



Le + syndical

LE PRATICIEN CONSEIL

Un espace de communication confraternelle

www.sgpc-cfe-cgc.com

N° 56

Juin 2007



EDITORIAL **Dr Alain GRUBER** **Président national**

Le nez dans le guidon !

La réorganisation, ou plutôt l'optimisation du réseau médical est de nouveau à l'affiche dans notre revue. Décidément beaucoup d'énergie et de temps passé à ce projet qui doit dégager du temps Praticiens Conseils, mais pour faire quoi ?

Simplification administrative, accompagnement des professionnels de santé, ré-investissement légitime de l'hôpital par l'Assurance Maladie au travers de la MMH avec comme support la T2A mi-accompagnement mi-contrôle et demain l'embauche annoncée d'infirmières pour accompagner la population diabétique pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

Il est désormais clair que notre Directeur Général souhaite innover, avancer à grand pas, mais cette soif d'action n'entre t'elle pas en conflit avec une réorganisation qui serait par trop rigide.

Si le contrôle contentieux doit être

« étanche » pour les actions pures et dures pourquoi ne pas accepter au nom de plus de souplesse et d'efficacité un assouplissement pour les actions plus soft ou le dialogue et les simples récupérations d'indus font plus partie de l'accompagnement que de la répression du grand banditisme!

Et puis si nous sommes tout à fait favorable à une culture du résultat que penser de cette avalanche de tableaux de reporting multipliés à l'excès par les ARH, les URCAM, les directeurs coordonnateurs GDR, voir les tableaux de suivis régionaux ou locaux mis en place ça et là pour prévenir l'absence de prise en compte de la moindre donnée !

Ces excès entraînent sur le terrain une forte démotivation puisque dans certains endroits on passe plus de temps à produire des tableaux qu'à travailler ! Prenons garde qu'à force d'avoir le nez dans le guidon la chute d'un coureur n'entraîne celle du peloton !

Mais restons zen, la période estivale devrait nous y aider !

Passez tous de très bonnes vacances et revenez en pleine forme, il y a fort à parier que la rentrée sera mouvementée !

Dans ce numéro

Le dossier

Réorganisation ou Désorganisation

Pages 2 à 5

**Page 6 : bilan du
contrôle contentieux
dentaire 2005 2006**

Page 7 : ALD et HAS

**Page 8 : 1er bilan de la
réorganisation au 15
juin 2007.**

*Toute l'équipe de la revue vous
souhaite d'excellentes vacances d'été*

Le dossier : Réorganisation ou désorganisation?

Éclatement du service hospitalier en trois pôles : risque de contre performance?

L'éclatement du service hospitalier ne nous semble pas correspondre à une efficacité pour la réalisation de nos missions.

La mise en place d'un groupe médico-administratif national regroupant des agents de direction et des praticiens du pôle OSS, RPS et contentieux dans le domaine hospitalier pourrait permettre une anticipation des problèmes à venir au regard des modifications permanentes de la réglementation.

Avec la réorganisation du service médical, le service hospitalier est éclaté en trois pôles :

- le RPS porteur de la maîtrise médicalisée à l'hôpital, notamment élargie à la T2A,

- l'OSS responsable des SROS, CROS, projets d'établissement, CPOM, CBUMPP, analyses de fonctionnement, validation du girage et de Pathos,

- le contrôle contentieux qui a pour mission la lutte contre la fraude et les comportements déviants, recouvrant actuellement en hospitalisation essentiellement la T2A. Rapidement cette mission va s'étendre à la CCAM, au contrôle des dispositifs médicaux par rapport à leurs indications dans la LPP, et au contrôle de l'AMM pour les molécules onéreuses

Ce morcellement de l'activité hospitalière ne correspond pas à une optimisation des moyens du service médical pour trois raisons.

