

**INSTANCE NATIONALE DE
CONCERTATION
4 AVRIL 2007**

- **OPTIMISATION DE L'ORGANISATION DU RESEAU
MEDICAL**

La réunion s'est tenue sous la présidence de Philippe GEORGES, directeur de la Cnaf, président du Comex.

ETAIENT PRESENTS :

Pour la Cnamts :

Olivier de CADEVILLE, directeur délégué aux Opérations

Docteur Michelle CARZON, directeur du Réseau médical

Docteur Jacques HERLAUT, responsable du département des Ressources humaines du contrôle médical

Pour la Cnav :

Damien BLANCHETIERE, Responsable du pôle Animation du réseau ressources humaines

Pour l'Ucanss :

Bernard MEUNIER, directeur adjoint

Michel EMERY, directeur des Relations sociales

Sophie METEYER, directeur des Relations sociales institutionnelles

Denis-Yves LESAULT, chargé de mission à la direction de la Prospective et des ressources humaines

Pour les organisations syndicales :

CFDT

Philippe DAGORNE

Martial HURLISIS

Florence TOUREILLE

CFE/CGC

Nadine COURTEL

CFTC

Bernadette DECLERIEUX

Arlette LEMAIRE

CGT

Daniel EDELIN

Françoise MAHAUT

FEDERATION FO

Michel ROCHETTE

FO

Guy PERROSSIER

PSTE-CFDT

José RAZAFIMANDIMBY

SNADEOS-CFTC

Sylvain BOUCE

Hubert RETIF

SNFOCOS

Edmée BERT

Christian GOUPILLOT

Claire PACHAUD

Jean-Luc WATTRELOT

SNPDOS-CFDT

Brigitte JEANBLANC

UFICT-CGT

Joëlle ATTALI

Christian DELBOE

M. GEORGES ouvre la séance à 14 h 30.

M. ROCHETTE souligne la qualité du procès-verbal qui reprend tous les propos tenus sans les déformer. Suite à la réunion du 16 novembre 2006, il souhaite également savoir ce qu'il en est de l'annexe COG pour les ugecam ainsi que de l'instance de pilotage dont la Cnamts avait annoncé la création en 2007 pour les ugecam.

M. GEORGES propose de répondre à ces deux questions, une fois la procédure d'adoption du procès-verbal terminée. En l'absence d'autres remarques, il remercie Monsieur Rochette pour l'appréciation positive portée sur la forme du procès-verbal et considère que ce dernier est adopté.

Le procès-verbal de l'instance nationale de concertation du 16 novembre 2006 est adopté.

M. DE CADEVILLE répond alors aux questions : sur le premier point, abordé par Monsieur Rochette, les services de la Cnamts ont beaucoup travaillé avec lui-même et Sylvie Mansion, depuis la dernière réunion. En début de semaine, un projet de texte a été validé par le directeur général, sous réserve de quelques modifications. Afin d'obtenir un certain nombre de crédits supplémentaires nécessaires pour accompagner les ugecam, le directeur général envisage d'établir un lien avec la DHOS, dans un premier temps, et avec la DSS, dans un second temps. En vue des négociations avec le ministère de la Santé, la Cnamts dispose ainsi d'une plateforme quasiment prête, fondée sur les orientations du Conseil, qu'il s'agisse des ugecam mais également de la gestion du risque ou de la politique hospitalière. Un document cohérent d'une quinzaine de pages a été établi et devrait appuyer la négociation de la Cnamts auprès du ministère de la Santé. La Cnamts attend aujourd'hui d'avoir un contact avec le ministère, ce qui devrait se faire assez rapidement.

En ce qui concerne l'instance de pilotage, le directeur général de la Cnamts amorce actuellement la phase de recrutement, qui n'est pas des plus aisées, puisqu'il souhaite recourir à un spécialiste du pilotage d'établissements de santé. En attendant l'arrivée du nouveau directeur des ugecam, la direction déléguée aux opérations et la direction déléguée à l'offre de soins s'engagent à poursuivre la construction des dossiers, dans le but d'éviter une interruption de la réflexion au sein de la Cnamts. Il n'est pas indispensable que la négociation avec le ministère de la Santé soit menée par le nouveau directeur des ugecam ; l'essentiel est de pouvoir obtenir les moyens nécessaires aux réalisations prévues. En parallèle, la Cnamts maintient sa démarche de progrès concernant les ugecam. Ainsi, le tableau de bord de pilotage partagé entre les ugecam et la Cnamts est actuellement diffusé dans toutes les ugecam. Celles-ci ont également été associées au périmètre d'évaluation de la mission IGAS sur la détermination des coûts de gestion afin que leurs problématiques particulières soient prises en compte par le ministère de la Santé.

M. GEORGES remercie Monsieur de Cadeville et demande si quelqu'un désire poser d'autres questions.

M. ROCHETTE souhaite attirer l'attention du président du Comex sur le service médical. Il lui semble indispensable de convoquer, dans les meilleurs délais, une réunion paritaire nationale sur la classification et, plus précisément, sur le classement des nouveaux métiers techniques de l'Assurance maladie. En effet, une lettre, datée du 21 février 2007, évoque le classement des délégués de l'Assurance maladie (DAM) et n'a été communiquée ni par l'Ucanss ni par la Cnamts. Madame Gautier-Pascaud transmet le même message, le 14 mars 2007, dans une lettre adressée, non pas aux fédérations syndicales, mais aux membres de la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle stipulant que « conformément à l'esprit du protocole d'accord du 30 novembre 2004 sur la classification, la définition d'un coefficient de rémunération, et non d'un niveau de classification, permettra de tendre vers une homogénéisation ». Or, l'article 2 du protocole en

question précise que les principes qui régissent la classification sont le contenu des activités et les connaissances requises. Ainsi pour les employés et cadres, il existe neuf niveaux de qualification et non pas neuf coefficients de rémunération. En outre, la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle peut s'arroger le droit de déterminer l'attribution d'un coefficient de rémunération et non pas d'un niveau de qualification pour les nouveaux emplois au travers de certificats de qualification professionnelle. Il est important de noter que la classification des employés est réalisée en niveaux de qualification et non pas en niveaux de rémunération qui permettrait à l'employeur, en l'occurrence la Cnamts, de déterminer une rémunération fondée sur différents niveaux de qualification pour le même métier. Le niveau de la qualification peut être débattu entre l'employeur et les fédérations syndicales. Celles-ci ont des requêtes à exposer, et même si elles divergent de l'opinion de la Cnamts, les textes clairs ne peuvent pas être mal interprétés : il est inadmissible d'envisager que les salariés occupant le même poste puissent être payés différemment selon le bon vouloir de leur employeur. Certes, la lettre de la Cnamts ne se résume pas à cela, mais c'est un sujet primordial à aborder.

Il s'agit d'un exemple typique de ce qu'il ne faut pas faire sur des emplois en émergence ou fortement représentés. Il est essentiel d'évoquer d'autres sujets, notamment les conditions de travail des téléopérateurs. Plus de cinq mille salariés travaillent aujourd'hui dans les plateformes de service (conseillers, cadres, superviseurs, etc.). La convention médicale qui vient d'être signée va permettre à l'Assurance maladie de contrôler l'activité et les objectifs individuels des médecins. Les délégués de l'Assurance maladie, voire les agents du contrôle médical, seront touchés par cet avenant à la convention médicale.

Il est donc indispensable d'éclaircir la situation lors d'une réunion paritaire avec le président de la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle, avec le directeur de l'Ucanss mandaté par le Comex et de répondre définitivement à la question suivante : est-ce aujourd'hui le coefficient de rémunération ou le niveau de qualification qui est pris en compte ? Si un désaccord est mis en évidence, il sera exprimé au cours de cette réunion.

M. EDELIN précise que la CGT a interpellé le président dans le même sens, non seulement en ce qui concerne le coefficient des DAM, mais aussi s'agissant des inspecteurs urssaf et d'autres fonctions. Monsieur Georges a répondu que le thème du coefficient de classification serait à l'ordre du jour du programme de négociations déterminé par le Comex. Monsieur Edelin renchérit sur les propos de Monsieur Rochette en mettant en avant le caractère urgent de l'examen de ces situations. Parmi le personnel des DAM, des manifestations de mécontentement se font ressentir. C'est la raison pour laquelle la fédération CGT a relayé ce mécontentement auprès du directeur de la Cnamts.

M. GEORGES enregistre les demandes, déjà formulées. Le Comex a entrepris d'autres négociations particulièrement lourdes, mais les engagements du protocole de 2004 seront tenus.

M. DE CADEVILLE affirme avoir pris en compte les disparités de rémunération d'une caisse à l'autre. Une indication de rémunération cible a été donnée par la Cnamts sans anticipation sur la qualification. Avant toute prise de décision, il semblait nécessaire de laisser aux directeurs la possibilité de faire évoluer les salariés. Les DAM ont été recrutés depuis plusieurs années, souvent au niveau trois de la classification, pour exercer des fonctions qui, depuis, ont évolué et sont devenues plus complexes. Aujourd'hui, des disparités relativement conséquentes se font sentir en matière de rémunération, non seulement en fonction de l'ancienneté, mais également de la politique des caisses. C'est pourquoi la Cnamts souhaite donner une première orientation aux directeurs, sans faire ingérence dans leurs politiques locales, car il s'agit d'un métier en émergence qu'il faut examiner sous des angles différents. Le coefficient n'est pas statique, il s'adapte à l'expérience, la qualification professionnelle,

etc. La Cnamts est prête à travailler avec l'Ucanss sur ce sujet car il est indispensable d'offrir aux DAM une perspective d'avenir sur leur métier.

M. GEORGES aborde ensuite l'ordre du jour : l'organisation du service médical.

M. DE CADEVILLE annonce qu'il va exposer la situation de l'organisation du réseau médical avec Michelle Carzon, directrice du réseau médical et Jacques Herlaut, chargé des ressources humaines du service du contrôle médical.

Pour commencer, il semble judicieux de faire une mise en perspective historique de la situation. La volonté de réorganiser le réseau médical n'est pas nouvelle, puisque la première expérimentation a été mise en place sous la direction de Monsieur Lenoir début 2004. Il s'agissait en réalité d'expérimenter une nouvelle organisation dans deux zones définies : la région de Lyon et la région de Lille. Il est inutile de revenir sur les principes arrêtés à cette époque puisque les choses ont beaucoup évolué. Lorsque Frédéric Van Roekeghem est arrivé à la tête de la Cnamts en octobre 2004, il a été immédiatement saisi d'un certain nombre d'interrogations formulées par les instances du personnel sur la pertinence de l'évolution proposée en termes d'organisation du réseau médical. C'est la raison pour laquelle il a demandé à un praticien du terrain, directeur régional du service médical à Nantes, d'établir un état des lieux de la situation, d'étudier ce qui était envisagé et ce qui était susceptible de permettre d'avancer. C'est à partir du rapport établi par ce médecin que l'expérimentation a été recentrée afin d'apporter une plus-value dans la gestion générale de l'Assurance maladie, essentiellement dans le but d'aligner l'organisation du service médical avec les objectifs stratégiques de la Cnamts.

