

ORDRE DU JOUR :

- **Présentation du bilan activité
Commission Recours Amiable 2017**
- **Activité de la CPAM pour
le compte de la Camieg**
- **Arrêté des comptes 2017**
- **Convention d'Objectif et
de Gestion**

DÉCLARATION FO ÉNERGIE ET MINES

Changer un mot, un seul. Et c'est notre plus bel ouvrage collectif qui pourrait s'effondrer, la Sécurité sociale.

Après quelque 48 heures de polémique, un amendement de la majorité présidentielle prévoyant le changement d'appellation de « Sécurité sociale » en « protection sociale » dans la Constitution vient d'être retiré. Pour nous, l'idée est néanmoins dévoilée, le risque bien réel.

Cet amendement aux motifs que les problèmes d'aujourd'hui ne sont pas ceux d'hier, que la prise en charge de la dépendance nécessite cette modification, que les « dépenses sociales » ne doivent plus être là « pour sécuriser des parcours de vie, mais pour protéger des risques de l'existence ».

Tous ces arguments sont injustifiés. Nul besoin de modification constitutionnelle pour mettre en place un risque « Dépendance », c'est tout à fait possible à législation inchangée.

Les problèmes d'hier, dans le fond, sont les mêmes qu'aujourd'hui : ce sont les risques économiques, que ce soit en raison d'une maladie, de charges familiales, de la retraite, du chômage, etc. C'est le risque de perdre son revenu ou de devoir faire face à une surcharge de dépenses. C'est ce que la Sécurité sociale a organisé : la prise en charge collective de ces risques et qui a fait émerger la notion de risque social.

Ainsi, le gouvernement a tenté la mainmise de l'appareil d'État sur non seulement la Sécurité sociale, mais aussi sur toutes ses dimensions connexes (assurance

chômage, retraites complémentaires, hôpitaux publics : ce qui est derrière ce vocable de « protection sociale », en plus de la seule Sécurité sociale) afin de construire son « nouveau monde social », qu'il qualifie aujourd'hui d'universalisation des droits, mais qui de facto transformera la Sécurité sociale en une assistance publique aux plus démunis, sur l'ensemble des risques sociaux, devenus sociétaux : maladie, chômage, retraite, etc. Et il y aura avec cela le renforcement de tout le contrôle à outrance sur les bénéficiaires ! Alors place sera faite aux assurances privées pour « protéger » uniquement ceux qui en auront les moyens . . .

Force Ouvrière condamne et s'oppose à cette modification, sans concertation, si lourde de sens et de conséquences. Il s'agit à nouveau de promouvoir une « déprotection » de tous, au bénéfice de quelques-uns. Un pays en ruine a su créer « la Sécurité sociale », un concept unique au monde, socialement et solidairement exceptionnel, d'une rare modernité. Une France riche peut et doit faire croître cette Sécurité sociale. Cette transformation serait une faute historique, ce serait constitutionnaliser la mort de la Sécu !

PRÉSENTATION DU BILAN ACTIVITÉ COMMISSION RECOURS AMIABLE 2017

La CRA se réunit en moyenne une fois par mois. Elle étudie les saisies des assurés ayant eu un refus de la caisse (affiliation, prise en charge, remboursement . . .). Elle vérifie la bonne application des textes dans les décisions de la caisse. Info FO : la commission est composée de membres du conseil d'administration. Ne pouvant faire droit aux saisies n'ayant pas respecté les textes du code de la sécurité sociale, ses pouvoirs sont limités. Néanmoins, en cas de doute à la réception d'un refus de la caisse, il est indispensable que l'assuré saisisse la CRA, car en 2017, 252 dossiers ont donné droit à remboursement suite erreur de traitement premier niveau.

En 2017, 716 dossiers ont été étudiés par la CRA. La CRA a fait droit à 8 dossiers, dont 3 pour remise de dette.

Info FO : Les délibérations de la commission ne prennent effet que trente jours francs après présentation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Sans suspension de leur part dans le délai, les décisions sont figées. En 2017, les délibérations ont été approuvées.

Les principales thématiques des dossiers traités :

■ Ayant droit du régime complémentaire 310 (43,30 %)

Info FO : Depuis 2015, la CAMIEG est en relation directe avec la Direction Générale des Finances Publiques. Dès lors que les revenus déclarés en 2015 dépassaient le seuil de 1560 fois le taux horaire SMIC (14 992 €), les droits au Régime Complémentaire étaient clôturés.

