

الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام



Association pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales

Association pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales
Lebanon / Liban
Association pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales
Lebanon / Liban
جمعية للتنمية والتعاون والعلاقات الدولية
١٩٧٧

Projet " Modernisation de la CNSS du Liban "

Rapport d'activité pour l'année 1998

ANNEXES (SUITE)

République Libanaise
Bureau du Ministre d'Etat pour la Réforme Administrative
Centre des Projets et des Etudes sur le Secteur Public
(C.P.E.S.P.)

- **Rapport de mission des experts français au Liban :**

- Mission d'expertise sur le fonctionnement du service médical de la CNSS

Mission d'expertise à la Caisse nationale de Sécurité sociale du Liban

Docteur Marie-Hélène BADACH

Médecin-conseil Chef de service
Chargé de mission

Relations avec les universités et les organismes étrangers

Docteur Laurence Di MENZA

Médecin-conseil Chef de Service
Responsable de mission

Expertise en santé publique pour les établissements de santé

Mission réalisée du 25 au 30 mai 1998

Rapport présenté le mercredi 2 septembre 1998

Préambule

- Compte tenu du temps très limité dont disposait la mission, celle-ci s'est attachée au cours d'interviews rapprochées, intenses mais courtes, à dégager l'essentiel sans prétendre à l'exhaustivité
- Les chiffres contenus dans ce rapport ont été obtenus à partir de différentes sources, généralement orales et ont fait l'objet de recoupement mais doivent néanmoins être interprétés avec prudence
- Les travaux d'évaluation conduisent à privilégier l'analyse des forces et des faiblesses de l'organisation actuelle. Aussi, si certains commentaires peuvent paraître négatifs, ils ne reflètent pas pour autant l'appréciation globale portée sur l'activité de la Caisse nationale de Sécurité Sociale (CNSS) du Liban, ni sur les différentes catégories de personnels
- La qualité et la chaleur de l'accueil reçu, tout au long de cette mission, sont à souligner tout particulièrement.

Sommaire

	pages
I - Présentation de la mission	2
1 - contexte et objectifs	3
2 - démarche et calendrier des travaux	4
3 - personnalités interviewées	5
II - Résultats des interviews	7
1 - synthèse "médecins-contrôleurs"	9
2 - synthèse "chefs de centre"	23
3 - synthèse "directeurs d'hôpitaux"	30
4 - autres personnalités	31
III - Synthèse générale	37
IV - Préconisations	42
V - Annexes	

I - Présentation de la mission

- 1 - contexte et objectifs
- 2 - démarche et calendrier des travaux
- 3 - personnalités interviewées

I - Présentation de la mission

I - Contexte et objectifs

Contexte

- la collaboration franco-libanaise dans le cadre de la convention signée entre la CNSS du Liban et l'ADECRI sous l'égide du Ministère des Affaires étrangères français,
- la perspective du plan de développement stratégique à partir des grandes orientations de la CNSS pour optimiser le fonctionnement de l'Institution, compte tenu de la transformation de l'environnement libanais,
- la prise en compte du volet médical en complément de la mission d'expertise administrative réalisée par Alain Auger et Jean-Yves Saulou en 1996

Objectifs

- appréhender le fonctionnement du Service médical de la CNSS du Liban,
- apprécier les contraintes et la nécessaire adaptation des médecins-contrôleurs dans leur exercice quotidien,
- proposer des évolutions réalistes et applicables dans le cadre des orientations stratégiques, à court terme et à moyen terme.

I - Présentation de la mission

2 - Démarche et calendrier des travaux

Au cours de la phase préparatoire, préalablement au lancement de la mission, une rencontre a eu lieu avec Jean-Yves Saulou afin de bénéficier de l'expérience acquise lors de la mission d'expertise de 1996 réalisée conjointement avec Alain Auger ou de missions ultérieures

La mission s'est d'abord déroulée en deux temps :

- au Liban, pendant six jours en mai 1998, entretiens individuels, semi-directifs ou non, avec les responsables et des personnels médicaux et administratifs de la CNSS, mais aussi avec des personnalités extérieures appartenant au monde de la Santé et en relation avec la Caisse,
- en France, pendant trois semaines, dépouillement des informations recueillies et rédaction du rapport

Le **troisième temps** consiste en la présentation du rapport aux décideurs, suivie d'un séminaire d'appropriation et de réflexion destiné à l'ensemble des praticiens-contrôleurs.

Le Directeur général définit ainsi le rôle du Service médical de la CNSS : "contrôler et maîtriser les dépenses de santé ainsi que prévoir l'amélioration du système de soins".

I - Présentation de la mission

3 - Personnalités interviewées

Caisse nationale de Sécurité sociale (CNSS)

- Abdel Halim HREBIE, directeur général
- Hyam G. MAL-LAF, président du conseil d'administration
- Farès BARRAKAT, directeur administratif
- Mehdi CHEHABE, directeur du contrôle administratif des établissements
- Samih CHAMI, directeur des statistiques et de l'organisation des méthodes de travail
- Farouk HAMZE, directeur régional du Liban Nord
- Nabil SUMAAN, représentant du directeur général

Service médical

- Docteur Daad KHOURY, médecin-contrôleur chef
- Docteur Jreige AFIF, médecin-contrôleur à Chekka
- Docteur Mustapha ALOUCH, médecin-contrôleur à Beyrouth
- Docteur Raymond AOUN, médecin-contrôleur à Saida
- Docteur Mohamed CHAMI, médecin-contrôleur à Tyr
- Docteur Elie DAOURA, médecin-contrôleur à Badaro
- Docteur Youssef DHAINE, médecin-contrôleur à Tyr
- Docteur Hilal FARRAN, médecin-contrôleur à Saida
- Docteur Nabil FATTAL, médecin-contrôleur à Tripoli (président du Conseil de l'Ordre des médecins de Tripoli)
- Docteur Nawal HATOUM, pharmacien-contrôleur à Beyrouth
- Docteur Zaina MOKADEM, médecin-contrôleur à Dora
- Docteur Husam RACHA, médecin-contrôleur à Tripoli
- Docteur Labib SHAIIB, médecin-contrôleur à Badaro

Centres régionaux

- Joseph ABOU-RAAD, chef de centre à Chekka
- Jeanne HAYEK, chef de centre à Badaro
- Hussein JBARA, chef de centre à Beyrouth
- Adel KHALIFEH, chef de centre à Saïda
- Beydoun NAZIH, chef de centre à Tyr
- Mahmoud RIMA, chef de centre à Tripoli
- Elie SABBAGH, chef de centre à Dora
- Bejaoui YNSAF, adjointe du chef de centre à Beyrouth
- Kassein KALIFA, contrôleur administratif à Saïda

Personnalités extérieures

- Henri GENAUD, attaché de coopération technique à l'Ambassade de France
- Docteur Gattaz KHOURY, président de l'Ordre des médecins
- Docteur Antoine COMERE, secrétaire de l'Ordre des médecins
- Docteur Fouzi ADAIMI, président du syndicat des cliniques privées
- Professeur Samir NAJJAR, doyen de l'Université américaine
- Docteur Tobie ZAKIA, directeur de l'Institut de Gestion de la Santé et de la Protection Sociale (Université Saint Joseph)
- Général Adonis NEHME, commandant en chef de la brigade de la Santé
- Dieter KUNTZ, directeur de l'hôpital américain à Beyrouth
- Colonel Tony CHAMOUN, contrôleur du budget et des finances de l'Hotel-Dieu de France à Beyrouth
- Soeur Française BAKHACHIE, Hôtel-Dieu de France à Beyrouth
- Michel KARNAKOUT, directeur de l'hôpital de Batroun
- Docteur Ghassan HAMOUD, directeur de l'hôpital Hamoud à Saïda
- Docteur Mounib HALAWANI, pédiatre, ex-directeur de la Santé
- Docteur Carlo AKATCHARIAN, pédiatre à l'Hotel-Dieu de France
- Docteur Emile ABOU-HABIB, neurologue à Batroun
- Docteur Chaker HABCHI, cardiologue à Batroun

II - Résultats des interviews

- 1 - synthèse "médecins-contrôleurs"
- 2 - synthèse "chefs de centre"
- 3 - synthèse "directeurs d'hôpitaux"
- 4 - autres personnalités

II - Résultats des interviews

Pour faciliter le dépouillement des interviews et en faire une analyse pertinente, le choix qui a été retenu est celui de présenter les résultats par grandes catégories, lorsque le nombre de personnes rencontrées se prête à cet exercice (c'est le cas pour les médecins-contrôleurs, les chefs de centre et les directeurs d'hôpitaux

Les autres personnalités font, soit l'objet de comptes rendus individualisés, soit leur témoignage est intégré dans la partie de la synthèse générale qui leur est consacrée.

Les phrases ou parties de phrases citées entre guillemets correspondent à des propos recueillis et restitués en l'état, les rapporteurs s'interdisant toute modification

II - Résultats des interviews

I - Synthèse "médecins-contrôleurs"

En l'absence de documents officiels écrits, l'effectif total des praticiens-contrôleurs n'a pu être déterminé avec précision. Annoncé à quarante-deux médecins-contrôleurs et deux pharmaciens, il serait de "trente-cinq à trente-six praticiens dont huit femmes et deux pharmaciennes".

Selon le médecin-chef, l'augmentation du nombre de médecins-contrôleurs est indispensable pour le bon fonctionnement du service. "Une demande a été présentée et agréée par le Conseil d'administration et le ministère de Tutelle. Une publication de postes devrait avoir lieu".

Dix médecins-contrôleurs ont participé aux interviews, dans des conditions variables (durée, environnement) selon les centres. L'interview des médecins-contrôleurs était structurée par grands thèmes avec liberté d'expression au sein de chaque thème.