Les objectifs définis consistent à placer la gestion du risque au cœur des préoccupations de la Cnamts, à tourner son activité vers l'assuré social, et vers les offreurs des soins. L'expérimentation de la reconfiguration dans deux régions s'est accompagnée d'un certain nombre de précautions, notamment l'observation par un consultant extérieur reflétant les ressentis des différents acteurs, chargé de recueillir les avis de l'ensemble des intervenants de la chaîne, qu'il s'agisse des personnels administratifs sur lesquels la réorganisation avait peu d'impact ou des personnels médicaux. L'expérimentation a vu son deuxième souffle sur l'année 2005 et, comme convenu, elle a été évaluée, dans chacune des deux régions, sans complaisance par le consultant, pour faire émerger les points positifs et négatifs de la pratique de l'expérimentation. Ainsi, il est apparu que la ligne hiérarchique - entre l'émergence des pôles et les médecins-chefs d'échelons locaux - demeurait floue. A partir de ces observations, la Cnamts a commencé à élaborer un cahier des charges pour réorganiser le réseau médical en fonction des grands objectifs nationaux.

Parallèlement, la réorganisation de la caisse nationale a été également entreprise avec la volonté de travailler par processus et non plus par métier. L'organisation précédente avec, d'une part, une direction du réseau médical (le pilotage du réseau médical) et d'autre part, une direction de l'animation du réseau (la création du pilotage des caisses) semblait obsolète. Il a paru intéressant de concilier, au cœur de chaque direction de la Cnamts, à la fois des compétences médicales. C'est dans ce cadre là qu'est née l'idée d'une vision la plus pratique possible, d'évoquer une organisation unique mais déclinable en fonction des spécificités de chaque région. Ainsi, lorsqu'il est question d'optimisation de l'organisation du réseau médical, il s'agit de mettre en exergue un certain nombre de préconisations incontournables qui seront ensuite déclinées en fonction des spécificités régionales.

L'organisation doit donc être recalée dans l'objectif d'accroître la performance en matière de gestion des risques, indiqué clairement dans la loi du 13 août, et dans l'objectif d'efficience des services de la Cnamts. La convention d'objectifs et de gestion stipule clairement que non seulement l'efficacité mais également la productivité doivent être développées. Cela signifie aussi qu'il n'est pas indispensable de recruter certaines compétences rares pour chacun des échelons, d'où l'idée, à l'intérieur de chaque direction régionale du service médical, de

mutualiser un certain nombre de compétences, notamment des éléments très pointus sur un aspect d'expertise particulier. Les principes évoqués précédemment représentent la déclinaison des objectifs de la COG concernant la gestion du risque et l'orientation vers le patient. La gestion du risque est évoquée au sens très large, depuis les opérations les plus vastes d'information des assurés sur leurs droits et l'accès au système de soins jusqu'aux plans de maîtrise médicalisée d'accompagnement des assurés et des professionnels, et aux actions de contrôle dirigées vers la minorité d'assurés ou de praticiens qui peuvent abuser du système. Toute l'activité de l'assurance maladie est donc réorientée autour de la gestion du risque et du développement des actions d'accompagnement et de contrôle auprès de l'assuré social, du professionnel de santé et de l'établissement de soins. L'accompagnement concerne la médecine ambulatoire car c'est l'environnement vers lequel les premiers plans ont été développés ; cependant, la deuxième vague lancée l'an dernier s'adressait aux établissements hospitaliers privés ou publics. Si elle est maîtrisée, la tarification à l'activité est nettement plus efficace qu'une dotation globale, mais elle doit être accompagnée par l'Assurance maladie.

Le dernier objectif abordé dans la COG est le renforcement du professionnalisme de l'ensemble du personnel. En 30 ans, la Sécurité sociale a appliqué différents principes d'organisation, de la spécialisation la plus pointue du personnel à une polyvalence la plus large possible. Aujourd'hui, un retour aux spécialisations s'est opéré car la polyvalence totale ne permet pas à chacun de maîtriser complètement son métier, voire l'oblige à faire face à des difficultés professionnelles. Dans la recherche des organisations les plus optimisées possibles, il semble nécessaire de repérer le juste milieu entre une spécialisation très pointue mais limitée et une polyvalence trop large qui conduit le salarié à ne plus rien maîtriser entièrement. C'est le but poursuivi par la nouvelle organisation du service médical. Le consultant engagé afin de regrouper les observations au cours de l'expérimentation a d'ailleurs constaté que l'idée d'une professionnalisation extrême limitait considérablement l'activité, alors qu'une polyvalence raisonnée pouvait être source de richesse. Ainsi, un collaborateur peut constituer une ressource principale sur un sujet, et un soutien sur un autre. Cette réflexion s'est traduite par l'émergence de cinq pôles de compétences et également par la réaffirmation de la ligne hiérarchique, car il a semblé essentiel que les agents sachent qui définit leurs objectifs, qui conduit les projets, qui documente les programmes d'action. Il a donc semblé souhaitable d'établir une ligne de hiérarchie unique : le médecin-conseil régional et le médecin-chef d'échelon local sont les pilotes opérationnels de l'action. La direction de la Cnamts comprend, d'un côté, la DDGOS qui conçoit les projets, et d'un autre côté, la direction déléguée aux opérations qui les réalise. Sur le plan local, l'organisation prévue est la même : d'une part, les chefs de pôles documenteront les projets et, d'autre part, les médecins-chefs d'échelons locaux les mettront en œuvre.

M. EDELIN fait référence au document daté du 6 septembre 2006 dont l'étude était programmée pour la précédente instance nationale de concertation au sujet du service médical. Un cahier des charges a été présenté ; or, il semble logique de chercher à savoir si celui-ci a été avalisé et par qui. En effet, qu'il s'agisse d'un cahier des charges ou d'une proposition de négociation, le rôle de l'instance nationale de concertation est de consulter les différentes instances avant toute mise en place d'un projet. Or, depuis six mois, bien qu'aucune discussion n'ait eu lieu à son sujet, ce cahier des charges s'est décliné, d'abord dans les régions Nord Pas-de-Calais et Rhône-Alpes, puis dans toutes les régions. Les professionnels des services médicaux présents souhaitent donc évoquer ce cahier des charges.

Le découpage des pôles a généré des conflits dans l'organisation des services médicaux. La question de la responsabilité technique fonctionnelle se pose. La mise en place de pôles génère, certes, des actions de mutualisation, mais surtout une profusion d'interrogations parmi les personnels, qu'ils soient praticiens-conseils ou agents administratifs, quant à leur

avenir. Contrairement à ce qui est allégué, les personnels administratifs ne sont pas les moins impactés. L'instance nationale de concertation doit jouer le rôle qui lui est attribué ; or, le cahier des charges a été mis en oeuvre avant toute concertation préalable. Au cours de cette instance nationale de concertation, seront évoquées des initiatives mises en place dans les services médicaux sans qu'elles aient été présentées auparavant aux instances représentatives du personnel. Le rôle de l'instance nationale de concertation ne consiste pas à remettre en cause les orientations de l'Assurance maladie, mais à étudier ses impacts sur les personnels et sur l'organisation.

M. DE CADEVILLE explique que ce cahier des charges présente un schéma d'organisation dans chaque région et n'a été validé par le directeur général qu'après un certain nombre de concertations au sein d'instances, notamment le CTPN, dans le but de présenter les objectifs de la Cnamts. Évidemment, rien ne sera instauré localement sans que chaque directeur régional ne s'approprie les principes essentiels d'organisation et crée son propre projet dans sa région en respectant les compétences des instances professionnelles. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la mise en place de ce projet s'avère assez longue. A l'heure actuelle, seuls des calendriers de mise en oeuvre sont préparés, sauf, bien sûr, dans les deux régions expérimentales. Il est attendu des directeurs régionaux du service médical la stabilisation de leur projet de nouvelle organisation pour le 31 décembre 2007.

Mme ATTALI revient sur l'objectif de dégager une plus-value dans la gestion, ce qui signifie que l'organisation actuelle n'est pas optimale et que les objectifs ne sont pas remplis. La direction n'est donc pas satisfaite des résultats affichés. Or, la nouvelle organisation prévue ne semble pas propice à améliorer nettement l'atteinte des objectifs, notamment ceux de l'activité du pôle CPR2A, dans la mesure où une seule personne en est chargée, alors qu'elle représente 65 % de l'objectif.

La direction de la Cnamts désire placer l'assuré au cœur du dispositif et se tourner vers les offreurs de soins, en particulier les établissements de santé. Pourtant, ceux-ci auront trois interlocuteurs différents de pôles distincts. De même, pour une prestation, l'assuré pourra être contrôlé par plusieurs personnes des pôles ; il ne semble donc pas réellement au cœur du dispositif. En revanche, la CGT constate que, comme à son habitude, la direction s'est fondée sur l'organisation en place au lieu de se tourner vers les assurés et les professionnels de santé. La démarche adoptée s'oppose donc aux objectifs affichés. L'organisation prévue est calquée sur celle de la caisse nationale dont l'efficacité sur le terrain n'a pas été démontrée.

M. BOUCE précise que la société de conseil a été mandatée à l'initiative des organisations syndicales de la région Rhône-Alpes. Concernant la réorganisation telle qu'elle a été expérimentée, les consultants ont mis en évidence la nécessité d'éviter notamment le cloisonnement actuel entre l'ambulatoire et l'hospitalier et de répondre à une opacité ambiante. En effet, le personnel dans son ensemble, qu'il s'agisse des praticiens-conseils de base, des praticiens-conseils chefs de service ou chefs de projet, ou des agents qui ne sont même pas cités dans le projet initial, n'adhère pas à l'organisation proposée. En validant eux-mêmes leur propre projet, les concepteurs de l'expérimentation ont négligé l'avis du personnel. Ce sont des faits rapportés par la société de consulting.

La création des six pôles d'activité, réduits ensuite à cinq, a pour conséquence un transfert de l'activité hiérarchique des médecins-conseils chefs vers les chefs de pôle qui pose un problème de responsabilité non résolu, avec un risque d'insubordination du médecin-conseil chef ou du chef de produits. La répartition de certains produits se révèle aberrante, notamment l'éclatement de l'activité des hospitaliers.

Quant à la question d'efficacité, elle est soumise, dans le secteur hospitalier, à une expérience indispensable et non négligeable. Pourtant, aucune réponse ne semble apportée concernant la formation des praticiens-conseils hospitaliers. Il est également intéressant de

revenir sur la notion d'assurés ou de professionnels placés au cœur du dispositif ; le contrôle contentieux ou le CPR2A peuvent par exemple s'adresser au particulier, alors que le professionnel de santé peut être en lien avec la RPS ou le contrôle contentieux. Il est logique de s'interroger sur l'efficacité de cette organisation.

D'autre part, il a été dit que les agents administratifs étaient peu impactés par cette réorganisation. Or, certains agents ont vu leur fonction se modifier radicalement sans avoir été accompagnés par aucune formation. Il est inexact d'évoquer une expérimentation en train de se mettre en place, car, outre les deux régions expérimentales, la réorganisation est déjà mise en œuvre dans de nombreuses régions. Pour reprendre l'expression de Madame Degré, médecin-conseil régional, responsable de l'expérimentation dans la région Nord-Pas-de-Calais, lors de la présentation en CTPN avec les organisations syndicales, « cette organisation est satisfaisante à 50 % et inadaptée à 50 % ». Pourtant, depuis cette présentation, aucune modification n'a été apportée. D'ailleurs, l'exposé d'aujourd'hui est rigoureusement identique à celui du mois de septembre 2006.

