

**L'utilisation des compétences
médicales permettant à l'Etat
d'assurer ses responsabilités dans le
domaine de la santé au niveau local**
- - -
**Les médecins conseils de la sécurité
sociale**

présenté par :

Jean-François BENEVISE et Alain LOPEZ
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

Rapport n° RM2006-140A
Septembre 2006

Sommaire

1 - LES MÉDECINS CONSEILS DE LA SÉCURITÉ SOCIAL.....	3
1.1 UN SERVICE AUTONOME MAIS PAS INDÉPENDANT	3
1.2 UN SERVICE MÉDICAL DISTINCT DES CAISSES, HIÉRARCHISÉ ET COLLECTIF.....	3
1.2.1 <i>Un service autonome rattaché à la caisse nationale</i>	3
1.2.1.1 La double hiérarchie de l'assurance maladie protège les médecins mais limite l'efficacité de la branche .	3
1.2.1.2 Le statut ambigu et provisoire des personnels administratifs.....	4
1.2.1.3 Le pilotage du service du contrôle médical.....	5
1.2.2 <i>Un fonctionnement de service hiérarchisé et organisé</i>	6
1.2.2.1 Une programmation systématique des actions.....	6
1.2.2.2 Une hiérarchie interne très forte	6
1.2.2.3 Une uniformisation des méthodes d'interventions.....	7
1.2.2.4 Une organisation du travail inspirée du cabinet libéral.....	7
1.2.3 <i>Une forte activité centrée sur la gestion du risque</i>	8
1.2.3.1 Des moyens importants, associant des praticiens conseils et des personnels administratifs	8
1.2.3.2 Une activité centrée sur cinq pôles	9
1.2.3.3 Une tentative de mesure des résultats très perfectible.....	10
1.3 UN TRAVAIL SOUS LE CONTRÔLE ÉTROIT DU CONSEIL DE L'ORDRE	10
1.3.1 <i>Les praticiens conseils sont soumis à des dispositions particulières du code de déontologie</i>	10
1.3.2 <i>Le Conseil de l'Ordre veille à protéger les intérêts des praticiens</i>	11
1.3.2.1 L'article 104 relatif au secret professionnel protège le praticiens conseils contre les services administratifs des caisses.....	11
1.3.2.2 Une illustration récente à travers la question de la productivité.....	12
2 - DES MISSIONS ÉVOLUANT AU GRÉ DES PRIORITÉS DES POUVOIRS PUBLICS.....	13
2.1 UNE EXTENSION PROGRESSIVE DU CHAMP D'INTERVENTION	13
2.1.1 <i>La base : le contrôle des assurés par les avis sur prestations</i>	13
2.1.2 <i>Le développement de la gestion du risque et du contrôle des offreurs de soins depuis les ordonnances du 24 avril 1996</i>	14
2.1.3 <i>Un investissement contenu sur le champ hospitalier</i>	15
2.1.3.1 Une extension progressive des missions	15
2.1.3.2 Une clarification des priorités.....	15
2.1.3.3 Le rappel d'une limite d'intervention	16
2.1.4 <i>Un apprentissage très mesuré sur la prévention en santé publique</i>	17
2.1.4.1 L'assurance maladie a une compréhension du concept de prévention différente de celle de l'Etat	17
2.1.4.2 Les médecins conseils n'ont pas de rôle propre dans ce domaine.....	17
2.1.4.3 Une découverte des nouvelles données de ce champ au sein des ARH	17
2.1.4.4 L'affirmation récente d'un souhait de réorientation des partenariats.....	17
2.1.5 <i>Les dernières orientations nationales plus volontaristes et systématiques</i>	18
2.1.5.1 Un retour au contrôle individuel ciblé	18
2.1.5.2 Une uniformisation des pratiques et des méthodes	18
2.2 LA RECHERCHE D'UNE ADAPTATION À CES CHANGEMENTS D'ORIENTATION ?	19
2.2.1 <i>Vers une spécialisation du travail</i>	19
2.2.2 <i>Des réflexions sur un rapprochement entre les services médicaux et les caisses</i>	20
3 - DES CONDITIONS DE TRAVAIL QUI TENTENT DE GARANTIR L'ATTRACTIVITÉ ET LA QUALITÉ.....	21
3.1 UN STATUT REVALORISÉ	21
3.1.1 <i>Un concours de recrutement classique en voie de transformation pour mieux sélectionner les profils</i>	21
3.1.1.1 Une désaffection du concours pour les médecins conseils.....	22
3.1.1.2 Des mesures de redressement qui produisent déjà des effets	22
3.1.2 <i>Une convention collective pour garantir l'attractivité de la profession</i>	23
3.1.2.1 Les passages d'une situation réglementaire à une situation contractuelle	23
3.1.2.2 Une rémunération plus incitative	24
3.1.2.3 Une évaluation plus personnalisée.....	24
3.1.2.4 De forts encouragements à la mobilité.....	24

3.2	UNE FORMATION CENTRÉE SUR LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE	25
3.2.1	<i>Une formation à l'emploi peu ambitieuse</i>	25
3.2.1.1	Une simple adaptation à l'emploi	25
3.2.1.2	Des projets de réforme	25
3.2.2	<i>Une formation continue normée renforcée par la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles</i>	26
3.2.2.1	L'importance de la formation médicale continue	26
3.2.2.2	Le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.....	27
3.3	UNE SÉLECTION DES CHEFS DE SERVICE EN VOIE D'ÉVOLUTION	27
4	UN AVENIR EN DÉBAT LIÉ AUX ORIENTATIONS AU SEIN DE L'INSTITUTION	28
4.1	UN ÉQUILIBRE INSTABLE ENTRE CODÉCISION ET ASSUREUR EXTERNE	28
4.1.1	<i>Une constante : l'affirmation d'une source d'activité propre</i>	28
4.1.1.1	La crainte d'une perte de compétences	28
4.1.1.2	Le maintien d'un programme d'action propre à l'assurance maladie	28
4.1.2	<i>Une nouveauté : une prise de distance avec les structures intégrées avec l'Etat ARH-GRSP</i>	28
4.2	LES PRATICIENS CONSEILS SONT-ILS DES PRATICIENS DE SANTÉ PUBLIQUE ?	29
4.2.1	<i>Oui pour ceux qui participent à la régulation collective</i>	29
4.2.2	<i>Non pour la grande majorité affectée aux avis et contrôles</i>	30
4.3	L'AVENIR DES PRATICIENS CONSEILS DÉPEND AUSSI DE L'ORGANISATION DES CAISSES	30
4.3.1	<i>Les enjeux d'organisation</i>	30
4.3.2	<i>L'intégration des compétences avec la branche administrative</i>	31

ANNEXES

1 - Les médecins conseils de la sécurité social

Le service médical de l'assurance maladie¹ reste une institution peu connue, occupant une place particulière au sein de la sécurité sociale. Ses compétences comme son organisation le distinguent des autres services ou fonctions médicales attachées à la régulation. Pourtant, ses missions sont d'intérêt général, exercées au service des assurés et non des malades, dans l'intérêt de la collectivité nationale (les assurés du RG représentent 85 % des malades potentiels).

1.1 Un service autonome mais pas indépendant

Le regroupement de médecins salariés en service autonome, rattaché à la sécurité sociale par l'établissement public national tête de réseau constitue une organisation dérogatoire des systèmes prévalant au sein de l'administration. Cette caractéristique de l'assurance maladie est en passe d'évoluer avec l'intervention croissante du niveau central dans le fonctionnement des services régionaux.

1.2 Un service médical distinct des caisses, hiérarchisé et collectif

1.2.1 Un service autonome rattaché à la caisse nationale

1.2.1.1 *La double hiérarchie de l'assurance maladie protège les médecins mais limite l'efficacité de la branche*

L'autonomie du service du contrôle médical remonte à la création de la sécurité sociale, dont l'ordonnance du 19 octobre 1945 confie aux caisses régionales l'organisation. Le décret du 12 mai 1960² place le service des médecins conseils d'une région sous l'autorité d'un médecin conseil régional, sous le double contrôle du conseil d'administration de la CRAM et de l'administration de tutelle. Après la création de la CNAMTS en 1967, le décret d'organisation du contrôle médical³ institue un service national dirigé par le directeur de la CNAMTS par l'intermédiaire d'un médecin conseil national assisté de deux adjoints. Au niveau régional, l'autorité du médecin conseil régional est maintenue sur l'ensemble des praticiens conseils (notamment au sein des échelons locaux installés dans les CPAM), sur les personnels administratifs qui les assistent et sur la gestion budgétaire de l'ensemble du service⁴.

Les praticiens conseils sont soumis à un statut de droit privé⁵, récemment complété par une convention collective nationale (cf. infra), laissant au médecin conseil national la plus grande latitude de gestion, dans un fonctionnement inspiré des textes de la fonction publique, mais

¹ La présente note traite du seul régime général de la sécurité sociale.

² Complété par le décret du 27 novembre 1961

³ Décret 68-401 du 30 avril 1968 modifié et codifié aux R 315-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

⁴ Les écritures financières et comptables sont retracées dans les comptes de la caisse régionale et périodiquement incorporées dans ceux de la caisse nationale.

⁵ Décret n° 69-505 du 24 mai 1969

sans intervention de l'autorité de tutelle, ni de la CNAMTS, sur les carrières, hormis celle des principaux responsables.

Le service du contrôle médical estime que l'autonomie de gestion dont il bénéficie constitue une garantie, voulue par les pouvoirs publics, de l'indépendance technique qui doit être reconnue à tout médecin salarié, dans l'intérêt des assurés. Elle s'est traduite par la constitution de systèmes d'information particuliers dans chacun des services administratif et médical. Pourtant, cette grande liberté a longtemps fonctionné au détriment d'une liquidation médico-économique efficace⁶, cœur et justification de ce métier, tant étaient vives les tensions avec les directions d'un certain nombre de CPAM⁷, les difficultés portant sur la mauvaise transmission des informations et les comparaisons des avantages statutaires, sur fond d'une revendication longtemps avancée d'autorité sur ce corps de médecins salariés .

Ce fonctionnement est en voie d'évolution avec une intervention de plus en plus prégnante de la direction de la CNAMTS sur l'organisation du contrôle médical et sur ses moyens de fonctionnement (personnels et budgets).

1.2.1.2 Le statut ambigu et provisoire des personnels administratifs

Le personnel non médical des échelons régionaux et locaux du contrôle médical est censé être rattaché à la caisse nationale de l'assurance maladie⁸ et soumis à la convention collective du personnel de la sécurité sociale. Toutefois, le code de la sécurité sociale⁹ mentionne que ce personnel est provisoirement mis à disposition de l'échelon régional du contrôle médical par les caisses régionales d'assurance maladie et soumis aux mêmes conditions de travail et de rémunération que le personnel relevant des services administratifs de ces organismes.

Cette situation a perduré¹⁰, engendrant de nombreuses difficultés de détermination de l'employeur réel¹¹ pour les agents, et de comparaison entre des modes de gestion de catégories voisines de personnels, perçus comme défavorables pour les collaborateurs des praticiens conseils. La gestion des agents semble ainsi moins dynamique¹² et plus distante que celle des autres agents travaillant dans les caisses. Cette situation a débouché sur de fortes interrogations tenant à l'identité et au rôle de ces agents au sein du contrôle médical et partant de l'assurance maladie.

Pourtant, un certain nombre de DRSM ont pris conscience de ces décalages et introduit dans leurs services de nouvelles compétences d'encadrement et des profils de cadres plus spécialisés. En Ile-de-France, la direction insiste par exemple sur le rôle de son service en matière de communication et son souhait d'intégrer des compétences économiques.

Mais le rôle second dans lequel sont cantonnés les rares agents de direction présents dans les services médicaux pose question. En confiant systématiquement l'intégralité des

⁶ Il faut noter que la liquidation médico-administrative n'acquiert sa réelle efficacité que depuis l'opposabilité des protocoles de soins, en fait depuis janvier 2006.

⁷ Comme le soulignait la Cour des comptes dans son rapport de 1997.

⁸ A partir d'une date qui n'a jamais fait l'objet d'arrêté.

⁹ Art R 315-9 du code de la sécurité sociale.

¹⁰ La principale raison serait liée aux conséquences d'une baisse d'effectifs sur les modalités de représentation des organisations syndicales au sein des instances représentatives.

¹¹ Dans le rapport qui lui avait été confié par le directeur de la CNAMTS en octobre 1999, M Prétot, inspecteur de l'administration, estimait que la qualité d'employeur appartient bien au médecin conseil régional.

¹² La part des niveaux les plus faibles est plus forte que dans les CPAM, la moyenne d'âge plus élevée.

responsabilités managériales à un médecin, on confond la compétence métier, base de l'indépendance technique et déontologique avec la fonction d'encadrement qui implique des compétences, une formation, une appétence qui ne peut être confiée à des médecins a priori sans comparaison avec d'autres profils. En outre, cette gestion séparée de la ressource médicale au sein de l'assurance maladie pour son service le plus important risque d'accréditer l'idée d'une dualité de missions, de vision et d'objectifs, toutes séparations qui s'avèrent coûteuses en synthèse et coordination.

1.2.1.3 Le pilotage du service du contrôle médical

En tant que chef de service, chaque médecin conseil régional s'engage par contrat pluriannuel sur des objectifs de moyens et de résultats concernant les priorités de la branche, en déclinaison de la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et la branche maladie¹³. Ces indicateurs servent également de base au calcul de l'intéressement accordé au personnel en fonction des résultats atteints collectivement¹⁴. L'atteinte des objectifs conditionne la possibilité de reverser en partie les excédents de gestion sur l'année suivante.

Pourtant, comme l'indiquait un récent rapport de l'IGAS sur l'évaluation de la dernière convention d'objectifs et de gestion¹⁵, le pilotage du service médical apparaît comme largement perfectible :

« La mission IGAS, tout en reconnaissant la réalité de l'effort de construction d'une méthode et d'outils permettant de rationaliser l'activité et de standardiser les pratiques des praticiens et des services, estime cependant que la démarche pourrait être largement améliorée :

- *Les outils du pilotage sont centrés sur des objectifs de moyens, ils mettent l'accent sur les procédures plus que sur les résultats.*
- *La comptabilité analytique ne permet pas d'extraire des coûts par activité en l'absence d'unité d'œuvre ; elle permet uniquement de disposer d'une analyse d'activité.*
- *La multiplication des indicateurs risque de mener les services locaux à développer une « politique d'indicateurs » et non une politique réellement centrée sur des objectifs de résultats.*
- *La pluri-annualité est ignorée alors que sur la plupart des items de l'activité en santé publique elle se justifierait pleinement.*
- *Les outils informatiques dont dispose le service médical pour analyser et suivre son activité sont obsolètes sur le versant des activités de santé publique. Sur le versant des avis individuels sur prestations (AIP), le changement de logiciel de « MEDICIS » vers « HIPPOCRATE » devrait permettre une amélioration nette mais n'induit pas pour autant de changements organisationnels dans les processus de prise en charge de l'AIP, ce qui serait pourtant indispensable. Enfin ces outils sont dédiés au service médical et sans articulation avec les systèmes des caisses ; les transmissions entre caisses et services médicaux se font sous forme papier et impliquent une ressaisie des informations en local par les agents du service médical »*

¹³ Art L 227-1 et 3 du code de la sécurité sociale.

¹⁴ Art L 441-1 et s du code du travail.

¹⁵ Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 signée entre l'Etat et la CNAMTS et propositions pour la future convention : Emmanuèle Jeandet-Mengual, Isabelle Yeni, Marie-Ange Du Mesnil du Buisson, Frédéric Remy.

Depuis, la situation a évolué positivement. Le système d'information de l'assurance maladie est en cours de refonte. Depuis 2005, les outils de pilotage sont désormais centrés sur des objectifs de résultat. dès 2005. Le travail d'analyse des activités engagé en 2003 a abouti à une organisation des services selon les grands processus de gestion des risques, expérimentée en Rhône-Alpes et Nord-Pas-de-Calais, Picardie et en voie de généralisation (voir infra).

1.2.2 Un fonctionnement de service hiérarchisé et organisé

1.2.2.1 Une programmation systématique des actions

A la différence des MISP par exemple, les médecins conseils connaissent globalement leur charge de travail prévisionnelle. Outre la relative stabilité des missions au cours des ans, le caractère plus répétitif des interventions, le travail est essentiellement organisé par planification préalable des actions.

Les modes opératoires des ARH ont beaucoup emprunté aux méthodes de l'assurance maladie. Au-delà de la convention constitutive qui définit un quantum de personnes devant contribuer à l'exercice des missions, le programme annuel est l'occasion de répartir les masses de travail et d'effectifs, donnant lieu à des discussions et arbitrages internes.

Cette question est essentielle pour comprendre l'écart de pratiques et de conditions de travail avec celles des MISP. Pour ces derniers, l'éparpillement, l'incertitude et l'urgence dominant. Les médecins conseils à l'inverse connaissent l'étendue de leurs tâches, peuvent s'engager sur leurs réalisations et se voient même déchargés d'une partie de leurs responsabilités quand le respect du délai devient un enjeu pour l'institution. Au sein de l'assurance maladie, c'est l'organisme qui s'engage collectivement sur une tâche. Si un impondérable survient (congé maladie, maternité etc.), le remplacement est assuré par le groupe. Vis-à-vis des médecins, ce système réduit la marge de négociation ou de liberté individuelle mais au final protège les médecins en ne leur confiant que ce qu'ils peuvent prendre en charge, et sans leur faire porter les carences de l'institution.

1.2.2.2 Une hiérarchie interne très forte

Parallèlement, et pour une part en raison même de ses qualités, le fonctionnement des services médicaux apparaît excessivement centralisé, très hiérarchisé, notamment par comparaison avec ce qui prévaut au sein de la plupart des administrations publiques. Aucune note écrite du service ne sort sans avoir été vue et discutée avec le chef de service. Toute réunion doit avoir été préalablement acceptée par la hiérarchie. Au sein du bureau de l'Agence, le médecin conseil régional exprime la position du service -. Ces tendances sont tempérées selon les lieux et les circonstances ou du fait des liens personnels qui se sont noués entre les services mais la base reste celle décrite.

Ces modes de fonctionnement suscitent souvent impatience interne – des plus jeunes – et externe – des donneurs d'ordre – habitués à plus de réactivité et ayant pris l'habitude de solliciter les avis individuels des conseillers techniques. Elles sont pourtant conformes au mode de fonctionnement traditionnel de l'administration, généralement perdu de vue dans de nombreuses structures publiques qui s'habituent à survaloriser l'individu, faute de doctrine collective suffisamment établie.

