

COMPTE-RENDU DU COMITE NATIONAL DE CONCERTATION DU 21 AVRIL 2008

Présents :

Pour la Direction : Monsieur Olivier de CADEVILLE, les Docteurs M. CARZON, M. GUERY, P. VERROUST, V. SCIORTINO, J HERLAUT, B. SCHMITT, D. KOSELLECK

Notre syndicat était représenté par les Docteurs J-F. GOMEZ, Y. MARTIGNY, M. MARCHAND, E. BONNEFOY et O. BERNARD.

1. Approbation du procès verbal du 5/07/2007

Approbation sans modification (Annexe 1)

2. Contrôle de gestion au Service Médical (Annexe2)

• Charte d'utilisation de l'outil de gestion:

Il a été acté que l'outil **ne doit pas** être utilisé pour l'évaluation à titre individuel, ni pour le contrôle des activités ou de l'organisation du temps de chacun. En aucun cas il ne doit être utilisé pour une évaluation de la productivité individuelle.

La finalité de l'outil est le suivi de la gestion de projet

- Une des finalités de l'outil de gestion est de mieux planifier le travail, et de pouvoir visualiser la capacité du réseau à absorber un nouveau projet.
- Cet outil pourra aussi avoir un intérêt pour la définition des besoins (Outil GRH). Pour le reste la charte reprenant beaucoup de points que nous avons demandés, nous n'avons pas eu d'autres remarques.
- Reporting permanent, le contrôle de gestion remplacera à terme la comptabilité analytique.

Chaque DRSM utilisera un des 3 logiciels existant dans les régions ayant déjà mis en place un outil de gestion. Pour que l'agrégation des données soit possible, la codification des activités ne sera pas régionale mais nationale (la méthode est uniforme). Toutefois la case « divers » pourra être « développée » dans les différentes régions en fonction des différents projets.

Le respect de l'anonymat sera précisé dans une lettre réseau qui précisera :

- Qui exploitera les temps
- Qui sera habilité à saisir
- Le respect des règles de la CNIL
- Les modalités de traitement et d'accès aux données pour les praticiens conseils.

Si le recueil se fait par voie informatique, la Direction s'engage à faire connaître les modalités de gestion du fichier « tampon » : durée de conservation des données avant suppression..., après avoir consulté les informaticiens.

Il n'y aura pas de recueil CPRRA. L'activité CPRRA sera reconstituée à partir des dénombrements d'avis donnés. (Hippocrate décisionnel)

- **Nous avons insisté sur les points suivants:**
 - En l'absence d'un logiciel unique il existe un risque de diversité des modalités de recueil et par conséquent de la fiabilité de l'agrégation des informations. Il serait souhaitable d'évoluer vers un outil commun national.
 - De la même façon que les données recueillies ne doivent pas être utilisées pour l'évaluation d'une productivité individuelle, il est important qu'elles ne soient pas opposées aux managers.
 - L'adhésion des praticiens à ce contrôle de gestion repose sur une codification simple, de préférence sur un support informatique.
 - Nous avons obtenu des précisions concernant l'élaboration des temps élémentaires (Annexes III du cahier des charges) Ces temps sont des moyennes évaluées sur les sites expérimentaux. Ils comprennent le travail sur le projet, mais aussi la formation, l'information, les réunions, les transports.... Ces temps seront réactualisés après une période d'expérimentation.

- **Nous avons demandé et obtenu que la Lettre Réseau, qui devrait sortir mi-mai, précisent les points suivants :**
 1. Nécessité de mettre en place deux circuits différents, avec des acteurs différents, pour le recueil du temps passé aux activités suivies d'une part et l'exploitation des données d'autres part
 2. Information CNIL obligatoire (plus ou moins allégée en fonction de la mise en place ou non d'un correspondant CNIL dans la région)
 3. Sécurisation du fichier de recueil des données nominatives qui sera transitoire et systématiquement détruit après envoi des données anonymisées au système d'exploitation
 4. Accès des Praticiens Conseils aux données contenues dans ce fichier et les concernant personnellement
 5. Individualiser la formation (FMC et FP), l'information, les revues de dossiers, et éventuellement certaines activités spécifiques CPRRA telle que le colloque RCT.
 6. Que les temps de saisie ne soient pas écrêtés. (ne pas plafonner la remontée du temps de travail) Le temps réel pourra donc être saisi.
 7. D'entreprendre une campagne de communication sur l'outil de gestion avant d'adresser la lettre réseau (Prévue en mai 2008), consciente du stress au travail que peut représenter la mise en place du contrôle de gestion.
 8. de faire un point d'étape en novembre 2008 (Période d'essai sur les mois de juin, septembre et octobre), avant application définitive en janvier 2009.