M. ROCHETTE demande si la concertation a lieu désormais en aval de l'instance nationale de concertation ; en effet, lors de l'instance nationale de concertation, il est possible de donner son avis, mais celui-ci n'aura en tout état de cause aucun effet sur la suite des événements. Ce fonctionnement de l'instance nationale de concertation est illustré par ce qui a été évoqué s'agissant du contrôle médical ; même si la ligne hiérarchique représente un point important, six mille employés et cadres sont également concernés.

D'autre part, en ce qui concerne particulièrement le contrôle médical, outre le fait que les instances conventionnelles ne soient pas sollicitées, la Cnamts semble oublier que le code du travail prévoit que des instances doivent être consultées au préalable. Ainsi, dans le service médical, trois syndicats (FO, CGT et CFDT) de la DRSM d'Ile-de-France sont amenés à faire entrave à la présentation du contrat pluriannuel de gestion. Cet exemple n'est pas applicable seulement aux services médicaux de la région Ile-de-France, dont les contrats pluriannuels de gestion ont été présentés et signés par le directeur régional avec les autorités de la Cnamts. D'ailleurs, la présentation de la région Ile-de-France ne comporte même pas les annexes budgétaires : l'information est partielle, mais les documents sont signés. En agissant de cette manière, la direction admet que certaines choses sont à cacher au personnel et l'employeur, tant au niveau national que régional, amène une suspicion sur ses projets puisqu'il ne peut pas les présenter conformément aux instances prévues. Ces méthodes se répètent mais demeurent inacceptables : la classification, le code du travail, les instances conventionnelles sont réécrits, et c'est inadmissible.

M. HURLISIS considère qu'il ne peut soutenir Monsieur de Cadeville dans les propos tenus aujourd'hui. En tant qu'homme de terrain, puisqu'il est responsable administratif d'un échelon, il précise que quasiment toutes les régions ont mis en place l'expérimentation, contrairement à ce que soutient Monsieur de Cadeville. Cette expérimentation est subie bien que le projet de départ semblait enthousiasmant. Dans sa région, les employés supportent une seconde expertise déclenchée par le CHSCT en raison de notions de territoire mal déterminées, ce qui, en interne, pose des problèmes de mobilité, de déplacements, et de mutations. Les différents documents n'abordent pas ce sujet ; il aurait pourtant été plus judicieux de travailler ensemble avant l'établissement d'une nouvelle organisation, et non après. Les employés administratifs sont en effet fortement impactés dans leur activité parce que le découpage en cinq pôles a semé une zizanie entre les praticiens-conseils qui se répercute forcément sur l'activité des agents. Leur charge de travail a considérablement augmenté alors que leurs moyens sont de plus en plus réduits. Cette masse de travail a été sous-évaluée afin d'éviter de prendre en compte la pénurie en terme d'effectifs dans les services médicaux. D'énormes difficultés sont rencontrées sur le plan local, et il serait plus utile de laisser les services de la Cnamts faire eux-mêmes l'état des lieux plutôt que de leur envoyer un cabinet d'experts.

M. RAZAFIMANDIMBY explique, qu'en certains endroits, la procédure a été respectée et présentée aux instances représentatives du personnel locales. Toutefois, dans le cahier des charges, il n'est nullement question de l'impact sur les différents personnels, aucun plan d'accompagnement pour les employés n'a été envisagé. En tant que représentante des intérêts du salarié, la CFDT réclame un cahier des charges d'accompagnement de l'organisation concernant l'impact sur les personnels, qu'ils soient praticiens-conseils ou personnel administratif.

Mme LEMAIRE précise qu'elle vient pour la première fois à l'instance nationale de concertation et représente le salarié de base. Elle reprend les propos de Monsieur Razafimandimby, car la zone expérimentale du Nord est en pleine confusion. Les agents sont déplacés de 50 à 70 kms sans augmentation de salaire ; des centres vont devoir fermer ; leurs salariés seront donc mutés sans qu'il en soit tenu compte dans leur salaire. Madame LEMAIRE s'affirme surprise du sujet de l'instance nationale de concertation, car la réorganisation semble effective depuis déjà longtemps et pose de nombreux problèmes.

M. EDELIN prend à témoin toute la salle et demande que le programme soit retiré. En effet, il semble inutile de discuter aujourd'hui d'un projet alors qu'il est déjà mis en place.

M. DE CADEVILLE explique la raison de l'existence du cahier des charges : le but est d'éviter que soit arrêtée, sur le plan national, une organisation unique qui ne corresponde pas à l'organisation sur le terrain. La Cnamts a souhaité tirer des leçons de ce qui ne convenait pas localement dans l'organisation mise en place en 2004 et en 2005. Les principes qui existent aujourd'hui doivent être réaffirmés; la Cnamts procure aux directions régionales des axes directeurs qui doivent être déclinés localement dans un projet régional d'organisation, présenté, avant toute mise en œuvre, devant les instances du personnel, quel que soit l'endroit. Dans cette optique, chaque service médical doit travailler dans la perspective nationale qu'est la convention d'objectifs de gestion et tenter de s'approprier les principes fondamentaux du service à assurer pour décliner son organisation locale. Dans tous les cas, aucune région ne doit mettre en place une organisation sans avoir consulté préalablement les instances du personnel. Le but pour la Cnamts est que chaque directeur régional s'empare, avec l'ensemble de ses collaborateurs, de ce projet et l'adapte aux réalités locales.

Mme CARZON aborde le sujet sous un angle différent. En effet, la base de cette réorganisation s'appuie sur l'observation de ce qui était fait dans le service médical. Il n'est pas question de débattre des orientations et objectifs politiques de la Cnamts, mais des actions concernant les assurés sociaux ou les professionnels de santé en ville en intervenant dans le cadre d'établissements publics ou privés. Ainsi, quelle que soit la région d'exercice de leur activité, les médecins appliquent les mêmes référentiels, les mêmes règles, etc. Il est nécessaire d'examiner les différentes manières d'agir par rapport aux textes qui régissent le métier de praticien-conseil. Toutes ces actions ont été classées en fonction des principaux objectifs affichés. En travaillant depuis très longtemps sur le terrain, Madame Carzon a remarqué une évolution considérable dans la façon d'aborder les sujets ; par exemple, ce n'est pas le contrôle contentieux qui parviendra à modifier la manière dont sont pris en charge les patients. Le contrôle contentieux est l'action imposée lorsqu'il n'y a plus d'autre solution. Si l'accompagnement et le contrôle sont confiés à un même praticien-conseil, le professionnel ne va pas comprendre qu'un jour, il lui explique comment prendre en charge tel patient et que, le lendemain, il contrôle ses prescriptions d'indemnités journalières. Dans le contenu des activités, rien ne change radicalement, la modification porte sur la répartition des activités. Cela ne signifie pas qu'une organisation type est mise en œuvre, mais que les activités se répartissent de façon différente entre les praticiens-conseils qui travaillent avec des agents.

Un autre sujet provoque des réactions : les possibilités d'implantation géographique. Depuis

le début de l'après-midi, Monsieur de Cadeville explique que la Cnamts n'impose pas de schéma national, mais préconise certaines modifications dans l'organisation de l'activité quotidienne.

Par ailleurs, l'expression « sans formation » a été employée à plusieurs reprises ; or, la professionnalisation et le fait de réaliser des tâches, de plus en plus élaborées, nécessitent une formation et des accompagnements particuliers. Tout n'est pas terminé, mais des formations sont d'ores et déjà mises en place et permettent au personnel de participer à ces activités. La Cnamts souhaite ainsi enrichir le contenu des fonctions, tout en se souciant d'établir un véritable travail d'équipe entre les agents et les praticiens-conseils. En résumé, les activités des uns et des autres n'ont pas été bouleversées, elles ont été réparties différemment.

M. HERLAUT ajoute qu'effectivement, chaque fois qu'un changement de pôles est prévu, une formation est réalisée pour le praticien-conseil, les agents administratifs étant peu impactés dans ce domaine.

M. BOUCE intervient pour préciser que l'intention d'organiser le travail autrement pour plus d'efficacité, et que les rôles de chacun, praticiens-conseils ou agents administratifs, s'organisent différemment, est louable. Malgré tout, force est de constater que cette organisation ne répond pas aux objectifs fixés par la Cnamts.

Mme CARZON répond que la nouvelle organisation se met seulement en place et qu'il est impossible d'en tirer des conclusions actuellement.

M. RAZAFIMANDIMBY s'interroge sur la question des choix. En effet, trois possibilités sur quatre sont proposées aux praticiens-conseils, alors que deux choix sont incompatibles. Certaines régions auraient conseillé à chaque praticien-conseil d'émettre des fiches de vœux. En réalité, au cours d'une réunion de service, ou au détour d'un couloir, le médecin-chef demande oralement aux praticiens-conseils ce qui les intéresse et remplit lui-même les fiches de vœux, d'où des résultats dignes de l'ancien régime de l'URSS affichant 90 % de choix conformes à la demande du praticien-conseil. La réalité est tout autre et les praticiens-conseils n'ont que peu d'options.

Il est également important d'aborder à nouveau le sujet de l'impact sur le personnel administratif. Le rôle des instances représentatives du personnel est d'étudier l'impact d'une nouvelle organisation sur les salariés et non l'organisation en tant que telle, qui est de votre ressort, et il serait souhaitable de présenter un cahier des charges de l'impact de cette nouvelle organisation sur les salariés.

Mme ATTALI renchérit sur le thème du choix : puisqu'il est demandé aux praticiens-conseils de remplir des fiches de vœux, ils sont considérés comme volontaires, alors qu'en réalité aucun choix ne s'offre à eux. Effectivement, puisque le CPR2A représente 65 à 70 % de l'activité, les praticiens-conseils, n'ayant aucun réel pouvoir de décision, seront intégrés au CPR2A.

Par rapport aux produits et à la façon de travailler actuelle, deux exemples peuvent être mis en valeur :

- un médecin-conseil est envoyé faire de la maîtrise médicalisée à l'hôpital ; or, comme il ne connaît pas précisément le fonctionnement d'un établissement de santé, il se retrouve en difficulté. En outre, ce médecin-conseil présente la maîtrise médicalisée à l'hôpital ; il évoque le bizone, les transports, les indemnités journalières, les génériques, etc. Le bizone a un fort impact sur le domaine hospitalier, donc des questions précises seront posées sur le protocole de soins, auxquelles le médecin-conseil est incapable de répondre.
- l'accueil des résidents de troisième cycle de médecine générale est très intéressant ;

ils apprennent beaucoup, par exemple, ce qu'est un accident du travail. Ces actions sont également menées au sein des RPS, mais les étudiants accueillis le sont également auprès de médecins-conseils appartenant au CPR2A.

Une lourde interrogation subsiste donc quant à cette organisation. Le choix de travailler dans plusieurs pôles est autorisé, non pour le bien-être des praticiens-conseils ou des personnels administratifs, mais parce que la Cnamts a besoin de personnel ressource. La monovalence dans les pôles pose des difficultés d'organisation.