Formation

- **A l'initiative de la Caisse nationale de Sécurité sociale du Liban**

Dans le cadre d'une convention signée avec l'Institut de Gestion de la Santé et de la Protection Sociale (Université Saint-Joseph), les médecins-contrôleurs suivent actuellement une formation théorique et pratique de niveau universitaire qui comporte, pour moitié une mise à niveau des connaissances médicales, le reste se partageant entre les statistiques appliquées, l'organisation du travail et la qualité des soins. Il s'agit de la première formation organisée pour les médecins-contrôleurs. Ce stage de perfectionnement est ressenti comme "bien" et même "très bien", "sinon avant, c'était le néant". Deux commentaires sont à souligner : "il correspond aux besoins", "c'est important que cela existe"

A noter qu'une quinzaine de médecins-contrôleurs suivent actuellement cette formation, le reste en bénéficiera au cours du deuxième semestre 1998.

Deux des médecins-contrôleurs rencontrés ont effectué un stage de quatre semaines en France, dans le cadre de la coopération entre la CNSS du Liban et l'ADECRI. Cette formation est jugée "très intéressante", "instructive", mais "les acquis sont difficilement applicables" et nécessitent des adaptations qui prennent en compte la réalité libanaise ainsi qu'une transformation de certains textes régissant leur travail.

- **Sur initiative personnelle**

En fonction de leurs "possibilités d'arrangement", de leurs cursus, de leurs spécialités, de leurs réseaux de relations et de leurs connaissances linguistiques, les médecins-contrôleurs participent à des conférences médicales, des congrès, en priorité à l'Hôtel-Dieu de France et à l'hôpital américain de Beyrouth.

La plupart d'entre eux sont abonnés à des revues scientifiques ou les consultent dans les hôpitaux qu'ils contrôlent.

Tous ont souligné que jusqu'à cette année, il n'existait "rien", sauf "à titre personnel".

Information

- **Au sein du Service médical**

Trois processus d'information sont à distinguer

Une information descendante qui comprend

- une réunion annuelle ou bi-annuelle avec le directeur général,
- une réunion mensuelle avec le médecin-chef concernant "l'harmonisation des situations rencontrées et les nouvelles directives",
- des notes de service techniques concernant la réglementation (support papier) qui viennent s'ajouter aux réunions, la transmission du contenu d'une circulaire pouvant également s'effectuer par téléphone.

Une information ascendante

- certains médecins-contrôleurs sont amenés à contacter par téléphone le médecin-chef, au sujet de dossiers difficiles ou à problèmes

Une information latérale

- des médecins-contrôleurs de mêmes centres discutent entre eux chaque semaine de leurs cas difficiles ; d'autres plus nombreux, à Tripoli, se réunissent chaque semaine pour traiter des directives et des dossiers difficiles ou d'autres thèmes comme les maladies chroniques.
- Par ailleurs, un médecin-contrôleur appelle ses confrères ayant une spécialité pour avis sur des dossiers complexes de leur compétence.

- **Avec le Service administratif**

Deux-tiers des médecins-contrôleurs participent à des réunions organisées par les services administratifs des centres, sur des problèmes d'intérêt commun.

II - Résultats des interviews

I - Synthèse "médecins-contrôleurs"

Activité

La plupart des médecins rencontrés partagent leur activité de contrôle entre centre de paiement et hôpital, généralement en proportion égale, soit un jour sur deux, soit sur une même journée

Comme en France, l'exercice médical est régi par un code de déontologie. Cependant, pour tous les médecins interviewés, "il n'y a pas de secret médical ni au centre, ni à l'hôpital". Un seul affirme que "le secret médical est respecté, le contrôleur administratif ne voit pas les papiers avec le diagnostic".

Un médecin souligne "le manque de références médicales écrites, d'autant qu'il existe des écoles de médecine nombreuses et de niveau différent". Un autre indique : "on ne fait pas d'enquête, on a une simple idée de ce qui ne va pas et on discute avec le médecin-traitant pour qu'il arrête, sinon on fait un rapport".

Les données d'activité sont présentées en fonction du type de contrôle des soins, en centre ou à l'hôpital

Contrôle des soins ambulatoires

Ce qui ressort des différentes interviews, c'est l'absence de systématisation des critères de transmission des dossiers aux médecins-contrôleurs. Si quelques règles sont constamment retrouvées et données comme des directives émanant du directeur général, d'autres varient d'un centre à l'autre, à l'initiative du chef de centre.

- Contrôles systématiques constants :
 - ordonnances d'un montant supérieur à 150 000 livres libanaises,
 - ordonnances comportant plus de cinq médicaments,
 - doutes sur dossiers, suspicions de fraude
- Contrôles variables selon les centres :
 - dossiers de personnes travaillant à l'hôpital, en cabinet médical, en pharmacie,
 - dossiers des entreprises sans tri préalable,
 - médicaments hors liste.
- Volume d'activité :
 - Quelle que soit la nature du contrôle effectué, on constate des disparités dans l'activité des médecins-contrôleurs suivant l'importance du centre et les consignes de contrôle des prestations :
 - de 40 à 120 feuilles de soins vues par jour et par médecin-contrôleur,
 - de 5 à 10 convoqués par jour pour interrogatoire par le médecin-contrôleur, sans examen médical approfondi, en l'absence le plus souvent de locaux adaptés.

II - Résultats des interviews

1 - Synthèse "médecins-contrôleurs"

- Statistiques d'activité

Deux médecins effectuent des statistiques mensuelles d'activité à l'aide d'un registre volumineux, tenu par le secrétariat, où sont inscrits "numéro d'ordre, numéro de Sécurité sociale, nom, motif du contrôle, décision du médecin, signature du contrôleur, montant éventuel refusé"

Contrôle des soins à l'hôpital

En principe, toute admission à l'hôpital est subordonnée à une entente préalable. En fait, seules 30 % des hospitalisations sont contrôlées a priori, les autres étant contrôlées a posteriori, au cours du séjour. Ces 70 % "d'urgences", qui surviennent souvent au cours du week-end, suscitent des "interrogations sur leur bien fondé"

Le nombre d'établissements à contrôler varie de quatre à huit par médecin-contrôleur, souvent avec une dispersion géographique importante qui ne laisse "pas le temps de faire le travail correctement"

- Contrôle des ententes préalables

Il n'est pas retrouvé de critères constants de transmission dans les centres visités, un centre pratiquant même le contrôle exhaustif des ententes préalables

Motifs de transmission rencontrés :

- . entente préalable pour scanner,
- . entente préalable pour chirurgie générale,
- . entente préalable pour examens coûteux,
- . entente préalable pour certains actes de la nomenclature déterminés par le médecin-chef (codes)

Volume d'activité

Comme pour l'activité "soins ambulatoires", il existe également des disparités entre médecins-contrôleurs :
· de 500 à 800 ententes préalable par mois et par médecin

- Contrôle au sein de l'hôpital

Le médecin-contrôleur étudie les admissions "sans entente préalable a priori" et les hospitalisations qui se prolongent au-delà de cinq jours

Modalités du contrôle

Préalablement au contrôle par le médecin, le contrôleur administratif vérifie l'identité et la présence du malade, la durée du séjour et le respect du tarif de la CNSS. Très souvent en plus, il vérifie les prescriptions et l'exécution de la pharmacie et des examens complémentaires

Puis, il signe le dossier et le transmet pour étude au médecin-contrôleur. Celui-ci en discute, si nécessaire, avec le médecin traitant en entrevue ou par téléphone et examine parfois le malade. A l'issue, il donne un accord ou fait un refus, partiel ou total.

Motifs du contrôle

Outre les motifs déjà cités pour les ententes préalables, plusieurs médecins-contrôleurs orientent leur contrôle sur certaines pathologies ou certains actes médicaux qu'ils jugent "à risques", tels que :

- douleurs abdominales diffuses,
 - gastroscopies,
 - arthroscopies du genou,
 - bilans biologiques thyroïdiens,
- ou selon "comment on sent les choses".

Par ailleurs, est vérifiée la réalité des examens biologiques et radiologiques facturés.

II - Résultats des interviews

I - Synthèse "médecins-contrôleurs"

Volume d'activité

Il semble très variable d'un médecin à l'autre, selon le nombre et la taille des hôpitaux contrôlés. Un médecin indique "voir environ 200 malades par mois, dont la moitié pour deux établissements sur huit".

Statistiques d'activité

Deux médecins tiennent des statistiques. L'un fait des statistiques quotidiennes sur les dossiers vus, l'autre établit une comparaison, deux fois par an, sur "le coût comparé d'une intervention dans les différents établissements qu'il contrôle".

Un autre précise que "les statistiques sont faites par le service administratif qui affirme qu'il y a trop de fraudes, sans enquêtes médicales à l'appui".

Relations

Quatre types de public, concernant les interlocuteurs habituels et quotidiens des médecins-contrôleurs, ont été systématiquement évoqués

Un médecin déclare d'emblée que "l'image des médecins-contrôleurs n'est pas vraiment négative".

- **Assurés**

Si les assurés peuvent être "parfois agressifs" et sont source de "beaucoup de problèmes et de discussions", dans l'ensemble les relations sont bonnes "Les décisions défavorables sont acceptées parce qu'il n'y a pas de recours, sauf pressions".

- **Services administratifs**

Les relations ont un indice de satisfaction très large qui va de "excellent" à "mauvais".

Parmi les appréciations négatives :

"le chef de centre convoque et interroge les assurés sur leur maladie",

"les contrôleurs administratifs se prennent pour des médecins alors qu'ils n'ont pas de formation médicale".