Risque de confusion dans les messages

Ces trois aspects de l'activité hospitalière sont étroitement liés. Ils concernent les mêmes acteurs des établissements (direction, CME, praticiens hospitaliers ou libéraux). Ils sont appréhendables à travers des sources d'informations identiques : le PMSI, les bases de remboursement de l'Assurance maladie, une base de référentiels communs. Pour argumenter, on citera un exemple : une dérive sur des cotations d'actes d'anesthésie locale codées abusivement en anesthésie générale au cours d'exérèse de petites lésions ou d'endoscopies, va faire passer des actes externes en séjours avec GHS. Cela va

retentir sur les objectifs quantifiés de l'établissement, ce qui va se voir dans les profils personnalisés de l'établissement.

En donnant à 3 pôles différents la tâche d'analyser et de conduire des actions soit préventives, soit d'accompagnement soit répressives, on prend le risque d'adresser des messages confus, voire contradictoires, d'autant que ces 3 pôles sont autonomes et que certains ne communiquent plus entre eux (CCX et OSS ou RPS).

Perte d'efficacité

Ce qui a marqué l'activité hospitalière depuis 4 ans, c'est l'extraordinaire variabilité des référentiels s'y appliquant : SROS de 3ème génération, T2A, dixième version du PMSI, huitième version de la CCAM, listes des molécules onéreuses et des Produits et prestations remboursables en sus des GHS, conditions de prise en charge. Il est donc très difficile de suivre les évolutions entre des années différentes puisque les bases de données ne sont pas stabilisées. En éparpillant sur trois pôles les compétences, on demande à un grand nombre de personnes d'être au courant de toutes ces modifications, et on prend le risque de multiplier les oublis ou les erreurs, ce qui va générer des conflits avec les professionnels et des décisions défavorables dans les contentieux

Manque de réactivité

Devant toute cette complexité, les praticiens-conseils vont se retrancher derrière les conduites de projet stéréotypées, décidées au niveau national avec des plans d'actions annuels ou pluriannuels. Mais ceux-ci vont être en permanence en décalage avec les problèmes réels, car ils sont basés

sur ce qui s'est passé l'année n-2, voire n-1 dans le meilleur des cas. Cela ne préjuge pas des problèmes en cours.

Anticipation des problèmes : un objectif motivant

L'Assurance maladie devrait mettre en place des groupes médicaux et administratifs issus de ces trois pôles. Ces groupes auraient pour mission une réflexion sur l'anticipation des problèmes à venir au regard des évolutions réglementaires les plus récentes, leurs conséquences, les risques de dérive, les moyens de les détecter précocement. Ils proposeraient les actions adaptées à mettre en œuvre pour y remédier.

Au niveau de chaque région, les praticiens-conseils qui travaillent en hospitalisation pourraient utilement participer en binômes dans l'analyse des données et/ou le recueil d'informations dans les trois aspects, sans tenir compte des incompatibilités CCX OSS, mais en privilégiant la complémentarité technique. Pour assurer la neutralité dans les analyses de terrain, les praticiens conseils ayant des relations privilégiées dans des établissements de soins n'interviendraient pas dans des contrôles contentieux les concernant.

L'action à réaliser ou le message à porter serait fait par le praticien du pôle adéquat. Cela favoriserait la circulation de l'information, ce qui limiteraient les risques de confusion ou de contradiction. La motivation des acteurs en serait accrue.

Un médecin-conseil hospitalier

Le dossier : Réorganisation ou désorganisation?

La réorganisation dans les régions : nouveau départ pour tous et deuil pour certains

La mise en place de la réorganisation est maintenant lancée dans toutes les régions. Certaines disparités apparaissent. Une nouvelle méthode de travail se profile : le traitement des dossiers sur le flux.

Tout d'abord une surprise,

La prévention a été inscrite au premier plan des objectifs de la COG avec une stratégie d'information des assurés. Déclinée dans un pôle à part entière dans la réorganisation, elle connaît sur l'ensemble du territoire une traduction fonctionnelle réduite à sa plus simple expression : de 1% au mieux de l'activité dans les régions à 0,24% ! Cette pédagogie des assurés en cohérence avec les professionnels est pourtant prometteuse d'économies substantielles.