S'agissant de la formation, tout semble très simple : les formations seront assurées pour passer d'un pôle à l'autre sans difficulté ; or, avoir suivi une formation ne signifie pas que l'employé est capable d'accomplir une tâche qu'il n'a jamais exercée. L'acquisition de l'expérience peut prendre plusieurs années selon les activités. Lorsqu'il est question de professionnalisation, il s'agit en fait de spécialisation qui, à outrance, risque de placer les gens en difficulté.

M. PERROSSIER s'accorde avec ce qui a été dit précédemment et explique que des réponses ont déjà été apportées par les directions en place. Un des paramètres qui n'est pas soulevé et qui va à l'encontre des promesses de la Cnamts, tient à la réduction des effectifs que connaît aujourd'hui le service médical. En matière de formation, la question a été abordée, notamment en ce qui concerne les salariés des secteurs dentaires. En effet, certaines régions disposent de secteurs dentaires particuliers dans lesquels certains employés sont spécialisés depuis dix ans. La réorganisation les contraint à se reconvertir complètement. En outre, l'évolution constante des procédés les dépasse totalement. La direction régionale propose alors que les techniciens du médical forment leurs collègues. La formation est au cœur de tous les discours ; pourtant, la direction n'a pas caché qu'elle n'avait pas les moyens d'envoyer son personnel en formation en raison du manque d'effectifs et des objectifs à remplir. La réorganisation des activités proposée a pour origine des abstractions complètement déconnectées de la réalité locale.

Mme BERT remercie Monsieur Perrossier d'avoir abordé les difficultés rencontrées par les personnels des secteurs dentaires. Elle précise cependant que ces problèmes n'ont pas pour origine la réorganisation. D'après Monsieur Boucé, les fédérations syndicales n'ont pas à intervenir dans la politique de la direction de la Cnamts ; or, c'est le directeur, seul, qui a décrété que les chirurgiens-dentistes conseils n'avaient plus le droit de travailler. Il leur est désormais impossible de faire ce pour quoi ils ont été engagés, ce qu'ils savent faire et ce qui correspond à leur métier. Se retrouvant également sans activité, les agents administratifs employés du secteur dentaire doivent donc se convertir à d'autres domaines d'activités pour lesquels ils ne sont pas formés puisque certains ont bâti leur carrière au sein du secteur dentaire.

D'autre part, les possibilités de choix offertes aux médecins-conseils entre les pôles ont été évoquées avec beaucoup d'humour. Or, les alternatives des chirurgiens-dentistes-conseils sont très réduites. En effet, ils ne peuvent choisir le pôle de l'OSS, ni celui de la PPS bien que le domaine de la chirurgie dentaire devrait jouer un rôle dans le domaine de la prévention. S'agissant du CPR2A, l'activité de CPR2A existe et peut, éventuellement, sur une région entière, employer une personne à temps plein. Enfin, il reste le pôle des RPS, mais ce sont les DAM qui y remplissent les fonctions des chirurgiens-dentistes conseils en traitant de sujets techniques. En outre, les DAM ne sont pas formés à l'usage de termes techniques dont ils ne connaissent pas l'orthographe. Demeure alors le domaine des contentieux, dans lequel les chirurgiens-dentistes-conseils ont toujours été très performants. Une journée par an leur est d'ailleurs accordée pour réaliser le rapport d'activité du contentieux. Or, le plan contentieux du contrôle dentaire est attendu depuis le mois d'août 2006. Entre ce qui est présenté dans un diaporama Powerpoint et la réalité sur le terrain, d'importants décalages sont mis en évidence. Le mal-être ressenti au sein des services

dentaires dépasse la réorganisation, le doute s'installe quant à la pérennité du service médical et des emplois qui lui sont associés et des difficultés en termes de mutualisation sont rencontrées.

Le problème n'est pas d'avoir créé quatre ou cinq pôles (en région PACA, ils sont nommés « petits pôles »), mais l'inquiétude est due au manque d'information concernant la mutualisation avec les caisses, le programme de regroupement de sites prévu par la Cnamts qui implique des déplacements de salariés. La Cnamts remet en cause les mesures d'accompagnement des employés s'agissant notamment des changements de lieu d'exercice des praticiens. Les salariés des CCX poursuivront leur action sur les contentieux, et ceux du CPR2A continueront à travailler sur le CPR2A. Il aurait été intéressant de valoriser davantage le CPR2A. Mais le malaise va bien au-delà de cette réorganisation, il repose sur des difficultés rencontrées par toute une institution qui ne sont pas prises en compte. Jamais encore le moral des employés n'avait été aussi bas ; les responsables d'équipes ne savent plus comment motiver leurs collaborateurs pour avancer.

Mme ATTALI renchérit en évoquant le responsable du pôle local en région parisienne. D'après le cahier des charges national, la ligne managériale ne devrait pas s'immiscer dans le rôle des référents techniques et inversement. Pourtant, en région parisienne, le RPL s'occupe à la fois du management et du technique. Le rôle du cahier des charges est d'établir un minimum d'organisation à peu près identique sur le plan national, tout en garantissant des spécificités locales. Or, un des grands principes n'est pas respecté et il est surprenant de présenter une nouvelle organisation qui est déjà effective et qui ne satisfait ni les praticiens-conseils, ni les agents. La question réelle est de savoir s'il faut poursuivre la réorganisation dans cette voie. En région parisienne, certains responsables de pôle CPR2A gèrent cent personnes, alors qu'un responsable de l'OSS ou des RPS gère dix salariés. Les inégalités sont flagrantes et les objectifs des pôles CPR2A irréalisables.

Mme PACHAUD remarque qu'à l'heure où la Cnamts prône la professionnalisation et l'expertise des praticiens-conseils recrutés pour leurs compétences particulières (chirurgiens-dentistes conseils ou médecins-conseils), ces aptitudes techniques ne sont plus exploitées. Ainsi, il semble aberrant de nommer responsable de pôle un chirurgien-dentiste à la place d'un médecin-conseil sur les pôles CCX ou RPS. Ce paradoxe est à l'origine du malaise évoqué par Florence Toureille ; les praticiens sont poussés à la réflexion sur leur fonction, leur plus-value, et leur manière d'agir en tant que médecins-conseils.

M. HURLISIS demande comment l'efficacité peut être réelle lorsqu'un chirurgien-dentiste-conseil ou un pharmacien-conseil est nommé chef de la communication ou responsable de la documentation, métiers qui lui sont étrangers. Il s'agit de cas réels où un chirurgien-dentiste-conseil devient chef de pôle et se trouve en charge du suivi de la sécurité du système d'informations. Son activité sera alors déclinée dans chaque site afin d'accorder une part d'activité aux chirurgiens-dentistes-conseils actuellement sans fonction.

M. BOUCE considère qu'il n'a pas été suffisamment question des agents au cours de cette instance nationale de concertation. Or, certains d'entre eux ont vu leur fonction changer radicalement. Ainsi, des techniciens du contentieux se retrouvent à réaliser des tableaux de bord : sur cinq techniciens qui s'occupaient du contrôle contentieux précédemment, tous ne travaillent plus que sur des tableaux de bord. Cela signifie, *ipso facto*, que les praticiens-conseils, auparavant épaulés dans leur travail sur les bases de données par ces techniciens, se retrouvent à effectuer des tâches de secrétariat pour lesquels ils n'ont pas été formés. Cette organisation semble d'autant plus aberrante que ces praticiens-conseils sont difficiles à recruter et que ceux en place ont tendance à quitter la Cnamts. Les chirurgiens-dentistes-conseils évoqués précédemment sont dans le même cas : des DAM ont été embauchés pour effectuer une tâche qui ne relève pas de leurs compétences et les chirurgiens-dentistes-conseils se retrouvent sans activité.

Mme BERT revient sur la situation abordée par Madame Attali concernant la région Ile-de-France. Le consultant extérieur a évoqué le sentiment des salariés de ne plus avoir de ligne directrice nationale à suivre. Chaque région s'organise en quatre pôles (CPR2A, contentieux, RPS et OSS) avec, à la tête de chacun, un médecin-chef de secteur. La majorité des médecins-conseils est affiliée au pôle CPR2A et soumise à une répartition géographique départementale. Toutefois, cette réorganisation se réfère à la disposition précédente qui appréhendait des secteurs géographiques de très grande ampleur. Le supérieur hiérarchique du médecin-conseil se trouve être l'ancien responsable géographique du secteur. Ce médecin-conseil travaille toujours dans le même bureau mais sa fonction est répartie différemment : 80 % de son activité concerne le contentieux et 20 % l'accompagnement. Ses objectifs sont définis par le responsable du pôle contentieux ; or, son entretien d'évaluation a lieu avec le responsable du secteur géographique. Lorsqu'il s'occupe de l'accompagnement, il ne peut évidemment pas prendre en compte les objectifs fixés par le responsable des CCX. Cette disposition ne relève pas de la caricature ; elle est vécue quotidiennement par les médecins-conseils. Il est indispensable de clarifier la situation actuelle des employés ainsi que leur avenir, mais personne, y compris les responsables, ne semble savoir comment agir.

M. DELBOE déclare que la multiplication des exemples cités prouve que le projet présenté aujourd'hui est déjà mis en place. La désorganisation qui en découle va à l'encontre d'une amélioration des conditions de travail des salariés, mais aussi de la situation des assurés sociaux et des professionnels de santé. Monsieur Delboé demande si la Cnamts est disposée à retirer ce projet afin de revenir à la disposition antérieure. L'instance nationale de concertation qui se déroule aujourd'hui a été souhaitée par l'ensemble des partenaires sociaux ; la consultation aurait dû avoir lieu préalablement à l'établissement du projet de réorganisation.

M. DE CADEVILLE précise que la question ne se pose pas en ces termes. La politique nationale de la Cnamts doit être mise en œuvre, même si tous les salariés ne la partagent pas. Les interrogations doivent porter sur l'optimisation du fonctionnement de la Caisse Nationale. Monsieur De Cadeville indique qu'effectivement, en 2004, une expérimentation a été lancée, et que la Cnamts a tiré les conséquences qui s'imposaient des indications données par le consultant. La caisse nationale n'a donc pas souhaité imposer une organisation nationale unique à l'ensemble des régions, mais a décidé d'orienter les organisations régionales grâce à quelques points primordiaux mais non révolutionnaires correspondant aux objectifs nationaux. A partir de ces principes qui semblaient améliorer le fonctionnement des différents services, la Cnamts a proposé aux DRSM de construire leur propre organisation locale. Les directeurs régionaux sont d'ailleurs chargés d'établir leur nouvelle organisation à partir des grands principes et de discuter ces projets avec, non seulement leur encadrement, mais également les instances du personnel, afin d'aboutir à un projet d'organisation adapté aux spécificités locales. C'est ce qui a été dit à chaque fois en CTPN avec les représentants des praticiens-conseils : la Cnamts n'est pas adepte d'une organisation particulière, elle souhaite seulement que les organisations régionales s'inspirent du cahier des charges présenté. Les modifications ne représentent pas des bouleversements radicaux : le CPR2A demeure le contrôle habituel des prestations, la ligne managériale est réaffirmée : le médecin-conseil régional et le médecin-chef ont la responsabilité de l'opérationnel, les chefs de pôle ne sont que des référents techniques qui répondent aux différentes questions sur la mise en œuvre d'un programme national.

