sont faits au niveau de la Direction, puisqu'on peut voir que vous êtes dans la fourchette haute des pas de compétence attribués, ce qui est quand même une bonne chose. Néanmoins, cela ne suffira pas. En termes de rémunération, tout cela ne suffit plus aujourd'hui à assurer une vie correcte pour nombre d'agents. C'est trop difficile aujourd'hui de vivre en région parisienne avec la rémunération telle qu'elle est aujourd'hui. La CFDT espère encore obtenir des avancées avec la négociation classif, puisqu'elle n'est pas terminée, pour permettre des évolutions de rémunération supplémentaires pour tous les salariés de l'institution. Dans cette optique-là, ce sera un vote défavorable.

M. SEREMES, CFTC : Cette politique n'est toujours pas à la hauteur des besoins au regard de l'investissement demandé et fourni par le personnel. Pour la CFTC, ce sera un avis défavorable.

M. MARQUES, CGT-FO : Nous sommes en présence d'une politique de rémunération qui est assez semblable aux années précédentes, bien qu'en augmentation. Même s'il est à noter que les deux dernières années ont fait l'objet de mesures complémentaires, il se trouve qu'en matière de salaire, les agents et cadres de la Sécurité sociale sont en souffrance. Rappelons que travailler dans un organisme de Sécurité sociale ne garantit plus aujourd'hui de vivre dignement, de pouvoir assurer correctement l'éducation de ses enfants ou même parfois d'avoir un toit. Malgré les dernières augmentations de la valeur du point, l'inflation reste bien supérieure aux maigres compensations consenties par l'employeur. La politique de rémunération présentée de l'entreprise actuellement ne peut répondre aux besoins essentiels des salariés. C'est un avis défavorable.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Merci. Nous avons donc un avis défavorable à l'unanimité. Je vous propose de passer au point suivant, le suivi mensuel d'activité des pôles.

Point 7 : Suivi mensuel d'activité des pôles

M. ARNAUD, Direction : Sur ce point, il n'y a pas de grande nouveauté par rapport aux mois précédents. On a toujours nos évolutions habituelles, des soldes qui sont maîtrisées sur la C2S, sur la GDB, sur les accidents de travail notamment.

Un plan d'action qui se poursuit sur les PEAS, on l'a abordé un peu tout à l'heure de manière détournée à travers le rapport de la médecine du travail, et deux plans d'action qui se

poursuivent, l'un sur les exclusions avec la petite *task force* que l'on a mise en place jusqu'au mois d'octobre pour résorber la situation des rejets suite au passage à Diapason de TRAM SYNERGIE. On avait une situation de départ où on était parti à 16 000 exclusions. Aujourd'hui, on est aux alentours de 10 000 exclusions, donc ça fonctionne plutôt bien. Le travail de résorption fonctionne malgré les indisponibilités de l'outil de cet été.

Sur la PFS, sur l'un des deux états qui sont présentés, on voit vraiment le redressement depuis le mois de juin qui est lié au plan de retour à l'équilibre qui a été négocié avec la CNAM, puisque vous savez que depuis le mois de juin, la CNAM nous aide en moyenne à hauteur de six ETP par jour sur le taux de décrochés. Cela a un effet sur la remontée graduelle du taux de décroché et cela nous permet de continuer notre plan de recrutement et de montée en compétences qui fonctionnent bien et d'envisager un retour à l'équilibre ou, en tout cas, à des taux de décrochés corrects et sans aide d'ici la fin de l'année. Voilà ce que l'on peut dire rapidement sur la situation des activités.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Est-ce qu'il y avait des questions ? Non ? Je crois que c'est la première fois. Merci. Je vous propose de passer au point suivant relatif aux informations présidents et secrétaires.

Point 8 : Informations des Président et Secrétaire

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Côté président, nous n'avons pas d'informations particulières à faire. Madame SKOLUDEK, est-ce que vous aviez une info ? Non ?

Mme PERRIOT LE-FUR, CFDT : Je comptais vous la poser en CTR, mais je vais vous la poser maintenant. Il semblerait que le 10 septembre, il y ait une réunion avec les centres de santé et l'UGECAM. C'est une information qui m'est arrivée fausse ?

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Partiellement exacte.