Par ailleurs :

Il a été confirmé qu'il n'y avait pas de recueil du temps CPR2A. Les temps standard seront revus en juin et en septembre.

Nous avons fait remarquer que la formation et les revues de dossiers en CPR2A ne pouvaient pas être lissées sur l'ensemble de l'année et incluses dans les temps standard. De façon générale, il a été noté que la formation ne devait pas forcément être incluse dans la masse « support » car elle mobilise beaucoup de ressources. La direction va étudier la question.

Les transports, le tutorat seront individualisés. Il a été proposé que pour certaines activités comme les échanges confraternels, il serait indiqué une fourchette de temps de façon à prendre en compte les configurations locales entraînant des temps de transports très différents.

Il a été confirmé que c'était bien le temps réel passé qui serait saisi par les Praticiens Conseils, pas question d'écrêtement.

Nous avons indiqué que la grande préoccupation des Praticiens Conseils vis-à-vis de ce contrôle, outre l'absence de suivi de l'activité individuelle, c'était son utilité et sa lourdeur. Nous avons donc demandé un suivi sur ces deux points, de façon à vérifier que le système n'occasionne pas une perte de temps production trop

importante et qu'il permet d'ajuster les prévisions afin de faire varier les plans de travail et éventuellement les objectifs en fonction des ressources disponibles. Le premier bilan sera fait en novembre 2008.

Il a été reconnu que le contrôle de gestion était facteur de stress pour les salariés. Cela sera pris en compte dans l'accompagnement spécifique qui devra être associé à sa mise en place.

Enfin, nous avons demandé si le Service Médical allait professionnaliser des contrôleurs de gestion. A priori, la réponse est négative. Les régions ont désigné des « correspondants outil » et non des contrôleurs de gestion. La formation EN35 pour ces derniers ne devrait donc pas nous concerner mais la porte n'est pas entièrement fermée.

La GRH devra évoluer en même temps que le contrôle de gestion afin de fournir les moyens d'une gestion efficace des ressources. C'est un chantier majeur pour la COG post 2009.

3. Règlement intérieur du Comité National de Concertation (Annexe 3)

Ce document n'a pas été validé en séance, en raison de quelques imprécisions qui ont fait l'objet de remarques non contestées par la Direction :

Article 5 : la notion de suppléant a été supprimée. En effet, les organisations syndicales indiquent le nom des praticiens conseils chargés de siéger. Ceux-ci peuvent changer à chaque fois, sans notion de titulaire ou de suppléant.

Nous avons aussi insisté sur le caractère exceptionnel de la remise de documents sur table.

Le règlement intérieur du CNC fera l'objet des rectifications proposées et sera approuvé par courriel, sauf si une organisation syndicale refuse. Dans ce cas, il fera l'objet d'un vote au prochain CNC.

4. Questions diverses

La direction nous informe du lancement de l'expérimentation « contrôle employeur » Art. 103 LFSS 2008.

La caisse et le service médical peuvent s'appuyer sur le contrôle d'un médecin sollicité par un employeur pour suspendre les IJ.

6 caisses expérimentent : Amiens, Avignon, Evreux, Carcassonne, Reims et Vannes.

La CNAMTS a contacté le Conseil National de l'Ordre des Médecins pour discuter de l'application de cette loi.

Les modalités de l'expérimentation ont été acceptées et validées par le CNOM :

En 2007 un peu plus de 900 avis ont été rendus dans ce cadre par le contrôle médical, il s'agit donc d'une activité marginale.

Il est entendu avec le conseil de l'ordre, que les médecins conseils pourront se prononcer s'ils reçoivent un avis du médecin contrôleur précisant qu'« après examen du malade par ses soins », il estime le repos non justifié. Le médecin conseil consultera alors le dossier du service médical et prendra position. La voie de recours est l'expertise. Si le malade conteste, le médecin conseil convoquera le malade pour examen afin de confirmer ou non son avis. Sans la certitude que le médecin contrôleur a bien examiné le malade, le médecin conseil ne pourra pas se prononcer sur l'avis donné. Le contrôle pourra alors se faire mais comme actuellement, sans tenir compte de l'avis du contrôleur.