1.2.2.3 Une uniformisation des méthodes d'interventions

Chaque action nouvelle est précédée d'un groupe de travail cadrant la mise en œuvre, définissant un processus de travail, des indicateurs d'évaluation. De même, un plan de formation systématique et ciblé est organisé pour les personnels concernés. Ainsi, les praticiens conseils affectés dans les équipes d'échanges confraternels doivent avoir été préalablement formés pour chacun des thèmes retenus¹⁶. C'est bien cette qualité d'approche, reproductible qui a permis au service d'atteindre la certification (Iso 9001) sur ses procédures d'avis individuel sur prestations.

Cette homogénéisation des pratiques tend à se renforcer, depuis la loi du 13 août 2004 et les changements intervenus au sein de la direction générale de la CNAMTS. Les circulaires les plus récentes¹⁷ consacrées au contrôle contentieux affichent :

- des thèmes nationaux qui doivent être obligatoirement traités par l'ensemble des organismes, selon des consignes de ciblage et de contrôle identiques,
- l'obligation d'un rendu compte mensuel systématique
- une définition du volume minimal de la cible (1% de professionnels de santé et 10/100.000 bénéficiaires)

Ces actions sont accompagnées d'un plan de communication sur les thèmes visés et d'un rappel des principes de service public que l'assurance maladie s'engage à respecter au cours des contrôles (cf. égalité traitement, objectivité, neutralité et impartialité) portés à connaissance du public par deux documents : une charte d'engagement et un code de procédures.

Ces évolutions fortes suscitent de nombreux débats au sein de l'assurance maladie et des ERSM, Les directeurs régionaux craignent actuellement de perdre une large part de leurs marges de manœuvre et s'interrogent sur leurs capacités à maintenir un équilibre entre des activités développées au sein des différentes instances locales auxquelles ils participent et les consignes d'homogénéisation des pratiques et donc des choix de priorités qui leurs sont transmis par le niveau central.

1.2.2.4 Une organisation du travail inspirée du cabinet libéral

Tout en soulignant les expériences alternatives d'organisation, la mission IGAS précitée avait noté l'archaïsme du modèle encore dominant de travail actuel : *« l'organisation concrète et quotidienne des travaux des praticiens conseil doit rompre définitivement avec le modèle historique hérité du cabinet médical libéral, et avec un rythme de travail scandé par la routine des procédures d'avis préalable et la convocation par vacations hebdomadaires d'assurés. Cette organisation archaïque, qui ne permet de mutualiser ni les moyens ni les savoirs, est profondément inadaptée aux nouvelles missions et aux nouveaux métiers du service médical. Par ailleurs elle ne permet aucun gain de productivité du côté des agents administratifs, qui sont répartis en micro unités, deux secrétaires environ pour un praticien »*. L'assurance maladie semble désormais décidée à se rapprocher d'un modèle d'organisation plus proche de celui qui prévaut au sein des établissements hospitaliers ou dans les cabinets de

¹⁶ La lettre réseau du 30 mars 2005 précise : *« pour le thème statine, la formation s'appuiera sur les recommandations de l'AFSSAPS ; pour le thème des antibiotiques, la formation portera sur l'utilisation appropriée des plus coûteux ; pour les anxiolytiques et hypnotiques, la formation portera sur leur bon usage »*.

¹⁷ Voir par exemple la circulaire 83-2005 du 18 août 2005 relative au plan de contrôle contentieux pour 2005.

groupe. Nombre de médecins restent pourtant attachés à une forme d'utilisation plus privative de la ressource non médicale. Ce changement structurel aussi important sur un plan symbolique que financier par les gains de productivité qu'il génère, devra être accompagné par des mesures de déconcentration des responsabilités et prendre appui sur le changement de générations.

1.2.3 Une forte activité centrée sur la gestion du risque

1.2.3.1 Des moyens importants, associant des praticiens conseils et des personnels administratifs

Par service médical, on entend les 2 585 praticiens conseils (2 099 médecins conseils, 330 dentistes conseils et 156 pharmaciens conseils), dont il faut déduire 51 personnes affectées au siège, 35 mises à disposition¹⁸, 22 en congé spécial et 13 en mandat syndical) et 272 en situation de responsabilité¹⁹). *In fine*, l'assurance maladie compte 1 862 praticiens conseils directement engagés dans les divers plans d'action de gestion du risque.

Il faut toutefois ajouter à cette force de travail la présence de 7 805 personnels administratifs (7 386 ETP dont 1699 cadres et assistants et 5 687 agents techniques).

Effectifs (ETP) des DRSM (cdi+cdd)

	Employés et cadres	Informaticiens	Agents direction	Praticiens conseils	total
<i>Paca</i>	618.7	5	1	216	840.7
<i>Bourgogne</i>	300.1	3	1	117.5	421.7
<i>Midi-Pyrénées</i>	292.2	2	1	114.4	409.6
<i>Aquitaine</i>	328.3	1	1	126.2	456.5
<i>Languedoc Roussillon</i>	241.7		1	99	341.7
<i>Bretagne</i>	281.4	3	1	110.9	396.3
<i>Pays-de-la-Loire</i>	309.4	8	1	118.4	436.8
<i>Centre</i>	245.2	2	1	88.5	336.6
<i>Lorraine Champagne-Ardenne</i>	309.4	2	1	107	419.4
<i>Nord Pas de Calais</i>	630.1	2	2	223.8	857.9
<i>Auvergne</i>	163.5		1	62.2	226.8
<i>Alsace</i>	289	1	1	116.8	407.8
<i>Rhône-alpes</i>	597.9	4	1	224.1	827
<i>Ile-de-France</i>	1662.7	35.4	2	445.6	2145.7
<i>Normandie</i>	313.6	4	1	119	437.6
<i>Limousin</i>	255		1	100	356
<i>DOM</i>	181.1	3		60	244.1

Source Service médical national

Les praticiens conseils sont les seuls parmi les médecins salariés en fonction de contrôle régulation à bénéficier d'appuis administratifs aussi significatifs pour l'exercice de leur mission.

A ceci s'ajoute la disponibilité de bases d'information médicales et de remboursement, qui pour avoir été longtemps insuffisantes pour mener des actions de contrôle efficaces,

¹⁸ 17 en ARH, 6 au ministère de la santé et 2 au Minefi.

¹⁹ 245 médecins incluant les fonctions de médecin conseil national les médecins conseils régionaux et leurs adjoints et les chefs de service ou de secteur dans les échelons locaux.

notamment en l'absence de codage complet des actes et des pathologies, s'enrichissent et donnent aux services des connaissances statistiques, des moyens de ciblage et de croisement.

1.2.3.2 Une activité centrée sur cinq pôles

- Le contrôle des prestations et les relations avec les assurés consomme la plus grande part des ressources du contrôle médical, près de 75 %. Chaque année, 4,5 M d'avis sont rendus, dont près d'un million après examen technique et couvrant essentiellement : les admissions et révisions de demandes d'exonération du ticket modérateur²⁰ (ALD), arrêts de travail de longue durée, admissions et révisions en invalidité, avis AT-MP. 220 000 arrêts de travail de courte durée et 4 800 assurés à consommation atypique ont été contrôlés en 2005.
- Au titre des relations avec les professionnels de santé, ce sont quelques 70 000 « échanges confraternels » qui ont été réalisés par des praticiens conseils²¹, en application du plan national d'actions de maîtrise médicalisée, ciblés sur certaines prescriptions (antibiotiques, statines, anxiolytiques et hypnotiques)
- Sur l'organisation du système de soins, 60 % des établissements existants et 18 % des équipements lourds ou activités autorisées ont fait l'objet d'au moins une intervention (dossier CROSS, visite de conformité, projets d'établissements, contrat d'objectif et de moyens)
- Le contrôle contentieux vise les pratiques frauduleuses ou dangereuses des professionnels de santé²²
- L'activité de prévention promotion de la santé, toujours inscrite dans les missions de base ne fait plus l'objet de compte rendu quantitatif.

La répartition des médecins conseils par « pôle d'activité » traduit cette surreprésentation des ressources sur les avis et contrôle des prestations. 2/3 des ressources médicales sont dédiées à la fonction de conseil sur les avis individuels.

REGION		Relations assurés	contrôle	Accompagnement des professionnels de santé	Pôle hospitalier	Total
<i>Ile-de-France</i>	Etp médecins conseils	157	27	34	40	258
	%	61%	10.5%	13%	15.5%	
<i>PACA</i>	Etp	140		25	25	190
	%	74%		13%	13%	
<i>Rhône-Alpes</i>	Etp	107	33	15	17	172
	%	62,2%	19,2%	8.7%	9.9%	

²⁰ A noter une tendance à des taux de rejets croissants pour les affections inscrites en dehors des 30 maladies exonérantes : 15 à 26 % des demandes.

²¹ En complément des visites des « délégués de l'assurance maladie », réalisés par des agents administratifs des CPAM avec un objectif chiffré de trois séries de 50 000 visites en une année ; la première série de visites a pour objet d'expliquer pour chaque thème de maîtrise médicalisée les engagements conventionnels et les enjeux économiques et de santé publique auprès des généralistes les plus gros prescripteurs et des spécialistes concernés par les engagements conventionnels. Les visites suivantes ciblent les messages sur les ALD, les arrêts de travail, les génériques et la promotion de la dénomination commune, en fonction du profil de chaque médecin. Les questions d'ordre technique ou médical sont répercutées sur les médecins conseils, les deux services étant fortement incités à mieux coordonner leurs contacts.

²² En 2004, sur les 11 212 contrôles et analyse d'activité, 3 604 visaient des pratiques frauduleuses ou dangereuses et ont fait l'objet de 998 suites contentieuses.

1.2.3.3 Une tentative de mesure des résultats très perfectible

Malgré les difficultés de ce type d'exercice, le contrôle médical produit des chiffres d'évaluation, par croisement de données de comptabilité analytique et d'activité. Ainsi, pour les ALD, le rapport d'activité²³ estime que le travail des médecins conseils induirait une économie annuelle de 0,5 M€ par médecin en équivalent ETP ; pour les demandes d'invalidité, ce montant atteindrait 16,9 M€ Ces études restent limitées, en l'absence de référence à une unité d'œuvre du système de comptabilité analytique.

Le service a également comparé deux formes d'échanges confraternels : le téléphone apparaît aussi efficace que la visite, pour un coût bien moindre²⁴.

En termes de contentieux, les sections régionales des assurances sociales ont rendu (sur la période 2000-2001²⁵) 379 décisions dont 84 % prononçaient une sanction à l'encontre du professionnel dont les $\frac{3}{4}$ contenaient une interdiction temporaire de donner des soins aux assurés sociaux.

1.3 Un travail sous le contrôle étroit du Conseil de l'Ordre

1.3.1 Les praticiens conseils sont soumis à des dispositions particulières du code de déontologie

Les praticiens conseils sont obligatoirement inscrits au Conseil de l'Ordre²⁶ à l'instar de tous ceux qui exercent la médecine²⁷. Ils ne peuvent être traduits devant le conseil régional de l'Ordre à l'occasion des actes de leur fonction que par le ministre de la santé, le préfet-ddass ou le procureur de la République²⁸. Soumis aux dispositions générales du code de déontologie, les médecins conseils sont également affectés par des articles qui concernent la médecine salariée ou la médecine de contrôle, et notamment :

- l'article 95²⁹ relatif au respect des obligations déontologiques :

« Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de

²³ Direction du service médical 7 juin 2005.

²⁴ Revue de l'assurance maladie 2005 ;36

²⁵ Dernières années disponibles

²⁶ Article 6 du décret n° 69-505 du décret du 24 mai 1969 fixant le statut des praticiens conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale.

²⁷ Définie comme la pratique d'actes médicaux de soins, de prévention, de contrôle ou d'expertise, effectués après examen de la personne ou sur dossier. Les médecins qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, ne sont pas appelés, dans leurs fonctions, à « exercer la médecine », peuvent cependant demander à être inscrits au tableau à titre volontaire.

²⁸ Article L 4124-2 du code de la santé publique.

²⁹ Art R 4127-95 du code de la santé publique.

la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ».

- l'article 101³⁰ relatif à l'obligation de récusation :

« Lorsqu'il est investi de sa mission, le médecin de contrôle doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code »

1.3.2 Le Conseil de l'Ordre veille à protéger les intérêts des praticiens

1.3.2.1 L'article 104³¹ relatif au secret professionnel protège le praticiens conseils contre les services administratifs des caisses

« Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical, ni à un autre organisme ».

Le commentaire autorisé du Conseil de l'Ordre rappelle que *« c'est au prix d'une vigilance constante que les médecins-conseils des régimes d'assurance maladie de la sécurité sociale ont obtenu une séparation stricte entre le service médical et les services administratifs des caisses, préservant ainsi leur indépendance et le secret des informations médicales dont ils sont détenteurs. C'est grâce à cette disposition que des échanges de renseignements peuvent s'effectuer entre médecin-conseil et médecin traitant »*, dans le cadre de l'article 50, relatif au secret partagé entre médecin traitant et médecin conseil³². Cette disposition, qui organise un glissement du secret médical vers le secret professionnel, a considérablement freiné la mise en place d'une liquidation intégrée des prestations au sein de l'assurance maladie, au prix d'une moindre efficacité des contrôles vis à vis des médecins traitants et d'un renchérissement des coûts de fonctionnement de la sécurité sociale pris en charge par les cotisants.

Cet article, très restrictif et avant tout destiné à protéger le médecin vis-à-vis des services administratifs, doit désormais être combiné avec les dispositions de la loi du 4 mars 2002³³ qui organise le partage du secret médical entre professionnels, dans l'intérêt du malade, ou pour ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de leur mission :

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ».

³⁰ Art R 4127-101 du code de la santé publique.

³¹ Art R 4127-104 du code de la santé publique.

³² Curieusement, la rédaction de cet article semble réserver le partage du secret médical à l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état médical lui donne droit.

³³ Article 3 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, codifié à l'article L 1110-4 du code de la santé publique.

L'article L. 315 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé : « V. - Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical. »

1.3.2.2 Une illustration récente à travers la question de la productivité

La nouvelle convention collective introduit un espace d'évolution salarial dont la part attachée à la « contribution professionnelle » a pris une place plus importante. Pour les signataires, il s'agit de modifier des systèmes d'avancement uniquement fondés sur l'ancienneté, tout en distinguant mieux les praticiens qui s'investissent de façon significative dans l'accomplissement de leurs missions.

Ce faisant, l'UCANSS, estime traduire des éléments de motivation destinés à tout salarié, des objectifs de production qui s'imposent dans toute activité, sans que cela influe sur l'indépendance technique attachée à l'exercice médical³⁴. Ainsi, la part variable de la rémunération augmente. Sous l'empire des dispositions statutaires, toujours en vigueur jusqu'à l'agrément de la nouvelle convention, la prise d'échelons se faisait au choix, au minimum tous les deux ans et à l'ancienneté tous les cinq ans³⁵. Dans l'avenir, l'ancienneté – rebaptisée expérience professionnelle – donnera lieu à l'attribution d'un nombre de points (30 par tranche de 5 ans plafonnée à 150) à laquelle s'ajouteront des points de contribution professionnelle « destinés à rétribuer l'investissement personnel et la contribution aux objectifs fixés ».

Ces objectifs ne peuvent être que des objectifs collectifs de production, de service et de qualité, en dehors de toute notion de rendement. Selon les calculs de la caisse nationale, les deux enveloppes seraient d'un montant équivalent, le tout étant contraint par un GVT – glissement vieillesse technicité- limité à 1%.

Un des syndicats de praticiens conseils³⁶ a contesté ces règles devant le Conseil de l'Ordre qui a rappelé³⁷ que « la carrière et la rémunération des médecins-conseils ne sauraient être subordonnées à des critères tels que le nombre de mises en invalidité des assurés sociaux ou encore le nombre de poursuites effectuées contre des professionnels de santé ». Le texte est soumis à l'agrément³⁸ ministériel.

³⁴ Rappelées dans le préambule et l'article 332 visé.

³⁵ Sauf au dernier échelon uniquement au choix et sous quota.

³⁶ Syndicat autonome des médecins conseils, affilié à l'UNSA.

³⁷ Communiqué de mars 2006.

³⁸ Les accords collectifs conclus au sein de la sécurité sociale sont librement négociés entre les parties mais leur mise en vigueur est subordonnée à un agrément, à valeur d'approbation préalable, par les pouvoirs publics compte tenu de leur impact même indirect sur des prélèvements obligatoires.

2 - Des missions évoluant au gré des priorités des pouvoirs publics

Le type de missions confié aux praticiens conseils n'a cessé d'évoluer, au gré des priorités des pouvoirs publics, traduites par les grands changements législatifs. Longtemps cantonnés sur des avis individuels sollicités par les assurés et sur le flux desquels ils n'avaient aucune maîtrise, les praticiens conseils ont vu leur action réorientée vers des analyses et des actions collectives, sur la base des ordonnances d'avril 1996, sur les offreurs de soins pour lesquelles ils pouvaient définir des plans d'action de service ou de branche. Le balancier semble revenir au suivi de la demande de soins, à travers les nouvelles missions obligatoires qui leur sont attribuées depuis la loi du 13 août 2004.

Face à ces changements d'orientation, les praticiens conseils doivent s'adapter au niveau de leur organisation comme de leurs pratiques.

2.1 Une extension progressive du champ d'intervention

Le cœur de métier du service médical est relativement clair. Il couvre trois champs traditionnels, déclinés différemment selon les périodes mais toujours maintenus :

- **les avis individuels sur prestations** pour apprécier sur le plan médical le droit d'un assuré à une prise en charge particulière ou pour opérer un contrôle sélectif de certaines prestations ;
- **l'optimisation du système de soins** en analysant l'offre de soins de ville et hospitalière pour une meilleure adéquation aux besoins, et en promouvant les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels et établissements de santé ;
- **le contrôle** ciblé des pratiques et des comportements manifestement abusifs d'assurés, de professionnels ou d'établissements de santé.

2.1.1 La base : le contrôle des assurés par les avis sur prestations

Le contrôle médical portant sur « *tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité*³⁹ » a toujours existé. Il est exercé a priori, en particulier par la procédure d'entente préalable et vise potentiellement l'ensemble des assurés.

Bien qu'il constitue la base des missions du contrôle médical, l'assurance maladie est partagée entre l'habitude des praticiens à le mettre en œuvre, en pendant de l'exercice soignant, et la perception statistique d'une focalisation excessive de ses ressources sur un champ en fin de compte peu efficace, car consommateurs de ressources importantes pour un effet certes dissuasif mais souvent provisoire et généralement dénué d'impact significatif sur la masse des dépenses.

Aussi, la CNAMTS pratique-t-elle une sélectivité des contrôles depuis 1981, et a progressivement obtenu des pouvoirs publics la réduction du nombre de cas d'entente

³⁹ Art L351-1 du code de la sécurité sociale

préalable qui embolisaient ses services. Elle a aussi demandé aux praticiens conseils de se concentrer sur des actions « *efficaces et efficaces* ».

