



LA LETTRE DE LA MICHODIERE

Bulletin d'information édité par le SNFOCOS – Sous le N° de Commission Paritaire 3 941 D 73 S
Alain POULET, Directeur Gérant

15^e année

N°735

Hebdomadaire

Le 11 décembre 2009

N° 047-09

Quel avenir pour les UGECAM ?

Il nous paraît fondamental de créer une fédération des UGECAM pour avoir, au niveau national, un statut juridique qui nous permettrait d'être reconnu par les différentes tutelles au même titre que les autres fédérations (FEHAP, Croix Rouge, Mutualité) et de négocier avec le Ministère de tutelle et l'Administration centrale (DHOS, DGASS). Il serait aussi possible de passer des marchés publics nationaux pour l'ensemble des UGECAM (téléphonie, assurances, fournitures...).

Il serait possible, au niveau régional, de conserver une organisation spécifique aux besoins de santé locaux dans chaque UGECAM et être à même de se positionner en interlocuteur direct des ARS pour avoir une place réservée dans les groupes qui devront élaborer les nouveaux schémas de l'offre de soins (territoires de santé). Dans ce cas de figure, nous pourrions être également partenaires des ARS dans les expertises techniques des réponses aux appels à projets.

Cette fédération nationale doit rester au sein de la CNAMTS car nous avons, pour l'assurance maladie, une dimension de terrain d'expérimentation qui est fondamentale. Nous pourrions à ce titre citer quelques domaines où cela est déjà le cas : expérimentation de partenariats entre opérateurs de soins public – privé, mise en place de programme démontrant les possibles complémentarités entre le sanitaire et le médico-social, adaptations aux nouvelles modalités budgétaires avec la mise en place d'E.PR.D. (État prévisionnel des recettes et des dépenses) et de C.P.O.M. régionaux (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens). Cette structure permettrait une contractualisation aux niveaux national et régional qui serait une garantie de gestion des établissements. Elle permettrait des choix stratégiques sur différents plans : offre de santé des opérateurs de soin, patrimoine immobilier, classification des emplois.

Actuellement, les UGECAM rencontrent des difficultés diverses, en particulier financières. Il est fondamental de figurer dans la COG 2010-2013 afin d'avoir des objectifs de développement ciblés et de pouvoir bénéficier des mêmes prérogatives que les autres organismes de Sécurité sociale (FNGA, FNA, prime d'intéressement, financement pérenne de la complémentaire santé, abondement des évolutions de la valeur du point). Tous ces financements sont aujourd'hui distribués de façon très diverses par les différentes ARH, ce qui met en difficulté les établissements.

La classification n'est pas adaptée pour les professions médicales et paramédicales ainsi que pour les directeurs d'établissements largement sous rémunérés par rapport au privé non lucratif (FEHAP).

Quant aux OQOS (objectif quantifié de l'offre de soin), les bornes hautes ne permettent pas aux établissements de l'assurance maladie d'être réactifs et concurrentiels par rapport à l'offre de soin.

Jean-Paul ANDRE
Secrétaire National

Sommaire : **Page 1** : Quel avenir pour les Ugecam ? **Page 2** : La résignation chez les cadres, ça n'existe pas **Page 3** : Complémentaire santé **Pages 4,5,6,7** : Election des représentants du personnel aux Conseils – Agenda – Circulaire confédérale : Adoption d'un nouveau système tarifaire AT/MP

LA RESIGNATION CHEZ LES CADRES N'EXISTE PAS !

Le bureau régional SNFOCOS du Nord-Pas-de-Calais-Picardie, réuni le 20.11.2009 à l'UD FO de Lens, dénonce :