La direction a fait une enquête sur **les mutuelles de toutes les régions**. Ce bilan sera présenté si possible le 29 avril, prochaine réunion à l'UCANSS.

Comité Technique Paritaire des praticiens conseils

Réunion du 5 juin 2007

Procès-verbal

Participaient à la réunion :* CNAMTS

Monsieur O. de CADEVILLE, Directeur Délégué aux Opérations,
 Madame la Docteure M. CARZON, Directeur du Réseau Médical,
 Madame L. GAUTIER-PASCAUD, Directrice des Ressources Humaines des Réseaux,
 Docteur J. HERLAUT, Responsable du Département des Ressources Humaines du Réseau Médical,
 Monsieur G. BOUGAIN, Agent de Direction,
 Madame L. FILARDER, cadre,
 Docteur V. SCIORTINO, Médecin Conseil Régional,
 Docteur B. SCHMITT, Médecin Conseil Régional,
 Docteur P. THIELLY, Médecin Conseil Régional,
 Docteur Ph. VERROUST, Médecin Conseil Régional,

*Praticiens conseils

Madame la Docteure J. ATTALI, Médecin Conseil Chef de Service,
 Docteur E. BONNEFOY, Médecin Conseil,
 Docteur S. BOUCE, Médecin Conseil,
 Docteur P. CHRETIEN, Médecin Conseil Chef de Service,
 Docteur CORNILLE, Médecin Conseil,
 Docteur J.F. GIVERT, Médecin Conseil,
 Docteur GOMEZ, Médecin Conseil Chef de Service,
 Docteur A. GRUBER, Médecin Conseil Chef de Service,
 Docteur LAPASSE, Médecin Conseil,
 Docteur MARTIGNY, Médecin Conseil Chef de Service,

Assistaient à la réunion :

Madame D. MORET, cadre,
 Madame A. REVAILLER-MULARD, cadre,



Le Docteur J.L. CORNILLE est désigné secrétaire adjoint de séance.



Monsieur de CADEVILLE ouvre la séance à 14 h 00

1 Approbation des procès-verbaux des Comités Techniques Paritaires du Contrôle Médical des 12 juillet, 12 septembre, 4 octobre et 6 décembre 2006.

Le procès-verbal du CTP du 12 juillet 2006 est approuvé.

Le procès-verbal du CTP du 12 septembre 2006 est approuvé.

Le procès-verbal du CTP du 4 octobre 2006 est approuvé.

Le procès-verbal du CTP du 6 décembre 2006 est approuvé, sous réserve des modifications. Le document modifié sera envoyé aux membres du CTP.

2 Simplification de la relation des professionnels de santé avec l'Assurance Maladie

Monsieur de CADEVILLE précise que ce dispositif décline le plan ministériel de 2006 prévoyant les actions de l'Assurance Maladie pour améliorer les relations avec les professionnels de santé. Il rejoint le souhait de simplification du Directeur Général. Trois sujets importants y sont abordés :

➤ 1 - Une lettre réseau à paraître décrit le parcours prévu pour l'accompagnement des professionnels de santé avant, au moment et après leur installation. Un système « install-PS » prévoit des services d'aide à l'installation. Des points de rendez-vous réguliers seront également organisés pour vérifier la compréhension des règles et apporter éventuellement les corrections nécessaires, de façon à faire preuve de pédagogie avant tout contentieux.

➤ 2- Un travail d'harmonisation des courriers adressés aux professionnels de santé débute actuellement. Un groupe de réflexion va proposer des formulations différentes, de façon à présenter un code de bonnes pratiques. Il n'a toutefois pas vocation à tout traiter.

➤ 3- Un chantier important sur les ALD et l'instruction de ces dossiers est en cours. Il s'agit d'un travail conséquent où il faut peser chaque terme pour rendre les échanges entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé plus fluides.

Madame la Docteure **CARZON** ajoute qu'il convient de répondre aux observations des médecins libéraux. Ainsi, certains d'entre eux ne comprennent pas toujours les termes utilisés dans les courriers du Service du Contrôle Médical. Par ailleurs, le positionnement des informations contenues dans les courriers sera revu selon leur urgence (si par exemple un patient est concerné ou s'il s'agit plus simplement d'une lettre circulaire). En définitive il convient d'abord de rendre les courriers plus explicites. Dans ce cadre, lorsque le courrier concerne le contrôle contentieux, chaque modèle de lettre sera réécrit par la DCCRF. Plus généralement, les courriers des praticiens conseils devront correspondre à une charte.