- **Entre médecins-contrôleurs**

Les échanges sont peu fréquents en dehors de la réunion mensuelle au siège ou de façon informelle, par affinité et/ou regroupement géographique

- **Professionnels de santé**

Les relations sont qualifiées de "bonnes" en général car "les médecins traitants connaissent la législation sociale"

Toutefois, "on a des problèmes avec certains médecins traitants, car le niveau médical peut être très différent selon les diplômes."

Moyens

Qu'il s'agisse des moyens humains ou matériels à la disposition des médecins-contrôleurs, le constat montre des insuffisances peu propices à la médicalisation de leurs tâches

- **Personnels**

Selon les centres, le médecin-contrôleur a une secrétaire ou doit la partager avec un autre confrère. Le niveau de connaissances ne semble pas uniforme

- **Matériels**

Les locaux sont de taille variable, parfois "exigus" ou "inconfortables, sans air conditionné et sous les toits".

Plus de la moitié de médecins-contrôleurs partagent un seul bureau pour deux, voire avec la secrétaire qui "sort pour les interrogatoires" d'assurés. Les bureaux ne disposent pas systématiquement de lits d'examen, ni de négatoscopes

L'absence de stores aux fenêtres nuit à l'intimité nécessaire à tout examen médical

Propositions d'amélioration

Les médecins-contrôleurs ont émis des suggestions nombreuses et variées qui souvent se recoupent, témoignant d'une réflexion concordante sur leur pratique quotidienne. Celles-ci sont listées en l'état et regroupées en deux grands thèmes reprenant l'ensemble des propositions, selon qu'elles sont de portée générale ou concrètes

De portée générale

- La Sécurité sociale est vieille Elle n'a pas évolué Il faut changer tout et surtout les mentalités.
- Changer le système de Sécurité sociale est indispensable mais revient à changer le système socio-politique
- Regroupement de toutes les caisses (militaires, fonctionnaires) sous l'égide de la CNSS pour réaliser l'égalité et la justice sociale.
- Remplacer l'indemnité de fin de service par un véritable régime de retraite
- Développer la médecine préventive et les vaccinations gratuites
- Avoir des conventions avec les professionnels de santé autres que tarifaires
- Revoir les tâches de la hiérarchie en matière de communication et délégation
- Concertation directeur général-médecin-chef pour toute décision concernant le Service médical
- Les médecins-contrôleurs manquent de temps, il faut augmenter leur nombre et alléger le travail de contrôle, avoir des références pour une plus grande efficacité
- Instaurer une véritable relation entre tous les médecins-contrôleurs au delà de la réunion mensuelle.
- Améliorer les relations Service administratif-Service médical, l'importance d'une bonne collaboration étant soulignée.
- Etablir une relation positive entre médecins-contrôleurs et médecins traitants A l'hôpital
- Acquérir un rôle dans la prévention et l'éducation pour la Santé car il faut passer de médecin-contrôleur à médecin-conseil.

II - Résultats des interviews

I - Synthèse "médecins-contrôleurs"

Plus concrètement

Les propositions sont regroupées en six sous-thèmes : organisation, formation, informatique, enquêtes, information, relations avec les professionnels de santé

- Organisation

Mise en place effective de la Direction de l'évolution (en instance de décision politique)

Faire appel en cas de besoin à des médecins consultants spécialisés dans les domaines difficiles (orthopédie, pédiatrie, ORL, gynécologie)

Utiliser les compétences médicales antérieures des médecins-contrôleurs (diplômes de spécialités)

Clarification des liens hiérarchiques entre Service administratif et Service médical, réelle indépendance des médecins par rapport aux chefs de centre en matière de décision médicale

Faire respecter le secret médical

Répartir le Service médical en trois zones géographiques : Nord, Sud et Centre

Nécessité d'un adjoint infirmier à l'hôpital

- Formation

La formation médicale sur le temps de travail est indispensable

La formation à l'Université Saint-Joseph est nécessaire pour tous les médecins-contrôleurs et à répéter en affinant les besoins.

Une formation médico-administrative avec la participation de tous les cadres favoriserait les échanges et une meilleure compréhension mutuelle.

Utilité soulignée d'une formation à l'informatique et aux statistiques

II - Résultats des interviews

I - Synthèse "médecins-contrôleurs"

- Informatique
 - L'informatisation permettrait de disposer de bases de données pour faire des études grâce au tri des anomalies, mais aussi des statistiques car tout est demandé à la main
- Enquêtes
 - Objectiver les abus médicaux par des études médicales et non des statistiques administratives
 - Repérer un médecin traitant prescrivant des examens coûteux est faisable en regroupant les médecins-contrôleurs urbains, à condition d'avoir une secrétaire et une photocopieuse car on ne peut garder les dossiers plus de trois jours.
 - Faire des actions ciblées sur des pratiques individuelles ou collectives , par exemple, certaines maladies comme le diabète, le cancer, la tuberculose, les maladies infectieuses dues à l'eau et aux produits chimiques
 - Disposer de recommandations médicales, reconnues par l'ensemble des professionnels
 - Faire une étude du coût pour une même maladie pour des assurés différents
 - Faire des comparaisons inter-hôpitaux et inter-régions, les pathologies étant différentes entre la ville et la campagne.
 - Avoir un dossier médical avec des données épidémiologiques
- Information
 - Créer une brochure d'information destinée aux assurés sur leurs droits
- Relations avec les professionnels de santé
 - Optimiser la collaboration avec les médecins traitants, notamment en voyant conjointement les malades.
 - Séminaires communs médecins-contrôleurs et traitants organisés par la CNSS sur la qualité des soins.
 - Développer les échanges confraternels pour présenter les résultats des enquêtes, les contrôles actuels ne pouvant déboucher que sur des remarques incitatives
 - Introduire des sanctions ou des récupérations d'indus, dans les contrats d'installation médecins traitants - CNSS.

II - Résultats des interviews

2 - Synthèse "chefs de centre"

La CNSS comporte trois types de centres : régionaux, locaux, de collecte, soit un total annoncé de vingt-cinq centres.

Sept chefs de centres régionaux et un adjoint ont été interviewés ainsi que le directeur régional de Tripoli, en raison du projet de création de directions régionales (quatre ou cinq), actuellement testé à Tripoli. Le directeur régional "réalise des enquêtes sociales, coordonne les sept centres de la région pour les problèmes de personnels, fraudes, syndicats, entreprises, hôpitaux"

Tous les centres visités gèrent l'immatriculation et les prestations d'Assurance maladie ainsi que les allocations familiales et le recouvrement des cotisations

La plupart des entretiens réalisés étaient semi-directifs, centrés sur six thèmes principaux

Exception faite d'un centre, les chiffres cités relèvent d'informations orales non confirmées par des documents écrits (rapport d'activité, statistiques)

Organisation et personnels

Dans les centres étudiés, l'organisation mise en place diffère selon le nombre d'adjoints et le personnel affecté : délégation par unités en nombre variable, cahier avec répartition des tâches

Ainsi, le nombre d'adjoints varie de zéro à quatre, sans que l'importance du centre expliqué a priori cette disparité (respectivement 25 000 assurés et 100 000 bénéficiaires contre 26 000 assurés et 130 000 bénéficiaires). De même, le quota de personnel s'échelonne d'une quarantaine à une centaine de personnes

Le rapport personnels-assurés, même si on tient compte du nombre d'entreprises gérées par chacun des centres, présente une certaine variabilité dont la logique n'apparaît pas évidente

Quant au nombre de médecins-contrôleurs, il va de un à cinq par centre, sans explication plus manifeste.

Il existe un fichier papier par assuré plus ayant-droit qui comporte un numéro d'identification à six chiffres et l'année de naissance. Un centre précise disposer de trois fichiers :

- paiement direct,
- paiement indirect,
- allocations familiales

Selon les centres, les archives sont "classées par journée de paiement" ou "entassées dans un placard sans classement". Leur durée de conservation dans un endroit facilement accessible est variable de six mois à cinq ans, deux centres déclarant envoyer leurs archives au siège à Beyerthoult, l'un au bout d'un an, l'autre à cinq ans

Le délai total de conservation des archives, lorsqu'il est précisé, est "dix ans" ou "pas de délai"

Activité

L'absence apparente de concordance entre le "portefeuille" d'assurés et le personnel est retrouvée également au niveau de l'activité.

Les chiffres annoncés vont de 5000 assurés et 17 500 bénéficiaires à 300 000 (?) assurés pour une activité allant de 170 dossiers par jour (entreprises incluses) et 120 ententes préalables par mois à 500 dossiers par jour et 1000 ententes préalables par mois. Entre ces extrêmes a priori logiques, on retrouve des chiffres sans correspondance évidente avec la taille du centre.

Deux centres affichent un retard de liquidation, lié dans un cas à un manque de liquidateurs, malgré une cadence de 75 voire 100 dossiers par personne et par jour. Un centre est "toujours à jour et travaille pour les autres", un autre "travaille bien et récupère des entreprises".

Selon le centre considéré, l'attente des assurés pour liquidation et paiement au guichet peut durer de 10 à 30 minutes à plusieurs heures, le paiement pour les entreprises s'effectuant dans un délai allant de un à trois mois.

Deux chefs de centre évoquent l'importance de la charge de travail qui les obligent "à ne pas prendre de vacances" ou "à emporter du travail à domicile".

Il est vrai que tous les entretiens étaient régulièrement interrompus pour des signatures "urgentes", notamment de chèques qui représentent de 80 jusqu'à 500 signatures par jour, selon le directeur considéré.

Ce qui frappe, c'est la lourdeur des circuits de paiement qui exigent de multiples signatures hiérarchisées, ascendantes puis descendantes, certaines de pure routine, pouvant conduire à s'interroger sur l'efficacité réelle d'une partie des contrôles effectués.