La CRA ne peut faire droit dès lors que les revenus dépassent ce seuil. Lors de ce conseil d'administration, sous l'impulsion de la représentante FO de la CRA, l'avis du conseil d'administration a été demandé concernant deux dossiers pour des revenus 2016 dépassant de 1 € pour le premier et de 2 € pour le second, deux assurés se trouvant dans une situation sociale difficile. La délibération a été votée à l'unanimité, mais les représentants des Ministères, malgré nos arguments, sont restés sur une posture « un seuil, c'est un seuil sinon... ».

■ Transport 305 (42,60 %)

Info FO : Sur cet item, l'assuré est trop souvent abusé. Par méconnaissance ou mauvaise volonté des Professionnels de santé, les documents obligatoires à envoyer en amont du transport ne sont pas établis ou les documents mal remplis. Avant chaque transport, c'est à l'assuré de connaître le code de la sécurité sociale !

Suite à la détermination de vos représentants FO, les Pouvoirs publics ont modifié la prescription médicale de transport pour clarifier celle-ci sur l'obligation d'une personne accompagnante en voiture particulière pour un patient en ALD (Affection Longue Durée).

Malgré cette clarification qui ne peut être ignorée par les Professionnels de Santé, bon nombre omettent de cocher la case obligatoire et c'est l'assuré qui se voit lésé par le refus de remboursement...

Il est indispensable qu'une simplification des démarches administratives soit étudiée (demandes d'ententes préalables dématérialisées et centralisées).

ACTIVITÉ DE LA CPAM POUR LE COMPTE DE LA CAMIEG

Un recul fondamental sans aucun complexe... des slides présentés dans lesquels le terme d'assuré a été remplacé par client !

Client, roi dans le domaine commercial, loin de l'être dans le domaine du traitement des remboursements !

Nous vous épargnerons des chiffres de feuilles de soins traitées, du nombre d'appels téléphoniques...

Nous sommes intervenus sur les bases de nombreuses réclamations d'assurés se retrouvant désespérés face à des réponses telles que : « nous n'avons pas reçu », « votre dossier est bien enregistré, délai de remboursement 6 semaines ».

La Direction de la CPAM a tout d'abord dénigré nos observations puis a bien voulu nous apporter quelques explications.

Toutes les correspondances envoyées à la CAMIEG sont tout d'abord centralisées dans un service sous-traitant de la poste qui effectue uniquement l'ouverture des enveloppes. Ensuite les enveloppes sont transférées à la CPAM 92 qui trie, scanne et répartit les courriers concernant la CPAM (remboursements) et la CAMIEG (gestion des droits, modification familiale, RIB...) afin de les répartir informatiquement (vidéocodage).

La Direction de la CPAM nous indique effectuer ces tâches pour 14 caisses différentes !
Cette étape met en « moyenne » 8 jours !

Nous avons interpellé la Direction de la CPAM sur les propos tenus par les conseillers : ne peuvent-ils pas simplement répondre, dans le cas où l'assuré a envoyé son document dans la semaine, qu'il n'est pas encore visible informatiquement ? Et non pas qu'ils ne l'ont pas reçu ! Combien de documents sont envoyés en double du fait de réponses inadaptées ?

Conseils FO :

N'oubliez pas que les demandes d'accord préalable, déclaration et renouvellement Affection Longue Durée sont à envoyer à l'échelon local de la CPAM de votre lieu de domicile en notifiant « assuré CAMIEG ».

Concernant les documents envoyés à CAMIEG, 92011 Nanterre Cedex : Pour les feuilles de soins papiers, il est indispensable qu'elle comporte votre numéro de sécurité sociale, le code organisme qui devrait être notifié par le Professionnel de Santé... (999 390 603 pour les ouvrant-droit, enfants jusqu'à 20 ans / 92 006 089 pour les ayant-droit Régime Complémentaire seul), votre signature.

Conservez une copie des documents.

64 858 réclamations reçues en 2017, soit +15,10 % depuis 2016. Délai de traitement des réclamations :

- En moins de 10 jours : 82,36 %
- En moins de 21 jours : 90,66 %

Que ce soit les assurés ou les Professionnels de Santé (dans le cadre du Tiers Payant), plus de la moitié des réclamations sont du fait des retards de remboursement.