Pour ce qui concerne le protocole ALD, il s'agit de savoir comment harmoniser les demandes de renseignements complémentaires pour les praticiens conseils. Un travail est actuellement en cours avec le Médecin Conseil National sur la pertinence médicale de la demande de renseignement, de façon à rendre l'ALD plus fluide quant à son renouvellement ou afin de résoudre certains problèmes de compréhension par exemple sur les cases à remplir. Une lettre réseau devrait paraître sur ces thèmes d'ici la fin juin.

Le Docteur **GRUBER** souhaite évoquer les difficultés de terrain, telles que, par exemple, les réactions épidermiques de certains syndicats de médecins libéraux quant au regroupement des pathologies sur un seul protocole. Il regrette un certain manque de réactivité du niveau national. A cet égard, il conviendrait d'enlever dans les courriers le terme « doit » et d'utiliser de préférence une formule moins contraignante. Dans certaines régions, des rencontres ont été organisées pour désamorcer toute polémique. Le fait d'avoir attendu a créé des tensions locales. C'est pourquoi il est souhaitable d'obtenir une réactivité nationale plus importante.

Le Docteur **MARTIGNY** évoque le problème soulevé par « espace généraliste » et demande quelle conduite adopter si le généraliste refuse d'effectuer la globalisation.

Le Docteur **GRUBER** observe que, lorsqu'il n'y a pas de refus médical, mais un ATI (avis technique impossible), non seulement le dossier va alors au TASS et l'Assurance Maladie perd, mais surtout, ces complications nuisent au malade.

Madame la Docteure **CARZON** annonce que le président d'espace généraliste a été reçu par le Directeur Général et a pris acte de ces difficultés.

Le Docteur **GRUBER** demande si la CNAMTS peut se prononcer sur les référentiels de la Haute Autorité de Santé concernant l'Hypertension Artérielle.

Madame la Docteure **CARZON** propose d'évoquer ce dossier au CODIR ALD du 6 juin.

Le Docteur **CORNILLE** demande que soit précisé la méthodologie de relecture des référentiels de la Haute Autorité de Santé pour valider les diagnostics d'ALD et regrette l'hétérogénéité de ces référentiels à ce sujet.

Monsieur **de CADEVILLE** préconise de ne pas être péremptoire sur ces sujets. Des réponses seront apportées à ces questions.

Le Docteur **BOUCE** évoque les plates-formes de traitement rapide en matière de respect des délais ALD et souhaite une harmonisation en la matière.

Le Docteur **VERROUST** observe que le traitement n'est pas différent avec ou sans plate-forme. L'avantage de la plate forme c'est que les praticiens conseils se réunissent et discutent. Ils partagent les mêmes critères.

Le Docteur **SCIORTINO** précise que dans la région de Toulouse, l'harmonisation est réalisée avec une appropriation interne des critères communs. L'avantage des plates-formes est le travail en commun.

Monsieur **de CADEVILLE** constate que le travail collectif et la mutualisation constituent un facteur de progrès, en permettant la complémentarité.

Le Docteur **GOMEZ** estime que les plates-formes de service sur les ALD reste une solution dans le cadre de la continuité du service public. Toutefois, il convient de ne confier à ces plates- formes que des prestations limitées nécessitant un traitement court. Au-delà, il faut être prudent.

Madame la Docteure **ATTALI** s'interroge sur le lien entre le thème de la simplification de la relation des professionnels de santé avec l'Assurance Maladie et les méthodes de travail des praticiens conseils et estime qu'il n'y a pas besoin de plate-forme pour harmoniser. Elle observe que les problèmes de délais de traitement doivent être mis en parallèle avec le nombre de médecins conseils affectés au traitement des dossiers.

Monsieur **de CADEVILLE** constate la difficulté pour l'Assurance Maladie de recruter des praticiens conseils. Quant aux plates-formes de traitement rapide en matière de respect des délais ALD, elles répondent à une nécessité.

Pour le Docteur **BOUCE** un traitement rapide des dossiers pourrait également être obtenu en évitant de faire faire aux praticiens conseils un travail de secrétariat et en autorisant les signatures par lots.

Le Docteur **SCHMITT** signale que la signature par lots est déjà instaurée dans sa région.

Le Docteur **VERROUST** observe que d'expérience, ce dispositif ne gagne pas de temps ; car il faut relire les dossiers.