Le texte de la circulaire d'un des deux régimes alignés – l'assurance maladie des professions indépendantes⁴⁰ – est particulièrement clair : « *Les résultats extrêmement positifs de certaines actions de contrôle des prestations...démontrent paradoxalement l'impuissance de l'expertise médico-sociale à assumer le rôle de régulateur macro-économique. Force est de constater que l'on a avec ces actions raisonné ni le consommateur effréné... ni le dispensateur immodéré des soins* ».

2.1.2 Le développement de la gestion du risque et du contrôle des offreurs de soins depuis les ordonnances du 24 avril 1996

La redéfinition des missions du contrôle médical met l'accent sur des missions d'analyse collective, à égalité d'importance avec les avis et contrôles individuels. L'article L 315-1 du code de la sécurité sociale issu de l'ordonnance⁴¹ précise :

« I.- Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

II. - Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

III. - Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

IV. - Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2.

Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie ».

L'assurance maladie donne alors instruction⁴² de prioriser les actions dites de santé publique, réorientées vers l'offre de soins et regroupant :

- l'analyse des besoins et de l'offre de soins pour améliorer la planification et l'allocation des ressources ;
- l'évaluation collective des pratiques des professionnels pour obtenir une amélioration de la qualité des soins ;
- le contrôle des professionnels pour les persuader ou les sanctionner selon le niveau de la faute ou de l'infraction.

⁴⁰ Circulaire du 28 juin 1999.

⁴¹ Ordonnance n°96-345 du 24 04 96.

⁴² Lettre circulaire du directeur général de la CNAMTS n°3/98 en date du 29 mai 1998, transmise par le médecin conseil national le 29 mai 1999.

Loin de la définition générale et impersonnelle qui prévaut au sein de l'Etat, ce vocable de « santé publique » recouvre ainsi toute l'activité des professionnels, des établissements et de l'organisation des soins⁴³. Les interventions vis à vis des professionnels portent sur l'incitation (diffusion d'informations), la persuasion (entretien confraternel) et le contentieux

Dans la convention d'objectifs et de gestion signée en 2000, cette réallocation des moyens est précisée et amplifiée, le temps consacré aux activités de santé publique devant atteindre les 2/3, en lieu et place du temps antérieurement dédié aux avis individuels. Pour ces derniers, les ALD demeurent essentielles, comme reconnaissance d'un droit et autre exemple d'évaluation des pratiques des professionnels. Pour le reste, la circulaire distingue les situations dans lesquelles l'avis est indispensable (évaluation de la réduction de capacité de travail), nécessaire (prise en charge de longue durée cf. ALD) des cas où elle est utile ou non obligatoire⁴⁴.

A ceci s'ajoute une coordination de la gestion du risque au niveau des URCAM qui a débouché sur la définition d'un plan national inter régimes⁴⁵ prévoyant des actions à intégrer obligatoirement dans tous les programmes régionaux de l'assurance maladie (PRAM).

2.1.3 Un investissement contenu sur le champ hospitalier

2.1.3.1 Une extension progressive des missions

Les médecins conseils sont longtemps restés à la porte des établissements. C'est en 1984 qu'ils sont intégrés à la procédure d'avis de l'assurance maladie sur les projets de budgets hospitaliers⁴⁶ (commission dite de l'art 35) et développent des analyses qualitatives sur le fonctionnement des services. Avec la loi hospitalière de 1991, ils sont sollicités pour valider les données du nouveau PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information). Au cours de cette décennie, malgré tout, leur champ essentiel concerne le secteur privé, l'audit et l'évaluation.

Avec la création des ARH, l'assurance maladie est intégrée au processus d'analyse et de décision de l'Etat. Les médecins conseils sont sollicités dans les équipes mixtes (Etat-assurance-maladie et médico-administratives) constituées pour les instructions de dossiers (projets d'établissements, contrats d'objectifs et de moyens, participent aux instances décisionnelles (commission exécutive et bureau de l'Agence). Leur implantation territoriale, leur disponibilité pour investir de nouveaux domaines, la fiabilité de leur organisation, sont autant d'atouts qu'ils ont su faire reconnaître par les directeurs d'agences. Progressivement reconnus comme des collaborateurs incontournables, aptes à prendre en charge une part croissante du programme de travail puis à investir dans des domaines traditionnellement de la compétence des services de l'Etat tels que la planification.

2.1.3.2 Une clarification des priorités

⁴³ Cette définition est abandonnée depuis 2005.

⁴⁴ Qui représentait alors plus de 15 % des avis individuels des médecins conseils en moyenne nationale avec des écarts de 8 % à plus de 38 % selon les régions.

⁴⁵ Circulaire du 24 avril 1999 et 30 septembre 1999.

⁴⁶ Ils sont associés aux visites de classement pour les établissements privés, essentielles pour fixer le niveau de tarifs, mises en place par l'arrêté du 15 décembre 1977.

Compte tenu de cette implication croissante, difficilement maîtrisable du fait de la structure décentralisée des GIP, la direction nationale de la CNAMTS a souhaité préciser aux directeurs des CRAM et au médecin conseil régional le « *positionnement stratégique* » de l'assurance maladie sur le champ hospitalier⁴⁷ qui soit compatible avec son projet de branche, axé sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Suite à une réflexion collective interne, trois objectifs « *porteurs d'une ambition sur le savoir* », ont été retenus :

- des enquêtes nationales de santé publique : chimiothérapie cancéreuse, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance rénale chronique ;
- la mutualisation des savoirs faire : suivi des volets qualité sécurité des contrats d'objectifs et de moyens, critères d'attribution des autorisations pour l'imagerie lourde, méthode de repérage des transferts ville/hôpital ;
- préciser les règles de positionnement de l'assurance maladie : améliorer la cohérence du collège d'assurance maladie au sein des ARH, sélectionner les concours de l'assurance maladie dans les domaines d'expertise déjà capitalisée, clarifier les rôles respectifs des médecins conseils/MISP en matière de sécurité sanitaire

Les médecins conseils régionaux ont été invités à élaborer leur programme hospitalier avant celui de l'agence. Parallèlement, l'assurance maladie réaffirme sa légitimité à exercer ses pouvoirs propres en menant des opérations de contrôle sur l'activité des professionnels de santé ou sur le juste et régulier versement des prestations.

2.1.3.3 *Le rappel d'une limite d'intervention*

Les médecins conseils ne sont pas compétents pour inspecter les établissements de santé, domaine régalién par excellence. Le code de la santé attribue compétence exclusive aux fonctionnaires de l'Etat, principe rappelé par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

La DHOS⁴⁸ vient de rappeler que seuls les contrôles du fonctionnement des établissements réalisés dans le cadre des compétences de l'Agence et initiés par le directeur de l'ARH pouvaient être assurés par des agents de l'assurance maladie, sans participation des agents de l'Etat. Pour tous les autres contrôles, exercés en application du code de la santé publique (et susceptibles d'être déclenchés soit par le directeur de l'Agence soit par le préfet, les personnels de l'assurance maladie doivent être accompagnés par des fonctionnaires d'Etat et ne peuvent ni signer les rapports d'inspection ni, a fortiori, dresser procès verbal⁴⁹.

Cette interprétation stricte d'un partage des compétences en sein des agences remet en cause des pratiques d'intervention des médecins conseils dans les régions où le nombre de postes vacants de MISP privait les ARH de toute capacité de contrôle sur place.

⁴⁷ Circulaire du 27 juin 2001

⁴⁸ Circulaire DHOS/G/2004/251 du 3 juin 2004 relative à l'exercice des pouvoirs de contrôles au sein des établissements de santé prévus aux articles L. 6115-1, L. 6116-1 et 2 du code de la santé publique.

⁴⁹ Sur ce point, les MISP ne sont pas concernés. L'assermentation, base de l'habilitation à dresser procès-verbal, est réservée aux PHISP et IGS dans le secteur sanitaire et depuis peu aux inspecteurs des affaires sanitaires et sociales pour le secteur social et médico-social.

Ce recentrage des médecins conseils pourrait toutefois les inciter à ne plus participer avec les MISp, en particulier aux visites de conformité très chronophages, mais aussi à prendre du recul par rapport à leurs missions hospitalières exercées pour l'ARH.

2.1.4 Un apprentissage très mesuré sur la prévention en santé publique

2.1.4.1 L'assurance maladie a une compréhension du concept de prévention différente de celle de l'Etat

Loin des programmes tous azimuts que l'Etat a initié et demande aux financeurs de porter, l'assurance maladie revendique une implication ciblée à travers les financements du FNPEIS et le médecin traitant, en cohérence avec les priorités de l'assurance maladie, dans des conditions techniques et de pérennité qui en garantissent l'efficacité.

Pour 2006, trois programmes sont prévus, en direction du médecin traitant : les effets iatrogéniques des traitements médicamenteux, la promotion du dépistage organisé du cancer du sein et la prévention des complications cardiovasculaires du diabète.

2.1.4.2 Les médecins conseils n'ont pas de rôle propre dans ce domaine

La prévention n'est pas pour l'assurance maladie une matière autonome par rapport aux soins. Elle est directement inscrite dans la gestion du risque en développant des programmes personnalisés, l'accompagnement des pathologies lourdes et la lutte contre les inégalités.

Ainsi, la prise en charge des vaccinations, des dépistages (néo-natal ou des cancers), la politique de bon usage des médicaments ou les actions de prévention bucco-dentaires sont autant de thèmes impliquant l'assurance maladie. Dans ce domaine, les caisses sont aussi sinon plus impliquées que les médecins conseils.

2.1.4.3 Une découverte des nouvelles données de ce champ au sein des ARH

En fait, c'est au sein dans ARH, notamment au contact des MISp que les médecins conseils ont mieux perçu de nouvelles dimensions de la prévention, ciblées sur des populations plus que sur des pathologies et intégrant une analyse sociale comme déterminant principal des freins à l'accès aux soins. Cette modification du regard porté à l'occasion de décisions de financement n'est pas allée sans débat et n'a pas concerné tous les médecins conseils, certains estimant toujours qu'il n'appartenait pas au système de santé de porter ces questions de précarité.

2.1.4.4 L'affirmation récente d'un souhait de réorientation des partenariats

Lors de ses contacts, la mission a entendu souhaiter une modification des points d'appui de cette politique et l'expression d'une préférence pour des contacts privilégiés avec les associations usagers, de patients et les sociétés savantes, en contraste avec le partenariat usuel organisé avec les associations spécialisées dans les actions de prévention.

2.1.5 *Les dernières orientations nationales plus volontaristes et systématiques*

2.1.5.1 *Un retour au contrôle individuel ciblé*

La loi du 13 août 2004⁵⁰ introduit des dispositions précises pour contrôler des pratiques des assurés ou des établissements, contraignant les praticiens conseils à se réinvestir sur ces contrôles dont l'importance n'avait cessé de décroître : contrôle des arrêts de travail⁵¹, de la délivrance des médicaments dans les établissements de santé, vérification de l'identité des patients.

Ce renforcement des contrôles produit des effets ; après une forte augmentation du nombre d'arrêts de travail indemnisés (+26 % entre 1998 et 2003 pour une population active en hausse de seulement 3.3 %) la diminution des indemnités journalières est sensible en 2005 mais surtout au premier semestre de 2006⁵².

2.1.5.2 *Une uniformisation des pratiques et des méthodes*

Outre la loi précitée, la CNAMTS s'appuie sur de la nouvelle convention médicale signée en janvier 2005 pour encadrer de manière uniforme et contraignante l'action des ses services.

En 2005⁵³, le « *plan national d'actions de régulation* », portant sur la maîtrise médicalisée, détermine le socle minimum obligatoire pour tous les organismes. Il couvre les six thèmes retenus dans la convention médicale, compte tenu de leur enjeu financier : le respect de l'ordonnancier bi-zone, les statines, les arrêts de travail, les antibiotiques, les génériques, les anxiolytiques et les hypnotiques. Ces thèmes sont prioritaires et s'imposent aux URCAM pour élaborer leur programme régional commun prévu par le code de la sécurité sociale. D'autres actions de régulation sont poursuivies, au titre des programmes d'amélioration des pratiques, issu du plan national inter régimes de gestion du risque (PNIR)⁵⁴. Des thèmes de contrôle sont repris⁵⁵ ou étendus : transports en ambulance, T2A, chirurgie esthétique.

En 2006⁵⁶, les actions sont encore recentrées sur le bon usage de l'ordonnancier bi-zone et les arrêts de travail. Sur le premier point, les assurés sont ciblés mensuellement par requête sur un système d'information décisionnel croisé avec les taux de remboursement (requête Siam-Erasme). En cas d'anomalie, le médecin et l'assuré sont informés par courrier ; si les faits se reproduisent, une récupération d'indu est engagée auprès de l'assuré. Il en va de même vis-à-vis du pharmacien qui, en cas de récidive, fera l'objet d'une procédure pour pénalités.

Dans tous les cas les caractéristiques suivantes apparaissent :

⁵⁰ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⁵¹ L'action sur les arrêts de travail est vigoureuse puisqu'en sus du contrôle systématique au-delà de 60 jours d'indemnité journalière, des arrêts de courte durée, en application de la loi du 13 août 2004, les prolongations d'arrêt de travail doivent émaner du prescripteur initial ou du médecin traitant et les premiers médecins prescripteurs excessifs d'indemnité journalière ont été placés sous procédure d'accord préalable (45 médecins répartis dans 11 régions).

⁵² L'infléchissement sur la courbe des dépenses portait sur 6Md€ au premier semestre 2006.

⁵³ Circulaire CNAMTS du 20 04 05.

⁵⁴ Prise en charge des cancers du sein, prescription d'antibiotiques par les chirurgiens dentistes, état de santé bucco-dentaire des 6-20 ans en IME

⁵⁵ Respect des contrats signés, pratiques dangereuses ou frauduleuses, assurés « méga consommant », traitements de substitution aux opiacés.

⁵⁶ Circulaire CNAMTS du 12 01 06.

- le niveau national se fait de plus en plus directif vis à vis du réseau ; traditionnellement centralisé, le pilotage ne laisse désormais plus aucune marge d'initiative au local, au risque de déresponsabiliser et de perdre des idées originales ou les plus pertinentes ;
- tous les organismes du réseau sont invités à œuvrer dans le même sens, rompant avec les positions de spécialisation du passé et la hiérarchie qui s'était progressivement installée entre des CPAM en charge des contacts et des suites d'une part et les URCAM portées sur les études et les changements de comportements à long terme.

2.2 La recherche d'une adaptation à ces changements d'orientation ?

2.2.1 Vers une spécialisation du travail

Comme dans les caisses, les médecins conseils s'interrogent périodiquement sur les modalités de leur organisation interne entre polyvalence et spécialisation. Traditionnellement, ces choix sont contingents, fonction des tailles et des préférences des responsables. L'institution vient d'expérimenter un type d'organisation plus spécialisé, qui a vocation à se généraliser autour des branches d'activité. Initié en 2004 avec la précédente direction générale, ce test a été repris à la mi 2005 dans deux régions : Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes. Les évaluations en cours soulignent une organisation optimale à travers une spécialisation et un regroupement géographique.

Plus précisément, l'ERSM de Rhône-Alpes a pris le parti de dédier ses ressources médicales à chacune des activités du conseil médical : 109 ETP sur les relations avec les assurés, 30 pour le contrôle contentieux (y compris ceux qui seront dédiés au contrôle de la T2A), 18 pour les relations avec les professionnels de santé, 13 pour l'organisation des soins (ex pôle hospitalier) et 2 pour la prévention-promotion de la santé⁵⁷.

A ceci s'ajoute une politique de rapprochement infra régional, portant par exemple sur le regroupement Drôme-Ardèche : les antennes ardéchoises conservent les relations de proximité avec les assurés et les professionnels de santé mais toutes les fonctions de régulation collective seront traitées à Valence⁵⁸.

En dépit des garanties données sur la non-mobilité des agents, ce changement a été vécu comme un véritable traumatisme, en particulier par ceux qui s'étaient spécialisés sur le champ hospitalier. Alors que la « *summa divisio* » ventilait les agents entre secteur ambulatoire et établissements, la ligne de partage nouvelle passe entre l'amont (organisation des soins et relations avec les professionnels de santé d'une part) et l'aval (contrôle et avis sur prestations).

Il s'agit par là non seulement de mieux identifier la fonction de contrôle mais surtout de la distinguer du conseil-accompagnement des établissements. En raison des liens tissés avec les praticiens des établissements, le basculement en situation de contrôle devenait délicat. L'exercice conjoint des deux missions confinait ainsi au mélange des genres dont les

⁵⁷ Ce champ est symbolique pour les médecins conseils : un ETP en Paca, aucun effectif dédié en Ile-de-France.

⁵⁸ On retrouve la même problématique dans les administrations, en moins avancé ; un service unifié facilite ce type d'adaptation.

praticiens conseils n'avaient pas toujours perçu les effets potentiellement délétères. La situation pouvait s'avérer encore plus délicate pour le contrôle des professionnels de santé, vu le nombre de médecins conseils personnellement liés avec des libéraux.

Dans cette nouvelle organisation, la formation suivie peut servir au développement des compétences individuelles et collectives. L'investissement réalisé conforte les missions et participe à l'acquisition des connaissances susceptibles d'être valorisées dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Cette identification de ressources dédiées par type de mission rompt avec une pratique développée par plusieurs ERSM qui ; à l'instar de l'Ile-de-France, maintenaient une double compétence des praticiens conseils, au nom de l'intérêt d'une compétence pluridisciplinaire mais probablement aussi pour écarter les tentations de « réorientation » de la ressource vers d'autres usages à l'initiative de l'Etat. Elle ne pourra produire ses pleins effets que lorsque les postes vacants auront été pourvus.

2.2.2 Des réflexions sur un rapprochement entre les services médicaux et les caisses

Pour améliorer son efficacité, l'assurance maladie tente de faire converger les deux phases d'analyse du droit aux prestations : l'aspect administratif et médical. Pour faire valoir son droit à remboursement, l'assuré communique à l'organisme d'assurance maladie dont il dépend les éléments nécessaires au contrôle de la conformité des actes, prestations, ou services. L'un concerne les conditions administratives appuyées sur les justificatifs nécessaires. L'autre la vérification de conformité des actes, prestations ou services avec les référentiels ou protocoles existants: référentiels et contrats de bonne pratique existants (C.B.P.), protocoles de diagnostic ou de soins le concernant (ex : PIREs), contrats de bon usage du système de soins qu'il aurait pu souscrire.

L'assurance maladie réfléchit à des modalités de fonctionnement entre ELSM et CPAM qui permettraient de dépasser cet antagonisme. Parmi celles-ci l'idée de travailler en mode projet progresse. Rien n'interdit dès à présent de gérer de grosses opérations – tel un contrôle de structure – à partir d'équipes pluridisciplinaires constituée *ad hoc* et rassemblant des compétences diverses, médicale et non médicale (juriste, statisticien, concepteur de requêtes, liquidateur etc). Cette approche permet de ne pas se focaliser sur des préalables touchant l'organisation, les effectifs ou la mobilité des personnels tout en apprenant aux équipes à mettre en commun des compétences multiples et complémentaires.

