



LE PRATICIEN CONSEIL

Un espace de communication confraternelle

www.sgpc-cfe-cgc.com

N° 59

Mars 2008

Le + syndical



Jean François GOMEZ

Secrétaire national

EDITORIAL

Baromètre vigi-Moral SM : niveau d'alerte rouge, le fiasco d'une DRH.

Lors de notre dernière rencontre de négociation, le directeur de l'UCANSS lui-même faisait en séance le constat du niveau bas d'enthousiasme de l'ensemble des personnels des organismes sociaux mais avec un niveau nettement individualisable et particulièrement très critique centré sur les personnels du service médical.

On a beau se doter

de tous les instruments de mesure, si l'on ne dégage pas l'analyse puis le remède, tout n'est que bonne conscience ou mascarade.

Les symptômes de la dépression sont cependant évidents :

L'argument salarial est-il au premier plan? Bien sur, nous avons tous fait le constat d'un cadre conventionnel prometteur, démarrant par un magnifique rappel de salaire puis étranglé par un GVT assassin juste bon à distribuer des points d'expérience, à réduire les « managers » à un rôle de fusible saupoudrant quelques points de contribution tout en priant pour le maintien de la paix sociale.

Non, si le mécanisme salarial est grippé, ce n'est pas essentiellement à ce niveau que se situent les ressorts moteurs de tout praticien conseil. On ne devient pas praticien conseil pour l'argent et on souhaite le rester pour la mission, l'environnement de travail, le respect de sa personne et la simple reconnaissance de son travail.

Nos missions nous éloignent de plus en plus de notre formation initiale allant jusqu'à nous transformer en visiteurs médicaux quémendant des entretiens qui n'ont de confraternels que le nom, pour des thèmes parfois ressassés jusqu'à n'en plus pouvoir et allant jusqu'à nous interdire de pas de porte, ou à nous vautrer dans l'entre porte des rendez-vous articulés

avec les DAM.

Nos objectifs d'intéressement sont régis par une logique d'enveloppe et leurs règles de déclinaison peuvent faire de nous des sprinteurs aux semelles plombées dès le départ de la course.

Des maladresses régionales ça et là, par telle ou telle interprétation bien entendue restrictive de nos avantages conventionnels, sans même poser le questionnement au niveau national, associée au dévoiement du concept de contrôle de gestion, dégradent l'ambiance de travail.

Des maladresses nationales de direction des ressources humaines apparaissent sous les traits de demandes de sanction maximale auprès du conseil de discipline pour des faits reconnus comme relevant de la plus faible sanction par la sagesse unanime de l'instance nationale.

Il y a là une véritable stratégie chronique d'agression intolérable que

nous ne méritons pas. Nous ne nous satisfaisons pas de la simple réflexion nationale sur les flux migratoires de nos classes d'ages et la stratégie opaque de leur remplacement. Nous ne pouvons pas rester passifs devant des formations professionnelles à vocation institutionnelle que l'on veut nous imputer sur le DIF.

Le service médical constitue le réseau le plus discipliné, le plus mobilisable, le plus adaptable de l'institution. Il constitue un exemple

d'engagement et d'intégrité au sein de tous les personnels au service de l'institution. Il est indispensable, incontournable et au cœur de toutes les actions.

Le moins que nous soyons en droit de demander et d'obtenir, relève de la mise en place d'une politique de ressources humaines nationale appliquée par des responsables dont nous serions certains qu'ils garantissent :

-le respect de l'application uniforme du droit conventionnel,

-la justesse du niveau de saisine disciplinaire,

-la mise en œuvre ou à défaut, l'affichage de la préoccupation d'une réflexion sur les moyens d'amélioration de l'environnement professionnel propres à stimuler l'enthousiasme, l'engagement, la responsabilité de chacun d'entre nous au service de l'institution.

C'est là la véritable mission d'une DRH. C'est là que se situe le mécanisme majeur de dégradation et c'est aussi là que nous conduirons le débat et nos propositions.