Relations avec le Service médical

La moitié des chefs de centre interrogés qualifie ses relations avec les médecins-contrôleurs de "bonnes".

Un chef de centre a "des réunions restreintes en tant que de besoin avec les "médecins-contrôleurs"

Un autre déclare avoir des "problèmes de relations avec les médecins-contrôleurs" et "a demandé délégation au Directeur général pour voir les dossiers à problèmes car il existe une réticence au niveau du contrôle médical"

Les règles de transmission des dossiers, exposés par les différents chefs de centre, confirment le manque d'harmonisation, au bon vouloir semble-t-il de chaque chef

Si on retrouve partout la règle du plafond de 150 000 livres libanaises, les ordonnances de plus de cinq médicaments, les dossiers douteux ainsi que les actes hors nomenclature, sont également cités de façon non systématique, un médicament coûtant plus de 50 000 livres libanaises, les dossiers et ordonnances à répétition, tous les dossiers émanant d'employés d'hôpitaux, de pharmacie ou de clinique, les séances de kinésithérapie, presque toutes les ententes préalables ou bien toutes ou celles de chirurgie générale ou selon le code nomenclature

Le volume de dossiers soumis au médecin-contrôleur, lorsqu'il est précisé (deux fois), est de 20 dossiers ou 150 par jour, "retournés avec retard" dans le premier cas, "dans la journée" pour le deuxième

Quatre chefs de centre demandent une augmentation de leurs effectifs en médecins-contrôleurs, pour plus d'efficacité

Relations au sein du Service administratif

Jusqu'à il y a un an, existait une réunion mensuelle pour tous les chefs de centre avec le directeur de l'Assurance maladie, qui a délégué au directeur général pour gérer tous les centres régionaux

La suspension de cette réunion est unanimement regrettée :

"il n'y a pas de réunions, seulement les notes techniques du directeur général",

"les relations sont inexistantes, descendantes pures",

"il manque des réunions pour échanger, réfléchir sur les problèmes"

Pour pallier cette absence, il y a les rencontres avec le directeur général "sur initiative personnelle ou convocation".

Deux chefs de centre précisent faire des réunions mensuelles :

"avec tout le personnel sur les relations personnels-assurés et les nouvelles directives" mais aussi "chaque jour avec les adjoints"
"et en tant que de besoin".

Les autres déclarent réunir leur personnel sans autre précision.

Propositions d'amélioration

Différentes propositions ont été faites, de portée générale relevant d'un choix politique ou plus concrètes applicables plus facilement. Elles sont listées en l'état.

De portée générale

l'extension du régime à l'ensemble des Libanais pour plus d'efficacité à moindre coût,
une politique de santé sanitaire et sociale unique au Liban,
une sûreté sociale pour l'égalité des soins,
une carte sanitaire, notamment pour les établissements hospitaliers et les équipements lourds,
l'élargissement des prestations avec prise en charge des affections de longue durée, des accidents du travail et des maladies professionnelles,
une régulation sur les médicaments (plus de 100 000 actuellement sur le marché venant de tous les pays),
l'amélioration du fonctionnement de l'Assurance maladie grâce à l'instauration de bonnes relations entre tous les acteurs,
la disparition du piston l

Plus concrètement

Les suggestions concernent les moyens en personnels, la formation et les outils

- *Moyens en personnels*
augmentation des effectifs, essentiellement liquidateurs et médecins-contrôleurs mais aussi adjoints, demandée pour réaliser un travail moins rapide et plus efficace (un seul chef de centre trouvait ses moyens en personnel suffisant).
remise en vigueur de la promotion à l'efficacité.
moins d'indépendance pour les médecins-contrôleurs, notamment au niveau des horaires
- *Formation*
Instaurer une véritable formation , celle-ci se faisant actuellement sur le tas, les anciens formant les nouveaux
formation médico-sociale commune avec les médecins-contrôleurs,
formation sur le terrain des nouveaux embauchés par une équipe de réserve, pour ne pas ralentir le fonctionnement du centre
- *Outils*
Disposer d'une informatique adaptée
gestion des fichiers et tenue de statistiques fiables,
affichage des noms, code et prix de chaque médicament sur une ordonnance et non d'une somme globale

Les propositions du directeur régional font l'objet d'un paragraphe à part, compte tenu de la spécificité de la fonction
statistiques d'activité à établir pour équilibrer la charge de travail entre les sept centres de la région
(le rapport dossiers par liquidateur variant de vingt à quarante-deux),
comparaison des coûts des prestations entre les centres, pour dépister d'éventuelles fraudes,
mise en place d'un contrôle interne de la liquidation pour améliorer les procédures.

II - Résultats des interviews

3 - Synthèse "directeurs d'hôpitaux"

Quatre hôpitaux ont été visités, au cours de la mission. Le choix s'est porté sur deux hôpitaux universitaires (Hôtel-Dieu de France et Hôpital américain), un hôpital privé (Hamoud) et l'hôpital public de Batroun géré par la Caisse

Les constats sont classés en deux thèmes : organisation et activité présentées par établissement, relations avec la CNSS, tous établissements confondus

Organisation et activité

- Hôtel-Dieu de France

Cet hôpital privé à but non lucratif, de 288 lits, a été créé en 1920 et reconstruit plusieurs fois

Multidisciplinaire, avec un plateau technique complet mais sans radiothérapie, il réalise des actes de chirurgie cardiaque, neurochirurgie et greffe d'organes

La direction a été formée en France. L'organisation et le fonctionnement sont identiques à ceux d'un hôpital français avec conseil médical élu, veillant à la qualité des soins, à la pharmacovigilance, à la lutte contre les infections nosocomiales, à l'éthique.

L'effectif est de 100 médecins temps plein, 70 médecins vacataires et 540 personnels soignants

L'hôpital assure la formation d'étudiants en médecine et en soins infirmiers.

II - Résultats des interviews

3 - Synthèse "directeurs d'hôpitaux"

- **Hôpital américain**

Inclus dans la faculté de médecine américaine, il comporte 400 lits et existe depuis 1867

Multidisciplinaire (chirurgie, médecine, ORL, ophtalmologie, pédiatrie et réanimation néo-natale, obstétrique, réanimation cardiaque), il possède un plateau technique très complet

Le directeur est canadien et l'organisation à l'américaine, notamment en matière d'accréditation

Différents comités de vigilance ont été mis en place. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées auprès des patients

L'effectif est de 100 médecins temps plein et 80 temps partiel

L'hôpital assure la formation d'étudiants en médecine

- **Hôpital Hamoud**

Hôpital privé et multidisciplinaire de 300 lits, il possède notamment un pôle mère-enfant avec réanimation néonatale, un pôle cardio-vasculaire, un pôle ORL, et ophtalmologie

Il effectue des actes de chirurgie ambulatoire, dispose d'un lithotriporteur et d'un scanner

L'effectif est de 52 médecins temps plein, 228 médecins temps partiel et 600 soignants

Le nombre de visiteurs est particulièrement important chaque jour : une vingtaine par malade, soit plus de 5000 en une journée.

- **Organisation**

Actuellement, deux conseils de l'Ordre des médecins existent au Liban. Le premier siège à Beyrouth où sont inscrits 7600 médecins, le second à Tripoli avec environ 1200 médecins.

Dans le futur, il est envisagé un Conseil de l'Ordre unique regroupant les médecins inscrits à Beyrouth et à Tripoli.

La répartition entre spécialistes et généralistes est déséquilibrée

70 % de spécialistes,

30 % de généralistes

14 % des inscrits sont des femmes

- **Préconisations**

Instituer une formation médicale continue en raison de la disparité des diplômes

Disposer de références médicales sur les pathologies coûteuses, notamment la chirurgie. Cinquante-quatre sociétés savantes réfléchissent actuellement à l'élaboration de "guidelines", recommandations non obligatoires

Président du Syndicat des cliniques privées

Le rôle du Syndicat consiste à :

être à l'écoute des problèmes des professionnels,
défendre les intérêts de la profession,
organiser la recherche et l'étude pour promouvoir le système hospitalier privé

- **Organisation**

Différentes instances fonctionnent au sein du Syndicat

- conseil de discipline pouvant aller jusqu'au déconventionnement des structures,
- commissions diverses sur l'éthique, les problèmes syndicaux, l'évolution scientifique,
- commission d'évaluation de la qualité des soins,
- commission sur l'accréditation des cliniques (tous les deux ans, avec livret et référentiels)

- **Activité**

Il existe un classement des établissements de soins de court et long séjour, établi par un comité supérieur de douze experts et inspiré du système canadien :

six classes (U,A,B,C,D,E) avec nombre d'étoiles fonction du niveau de l'hôtellerie.

- **Relations avec la CNSS**

C'est le secteur privé qui contribue aux soins des libanais, tant en ville qu'à l'hôpital. Il faut arriver à une vraie équité de fonctionnement et de prestations, à un service égal pour tous.

Le partenariat avec la CNSS est jugé indispensable. Celle-ci doit se moderniser, c'est-à-dire majorer ses compétences et diminuer ses points faibles, sa pérennité étant nécessaire au maintien du principe de solidarité entre libanais.

- **Préconisations**

Lutter contre l'anarchie de l'offre de soins

Réaliser une carte sanitaire pour mieux répartir l'offre de soins afin de répondre aux besoins de la population

Créer des établissements de convalescence et de rééducation qui soulageraient les lits de court séjour

Former plus d'infirmières et leur offrir un salaire plus attractif

Freiner l'augmentation du coût des soins

Agir par paliers pour contrebalancer les entraves politiques et sociales

Augmenter le nombre de médecins-contrôleurs, le contrôle des établissements étant nécessaire et utile à l'établissement (contacts plus fréquents avec les équipes hospitalières)

Accélérer les délais de remboursement aux établissements

III - Synthèse générale

III - Synthèse générale

La mission d'expertise concerne le fonctionnement du Service médical

Le choix des personnalités interviewées prend en compte la nécessité de bien appréhender toutes les composantes de la CNSS, au sein du système de santé libanais

Les résultats de l'ensemble des interviews permettent de retrouver un certain nombre de constantes, quel que soit l'interlocuteur ou la catégorie d'interlocuteurs considérée

Les constats sont présentés pour le Service médical, le Service administratif des centres et les personnalités extérieures.