Des disparités régionales

Le cahier des charges national est à peu près partout respecté, en particulier pour les incompatibilités liées au contentieux chez les médecins-conseils. Mais il est frappant d'observer l'hétérogénéité de sa mise en place effective, sans que des caractéristiques démographiques, sociologiques ou géographiques puissent l'expliquer.

Le dimensionnement est variable d'une région à l'autre dans des proportions étonnantes. Pour ne prendre que le contentieux, pôle emblématique de la réorganisation, nous avons une répartition d'activité allant de 28,1% des ressources d'une région à 9% pour une autre, la moyenne se situant autour de 15%. L'OSS est investi également d'une importance relative très variable de 5,5% à 15% alors que la répartition des établissements est homogène en métropole. Le



RPS se distribue autour de 12% et le CPR2A entre 50 et 69%.

leurs compétences acquises.

Une variabilité des affectations

Il existe également une variabilité dans les affectations individuelles. Tous les praticiens-conseils n'ont pas le même professionnalisme, notamment dans le cumul des tâches. Les médecins sont mono ou bipolaires, les chirurgiens dentistes et pharmaciens multipolaires. Certains ont une activité sectorielle exclusive, et d'autres une activité interdépartementale en particulier pour contourner le principe d'incompatibilité du CXX.

Le deuil

Certains praticiens-conseils, principalement les médecins hospitaliers doivent renoncer à une partie importante de leurs activités. Ils doivent faire un choix qu'ils estiment souvent contre nature entre deux domaines hospitaliers pour lesquels ils s'étaient investis. Ils ressentent une frustration et un manque de reconnaissance de

Un train peut en cacher un autre

Derrière la réorganisation se profile le traitement sur le flux. Celui-ci a tendance à accentuer la pression des superviseurs et à déresponsabiliser les praticiens. L'Assurance maladie qui demande aux usagers en ville de coordonner leurs parcours de soins, affiche en interne une image de parcours illisible avec un suivi aléatoire des dossiers par les médecins-conseils.

Un nouveau départ

Sans a priori, nous souhaitons que ce nouveau départ se fasse avec souplesse, d'autant que l'étanchéité des pôles est toute relative. On le voit déjà avec la mise en place de la maîtrise médicalisée à l'hôpital qui nécessite une coordination précise entre trois pôles CCX, OSS, et RPS.

patrick.leray@sgpc-cfe-cgc.com

Le dossier : Réorganisation ou désorganisation?

Activité des chirurgiens dentistes conseils : la nouvelle donne

Les fonctions transverses devaient occuper les chirurgiens dentistes-conseils (CDC). Le bilan d'étape est maigre

Moins d'un quart des chirurgiens dentistes-conseils (70) semblent avoir une activité extra dentaire : " activité transverse ". Pour 15 d'entre eux seulement cette activité représente plus de 50% de leur temps de travail. Parmi les huit confrères utilisés à temps complet en activité transverse, la moitié d'entre eux étaient déjà affectés à ces tâches depuis plusieurs années.

Le bilan d'étape du gisement que représentaient, paraît-il, les fonctions transverses est maigre. La très grande majorité des

confrères conservent des activités strictement dentaires. Moins de 10% des confrères sont affectés, partiellement à des activités extra dentaires les occupant de façon pérenne sur l'année. La plupart des fonctions proposées ne sont que des activités ponctuelles de soutien.

La montée en charge de la T2A médicale et du Girage des maisons de retraite est très variable d'une région à l'autre. Elle semble très dépendante des responsables locaux. Cela montre que ces fonctions, exercées par les CDC, ne s'imposent pas avec évidence pour beaucoup des partenaires.

Une fois encore, on ne peut que s'étonner d'observer cette volonté de notre hiérarchie de détourner à tout prix le corps des CDC du service du contrôle médical de l'Assurance maladie, de ses missions de service public définies par la Loi.

Cet étonnement est d'autant plus grand que justement ces missions sont loin d'être remplies !! Que penser de cette Institution qui simultanément mène une recherche éperdue et comme désespérée de débouchés occupationnels pour ses CDC dans de vagues activités transverses, hors compétence, alors que simultanément, cette même Institution se lance dans une vaste et complexe campagne de prévention dentaire... sans utiliser aucunement les compétences extrêmes et disponibles qui gisent en son sein !