3 Situation des chirurgiens-dentistes conseils.

Monsieur **de CADEVILLE** constate que, la réflexion et l'action menées depuis plus d'un an ont permis d'obtenir une situation stabilisée pour les chirurgiens-dentistes conseils, en présentant un ensemble d'activités cohérent qui lève les inquiétudes. Chaque étape a été matérialisée par une lettre réseau : la première du 19 février 2007, concerne le plan de contrôle et inclut le contrôle dentaire – une deuxième, du mois de mai (définitions) – une troisième prévue fin juin présentera un dispositif complet très concret, avec les types d'actions envisagées et l'accompagnement.

Le Docteur **GRUBER** évoque un inconvénient au niveau de la vie conventionnelle avec les chirurgiens-dentistes libéraux, à savoir qu'il n'y a pas de chirurgiens-dentistes conseils dans les instances nationales. De ce fait, les chirurgiens-dentistes conseils ne savent pas sur le terrain ce qui est défini au niveau national.

Monsieur **de CADEVILLE** propose de vérifier cette information. Il remarque que des chirurgiens-dentistes conseils travaillent à la DDGOS.

Madame la Docteure **ATTALI** souhaite obtenir communication d'un bilan des effectifs de chirurgiens-dentistes conseils, comportant le nombre de départs et de détachement.

Le Docteur **BOUCE** signale que certains chirurgiens-dentistes conseils vivent leur situation comme un harcèlement, dans la mesure où ils doivent se présenter à des convocations multiples, devant 3 ou 4 personnes de la Direction, qui leur demandent de s'orienter alors que la lettre réseau n'est pas encore parue.

Madame la Docteure **CARZON** annonce qu'avec le lancement de l'opération M'T Dents, les chirurgiens-dentistes conseils vont pouvoir jouer un rôle intéressant. Si l'expérimentation réussit, son élargissement est envisagé en 2008. Toutefois, ce n'est pas au chirurgien-dentiste conseil d'aller dans les écoles ni de rappeler les assurés chez eux.

Le Docteur **CHRETIEN** demande s'il est possible de déterminer en ETP le nombre de chirurgiens-dentistes conseils affectés à cette tâche.

Monsieur **de CADEVILLE** et Madame la Docteure **CARZON** répondent que ce chiffrage n'a pas encore été effectué ; mais le nombre de chirurgiens-dentistes conseils mobilisés pourrait être important.

4 Bilan des effectifs des praticiens conseils.

Le Docteur **HERLAUT** précise qu'il s'agit d'un bilan des niveaux A, à la fin du 1^{er} semestre 2007, compte tenu des départs en retraite.

37 postes dont 31 postes de médecins conseils de niveau A et 6 postes de pharmaciens conseils de niveau A.

Monsieur **de CADEVILLE** ajoute qu'il n'y a pas pour l'instant d'informations précises sur les départs de chirurgiens-dentistes conseils. Elles devraient être fournies prochainement. Il semble qu'ils ne soient pas plus importants que pour les médecins conseils ou les pharmaciens conseils, sauf pour les congés sabbatiques qui paraissent un peu plus nombreux.

Le Docteur **BOUCE** constate une augmentation des mises en disponibilité qui laisse supposer une fuite de l'Institution par les praticiens conseils.

Le Docteur **HERLAUT** : observe au contraire que 10 médecins conseils venant de la MSA veulent intégrer le Régime Général. Par ailleurs les fiches de vœux n'ont pas encore été exploitées. Un recrutement par concours va être organisé d'ici fin 2007. Cependant, il faut attendre la parution de l'arrêté ministériel en fonction des délégations des nouveaux ministres.

Le Docteur **GOMEZ** s'interroge sur les vacances de postes dans les régions non déficitaires.

Le Docteur **HERLAUT** précise qu'elles concernent des situations individuelles particulièrement douloureuses.

Le Docteur **GOMEZ** en convient, mais rappelle la priorité donnée au rééquilibrage entre régions. Y aura-t-il une deuxième vacance d'ici fin 2007 ?

Le Docteur **CORNILLE** souhaite obtenir trois précisions :

- nombre de praticiens conseils en activité, alors que 2533 ont été budgétés sur 2352 ETP pour l'intéressement ;
- ventilation des régions déficitaires ;
- postes de médecins chefs de secteur disponibles.

Le Docteur **HERLAUT** annonce une probable vacance de postes au 2^{ème} semestre 2007. La ventilation des effectifs des praticiens conseils sera donnée en septembre. En effet, la cartographie des niveaux B et leur ventilation ont été demandées aux médecins conseils régionaux, pour la fin de l'été.