Constantes dans les interviews

La Sécurité sociale est reconnue par tous comme un acquis social fondamental, à préserver et à développer en cette période de crise économique

Les différents régimes (Assistance publique, militaires, fonctionnaires) doivent être regroupés, pour une couverture plus large et unique de la population, gérée par la CNSS

L'application complète des textes fondateurs est nécessaire afin de permettre notamment la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que la mise en place de procédures contentieuses

La modernisation du fonctionnement de l'Institution est indispensable pour un remboursement des prestations sans retard et un contrôle de qualité

L'évolution de la CNSS correspond à une attente forte des personnels de la Caisse, mais aussi de son environnement (assurés, professionnels de santé)

L'amorce de changements visibles par tous, en interne comme en externe, est nécessaire à court terme

Constat au Service médical

Le contrôle réalisé sans objectifs précis, ni règles clairement définies

Le travail des médecins-contrôleurs n'est pas suffisamment médicalisé et relève souvent du contrôle administratif avec "beaucoup de paperasses et signature réflexe"

La collaboration Service médical / Service administratif, au niveau des centres et d'une manière générale au sein de la CNSS, n'est pas satisfaisante

Les tâches des médecins-contrôleurs et des contrôleurs administratifs se chevauchent en matière d'hospitalisation

Le secrétariat est souvent réduit, avec un niveau de compétences inégal
L'inadaptation des locaux et du matériel ne permet pas l'examen médical des assurés

La documentation médico-technique à disposition est souvent insuffisante

La formation pendant le temps de travail est inexistante; hormis la formation qui vient d'être instaurée dans le cadre de l'Université Saint-Joseph

Enfin, l'environnement politique et communautaire complexe est source parfois de pressions qui ne facilitent pas le travail du Service médical lorsqu'il affirme son rôle de contrôle

Ce constat conduit à des propositions des médecins-contrôleurs pour améliorer leur pratique quotidienne en matière d'organisation, de formation, de modalités de contrôle, de moyens et de relations

Constat au Service administratif des centres

- Il existe des disparités entre les centres en matière de portefeuille d'assurés, d'effectifs et de volume d'activité.
- La mauvaise répartition de la charge de travail, génératrice de solde de dossiers et d'insatisfaction, conduit parfois à un travail trop rapide et de qualité inégale
- Les modalités de transmission des dossiers au Service médical ne sont pas systématisées
- Les délais d'attente pour paiement sont longs, tant pour les assurés que pour les entreprises et les hôpitaux
- L'absence d'analyse qualitative des données, concernant les prestations remboursées et leur motif, est génératrice d'impressions subjectives d'abus généralisés, en ville comme à l'hôpital
- La formation initiale est inexistante, "sur le tas"
- Les échanges au sein du Service administratif sont jugés insuffisants, purement descendants
- Les relations avec les médecins-contrôleurs sont de qualité variable
- En fonction de ce constat, les chefs de centre ont émis des suggestions d'amélioration concernant les moyens en personnels, la formation, l'informatique et l'organisation interne de la CNSS

Constats extérieurs

Les constatations retrouvées, tant au niveau du Service médical que du Service administratif, sont corroborées par les interviews des personnalités extérieures, notamment en ce qui concerne

les délais de paiement, surtout pour les hôpitaux qui favorisent la tendance à "rentabiliser", d'autant que le tarif Sécurité sociale ne couvrirait pas les dépenses réelles,

le besoin de dialogue entre tous les partenaires du système de santé,

les entraves politiques et confessionnelles,

la disparité des diplômes des médecins-contrôleurs ou traitants,

L'absence de recours des assurés contre les décisions de la Caisse

Les propositions émises par l'ensemble des personnes interrogées visent à améliorer le fonctionnement du Service médical et plus généralement de la CNSS, pour une meilleure prise en charge de la population libanaise

IV - Préconisations

IV - Préconisations

"La Caisse de Sécurité sociale, c'est un guichet où on prend de l'argent "

"Il y a un tiers de fraudes à la Sécurité sociale "

"La Sécurité est vieille "

"C'est un mauvais payeur "

Malgré ces appréciations plutôt négatives en terme d'image, la CNSS n'est pas contestée dans son utilité pour la population libanaise

Pour mieux répondre aux besoins de cette population, elle s'est lancée dans un programme de modernisation auquel cette mission d'expertise doit apporter sa contribution, sans perdre de vue la vocation première de la Caisse qui est le service rendu aux assurés et à leurs familles – payer vite et bien des soins de qualité, le Service médical veillant au maintien de la qualité des soins au juste coût.

Les préconisations doivent s'attacher à rendre le Service médical plus performant – réaliser un contrôle efficace et utile, mieux connaître le recours au système de santé pour s'assurer d'une bonne prise en charge des assurés et repérer les dérives, en sachant que le bon fonctionnement du Service médical concourt à l'image de la Caisse, en termes de reconnaissance, fiabilité, qualité.

Elles s'appuient sur certaines des propositions faites par les personnalités rencontrées et le constat de fonctionnement décrit précédemment

Les suggestions de portée générale, qui impliquent un choix et une décision politique, comme le regroupement des différents régimes de Sécurité sociale, la création d'un régime de retraite remplaçant l'indemnité de fin de service ou la prise en charge des affections de longue durée, sont volontairement laissées de côté

Le parti retenu est de proposer des axes d'évolution réalistes, applicables à court et moyen terme, conduisant à des améliorations rapidement visibles, tant au sein de la CNSS que pour les interlocuteurs extérieurs, assurés et professionnels de santé.

Les préconisations concernant le travail quotidien effectué par les praticiens-contrôleurs sont regroupées selon trois thèmes : organisation, contrôles et enquêtes, formation.

Organisation

- **Régionaliser le Service médical**

Pour favoriser les échanges et le travail en commun (dans la perspective de la réalisation d'études) et renforcer l'efficacité du contrôle, la création d'unités régionales, placées sous l'autorité de médecins chefs encadrant chacun une équipe d'une dizaine de praticiens est souhaitable, le niveau national coordonnant l'ensemble de ces unités

Cette perspective pourrait s'inscrire dans le cadre de l'expérience de régionalisation menée à Tripoli, sur le plan administratif :

à court terme, nommer à titre expérimental un médecin chef à Tripoli, à côté du directeur régional pour coordonner les médecins-contrôleurs des sept centres de la région,

à moyen terme, organiser l'ensemble du territoire libanais en quatre ou cinq régions de Sécurité sociale, avec un médecin chef responsable

- **Médicaliser les tâches des médecins-contrôleurs**

L'organisation actuelle les conduit à exécuter des tâches administratives, non médicalisées. Pour qu'ils puissent réaliser de véritables examens médicaux et donner un avis circonstancié sur les prestations, ils doivent disposer de locaux et de matériels adaptés

un bureau par médecin, équipé du matériel de base (table d'examen, négatoscope, stéthoscope, tensionnètre, marteau à réflexes),

un secrétariat distinct et une salle d'attente individualisée

Cette préconisation, réalisable à court ou moyen terme selon les possibilités d'organisation des locaux, devrait être mise en oeuvre à court terme, pour que les médecins puissent travailler autrement

- **Organiser le recueil de différentes données intéressant le travail quotidien des médecins-contrôleurs**

Cette organisation permettrait la réalisation de statistiques fiables, exploitables et regroupables par région et pour l'ensemble du territoire

En l'absence de l'informatique et à court terme, la généralisation des registres existant dans deux secrétariats médicaux visités et qui regroupent différentes données, constitue un premier pas vers la réalisation et la tenue de statistiques, qui représente l'objectif à moyen terme

- **Disposer d'un archivage avec plan de classement et accessibilité des dossiers rapide et facile**

La préconisation s'inscrit à moyen terme
classer les dossiers d'archive par assuré, avec sous-classement par bénéficiaire et non par journée de paiement

Le bon archivage des dossiers est indispensable afin de disposer des éléments pour effectuer des contrôles a posteriori, des enquêtes de consommation médicale

Contrôles et enquêtes

La nécessité d'organiser et de réorienter l'activité des médecins-contrôleurs pour rendre le contrôle plus efficace et en améliorer le rendement n'est pas discutée.

Les médecins-contrôleurs ne peuvent pas et ne doivent plus tout voir. Le contrôle de certains actes ou de certaines pathologies, de par leur nature, aboutit à un accord systématique et constitue une perte de temps qui empêche les médecins-conseils de se concentrer sur les prestations et les comportements "à risque"

IV - Préconisations

Pour être plus efficace et plus rentable, le contrôle doit être plus sélectif et s'appuyer sur l'analyse des prestations présentées au remboursement.

Il est donc nécessaire de mettre en place des critères de contrôle qui devront être régulièrement évalués, mais également de se donner les moyens de mieux connaître le recours aux soins et leur dispensation par la réalisation d'enquêtes.