3 - Des conditions de travail qui tentent de garantir l'attractivité et la qualité

Les médecins s'engagent à la sécurité sociale en deuxième carrière après avoir connu des modalités d'exercice très variées mais toutes liées à une fonction soignante, pour un tiers d'entre eux en cabinet, un tiers en établissement et le reste plus divers.

	2003	2006
Libéral	40.48 %	35.92 %
Salarié hôpital ou clinique	22.22 %	16.50 %
Libéral hôpital ou clinique	0.79 %	4.85 %
Centre médico-social ou médical	5.56 %	7.77 %
Institution	11.90 %	16.50 %
Secteur public	12.70 %	11.65 %
Aucune expérience	3.17 %	2.91 %
Autres	3.17 %	3.88 %

source Cnamts

Les départs en retraite vont s'accélérer dans les trois ans, passant d'une trentaine par an à 80 puis plus de 100 à partir de 2009⁵⁹.

Contrairement à une idée communément admise parmi les médecins salariés, la branche médicale de l'assurance maladie souffre elle aussi d'un déficit de recrutement. La branche a travaillé sur une série de mesures pour inverser la tendance.

3.1 Un statut revalorisé

Ces dispositions sont à combiner avec le corpus réglementaire – décret du 24 mai 1969 modifié – qui continue de régir un certain nombre de matières telles que le recrutement, la formation ou les conditions d'avancement.

3.1.1 Un concours de recrutement classique en voie de transformation pour mieux sélectionner les profils

Les praticiens conseils sont recrutés par un concours⁶⁰ national classant, sur épreuves⁶¹, organisé en commun avec le régime maladie des professions indépendantes. Les candidats n'ont plus l'obligation d'avoir exercé pendant cinq ans avant de postuler⁶².

⁵⁹ Voir annexe 11e tableau des effectifs atteignant l'âge de 63 ans dans les dix prochaines années.

⁶⁰ Ouvert aux titulaires du diplôme de docteur en médecine ou titre assimilé pour les candidats d'un état membre de l'Union européenne ou les ressortissants d'un état tiers autorisés à exercer en application du L 4111-2 du code de la santé publique.

⁶¹ Un écrit d'admissibilité (note de synthèse à partir de documents relatifs à la santé publique, à la protection sociale ou à des cas individuels relevant de l'exercice du contrôle médical) et un oral d'admission par entretien avec un jury à partir d'un texte relatif à la protection sociale ou à la santé publique.

⁶² Cette mesure décidée en 1994 pour lutter contre la désaffection du concours fait concourir des médecins qui n'ont jamais exercé, ce qui peut par la suite constituer un handicap pour les fonctions en contact avec des confrères ou des établissements.

3.1.1.1 Une désaffectation du concours pour les médecins conseils

Au 1^{er} juillet 2006, le nombre de postes vacants atteignait 161/2 198⁶³ pour les médecins conseils, alors qu'il n'était que de 23/344 pour les chirurgiens dentistes conseils, et seulement 3/152 pour les pharmaciens conseils. Le pourcentage de vacances varie fortement selon les régions : hors départements d'outre mer, de 1,5 % dans le sud ouest à 11 % en région Centre, Lorraine ou Ile-de-France.

De fait, l'évolution des candidats médecins, rapportée au nombre de postes, d'une part, des engagés d'autre part souligne à la fois une perte d'attractivité et de sélectivité du concours.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Dossiers constitués	743	450	258	144	138	160
Présents écrit	583	370	207	129	126	131
Admissibles	157	123	75	68	90	103
Reçus	98	82	50	54	73	89
Postes ouverts	98	82	50	80	157	175
Nbre engagés	104	79	47	43	51	64
Nbre titularisés	100	75	47	43	51	en attente

Source Cnamts

Après avoir fortement baissé entre 1995 et 2001, le nombre de dossiers constitués remonte progressivement depuis. Le nombre de postes offerts au concours a presque doublé en 10 ans (98 en 1995, 175 en 2005) et le taux de reçus est passé de 13 % à 55 %. Ce chiffre n'est pas en soi un signe de déqualification. Mais il indique des difficultés de remplacement des effectifs avec l'augmentation régulière des vacances consécutives aux départs en retraite.

3.1.1.2 Des mesures de redressement qui produisent déjà des effets

La campagne de communication réalisée en 2005 a débouché sur une hausse de 35 % du nombre de candidatures. Entre 2003 et 2006, la part des candidatures masculines a augmenté de dix points à 47 % et le pourcentage de plus de 45 ans est passé de 8,73 % à 22,35 % sur la même période⁶⁴. Dans le même temps, la part des plus jeunes (25-34 ans) est restée stable, autour de 35 %, traduisant la part de ceux qui ont peu ou pas d'expérience antérieure.

Par ailleurs, dans son rapport de 1997, la Cour des Comptes déplorait que les modalités du concours de recrutement ne permettent pas de tester réellement les capacités à l'exercice du contrôle et au dialogue avec les assurés et les professionnels de santé. Elle regrettait également la sous-représentation des spécialistes (15 % dans le corps des médecins-conseils).

La caisse nationale d'assurance maladie en est consciente et suggère que le concours s'oriente vers une sélection de profils, liés à l'affectation des praticiens conseils sur des fonctions mieux identifiées : dans le nombre de postes proposés, une part serait réservée aux études, au contrôle, à la prévention, à l'accompagnement des professionnels. Sauf à transformer

⁶³ Effectif budgétaire

⁶⁴ Auquel s'ajoute l'impact de la suppression de la limite d'âge depuis 1994.

radicalement le concours en entretien de recrutement⁶⁵, cette prédétermination semble difficile à organiser dans le cadre d'un concours. En revanche, plusieurs mesures, en discussion avec la DSS méritent d'être approfondies : report de la validité du concours sur deux ans, étalement du recrutement pour tenir compte des contraintes professionnelles des praticiens, introduction de tests pour détecter les potentiels et écarter les profils problématiques. Le plus important à terme pour l'institution est de pouvoir renforcer ses recrutements en personnes susceptibles de prendre des responsabilités alors que les réticences sur ce plan sont importantes pour beaucoup d'entre eux.

Enfin, la question de la pertinence du concours classant transposée de l'internat à cette catégorie de médecins est posée. Très décrié par les praticiens conseils en tant que contrainte de mobilité, surtout vers les terres septentrionales de l'Hexagone, ce principe écarte certainement des candidats. Son maintien est discutable, compte tenu de l'attachement - du corps médical à l'installation, quelle qu'en soit la forme, dans sa région de faculté. Moyennant des mesures adaptées de déclaration de liens personnels⁶⁶ et de gestion effective par le management de ces incompatibilités personnelles, la suppression du système classant est envisageable.

3.1.2 Une convention collective pour garantir l'attractivité de la profession

3.1.2.1 Les passage d'une situation réglementaire à une situation contractuelle

Rompant avec le support réglementaire qui régissait les praticiens conseils, et après des hésitations internes durables, la CNAMTS a fait légaliser⁶⁷ un processus de basculement sur un accord collectif. Une convention collective nationale de travail du praticien conseil du régime général a été signée le 4 avril 2006 entre le directeur de l'UCANSS et cinq des dix organisations syndicales représentatives des praticiens conseils⁶⁸. Selon le préambule, il s'agit d'assurer aux praticiens conseils des « *conditions de travail satisfaisantes* » et « *attirer et fidéliser* » les personnels⁶⁹, dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale et de « *besoin d'experts médicaux de haut niveau de compétences* ».

⁶⁵ A l'heure de la validation des acquis de l'expérience, il est paradoxal de maintenir des recrutements de professions médicales sur épreuves théoriques, pourtant largement évaluées auparavant, en délaissant des aptitudes (relationnelles ou management) qui seront pourtant déterminantes dans les fonction ultérieures.

⁶⁶ A l'image de ce qui se pratique dans les ARH.

⁶⁷ Loi du 13 août 2004 devenu l'article L123-2-1 du code de la sécurité sociale.

⁶⁸ Voir annexe 2..

⁶⁹ Il semble que la fin de l'alignement automatique sur les mesures négociées en faveur des agents de direction, décidée par l'arrêté du 30 mai 2001 ait également servi de déclencheur pour certaines organisations syndicales des praticiens conseils. Saisi par deux syndicats de praticiens conseils, le Conseil d'Etat, par un arrêt du 3 avril 2002 Syndical général des praticiens-conseils des organismes de sécurité sociale a jugé que « *si, en application des dispositions précitées du décret du 24 mai 1969, les ministres compétents pouvaient assortir les modalités de calcul de la rémunération des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale d'une règle d'indexation prévoyant, en l'espèce, l'évolution de cette rémunération en fonction de la rémunération des agents de direction, ils n'y étaient tenus ni par ce décret, ni par aucun autre texte ou principe ; que, par suite, ils ont pu légalement procéder à l'abrogation de cette disposition réglementaire au maintien de laquelle les praticiens-conseils n'avaient pas de droit acquis* ».

3.1.2.2 Une rémunération plus incitative

Celle-ci comporte plusieurs éléments :

- Un classement des emplois en quatre niveaux de qualification : (A) ; (B) si missions particulières, chef de service ELSM ; (C) pour le médecin conseil régional ou un praticien conseil assumant des responsabilités nationales ; (D) pour le médecin conseil régional et les trois médecins conseils nationaux adjoints) ;
- un coefficient de qualification attaché au niveau et pouvant évoluer selon l'expérience professionnelle (à raison de 30 points par tranche de 5 ans plafonnés) attribués à l'ancienneté et de 20 à 50 points de « reconnaissance de la contribution professionnelle » pour rétribuer l'investissement personnel et la contribution à la réalisation des objectifs fixés ; ils sont attribués par le médecin conseil régional, sur proposition du supérieur hiérarchique, pour les niveaux a et b ;
- le changement de catégorie, défini comme le « parcours professionnel » s'obtient par inscription sur une liste d'aptitude nationale, après vérification des compétences associées au référentiel de l'emploi considéré par une commission régionale ;
- à ceci s'ajoute un 13^{ème} mois (« gratification annuelle », un 14^{ème} mois (« allocation vacances »), une prime de cadre dirigeant et une part variable discrétionnaire pour la hiérarchie (1,5 mois pour le médecin conseil régional et les médecins conseils nationaux adjoint) ;
- au total, le salaire brut mensuel de recrutement atteint de 3 407 € à 4 089 € selon que l'expérience antérieure est inférieure à 5 ans ou supérieure à 10 ans.

Au total, (pour un praticien conseil - PC sans responsabilité managériale), dans le cadre du statut actuel la rémunération annuelle brute varie de 43 914.5 € (pour un PC échelle 103 échelon 0) à 77 084.98 € (pour un PC échelle 113 échelon 6). Dans le cadre de la convention collective nationale en attente d'agrément, celle-ci passera de 54 940.56 € (coefficient minimal = 570 PC niveau A) à 101 206.20 € (coefficient maximal = 1050 PC niveau B)⁷⁰.

3.1.2.3 Une évaluation plus personnalisée

Chaque praticien conseil bénéficie d'un entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement, pour faire le point des attentes respectives, mesurer les compétences, la contribution personnelle au fonctionnement du service, fixer les objectifs annuels et permettre l'expression des souhaits. Parallèlement la notation statutaire a disparu.

L'employeur a pris la précaution de préciser⁷¹ que les critères d'évaluation devaient être interprétés de façon à préserver l'indépendance technique des médecins. Ainsi, pour la « technicité » est appréciée non la pratique médicale, vue dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, mais le seul respect de l'obligation de formation médicale continue. De même, « la tenue de l'emploi et des compétences » est examinée au regard de l'efficience, de l'autonomie, de l'implication et de la dimension relationnelle, hors du champ de l'expertise.

3.1.2.4 De forts encouragements à la mobilité

Après la période de débats tendus en 1998 sur l'attribution d'une prime reflétant une absence d'ambition sur mobilité des praticiens conseils, les positions s'inversent désormais pour faciliter sinon inciter les projets de mobilité. L'art 14 de la convention collective renforce les

⁷⁰ Pour les chefs de service, le niveau C permet d'atteindre le coefficient 1100 soit 106 025€ et le niveau D le coefficient 1150 soit une rémunération annuelle, hors charges, de 110 8465€

⁷¹ Circulaire 046/05 de la direction des relations sociales de l'Ucanss.

mesures existantes sur la prise en charge des coûts de la mobilité⁷² : forfait de trois mois de salaire, remboursement frais de recherche du logement, prise en charge des frais d'agence, de la totalité des frais de déménagement ; la caisse prend même en charge jusqu'à six mois de loyer lorsque le déménagement de la famille est, pour des raisons légitimes, postérieur à celui du praticien conseil et aide le conjoint à retrouver un emploi.

Parallèlement, l'aspect volontaire est plus nettement affiché. Alors que dans le décret (art 33), les changements d'affectation se faisaient sur demande des intéressés mais aussi dans l'intérêt du service, sans précision, dans la convention collective (art 13), les changements d'affectation non souhaités restent possibles mais exceptionnels, « *quand les circonstances l'exigent et après entretien avec l'intéressé* » .

3.2 Une formation centrée sur la formation médicale continue

3.2.1 Une formation à l'emploi peu ambitieuse

La formation⁷³ est dispensée au cours de la période probatoire comprise entre six mois au moins et douze mois au plus, qui prélude à la titularisation. Elle comprend trois phases : pratique, au sein d'un échelon local (2 x 4 semaines), théorique, à l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S) à raison de 2 x 4 semaines, et opérationnelle, sur le lieu d'affectation (8 semaines). A la fin du 6ème mois, la titularisation est obtenue, sauf en cas de difficultés au cours des stages pratiques. Dans ce cas, la formation peut être prolongée de deux mois en deux mois, au maximum six mois, la période d'essai pouvant s'interrompre sans formalités.

3.2.1.1 Une simple adaptation à l'emploi

A l'inverse du parcours théorique proposé aux MISP sur tout le champ de la santé publique, la période d'intégration des praticiens conseils est pensée comme une adaptation aux fonctions de contrôle et à la découverte de l'environnement administratif. Pourtant, cette partie théorique est vécue comme trop longue ; l'EN3S est chargée de préparer un nouveau cycle de 3 x 2 semaines qui éviterait aux médecins conseils des absences trop durables de leur domicile.

3.2.1.2 Des projets de réforme

Un groupe projet a élaboré des propositions autour des thèmes suivants :

- un renforcement du tutorat distinguant trois fonctions : un responsable de promotion à la CNAMTS chargé des relations avec les maîtres de stages, aidé par des responsables de thèmes; un maître de stage à la DRSM qui coordonne les équipes de formateurs et tuteurs locaux, oriente le tuteur selon les évaluations réalisées par l'EN3S, évalue le praticien conseil pour sa titularisation au bout des six mois ; le tuteur en ELSM qui suit le stagiaire ;

⁷² Elles donnent la mesure de l'écart existant avec les conditions applicables aux médecins fonctionnaires de l'Etat.

⁷³ Arrêté du 28 octobre 1993 modifié.

- une formation orientée sur les cinq pôles d'activité des praticiens conseils dans une double finalité d'expertise et d'opérationnalité ;
- une évaluation à plusieurs niveaux : des connaissances (auto-évaluation, questionnaires, différée par l'échelon hiérarchique selon une méthodologie nationale), de la formation et du dispositif.

Ces modifications sont appliquées pour la dernière promotion.

3.2.2 Une formation continue normée renforcée par la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles

3.2.2.1 L'importance de la formation médicale continue

La loi du 4 mars 2002 a rappelé l'obligation déontologique⁷⁴ pour tout médecin d'entretenir et de perfectionner ses connaissances par la formation continue. Elle peut être satisfaite de trois manières, au choix du professionnel concerné : participation à des actions de formation agréées, participation à des programmes d'évaluation de connaissances réalisés par des organismes agréés, ou présentation orale d'un document attestant des efforts en matière de formation du médecin.

Trois conseils nationaux, constitués par grande catégorie d'exercice, fixent les grandes orientations, agréent les organismes formateurs et prestataires de programmes d'évaluation (après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé pour cette dernière mission) et évaluent la formation médicale continue. Les conseils régionaux ont pour mission de valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation. Le manquement à l'obligation de formation fait l'objet d'une procédure pouvant conduire le conseil régional à saisir la chambre disciplinaire de l'ordre, après l'échec d'une procédure de conciliation.

La loi du 4 mars 2002 constitue une véritable révolution pour les médecins en leur imposant une évaluation régulière de leurs connaissances et d'en rendre des comptes à leurs pairs, ce qui n'est pas plus facile pour des médecins contrôleurs que des libéraux.

L'assurance maladie s'est engagée résolument dans cette démarche. Sur le plan pratique, les formations thématiques professionnelles liées aux missions (contentieux, T2A) ou les thèmes nationaux comme les ALD pour l'imagerie ou les aspects médico-administratifs de la liquidation sont gérés par la CNAMTS même si l'organisation peut être déléguée à une région.

En sus, chaque région bénéficie en plus d'un budget pour la formation continue classique⁷⁵ ainsi que celle qui relève de l'évaluation des pratiques professionnelles. Au total, l'effort de formation des praticiens conseils en 2005 atteint 6,22% de la masse salariale⁷⁶ soit 23120 journées de formation (102 ETP⁷⁷), partagé en trois tiers équivalents : formation initiale (sauf

⁷⁴ Article 11 du code de déontologie : « *Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses compétences ; il doit prendre en compte toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue* »

⁷⁵ Largement supérieure au taux légal.

⁷⁶ 3M€ de dépenses stricto sensu et 7,6M€ de salaire des stagiaires.

⁷⁷ Base 226 journées travaillées en 2005).

pour les pharmaciens conseils), formation professionnelle continue et formation médicale continue.

3.2.2.2 *Le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles*

Généralisée par la loi du 13 août 2004, elle aussi concerne tous les médecins. Il s'agit d'une démarche individuelle, mais s'agissant de salariés, l'employeur tenu de mettre à disposition les outils nécessaires. La CNAMTS propose ainsi des structures de formation au choix des praticiens conseils. L'assiduité à ces séances se traduit par l'acquisition de points, validé par le conseil supérieur de la formation continue.

Cette politique vient conforter la démarche de certification menée à bien par le service médical, obtenue en version 9001-2001 sur les avis de demandes de prestations. Parmi les modalités permettant de nourrir ces deux actions, il faut souligner la pratique de revue de dossiers dans chaque ELSM, effectuée trois fois par an, hors hiérarchie qui vise à réviser les pratiques, les confronter et les harmoniser entre pairs.