Voir tableau ci contre

Le Praticien Conseil

Syndicat Général

39, rue Victor Massé

75009 Paris

Prix du numéro : 3 € Abonnement : 10 €

Directeur de publication :

Dr Patrick Leray

Secrétaire de rédaction :

Dr Bernard Rossignol

Comité de rédaction :

Dr Grégoire Carteret, Dr Joël Delhomme, Dr Jean François Gomez, Dr Alain Gruber, Dr Yvan Martigny, Dr Dominique Renoult, Dr Jean Jacques Voisin, Dr Monique Weber.

Vos suggestions d'articles à :

revue-pc@sgpc-cfe-cgc.com

Vos questions, vos remarques à :

postmaster@sgpc-cfe-cgc.com

Je m'inscris aux infos internet :

inscription@sgpc-cfe-cgc.com

Le site portail internet du SGPC

<http://www.sgpc-cfe-cgc.com>

ISSN : 0996-4088

CPPAP : 0111S07671

Imprimerie CHALLAT

17 200 ROYAN

Déclaration CNIL n° 766456

L'occupationnel a ses limites

Force est de constater, au vu des résultats révélés par le tableau ci-dessous, que le nombre de CDC occupés à temps plein par des fonctions transverses restera, par la force des choses, limité.



Le dossier : Réorganisation ou désorganisation?

Répartition des activités des chirurgiens dentistes-conseils																			
Région	Nbre	exercice dentaire TP	exercice hors dentaire TP *	CDC exercice temps partiel hors dentaire												Formation Girage	Formation T2A		
				Audits nationaux		Audits locaux qualité		Corresp sécurité		Pôle cle contentieux		T2A		Girage				Divers **	
				1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2			1	2
Alsace Moselle	11	11	0														10		
Aquitaine	15	8	1 prévu		1	1	2		1	1				6			4		
Auvergne	6	5	0							1									
Bourgogne	13	0	0		2		2		6				2			1	2		
Bretagne	11	7	2	1						1							4		
Centre	11	8	1		1			1											
IDF	69	69	0	mutualisation hors échelon pour le contentieux															
Guad Mart Guy	4						3		1		1		1						
Languedoc	10	9	1				6									1	6 10		
Limousin	10	10		mutualisation hors échelon pour le contentieux															
Midi Pyrénées	14	13					1												
Nord Est	12	7					1				1		2			1	3		
Nord picardie	24	22	1					1											
Normandie	14	12,5	1							1							4		
Paca	27	17			1									2	6	1			
Pays de Loire	16	13			1		2								1		5 3		
Réunion																			
Rhône Alpes	25	12	1				5			1							6		
TOTAL	292	223,5	8	1	6	1	22	2	8	5	2		11	2	7	4	27 30		

1 : > 50% de leur temps de travail 2 : activité épisodique

*Les 8 CDC ont été affectés aux services suivant : 1 au PMSI, 3 aux bases de données, 1 aux soins à l'étranger, 1 est référent grippe aviaire et s'occupe de la sécurité informatique, 1 est détaché à la CNAMTS et 1 est formateur informatique + audits qualité régional+ T2A

** Les 7 CDC ont eu les affections suivantes: 2 grand appareillage, 2 RCT, 2 contrats de bonnes pratiques pour labos et paramédicaux, 1 organisation du SROSS

ADHEREZ AU SYNDICAT GENERAL DES PRATICIENS CONSEILS

COTISATION 2007: Actifs: 210€. Retraités: 128€

Demandez la liste des trésoriers régionaux à: Grégoire CARTERET 14 rue Rousseau 80090 AMIENS

Vous pouvez bénéficier du prélèvement automatique: (montant prélevé : moitié en juin et moitié en septembre)

Un certificat de déduction fiscale vous sera adressé pour votre déclaration des revenus 2006, ce qui permettra une réduction d'impôt de 66% du montant de la cotisation, soit 138,60 € pour les actifs et 84,48 € pour les retraités.