D'autres questions ont été soulevées : Madame Attali a indiqué que des médecins-conseils étaient envoyés faire de la maîtrise médicalisée à l'hôpital. Dans quelques temps, les directeurs de caisse et les médecins-chefs seront également mandatés dans les établissements hospitaliers publics ou privés pour discuter avec les directeurs. Effectivement, dans le souci de la pérennité de cette institution qu'est l'Assurance maladie, il

semble essentiel que tous les acteurs, à quelque niveau que ce soit, se mobilisent en faveur des grands objectifs. Les directeurs des cpam s'inquiétaient de devoir faire des présentations dans des hôpitaux et ont été rassurés par les documentations fournies et les préparations prévues ; la Cnamts n'aurait aucun intérêt à envoyer ses collaborateurs au devant de difficultés professionnelles. L'objectif principal est que chacun ait un rôle et apporte sa contribution à la sauvegarde des fonds publics qui sont confiés à la Cnamts. Dans l'univers hospitalier, il est indispensable de mobiliser l'ensemble des intervenants de l'Assurance maladie, qu'il s'agisse du directeur général qui va sensibiliser les interlocuteurs ministériels, DHOS, etc., du directeur de caisse, ou du médecin-conseil, mais aussi du directeur de cram et du directeur du service médical qui représenteront le lien avec les établissements. C'est la conjugaison de toute la connaissance recueillie au sein de l'Assurance maladie qui permettra d'obtenir des résultats positifs. Chaque fois qu'une tâche nouvelle est attribuée à un de ses collaborateurs, la Cnamts souhaite l'accompagner, en termes d'information et de formation, jusqu'au bout de la démarche afin d'obtenir les meilleurs aboutissements possibles pour notre institution. Les objectifs de la Cnamts en matière de maîtrise médicalisée paraissent, certes, ambitieux, mais sont essentiels à la pérennité de l'institution. C'est pourquoi les cpam évoluent également dans leur façon de travailler : la part du travail dédiée à la production pure est plus faible, et celle consacrée à la gestion du risque est de plus en plus importante ; il s'agit d'une condition indispensable à la gestion du système.

Il est également important de revenir sur le sujet de la polyvalence. La Cnamts a pris en compte les constats de l'expérimentation réalisée dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes. L'idée d'une spécialisation très stricte dans une seule fonction apparaît réductrice, et il semble judicieux de laisser la possibilité aux différents intervenants de l'Assurance maladie d'avoir une activité principale et une occupation annexe. Un certain nombre de médecins exerçant les tâches de contrôle et de contentieux ont émis le souhait de conserver une ouverture vers d'autres fonctions, d'où la préconisation dans le cahier des charges de laisser une alternative aux collaborateurs de la Cnamts.

A propos de l'hospitalisation, il a été constaté, lors de l'expérimentation, que l'idée de scinder l'activité sur l'hôpital ne faisait pas l'unanimité. La Cnamts refusait que les intervenants dans le domaine de l'accompagnement (planification hospitalière, connaissance de l'établissement, évaluation de ses plans en termes d'investissement hospitalier) aient également en charge le contrôle de la T2A, afin d'éviter d'occasionner des difficultés à un collaborateur placé un jour dans une démarche positive et le lendemain dans celle du contrôle. La caisse nationale proposait alors que les intervenants dans le domaine du contrôle aient une autre activité en dehors du domaine hospitalier. Ainsi, l'an dernier, les effectifs qui ont été affectés au contrôle de la T2A ont obtenu des résultats significatifs et ont démontré la crédibilité globale de l'institution de l'Assurance maladie. Des promoteurs de clinique, par exemple, se sont vu réclamer des indus lorsqu'ils appliquaient les règles de tarification de façon trop large.

Cette séparation entre l'accompagnement et le contrôle a été souhaitée par la Cnamts et intégrée dans les préconisations nationales afin qu'elle soit respectée dans les mises en œuvre d'organisations régionales. Des compléments de formations sont évidemment nécessaires pour les praticiens chargés des contrôles T2A, puisqu'il s'agit d'une nouveauté pour l'ensemble des partenaires de l'Assurance maladie. Elles ont donc été réalisées avant toute modification de l'organisation. Durant l'année en cours, les résolutions du cahier des charges devront être déclinées pour établir des organisations régionales respectant les cinq grands principes annoncés.

Ainsi, dans la réalité, les fonctions n'ont pas été modifiées ; l'évocation de pôles de compétences renvoie à des référents techniques opérationnels dans le cadre de leur structure hiérarchique habituelle, c'est-à-dire l'échelon local du service médical. Aucune

modification n'est à attendre sur ce point.

Mme ATTALI ne partage pas cet avis et pense qu'aucun chef de service, qu'il soit chef de clinique ou directeur d'hôpital ne reproche à un médecin-conseil de jouer à la fois le rôle de contrôleur et celui d'accompagnateur. Au contraire, ils sollicitent souvent l'accompagnement des médecins-conseils, mais n'admettent pas le contrôle de la part d'intervenants qui ne connaissent pas le milieu hospitalier. Il s'agit d'un domaine qui ne requiert pas seulement une formation mais une pratique sur plusieurs années, une réelle professionnalisation, pas uniquement une spécialisation. De nouvelles circulaires sont émises quotidiennement. S'agissant de la démarche appliquée en région, il faut identifier deux territoires, une zone nord et une zone sud. Il suffit alors à l'intervenant de la Cnamts d'accompagner la zone nord et de contrôler la zone sud. Il s'appuie sur son expérience, et sa pertinence est reconnue par ses interlocuteurs. Les médecins-conseils qui viennent de prendre leur fonction au contrôle doivent être formés alors qu'ils ne sont jamais présents dans l'établissement. Actuellement, le contrôle est aisé, les dossiers sont similaires ; il s'agit donc d'une tâche longue et rébarbative mais peu ardue. Lorsqu'il sera nécessaire de vérifier avec la cpam les codages, il en sera autrement. En théorie, tout semble évident, mais la réalité est plus complexe. Les établissements recevront la visite des personnels accompagnants et ensuite, des contrôleurs ; or, les interlocuteurs préfèrent avoir affaire à une seule et même personne.

M. DE CADEVILLE place sur le même plan l'ensemble des compétences de l'Assurance maladie, qu'il s'agisse des médecins-conseils, des cadres administratifs ou des techniciens, tous les acteurs de la Cnamts sont capables, grâce à leurs compétences propres, de mener l'Assurance maladie vers l'avenir. Il refuse l'élitisme consistant à estimer que certains doivent conserver le savoir. Évidemment, les interlocuteurs préfèrent avoir un interlocuteur unique, puisqu'il est question d'investissements et de planification. Néanmoins, le but primordial des actions de la Cnamts est de s'assurer que l'argent des cotisations apporté soit employé à bon escient par l'ensemble des établissements et, au contraire, d'éviter qu'un promoteur privé de clinique dégage des marges considérables pour la seule raison que les moyens de vérifier son activité, ou de lui montrer qu'il peut être contrôlé, n'auront pas été mis en place. La Cnamts ayant actuellement la capacité et les soutiens politiques pour exercer ce contrôle, il semble indispensable de disposer de ressources afin de réaliser ces inspections. Un certain nombre de propositions faites par Madame Attali peuvent être débattues, notamment la possibilité de travailler sur la planification dans une partie du département et de réaliser du contrôle dans l'autre partie. Mais il est surtout essentiel d'éviter que certains collaborateurs se trouvent en difficulté parce qu'ils auront à visiter un établissement d'abord pour le compte de l'ARH et ensuite, dans le cadre du contrôle de la tarification. Il semble très important de ne mettre personne en porte-à-faux, de recourir à des praticiens particulièrement pointus dans le domaine du contrôle, et de pouvoir répondre, dans chaque région, aux différentes demandes de changement de fonction. En effet, aujourd'hui, certains collaborateurs de la Cnamts désirent prendre part au contrôle hospitalier, au contrôle de la T2A, mais d'ici quelques années, il est possible que ces mêmes personnes souhaitent donner une autre orientation à leur carrière, parce que ces missions sont très difficiles. Évidemment, le médecin-conseil apportant des prestations ou accompagnant les établissements est accueilli différemment de celui qui contrôle. Aussi semble-t-il nécessaire d'être prêt à répondre aux sollicitations de changement de fonction des différents personnels dans le cadre des organisations régionales et, plus généralement, sur le plan national. Cependant, les objectifs de l'Assurance maladie doivent être envisagés en priorité. Il n'existe pas une vérité unique, mais quelques axes à développer du point de vue national pour que l'Assurance maladie montre à l'ensemble de ses partenaires qu'elle est en mouvement.

De cette manière, un certain nombre de comportements tels que les dérives peuvent être évités. Le développement actuel de la T2A pousse à la vigilance parce que la tarification à l'activité se pose comme le meilleur outil pour vérifier à terme l'adéquation de la dépense et

des soins mais peut également, sans encadrement, s'avérer l'instrument de grandes dérives. Il est en tout cas indispensable de garder en mémoire les objectifs primordiaux de l'Assurance maladie comme cheval de bataille.

Mme TOUREILLE rappelle que la CFDT a réclamé une cartographie quantitative et qualitative des postes de praticiens-conseils, notamment concernant les postes de classification B comprenant la répartition managériale et les responsabilités d'ordre technique. Le document sur l'optimisation de l'organisation évoque le chef de secteur alors que cette fonction n'existe plus. Des difficultés sont visiblement rencontrées selon les régions où certains chefs de secteur se voient attribuer la responsabilité de tout le CPR2A qui peut représenter cent praticiens-conseils. Dans certains départements, les chefs de secteur se voient attribuer des zones géographiques en termes de gestion ; vont-ils être plutôt affectés vers des fonctions managériales ou bien techniques ? Un chef de secteur peut-il se retrouver responsable de plusieurs pôles, par exemple en termes de contentieux et de RPS ? Par ailleurs, il est regrettable qu'il ne soit plus fait allusion à des compétences techniques médicales dans le référentiel emploi de chaque échelon local.

M. DE CADEVILLE précise que, dans le cahier des charges, l'ensemble des postes hiérarchiques composant le comité de direction des instances a été cité. Il n'y a pas lieu d'y voir plus que ce que cela ne représente. A partir de cette ligne hiérarchique, la nouvelle convention des praticiens peut permettre de développer les carrières des employés n'exerçant pas de fonctions managériales.

M. HERLAUT revient sur le référentiel du médecin-chef d'échelon local. En effet, ce dernier est positionné sur le management. Évidemment, il se doit d'avoir un certain nombre de compétences techniques, mais sa fonction première est le management. Le but des référentiels n'est pas de rappeler qu'il est médecin-conseil, chef de service responsable d'échelon local et docteur en médecine.

Mme TOUREILLE considère que le profil hiérarchique n'est pas évident ; ainsi, le chef de secteur est cité sur l'ensemble des régions, officiant tantôt dans des fonctions managériales, tantôt dans des fonctions techniques. Une cartographie a été demandée il y a un certain temps, mais rien n'a été réalisé.

M. DE CADEVILLE répond que la cartographie sera présentée ; elle constitue un élément important, puisqu'elle permettra de comprendre la déclinaison régionale des organisations. La direction de la Cnamts s'est engagée à établir cette cartographie ; cependant, sa constitution demande un peu de temps.

M. HERLAUT ajoute que cette cartographie est, actuellement, en cours de constitution par les directeurs régionaux du service médical dans le cadre de leurs projets d'organisation. Avant de l'obtenir, de nombreuses étapes sont à franchir ; les directeurs régionaux doivent, en particulier, présenter leurs projets aux instances représentatives et présenter la cartographie en CTP.