Au-delà de ces traductions de modalités, la pression managériale sur l'entretien des compétences apparaît largement inverse avec les impossibilités le silence de l'organisation, ou pis les restrictions d'accès pratiques au sein de la FPE, en particulier pour les MISP. Bien qu'elles soient parfois décrites à l'extérieur comme un confort de fonctions, ces dispositions très encadrantes sont un atout pour la qualité du corps, la crédibilité du service dont le ministère chargé des affaires sociales sera à terme contraint de s'inspirer s'il veut rester compétitif sur le grand marché implicite de la ressource médicale.

3.3 **Une sélection des chefs de service en voie d'évolution**

Les chefs de service régionaux du contrôle médical (médecin conseil régional et adjoints) sont nommés par le directeur de la CNAMTS sur proposition du médecin conseil national pour une durée de quatre années renouvelable. La procédure est publique avec publication des vacances au Journal Officiel.

La loi du 13 août 2004 substitue à l'établissement d'une liste de trois noms par le Haut comité médical de la sécurité sociale disparu un avis d'adéquation au poste – total ou partiel – du comité des carrières en fonction pour les agents de direction et reconfiguré par création d'une 2^{ème} section pour les praticiens conseils.

L'évaluation des médecins conseils régionaux est assurée par le directeur des opérations de la CNAMTS conjointement avec le directeur du réseau médical. Prévus pour une durée de quatre ans, renouvelable, la durée moyenne effective des mandats de médecin conseil régional est de six ans, avec de fortes amplitudes : six ont moins de cinq années de pratique dans ces fonctions, sept ont entre cinq et dix ans et cinq ont plus de dix ans dans plusieurs régions. Le renouvellement prévisible est important avec des départs en retraite et la création de nouveaux postes (DRSM aux Antilles et deux médecin conseil nationaux supplémentaires).

4 - Un avenir en débat lié aux orientations au sein de l'Institution

4.1 Un équilibre instable entre codécision et assureur externe

4.1.1 Une constante : l'affirmation d'une source d'activité propre

4.1.1.1 La crainte d'une perte de compétences

La collaboration des médecins conseils au sein des ARH a paradoxalement fait glisser une partie de la connaissance du service vers l'équipe rapprochée et modifie tendanciellement les modes de travail des médecins conseils. Certains responsables constatent que le service n'intervient plus que sur commandes et craignent ainsi de changer de rôle en troquant leur compétence d'auditeur contrôleur pour une fonction de promoteur des projets des établissements.

Les praticiens conseils souhaitent se réinvestir dans l'analyse qualitative. Ils en ont les moyens avec l'accès aux bases d'information dont dispose l'assurance maladie. C'est le moyen de conserver cette culture de la vérification qui fonde leur pratique du métier de contrôleur.

4.1.1.2 Le maintien d'un programme d'action propre à l'assurance maladie

Depuis 1996, les deux branches de l'assurance maladie ont toujours attaché du prix à élaborer un programme de travail distinct de celui de l'ARH, général – le PRAM – et spécifique au secteur hospitalier – le PRH – sans forcément rechercher une concurrence, mais pour rappeler qu'elles exercent des missions spécifiques, notamment sur l'analyse de l'activité d'un établissement, le respect des références professionnelles et des recommandations de bonne pratiques. Dans ces différents cas, le code de la sécurité sociale⁷⁸ prévoit que les résultats de ces travaux sont transmis au directeur de l'ARH, ce qui revient à reconnaître l'autonomie de la compétence.

4.1.2 Une nouveauté : une prise de distance avec les structures intégrées avec l'Etat ARH-GRSP

Avec la loi du 13 août 2004, la CNAMTS et son directeur général ont acquis de pouvoirs qu'elles comptent utiliser par référence au concept d'assureur public. Cette mention, portée avec beaucoup de constance, y compris par le versant médical de la CNAMTS, dénote à tout le moins une prise de distance avec l'Etat et par conséquent des situations de codécision. Compte tenu de la gravité du niveau de dette et des déficits structurels atteints par l'assurance maladie, la volonté de porter un discours financier de maîtrise médico-économique

⁷⁸ Art R 315-1

directement relié aux comportements de tous les acteurs est parfaitement légitime. Cette posture est d'ailleurs renforcée par les freinages récents obtenus sur quelques postes de dépenses significatifs mais coûteux, ciblés par la loi (indemnités journalières en particulier). A moyen terme, certains responsables évoquent un scénario de régulation sous forme d'achat de soins et non de planification.

Cette attitude se retrouve également à travers la participation quelque peu attentiste de l'assurance maladie au sein des GRSP qui risque de priver de masse critique les groupements constitués.

La traduction de cette orientation se retrouve dans l'exigence portée par la CNAMTS de porter seule⁷⁹ le contrôle de la T2A⁸⁰, et de la cantonner hors ARH, au nom de l'indépendance des démarches de conseil-codécision et de contrôle mais aussi pour protéger le payeur des possibles incitations à limiter le recouvrement des indus. Plus surprenant mais très révélateur des débats sans tabous se développant au sein de l'Institution serait l'idée, entendue par la mission, de faire fonctionner un service hospitalier en ciblant la prise en charge par l'assurance maladie sur les cas les plus lourds, à partir d'une extension de la distinction traditionnelle entre l'autorisation de fonctionner et l'octroi des crédits.

4.2 Les praticiens conseils sont-ils des praticiens de santé publique ?

4.2.1 *Oui pour ceux qui participent à la régulation collective*

Les praticiens conseils attachés aux missions de planification de l'offre de soins sanitaire ou médico-sociale assument les mêmes tâches que les MISP, chacun avec sa culture d'origine mais selon des raisonnements ou des postures de travail très proches. Nul doute que ceux-ci se vivent comme médecins de santé publique, au sens populationnel du terme. En témoigne la vigueur des réactions intervenues sur les projets de réorganisation internes resserrant leur mission et leur ensemble à l'accompagnement des structures et la gestion des procédures d'enquête et d'autorisation.

Au vu du rapprochement opéré avec les services de l'Etat, on peut s'interroger sur l'opportunité d'organiser plus directement une mise en commun des ressources dans un cadre juridique qui permettrait à chacun de conserver son statut d'origine mais de travailler dans des emplois autorisant une affectation dans divers services où se pratique la régulation collective, moyennant les formations appropriées. Beaucoup de médecins conseils y sont favorables, leurs responsables de manière générale, à condition de se limiter à ce sous-ensemble des praticiens et pour un temps limité.

La mission propose ainsi d'ouvrir le statut d'emploi qu'elle appelle de ses vœux à cette catégorie de praticiens conseils. C'est l'intérêt des praticiens pour développer une expérience professionnelle dans des secteurs voisins des leurs sans perdre le rattachement à leur

⁷⁹ Le débat sur le sujet a toutefois fait perdre plus d'une année dans la mise en place des contrôles alors que l'évolution des dépenses hospitalières constatée sur 2005 et confirmée en 2006 semble indiquer des démarches d'optimisation du codage de la part de certains établissements.

⁸⁰ Le service médical envisage son rôle non comme un contrôle de la codification mais comme une analyse de l'activité dans un séjour. La méthode de travail suivrait trois étapes : une recherche documentaire sur les référentiels de bonne pratique, le recours au dossier médical, et la vérification du tarif appliqué.

institution. C'est aussi l'intérêt de l'Etat d'ancrer cette ressource médicale sur des fonctions collectives et de régulation à l'heure où les moyens risquent de manquer. Vis-à-vis de l'assurance maladie, ce serait également un signal rappelant l'importance de ces missions, au titre de la loi du 9 août 2004 ; en contrepoint des nouvelles priorités affichées par la loi du 13 août 2004.

4.2.2 Non pour la grande majorité affectée aux avis et contrôles

Ceux là en revanche exercent des missions d'avis ou de contrôle directement liées à une personne, assuré ou professionnel de santé. Ils participent à une mission générale de santé publique mais ne relèvent pas d'un statut de praticien de santé publique. Pour eux, le cœur de métier demeure « *le soin pertinent* » contrôlé dans l'intérêt des assurés et de la collectivité. Les praticiens conseils sont pour la plupart beaucoup de difficultés à s'extraire d'une relation individuelle, d'où des pratiques très hétérogènes et un refus de s'imposer des référentiels de bonnes pratiques, pourtant seuls à même de leur donner des méthodes reproductibles, indispensables pour traiter le flux des dossiers répétitifs⁸¹.

4.3 L'avenir des praticiens conseils dépend aussi de l'organisation des caisses

4.3.1 Les enjeux d'organisation

Les opportunités du changement sont liées aux forts taux de départs en retraite à venir dans la branche. En deux ans, entre 2005 et 2007, sur la base d'un taux de remplacement des départs de 1/2, l'effectif des personnels administratifs diminuera de près de 500 agents, à 7 321. L'Institution compte à cette occasion procédera à un rééquilibrage des ratios médecins/administratifs actuellement très importants. Par ailleurs, elle envisage de rapprocher les personnels administratifs affectés au contrôle médical de ceux qui sont situés dans les services administratifs, considérant les fortes économies générées par les feuilles de soins électroniques⁸², en habilitant certains d'entre eux à agir pour les deux autorités⁸³, pour donner une traduction concrète au principe de liquidation médico-économique

Accessoirement, le contrôle médical recherche des économies de secrétariat en rompant avec le modèle d'exercice libéral dans lequel chaque médecin dispose d'un secrétariat propre, en se rapprochant du fonctionnement des consultations externes à l'hôpital.

Enfin est envisagée une modification de l'article R315-2 pour supprimer le lien automatique existant entre une CPAM et un ELSM dans chaque circonscription. A terme, on obtiendrait un échelon local par département.

⁸¹ Exonération du ticket modérateur et niveau d'IPP constituent près de 80 % des dossiers des praticiens conseils.

⁸² Les personnels administratifs des CPAM ne traitent plus que les indemnités journalières et les prestations en espèces c'est à dire 20 % de la charge de travail ; le reste est transmis par flux électronique.

⁸³ Les nouveaux techniciens affectés auprès des médecins sont associés au secret médical ; ils sont recrutés désormais à bac+2 et ont des fonctions de type secrétaire médical.

4.3.2 L'intégration des compétences avec la branche administrative

La caisse nationale connaît depuis quelques mois une nouvelle organisation tendant à intégrer les fonctions administratives et médicales. Le médecin conseil national est désormais adjoint au directeur général, délégué aux affaires médicales. Chacun de ces termes témoigne d'une rupture avec la séparation organisée qui prévalait dans le passé. A tous les échelons, les responsabilités administratives et médicales ont été mêlées, de façon à institutionnaliser les approches pluridisciplinaires, tout en reconnaissant la pertinence de profils diversifiés pour encadrer les différents services. Au-delà des perturbations liées à ces changements, il est probable qu'ils conduiront les praticiens conseils à porter les enjeux de maîtrise et tous les responsables à intégrer la dimension médicale (du point de vue des assurés et de professionnels) dans chaque orientation, contribuant à beaucoup améliorer l'efficacité de l'assurance maladie.

Pour produire ses pleins effets, ce même processus doit être étendu à l'ensemble du réseau, dans des délais et selon des méthodes qu'il appartiendra à la caisse nationale de déterminer, en lien avec les expérimentations sur l'organisation du contrôle médical.

Jean-François BENEVEISE

Alain LOPEZ

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 effectifs prévisionnels de départs à la retraite

Annexe 2 projet de convention collective

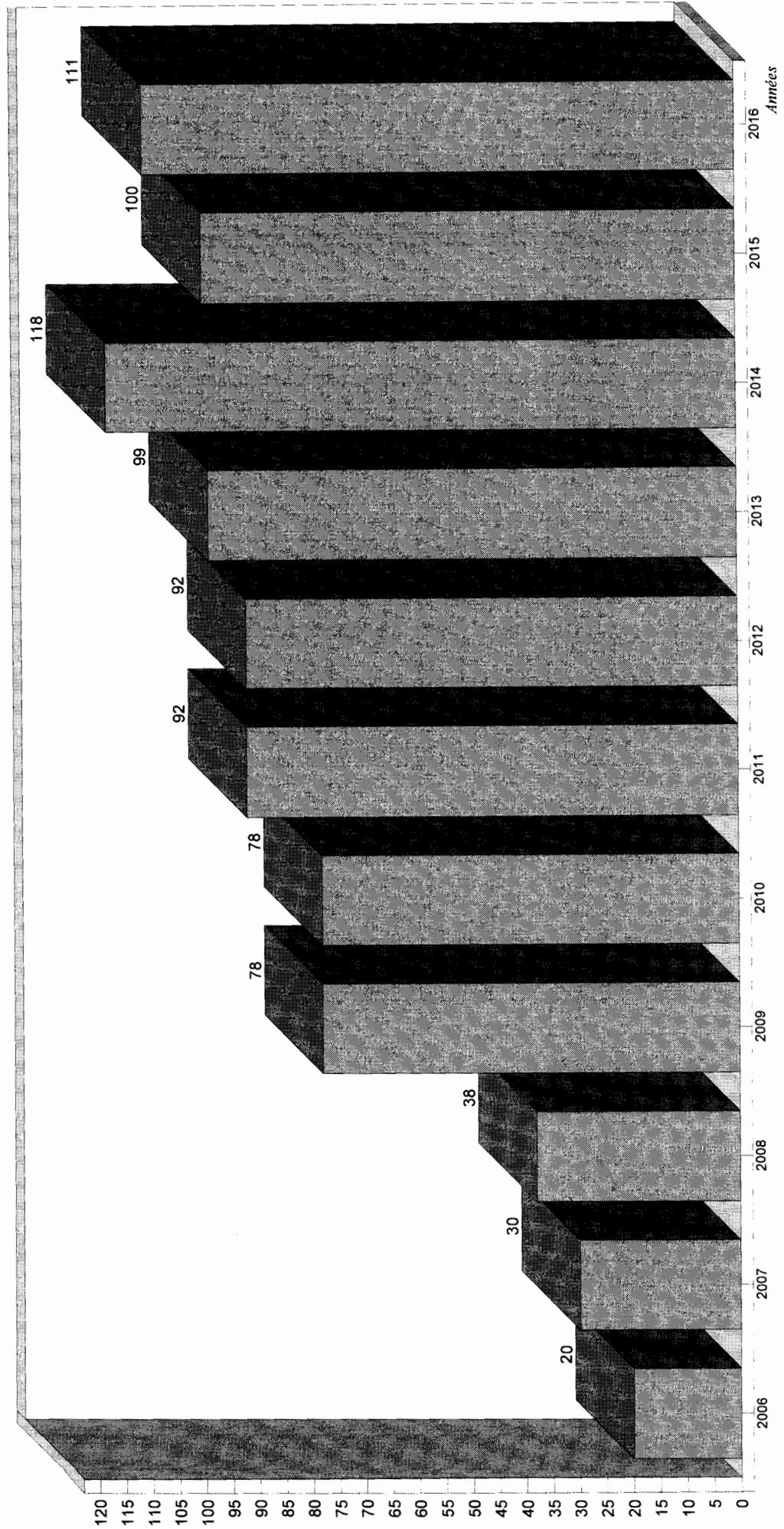
Annexe 1 - Effectifs prévisionnels de départs à la retraite

CNAMTS / DSM : Effectifs atteignant 63 ans dans les 10 prochaines années civiles (février 2006)

4 juillet 2006

Sélection : MEDECINS CONSEILS FRANCE ENTIERE

Effectifs à 63 ans



35

Annexe 2 - Projet de convention collective

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE TRAVAIL
DES PRATICIENS CONSEILS
DU REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE**

Entre, d'une part :

- l'Union des Caisses Nationales de Sécurité sociale, représentée par son directeur, Philippe Renard, dûment mandaté à cet effet par le Comité exécutif des directeurs le 15 mars 2006.

et, d'autre part :

- les Organisations syndicales soussignées,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Conformément aux dispositions de l'article L 123.2.1 du code de la sécurité sociale, l'Ucanss et les organisations syndicales nationales ont procédé à l'élaboration négociée d'un cadre conventionnel adapté pour les praticiens conseils du régime général de sécurité sociale.

A cette occasion, elles estiment qu'il est essentiel pour l'Assurance Maladie de pouvoir disposer d'un corps national de praticiens conseils compétents, motivés et reconnus dans leur métier par une juste rémunération de leur engagement professionnel, et ce dans un contexte marqué par une évolution de la démographie médicale qui nécessite, à court et moyen terme, d'attirer et de retenir des experts médicaux de haut niveau de compétences.

Dans cette perspective, elles conviennent qu'un double objectif doit être prioritairement poursuivi :

- établir par voie de convention collective des règles qui permettent d'assurer aux praticiens conseils des conditions de travail satisfaisantes prenant notamment en compte les spécificités propres à l'exercice médical dans le respect des dispositions légales et réglementaires qui régissent l'exercice de la profession, notamment celles résultant du code de déontologie ;
- attirer et fidéliser les personnels qui viendront à être embauchés en leur proposant une carrière professionnelle motivante.

A cet égard, elles considèrent que la mise en place d'une classification rénovée et l'établissement d'un dispositif de rémunération qui assure une évolution salariale significative par la reconnaissance de la contribution professionnelle et de l'implication dans l'atteinte des objectifs, constituent les axes majeurs d'un cadre collectif de travail adapté aux évolutions en cours et à venir.

En outre, elles marquent leur accord pour qu'au moment des opérations de transposition un effort financier soit consenti.

A cette fin, les parties signataires adoptent les dispositions suivantes :

Article 1^{er} : Champ d'application

La présente convention collective nationale règle les rapports entre la CNAMTS et les praticiens conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, exerçant en métropole ou dans les départements d'outre-mer et constituant un corps national comprenant :

- les médecins conseils ;
- les chirurgiens-dentistes conseils ;
- les pharmaciens conseils.

Titre I - Classification des emplois et dispositif de rémunération

Article 2 : Classement des emplois

Les emplois exercés par les praticiens conseils sont classés sur les quatre niveaux de qualification suivants :

Niveau	Classement des emplois
A	Praticien conseil du service du contrôle médical.
B	Praticien conseil en charge d'attributions ou de missions d'ordre technique Praticien conseil chef de service exerçant des responsabilités de management Praticien conseil chef de service responsable d'un échelon local du contrôle médical
C	Médecin conseil régional adjoint Praticien conseil exerçant des responsabilités nationales
D	Médecin conseil régional Médecin conseil national adjoint

Article 3 : Le dispositif de rémunération

3.1 – Les composantes de la rémunération

La structure de la rémunération est constituée de deux éléments :

- une rémunération correspondant à l'emploi exercé, matérialisée par un coefficient dit coefficient de qualification ;
- une plage d'évolution salariale pérenne délimitée par le coefficient de qualification et un coefficient maximum.

Par ailleurs, la rémunération comprend des éléments complémentaires visés à l'article 6 de la présente convention.