Le Docteur **LAPASSE** demande combien de postes sont mis au concours, par rapport aux 160 postes non pourvus.

Réponse du Docteur **HERLAUT** : Le chiffre exact se situe autour de 50, compte tenu des départs en retraite. Les 160 postes ne sont plus budgétés par décision de la Tutelle. Ce chiffre pourra être revu si les futurs recrutements évoluent dans un sens positif.

Monsieur **de CADEVILLE** observe que compte tenu de la démographie médicale, le secteur libéral et d'autres catégories de médecins salariés concurrencent fortement l'Institution.

Le Docteur **GRUBER** revient sur le GVT annoncé à 0,9%, alors que seuls 0,6% ont été donnés au titre des points de contribution professionnelle, en annulant les 170 postes non budgétés. Il conviendrait de mener une réflexion approfondie sur le redéploiement de ces postes et au moins, remplacer systématiquement chaque départ, au niveau national.

Madame la Docteure **ATTALI** demande la cartographie des niveaux B et signale que d'anciens chargés de mission n'ont pas été reclassés dans la filière managériale, alors qu'ils auraient dû l'être.

Monsieur **de CADEVILLE** demande que les cas concrets soient remontés à la DDO.

Le Docteur **GOMEZ** signale des difficultés dans la mise en œuvre de la formation professionnelle des praticiens conseils.

Le Docteur **HERLAUT** annonce la tenue prochaine d'un CTP sur ce thème.

Le Docteur **LAPASSE** regrette que le GVT soit amputé de l'effet report.

Monsieur **de CADEVILLE** rappelle que la nouvelle convention collective a permis une nette revalorisation salariale. Quant au GVT, il se situe bien à 0,9% ; mais il faut effectivement tenir compte de l'effet report des points d'expérience professionnelle accordés.

Le Docteur **HERLAUT** rappelle que, lors des négociations conventionnelles, il avait été proposé sans succès d'aligner les praticiens conseils sur les autres salariés de l'Institution et de supprimer l'ancienneté. Le GVT tient donc compte à environ 50% de l'avancement à l'ancienneté qui a été maintenu sur demande des organisations syndicales.

5 Validation du protocole d'accord électoral concernant les élections aux Commissions d'Examen des Situations Individuelles (C.E.S.I.).

Le protocole d'accord électoral concernant les élections aux Commissions d'Examen des Situations Individuelles est validé et signé par l'ensemble des syndicats de praticiens conseils.

6 Questions diverses.

S'agissant du schéma directeur immobilier, le Docteur **MARTIGNY** signale que la perspective du déménagement de l'ELSM du siège social de la CPAM d'Evreux vers des locaux situés plus vers le centre de la ville est susceptible de poser des difficultés, notamment en terme d'accessibilité pour les assurés (parking payant entre autres).

Monsieur **de CADEVILLE** demande que les difficultés concrètes soient remontées. La DDO peut en effet parvenir à des compromis. Le Schéma Directeur immobilier devait être revu afin de tenir compte de la nouvelle répartition géographique des assurés, qui a considérablement évolué depuis 40 ans. Il était important de recalibrer notre réseau de proximité.

Le Docteur **BOUCE** observe que les frais de déplacement ne devraient plus tenir compte de la notion de résidence administrative. Par ailleurs, il signale un refus de mutation pour un chirurgien-dentiste qui souhaitait une mutation d'un échelon excédentaire vers un échelon déficitaire.

Madame la Docteure **CARZON** rappelle que les praticiens conseils sont affectés à un ELSM et non pas à un site géographique. Les cas qui posent problème doivent être soumis à la DDO.
Quant aux chirurgiens-dentistes conseils, les fiches de vœux sont remontées et vont être exploitées.

La séance se termine à 17 h 30.

CHARTRE D'UTILISATION

OUTILS DE GESTION DU SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL

PRÉAMBULE

Dans le cadre du Schéma Directeur du Contrôle de Gestion (SDCG), Il est demandé aux DRSM de mettre en place des outils de gestion des ressources et des activités, conformément aux instructions ministérielles.