La CPAM nous notifie ce fait constaté par « perception de retard » ! 6 semaines, voire plus, de délai de remboursement ne sont pas une perception !

Il y a eu également des retards de remboursement courant 2017 concernant les consultations généralistes qui sont passées de 23 à 25 € en mai 2017. Beaucoup de médecins avaient omis de modifier informatiquement ce tarif bloquant donc le remboursement. Un traitement manuel a été nécessaire.

37 dossiers d'assurés des IEG ont été présentés dans le cadre de la commission sociale de la CPAM 92, seulement 19 aides ont été accordées.

Point positif dans cette présentation, la Direction de la CPAM 92 a modifié une bonne partie des Contrats à Durée Déterminée par des Contrats à Durée Indéterminée. Elle a également augmenté de 60 % son budget de formation. Des conseillers mieux considérés, bien formés ne peuvent être que dans l'intérêt des assurés.

ARRÊTÉ DES COMPTES 2017

Les résultats globaux de la CAMIEG en 2017 sont de **27 383 741,46 €** :

- + 1 420 974,70 € pour les Actifs
- + 25 962 766,76 € pour les Inactifs

Pour la section des Actifs :

Malgré une baisse des effectifs due aux décisions unilatérales des employeurs (- 8,52 % pour les recettes en cotisations par rapport à 2016) et de ce fait une diminution des dépenses (- 5,57 %), le résultat de la section des actifs reste positif (+ 1 420 974,70 €).

Pour la section des Inactifs.

Les résultats de la section des Inactifs soit 25 962 766,76 € est en progression de (25 %) par rapport à celui de 2016 (+ 20 700 549,49 €). En 2017, les recettes de cotisations des pensions ont augmenté (+ 1,15 %) dues à l'augmentation du nombre d'assurés (+ 2,6 % effet vase communicant avec la section des actifs), mais également d'une diminution des dépenses (- 0,51 %)

Les Reports à nouveau (excédents)

Avant affectation des résultats 2017, les montants des reports à nouveau s'élèvent à :

Actifs : 111,98 M€ / Inactifs : 209,07 M€

Après affectation des résultats 2017, ils sont désormais de :

Actifs : 113,40 M€ / Inactifs : 235,04 M€

Les comptes ainsi que les reports à nouveau ont été approuvés à l'unanimité.

! : Les excédents sont désormais de 348,44 M€. Il est indispensable que des négociations débutent afin de les résorber.

Le conseil d'administration a voté l'examen de solutions afin de réduire les excédents avec un retour en priorité aux assurés.

Une commission se réunira le 19 septembre 2018.

Nos revendications :

Concernant les cotisations pour la section des actifs :

■ Suite au décret N° 2014-363 du 21 mars 2014, le taux de cotisations est fixé à 2,07 %, dont 0,72 % à la charge de l'agent et 1,35 % à la charge de l'employeur.

Nous considérons suite au prélèvement effectué en 2014 par les Pouvoirs publics d'un montant de 175,92 millions d'euros des excédents cumulés de la section actif, les Pouvoirs publics ayant argumenté ce prélèvement par un rattrapage de cotisation de la part des employeurs. Notre délégation considère que les 106, 05 millions d'euros cumulés en 2014 sont construits sur les cotisations salariés principalement.

Les résultats annuels montrent depuis cette date des excédents annuels de 2,10 millions d'euros en 2015, 4, 04 millions d'euros en 2016 et 1, 42 millions d'euros en 2017.

De ces faits, nous considérons que la baisse des cotisations doit être amplement dirigée envers les salariés par une révision du taux global, mais également une révision de la répartition taux salarié/taux employeur.

Concernant les cotisations pour la section des actifs :

■ Alignement du taux de cotisation des inactifs sur le taux de cotisation des actifs. Actuellement les inactifs ont une cotisation à 2,36 % de leur pension, les actifs de 2,11 % de leur salaire (0,72 % et 1,39 % cotisation solidarité). Nous demandons que l'alignement se fasse au même taux dans le cadre d'un aboutissement des négociations de baisse des cotisations des actifs.

Concernant les prestations :

■ Socle de notre régime spécial, la grille des prestations est identique que ce soit pour les actifs et les inactifs. Nous revendiquons une augmentation des prestations profitant autant aux actifs qu'aux inactifs ne mettant pas en déficit l'une ou l'autre des sections.