NUMERO SPECIAL CONTRÔLE DE GESTION

Position de la CFE-CGC

Alors que la Direction affirmait que le contrôle de gestion relevait actuellement de quelques expérimentations régionales et constituait en cela un projet non encore abouti, nous avons fait état des remontées de notre réseau sur ce sujet.

Une mise en place anarchique et prématurée

Nous avons confirmé que notre constat mettait en évidence, non pas une série d'expérimentations limitées, mais la mise en application sur tout le territoire du contrôle de gestion. Au sein de l'ensemble des régions, des expérimentations étaient mises en place relevant d'un cahier des charges pré-établi au niveau national. D'ores et déjà, l'absence de lignes claires sur les objectifs du contrôle de gestion se traduit sur le terrain par un ensemble de dérives inacceptables. Ce qui doit se résumer à la planification et au suivi d'un projet, se traduit par la mise en place de relevés individuels d'activité, exhaustifs, journaliers et non anonymes. Dans certaines régions, les déclarations de temps d'activité sont écrêtées et sous-estiment le temps de travail effectif. L'application du barème temps-avis transmis à l'ensemble des directions régionales du service médical (DRSM) constitue désormais non seulement un outil de planification mais également de normalisation

PAR EXEMPLE - LE BON OUTIL DE GESTION ET DE CONTRÔLE - POUR L'ACTIVITÉ D'UN PRATICIEN = UN SEUL INDICATEUR : LE NOMBRE D'ANNÉES DU SOMMEIL PENDANT LES HEURES DE TRAVAIL



de l'activité individuelle. Cela devient la base de consigne d'organisation planifiée du travail en contradiction avec le statut de cadre au forfait et la liberté d'organisation du travail affichée dans le texte.

Des principes à respecter impérativement

Il apparaît donc nécessaire, pour permettre l'acceptabilité de la démarche imposée par le ministère à la CNAMTS, de décliner la mise en application du projet autour du respect d'un ensemble de principes parmi lesquels :

- **Le principe de transparence** : transparence de la méthode s'agissant des instruments de mesure et d'évaluation et transparence du suivi du dispositif avec informations régulières des Instances Représentatives des Praticiens Conseils (IRPC).

- **Le principe de cohérence légale** : respect des démarches CNIL, respect de la déontologie et du Code de Santé Public écartant toute notion de productivisme, respect de notre cadre conventionnel et des accords en place sur la RTT (cadre au forfait)

- **Le principe de l'uniformité** : utilisation d'un seul et même outil appliqué par l'ensemble du Service Médical avec des règles uniformes d'utilisation.

- **Le principe de l'anonymat** afin de garantir la non utilisation à des fins d'évaluation individuelle.

- **Le principe de l'économie** afin que les nouveaux éléments de reporting ne soient pas redondants avec ceux déjà en place et qui pèsent en terme de moyens et de personnels déjà bien assez.

- **Le principe de réalité** visant à faire un état de déclaration réelle de temps travaillé et non de temps normalisé voire écrêté.

Pas de contrôle de gestion sans charte préalable

L'ensemble de ces préconisations nous a conduit à proposer l'élaboration d'une charte de mise en place et d'élaboration de l'outil « contrôle de gestion », mais également à suggérer le nécessaire recadrage de ce dossier auprès de l'ensemble des DRSM lors du prochain CODIR plénier. S'agissant d'un projet aussi sensible en terme d'adhésion, il paraît plus qu'opportun de prendre le temps de mettre en place tous les éléments favorisant son « acceptabilité » et son efficacité.

Après notre déclaration le Directeur Délégué aux Opérations devait adhérer à nos propositions notamment à celle préconisant la mise en place d'une charte. Un point de calage sera fait avec l'ensemble des directeurs régionaux et la direction prendra le temps nécessaire à la mise en place de tous les ajustements. Une lettre réseau paraîtra après information des Instances Représentatives des Praticiens.

**Les représentants SGPC
auprès du Comité National de
Concertation**

Le dossier : Le Contrôle de gestion

Si le contrôle de gestion est utile aux managers, il ne doit pas devenir un outil utilisé pour contrôler l'activité individuelle des praticiens-conseils.