- **Un contrôle plus sélectif**

Si certaines prestations, dont une liste limitative devra s'imposer comme règle de transmission de dossiers au Service médical, doivent relever d'un contrôle systématique, les autres devraient faire l'objet de contrôles limités dans le temps, ciblés sur les facteurs de risque

Ces contrôles limités dans le temps pourront être exploités comme des sondages, pour repérer, caractériser et quantifier les anomalies, ce qui permettra ensuite d'affiner les critères de contrôle et d'orienter ce contrôle sur les risques de soins inappropriés, d'abus et de fraudes

- **Des enquêtes**

La connaissance du recours aux soins et de leur dispensation peut apporter des éléments déterminants pour la stratégie générale de la Caisse. Elle doit permettre également d'orienter le contrôle par une analyse objective des comportements des professionnels et des consommateurs

Les enquêtes réalisées dans ce but par les médecins-contrôleurs ne pourront que valoriser leur rôle et asseoir leur légitimité aux yeux des médecins traitants.

République Libanaise

Bureau du Ministre d'Etat pour la Réforme Administrative
Centre des Projets et des Etudes sur le Secteur Public
(C.P.E.S.P.)

IV - Préconisations

La généralisation progressive de ces enquêtes, l'acquisition graduelle d'un certain professionnalisme par les médecins-contrôleurs, devraient permettre d'entreprendre, à moyen terme, des actions d'information et de concertation auprès des professionnels de santé, telles que

- présentation d'enquêtes,
- échanges confraternels,
- publications

La réalisation de ces enquêtes passe nécessairement par une période d'apprentissage. Un certain nombre de conditions doit être respecté

ne pas lancer une enquête sur "une simple idée" mais partir de données objectives et concrètes,

fixer un objectif de connaissance précis,

élaborer une méthodologie simple pour recueillir l'information facilement,

en étudier la faisabilité au préalable

A court terme, le séminaire devra permettre de proposer deux expérimentations (par exemple, à Tripoli et Saïda) sur deux thèmes, l'un en ville, l'autre à l'hôpital, qui devraient émaner de la réflexion des groupes de travail

Formation

Les besoins de formation portent sur plusieurs domaines, de finalité différente mais qui se complètent pour une efficacité optimale.

- **Organiser la formation médicale continue des médecins-contrôleurs**

La mise à jour régulière des connaissances médicales est indispensable pour un travail plus médicalisé et une meilleure reconnaissance des médecins-contrôleurs par les assurés comme par les professionnels de santé.
(Cette formation débute actuellement dans le cadre de l'Université Saint-Joseph)

Les propositions relèvent du court et du moyen terme

généraliser la formation médicale à l'ensemble des praticiens (en cours) puis, la renouveler à intervalles réguliers, en la ciblant sur les préoccupations de la Caisse en matière de contrôles

Pour la crédibilité, le sérieux et la reconnaissance professionnelle, cette formation doit relever d'un label universitaire

A côté de cette formation médicale continue, organisée spécifiquement pour le Service médical, il faut que les praticiens-contrôleurs puissent assister, chaque année, à des congrès ou des séminaires médicaux, tant pour l'entretien des connaissances médicales que pour favoriser les échanges avec les confrères libéraux dans un cadre purement médical

- **Mettre en place un perfectionnement médico-administratif**

Intéressant la technique du contrôle médical, celui-ci doit réunir Service médical et Service administratif sur des préoccupations et des thèmes communs, ce qui favorisera la collaboration et les échanges au quotidien
Certains types de formation comme la formation des secrétariats médicaux ou sur la connaissance des textes législatifs pourraient démarrer dans les mois qui viennent

- **Instaurer une formation au "management"**

Cette formation qui relève du moyen terme doit être faite par des professionnels qualifiés et devrait porter en priorité sur les thèmes suivants

- travail de groupe,
- animation de réunion,
- entretiens avec les professionnels de santé,
- gestion du temps

- **Concevoir une formation initiale pour les nouveaux embauchés**

Cette formation peut se faire au sein de la CNSS mais à moyen terme, en confiant ce rôle à des praticiens-contrôleurs confirmés, avec de bonnes aptitudes pédagogiques et ayant eux-mêmes bénéficié des nouvelles formations

La création d'un centre de formation propre à la CNSS, qui figure dans les orientations stratégiques, peut résoudre les problèmes de formation rencontrés. Toutefois, il devra faire appel à des professionnels extérieurs spécialisés dans les domaines propres à la Suisse, notamment la formation médicale continue qui relève du milieu universitaire

Information

Elle revêt plusieurs formes, écrites et orales et constitue le vecteur indispensable pour permettre une évolution harmonieuse et simultanée de l'ensemble des personnels de la CNSS, dans le cadre de son programme de modernisation

IV - Préconisations

- **Circulaires techniques**

Ce sont des circulaires d'information qui concernent la réglementation, dont le langage clair et précis doit permettre une meilleure compréhension des textes ainsi qu'une appréciation cohérente et plus aisée, facteur d'efficacité dans la prise en charge des prestations

La diffusion devrait intervenir simultanément dans les vingt-cinq centres, tant au Service administratif qu'au Service médical.

Les circulaires et les notes de service pourraient être classées, par catégorie et par ordre chronologique, dans des classeurs mis à disposition du personnel

Les messages techniques transmis par téléphone devraient être transcrits dans un registre, avec date, numéro d'ordre, contenu du message et suite donnée

- **Base documentaire**

La tenue d'une bibliothèque comportant l'ensemble de la documentation est nécessaire au travail quotidien, telle que :

- textes législatifs et réglementaires,
- circulaires ministérielles,
- notes de service internes,
- répertoires des médecins et des établissements

Cette base devra être actualisée et tenue à jour quotidiennement par une personne qualifiée. Elle devra être accessible à l'ensemble du personnel du centre

Le secrétariat du médecin-contrôleur tiendra en plus la documentation médico-technique spécifique aux médecins-contrôleurs, dans les mêmes conditions de mise à jour.

En conclusion

- La mission d'expertise s'est avérée particulièrement intéressante et riche
- Le potentiel d'évolution de la CNSS est certain, pour le plus grand bénéfice de la population libanaise
- Les préconisations visent à améliorer le fonctionnement du Service médical de la Caisse
- Beaucoup d'actions concrètes sont réalisables dès à présent, à législation constante. Elles rendront le travail des médecins-contrôleurs plus efficace et plus médicalisé pour la Caisse et les assurés mais aussi, plus intéressant pour eux-mêmes
- De simples médecins-contrôleurs, ils pourront devenir des médecins-conseils reconnus par tous les acteurs du système de soins.
- Les changements proposés doivent être mis en route sans délai, par étapes ou à titre expérimental, pour répondre à l'attente forte de l'ensemble des personnels
- La volonté d'évolution est présente mais le changement doit être visible, au sein de la Caisse pour la motivation individuelle et la dynamique collective, comme à l'extérieur pour son image de marque et sa crédibilité

*Merci à Henri Genat et Nabil Seman
pour leur collaboration efficace
dans le déroulement de cette mission*

IV - Préconisations

- **Réunion**

Plusieurs types de réunion sont nécessaires, déjà existantes ou réalisables à court terme

les réunions d'information mensuelles avec le médecin-chef, annuelles ou bi-annuelles avec le directeur général sont à conserver,

les nouvelles directives serviraient de base à des réunions, dont la périodicité pourrait devenir hebdomadaire, pour être plus efficaces,

la réorganisation favoriserait les échanges transversaux au sein et entre les équipes régionales,

l'organisation de réunions thématiques, éventuellement mixtes Service administratif / Service médical permettrait de développer la dynamique de travail en commun

V - Annexes

1 - décret du 26 septembre 1963

2 - décret du 6 janvier 1968

Annexe I

Loi relative à la Sécurité sociale au Liban (extraits)
décret n° 13 955 du 26 septembre 1963

documentation remise par la CNSS du Liban.

TITRE II

ETAPES ET CHAMP D'APPLICATION DE LA SECURITE SOCIALE

Article 7.- La Sécurité Sociale comprend les branches suivantes :

- a) l'assurance maladie-maternité
- b) l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles
- c) le régime des allocations familiales
- d) le régime de l'indemnité de fin de service.

Elle sera appliquée en trois étapes.

Article 8.- La première étape débutera au plus tard 18 mois à partir de la publication de la présente loi au Journal Officiel. Un décret pris en Conseil des Ministres, sur proposition du Ministre du Travail et des Affaires Sociales et après avis du Conseil d'Administration, déterminera la date à laquelle commencera l'application de chacune des branches prévues à l'article précédent.

La deuxième étape débutera au plus tard deux ans après la mise en application de la dernière branche de la première étape.

La troisième étape débutera deux ans au moins après la mise en application de la deuxième étape.

Article 11.- Dans chacune des trois premières branches désignées à l'article 7 ci-dessus il sera créé une section d'assurés volontaires. Chaque section aura une comptabilité distincte et devra réaliser son propre équilibre financier.

Pourront y adhérer, dès la première étape :

- a) les personnes qui exécutent des travaux, ou prêtent leurs services, pour le compte de leur conjoint ou de leurs ascendants ou descendants en ligne directe, et cela sur la demande de leur employeur;
- b) les personnes qui cessent de remplir les conditions d'assujettissement aux Caisses maladie-maternité, accidents du travail et fin de service, à condition qu'elles résident sur le territoire libanais et fassent leur demande dans les trois mois qui suivent la date à laquelle a pris fin l'assujettissement obligatoire.

Pourront y adhérer, dans la seconde étape :

- a) les employeurs et travailleurs agricoles correspondant aux catégories mentionnées aux paragraphes c et e ci-dessus;
- b) les employeurs et travailleurs indépendants non agricoles, à moins que le Conseil des Ministres n'accepte leur adhésion dès la première étape, sur proposition du Ministre du Travail et des Affaires Sociales et après avis du Conseil d'administration de la Caisse.

Article 12.- Une loi spéciale déterminera les conditions auxquelles le régime de la Sécurité Sociale, ou une ou plusieurs de ses branches, seront applicables obligatoirement, dans la troisième étape, aux personnes non affiliées déjà à la Caisse dans la première et la deuxième étape (travailleurs non salariés, travailleurs indépendants, employeurs, etc.).