- le matraquage opéré sur les personnels, employés et cadres, dans le contexte des fusions des CPAM, mutualisations d'activités, régionalisation des URSSAF, départementalisation des CAF, silence radio sur le devenir des ELSM, implantation des ARS.
- les réorganisations en processus qui concourent à l'externalisation vers le privé de pans entiers d'activités,
- les emplois menacés, les qualifications, les déroulements de carrière stoppés.
- la volonté du gouvernement, retranscrite dans les rodomontades de l'UCANSS, qui vise à débiliter la convention collective en introduisant notamment le « transfert » des personnels de l'Assurance Maladie vers les ARS.
- l'absence de contresparties pour ces mêmes personnels
- la souffrance au travail subie par les salariés et principalement les cadres qui sont aux manettes opérationnelles de tous les changements et qui savent que leur mise en œuvre va produire la perte de leur propre emploi et une rupture sociale sans équivalent
- les négociations unilatérales des conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les Directeurs de Branche désignés par ce même Etat,
- le reversement aux branches, par les directeurs locaux, de 2,5 % environ des budgets destinés à rémunérer et augmenter les salariés, dans un contexte d'écroulement du pouvoir d'achat,
- le refus du Ministère du travail et donc de l'UCANSS de négocier des augmentations de salaires
- la politique des bas salaires qui divise les employés et les cadres, annihile les velléités des salariés à manifester et former l'unité pour des augmentations générales,
- le tassement des niveaux de salaires qui traduit le déni des qualifications, des grilles de métiers et de responsabilités,
- la mise à sac de la sécurité sociale par le biais des déficits organisés : exonération des cotisations patronales non reversées dans les caisses de sécurité sociale, loi TEPA, limitation des impôts sur les hauts revenus, exonération de cotisation sur les stocks options...dans un contexte de déremboursement des frais médicaux et la pratique d'une médecine qui répond avant tout à des budgets contraints.

LES MEMBRES DU BUREAU REGIONAL SNFOCOS APPELLENT SOLENNELLEMENT LES COLLEGUES ET CAMARADES CADRES ET EMPLOYES A FORMER DES INTERSYNDICALES, A DIFFUSER CE TRACT DANS LE PERSONNEL, A RELAYER CETTE INFORMATION LE PLUS LARGEMENT POSSIBLE, ET A SE TENIR PRETS EN VUE D' ACTIONS A VENIR :

GREVE ILLIMITEE ET MARCHÉ VERS LE MINISTÈRE DU TRAVAIL SUR LES REVENDICATIONS SUIVANTES :

- ✓ MAINTIEN DES DISPOSITIONS DE LA CONVENTION COLLECTIVE
- ✓ AUGMENTATION GENERALE DES SALAIRES
- ✓ NEGOCIATION IMMEDIATE SUR LA CLASSIFICATION EN INTEGRANT LES POINTS PERENNES NECESSAIRES A UNE RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS, DES PARCOURS, DES EMPLOIS

POUR LE MAINTIEN DE NOS EMPLOIS ET LA RECONNAISSANCE DE NOS COMPETENCES :

NON A LA CASSE DE LA SECURITE SOCIALE

NON A LA CASSE DES GARANTIES CONVENTIONNELLES

NON AU TRANSFERT DANS LES ARS OU TOUT AUTRE ORGANISME, **RESPECT DU VOLONTARIAT**

NON AU HOLD UP SUR LES SALAIRES ORGANISE DEPUIS DES ANNEES

NON AU TASSEMENT DES REMUNERATIONS

**OUI AU RASSEMBLEMENT DES SALAIRES DE LA SECURITE SOCIALE
POUR LA DEFENSE DE LEURS DROITS ET DE LEURS INTERETS.**

COMPLEMENTAIRE SANTE

Les partenaires sociaux qui gèrent le régime complémentaire santé des salariés de l'institution, ont examiné, au sein de la Commission Paritaire de Pilotage, la situation financière du régime arrivant au terme de cette première année d'activité.

Cette situation financière est globalement saine, même si la vigilance reste de mise. Le régime des actifs devrait être proche de l'équilibre, sur l'année 2009, alors même qu'il a du faire face à des charges nouvelles imprévues en début d'année (c'est la majoration de la taxe destinée au financement de la CMUC, qui s'applique aux contrats collectifs) et d'un contexte épidémique fin 2009, qui pèse sur la consommation médicale.

Comme l'ensemble des Complémentaires Santé, notre régime devra faire face à des charges nouvelles en 2010, qui tiennent à la fois aux conséquences de décisions des pouvoirs publics (telles que l'augmentation du forfait hospitalier par exemple) et à une progression générale des dépenses de santé.

Dans ce contexte, la CPP a arrêté les décisions suivantes à effet du 1^{er} janvier 2010, pour le régime des actifs salariés :

- 1) Une augmentation limitée de la cotisation des actifs, qui conduira, compte tenu de la participation patronale de 50%, à une majoration effective inférieure à un euro mensuel de la cotisation salariale, pour un « isolé ».
- 2) La catégorie de bénéficiaires des « ayants droit non à charge » qui regroupe pour l'essentiel des conjoints extérieurs de salariés de l'institution, adhérant à titre facultatif, fait ressortir un déséquilibre très significatif, qui, de fait est supporté par le collectif des actifs salariés. Un rééquilibrage s'impose donc, qui amène à porter la cotisation correspondante à 53,75€ mensuels.
- 3) Sur le volet des prestations, la décision a été prise de ne pas prendre en charge, au titre du régime complémentaire, le ticket modérateur des médicaments dont le remboursement par l'assurance maladie passera en 2010 de 35 à 15%, en raison de leur service médical rendu faible ou insuffisant.