L'utilité d'un contrôle de gestion (traduction impropre d'un concept anglo-saxon : il vaudrait mieux dire d'un outil de planification et de gestion car cela ne contrôle rien), l'utilité d'un tel outil donc est évidente pour le manager.

Planifier et gérer les ressources et les moyens à mettre en oeuvre pour réaliser les actions demandées et obtenir les résultats attendus, est logique et utile.

Un contrôle de gestion concret.

Imaginons que je sois un simple responsable d'échelon local du service médical (ELSM), un chef en quelque sorte. Je dispose d'un certain nombre de vacations de praticiens-conseils c'est-à-dire d'un nombre de personnes titulaires d'un doctorat et travaillant dans mon service.

Je dispose aussi d'un médecin-conseil régional et d'un Directeur Général qui impulsent une certaine politique à mon entreprise et me demandent légitimement des comptes sur ce que je fais.

Comment vais-je réaliser les 150 échanges confraternels qui me sont demandés, comment vais-je contrôler l'activité des X médecins déviants, des X méga-consommateurs, des X consommateurs de Subutex®. Comment vais-je vérifier l'adéquation médicale des prestations que nous demandent les assurés ?

Il faut que je planifie ces activités, que je les prévois en fonction des moyens dont je dispose. Puis que je vérifie la possibilité de les réaliser et puisse expliquer comment en réalité j'ai pu les faire ou ne pas les faire.

Je planifie les activités dans le temps. Je prévois en fonction d'un temps théorique les moyens dont j'ai besoin. Je vérifie si mes prévisions sont conformes à la réalité. Bref je "contrôle-de-gestionise".

Je maîtrise l'organisation de mon ELSM. J'ajuste les moyens et les activités en fonction de l'absentéisme imprévu (après tout même un praticien-conseil peut tomber malade).

C'est simple et pratique.

Un contrôle de gestion dérapant

Mais je suis tatillon et je demande un relevé quotidien à la minute ...et je suis un peu pervers : j'en profite pour calculer le coût de chaque activité, pour vérifier la productivité de chaque praticien conseil, pour comparer les PC de la région NORD avec celle de la région SUD ... et j'en tire des conclusions : tel PC n'est pas rentable, telle région est moins bien que telle autre qui fait aussi bien avec moins de moyens et de personnel, telle activité est trop chère.

Je supprime (encore) des postes, je délocalise (je mutualise) et je privatise certaines activités (le contrôle des arrêts de travail par les « médecins des employeurs » par exemple) ...

Un contrôle de gestion cadré par une charte

La direction nous a affirmé en

comité de concertation national que tout cela ne se ferait pas. Nous avons demandé qu'une charte de bon usage du contrôle de gestion soit mise en place. Nous faisons remarquer que pour répondre au cahier des charges du contrôle de gestion, un relevé à la vacation au plus une fois par semaine est largement suffisant.

Alors le contrôle de gestion, oui mais pas à n'importe quelle condition et nous serons vigilants sur cet outil moderne auquel nous n'échapperons pas, même si son utilité ne nous apparaît pas évidente.

Joel.delhomme@sgpc-cfe-cgc.com

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

Le dossier : Le Contrôle de gestion

La raison de la mise en place d'un contrôle de gestion n'a pas été clairement explicitée. On peut émettre des hypothèses. Par contre nous sommes sûrs que cela aura un retentissement non négligeable sur notre travail.

Le contrôle de gestion

« Le contrôle de gestion permet le contrôle, la mesure et l'analyse de l'activité d'une organisation, c'est-à-dire le management des objectifs opérationnels et/ou stratégiques de manière chiffrée et rapide. Il utilise des indicateurs qui seront suivis (mesurés) et mesure l'écart de la situation (réelle) avec le but visé (budget). Il s'agit d'un *contrôle* non seulement au sens de vérification, mais aussi au sens de pilotage. » Wikipédia

« Le contrôle de gestion a pour mission de s'assurer de la cohérence entre la stratégie adoptée (*où veut-on aller ?*) et les moyens mis en œuvre sur le terrain (*que fait-on et avec quoi ?*). » Wikipédia

« Le contrôleur de gestion, également appelé responsable de la planification et de la gestion, exerce un contrôle permanent sur les budgets de l'entreprise. Il élabore la prévision budgétaire et met en place des procédures du contrôle. Enfin, il fournit une assistance dans tous les domaines afin de permettre l'utilisation optimale des ressources.