Contrôle contentieux dentaire : bilan

Bilan Contrôle-contentieux dentaire 2005/2006 ; quelques remarques sur le passé... et sur le futur...

Sur cette période, de l'ordre de 500 analyses individuelles d'activité ont été menées chaque année ; rappelons que le nombre d'odontologistes en France est d'environ 40 000.

Une efficacité démontrée

Parmi ces analyses, 20% se sont conclues, entre autre, par une saisine des instances ordinales. Ce pourcentage confirme la qualité du ciblage préalable.

Il apparaît clairement que notion de « qualité des soins » est le motif principal qui justifie le déclenchement d'une analyse individuelle. On doit relever que dans certaines régions, ce volet « qualité » est présent dans 100% des travaux !

Une direction nationale nihiliste

Les résultats 2007 seront certainement différents de ceux des années précédentes. Deux facteurs viennent étayer cette prédiction.

Tout d'abord, des propos « déplacés » de notre hiérarchie nationale tenus durant l'été 2006 sont venus perturber gravement

les convictions des chirurgiens dentistes conseils et de leur hiérarchie régionale et/ou locale... jetant le doute sur le bien fondé même de leur mission de contrôle, mission de service public pourtant confiée par la Nation ! En effet, une hiérarchie qui s'interroge publiquement et gravement sur le niveau trop élevé de la qualité des contrôles dentaires..., « *il n'y a qu'à la sécu qu'on voit ça ! !!!!* »

Ensuite la mise en œuvre interminable d'une « réorganisation-optimisation » du réseau a contribué en réalité à désorganiser profondément l'activité du service médical et en particulier celle des chirurgiens dentistes-conseils...

Sous le prétexte de vouloir professionnaliser à tout prix un corps qui pourtant avait fait ses preuves de longue date (cf. tableaux ci-dessus), on aboutit au bout du compte d'une part, à la disparition du métier de chirurgien-dentiste dans l'organigramme et d'autre part, à une véritable désorganisation où personne, du médecin chef, du responsable de la mission d'appui au praticien de terrain ne sait plus

Brèves

Majoration du point salarial

Le Ministère de la Santé et des Solidarités a agréé en date du 16 mai 2007 l'avenant à la convention collective des praticiens conseils du régime général conclu le 20 février 2007. Cet avenant a pour objet de majorer la valeur du point de 0,4 % au 1er décembre 2006, de 0,6 % au 1er mars 2007 et de 0,4 % au 1er juillet 2007.

Congrès de la SFSP

Le Congrès de la Société française de santé publique aura lieu du 22 au 24 novembre 2007 à Montpellier. La CNAMTS anime une session thématique sur la régulation du système de soins. De nombreuses communications sont présentées par des praticiens-conseils. Vous pouvez demander une participation à ce congrès dans le cadre du DIF.

vraiment ce qui doit être mené...« *Plus professionnel que cela, tu meurs !* »

Bref, les résultats 2007 porteront certainement en eux les stigmates de ces événements et en tout état de cause, ces résultats ne pourront être opposés au corps des chirurgiens-dentistes conseils !

« *On obtient des résultats en exploitant des opportunités, non en résolvant des problèmes* »

Bilan de l'activité dentaire

	2005	2006
Nombre d'analyses individuelles d'activité de chirurgiens dentistes	539	506
Nombre d'analyses individuelles d'activité de chirurgiens dentistes avec volet qualité	326	316
Nombre de saisines ordinales à l'encontre de chirurgiens dentistes	94	91
Nombre de saisines ordinales à l'encontre de chirurgiens dentistes avec volet qualité	86	75
Nombre d'analyses individuelles d'activité stomatologistes	8	7
Nombre d'analyses individuelles d'activité stomatologistes	5	2
Nombre de saisines ordinales à l'encontre de stomatologistes	2	2
Nombre de saisines ordinales à l'encontre de stomatologistes avec volet qualité	2	1

La loi de 2004 a donné à l'Haute autorité de santé la légitimité pour élaborer les référentiels concernant les affections de longue durée exonérantes. Ces référentiels doivent être considérés par les professionnels de santé comme une synthèse des données acquises de la science. Les critères de leur élaboration et leur contenu paraissent pourtant critiquables.