M. ARNAUD, Direction : Vous avez raison. Le 10 septembre, comme on s'était engagé avec les centres, on va les voir régulièrement pour faire le point. Souvent, c'est sur les sujets de Desmos et de logiciels, mais on les a vus aussi au moment des vœux. On s'était engagé, quand on est suffisamment avancé, à venir présenter l'UGECAM, parce qu'on a des questions des salariés et qu'ils ont besoin aussi d'échanger.

Le 10 septembre, l'échange a vocation à faire un peu le point de là où on en est du sujet du transfert, sachant que l'on a une visibilité un peu plus forte sur la date d'intégration, puisque la CNAM devrait nous confirmer dans les prochaines semaines, ou dans les prochains jours, une date d'intégration cible aux alentours du 31 décembre 2025. On commence à avoir la date.

Cela vise à introduire l'UGECAM, que l'UGECAM présente ses activités, qu'ils répondent aux questions que peuvent poser les agents, et à faire le point pour nous des travaux qui sont engagés pour ce transfert, notamment à Saint-Maur sur le troisième cabinet. Sur Choisy, on fera le point sur la stratégie de recrutement que l'on a mise en place, puisqu'on a un plan de recrutement avec des secteurs qui sont un peu ciblés.

On a sollicité un des représentants de l'UGECAM qui est le pilote opérationnel, notre contact avec lequel on travaille régulièrement sur le projet d'intégration. Cela sera aussi l'occasion d'échanger. C'était une promesse que nous avons faite aux agents, une fois que l'on aurait suffisamment de visibilité. Cela permet de concrétiser un peu plus. On sait que l'on a une date potentielle d'intégration. On a avancé aussi sur nos plans d'action, sur les prérequis à l'intégration. Cela permet de passer un peu une étape, même si dans l'immédiat il ne se passe rien, si ce n'est que l'on entreprend des travaux à Saint-Maur sur les cabinets, ou que l'on a un plan de recrutement à Choisy. Cela permet quand même d'avancer un peu dans la concrétisation de ce projet.

Mme SKOLUDEK, CGT-FO : J'ai juste une question pour savoir si quelque chose est fait actuellement concernant le portail d'entrée des voitures. Depuis un certain temps, les lectures de plaques ne se lisent plus alors qu'on est autorisé à rentrer, ce qui génère certains soucis, notamment que l'application reste connectée 30 jours et après se déconnecte. Cela déconnecte nos identifiants et il faut se reconnecter pour pouvoir ouvrir. Pour peu que l'on oublie notre mot de passe, pour le réinitialiser, c'est sur l'adresse CPAM, donc c'est compliqué de laisser sa voiture et d'aller au travail pour se reconnecter. J'aimerais donc savoir si quelque chose est fait et si ce n'est pas le cas, quand ce sera fait.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Oui, il y a quelque chose qui est fait. On est en lien avec l'entreprise qui gère le système. Ils sont déjà intervenus, mais ça n'a malheureusement pas suffi. On était sur une remise en service début septembre, puisqu'ils attendaient une pièce, je crois.

Il y a plusieurs sujets quand même. Du coup, je ne savais pas que l'application se déconnectait. J'avoue que cela ne m'était jamais arrivé depuis que je l'ai installée. Quand il y a des mises à jour, cela ne m'écrase pas tout, donc cela doit dépendre des téléphones, j'imagine. Il faut que les agents pensent bien aussi à noter le numéro d'accès qu'il leur est attribué. Quand bien même ils perdraient leur application ou que leur téléphone serait déconnecté un jour, leur numéro reste valide, ils doivent se le noter et le conserver quelque part ou le mémoriser. Cela permet de pallier ces situations.

J'en profite pour dire que nous allons demander à l'entreprise de travailler sur l'ergonomie de l'application, notamment sur la question des vélos. Quand on clique « entrer en voiture », ce que doivent faire certainement beaucoup de gens qui arrivent en vélo, on est enregistré comme si on utilisait le parking voiture, alors que par ailleurs, on peut peut-être venir solliciter le forfait mobilité durable. La manipulation aujourd'hui est possible. On peut se déclarer entrer en vélo, mais il faut d'abord aller chercher le vélo et ensuite venir cliquer sur le bouton d'entrée. J'imagine qu'elle n'est pas forcément faite systématiquement et que l'on va avoir des incohérences sur certaines données statistiques. Donc, on va essayer de travailler aussi sur cette amélioration.