Le contrôleur de gestion doit avoir une solide formation comptable et financière et une bonne maîtrise de l'informatique. Il est amené à se déplacer notamment dans les filiales des entreprises. » (CIDJ)

La gestion du risque

Le terme gestion du risque est employé depuis longtemps dans l'Assurance maladie. Pendant un temps, le risque était divisé en risque maladie, maternité, risque AT/MP, etc. Le risque était entendu comme les champs de réglementation pour les remboursements aux assurés. Peut-être est-ce toujours le cas ?

La maladie, la maternité ou l'accident de travail aurait pu être considéré comme un risque (financier) pour l'Assurance maladie, en ce sens qu'une maladie, un accident de travail ou une maternité va entraîner des remboursements. La prévention des accidents de travail pourrait s'intégrer dans cette notion. Moins d'accidents de travail signifient moins de remboursements. Cette notion n'est évidemment pas applicable directement pour la maternité !

Le risque pourrait correspondre aux coûts liés à une non-qualité de la prise en charge des patients, non-qualité source de remboursements évitables. Le Service du contrôle médical s'était engagé dans une telle démarche, en évaluant les écarts entre une bonne pratique et la réalité des pratiques professionnelles, et en ayant une communication vis-à-vis des professionnels ayant à améliorer leur pratique.

Les campagnes d'échanges confraternels vis-à-vis des antibiotiques ou des statines s'intègrent dans cette démarche, en visant à réduire les excès de prescription par rapport aux référentiels de bonnes pratiques.

Le contrôle de la régularité des prestations vis-à-vis des assurés ou des facturations des

professionnels ou des établissements est une gestion du risque : payer au-delà de la réglementation. Dans ce sens le contrôle est une gestion du risque de trop payer.

Mais pour l'Assurance maladie, est-ce que le risque principal ne serait pas de perdre son quasi-monopole. D'où, la nécessité de satisfaire aux exigences d'intervenants multiples qui pourraient remettre en cause son monopole : pouvoir politique, syndical, assurés citoyens, professionnels de santé, etc. Ce quasi-monopole est accompagné d'une tutelle ministérielle forte qui renforce la nécessité de satisfaire aux exigences de différents groupes de pression.

Le déficit chronique est sans doute la résultante de la gestion de ce risque principal de perte de monopole et de la tutelle ministérielle. D'où, l'ambiguïté de la gestion du risque dans l'Assurance maladie.

Pourquoi un contrôle de gestion : quelques hypothèses

Le contrôle de gestion a-t-il été mis en place après l'identification d'un problème qu'il serait en mesure de résoudre ? Ou bien a-t-il été mis en place simplement pour l'affichage, comme la réorganisation ou la démarche qualité ?

Nous n'avons pas d'éléments pour



dire que ce contrôle de gestion viendrait d'un problème identifié. Nous en sommes donc réduits à émettre des hypothèses.

1) Les coûts par activité sont-ils trop élevés ?



Au service du contrôle médical, a-t-on l'habitude de calculer les coûts par activité ? Quel est le coût de traitement d'une demande d'ALD, d'un contrôle d'arrêt de travail, d'un contrôle T2A d'établissement de santé, d'un échange confraternel, d'un rapport CROS, etc. Je pense que non. Mais il serait facile de l'appréhender puisque nous n'avons pratiquement que des coûts de personnel et que nous avons des recueils des temps passés par activité ainsi que les effectifs d'avis produits.

Si, jusqu'à présent, le coût par activité n'a pas été calculé alors que les éléments suffisants pour un tel calcul sont recueillis, quelle utilité d'apporter un outil technique plus sophistiqué sans se soucier davantage des coûts ?

Par exemple, les établissements de santé publics ont engagé des contrôleurs de gestion quand ils sont passés du budget global à la tarification à l'activité.