M. ROCHETTE souhaite qu'une lettre soit adressée par le directeur général de la Cnamts aux dix syndicats signataires de la convention collective, stipulant qu'une nouvelle organisation du réseau médical et du contrôle médical n'entraînera aucune mobilité géographique forcée et se fera, en tout état de cause, selon l'unique volontariat des employés et cadres du service médical. Le syndicat FO réclame que cette lettre soit envoyée aux différentes instances représentatives du personnel dans les plus brefs délais afin que les personnes, éventuellement concernées, puissent l'opposer à des demandes de déplacement géographique forcé. D'autre part, FO aimerait savoir si la Cnamts est à l'initiative de la convention signée par la cpam de l'Aude le 23 mars 2007 et qui modifie le rôle du contrôle médical au niveau départemental.

M. RAZAFIMANDIMBY rappelle que la mission de l'instance nationale de concertation est de préparer les négociations. Or, pour ce faire, il n'est pas nécessaire d'évoquer longuement l'organisation en tant que telle, mais il est indispensable d'étudier son impact sur les applications, les contenus des métiers, de l'activité, les mesures d'accompagnement que la Cnamts compte mettre en place. C'est au regard de tous ces éléments que les négociations pourront être situées. Il serait souhaitable de revenir au véritable objet de l'instance nationale de concertation, c'est-à-dire l'impact de la réorganisation du service médical sur les personnels.

Mme LEMAIRE rejoint la question de Monsieur Rochette. En effet, dans le cahier des charges, un paragraphe stipule que le schéma organisationnel n'aura aucune conséquence sur les contrats de travail. Pourtant, dans le cadre de l'expérimentation, les agents sont amenés à se déplacer sans possibilité de refuser. Des primes de déplacement sont alors proposées pour la durée de l'expérimentation ; pour autant, à la fin de celle-ci, il sera impossible pour eux de concilier leur salaire et les charges considérables que représentent les déplacements.

Mme DECLERIEUX s'inscrit dans la lignée de l'intervention de Monsieur Rochette ; la mobilité ne doit pas être imposée mais choisie sur la base du volontariat, et un processus d'accompagnement des personnes doit être mis en place.

M. BOUCE désire revenir rapidement sur le fond : la réorganisation et l'expérimentation. Il accorde le crédit à la direction d'avoir voulu apporter de la souplesse par rapport à ce qui avait été expérimenté une première fois en Rhône-Alpes et en région Nord-Pas-de-Calais grâce, notamment, à l'apparition de la bivalence, voire de la trivalence. Cependant, entre le discours de la direction de la Cnamts et les réalités régionales, des disparités considérables se font sentir et posent un véritable problème de fond concernant probablement celui de la méthode employée. En effet, l'instance nationale de concertation d'aujourd'hui devrait précéder la mise en place d'une nouvelle organisation. Or, celle-ci semble déjà figée. Aucune DRSM n'a pas, déjà, arrêté une disposition. Cette méthode doit être dénoncée : la direction de la Cnamts n'est peut-être pas familiarisée avec cela, mais l'existence d'une convention collective remet en cause ce type de procédé. Les décisions ne se prennent plus uniquement en amont comme dans un établissement public.

En outre, actuellement, lorsqu'un employé refuse d'effectuer une tâche qui lui est imposée, sa direction lui fait du chantage à l'attribution de points. On attribue, en effet, aux employés des points de contribution professionnelle et des points de compétence professionnelle. Il ne s'agit plus d'un projet, mais d'un comportement réellement constaté localement. Cette méthode prouve que la direction ne tient pas compte des doléances et des remarques des instances représentatives du personnel. S'il s'agit réellement d'une expérimentation, elle vise à percevoir les réclamations des salariés et il faut être capable d'entendre leurs observations. Tout ce qui a été présenté aujourd'hui semble contesté en termes de mise en œuvre de l'optimisation de l'organisation.

M. HURLISIS renchérit sur le besoin d'écoute des salariés sans le concours desquels les problèmes ne peuvent être réellement posés. En tant que simple agent des services de la Cnamts, il souhaite avoir un statut pour garantir son métier mais ne possède pas de contrat de travail. Il paraît donc aisé d'affirmer dans le cahier des charges que la réorganisation du service médical n'induirait aucune conséquence sur les contrats de travail. Madame Carzon prétend que des formations ont été réalisées pour accompagner la réorganisation ; or, certains médecins-conseils chargés de l'OSS ont effectué des contrôles T2A pour lesquels des indus auraient pu être réclamés. Il a été question des deniers publics cet après-midi, pourtant, une directive a été émise invitant les médecins à laisser ces indus de côté pour le moment. Il s'agit sans doute de stratégies politiques. Néanmoins, le travail a été accompli par les médecins-conseils, des tarifs excessifs ont été relevés et, aujourd'hui, personne n'en

tient compte. Les praticiens-conseils se trouvent frustrés d'avoir travaillé pour rien.

M. WATTRELOT souhaite aborder un point qui a été à peine soulevé : le thème de la ligne managériale réaffirmée fermement. D'après le cahier des charges, le chef d'échelon local représente le manager opérationnel, « il est responsable de l'ensemble des activités des pôles dans la circonscription et de l'atteinte des objectifs fixés ». A propos du responsable des pôles d'activités, il est précisé que « le rôle du responsable de pôle s'inscrit dans une logique d'expertise de produit : il veille à la qualité du produit fini, au respect des objectifs et des échéances ». Leurs rôles empiètent l'un sur l'autre, ce qui génère un conflit d'intérêt déjà amorcé dans les services médicaux régionaux où des responsables de pôles, se sentant très responsables de leurs activités, fixent eux-mêmes les programmes de travail, les orientations et le médecin-chef n'a plus qu'une seule responsabilité, celle d'avaliser ce qui a été décidé.

Mme ATTALI rejoint la question posée par Florence Toureille concernant la région Ile-de-France. En région parisienne, le projet est bien avancé mais pas encore tout à fait fixé. Puisque cette région compte une certaine quantité de médecins-conseils chefs de secteur, il est utile de savoir, avant la mise en place finale du plan de réorganisation, s'ils peuvent occuper à la fois des fonctions hiérarchiques et exercer des activités au sein des pôles.

En outre, dans le cahier des charges, le médecin-chef d'échelon local est présenté comme médecin et représente localement le directeur régional du service médical.

M. DE CADEVILLE propose de répondre dans l'ordre aux interrogations posées. S'agissant de l'action des forces opposées, il est effectivement essentiel de préciser les implications des organisations locales. Dans le cadre de la mutualisation, un accompagnement a été réalisé afin d'obtenir des garanties conventionnelles. Le sujet mérite d'être abordé avec le directeur de la Cnamts ; son examen est en effet indispensable d'autant qu'actuellement, il n'y a aucun retour à ce sujet. En ce qui concerne la convention de la cpam de l'Aude, il faudra préciser de quoi il s'agit.

M. ROCHETTE indique que cela intéressera sans doute l'ensemble des participants. Le 23 mars 2007, une convention a été signée entre la cpam de l'Aude, représentée par son directeur, le Medef, la CGPME, l'UPA, la fédération du bâtiment et la fédération hôtelière. Dans son préambule, cet accord complète le dispositif de la contre-visite employeur. L'objet de la convention est stipulé comme suit : « les signataires décident d'agir ensemble pour maîtriser les dépenses d'indemnités journalières et améliorer le service rendu aux entreprises du département de l'Aude ; ainsi, sous réserve d'utilisation par les entreprises de la télétransmission de l'attestation employeur, la cpam et l'échelon local du service médical s'appuient sur la connaissance des employeurs pour cibler leur contrôle en matière d'indemnités journalières ».

Le Medef promet ainsi de promouvoir la contre-visite employeur et cette convention ; la cpam et l'échelon local, quant à eux, s'engagent à contrôler les salariés en arrêt de travail signalés de manière circonstanciée par les entreprises utilisant la télétransmission des indemnités journalières. La contre-visite n'est alors plus réalisée par l'employeur, c'est le Medef qui ordonne au contrôle médical de la Cnamts d'effectuer cette contre-visite. Les échelons du service médical « s'engagent à exploiter dans leurs actions de gestion du risque les données relatives à l'assuré ». Il serait intéressant de connaître le fichier dont il s'agit concernant les assurés en matière de gestion du risque. Dans le fonctionnement pratique, cette convention se traduit par le ciblage des contrôles d'indemnités journalières : la demande de contrôle circonstanciée se fait par fax ou courrier adressé à Monsieur le directeur de la cpam. Elle doit comporter un faisceau d'indices qui font suspecter une utilisation abusive de l'arrêt de travail. Dans le pilotage de cette convention objectifs et résultats, la cpam, assistée de l'échelon local du service médical et des représentants du Medef, de la CGPME, de l'Upa, de la fédération du bâtiment et de la fédération hôtelière conviennent de se réunir une fois par an pour examiner le fonctionnement de ce dispositif

par rapport aux objectifs fixés. Seront notamment examinés les résultats des contrôles diligentés, les dépenses d'arrêt maladie, l'évolution du taux de télétransmission des indemnités journalières, le taux d'avis négatifs suite à un signalement du Medef, les conséquences données au signalement sur les conditions de travail. Cette convention a-t-elle été mise en place sur une initiative de la Cnamts ? Si ce n'est pas le cas, il faut la supprimer ; il est inadmissible d'envisager que le contrôle médical de la Cnamts se mette au service du Medef pour contrôler les assurés sociaux.

M. DE CADEVILLE demande une copie de ladite convention, qui n'a pas encore été adressée à la Cnamts, et promet de donner suite à cette affaire qui paraît totalement aberrante. Il indique qu'il a envoyé récemment à la fédération CGT un courrier relatif à une initiative, d'un ordre différent, qui a d'ailleurs été bloquée car elle ne correspondait en aucun cas aux objectifs définis par la Cnamts.

Mme CARZON complète en précisant qu'aucun contrôle n'est effectué à la demande de l'employeur au sein du service médical.

M. DE CADEVILLE ajoute que le directeur général a été très clair sur ce point et assure que les suites à donner à cette affaire seront examinées.

S'agissant de l'impact du cahier des charges sur la déclinaison de l'organisation, c'est le coeur du sujet de l'instance nationale de concertation ; il est très intéressant de tenter d'évaluer les choses pour anticiper les difficultés qui pourraient se présenter. Monsieur De Cadeville met en exergue le souhait émis par la Cnamts, à partir des deux expériences qui ont été faites, que la nouvelle organisation ne soit pas définie sur le plan national. Dans le but d'accompagner la méthodologie d'application de cette réorganisation, l'étude des impacts possibles sur les métiers et la mobilité semble particulièrement appropriée. L'organisation doit être adaptée pour permettre de mieux répondre aux grandes problématiques actuelles, les difficultés rencontrées doivent être identifiées. Pour répondre à Monsieur Boucé, la convention collective ne joue pas de rôle sur cette réorganisation ; la Cnamts a intégré le fait que la convention collective existe, mais celle-ci ne remet pas en cause les différentes étapes d'évaluation.