Le régime des anciens salariés rencontre pour sa part des difficultés liées à sa montée en charge progressive, qui n'est pas achevée puisque les retraités d'avant le 1/1/2009, peuvent adhérer jusqu'au 30/6 2010. Les tarifs, voulus attractifs, ont du être fixés sans pouvoir évaluer précisément l'importance et les caractéristiques démographiques de la population de retraités qui pouvaient rejoindre le régime au cours de l'année 2009.

Des réajustements, dans les limites légales permises par rapport aux cotisations des actifs, s'avèrent indispensable à effet du 1/1/2010 :

- 1) ce qui se traduira par une cotisation totale de 83,09€ pour un ancien salarié « isolé », soit, compte tenu de la contribution du fonds de financement à hauteur de 20%, une cotisation effective à la charge des bénéficiaires de 66,47€ mensuels pour une personne seule et le double en « famille ».
- 2) Un rééquilibrage de même nature que pour le régime des actifs est rendu nécessaire pour les « ayants droit non à charge » qui ont rejoint le régime avec leur conjoint ancien salarié : leur cotisation mensuelle est portée à 88,28€ mensuels en 2010, de façon à rééquilibrer l'ensemble du régime
- 3) Une contribution exceptionnelle d'équilibre sera prélevée sur le fonds de financement des cotisations des anciens salariés. Ce fonds continuera par ailleurs à minorer la cotisation personnelle des anciens salariés à hauteur de 20% comme en 2009.

L'ensemble de ces dispositions a recueilli un large accord de la Commission Paritaire qui s'attachera, tout au long de l'année 2010, comme elle en a la mission, à piloter de façon vigilante le régime complémentaire santé de notre institution pour garantir son équilibre.

Alain POULET
Secrétaire Général

Election des représentants du personnel aux Conseils ***Au vu des premiers résultats, Force Ouvrière renforce ses positions***

Dans l'attente des résultats définitifs des élections du 3 décembre dernier, résultats qui ne seront disponibles que dans quelques jours, nous pouvons d'ores et déjà annoncer que dans beaucoup d'organismes, Force Ouvrière voit son audience renforcée, en particulier dans le collège Cadres. Bien que ces élections soient sans effet sur les critères de représentativité issus de la loi du 20 août 2008, ces chiffres constituent un test majeur de l'audience des organisations syndicales et comme tels, seront examinés à la loupe par tous les acteurs.

Ces bons résultats sont dûs à l'action des militants Force Ouvrière et en particulier du SNFOCOS au niveau local dans les organismes de Sécurité sociale.

CPAM de la Haute Garonne

Le Snfocos a obtenu 53 voix sur 119 votants.
Un siège à pourvoir : la candidate Snfocos est élue.

CPAM de Charente Maritime

Le Snfocos conserve le siège de l'encadrement.

CRAM Marseille

Le Snfocos a obtenu 407 voix (71,53 %),
CGT : 104 voix
CFDT : 27 voix
CGC : 31 voix

AGENDA

✚ Réunion Paritaire Nationale Salaires	15 décembre
✚ Instance nationale de concertation AT/MP	22 décembre
✚ Bureau National	22 décembre

Circulaire Confédérale 216/2009

Objet : Adoption d'un nouveau système de tarification des AT/MP

Fin octobre, la commission strictement paritaire des ATMP de la Cnam, s'est prononcée en faveur d'un projet de simplification des règles de tarification des ATMP.
L'évolution d'un tel dispositif tient au constat de l'opacité du système actuel mais également de son inefficacité en terme de prévention des risques professionnels.
Conformément à cette réforme, les nouvelles règles d'imputation des ATMP sur les comptes employeurs interviendront en 2012 pour les sinistres survenus en 2010.

Quant à la modification des seuils de tarification des entreprises, celle-ci doit passer par des aménagements réglementaires du Code de la sécurité sociale.

Un comité de suivi sera mis en place au sein de la commission ATMP, et celle-ci dressera un premier bilan en 2012.