Si nous avons 100 € pour l'instruction d'une demande d'ALD, il serait souhaitable de disposer d'un contrôle de gestion pour savoir si nos coûts restent inférieurs. Nous ne sommes pas dans cette situation, nous sommes toujours dans une situation de budget global.

2) Le service du contrôle médical devra-t-il à l'avenir gérer un budget, des dépenses et des

recettes ?

Le service médical ne gère pas réellement un budget de fonctionnement ou d'investissement. Il dépend des autres services de l'Assurance maladie qui gèrent pour lui. S'il devait gérer un budget pour lui-même, un contrôle de gestion pourrait alors être utile, mais rien n'indique que ce sera le cas.

3) L'Assurance maladie va-t-elle être mise en concurrence ?

L'Assurance maladie n'est pas en concurrence mais en quasi-monopole. Ses efforts de gestion sont louables, mais ce n'est pas pour bénéficier d'un avantage concurrentiel.

Aucun élément dans les rapports demandés au niveau national n'émette une telle proposition de mise en concurrence.

4) Quel est le cœur de métier du Service du contrôle médical ?

Le premier rôle du Service du contrôle médical est de donner un avis médical pour l'attribution de certaines prestations en faveur des assurés sociaux. Dans ce rôle, la gestion du flux des demandes suffit.

Pour d'autres activités, il travaille comme prestataire de service pour d'autres institutions. Dans ce cas, il est peut-être important d'identifier les coûts générés par ces activités. Mais c'est une part minoritaire de notre activité.

Les risques du contrôle de gestion

1) Du travail supplémentaire pour un simple affichage

Le contrôle de gestion peut, comme la comptabilité analytique ou la démarche qualité, augmenter les tâches administratives sans contrepartie en terme d'efficacité professionnelle. La multiplication de ces contraintes administrative aboutit à une moindre considération de notre activité spécifique médicale, pharmaceutique ou dentaire. A terme, une rémunération moindre peut nous être opposée.

La hiérarchie médicale que nous avons, a une responsabilité. Soit elle veut préserver notre cœur de métier et des conditions acceptables pour exercer notre activité médicale, soit elle se plie aux exigences abusives.

Le contrôle de gestion peut s'avérer comme une nouvelle contrainte abusive sans intérêt pour notre activité professionnelle.

2) Des objectifs financiers dans le cadre de travail où notre indépendance est indispensable.

L'avis médical sur une prestation aux assurés comme l'invalidité ou la rechute accident de travail doit se faire dans la neutralité. Cette neutralité impose l'indépendance technique par rapport à des objectifs financiers.

La gestion des risques n'a pas été définie de manière claire ; aussi des dérives sont possibles. Le contrôle de gestion pourrait renforcer le risque de mettre en péril notre indépendance, en mettant en avant des objectifs de gestion contraires à notre neutralité. Le contrôle de gestion pourrait se révéler comme un outil de pression supplémentaire.

Dr Philippe De Mey

Le dossier : Le Contrôle de gestion

Les Forfaits jour sous surveillance : les PC sont-ils encore des cadres au forfait ?

Dans une jurisprudence du 31 octobre 2007, la cour de cassation se range résolument du côté des salariés. Elle met, enfin, le holà aux abus dans l'utilisation des forfaits jours des cadres [Cf. encadré 1]. Cela doit nous faire réfléchir sur la perversion actuelle de nos conditions de travail.

La loi délimite le travail des cadres

La loi du 19-1-2000 a inséré dans le Code du travail une section particulière pour les cadres. Elle organise pour ceux-ci une réduction du temps de travail effective et adaptée. La loi du 17-1-2003 a apporté des aménagements à la définition des différentes catégories de cadres [Circulaire - DRT n° 6 du 14 avril 2003].