3.2 - L'échelle des coefficients

Chaque niveau de qualification comporte deux coefficients, exprimés en points.

Ces coefficients définissent la plage d'évolution salariale, à l'intérieur de laquelle chaque praticien conseil, dans le niveau de qualification qu'il occupe, a vocation à évoluer, dans le respect des règles définies infra.

Le coefficient minimum du niveau est dénommé coefficient de qualification.

Niveau de qualification	Coefficient de qualification	Coefficient maximum
A	570	925
B	700	1050
C	800	1100
D	850	1150

La rémunération de base, pour un temps plein, est égale au produit du coefficient de qualification par la valeur du point. La valeur du point est égale à 6,88479 euros et fait l'objet d'une négociation annuelle, à l'instar de celle mise en œuvre pour les autres personnels de l'institution.

3.3 - La progression à l'intérieur de la plage d'évolution salariale

La progression à l'intérieur de la plage d'évolution salariale s'opère sous l'effet de la prise en compte de l'expérience professionnelle et de la reconnaissance de la contribution professionnelle.

3.3.1 – Prise en compte de l'expérience professionnelle

L'expérience professionnelle du praticien conseil est prise en compte par l'attribution de 30 points d'expérience par tranche de 5 ans révolus d'exercice médical, décomptés à partir de l'obtention du diplôme.

En tout état de cause, la limite maximale du nombre de points d'expérience est de :

- 150 pour les praticiens conseils des niveaux A et B,
- 120 pour les praticiens conseils des niveaux C et D.

L'expérience professionnelle au sens du présent article, s'entend du temps d'exercice de la profession, ainsi que des périodes au cours desquelles le contrat de travail est suspendu dans le cadre d'un congé de maternité, d'adoption, ou à l'occasion d'un arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Sont également considérées comme temps de présence pour l'appréciation de l'expérience professionnelle, les périodes consacrées à l'exercice d'un mandat syndical ou de représentation du personnel au sein de l'Institution, ainsi que celles entraînant le paiement total ou partiel du salaire dans les conditions posées par les articles 18, 19, 20, 21, 22, 23 et 24 de la présente convention collective.

3.3.2 – Reconnaissance de la contribution professionnelle

Elle s'opère par l'attribution de points de contribution professionnelle destinés à rétribuer l'investissement personnel et la contribution à la réalisation des objectifs fixés.

Ces objectifs individuels, qui s'inscrivent dans ceux plus généraux du service et dans le cadre d'une démarche qualité, respectent, en tout état de cause, le code de déontologie et, à ce titre, peuvent être des objectifs de production en dehors de toute notion de rendement.

La détermination et l'évaluation de la réalisation des objectifs sont formalisées à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement prévu à l'article 5.

Le montant de chaque attribution est exprimé en points entiers.

Dans la limite de la plage d'évolution salariale, ce montant correspond annuellement au minimum à 20 points et au maximum à 50 points.

Ces points sont attribués par le médecin conseil régional sur proposition du supérieur hiérarchique pour les niveaux A et B.

Ils sont attribués par le directeur général de la CNAMTS pour les niveaux C et D.

Tout praticien conseil n'ayant pas bénéficié d'une évolution de sa situation individuelle, pendant cinq ans consécutifs, peut demander à bénéficier d'un examen personnalisé de sa situation, auprès de son supérieur hiérarchique direct, la hiérarchie supérieure devant être tenue informée de sa démarche.

Article 4 : Le parcours professionnel

Pour chaque emploi, un référentiel des activités et des compétences associées est établi.

Le parcours professionnel est défini comme le passage dans un niveau de qualification supérieur.

L'accès aux emplois de médecin conseil national adjoint, médecin conseil régional, médecin conseil régional adjoint s'effectue selon les dispositions réglementaires en vigueur.

L'accès aux emplois du niveau B nécessite l'inscription préalable sur une liste d'aptitude établie chaque année au niveau national, après avis des commissions d'examen des situations individuelles prévues à l'article 30.1-1). L'accès à ces emplois nécessite l'acquisition des compétences associées au référentiel de l'emploi considéré. La validation de ces compétences est réalisée, au niveau de chaque direction régionale du service du contrôle médical, par une commission composée du médecin conseil régional et de son adjoint, des praticiens conseils chefs de service responsables des échelons locaux du contrôle médical et des praticiens conseils chefs de service exerçant des responsabilités de management au niveau régional.

En cas d'accès à un niveau de qualification supérieur, les points d'évolution salariale acquis au titre de la reconnaissance de la contribution professionnelle sont supprimés. Les points d'expérience professionnelle acquis sont maintenus, dans la limite de la plage maximale de points d'expérience correspondant au nouveau niveau de qualification.

Le praticien-conseil concerné bénéficie dès sa prise de fonction, dans la limite de la plage d'évolution salariale de son nouveau niveau de qualification, d'une rémunération supérieure d'au moins 45 points à celle résultant de son ancien coefficient et des points d'évolution salariale acquis.

Cette garantie sera assurée, le cas échéant, par l'attribution de points de contribution professionnelle.

Article 5 : L'entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement

Chaque praticien conseil bénéficie, chaque année, d'un entretien avec son supérieur hiérarchique direct.

Cet entretien a pour finalité, à partir du référentiel de compétences de l'emploi occupé, d'échanger et de faire le point sur les attentes en termes professionnels du praticien conseil et de son responsable hiérarchique.

L'entretien porte notamment sur les aspects suivants :

a) au titre de l'évaluation :

- la façon dont la fonction a été exercée au cours de la période écoulée, en particulier l'investissement personnel et la contribution à la réalisation des objectifs du service ;
- l'évaluation des compétences mises en œuvre par le praticien conseil par rapport à l'emploi occupé et à ses évolutions. Les compétences doivent être appréciées sur la base de faits précis, objectifs, observables et mesurables.
- la fixation d'objectifs pour l'année à venir.

b) au titre de l'accompagnement :

- l'identification éventuelle des compétences professionnelles à développer, et leur formalisation écrite, notamment en précisant les modalités concrètes en termes de moyens à mettre en œuvre ;
- l'établissement éventuel d'un plan personnel de formation ;
- l'expression des souhaits en matière d'évolution de carrière, en termes de mobilité, en fonction des besoins de l'employeur et de ceux du praticien conseil et/ou de parcours professionnel envisagé par le praticien conseil.

L'entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement fait l'objet d'une programmation entre le praticien conseil et son supérieur hiérarchique.

Il donne lieu à l'établissement d'un document écrit, établi par le responsable hiérarchique compétent, et sur lequel le praticien conseil peut porter ses remarques.

Article 6 : Autres éléments de rémunération

6.1 – Gratification annuelle

Une gratification annuelle égale au salaire normal du dernier mois de chaque année est attribuée à tous les praticiens conseils. Elle est payable au plus tard le 31 décembre de l'année en cours.

6.2 – Allocation vacances

A l'occasion des vacances, il est attribué aux praticiens conseils une allocation égale à un mois payable en deux versements, le premier d'une moitié du salaire fixe brut du mois de mai, le second d'une moitié du salaire fixe brut du mois de septembre. En bénéficie tout praticien conseil dont le contrat n'est pas résolu ou suspendu pour le premier versement le 31 mai, pour le second le 30 septembre.

6.3 –Prime de cadres dirigeants

Les praticiens conseils, cadres dirigeants, bénéficient à ce titre d'une prime de 50 points.

Cette prime est due dès la prise de fonction. Son versement est mensuel et suit le régime des autres éléments de rémunération.

Elle cesse d'être attribuée lorsque l'intéressé n'exerce plus sa fonction.

6.4 – La part variable

De caractère non automatique, la part variable a pour objet la reconnaissance de l'atteinte d'objectifs particuliers du service du contrôle médical et/ou d'objectifs individuels.

Peuvent en bénéficier :

- les praticiens conseils exerçant des responsabilités nationales,
- les médecins conseils régionaux,
- les médecins conseils nationaux adjoints.

Les éléments nécessaires à l'attribution éventuelle de la part variable, sont évoqués à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement prévu à l'article 5.

La part variable est fixée par le directeur général de la CNAMTS et peut atteindre jusqu'à l'équivalent :

- d'un mois et demi de la rémunération de base, telle que définie à l'article 3.2 de la présente convention collective, pour les médecins conseils régionaux et les médecins conseils nationaux adjoints.
- d'un mois de la rémunération de base, telle que définie à l'article 3.2 de la présente convention collective, pour les autres fonctions exercées, citées ci-dessus.

Elle est attribuée par le directeur général de la CNAMTS ou son délégataire et est versée en une fois au titre d'une année considérée.

Article 7 : Recrutement

Les praticiens conseils reconnus médicalement aptes sont recrutés, par le directeur général de la CNAMTS, en contrat à durée indéterminée dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, sur des postes déclarés vacants.

Toutefois, ils peuvent être recrutés sous contrat à durée déterminée dans le respect des conditions légales et réglementaires en vigueur.

Le contrat de travail est formalisé par écrit et comporte obligatoirement, quand il est conclu pour une durée indéterminée, une période d'essai de six mois, renouvelable deux fois par période de trois mois, dans la limite de douze mois.

Article 8 : Conditions générales d'exercice de la fonction**8.1– Exercice de l'activité**

Conformément aux articles L 324-1 et suivants du code du travail, il demeure interdit aux praticiens conseils d'occuper un emploi privé rétribué ou d'effectuer à titre privé un travail moyennant rémunération, réserve faite des exclusions prévues à l'article L 324-4 du même code.

Les praticiens conseils s'engagent à exercer leur activité dans le cadre des dispositions légales et réglementaires et sont tenus au secret professionnel prévu par les dispositions législatives en vigueur.

L'employeur prendra toutes dispositions utiles pour que le secret médical soit respecté dans les locaux qu'il met à disposition des praticiens conseils.

Dans le cadre du respect de la réglementation en vigueur, l'indépendance technique des avis médicaux des praticiens conseils est garantie.

Par ailleurs, tout praticien conseil exercera ses fonctions dans le respect de la réglementation applicable au service des prestations.

8.2 – Inscription ordinale

Les praticiens conseils sont régulièrement inscrits au tableau de l'ordre de leur profession.

La cotisation des praticiens conseils à l'ordre de leur profession fait l'objet d'un remboursement intégral par l'employeur.

Article 9 : Délégation temporaire dans un emploi supérieur

Tout praticien conseil appelé à effectuer un remplacement dans un emploi de niveau de qualification supérieur au sien pour une période supérieure à trois mois consécutifs, perçoit à dater de son entrée en fonction, une indemnité égale à la différence entre sa rémunération réelle et celle qu'il obtiendrait s'il avait été définitivement nommé dans sa nouvelle fonction.

La décision de délégation temporaire doit être formalisée par écrit par la hiérarchie.

Article 10 : Protection juridique

La CNAMTS prend en charge les frais du cabinet d'avocat ainsi que les frais afférents à la défense du praticien conseil ou de l'ancien praticien conseil dans le cas où il ferait l'objet de contentieux à l'occasion de faits liés à sa fonction de praticien conseil, excepté lorsqu'il s'agit d'une procédure disciplinaire interne.

Sous-titre II - Le temps de travail**Article 11 : La durée du travail**

Les praticiens conseils bénéficient des dispositions légales et réglementaires sur le temps de travail.

Les modalités d'application, tant en ce qui concerne la durée du travail que l'organisation du temps de travail, sont celles établies au niveau de la CNAMTS pour le corps national des praticiens conseils.

Article 12 : La compensation des fêtes légales intervenant un jour ouvrable habituellement chômé

En compensation des fêtes légales se situant un jour ouvrable habituellement chômé dans les services, il est accordé un jour de congé exceptionnel qui devra être pris le jour ouvré le plus proche précédent ou suivant la fête légale en cause.

Sous-titre III - Mobilité**Article 13 : Les changements d'affectation**

La CNAMTS assure régulièrement la diffusion la plus large des vacances d'emploi de praticiens et centralise les candidatures.

Tout praticien conseil en exercice peut demander son changement d'affectation dans un poste vacant correspondant à son niveau de qualification.

L'employeur procède aux changements d'affectation soit sur la demande des intéressés, soit de manière exceptionnelle, lorsque les circonstances l'exigent et en dehors de toute procédure disciplinaire, par mutation dans l'intérêt du service après entretien avec l'intéressé. Ce dernier peut saisir pour avis la Commission d'examen des situations individuelles compétente, qui pourra demander la révision de la décision prise.

Dans chaque région, le médecin conseil régional peut procéder aux changements d'affectation sur demande des intéressés, après publication des postes vacants au niveau régional.

Article 14 : Les aides à la mobilité

A l'exception de la mutation disciplinaire, tout praticien conseil dont le nouveau lieu d'affectation est distant d'au moins 70 kilomètres de son ancien lieu de travail et qui, de ce fait, change de domicile, bénéficie des mesures suivantes :

- une indemnité forfaitaire de mobilité égale à 3 mois de la rémunération brute normale du nouvel emploi, versée dès la prise de fonction.
- un crédit de 5 jours ouvrés de congés exceptionnels rémunérés. Ce congé qui peut être fractionné est à prendre dans les 2 mois précédant ou suivant la mobilité.
- le remboursement des frais liés à la recherche d'un logement, soit une prise en charge dans le cadre des dispositions conventionnelles en vigueur des frais inhérents au voyage de reconnaissance (transport, hôtel, repas) pour le praticien conseil et son conjoint ou situation assimilée. Le déplacement des enfants à charge pourra être pris en compte lorsque les obligations familiales le justifieront.
- les frais d'agence afférents à la location ou à l'achat de la nouvelle résidence sont pris en charge par l'employeur sur présentation de facture, à concurrence d'un montant maximum de 1 500 euros.
- l'aide de l'employeur dans la recherche d'un logement, notamment dans le cadre de sa politique de contribution à l'effort de construction employeur.
- le remboursement pour le praticien conseil et sa famille (conjoint ou situation assimilée et enfants à charge), lors de son déménagement, des frais de transport sur la base du tarif chemin de fer, 1^{ère} classe ou de la voie aérienne dans la classe la plus économique lorsque le coût du transport est globalement inférieur à celui occasionné par les autres moyens de transport.
- la prise en charge intégrale des frais de déménagement lorsque le praticien conseil présente préalablement au remboursement trois devis à l'employeur, qui lui notifie par écrit son accord sur le devis le plus économique. Le remboursement s'effectue sur présentation d'une facture détaillée et acquittée.
- le remboursement par l'employeur, pendant une période ne pouvant excéder six mois, du montant du loyer, hors charges, de la nouvelle résidence, ainsi que le remboursement des frais de déplacement à raison d'un transport hebdomadaire (hors déplacement « métropole – DOM » et « DOM – métropole »), lorsque, pour des raisons légitimes, le déménagement de la famille est postérieur à celui du praticien conseil.
- l'engagement de faciliter l'insertion professionnelle du conjoint ou situation assimilée dans la région d'accueil.

Dans cette perspective, si le conjoint (ou situation assimilée) est salarié de l'institution, l'employeur étudie, avec le concours des organismes de la région considérée, les possibilités d'un reclassement ; si le conjoint (ou situation assimilée) n'est pas salarié de l'institution, les possibilités d'emploi existant au sein ou à l'extérieur de l'institution, dans la région concernée, sont explorées et il est mis à sa disposition une assistance à la recherche d'un emploi.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux praticiens conseils lors de leur première affectation.

Une fois la mobilité réalisée, les praticiens conseils concernés ne peuvent obtenir une nouvelle application des avantages définis ci-dessus à l'occasion d'une mobilité ultérieure, que s'ils ont occupé leurs nouvelles fonctions pendant au moins 3 ans.

Lorsque le changement d'affectation est décidé par l'employeur dans l'intérêt du service, le praticien conseil concerné bénéficie des mesures ci-dessus, sans condition de distance entre les deux lieux de travail, ni de changement de domicile, ni de délai minimum tel que visé au précédent alinéa.

Sous titre IV - La formation

Les parties signataires s'accordent sur l'importance particulière que revêt la formation des praticiens conseils et s'engagent à tout mettre en œuvre pour garantir son maintien à un niveau élevé.

A ce titre, la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques sont mises en œuvre dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur.

Les parties signataires conviennent de se rencontrer afin de négocier sur ce thème dans les meilleurs délais.

Sous-titre V - Les frais de déplacement

Article 15 – Régime indemnitaire

Les praticiens conseils appelés à se déplacer pour les besoins du service bénéficient du remboursement de leurs frais de transport.

Les avantages accordés ne peuvent en aucun cas s'interpréter comme s'ajoutant aux avantages accordés pour le même objet, seule la situation la plus avantageuse doit être retenue.

Les frais de transport par chemin de fer sont remboursés sur la base du tarif de première classe de la SNCF.

Les praticiens conseils sont autorisés à utiliser la voie aérienne dans la classe la plus économique lorsque le coût du transport est globalement inférieur à celui qui serait occasionné par les autres moyens de transport. Pour effectuer cette comparaison, il convient de prendre en compte non seulement les frais de transport, mais également de séjour, de repas ainsi que les gains de temps de travail réalisés.

L'employeur apprécie l'opportunité de prendre des abonnements lorsque les déplacements sont fréquents.

Les praticiens conseils bénéficiant d'une réduction de tarif doivent utiliser leur carte de réduction pour les déplacements effectués à l'occasion du service.

Des indemnités compensatrices de frais sont allouées pour les déplacements effectués par les praticiens conseils à l'occasion du service.

Les indices de référence servant à la revalorisation de ces indemnités sont les indices INSEE "Service d'hébergement" et "restauration et cafés".

En application de cette base, les montants de ces indemnités s'élèvent à :

- Déplacement obligeant à prendre un repas à l'extérieur 22,09 euros
- Déplacement obligeant à prendre deux repas à l'extérieur..... 44,18 euros
- Déplacement entraînant un découcher..... 44,18 euros

Ces indemnités sont majorées de 25 % pour tout déplacement effectué de la métropole vers les départements d'outre-mer.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, les heures d'absence suivantes sont prises en considération :

- entre 11 heures et 14 heures pour le repas de midi ;
- entre 18 heures et 21 heures pour le repas du soir ;
- entre 0 heure et 5 heures pour le découcher.

Les débours des praticiens conseils, supérieurs à l'indemnité forfaitaire de découcher ci-dessus prévue, pourront faire l'objet d'un remboursement, dans la limite de 73,13 euros. Ce montant est revalorisé au 1er janvier de chaque année en fonction du taux d'évolution annuelle constaté de l'indice Insee "Hôtellerie y compris pension", ou de tout indice qui viendrait à s'y substituer, publié au bulletin mensuel de statistique.

Dans ce cas, les pièces justificatives seront présentées, par le praticien conseil, à l'ordonnateur de la dépense qui appréciera l'opportunité de dépasser le remboursement forfaitaire.