Il est vrai que le statut des personnels administratifs et du contrat de travail pose un problème qu'il faudra bien traiter à un moment ou à un autre. Plusieurs directeurs de la Cnamts s'y sont essayés dans un passé proche en fournissant même des dates auxquelles ils pourraient obtenir des résultats qui n'ont finalement pas été atteints. La direction de la Cnamts est disposée à évoquer ce sujet ; il n'en a pas été question jusqu'à présent afin d'éviter de susciter des inquiétudes particulières dans l'esprit des salariés. Les agents administratifs sont-ils salariés d'établissement public, salariés rattachés aux caisses ? Tout statut peut être étudié.

En ce qui concerne les indus, il n'y a aucune volonté de les laisser de côté ; le Directeur général insiste au contraire pour que les indus soient notifiés. L'an dernier, des difficultés se sont révélées ; pendant des années, la Cnamts a été exclue du champ du contrôle hospitalier. En région, il était très malaisé de déterminer une organisation sensée et les directeurs locaux se plaignaient de ne plus avoir les compétences pour effectuer de la tarification d'indus. Un groupe de travail comprenant deux services médicaux régionaux ayant un peu d'avance a été réuni, et leur réflexion commune a débouché sur une lettre réseau comprenant une préconisation d'organisation régionale. Il était également prévu d'adapter les idées qui parviendraient à la direction de la Cnamts. Certes, en début d'année, la direction a conseillé aux institutions locales d'attendre la parution d'un texte complémentaire parce que certaines conditions avaient été modifiées, mais aujourd'hui, cette affaire est résolue et la notification des indus est plus que jamais d'actualité ; l'ensemble des abus doit être communiqué. Par la suite, il faudra certainement faire face à des péripéties, des contentieux, mais la dénonciation des excès démontre également la

capacité de la Cnamts à se mobiliser et à éviter que les acteurs du monde de la santé fassent supporter à l'Assurance maladie des charges aberrantes.

Enfin, il convient de rappeler que les directeurs régionaux de service médical sont des praticiens-conseils. Beaucoup de nominations vont avoir lieu. La vacance de certains postes a pu engendrer de l'inquiétude au sein des différents personnels, elle s'explique par le fait que les textes officiels n'étaient pas encore parus. Maintenant que tous les éléments sont présents, la Cnamts espère que l'ensemble des postes sera pourvu le plus rapidement possible par les praticiens-conseils.

En conclusion, sur le plan régional, rien n'est arrêté, les projets de réorganisation sont en cours de construction. Des contresens semblent faits quant au contenu du cahier des charges. Or, il ne doit pas y avoir de difficulté entre compétence hiérarchique et compétence fonctionnelle.

Mme PACHAUD souhaite savoir quel est le parcours professionnel des praticiens-conseils, puisque l'organisation du service médical n'est qu'en phase très préliminaire. Ainsi, un praticien-conseil qui choisit la filière technique aura-t-il le loisir d'évoluer vers une filière managériale ? Qu'en est-il des mutations inter-pôles ? Beaucoup de questions se posent aux médecins-conseils concernant leur avenir et il serait souhaitable de donner un souffle optimiste à cette journée, en informant les instances représentatives du personnel des différentes possibilités d'évolution des employés.

Mme JEANBLANC considère que le personnel du service médical est en constante recherche de son identité, de son positionnement au sein même du service et de la reconnaissance d'une ligne managériale réellement définie. Même les médecins-chefs de service se positionnent sous la dépendance de directeurs de caisse. Cette évolution est très surprenante et il est important de disposer d'une directive limpide en termes de management du service médical, de savoir qui est responsable de quoi et de qui.

M. BOUCE estime que beaucoup d'idées ont été évoquées, notamment en ce qui concerne l'expérimentation. De nombreux témoignages ont prouvé que cette nouvelle organisation est vouée à l'échec. La Cnamts a la volonté d'améliorer ce qui est mis en place actuellement. Or, aujourd'hui, un certain nombre de tableaux de bord en cours de préparation sont des tableaux fictifs, c'est-à-dire qu'une forme d'organisation locale est proposée avec une certaine répartition. En étudiant mon propre cas, je constate que ma charge de travail est répartie comme suit : CPR2A 0,8 ; RPS 0,2. Dans le même temps, je suis censé exercer à l'urcam une activité de ciblage des professionnels de santé pour une durée à définir autour d'un an (il s'agit d'un tableau de bord très récent, daté de février). Un tel tableau de bord est impropre à l'exploitation. Il semble donc essentiel d'appréhender la réorganisation en fonction de la réalité du terrain et des remarques des représentants des salariés.

M. PERROSSIER ajoute que le thème du management intéresse autant les employés que les cadres. En effet, le document de présentation affirme de manière péremptoire qu'aucune modification d'affectation ne sera à déplorer. Pourtant, les éléments apportés ici tendent à prouver le contraire. Actuellement, le bulletin de salaire d'un employé porte un code d'affectation budgétaire précis : il est affecté à un secteur. Au sein de son secteur, le salarié peut se voir demander d'aider ou de remplacer un employé. Il arrive qu'on sollicite son aide dans le secteur voisin ; dans ce cas, il s'agit d'un changement d'affectation, possible uniquement si le salarié est volontaire. Or, si c'est le cas, il lui est également permis de faire valoir le droit conventionnel afin d'obtenir le remboursement de ses frais de déplacement. Aujourd'hui est annoncée la suppression des secteurs, les salariés seront affectés à un pôle départemental, alors qu'actuellement, pour reprendre l'exemple de la région d'Ile-de-France (en excluant Paris qui compte six secteurs), chaque département est divisé en trois ou quatre secteurs. Il s'agit donc de territoires précis ; un salarié ne peut pas être envoyé à l'opposé de son secteur, ce qui devrait être possible lorsque l'employé sera affecté à un pôle

départemental. Personne n'apporte de réponse à ces questions pourtant concrètes, parce qu'il est possible pour l'employé, au jour J de la réorganisation, de travailler toujours dans le même bureau, mais au jour J + 1, de s'apercevoir que son service est plus étendu et qu'il va devoir se déplacer dans un secteur géographique beaucoup plus vaste qu'auparavant. Cette situation appelle une prise de position plus nette de la part du directeur de la Cnamts, mais également des garanties à donner aux salariés en terme d'affectation.

Mme ATTALI souhaite que toutes les actions de mutualisation soient intra-pôles et inter-échelons. Elle remarque qu'il n'y a pas de mutualisation dans le pôle CPR2A, à savoir celui qui en réclame le plus.

Mme BERT déclare qu'à propos de ce qui se passe sur le terrain, Monsieur de Cadeville a insisté sur la diversité d'actions que pouvaient avoir les directeurs régionaux du service médical pour mettre en œuvre le cahier des charges émanant de la Cnamts. Dans certains cas, la situation est ubuesque, les employés ont tendance à en sourire, mais quand elle devient kafkaïenne, d'autres enjeux entrent en compte. Lorsqu'une objection est apportée, la réponse est toujours la même : il s'agit d'une demande de la Cnamts. Tout au long de cette instance nationale de concertation, c'est un autre discours qui a été tenu.

M. DE CADEVILLE indique que l'évaluation des charges ne relève pas d'une science exacte. Il faudra arriver à une organisation opérationnelle, en la matière.

En ce qui concerne le médecin-chef, la Cnamts souhaite réaffirmer son rôle inchangé de responsable dans la hiérarchie. Les expériences du Nord et de la région Rhône-Alpes avaient mis en évidence une difficulté à établir la ligne hiérarchique que la direction a souhaité redéfinir dans le cahier des charges. L'ordre des réseaux n'a pas été modifié : d'un côté, il y a un directeur régional du service médical, le médecin-conseil régional, et de l'autre, les directeurs des cpam. Le médecin-chef de l'échelon local reçoit donc ses responsabilités du directeur régional et non pas du directeur de la cpam. D'aucuns, un moment, avaient envisagé cette deuxième solution, mais la direction de la Cnamts refuse de modifier des organisations pour l'unique plaisir de changer. En revanche, il convient que les uns et les autres puissent davantage travailler en complète synergie ; le fait d'avoir une direction commune au sein de la Cnamts rend les choses plus aisées, la direction déléguée aux opérations peut confier des objectifs identiques au même moment aux uns et aux autres, ce qui n'était pas toujours le cas sur le terrain. Par conséquent, le rôle du médecin-chef est réaffirmé. Monsieur De Cadeville illustre son propos par une anecdote : les responsables de l'Assurance maladie envoyés rencontrer les directeurs d'hôpitaux dans les circonscriptions ne sont pas seulement les directeurs de la cpam mais les directeurs et les médecins-chefs des échelons, c'est-à-dire les deux dirigeants de l'Assurance maladie sur le plan local. Les ambiguïtés qui subsistent seront levées.

En revanche, Monsieur De Cadeville répond à la question de Monsieur Rochette en avançant qu'il est effectivement nécessaire d'apporter des précisions concernant la zone géographique de compétences de chacun, afin que personne ne soit pris au dépourvu par le secteur de déplacement lors de l'application de l'organisation. De toute façon, cela ne favoriserait pas la mobilisation de l'ensemble du personnel. La ligne directrice de la Cnamts a toujours été la même ; elle s'enrichit des suggestions des uns et des autres. La direction de la caisse nationale évoque quelques axes principaux autour desquels les régions doivent agencer leur propre organisation, aucun ordre unique national n'est imposé localement. Si le propos tenu n'est pas le même sur le plan local, cela signifie que les directions régionales sont en recherche de leur organisation et ont encore un travail de communication à effectuer lors des réunions avec les directeurs régionaux du service médical.

M. RETIF rappelle que l'instance nationale de concertation a permis l'expression de témoignages relativement forts et dérangeants concernant la réalité concrète. Le projet de réorganisation, historiquement lancé par Monsieur Lenoir, récupéré par Monsieur Van

Roekeghem et que la Cnamts veut calquer sur sa propre réorganisation, a pour intention, relativement louable, de vouloir faire travailler ensemble le secteur administratif et le secteur médical. Dans la réalité, la cacophonie engendrée est regrettable et, au nom du dialogue social, il est indispensable que de véritables négociations portent sur des dossiers concrets : les déplacements des uns et des autres, l'exercice de leur travail sur le terrain... Les médecins-conseils et les équipes qui les entourent sont les pivots de l'Assurance maladie, un minimum de concertations et de participation des acteurs de terrain est nécessaire.

Mme COURTEL déclare que la CFE/CGC se range complètement du côté de la CFTC.

M. ROCHETTE souhaite attirer l'attention de Monsieur De Cadeville sur une expérimentation qui n'est pas de même nature que celle de la cpam de l'Aude, mais qui opère une confusion entre le travail administratif nécessaire d'une cpam et l'activité de contrôle du service médical, qui peut entraîner une rupture du secret médical. Il fait allusion à une expérience nommée TIMA CLAT, à savoir Traitement Immédiat Médico-Administratif des Cartes Lettres Arrêts de Travail. Il est indiqué : « dans le cadre de la mutualisation des ressources, un transfert de l'activité de sélection des prescriptions éligibles au contrôle sur personnes jusque-là dévolue au service médical estimé à 0,75 ETP à la cpam sous la forme suivante, s'il y a une convention de mutualisation signée entre le directeur général de la cpam de Montpellier et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Montpellier, l'unification des traitements imposant l'intervention directe des agents de la cpam sur les certificats qui comportent des éléments médicalement confidentiels .».