Au sein du service du contrôle médical de l'Assurance maladie, la majorité des praticiens-conseils relèvent de deux catégories de cadre :

- les cadres intégrés qui sont ceux « dont la nature des fonctions les conduit à suivre l'horaire collectif applicable au sein du service auquel ils sont intégrés ». Les praticiens-conseils travaillant en échelon local sont de fait soumis aux horaires d'ouverture de la CPAM. Ils suivent un horaire collectif assorti le plus souvent maintenant d'un planning de convoqués décidé par un cadre administratif voire le médecin-conseil chef de secteur. Ces cadres peuvent effectuer des heures supplémentaires en raison des fonctions confiées. L'horaire collectif garde son rôle structurant dans leur rythme de travail [art L 212-15-2 du code du

travail]. Les durées maximales de travail s'appliquent (10h /j, 48h /semaine, 44h en moyenne /12 semaines).

- les cadres dits « autonomes » [art L 212-15-3-III du code du travail] sont aujourd'hui définis par un seul critère dont ils doivent bénéficier : l'autonomie dans l'organisation annuelle de leur emploi du temps. Ces cadres sont susceptibles de conclure des forfaits annuels en jours.

L'imprécision du forfait en jour est parfois source de conflit

Ce forfait en jours, s'il répond à certains besoins, présente l'inconvénient de ne pas avoir un régime clair. Il soulève en conséquence beaucoup d'interrogations et d'inégalités pouvant être source de conflits selon l'appréciation des pouvoirs de l'employeur et du salarié. La démarche actuelle de la CNAMTS en est la preuve. Elle tente de nous faire accepter un emploi du temps et une organisation de notre travail déterminés par notre hiérarchie, sous couvert de réorganisation par pôles. On voit poindre un objectif de rendement et de planification des emplois grâce à un contrôle de gestion tatillon.

Le contrôle de gestion dans sa première version vise à planifier notre activité à l'aide d'une liste de nos tâches définies à la minute près. Comme le fait justement remarquer un confrère, il suffirait d'une simple multiplication pour adapter les ressources.

Voici le service du contrôle médical revenu à une conception préhistorique du travail qui ne peut raisonnablement s'appliquer

Brèves

Décision du COMEX

Le 20/02/2008, le Comité exécutif a décidé unilatéralement d'une augmentation de 1,20 % de la valeur du point au 1^{er} mars 2008. Il a aussi décidé de développer pour l'avenir un outil de rémunération lié à la performance.

La rémunération liée à la performance existe déjà à travers l'attribution de points de contribution professionnelle. Son application est problématique et sujette à contestation par manque de moyens budgétaires et de transparence quant aux critères d'attribution.

Congrès de l'Union européenne de médecine d'assurance et de sécurité sociale (UEMASS)

Prague (Tchéquie), 5 - 7 juin 2008

Le thème général sera : les maladies de longue durée et leur impact sur les soins de santé et la sécurité. C'est une opportunité pour les praticiens-conseils français de pouvoir participer à un congrès international rassemblant leurs homologues de 17 pays européens et des représentants du Canada et des USA. Pour tout renseignement et inscription :

<http://www.eumass.com/>

Election au comité régional de concertation

Les candidats CFE/CGC se présentent aux élections de votre comité régional de concertation. Leur rôle est de vous représenter auprès de la direction. Ils sont à votre écoute. Ils interviennent pour régler vos litiges et améliorer vos conditions de travail. Nous comptons sur vous pour leur accorder votre soutien en votant pour eux.

Le dossier : Le Contrôle de gestion

aux cadres experts que nous sommes.

Le taylorisme de retour au service médical

C'est en 1911 que Taylor « inventa » l'organisation scientifique du travail. Il se donne pour objectif de réduire la « flânerie » des salariés qui selon lui freine la production. Celle-ci est provoquée par la méconnaissance des responsables du temps nécessaire pour exécuter un travail. Le contrôle de gestion tel qu'il est appliqué déjà en région a un relent de Taylorisme qui doit nous alerter. Taylor enlève aux exécutants toute intervention dans la conception de leur travail : c'est le travail à la chaîne des usines Ford.

En 1964, Friedman parlera de l'avènement du travail en miettes. Il cite une usine de confection dans laquelle la fabrication d'un gilet est morcelée en 65 postes de travail. Par cet éclatement des anciens métiers, l'ouvrier perd la connaissance de la finalité de la

production.