LES FINALITÉS DU PROJET

Au niveau régional, Il est nécessaire d'**harmoniser** et de **fiabiliser** le pilotage. Il faut donc :

- ✚ Évaluer les charges de travail des ELSM
- ✚ Allouer les ressources par pôle
- ✚ Suivre l'avancée des programmes et la consommation des ressources
- ✚ Permettre le dialogue de gestion

Au niveau national, il permettra de :

- ✚ Vérifier la capacité du réseau à absorber les différentes activités
- ✚ Évaluer le coût des projets

LE CAHIER DES CHARGES

Le cahier des charges élaboré pour la constitution des outils de pilotage des ressources et des activités des DRSM détermine des principes partagés pour favoriser la production et la remontée de données harmonisées sur tout le territoire.

Chaque DRSM a le choix de la construction ou de l'utilisation d'outils répondant aux principes énoncés.

Le cahier des charges a pour objectif de recenser les travaux (projets / pôles) et les ressources nécessaires à la gestion, au pilotage et au suivi des différentes activités du service médical. Il propose une méthode standardisée de mesure de la « charge de travail » de ces activités. Cette démarche vise à permettre une optimisation de l'organisation des activités. Elle intègre à moyen terme la simplification des reporting et donc une économie du temps de gestion.

Ce projet doit être évolutif et actualisé autant que de besoin. Il doit aider au pilotage des DRSM par pôle afin de faciliter les échanges d'information dans un climat de confiance mutuelle.

L'outil a pour finalité de favoriser la cohérence, l'harmonisation et la performance des outils de gestion existant. Cette démarche est d'abord initiée pour les praticiens conseils, elle pourra être étendue à l'ensemble du personnel du service médical.

UNE DIRECTION QUI S'ENGAGE

- ✚ **L'outil n'a pas à être utilisé pour l'évaluation d'une productivité individuelle**, ni pour le contrôle des activités ou de l'organisation du temps de chacun. **L'exploitation des données est collective.**
- ✚ Les objectifs et les plans d'action sont clairs et lisibles. Les aspects réglementaires, éthiques et déontologiques sont respectés.
- ✚ La standardisation du temps des activités est **une aide à la planification et non une norme.**
- ✚ La démarche est menée en toute transparence. L'information sur cette démarche sera régulière.
- ✚ Les remarques et observations contribuent à enrichir l'outil et permettront son évolution.

DES PRATICIENS QUI S'IMPLIQUENT

- ✚ L'outil est fondé sur un système déclaratif, l'implication de tous est nécessaire à son bon fonctionnement.
- ✚ Les praticiens conseils, afin de garantir la fiabilité du système, s'engagent sur la sincérité des informations saisies.
- ✚ Le recueil des données est individuel, l'exploitation est collective et anonyme.
- ✚ Chacun contribue à l'évolution de l'outil par ses remarques et observations.
- ✚ Chacun peut prendre connaissance des données qui sont accessibles et mises à la disposition de tous. Les praticiens sont informés régulièrement.

**Règlement Intérieur
du Comité National de Concertation (CNC)
du Service National du Contrôle Médical**

En séance du (date), le comité national de concertation ... a adopté à la majorité des voix, le règlement intérieur suivant :

Chapitre I – Dispositions générales

Article 1^{er}

En application de l'article 30.1-2 de la Convention Collective Nationale des Praticiens Conseils (CCNT PC) chargés du Service du Contrôle Médical du régime général de la Sécurité sociale, un comité national de concertation est institué auprès du Directeur Général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (DG CNAMTS).

Article 2

Conformément à l'article 30.1-2 de la CCNT PC, le comité national de concertation comprend au total 24 membres, en nombre égal de représentants de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et de représentants des praticiens-conseils.

Les représentants de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie sont nommés par décision du Directeur Général de cet organisme.

Les représentants des praticiens-conseils sont désignés par les organisations syndicales ou groupement d'organisations syndicales proportionnellement aux voix obtenues aux élections aux Commissions d'Examen des Situations Individuelles (CESI).

Chaque syndicat représentatif dispose au moins d'un représentant.

Le CNC dans sa formation actuelle prend fin un mois au plus après la date des élections aux CESI. Ceci dit, il peut être prolongé exceptionnellement jusqu'à la désignation des nouveaux membres suite à ces élections.

Chapitre II - Attributions

Article 3.1

Le CNC est obligatoirement informé et consulté par le DG CNAMTS sur toutes les questions intéressant l'organisation, la gestion et la marche générale du service du contrôle médical.

Article 3.2

Chaque année le DG de la CNAMTS présente au CNC un bilan comprenant notamment la situation des effectifs, les mesures salariales, la formation professionnelle, l'égalité Hommes /Femmes et les éléments du budget du service médical.

Chapitre III - Fonctionnement

Article 4

Le comité national de concertation est présidé par le DG CNAMTS ou par son représentant.