Un document établi pour l'ensemble des personnels est co-signé par le médecin-chef et le directeur général. Ce sont donc des agents administratifs de la cpam qui vont sélectionner les prescriptions éligibles au contrôle sur personnes. Il s'agit d'un exemple concret de transfert d'activité qui risque de rompre le secret médical puisqu'une tâche dévolue jusqu'à présent au service médical est traitée par le service administratif. Cette expérimentation pourrait conduire à une généralisation en 2008.

M. DE CADEVILLE reconnaît qu'il s'agit d'un sujet d'une importance capitale qui doit être traité de façon encadrée. En fait, le problème se pose sur l'ouverture du courrier réalisée dans un endroit centralisé pour gagner du temps en transmission, puisque les collaborateurs du service médical se plaignent d'en manquer. Cependant, cette opération doit être rigoureusement encadrée : les personnes désignées pour cette tâche doivent être soumises à un engagement de confidentialité. Lorsque la Cnamts a envisagé la numérisation des arrêts de travail à leur arrivée afin de faciliter le traitement du flux, le Conseil de l'Ordre et la CNIL ont exigé que des employés soient nominativement désignés et s'engagent à respecter la confidentialité de leur tâche sous la responsabilité du médecin-conseil. Le point évoqué par Monsieur Rochette mérite d'être étudié car il ne s'agit pas, à vouloir pousser la productivité à l'extrême, de remettre en cause des principes fondamentaux. Il arrive qu'un courrier mal identifié soit ouvert par erreur dans un centre de paiement par un technicien de la Cpam, mais il ne s'agirait pas de fixer une règle risquant de compromettre le secret médical.

Mme CARZON ajoute qu'une telle doctrine serait très dangereuse d'un point de vue juridique et éthique et qu'il n'en a jamais été question.

Mme TOUREILLE aborde les limites de la réorganisation qui doit faire face à une pénurie de personnel. Les tableaux de bord réalisés sont fictifs car impossibles à tenir. En effet, le projet de travail n'est pas finalisé ; pourtant, il faut fixer un nombre de praticiens avec des interférences impossibles et les placer localement. Sans vouloir tout bousculer, davantage de souplesse serait nécessaire et un avenant pourrait afficher la volonté de la direction de prendre en compte le malaise existant. Cet avenant pourrait également faire mention de procédures d'accompagnement des efforts demandés pour justifier de la pérennité de l'Assurance maladie. En tout état de cause, il permettrait d'apaiser les esprits des agents et

des praticiens-conseils en incorporant à la fois un assouplissement et des actions d'accompagnement.

M. DE CADEVILLE demande des précisions sur le type d'avenant demandé.

Mme TOUREILLE ajoute qu'il s'agirait d'un avenant au cahier des charges tel qu'il a été présenté. Il serait en effet nécessaire d'approfondir la réflexion sur ce cahier des charges afin que les instances du personnel apportent, elles aussi, des éléments de progression dans une optique d'assouplissement des exigences de ce document, en termes d'attribution dans les pôles et d'accompagnement des personnels. Car au-delà de l'optimisation de l'organisation, vont suivre des problèmes immobiliers pour les cpam, source d'angoisse supplémentaire pour les agents. La mise en place d'un accompagnement devrait être mentionnée dans le cahier des charges.

M. DE CADEVILLE explique que le cahier des charges donne une orientation, afin d'adapter l'organisation locale en fonction des problématiques du terrain. La Cnamts n'a pas forcément connaissance de toute la charge de travail pour les salariés, car l'Assurance maladie est en constante évolution et tente d'occuper tous les secteurs d'activité. A l'heure actuelle, l'hôpital est dans la ligne de mire parce qu'il semble nécessaire d'intégrer davantage les établissements cliniques privés et de suivre l'hospitalisation publique, du point de vue certes, des contrôles, mais aussi des plans d'accompagnement. Cela signifie que toutes les méthodes susceptibles de simplifier le travail en termes d'organisation mais aussi en terme de réduction des coûts doivent être étudiées. Ainsi, l'an dernier, tous les entretiens confraternels ont été réalisés directement au cabinet médical du praticien. Or, ces visites engendraient un investissement considérable de la part du médecin-conseil, que ce soit en transport ou en attente au cabinet avant de rencontrer le médecin libéral. L'idée de réaliser les entretiens confraternels par téléphone a alors émergé. Ce n'est pas la Cnamts qui a décrété que tel type de praticien nécessite un entretien sur place, mais les directions régionales qui ont travaillé en fonction des informations locales. Ainsi, un multirécidiviste dont les prescriptions d'antibiotiques sont excessives recevra une visite directe à son cabinet médical, afin de recadrer réellement la question. Les entretiens confraternels des cardiologues seront également réalisés sur place. Le dialogue téléphonique devrait permettre de dégager du temps tout en ayant le même impact.

Avec les DRSM, la Cnamts a poursuivi l'examen de l'ensemble des fonctions, toujours dans l'optique des objectifs prioritaires. La direction déléguée aux opérations supervise le poids des programmes confiés aux différentes directions régionales. Parfois, l'application de certains programmes prend du temps, d'autant que les régions ont toutes leur activité propre et qu'il n'est pas souhaitable de surcharger les directions régionales. Les actions menées doivent être adaptées aux effectifs en place. En matière de praticiens-conseils, par exemple, la pénurie se fait sentir et la Cnamts n'a jamais été en mesure de combler les postes par les concours. Actuellement, cent soixante postes demeurent vacants ; le Ministère a donc supprimé les budgets afférents à ces postes. Il est donc obligatoire de travailler avec les effectifs dont dispose la Cnamts. De nouveaux postes sont vacants, mais Monsieur de Cadeville espère que certains d'entre eux seront pourvus grâce aux concours ; cependant, chaque fois que Monsieur Herlaut lui indique les résultats des concours, le nombre s'avère erroné entre les deux sessions d'intégration territoriale ; en effet, certains médecins-conseils démissionnent, d'autres sont frappés par les accidents de la vie et le nombre final de nouveaux praticiens demeure faible. La Cnamts compte également sur la nouvelle convention collective, davantage attractive, pour alimenter plus aisément et rapidement le corps des médecins-conseils car cette pénurie est la source de nombreuses difficultés.

Mme PACHAUD renchérit s'agissant de l'optimisation du temps de travail des praticiens-conseils qui sont des salariés coûteux. Toutefois, en ce qui concerne les entretiens confraternels, bien qu'un rapport de septembre 2006 souligne l'adéquation entre les

échanges confraternels téléphoniques et les visites confraternelles au cabinet médical du praticien, les indicateurs de l'activité du service médical ne tiennent compte que des échanges confraternels réalisés au cabinet du médecin.

M. DE CADEVILLE déclare qu'il s'agit d'une erreur, car tous les échanges confraternels doivent être pris en compte ; si ce n'était pas le cas, il n'y aurait aucun intérêt à réaliser des entretiens téléphoniques. L'idée de la Cnamts est d'apporter le plus d'efficacité possible et de continuer à réaliser au cabinet, uniquement, les visites indispensables. Il est possible que les entretiens téléphoniques n'aient pas été pris en compte dans l'évaluation de l'an dernier où tous les échanges devaient être réalisés au cabinet du praticien alors que l'année précédente, ils étaient effectués par téléphone. Ainsi, les deux méthodes ont été expérimentées et doivent être mêlées pour s'adapter aux besoins des DRSM. Effectivement, dans certaines régions, le mot d'ordre de quelques médecins libéraux était de faire patienter le praticien-conseil le plus longtemps possible dans la salle d'attente. Il s'agit de comportements ridicules qui ont fait perdre beaucoup de temps aux médecins-conseils, d'où la nécessité de revenir sur l'organisation de ces entretiens. D'autres méthodes peuvent certainement faire gagner à la Cnamts de l'efficacité en mobilisant moins de force de travail pour effectuer la même tâche, et c'est à cette recherche que s'emploient les différentes directions régionales et nationales.

M. EDELIN annonce qu'il ne va pas faire une synthèse de ce qui a été évoqué au cours de cette instance nationale de concertation, mais qu'il aimerait revenir sur un point : afin de compléter le projet de cahier des charges déjà développé dans les services médicaux, la CGT avait requis que les doléances des représentants des personnels administratifs et médicaux soient étudiées. L'instance nationale de concertation a apporté des réponses à certaines requêtes, mais ne lève pas toutes les interrogations. La CGT ne souhaite pas d'avenant au cahier des charges qui ne servirait qu'à rassurer les personnels sans leur offrir de réelles garanties. En effet, les moyens dont devraient disposer les services médicaux locaux ne sont pas mis en œuvre puisque Monsieur de Cadeville a évoqué les cent soixante postes de praticiens-conseils qui demeurent vacants.

S'agissant des personnels administratifs dont il a été assez peu question, la CGT a constaté que le taux de remplacement des employés qui partent à la retraite devait avoisiner 1/15 en région Ile-de-France. Elle demande donc que soit porté à sa connaissance le taux de remplacement des départs en retraite sur l'ensemble des services médicaux, parce que laisser partir les effectifs sans les remplacer c'est entraver l'activité des différentes directions régionales qui n'ont pas les moyens nécessaires à l'efficiences requise par la Cnamts.

En outre, compte tenu de tout ce qui a été dit cet après-midi, la CGT considère qu'il est risqué de se séparer des visites confraternelles car l'échange téléphonique ne permet pas de vérification. Une autre difficulté a été soulevée à plusieurs reprises ; il s'agit de cette présentation, devant l'instance nationale de concertation, d'un cahier des charges où il est stipulé que l'organisation dans les services médicaux sera déclinée au niveau régional alors que les instances représentatives du personnel doivent être consultées.

M. DE CADEVILLE est d'accord pour communiquer les taux de remplacement qui sont sensiblement les mêmes que sur l'ensemble de la branche en ce qui concerne le personnel administratif ; il est vrai que les organismes parisiens souffrent des taux les plus difficiles parce qu'ils varient en fonction des effectifs directs. Cependant, la nouvelle COG a pallié complètement le turn over, ce qui permet de recadrer la région parisienne soumise à un important turn over. Le bilan de l'année dernière sur l'ensemble du service médical n'a pas encore été réalisé, mais il a été dressé sur une ou deux caisses qui sont parvenues à accroître leur possibilité de réembauche par rapport à la période précédente où certaines affichaient 10 % de non remplacement du turn over. Des taux supérieurs de remplacement sont donc atteints.

M. PERROSSIER apporte un rectificatif à propos du turn over ou des remplacements. Les directions régionales du service médical ont l'autorisation de remplacer le personnel qui part, mais ne disposent pas des moyens financiers pour le faire, d'où le problème causé par des effectifs trop faibles.

M. DE CADEVILLE précise que la Cnamts a signifié les budgets en tenant compte des taux prévisionnels de turn over en fonction des déclarations des caisses et des DRSM en matière de départs potentiels de l'année, donc de remplacements prévus. L'année suivante, le budget est estimé à nouveau en fonction de la réalité pour éviter d'avantager une cpam par rapport à l'autre. Cependant, cette question peut être portée à l'étude.

M. GEORGES demande si quelqu'un a d'autres questions et, en l'absence de remarques, il remercie les différents intervenants d'avoir participé à un effort de dialogue avant de clore la séance à 17 H 50.