C'est ce que l'on nous impose en CPR2A, dès qu'il y a suppression des portefeuilles ou des secteurs. Il en est de même en contrôle-contentieux dès que l'on applique le modèle auvergnat sans collégialité, en morcelant le travail des praticiens-conseils qui ne sont plus acteurs ni dans le ciblage, ni dans les suites contentieuses.

Il a été démontré qu'avec ce travail en miettes, on assiste à la montée des insatisfactions au travail et à une augmentation de la fatigue des salariés [Louche.C. introduction à la psychologie du travail et des organisations. Editions Armand Colin, 2007]

Nécessité d'une réflexion sur notre organisation du travail

L'engagement affectif est la forme d'engagement organisationnel la plus positive tant pour les organisations que pour les salariés avec réduction du stress professionnel [Louche.C.

introduction à la psychologie du travail et des organisations. Editions Armand Colin, 2007]. On peut la développer en fournissant des conditions de travail intrinsèquement motivantes : soutien émotionnel aux salariés, application des principes de justice procédurale (Cf. encadré 2) comme par exemple l'utilisation d'un barème commun et connu d'attribution des points de contribution professionnelle des praticiens-conseils.

Le praticien-conseil au forfait doit rester maître de son travail.

A l'heure où le projet des Agences régionales de santé (ARS) pourrait redéployer dès 2009 les praticiens-conseils selon le choix politique qui sera fait (ARS ou ARS + Assurance maladie), veillons à rester ce corps unique d'experts compétents et indépendants dans nos avis techniques que beaucoup nous envient. Ne laissons pas le productivisme entacher la qualité de notre travail.

Dr Hélène Scano-Dufour
Région Centre

Cass. Soc- n° 06-43-876 du 31-10-2007

Un salarié avait signé un contrat de travail en forfait jours. Il s'est vu obligé de travailler selon un planning imposé par son employeur et dont la durée de travail était excessive. La cour de cassation a imposé à l'employeur le paiement des heures supplémentaires au motif que la clause de forfait jour n'était pas valide dans les faits parce qu'il « ne disposait d'aucune liberté dans l'organisation de son travail ...»

Extrait d'un rapport de Julie Cloutier traitant de la perception de justice à l'égard de l'équité salariale

Il est important de se pencher sur les *perceptions* de justice des salariés à l'égard de la démarche d'équité salariale. Cette forme de justice est désignée par l'expression « justice procédurale », et concerne la *perception* de justice en regard des règles et des procédures qui ont servi à établir la rémunération (Cropanzano et Greenberg, 1997; Folger et Greenberg, 1985; Folger et Konovsky, 1989). La question de la justice procédurale se pose avec d'autant plus d'acuité qu'il a été largement démontré qu'elle influence de façon positive ou négative les attitudes et les comportements des salariés en milieu de travail, que l'on pense, par exemple, à la confiance à l'égard de la direction, l'engagement, la motivation, la mobilisation et l'intention de quitter l'entreprise (Cohen et Spector, 2001; Colquitt et *al.*, 2001; Konovsky, 2000).

"Le discours de la méthode"

Il s'avère que les régions qui n'ont pas terminé leurs échanges pour 2007 ont pu continuer en 2008 sans pénalisation. De plus les échanges de 2007 réalisés en 2008 sont comptabilisés pour l'activité 2008. Or les objectifs du pôle RPS pour 2008 ont été calculés sur le nombre d'échanges réalisés en 2007.

Les régions qui ont réalisé plus que leur objectif en 2007 se voient donc doublement pénalisées. Leur objectif 2008 est surévalué par rapport aux régions ayant juste atteint leur objectif en 2007. Il est encore plus majoré par rapport aux régions qui n'ont pas atteint leurs objectifs.

Conclusion : la vertu est vaine.

Revue-pc@sgpc-cfe-cgc.com

Quelques photos de l'assemblée générale du SGPC de janvier 2008

1 Le Docteur PORCHER. 2 Dr GRUBER ET GOMEZ

3 une assemblée studieuse



ADHEREZ AU SYNDICAT GENERAL DES PRATICIENS CONSEILS

COTISATION 2008 : 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 2007, 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.