➤ **Imputer les sinistres selon une grille de coûts moyens**

« Le principe consiste à imputer à l'employeur, une fois pour toute, les conséquences d'un sinistre sous la forme **d'un tarif choisi dans un barème en fonction de la gravité du sinistre**, à la différence du système actuel qui conduit à imputer des montants à l'euro aussi longtemps que le sinistre génère des dépenses ».

Ce nouveau mode d'imputation permettra de réduire l'incertitude sur les conséquences d'un sinistre sur la tarification de l'entreprise (soins et IJ) ; en effet, ce sinistre n'aura de conséquences dans la tarification qu'au titre de l'année de survenance.

Par ailleurs, la complexité actuelle de lecture pour l'entreprise, des éléments de calcul de son taux de cotisation ne permet pas d'inciter à la prévention : en effet, la « sanction » paraît déconnectée de l'infraction, ce qui n'a aucune visée incitative pour les employeurs d'agir sur la prévention des risques professionnels.

Ainsi, 10 catégories de coûts moyens ont été définies dans un barème qui sera revalorisé annuellement. Par exemple, au titre de l'incapacité temporaire, 6 catégories de coûts sont envisagées et sont fonction de la durée d'arrêt de travail (soit de 200 euros à 27 256 euros pour un arrêt de mois de 4 jours à plus de 150 jours).

Pour l'incapacité permanente, 4 catégories de coûts sont envisagées et sont fonction de la gravité de l'accident (d'environ 2000 euros pour un taux d'incapacité permanente partielle inférieur à 10% à 400 000 euros pour un taux d'incapacité permanente partielle supérieur à 40%).

En outre, cette simplification des règles permettra de diminuer un contentieux générant un coût de plus en plus élevé pour la branche ATMP. Jusqu'à maintenant, les employeurs profitaient de l'opacité du système pour contester leur taux...et récupéraient 330 millions d'euros en 2008, chiffre qui pourrait monter à 350 millions en 2009.

En effet, peu de caisses étaient en capacité de produire les éléments justificatifs des frais réels imputés et l'argument d'inopposabilité était alors efficacement avancé.

Pour Force Ouvrière, cette réforme est donc **vertueuse pour la prévention**...et c'est là l'objectif principal :

- l'entreprise connaîtra dès l'année qui suit le sinistre, le coût qui servira de base au calcul de son taux de cotisation durant les 3 années suivantes. Elle fera donc un lien entre le sinistre et son taux, ce qui l'incitera fortement à prendre les mesures de prévention adéquates ;
- l'utilisation des coûts moyens tend, dans une tranche de gravité donnée, à pénaliser les accidents les moins graves ; conformément à un principe de prévention tendant à prévenir la répétition des accidents, parmi lesquels aléatoirement, survient de temps en temps un accident plus grave ;
- les employeurs connaîtront davantage de difficultés pour contester leur taux ATMP.

➤ **Utiliser des nouveaux seuils de tarification**

La diminution du seuil de tarification individuelle de 200 salariés à 150 salariés figure dans les accords des partenaires sociaux de mars 2007. Elle consiste à appliquer le mode de tarification mixte non plus jusqu'à 200 salariés mais 150.

Elle individualise donc davantage le taux de cotisation pour les entreprises de 20 à 200 salariés : celles de 150 à 200 salariés se voient notifiés un taux individuel et celles de 20 à 150 salariés se voient notifiés un taux mixte.

- Moins de 20 salariés : tarification collective
- De 20 à 150 salariés : tarification mixte
- Plus de 150 salariés : tarification individuelle.

Cet abaissement de seuil est satisfaisant puisqu'il va dans le sens d'une plus grande responsabilisation des entreprises (la part de leur tarification propre augmente).

Pour autant, le seuil de la tarification collective passera de 10 à 19 salariés et restera à 50 en Alsace Moselle.

Cette mesure, qui est en quelque sorte, pourrait déresponsabiliser les entreprises qui comprenaient un effectif supérieur à 10 salariés et étaient donc soumises à une tarification mixte (et qui seront désormais soumises à une tarification collective, jusqu'à 19 salariés) ne devrait avoir qu'un faible impact sur l'incitation à la prévention. La Direction des risques professionnels estime en effet que le coût mensuel en plus ou en moins représenté par la part individuelle serait au maximum de 20 euros.