L'Ucanss notifie dès la publication de l'indice Insee de référence de décembre, les nouveaux montants revalorisés.

Les remboursements et indemnités prévus aux alinéas précédents sont alloués aux praticiens conseils, convoqués à un entretien à la suite d'un appel de candidatures.

Ces remboursements et indemnités sont à la charge de l'échelon ou service d'affectation.

Les praticiens conseils autorisés à faire usage, pour les besoins du service, d'un véhicule automobile leur appartenant, obtiennent une indemnité dont les taux sont fixés conformément au tableau suivant par kilomètre parcouru dans le cadre de l'année civile.

Le nombre de kilomètres parcourus est déterminé au regard du lieu habituel d'exercice de la fonction, qui tient lieu de résidence administrative.

Les indices de référence servant à la revalorisation de ces indemnités kilométriques sont les indices INSEE "carburants" et "entretien de véhicules personnels".

En application de cette base, les montants des indemnités kilométriques sont fixés à :

NOMBRE DE KILOMETRES PARCOURUS DANS L'ANNEE CIVILE	VEHICULE AUTOMOBILE DE 5 CV FISCAUX ET MOINS	VEHICULE AUTOMOBILE DE 6 ET 7 CV FISCAUX	VEHICULE AUTOMOBILE DE 8 CV FISCAUX ET PLUS
Jusqu'à 10 000 km	0,40 euro/km	0,49 euro/km	0,56 euro/km
Au-delà de 10 000 km	0,30 euro/km	0,41 euro/km	0,43 euro/km

L'Ucanss notifie dès la publication de l'indice Insee de référence de décembre, les nouveaux montants revalorisés.

Sont également remboursés les éventuels frais de stationnement ou de péage supportés pour l'exécution du service.

La justification des frais ainsi engagés est contrôlée par l'ordonnateur de la dépense.

Les praticiens conseils autorisés à faire usage de leur véhicule pour l'exécution du service et dont les fonctions nécessitent habituellement des déplacements, bénéficient d'une indemnité compensatrice correspondant aux garanties concernant l'intégralité des dommages matériels de leur véhicule, quel que soit l'usage au titre duquel l'assurance a été souscrite.

En ce qui concerne les autres garanties couvertes par l'assurance (responsabilité civile, défense recours, dommages corporels...), le surcoût occasionné par l'usage "affaires" du véhicule fera l'objet d'un remboursement.

Sous titre VI - Régime de retraite complémentaire et de prévoyance

Article 16 : Arrco et Agirc

Les praticiens conseils couverts par la présente convention sont affiliés à l'Arrco et l'Agirc.

Article 17 : Prévoyance

Les praticiens conseils sont affiliés à la Capssa.

Les parties signataires conviennent de se rencontrer avant la fin de l'année 2007 afin d'ouvrir une négociation relative à l'instauration d'un régime de complémentaire santé.

Titre III – Les congés et périodes de suspension du contrat

Article 18 : Congés annuels

18.1 – Le congé principal

Il est accordé aux praticiens conseils des congés annuels dans les conditions qui suivent :

- moins d'un an de présence dans l'institution : 2,5 jours ouvrables par mois de présence, le résultat obtenu étant arrondi au nombre entier immédiatement supérieur.
- plus d'un an de présence dans l'institution :

Nombre de mois de présence	Nombre de jours ouvrés de congés
1	3
2	5
3	7
4	9
5	11,5
6	13,5
7	16
8	18
9	20,5
10	22,5
11	25
12	27

La période normale des congés annuels est fixée, en principe, du 1er mai au 30 septembre. Toutefois, le praticien conseil a la possibilité de prendre son congé à toute autre époque et au plus tard jusqu'au 30 avril de l'année suivante.

Les absences pour maladie ou cure thermale constatées par certificat médical, accident du travail, maternité à plein traitement, longue maladie, sont, lorsqu'elles comportent le maintien du salaire, assimilées à un temps de travail et ne peuvent, par conséquent, entraîner la réduction du congé annuel.

Toutefois, le droit aux congés annuels n'est pas ouvert dans une année déterminée par les absences pour maladie ou longue maladie même rémunérées, ayant motivé une interruption de travail égale ou supérieure à 12 mois consécutifs.

Il est ouvert à nouveau à la date de la reprise du travail, la durée du congé étant établie proportionnellement au temps de travail effectif n'ayant pas encore donné lieu à l'attribution d'un congé annuel.

Le temps de présence est évalué au 1^{er} juin de l'année.

18.2 – Les congés supplémentaires

Dans la mesure où le praticien conseil bénéficie d'un congé principal, il lui est accordé dès lors que les conditions sont remplies au 1^{er} juin, les congés supplémentaires suivants :

- un demi-jour ouvré par tranche de cinq ans d'ancienneté.

L'ancienneté, au sens de la présente convention collective, s'entend des périodes d'activité, ainsi que de celles qui leurs sont assimilées en application d'une disposition d'origine légale ou réglementaire. Sont également considérées comme temps de présence, les périodes d'absence visées par l'article 3.3.1 du présent texte, quand elles emportent le maintien total ou partiel de la rémunération.

L'ancienneté est décomptée du jour de l'entrée dans l'institution. En cas de rupture du contrat suivi d'une nouvelle embauche, les périodes de travail ou assimilées s'ajoutent pour le calcul de l'ancienneté.

- 2 jours ouvrés par enfant à charge de moins de 15 ans.

- 8 jours ouvrés de congés supplémentaires pour le praticien conseil ayant la qualité de cadre dirigeant.

- en cas de fractionnement des congés annuels et dans la limite de la durée du congé principal, toute fraction de congés prise en dehors de la période du 1^{er} mai au 30 septembre de chaque année entraîne l'attribution d'un congé supplémentaire de 2 jours ouvrés lorsque cette fraction est au moins égale à 5 jours ouvrés, de 1 jour ouvré lorsque cette fraction est de 2, 3 ou 4 jours ouvrés.

En outre, lorsque les congés annuels seront attribués par nécessité de service en dehors de la période du 1^{er} mai au 30 septembre, la durée de ces congés sera obligatoirement augmentée de 3 jours ouvrés.

Article 19 : Congés de courte durée et congés enfants malades

19.1 – Congés évènements familiaux

En dehors des congés annuels et des congés légaux et sur justification des circonstances particulières, tout praticien conseil bénéficie de congés de courte durée.

Ces congés ne donnent lieu ni à retenue sur les salaires, ni à imputation sur les congés annuels.

Ils sont fixés comme suit, en ce qui concerne certains évènements familiaux intervenant un jour ouvré :

MARIAGE - du praticien conseil - d'un enfant, père/mère, frère/soeur, oncle/tante, beau-frère/belle-soeur	6 jours ouvrables 1 jour
DEMEMAGEMENT MOBILIER	1 jour
DECES - du conjoint ou assimilé ou d'un enfant - des ascendants, descendants, frères, soeurs, suivant que les obsèques ont lieu dans un périmètre de 100 Kms ou au-delà - des oncles/tantes, beaux-frères/belles-soeurs, beaux parents	3 jours ouvrables 1 à 2 jours 1 jour

19.2 – Congés enfant malade

Le praticien conseil qui doit interrompre son travail pour donner des soins à un enfant malade dont il a la charge effective et permanente au sens des prestations familiales est autorisé, sur justification médicale à s'absenter dans la limite d'un crédit de 6 jours ouvrés payés par an, jusqu'au 16^{ème} anniversaire de l'enfant et d'un crédit de 12 jours ouvrés payés par an lorsque l'enfant malade est âgé de moins de 11 ans.

Ce crédit annuel s'apprécie par année civile et ce quel que soit le nombre d'enfants à charge.

Bénéficiera également, pour le même objet d'un crédit de 12 jours ouvrés, le praticien conseil dont l'enfant à charge est reconnu handicapé par la législation sociale en vigueur, quel que soit son âge, et vivant au foyer de façon permanente.

Lorsque le conjoint est salarié, une attestation de son employeur devra être fournie pour justifier qu'il ne bénéficie pas d'un congé au titre de la même période d'absence.

Exceptionnellement, ces autorisations d'absence pourront être accordées au praticien conseil dont le conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle lorsque celui-ci se trouve dans l'incapacité justifiée de donner les soins à l'enfant malade.

Le nombre de salariés bénéficiaires ne peut avoir pour effet de mettre à la charge de l'institution, pour un même foyer conjugal, un dépassement du crédit prévu aux alinéas précédents.

Les congés enfants malades sont assimilées à de la présence effective pour le calcul des congés payés.

19.3 – Autorisation d'absence pour faire face à des obligations ou circonstances familiales

Pour permettre de faire face, en particulier, à certaines obligations ou circonstances familiales, chaque praticien conseil peut disposer, en tenant compte des nécessités du service, d'un jour de congé supplémentaire par année civile, à prendre en dehors de la période des congés annuels, et non juxtaposé à une fête légale ou à un jour chômé payé, dimanche exclu.

19.4 – Autorisation d'absence accordée au praticien conseil siégeant comme juré dans une cour d'assises

Le praticien conseil appelé à siéger comme juré au niveau d'une cour d'assises, bénéficie du maintien intégral de sa rémunération.

Le salaire est maintenu sous déduction du montant de l'indemnité de session allouée par le ministère de la justice.

Article 20 : Absences pour maladie

En cas de maladie entraînant un arrêt de travail, le praticien conseil comptant au moins 6 mois de présence est rémunéré :

- à salaire entier pendant 3 mois à dater de la première indisponibilité, s'il compte moins d'un an de présence à la date du premier arrêt de travail.
- à salaire entier pendant 6 mois et à demi-salaire pendant 3 mois s'il a au moins un an de présence.

En cas de reprise à mi-temps sur prescription médicale, les praticiens conseils visés au premier alinéa reçoivent leur salaire entier dans la limite des périodes de 3 mois ou de 6 mois prévues ci-dessus.

A l'expiration de ces périodes, le droit au paiement du salaire, en cas de maladie, est renouvelé lorsque le praticien conseil a repris son travail en une ou plusieurs fois :

- pendant 6 mois, pour bénéficier du paiement du salaire entier pendant 3 mois ;
- pendant un an, pour bénéficier du paiement du salaire entier pendant 6 mois et du paiement de la moitié du salaire pendant 3 mois.

Pour l'appréciation des périodes de reprise de travail prévues ci-dessus, les périodes de travail à mi-temps accomplies dans les conditions posées par le présent article comptent pour leur durée effective.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le praticien conseil bénéficie du maintien total de salaire pendant toute la durée de son incapacité temporaire.

Le praticien conseil atteint d'une affection de longue durée a droit à son salaire entier en cas d'interruption de travail au maximum pendant le délai prévu par l'article R 323-1 du Code de la Sécurité sociale, à la condition de respecter les obligations imposées par l'article L 324-1 dudit Code et de se soumettre aux contrôles médicaux prévus.

Dans le cadre du présent article, le praticien conseil s'absentant pour maladie est tenu de justifier celle-ci en faisant parvenir dans le délai de 48 heures à sa Direction un certificat médical prescrivant le repos. Le praticien conseil est astreint à se plier aux contrôles médicaux effectués à la demande de l'employeur.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus visées, le salaire sera supprimé.

Article 21 : Congé maternité

Pendant la durée du congé légal de maternité, le salaire du praticien conseil ayant 6 mois de présence est maintenu sans se cumuler avec les indemnités journalières dues.

Ce congé n'entre pas en compte pour le droit aux congés de maladie et ne peut entraîner aucune réduction de la durée des congés annuels.

A l'expiration de ce congé, le praticien conseil qui élève elle-même son enfant a droit à un congé de trois mois à demi traitement ou à un congé d'un mois et demi à plein traitement, à l'issue duquel elle est réintégrée de plein droit dans son poste.

Toutefois, quand elle assume seule la charge effective de l'enfant ou quand son conjoint (ou situation assimilée) se trouve privé de ses ressources habituelles (invalidité, maladie de longue durée....) elle bénéficie d'un congé de trois mois à plein salaire.

Article 22 : Congé pour adoption

Le praticien conseil ayant 6 mois de présence bénéficie, à l'occasion d'une adoption et pendant la durée du congé légal d'adoption, du maintien de salaire qui ne peut se cumuler avec les indemnités journalières dues au praticien conseil en tant qu'assuré social.

Ce congé n'entre pas en compte pour le droit aux congés de maladie et ne peut entraîner aucune réduction de la durée des congés annuels.

A l'issue de ce congé, le praticien conseil a droit à un congé de 3 mois à demi traitement ou de un mois et demi à plein traitement au terme duquel il est réintégré de plein droit dans son poste.

Toutefois, lorsque le praticien conseil assume seul la charge effective de l'enfant ou si son conjoint (ou situation assimilée) se trouve privé de ses ressources habituelles (invalidité, maladie de longue durée....), il bénéficie d'un congé de trois mois à plein salaire.

Article 23 : Congé de paternité

Pendant la durée du congé légal de paternité, le salaire est maintenu aux praticiens conseils comptant 6 mois de présence.

Il ne peut se cumuler avec les indemnités journalières dues au praticien conseil en tant qu'assuré social.

Ce congé n'entre pas en compte pour le droit aux congés de maladie. Il ne peut entraîner aucune réduction de la durée des congés annuels.

Article 24 : Périodes militaires

Le praticien conseil ayant cessé temporairement ses fonctions pour satisfaire à ses obligations militaires bénéficie du maintien de sa rémunération, sous déduction des sommes perçues au titre militaire, et est, dès sa libération, réintégré de plein droit dans son poste.

Article 25 : Congé sans solde

Tout praticien conseil peut demander un congé sans solde pour une durée d'un an au plus.

Ce congé peut être accordé, compte tenu des nécessités du service, par décision du directeur général de la CNAMTS.

Le congé peut, éventuellement, être renouvelé une fois pour une nouvelle durée maximale d'un an.

Les dispositions conventionnelles ne sont pas applicables pendant ce congé à l'exception de celles particulières du régime de prévoyance.

A l'expiration du congé, le praticien est réintégré de plein droit dans sa circonscription régionale.

Article 26 : Condition du maintien de salaire en cas d'arrêt de travail entraînant versement d'indemnités journalières

Le maintien du salaire ne peut se cumuler avec les indemnités journalières dues en tant qu'assuré social.

Lorsqu'un praticien conseil perçoit son salaire pendant un arrêt de travail, il ne peut percevoir un total de rémunération supérieur à celui qu'il aurait reçu s'il avait travaillé effectivement.

A cet effet, une retenue est effectuée de façon à ramener la rémunération totale à ce qu'elle aurait été pour une période de travail correspondante. Le montant de cette retenue est reversé pour moitié à l'institution de prévoyance et pour moitié au Comité régional de gestion des œuvres sociales et culturelles.

Titre IV- Le détachement**Article 27 : Détachement**

Un praticien conseil peut demander à être détaché auprès d'un autre organisme de sécurité sociale, auprès d'un organisme public ou privé à but non lucratif.

Le détachement peut être accordé par le directeur général de la CNAMTS. Le détachement ne peut être accordé pour une durée supérieure à cinq ans; il peut être renouvelé par périodes de cinq ans au maximum.

A l'expiration du détachement, le praticien conseil qui le demande est réintégré à un poste correspondant à sa qualification.

La demande de réintégration ou de prolongation doit être adressée à la CNAMTS 6 mois au moins avant la fin de la période de détachement.

Les périodes de détachement sont prises en compte pour le calcul de l'expérience professionnelle.

Article 28 : Mise à disposition

Tout praticien conseil peut, avec son accord, être mis à disposition d'un autre organisme de sécurité sociale ou d'un organisme public.

Les modalités de cette mise à disposition font l'objet d'une convention conclue entre la CNAMTS, l'organisme concerné et le praticien conseil.

Pendant toute la durée de la mise à disposition le praticien conseil relève de la présente convention.

A l'expiration de la période de mise à disposition le praticien conseil est réintégré de plein droit dans son lieu d'affectation.

Titre V - La représentation du personnel**Article 29 : Droit syndical****29.1 - Droit syndical et libertés individuelles**

La liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté d'adhérer à tout syndicat professionnel ainsi que l'exercice du droit syndical sont des droits fondamentaux reconnus aux praticiens conseils.

Il est interdit de prendre en considération l'appartenance à un syndicat ou l'exercice d'une activité syndicale pour décider notamment d'un recrutement, d'une évolution de carrière, de la rémunération, de la formation, de la mobilité.

Aucun praticien conseil ne peut être sanctionné ou licencié en raison de l'exercice du droit de grève.

29.2 - Participation aux instances conventionnelles et aux réunions de négociation nationale

Le praticien conseil désigné par une organisation syndicale, pour la représenter lors de la réunion d'une instance prévue par la présente convention collective, ou lors d'une réunion de négociation nationale, bénéficie d'une autorisation d'absence correspondant à la durée de cette réunion, ainsi qu'au temps de trajet nécessaire pour y participer.

Le temps passé en réunion, ainsi que le temps de trajet, sont de plein droit considérés comme temps de travail.

En conséquence, ils ne sauraient entraîner aucune diminution de la rémunération, et sont assimilés à un temps de présence pour le calcul des droits à congés payés, de l'expérience professionnelle, ainsi que de tous les droits que le praticien conseil tient du fait de sa présence dans l'institution.

Les frais de déplacement engagés à l'occasion de la participation à ces réunions sont pris en charge par l'employeur, le remboursement intervenant dans les conditions posées par l'article 15 de la présente convention collective.

29.3 - Exercice des mandats syndicaux

Les facilités nécessaires sont accordées aux représentants syndicaux pour l'exercice de leur mandat.

Les parties signataires conviennent de se rencontrer dans les meilleurs délais pour négocier sur le thème des conditions d'amélioration du dialogue social.

En l'attente, le mandat syndical s'exerce dans les mêmes conditions qu'avant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Article 30 : Instances représentatives

30.1 – Au plan national

1) Les Commissions d'examen des situations individuelles

Il est institué au sein du service national du contrôle médical deux Commissions nationales d'examen des situations individuelles comprenant chacune huit membres titulaires et huit membres suppléants :

- une commission pour les praticiens conseils du niveau de qualification A
- une commission pour les praticiens conseils des niveaux de qualification B, C et D.

Les membres titulaires représentant la CNAMTS comprennent obligatoirement le directeur général de la CNAMTS et le médecin conseil national ; deux autres membres titulaires sont désignés par le directeur général de la CNAMTS ainsi que les membres suppléants.

Les membres suppléants et titulaires représentant les praticiens conseils sont élus au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne dans les conditions prévues pour l'élection des délégués du personnel, les élections étant organisées par la CNAMTS.

Les premières élections de ces commissions interviendront une fois révolue la première année de mise en œuvre de la présente convention.

Chaque organisation syndicale représentative n'ayant pas d'élu peut désigner un praticien conseil appartenant au niveau de qualification concerné pour siéger aux Commissions d'examen des situations individuelles, sans voix délibérative.