Le CNC est saisi par le DG CNAMTS et doit se réunir au moins quatre fois par an et si possible trimestriellement. Il peut être également saisi à la demande de quatre au moins de ses membres, de toutes questions relevant de sa compétence.

Cette demande doit être adressée par écrit au DG CNAMTS, qui fait connaître sa réponse dans un délai d'un mois.

Les séances ne sont pas publiques et se tiennent au siège de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie ou dans des locaux mis à la disposition par la CNAMTS.

Article 5

Chaque année le calendrier des réunions du CNC est arrêté à l'avance.

Le Président envoie 1 mois avant la réunion, une confirmation de la prochaine date de réunion par courriel aux représentants des PC dont les noms ont été communiqués à l'avance par les organisations syndicales, Les représentants s'étant entendu sur la personne qui participera, accuse réception du courriel, indique le nom du PC représentant qui siègera à la réunion et envoie les questions qu'il entend voir aborder.

Dans la mesure où le titulaire ne peut siéger il désigne son suppléant et si ce dernier n'est pas disponible il désignera le deuxième titulaire et ainsi de suite.

Les convocations, accompagnées de la mention des questions inscrites à l'ordre du jour, sont adressées par le Président aux membres du comité national de concertation dix jours au moins avant la date prévue pour la réunion, par messagerie électronique.

Les documents afférents à la réunion doivent être envoyés concomitamment. En cas d'urgence, ce délai peut être réduit.

Une copie de la convocation est envoyée par même courrier au supérieur hiérarchique du représentant des praticiens-conseils concernés.

Article 6

L'ordre du jour des réunions est arrêté par le Président et communiqué initialement, ainsi qu'il est précisé ci-dessus, aux membres du comité en même temps que les convocations, ou à défaut, dans les jours qui suivent.

Sauf exception dûment motivée par l'urgence, le comité national de concertation ne peut délibérer que des questions inscrites à l'ordre du jour.

Toutefois, à la demande d'un de ses membres et après accord de la majorité des membres présents, il peut être fait exception à cette règle notamment en cas d'urgence.

Article 7

Le secrétariat est assuré par un agent de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.

Tous renseignements ou documents susceptibles d'éclairer les membres du comité national de concertation et de faciliter leur tâche, seront communiqués, en annexe à l'ordre du jour et au plus tard en cours de séance.

Article 8

Quorum : la majorité des membres doivent être présents à l'ouverture de la séance, faute de quoi, une nouvelle convocation serait adressée dans les huit jours. Le comité national de concertation siègerait alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Vote : Il peut être procédé à un vote à la demande d'un des membres du CNC. Les 12 représentants des organisations syndicales s'expriment à main levée sauf si un membre présent demande qu'il soit procédé à un vote à bulletin secret.

Comptes-rendus : Les délibérations et votes du comité national de concertation sont consignés dans des comptes-rendus, conservés au siège de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et signés par le Président de séance et par un représentant des praticiens-conseils désigné par eux.

Les comptes-rendus sont soumis à l'approbation du comité national de concertation.

Article 9

Le Président ouvre la séance, dirige les débats, fait observer le règlement et veille au déroulement normal des séances.

Le Président peut proposer la clôture d'un débat dès l'instant où tous les membres ont eu la faculté de s'exprimer.

Chaque représentant valide les propos tenus, les modifications étant prises en compte par la CNAMTS pour la rédaction définitive. Le compte-rendu ainsi élaboré est validé en séance.

Article 10

Les autorisations d'absence et les frais de déplacement engagés à l'occasion de la participation aux réunions du comité national de concertation sont régis par l'article 29.2 de la convention collective.

Les frais de déplacement sont pris en charge par la CNAMTS.

Conformément à l'article 29.3 de la CCNT des facilités nécessaires sont accordées aux représentants syndicaux pour l'exercice de leur mandat.

Le temps passé en réunion, ainsi que le temps de trajet sont ainsi de plein droit considérés comme temps de travail et ce quelle que soit la situation du Praticien Conseil représentant, au regard de l'accord RTT.

Article 11

Le présent règlement est adopté pour une durée indéterminée

Toute proposition de modification du présent règlement doit être soumise à l'examen du comité soit à l'initiative du Président soit à l'initiative de quatre de ses représentants des praticiens-conseils.

Le présent règlement peut être approuvé, modifié et complété par une délibération régulière du comité, acquise à la majorité des suffrages valablement exprimés.