LIVRE II - PRESTATIONS

TITRE I

ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

- Article 13.- 1. Il est créé une caisse d'assurance maladie-maternité, dont l'organisation est fixée par le présent titre et l'alimentation par le Chapitre III, Titre I, Livre III de la présente loi.
2. Les éventualités couvertes comprennent :
- a) toute maladie qui n'est pas due à un accident du travail, ou qui n'est pas considérée comme maladie professionnelle;
 - b) la maternité (grossesse, accouchement et leurs suites);
 - c) l'incapacité temporaire de travail, résultant d'une maladie ou de la maternité et ayant entraîné une suspension du gain de l'assuré;
 - d) le décès qui n'est pas dû à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.
- Article 14.- 1. Les personnes protégées comprennent les assurés et les membres de leur famille.
2. Sont considérées comme membres de la famille de l'assuré, les personnes suivantes lorsqu'elles vivent habituellement à son foyer et qu'elles sont à sa charge :
- a) les père et mère du salarié, âgés de plus de 60 ans, ou qui, par suite d'une infirmité physique ou mentale, ne sont pas en mesure de gagner leur vie ;
 - b) l'épouse légitime de l'assuré et, en cas de pluralité, la première;
 - c) l'époux de l'assurée, âgé d'au moins 60 ans révolus ou qui, par suite d'une infirmité physique ou mentale, n'est pas en mesure de gagner sa vie;
 - d) les enfants légitimes ou adoptifs de l'assuré, jusqu'à l'âge de 16 ans révolus; cette limite d'âge peut être reportée au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans pour les enfants qui ne sont pas en mesure d'assurer leur subsistance, soit parce qu'ils se consacrent entièrement à leurs études, soit par suite d'une infirmité physique ou mentale, à condition que cette infirmité soit permanente et se soit manifestée avant l'accomplissement de la 16ème année. Les enfants infirmes sont pris en charge par l'assistance publique après l'âge de 25 ans.

Article 15.- 1. Les prestations de l'assurance maladie-maternité comportent :

- a) les soins médicaux préventifs et curatifs;
- b) en cas de maternité, les examens et soins prénatals, les soins nécessaires pendant l'accouchement et les soins postnatals;
- c) en cas d'incapacité temporaire de travail faisant suite à une maladie ou maternité, l'indemnité de maladie ou de maternité;
- d) en cas de décès, l'allocation de frais funéraires.

2. Les prestations de l'assurance maladie-maternité ne sont dues à l'assuré qu'à la condition qu'il n'ait pas droit, pour le même cas, aux prestations de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles.

3. Les prestations nécessaires en cas de grossesse pathologique, ou à la suite de couches pathologiques, sont considérées comme des prestations de maladie à partir de la date où l'état malsain est constaté par un médecin contrôleur de la Caisse.

Article 16.- (tel que modifié par la loi promulguée par décret N° 2653 du 15/1/1972,

1. Pour avoir droit aux prestations de maladie, l'assuré doit justifier d'au moins trois mois d'assurance au cours des six mois précédant la date de la constatation médicale ou de la date de son décès.

A cette fin, est considéré comme mois d'assurance le mois au cours duquel le salarié a été assujéti de façon ininterrompue à l'assurance et pour lequel les cotisations ont été ou sont censées avoir été versées par l'employeur.

Lorsque le salarié n'a pas été assujéti de façon ininterrompue à l'assurance, le total de toutes les périodes égales à 25 jours ou à 4 semaines, pour lesquelles les cotisations ont été ou sont censées avoir été versées compte pour un mois d'assurance.

Sont assimilées aux périodes d'assurance les périodes pendant lesquelles l'assuré est reconnu inapte au travail par suite de maladie, maternité ou d'accident du travail.

2. En outre, pour prétendre aux prestations de maternité, l'assurée, qu'il s'agisse d'elle-même ou d'un membre de sa famille, doit justifier de son assujétiement à l'assurance six mois au moins avant la date présumée de l'accouchement.

3. Les dispositions du paragraphe 1. du présent article ne sont pas applicables lorsque la maladie ou le décès est dû à un accident autre qu'un accident du travail, à condition que l'assuré soit déjà inscrit à la date de l'accident.

4. L'assuré qui cesse de remplir les conditions nécessaires à son assujétiement à l'assurance-maladie a droit aux prestations de maladie, non seulement pour les maladies qui se sont déclarées avant la fin de l'assujétiement, mais aussi pour celles qui se déclarent dans le délai de trois mois qui suit cette date, ainsi qu'aux prestations de maternité, lorsqu'il est présumé que l'accouchement aura lieu dans un délai de trois mois qui suit la fin de l'assujétiement.

5. Pour permettre à l'assuré de prouver son droit aux prestations, l'employeur doit remettre à tous ses employés enregistrés auprès de la Caisse, un relevé des salaires conformément au formulaire établi par la Caisse ou remis par elle.

CHAPITRE II - SOINS MEDICAUX

Article 17.- (tel que modifié par la loi promulguée par décret N° 2653 du 13/1/1972)

1. Les soins médicaux sont accordés à toute personne assujettie à cet effet à l'assurance maladie-maternité, ou qui aurait droit aux indemnités de maladie ou de maternité, ainsi qu'aux membres de sa famille visés au paragraphe 2 de l'article 14 ci-dessus.
2. Les soins médicaux comprennent au moins :
 - a) En cas de maladie :
 - 1) les examens médicaux, les radiographies et les examens de laboratoires et analyses;
 - 2) les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile nécessaires et les soins de spécialistes, dans les conditions fixées par le Règlement Intérieur de la Caisse;
 - 3) les soins dentaires, après qu'un décret spécial pris en Conseil des Ministres, sur proposition du Ministre du Travail et des Affaires Sociales et après avis du Conseil d'Administration, en autorisera la prestation et en fixera les modalités;
 - 4) les médicaments et produits pharmaceutiques nécessaires, à condition qu'ils figurent sur la liste approuvée par la Caisse et qu'ils soient prescrits par ordonnance d'un médecin, ou, le cas échéant, d'un dentiste;
 - 5) l'hospitalisation (entretien, soins médicaux et opérations chirurgicales) dans un hôpital ou une autre institution médicale appartenant à l'Etat ou à la Caisse, ou agréée par celle-ci, lorsqu'elle est jugée nécessaire par un médecin;
 - 6) la fourniture des appareils de prothèse et d'orthopédie mentionnés dans la liste établie par la Caisse, sous réserve d'approbation par le Contrôle médical.
 - b) En cas de maternité :
 - 1) les examens et soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals donnés par un médecin ou une sage-femme, diplômée ou agréée;
 - 2) les médicaments et produits pharmaceutiques nécessaires, à condition qu'ils figurent sur la liste approuvée par la Caisse et qu'ils soient prescrits par ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme diplômée;
 - 3) l'hospitalisation (entretien, soins médicaux et opérations chirurgicales) dans un hôpital, une maternité ou une autre institution médicale appartenant à l'Etat ou à la Caisse, ou agréée par celle-ci, lorsqu'elle est jugée nécessaire par un médecin ou une sage-femme diplômée.
3. Dans le cas où le fonds de réserve permanent dépasse le seuil minimal mentionné à l'article 56 de la présente loi, le Conseil d'Administration peut décider, après approbation du Conseil des Ministres et sur proposition du Ministre du Travail et des Affaires Sociales, soit une diminution du tour des cotisations, soit une augmentation des prestations.

- Article 18.- (tel que modifié par la loi promulguée par décret N° 2653 du 13/1/1972)
1. Les soins médicaux devront tendre à préserver ou rétablir la santé de la personne assurée, ainsi que son aptitude à travailler.
 2. Les médecins sont tenus, dans leurs prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.
 3. Afin de contrôler l'état de santé des personnes assurées, la Caisse peut, suivant les modalités à fixer par le Conseil d'Administration, soumettre ces personnes à un examen médical par le médecin désigné par la Caisse, le cas échéant en collaboration avec le médecin de l'entreprise par laquelle l'assuré est employé.
 4. Le règlement intérieur de la Caisse déterminera le nombre et la nature des examens prénatals et postnatals auxquels la femme bénéficiaire de l'assurance doit se soumettre, ainsi que les conditions dans lesquelles ces examens seront pratiqués.
 5. L'organisation et le fonctionnement du Service du contrôle médical sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres, sur proposition du Ministère du Travail et des Affaires Sociales et après avis du Conseil d'Administration. Les modalités d'attribution des soins médicaux et les règles à observer à cet effet par les personnes assurées, les médecins et dentistes, les sages-femmes et les établissements médicaux ou pharmaceutiques seront précisées par un Règlement intérieur pris par le Conseil d'Administration de la Caisse.

- Article 19.- (tel que modifié par la loi promulguée par décret N° 2653 du 13/1/1972)
1. Les soins médicaux sont fournis pour chaque cas de maladie pendant une durée maximum de 26 semaines.
 2. Si, à l'expiration de la durée précitée de 26 semaines, le médecin contrôleur de la Caisse estime que la maladie pourrait être guérie, grâce à une nouvelle période de traitement ne dépassant pas 13 semaines, la Caisse s'accordera la continuation de cette prestation jusqu'à l'expiration de cette dernière période.
 3. Pour les cas de maladie dont la nature est reconnue par le Conseil d'Administration comme nécessitant des soins médicaux pour une durée dépassant au total 39 semaines, la durée maximale de ces soins peut être fixée par le Conseil à un an. A l'expiration de ce délai, le Conseil d'Administration signalera le cas de l'intéressé aux institutions de l'Assistance Publique.
 4. Pour les cas de maladies chroniques ou incurables, mais n'entraînant pas d'arrêt de travail, un Règlement fixera les conditions de fourniture de soins et médicaments à l'expiration de la troisième période prévue au paragraphe 3 du présent article.