Les commissions sont présidées par le directeur général de la CNAMTS ou son représentant.

Les praticiens conseils, membres des Commissions nationales d'examen des situations individuelles, bénéficient des mêmes droits que les délégués du personnel pour exercer leur mandat.

Le mandat des membres des Commissions nationales d'examen des situations individuelles a une durée de quatre ans ; il peut être renouvelé.

Les commissions établissent leur règlement intérieur et se réunissent sur convocation de leur président.

Les Commissions d'examen des situations individuelles sont saisies de toutes questions d'ordre individuel concernant les praticiens conseils et donnent leur avis sur les dossiers qui leur sont soumis.

2) Le Comité national de concertation

Un Comité national de concertation du service national du contrôle médical est placé auprès du directeur général de la CNAMTS.

Il comporte 24 membres et est présidé par le directeur général de la CNAMTS qui nomme les représentants de la CNAMTS.

Les représentants des praticiens conseils sont désignés par les organisations syndicales proportionnellement aux voix obtenues aux élections aux Commissions d'examen des situations individuelles, chaque syndicat représentatif ayant au moins un représentant.

Le Comité national de concertation établit son règlement intérieur et se réunit sur convocation de son président, au moins 4 fois par an.

Ce Comité est consulté par le directeur général de la CNAMTS des projets de décision ou de directives relatives à l'organisation et aux règles de fonctionnement du service du contrôle médical.

Il peut également être saisi à la demande de quatre au moins de ses membres de toute question relevant de sa compétence.

30.2 – Au plan régional

1) Le Comité régional de concertation

Un Comité régional de concertation, présidé par le médecin conseil régional du service du contrôle médical, est mis en place au niveau de chaque échelon régional du service médical. Il comporte des représentants des praticiens conseils désignés selon les mêmes modalités que celles appliquées aux membres des Commissions nationales d'examen des situations individuelles et un représentant de chaque syndicat représentatif.

Le mandat des membres du Comité régional de concertation a une durée de quatre ans; il peut être renouvelé.

2) Le Comité régional de gestion des œuvres sociales et culturelles

La gestion des œuvres sociales et culturelles peut être réalisée, au niveau de chaque échelon régional du service médical, dans le cadre d'une association déclarée, régie par la loi du 1er juillet 1901, présidée par le médecin conseil régional du service du contrôle médical.

Chaque association perçoit, de la part de la CNAMTS, une dotation budgétaire annuelle.

Titre VI – Discipline

Article 31 : Principes

Toute faute commise par un praticien conseil dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire, à l'exclusion de toute amende ou autre sanction pécuniaire.

Les sanctions disciplinaires susceptibles d'être appliquées aux praticiens conseils sont les suivantes :

- l'avertissement ;
- le blâme ;
- la mutation d'office ;
- la rétrogradation ;
- le licenciement.

Les sanctions sont prises par le directeur général de la CNAMTS saisi éventuellement par le médecin conseil régional concerné, après avoir entendu l'intéressé.

L'avertissement et le blâme sont prononcés conformément à l'alinéa précédent sans consultation du conseil de discipline national des praticiens conseils.

Article 32 : Conseil de discipline national

Les sanctions autres que l'avertissement et le blâme, ne peuvent être prononcées qu'après consultation du conseil de discipline national des praticiens conseils, convoqué à la demande de l'employeur, qui doit se prononcer dans le délai d'un mois après réception de la demande. Le conseil est composé de 11 membres dont cinq représentants de la CNAMTS désignés par le directeur général de la CNAMTS, et cinq praticiens conseils, désignés par les organisations syndicales représentatives ayant été appelées à négocier la présente convention.

Le conseil de discipline national est présidé par une personne qualifiée et indépendante choisie d'un commun accord entre l'Ucanss, la CNAMTS et les organisations syndicales représentatives visées ci-dessus.

Le conseil de discipline national se tient à l'Ucanss qui en assure le secrétariat.

Les frais occasionnés par la tenue d'un conseil de discipline national sont à la charge de la CNAMTS, y compris les frais de déplacement.

Article 33 : Procédure devant le conseil de discipline national des praticiens conseils

Le praticien conseil qui comparaît devant le conseil de discipline national des praticiens conseils peut être accompagné d'une personne de son choix.

Il pourra, ainsi que son défenseur, prendre connaissance de son dossier quinze jours francs avant la réunion.

Le conseil de discipline devra formuler et motiver son avis par écrit.

Le secrétariat transmet l'avis du conseil de discipline national à l'employeur et au praticien conseil concerné par lettre recommandée.

Lors de la notification de sa décision, le directeur général de la CNAMTS rappelle l'avis rendu par le conseil de discipline national.

Titre VII - La rupture du contrat de travail

Article 34 : Préavis

A l'exception de la période d'essai, il pourra être mis fin au contrat de travail dans les conditions fixées à cet effet par la loi, sous réserve de respecter, sauf cas de faute grave ou lourde, un délai de préavis fixé à :

- 6 mois pour un licenciement
- 3 mois pour une démission

Article 35 : Indemnité de licenciement

En cas de licenciement avec droits aux indemnités, tout praticien conseil perçoit une indemnité égale au montant du dernier traitement mensuel par année d'ancienneté dans l'institution avec un maximum de dix huit mois.

Article 36 : Indemnisation du chômage

Les praticiens conseils privés involontairement d'emploi, sont indemnisés par la CNAMTS selon des modalités analogues à celles des employeurs relevant de l'Unedic.

Article 37 : Indemnité de départ en retraite

Le départ à la retraite se fera conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Les praticiens conseils recevront, à titre d'indemnité de départ à la retraite, une somme égale à trois mois de salaire calculée sur leur dernier traitement mensuel, selon la formule suivante :

dernière rémunération mensuelle x nombre de mois de la structure salariale annuelle en vigueur
4

Titre VIII – Dispositions spécifiques aux praticiens conseils originaires d'outre-mer ou exerçant leurs fonctions dans un Dom

Article 38 : Indemnités spécifiques

Une indemnité de séjour est attribuée aux praticiens conseils affectés dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion et de la Guyane. Cette indemnité est égale à 12% du salaire brut.

Dans les départements d'outre-mer où les prix des logements sont particulièrement élevés, une indemnité de logement est accordée en sus du salaire.

Le calcul de cette indemnité suit les modalités de calcul arrêtées par la CGSS pour l'indemnité de logement due à ses agents. L'indemnité ne peut pas excéder 13 % du salaire annuel. En aucun cas, cette indemnité ne doit couvrir en totalité les dépenses correspondantes.

Article 39 : Congés

a) Il peut être accordé chaque année un délai de route de 2 jours aux praticiens conseils originaires des départements d'Outre-mer et affectés en métropole.

Ce délai de route est attribué à l'occasion de la prise de congé annuel, lorsque celui-ci se déroule dans leur lieu d'origine à condition qu'il soit situé à plus de 5 000 kms du lieu où travaille le praticien conseil.

b) Les praticiens conseils en fonction dans un organisme des départements d'outre-mer ont droit aux congés annuels prévus à l'article 18 de la convention collective.

Compte tenu des nécessités du service, les praticiens conseils exerçant dans les départements d'outre-mer, originaires de ces départements, ont toutefois la possibilité de cumuler leurs congés annuels dans la limite de quinze jours par an pendant deux ans, afin de bénéficier la troisième année de deux mois de congé en métropole.

c) Les praticiens conseils dont le domicile, avant leur affectation dans un département d'outre-mer, était distant de plus de 2 000 kilomètres du lieu de leurs nouvelles fonctions, ont le choix entre :

- un congé de quatre mois, délais de route non compris ; le congé est de six mois pour les praticiens conseils affectés en Guyane; pour obtenir ce congé, les intéressés doivent avoir renoncé à leurs congés annuels pendant deux années consécutives, ou
- un congé de six semaines, délais de route compris, accordé chaque année.

Ce congé est passé au lieu du précédent domicile. Toutefois, les intéressés peuvent demander à le passer dans un autre pays, à condition que la durée totale de l'absence, voyage compris et le montant des frais, traitement compris, n'excèdent pas ceux qu'aurait entraîné un congé passé sur le lieu du précédent domicile.

Article 40 : Voyage

1) Les praticiens conseils exerçant leur activité dans les départements d'outre-mer ont droit au remboursement du voyage sur la base du prix du voyage aérien correspondant à la classe la plus économique pour eux, leur conjoint (ou situation assimilée) et leurs enfants à charge, dans les cas suivants :

- lors de l'affectation ;
- lors d'un congé prévu à l'article 39-c) ci-dessus ;
- lors d'un rapatriement pour raison de santé ;
- lors d'une mutation;

- en cas de rupture du contrat du fait de la CNAMTS ou de mise à la retraite ;
- en cas de rupture du contrat du fait de l'intéressé, dès l'instant que celui-ci a accompli un séjour d'au moins trois ans outre-mer.

Le fait pour un agent d'avoir précédé son conjoint (ou situation assimilée) et ses enfants à charge dans son nouveau lieu de résidence ne lui enlève pas le droit au paiement de leurs frais de voyage.

2) Le praticien conseil originaire d'un département d'outre-mer et affecté en métropole, bénéficie, après 6 mois de présence, d'une participation aux frais de transport engagés à l'occasion de ses congés payés annuels pris dans son département d'origine, dans les conditions qui suivent.

Il peut opter pour l'une des deux solutions suivantes qui concernent ses frais de transport, ceux de son conjoint (ou situation assimilée), et ceux de ses enfants à charge au sens de la législation sociale, lorsqu'ils voyagent en même temps que lui :

- soit tous les 4 ans : le remboursement du prix du billet d'avion au tarif le moins coûteux ;
- soit tous les ans : la prise en charge à 30 % du voyage sur la base du tarif défini comme ci-dessus.

Pour bénéficier de cette indemnisation, les intéressés devront justifier du paiement du billet et de l'accomplissement du voyage aller et retour.

Lorsque le conjoint (ou situation assimilée) travaille, une attestation de son employeur est exigée avant le départ pour justifier qu'il ne bénéficie pas d'avantages identiques ou n'est pas susceptible d'en bénéficier au titre de la même période de référence.

3) Les praticiens conseils affectés dans les départements d'outre-mer, lorsqu'ils sont amenés à se déplacer pour des motifs professionnels, sont autorisés à obtenir le remboursement du voyage sur la base du prix du voyage aérien correspondant à la classe immédiatement supérieure à la classe la plus économique, dès lors que la mission est d'une durée inférieure ou égale à une semaine, délais de vol compris.

Article 41 : Aide particulière à la mobilité

Les praticiens conseils en poste en métropole affectés dans l'un des départements d'outre-mer, ou inversement, reçoivent une indemnité de départ et une indemnité d'installation majorées, le cas échéant, au titre du conjoint (ou situation assimilée) et des enfants à charge.

L'indemnité de départ et l'indemnité d'installation sont calculées sur la base du montant annuel du salaire, non compris les indemnités spécifiques prévues à l'article 38.

Elles sont dues quelle que soit la distance qui sépare l'ancien domicile du nouveau lieu de résidence. Toutefois, pour l'application du présent article, les départements de la Guadeloupe et de la Martinique sont considérés comme formant un groupe à l'intérieur duquel aucun déplacement ne peut ouvrir droit à l'indemnité de départ et d'installation.

La notion d'enfant à charge visée au présent article s'entend des enfants de moins de 20 ans, sans activité professionnelle ou en apprentissage, des enfants de moins de 25 ans poursuivant leur formation professionnelle ou leurs études et des enfants qui, sans limite d'âge, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail par suite d'infirmité ou de maladie incurable.

41.1 – Indemnité de départ

L'indemnité de départ est égale à 2/12 du salaire annuel correspondant à l'emploi occupé avant le départ. Elle doit être payée au plus tard un mois avant la prise de fonction.

Elle est majorée de 1/12 du salaire annuel pour le conjoint (ou situation assimilée) et de 1/24 du même salaire par enfant à charge.

41.2 – Indemnité d'installation

L'indemnité d'installation est égale à 10/12 du salaire annuel correspondant au nouveau poste.

Elle est payable par fractions dans les conditions suivantes :

- 3/12 lors de l'installation dans le nouveau poste
- 3/12 après deux ans de présence dans le nouveau poste ;
- 4/12 après trois ans de présence dans le nouveau poste.

Chacune des fractions de l'indemnité d'installation est majorée de 1/12 du salaire annuel pour le conjoint (ou situation assimilée) et de 1/24 du même salaire par enfant à charge, les majorations étant versées en même temps que la fraction d'indemnité.

Au cas où un praticien quitterait le département de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, de la Guyane ou inversement la métropole, avant l'expiration d'une période de deux ans, il perdrait le droit aux fractions de l'indemnité d'installation non échues, ainsi qu'aux majorations qui y sont attachées

Si, avant le délai de deux ans ci-dessus visé, un praticien conseil venait à être rétrogradé ou obtenait au contraire un avancement, le montant des fractions de l'indemnité d'installation non échues resterait inchangé.

Titre IX - Dispositions transitoires

Article 42 : Opérations de transposition

Les opérations de transposition pour ceux des praticiens conseils en place à la date d'entrée en application de l'accord s'établissent comme suit :

- traduction en points de la rémunération du praticien conseil (coefficient majoré de l'avancement) [X].

- attribution du coefficient de qualification correspondant au niveau de qualification du praticien conseil [Y]

- les praticiens conseils, échelle 108 et 113, sont reclassés au niveau A
- les praticiens conseils chefs de service sont reclassés au niveau B

64

- les médecins conseils régionaux adjoints et les praticiens conseils chefs de service responsables d'une mission d'intérêt national sont reclassés au niveau C
- les médecins conseils régionaux et les médecins conseils nationaux adjoints sont reclassés au niveau D

- détermination du nombre [Z] de points d'expérience professionnelle acquis, selon les modalités suivantes : attribution de 30 points d'expérience pour chaque échelon d'avancement acquis au jour de la transposition, dans la limite maximale du nombre de points d'expérience du niveau de qualification, telle que visée à l'article 3.3.1 ci-dessus.

La période de cinq ans d'exercice médical permettant l'attribution de nouveaux points d'expérience, est décomptée, pour les praticiens conseils visés par le présent article, à compter de la date d'attribution du dernier échelon d'avancement acquis au jour de la transposition et, à défaut, à la date de leur embauche dans l'institution.

- si [X] est supérieur à [Y + Z], le différentiel constaté est affecté sur la plage d'évolution salariale par attribution du nombre de points de contribution professionnelle correspondant.

En tout état de cause, à l'issue des opérations de transposition, tout praticien conseil bénéficie a minima, d'une augmentation de sa rémunération [X] équivalente à la valeur de 35 points, majorés de l'avancement acquis à cette date, le complément éventuel étant fourni par l'attribution de points de contribution professionnelle.

Chaque praticien conseil se voit notifier le résultat des opérations de transposition.

Les praticiens conseils visés par les opérations de transposition percevront une somme, une fois donnée, égale à la valeur de 35 points majorés de l'avancement, attribués du 1^{er} juillet 2005 au dernier jour du mois précédant la mise en œuvre de la convention collective des praticiens conseils, montant proratisé en fonction de la durée du travail et du temps de présence (présence effective ou absence avec maintien de rémunération) durant la période ci-dessus. Les 2/3 de cette somme seront versés avec la rémunération du mois de mise en œuvre de ladite convention, et le tiers restant en janvier 2007.

Titre X - Dispositions diverses

Article 43 : Durée

Le présent accord constitue une convention collective nationale de travail des praticiens conseils du régime général, à durée indéterminée.

Il s'applique sous réserve de l'agrément prévu à l'article L 123-2-1 du code de la sécurité sociale et ne vaut en aucun cas engagement unilatéral de l'employeur.

Article 44 : Modalités de dénonciation, révision

Le présent accord pourra être révisé et dénoncé dans les conditions légales.

Article 45 : Droit de saisine des organisations syndicales

L'Ucanss s'engage à répondre à toute demande écrite de négociation sur un thème émanant d'une organisation syndicale représentative.

Article 46 : Commission paritaire nationale d'interprétation

En vue de veiller à une exacte application de la convention collective nationale des praticiens conseils, il est institué une commission paritaire nationale d'interprétation.

La commission paritaire nationale d'interprétation se réunit à la diligence de l'Ucanss sur la demande des parties en cause ou d'une organisation syndicale ayant négocié la présente convention, par lettre recommandée.

La commission paritaire nationale d'interprétation se tient à l'Ucanss qui en assure le secrétariat.

Elle est composée pour la partie représentant l'employeur du directeur de l'Ucanss ou son représentant et de trois représentants de la CNAMTS et de représentants des organisations syndicales ayant été appelées à négocier la présente convention.

Chaque partie disposera du même nombre de voix indépendamment du nombre de représentants présents.

Elle se prononce sur l'interprétation à retenir dans un avis motivé dont un exemplaire est adressé dans le mois suivant la date à laquelle il a été pris aux parties en cause et à l'ensemble des parties signataires.

La commission paritaire nationale statue dans un délai maximum de deux mois.

Les frais de déplacements des représentants des organisations syndicales sont à la charge de l'Ucanss dans les conditions visées à l'article 15 du présent accord.

Article 47 : Instance nationale de suivi

Il est institué au niveau de l'Ucanss une instance de suivi composée, d'une part, du directeur de l'Ucanss ou de son représentant et d'un représentant de la CNAMTS et, d'autre part, de dix représentants au total pour les organisations syndicales nationales affiliées à chacune des cinq confédérations représentatives au plan national.

L'instance nationale de suivi est chargée d'examiner tous les ans le bilan d'application de la présente convention.

A cette fin, elle reçoit communication 15 jours avant la date de la réunion de tous les éléments d'information tant quantitatifs que qualitatifs relatifs à la mise en œuvre de la présente convention.

Article 48 : Date d'effet

Les dispositions du présent texte entrent en vigueur au premier jour du mois qui suit l'agrément.

Fait à Paris, le

Philippe Renard
Directeur

CFDT	Syndicat National du Personnel de Direction des Organismes de Sécurité Sociale	
	Fédération PSTE de la Protection Sociale du Travail et de l'Emploi	
CFTC	Syndicat National des Agents de Direction et d'Encadrement des Organismes Sociaux	
	Fédération de la Protection Sociale et de l'Emploi	
CFE/CGC	Fédération Nationale de l'Encadrement des Organismes de Sécurité sociale et des Organismes sociaux, Allocations Familiales et Assimilés	
	Syndicat Général des Praticiens Conseils des organismes de Sécurité Sociale	
C.G.T	Union Fédérale des Ingénieurs, Cadres et Techniciens des Organismes sociaux	
	Fédération des Personnels des Organismes Sociaux	
C.G.T/F.O	Syndicat National Force Ouvrière des Cadres des Organismes sociaux	
	Fédération des employés et Cadres	