Sur la question des portails, on a eu des pannes réitérées. Pourquoi a-t-on eu ce souci ? Entre les intervenants sur la partie électrique du portail et les intervenants des caméras, quand l'un intervient, parfois, dans le boîtier, il déconnecte les éléments de l'autre. En l'occurrence, c'est ce qui s'est passé. Cela nécessite donc qu'après, on refasse appel à l'autre pour qu'il vienne reconnecter. En plus, il y avait un sujet parce que le boîtier avait pris l'eau, donc il y a un problème d'étanchéité que l'on va résoudre.

On a aussi un problème globalement d'intervention, sur la partie électrique, régulière sur ces portails, notamment le portail extérieur que l'on a prévu de remplacer car il est trop lourd pour la puissance du moteur qui occasionne des pannes répétées. On n'arrive pas à sécuriser un fonctionnement pérenne. Donc on va remplacer ces portails par des portails plus léger en aluminium.

M. MARQUES, CGT-FO : J'ai deux questions ? Quand est-ce que vous allez lancé un recrutement pour remplacer MME AVENGOZAR ? Et j'aimerais savoir ou en est au sujet de l'étude juridique que l'on vous a soumis ? Et la deuxième question concerne la formation transgenre, questionnaire, qui a été réalisé à l'accueil. Il y a des questions qui nous ont paru curieuses au regard de ce que l'on demande aux salarié, qui est d'accueillir les assurés, et surtout qui ont mis les agents mal à l'aise.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : En fait c'est le contenu de la formation ou c'est ce qui est demandé de faire qui met mal à l'aise ?

M. MARQUES, CGT-FO : Non c'est le contenu. En fait on se demande à quoi ça sert ? En quoi cela va aider la personne qu'elle réponde à ces questions pour mieux accueillir un assuré qui est en transition. Je vous invite à regarder dans le détail ce questionnaire, je pense qu'il y a des questions qui n'ont rien à faire là. C'est un signalement plus qu'une question que je vous soumetts là. Des retours que l'on a eus, certains était mal à l'aise.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Sur la question de l'étude juridique, la réponse ne va pas vous satisfaire monsieur MARQUES. On attendait encore des éléments complémentaires au niveau de l'UCANSS. Il ne s'agit pas de s'engager là-dedans tous seuls. Dès lors que j'ai des éléments qui permettent de confirmer dans un sens ou un autre, je m'engage à vous tenir informés.

M. MARQUES, CGT-FO : Donc ils ne vous ont toujours pas répondu ? C'est ce que vous étiez en train de me dire.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Non.

M. MARQUES, CGT-FO : Il va peut-être falloir que j'aille les voir directement. J'en suis capable. On va y réfléchir car là il se moque du monde aussi bien de vous que de nous. je le prendrais comme ça à votre place.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Concernant la formation, on prend l'alerte.

M. ARNAUD, Direction : Pour les élus, une centralisation s'est mise en place sur ces dossiers à la CPAM de Bobigny, qui est une plateforme nationale de traitement de ces situations, qui part du constat que les démarches à accomplir en cas de transition sont extrêmement complexes jusqu'à présent, puisqu'il y a une forte incompréhension de l'administration. On ne rentre pas dans les cases, du coup, cela engendre des blocages dans des situations où les gens sont déjà dans des situations de fragilité. Il y a donc un repérage qui est mis en place dans le réseau et une centralisation de ces dossiers qui sont traités en BDO par la CPAM de Bobigny. Sur le reste du dossier, il reste géré dans chacune des caisses. Par contre, sur toutes les opérations particulières de mise à jour de la BDO et de contact avec les assurés, c'est Bobigny qui s'en charge.

C'est dans ce cadre-là, je pense, que la formation – dont je n'ai pas entendu parler – a dû être délivrée pour le repérage de ces situations et la connaissance de l'offre de services.

Maintenant, on prend l'alerte sur le contenu et on va regarder.

Mme CASADO-BOLIVAR, Direction : Je pense que nous avons fait le tour de vos questions. Je vous remercie. Nous allons lever la séance. Je vous souhaite un bon appétit à tous.

La séance est levée à 12 heures 45.