La Haute autorité de santé (HAS) a un statut d'autorité publique indépendante. Elle a pour missions, entre autres, d'encadrer l'élaboration de recommandations professionnelles et de les promouvoir. La loi 2004-810 du 13 août 2004 lui donne pour mission de formuler des recommandations sur les critères médicaux définissant les affections de longue durée exonérantes (ALD) et des recommandations sur les actes et prestations nécessités pour leur prise en charge. Les médecins-conseils doivent s'appuyer sur ces recommandations pour donner leurs avis dans les protocoles de soins (PDS).

Dans le même temps de nouveaux protocoles de soins apparaissent. Leur remplissage correct devient extrêmement lourd pour les médecins traitants. Le système des cases à cocher devient très contraignant pour le médecin-conseil. Le service médical envisage alors de valider la pathologie exonérée par une formule commode et passe partout « *AF, suivant les recommandations de l'HAS!* ».

Les recommandations de l'HAS sont analysées sur le fond et sur la forme

On lit sur le site de l'HAS que ces recommandations ont été élaborées sur la base d'un consensus scientifique avec les sociétés savantes, par un groupe de travail comprenant les professionnels (généralistes et

spécialistes) et les associations de patients. La revue *Prescrire* ouvre depuis avril 2007 une analyse critique chaque mois sur ces guides de pratique clinique. Elle met l'expérience de son équipe de rédaction multidisciplinaire et indépendante au service de ses lecteurs pour stimuler un jugement critique et ne pas appliquer aveuglément tout argument d'autorité.

Les critiques de la revue *Prescrire*

Sous le titre « **L'Afssaps et la HAS font la part belle aux médicaments en vogue, sans tenir compte des réalités cliniques** » la revue pointe des insuffisances méthodologiques ; les conflits d'intérêts des membres du groupe ne sont pas abordés, les médecins généralistes sont sous représentés, alors qu'ils jouent un rôle essentiel dans la prise en charge du diabète de type 2, aucune association de patients diabétiques n'a participé, les critères de sélection du type de publications retenues pour l'argumentation ne sont pas explicites.

Dans le guide, la réduction de la morbidité et de la mortalité n'est pas le critère privilégié pour formuler les recommandations. Les seuils d'hémoglobine glyquée proposés pour intervenir (6% pour la mise en route d'un traitement médicamenteux et 6,5% pour la mise en route d'une bithérapie) ne sont pas justifiés par des essais comparatifs. Le choix des



médicaments n'est pas guidé par les résultats de leur évaluation sur des critères de morbidité. Il n'est pas mentionné que dans l'essai UKPDS, la metformine a réduit la mortalité totale dans le groupe de diabétiques avec excès pondéral où elle a été utilisée. En bithérapie, la metformine est sur le même plan que d'autres antidiabétiques oraux dont l'effet sur la mortalité est inconnu (voire délétère pour les glitazones). Les recommandations proposent d'utiliser des associations d'antidiabétiques oraux sans dire que leur intérêt clinique n'est pas connu. L'insulinothérapie est placée en dernière ligne, sans justification ni argument pour la repousser ainsi après les associations d'antidiabétiques oraux.

Au total, la revue *Prescrire* conclut qu'il vaut mieux ne pas suivre ce guide de pratique clinique. L'HAS en est peut-être consciente puisqu'elle précise dans la rubrique questions réponses de son site internet : « *rien ne contraint formellement les médecins à respecter ces guides* ».

1er bilan de la réorganisation au 15 juin 2007

Un premier tour d'horizon est possible à partir des réponses des 17 régions qui ont bien voulu répondre à notre enquête. Des disparités importantes apparaissent malgré un cahier des charges commun.

Une mise en place à vitesse variable

Certaines régions ont terminé, d'autres commencent juste, la plupart sont en phase de transition ce qui permet encore quelque fonctionnement selon les règles anciennes (cumul T2A et OSS notamment).