➤ **Appliquer une tarification à l'entreprise pour les entreprises multi-établissements**

« Le principe consiste non plus à tarifier les entreprises par établissement mais directement l'entreprise par activité professionnelle (code risque) : au lieu d'avoir autant de taux que d'établissements, une entreprise aura désormais un seul taux par activité professionnelle au niveau national ».

Toutefois, ce dispositif est une option. La tarification par établissement demeure le principe général ; cette possibilité de tarification à l'entreprise étant réservée aux entreprises qui demandent à avoir un calcul unique de taux de cotisation pour ses établissements classés selon le même risque.

Force Ouvrière a fait valoir que ce volet était dangereux car il déconnecte le sinistre de son lieu de survenue et peut ainsi déresponsabiliser les chefs d'établissement concernés. Nous avons réaffirmé notre attachement à une prévention de proximité qui tient compte des réalités de chaque établissement.

Cette inquiétude a été en partie levée puisque les incitations financières positives et négatives restent au niveau de l'établissement. La caisse régionale d'assurance maladie peut accorder des ristournes sur les cotisations pour tenir compte des mesures de prévention prises par l'employeur.

Elle peut aussi imposer des cotisations supplémentaires aux exploitations présentant des risques exceptionnels.

➤ **Inciter financièrement à la prévention**

La rénovation des incitations financières doit permettre une meilleure prévention des risques professionnels par les entreprises.

Il s'agit en fait, de recentrer les incitations positives sur les priorités de prévention définies par les plans nationaux et régionaux et notamment les TPE-PME et de faciliter l'utilisation des injonctions/majorations en présence de situations de risque particulièrement graves.

Avant la réforme, les dispositifs existants ont été très peu utilisés. En effet, la longueur des procédures et l'absence d'un plancher minimum de majoration ne contribuaient pas à éviter certaines situations de risque.

Nombre d'incitations depuis 2006

Nombre de dossiers	2006	2007	2008	Total	Moyenne
Contrats de prévention	1434	1148	1495	4077	1359
Aides Financières Simplifiées	0	0	80	80	NS
Injonctions	901	965	1039	2905	968
Ristournes AT et trajet	276	284	313	873	291
Total	2611	2397	2927	7935	2645

Désormais, dès lors que l'entreprise n'aura pas pris, au terme du délai fixé par l'injonction, les mesures de suppression ou réduction du risque, la cotisation sera majorée de 25% pendant au moins 3 mois et son montant minimum forfaitaire sera fixé à 1000 euros.

De plus, pour des situations de travail présentant des risques particulièrement graves (dont la liste sera établie après consultation des Comités Techniques Nationaux) et ayant déjà donné lieu à une première injonction à l'un des établissements de l'entreprise, une majoration de cotisation pourra être automatiquement appliquée à un autre établissement si la même situation de risque est constatée.

En faveur des TPE/PME qui sont malheureusement souvent écartées des dispositifs de prévention des risques professionnels parce qu'entre autre, elles ne disposent pas d'Institutions Représentatives du Personnel capables de contraindre l'employeur à respecter la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité des conditions de travail, des mesures spécifiques sont prises.

Elles bénéficieront d'aides financières simplifiées destinées à devenir le principal instrument d'incitations positives à la prévention et d'un accompagnement plus important.

On peut ainsi espérer qu'un plus grand nombre de travailleurs bénéficiera d'une réelle prévention des risques professionnels et que les dangers, déjà pourtant « pointés du doigt », cesseront dès le constat de leur existence.

Cette évolution de la tarification va dans le sens d'une prévention accrue sur le terrain et d'une plus grande lisibilité du dispositif, actuellement trop opaque pour être efficace.

En outre, elle est en cohérence avec le décret du 29 juillet dernier qui a modifié les modalités de déclaration et d'instruction des sinistres, simplifiant les procédures tout en diminuant le nombre potentiel de litiges susceptibles d'intervenir pour des raisons de procédure.

Force Ouvrière s'est donc prononcée pour une meilleure lisibilité des entreprises afin d'améliorer les conditions de travail de tous les salariés. Elle restera vigilante quant aux retombées de cette évolution en matière de fréquences d'accidents du travail et maladies professionnelles mais aussi en matière de sanction des employeurs récalcitrants, qui n'hésitent pas, en cette période de crise, à sacrifier la santé des travailleurs à la recherche de profits toujours plus importants.

Jean-Marc BILQUEZ
Secrétaire Confédéral

Jean-Claude MAILLY
Secrétaire Général