Article 20.- 1. Un décret pris en Conseil des Ministres détermine, sur proposition du Ministre du Travail et des Affaires Sociales et après avis du Conseil d'Administration, dans quelle mesure les personnes assurées sont tenues de participer au coût des soins médicaux fournis, en cas de maladie et de maternité, conformément aux dispositions de l'article 17, paragraphe 2.

2. Toutefois, en cas d'incapacité temporaire de travail d'un assuré, celui-ci est dispensé de toute participation au coût des soins médicaux, à partir de la sixième semaine d'incapacité.

Article 21.- (tel que modifié par la loi promulguée par décret N° 2653 du 13/1/1972)

1. Les soins médicaux sont fournis par les médecins, les dentistes, les sages-femmes diplômées ou agréées, les hôpitaux, dispensaires et autres institutions médicales ou pharmaceutiques agréées par la Caisse.

Sont agréées de droit, à condition qu'ils se conforment au règlement de la Caisse, les médecins, dentistes, sages-femmes, exerçant en conformité avec les règlements de la profession, et les hôpitaux, dispensaires et autres institutions médicales et pharmaceutiques légalement autorisés.

Ils sont rétribués selon les conditions générales établies par la Caisse en matière de soins médicaux, après consultation des associations professionnelles intéressées.

2. Toutefois, dans les cas reconnus graves et urgents, les malades qui ne sont pas en mesure de s'adresser aux personnes et aux établissements désignés au paragraphe précédent, peuvent faire appel à une personne ou un établissement non agréé par la Caisse, dans les conditions fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

3. La Caisse établit périodiquement la liste par région des personnes et des établissements médicaux ou pharmaceutiques qui ont reçu son agrément pour soigner les personnes assurées. Cette liste est établie après consultation des organisations professionnelles et institutions médicales. Elle est révisée selon la même procédure.

Annexe 2

Organisation et fonctionnement du Contrôle médical
décret n° 9084 du 6 janvier 1968

documentation tenue par la CNSS de Liège

tout médecin ou pharmacien contrôleur soumis aux dispositions de ce décret d'exercer en vue de gain toute sorte d'activité personnelle, sauf permission exceptionnelle délivrée par décision du directeur général en ce qui concerne la production de livres scientifiques, littéraires, ou techniques, ou l'enseignement dans les universités seulement.

Dans une période intermédiaire qui ne doit pas dépasser 3 ans, il sera possible d'engager des médecins et des pharmaciens par contrat, et à temps partiel, à condition que le reste de leur temps sera consacré au service d'un institut public ou d'un institut d'enseignement à l'exception de toute activité professionnelle libre ou commerciale.

Article 4: Le médecin chef peut, après accord du directeur général, déléguer une partie de ses activités à un médecin contrôleur qui le remplacera en son absence.

Article 5: Les médecins et pharmaciens qui forment le Service du contrôle médical sont tenus au secret professionnel suivant les lois et les règlements en vigueur.

Article 6: Toute faute commise par un médecin ou Pharmacien dans l'exercice de ses fonctions, ou pendant l'exercice de ses fonctions le soumet aux sanctions disciplinaires prévues au règlement intérieur de la Caisse, et suivant les conditions indiquées dans ce règlement et en plus de sa responsabilité civile et pénale .

Les sanctions disciplinaires citées au paragraphe ci-dessus ne seront prononcées que sur proposition justifiée de la commission médicale prévu à l'article 6 du code de Sécurité Sociale.

Article 7 : Les médecins et pharmaciens contrôleurs exercent leur contrôle sur les malades bénéficiaires des prestations de la Caisse nationale de Sécurité Sociale. Il faut les consulter obligatoirement, comme ils doivent donner un avis dans tous les cas prévus au code de Sécurité Sociale, aux décrets d'application, et aux règlements intérieurs; et ce dans le cadre de l'assurance maladie maternité, accidents de travail et maladies professionnelles, indemnité de fin de service; et notamment les maladies nécessitant un traitement de longue durée, l'hospitalisation pour une durée dépassant 20 jours, les cas d'entente préalable prévus dans la nomenclature, les cas nécessitant un appareillage médical et le contrôle périodique de l'état de Santé des invalides l'incapacité au travail, la fixation de la date de guérison, ou de consolidation des blessures en cas d'accident de travail ou de maladies professionnelles, etc... etc... Les médecins contrôleurs sont tenus avec les pharmaciens contrôleurs aux principes de l'économie dans les prescriptions. Ils doivent indiquer à la caisse les démarches à faire pour prévoir une incapacité permanente dans le cas d'accidentés de travail et pour leur assurer une rééducation professionnelle.

Article 8 : Sauf les cas prévus à l'article 7 et qui nécessitent obligatoirement l'avis du service du contrôle médical, les unités administratives ont droit de demander avis à ce service selon les besoins. Les unités administratives doivent fournir au service du contrôle médical, et à sa demande, tous les renseignements nécessaires à l'efficacité du contrôle.

Article 9 : En plus des médecins contrôleurs cités à l'article 8 ci dessus, le service du contrôle médical peut avoir recours, dans le domaine des règlements, à des médecins consultants non soustraits au règlement indiqué dans ce décret.

Article 10 : Le contrôle médical s'effectue à la demande de l'unité administrative spécialisée à la caisse, en se basant sur l'examen du malade, ou après vérification des pièces justificatives qui contiennent le dossier médical du malade. L

L'examen du malade peut s'effectuer :

Soit à la résidence du malade s'il n'est pas en état de se déplacer.

Soit à l'Hôpital.

Article 11 : Le médecin contrôleur n'a pas le droit de s'immiscer dans les relations entre le malade et son médecin traitant. Il doit s'interdire en présence du malade de poser un diagnostic ou de donner son avis sur le traitement.

Le médecin contrôleur doit contacter le médecin traitant s'il le juge utile pour le malade ou pour le contrôle à condition que toutes les précautions soient prises pour garder son secret professionnel.

Article 12 : Les medecins et pharmaciens contrôleurs ont le droit de se mettre au courant des dossiers médicaux des employés des compagnies, ainsi que des dossiers médicaux qui se trouvent dans les hopitaux et établissements de soins, et ce quand les medecins rattachés à ces hopitaux, compagnies, ou établissements formulèrent des ordonnances prescrivant des arrêts de travail et un traitement quelconque.

Article 13 : Le présent decret est publié et notifié partout où besoin sera .

Sin El Fil
Le 5 Janvier 1968

Charles HELOU



- Chronogramme des stages organisés en France pour les stagiaires libanais en 98

LA VIE PROFESSIONNELLE 1998

Perfectionnement en France		nature	En semaines	COMPLÉMENTAIRE
04-10-98	05-10-98	Perfectionnement GRH (1 agent de Direction x 4 semaines)	4	= report de 1997
06-11-98	07-12-98	Perfectionnement GRH (1 agent x 4 semaines)	4	
06-11-98	20-11-98	Perfectionnement Directeur Informatique (1 agent de Direction x 3 semaines)	3	= report de 1997
06-10-98	20-11-98	Perfectionnement informaticien sécurité informatique (1 agent x 6 semaines)	6	
06-10-98	20-11-98	Perfectionnement informaticien réseau (1 agent x 6 semaines)	6	
06-10-98	28-11-98	Perfectionnement informaticien base de données (1 agent x 6 semaines)	6	
06-10-98	29-11-98	Perfectionnement chef de projet informatique (1 agent x 6 semaines)	6	
06-10-98	29-11-98	Perfectionnement Gestion Hospitalière (1 agent x 4 semaines)	4	
06-11-98	06-11-98	Perfectionnement Gestion financière (1 agent de direction x 4 semaines)	4	
06-11-98	20-11-98	Perfectionnement Gestion financière (1 agent x 4 semaines)	4	
07-10-98	12-03-99	Perfectionnement Direction Formation (1 agent Direction x 3 semaines)	3	reporté en 1999
07-10-98	05-12-98	Perfectionnement Direction Formation (1 agent Direction x 4 semaines)	4	
07-10-98	05-12-98	Perfectionnement contrôle qualité (2 agents x 4 semaines)	8	
07-10-98	12-12-98	Perfectionnement Médecins (2 médecins x 4 semaines)	8	
07-10-98	01-12-98	Formation CNESSS (2 agents x 6 mois)	24	poursuite sur 1999 reporté sur Février 1999
07-10-98		Formation cours de cadre (CRFP Marseille) (2 agents x 8 mois)		
Missions à l'étranger au Liban (cf document complémentaire A Augier)				
		Total en semaines	94	
		Total en jours	658	

Stage organisé pour M. Hani E.L.-MIR du 10 novembre au 4 décembre 1998

Dates	Organisme	Horaire	Thèmes
Mardi 10 novembre	CAF 93 15-17 rue Jean-Pierre Timbaud 93112 Rosny sous bois cedex Contact M. Alain Auger Tél 01 49 35 48 02		programme transmis ultérieurement
Mercredi 11 novembre		Jour férié	
Jeudi 12 novembre	CAF 93		programme transmis ultérieurement
Vendredi 13 novembre	CAF 93		programme transmis ultérieurement

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

République Libanaise

Bureau du Ministère d'Etat pour la Réforme Administrative
Centre des Projets et des Etudes sur le Secteur Public
(C.P.E.S.P.)

ADFCRI 25-27 rue d'Astorg 75008 Paris
Tel 01 47 42 15 40

Organisateur du stage : M. Nabil SEMAAN
Tel 01 42 24 55 55 07