Les pôles.

Dans la majorité des régions on retrouve les 5 pôles mais la prévention n'est pas toujours individualisée (avec OSS en Aquitaine, SI en Languedoc...), elle est régionale et minime en effectif.

Certains ont divisé les pôles en subdivisions (départements en aquitaine) en particulier au niveau de la distinction T2A et CCX ambulatoire.

Les chefs de pôles sont les chargés de mission.

Dentistes et Pharmaciens conservent des missions d'appui.

Le dimensionnement

Celui du CPR2A va de 46 % (Ile de France) à plus de 60 % (Centre Ouest) mais la répartition n'est pas connue pour toutes les régions.

Les incompatibilités

Celles préconisées par le cahier des charges sont la règle. Dentistes et pharmaciens ont plus de latitude sous réserve de mutualisation inter échelons en général mais aussi intra échelon. (Pays de Loire).

La majorité des régions a prôné la mono ou la bivalence. Certaines sont restées centrées sur la monovalence de principe (Rhône Alpes, Auvergne) et d'autres permettent des tri valences (Pays de Loire, Alsace).

Toutes les combinaisons permises par le cahier des charges n'étaient pas ouvertes au choix (en Alsace, RPS/OSS n'était pas proposée, dans le Nord CPR2A/RPS, en Auvergne, CPR2A/OSS)

Niveaux B

Les médecins chefs d'échelons ont la responsabilité de l'organisation du fonctionnement de leur échelon sur tous les pôles. Certains chefs de secteurs sont positionnés comme chefs de pôle locaux (IDF, Nord) mais la majorité a un rôle managérial

Les instances

Ont été consultées le plus souvent sans vote. L'Aquitaine, PACA et les Pays de Loire ont voté contre.

Le pilotage

La répartition des charges prévisionnelles de travail n'a pu être obtenue que dans cinq régions. Il est clair que beaucoup d'entre nous ne peuvent avoir accès facilement à ces données. Si parfois il n'existe pas de calcul de ces charges, il y a des régions dont on sait qu'elles utilisent des outils de reporting et de suivi de projet mais pour lesquelles l'information n'est pas ou peu accessible. La conclusion que l'on peut tirer actuellement, c'est que les praticiens-conseils n'ont pas connaissance des charges prévisionnelles et ne peuvent donc pas participer à une réflexion prospective ou rétrospective de leur activité.

Les restructurations annexes

Des regroupements de sites ou d'échelons sont opérés simultanément à la réorganisation. Ils s'intègrent formellement à la réorganisation ou sont d'initiative locale (Aquitaine). Quatre régions

sont concernées : IDF, Nord, Aquitaine, PACA

Dans le Nord Est, il est question de mutualisation de chef entre deux échelons.

Les plateformes de traitement rapide centralisé de dossiers sont mises en place : Alsace, Aquitaine, Nord, Nord est, Bourgogne, de façon volontariste et organisée (Alsace, Bourgogne) ou laissée à l'initiative des médecins chefs (Aquitaine, PACA). La consultation des instances n'est pas systématique, ce qui est contraire à la réglementation puisqu'il y a modification des conditions de travail.

Les premières impressions de l'application

Du « c'est comme avant avec les contraintes des incompatibilités mais on s'adapte » à une impression de réorganisation sauvage. Les problèmes évoqués sont la nécessité de mutualisation inter échelon coûteuse en temps, quelques affectations d'office sur des pôles non souhaités, la non harmonisation et la persistance des inégalités de répartition des charges de travail entre pôles.

Conclusion

Il s'agit d'un premier bilan de mise en place et nos informations sont encore parcellaires, en particulier sur le dimensionnement des pôles et les effets sur nos conditions de travail. La mise en application concrète sera plus visible à partir de septembre et un bilan en fin d'année nous apportera un meilleur éclairage sur les conséquences de cette restructuration.

Merci à tous ceux qui ont colligé et fait remonter les informations nécessaires à ce bilan.