■ La prise en compte de certains actes tels que les consultations chez le psychologue : le régime général l'applique, à titre exploratoire, sur 4 départements pour une période de 3 ans à hauteur de 20 séances sans dépassement d'honoraire afin d'étudier la généralisation des remboursements.

■ Création d'un fonds social : les refus de remboursement que subissent les assurés dû aux erreurs des Professionnels de Santé ne doivent pas leur incomber.

À PROPOS DE LA CONVENTION D'OBJECTIF ET DE GESTION :

Les salariés du siège de la CAMIEG sont intervenus durant le conseil d'administration.

Les propos de la Direction ont réussi à diviser les salariés du siège et les salariés des antennes.

Pour rappel, les Pouvoirs publics imposent à la caisse des réductions de 15 % en frais de gestion et de 10 % du personnel (soit -25 emplois).

Le Ministère a informé la Direction de la CAMIEG que l'atteinte des objectifs est leur mot d'ordre, mais que celle-ci a la main sur la déclinaison au sein de la caisse pour les atteindre.

La Direction s'arc-boute sur l'accomplissement de cette diminution d'effectif par la fermeture de 3 antennes a minima voire 5 antennes.

Depuis 2015, la caisse fonctionne avec un budget au 12^e, concrètement cette procédure implique qu'elle ne puisse, sauf rare dérogation, remplacer les postes vacants et elle ne peut faire aucun investissement. Deux ans, les services sont las de cette situation, les conséquences se font sentir et le service rendu aux assurés risque de se dégrader.

Pour notre délégation, nous regrettons que les salariés de la CAMIEG puissent nous demander de capituler, cela voudrait dire que nous sacrifions la proximité de la caisse pour des milliers de nos assurés en fermant les yeux sur l'investissement et la disponibilité des salariés des antennes concernées.

Nous avons rappelé à la Direction de la CAMIEG à plusieurs reprises que les objectifs demandés par les Pouvoirs publics ne sont pas à atteindre au lendemain de la signature de la COG, mais bien des objectifs qui s'étalent sur 3 voire 4 ans (durée de la COG non définie pour le moment). La réponse est ferme : aucune autre solution !

Le dialogue est rompu également avec la Présidence de la Caisse, nous avons à maintes reprises demandé une rencontre intersyndicale, car nous sommes conscients que cette situation ne peut perdurer. Aucune réponse ne nous a été faite.

Lors du conseil, un point nommé « note de cadrage de la COG » était à l'ordre du jour, sans renseignement ni pièce jointe.

Notre délégation a décidé de quitter la séance lors de ce point après avoir lu la déclaration ci-dessous :

« Depuis le rendez-vous au ministère des Solidarités et de la Santé du mardi 6 mars 2018, aucune évolution n'a été constatée. Le ministère devait nous faire retour des propositions que nous lui avons soumises. À ce jour, aucune réponse.

Le 21 mars 2018, le conseil d'administration du 15 mai a été annulé à la demande du président pour un report le mardi 12 juin 2018.

Notre délégation a pris connaissance, via les réseaux sociaux, que le Président de la CAMIEG rencontrait seul le Ministère le 25 mai.

Depuis la rencontre du 6 mars, notre délégation a, à maintes reprises, émis le souhait qu'une intersyndicale soit programmée. Nous n'avons jamais été entendus.

Le 1^{er} juin, suite à la décision prise par le bureau le 31 mai, le Président informait les administrateurs du report du conseil d'administration du 12 juin.

Les membres du bureau, dans sa majorité, n'ont nullement accompagné ce report. 4 des 6 membres présents à celui-ci s'y sont fermement opposés, l'ordre du jour du Conseil étant déjà suffisamment étoffé, un mandatement du bureau par le conseil afin de traiter du point « note de cadrage de la COG » aurait été plus judicieux. Comme seule réponse, une menace de ne pas siéger au conseil si son maintien avait lieu est pour nous une posture intolérable pour une organisation syndicale responsable et un non-respect de la démocratie de ce conseil.

Le 6 juillet, Mr le Président, vous nous informiez que les conditions de la signature n'étaient toujours pas réunies et que vous demandiez à chaque délégation de prendre ses responsabilités.

Nous donnons suite à votre préconisation. Au regard de l'absence de dialogue et de démocratie dans ce conseil, nous quittons la séance. »