

Septembre 2011

Edito



Mesdames et Messieurs les présidents de CME,

La CNPCMEHP a acquis une reconnaissance au sein de toute les instances et groupes de travail de la DGOS, HAS, conseils nationaux chirurgie, urgences, Conférence nationale de santé...

Cela nous permet de faire entendre notre voix. Il est donc important de pouvoir relayer les informations aux CME de terrain et faire remonter leurs idées et problématiques.

Pour ceci il existe dans chaque région une Conférence Régionale qu'il appartient de faire vivre car elle est l'interlocuteur à la fois de l'ARS, de l'URPS, et de la FHP régionale. Ce niveau est fondamental avec la régionalisation et la conférence nationale ne peut être véritablement efficace que si les résultats des négociations qu'elle porte, sont déclinés au travers des projets en région.

Dans un système de concurrence la plus saine possible entre secteur public et secteur privé, il est fondamental que les présidents de CME puissent s'exprimer avec leur propre identité, Il doivent avec la représentation des établissements porter des projets autour de la PDS, de l'accueil des internes, de la qualité et gestion des risques, de la pertinence des soins, des actes, et des modes de prise en charge... Ce sont autant de sujet ou ne pouvons pas nous contenter de subir.

Je vous appelle donc à faire vivre ces conférences régionales, et à tisser avec les autres instances des liens qui permettront de porter des projets construits avec les CME, et non sans les CME.

Dr Jean Luc BARON
Président de la CNPCMEHP



Vous avez été Président de la CNPCMEHP pendant 10 ans, pourquoi se réinvestir dans l'animation la conférence des CME votre région ?

On ne se refait pas... Je reste persuadé que l'action collective est un gage d'efficacité, au niveau d'un établissement comme d'une région ; en rassemblant les médecins dans chaque clinique, les CME dans chaque région, on assoit notre capacité à peser sur les décisions qui concernent l'activité médicale. Mon expérience de dix ans à la tête de la Conférence Nationale sera utile pour relancer la Conférence Régionale, que j'ai fondé il y a maintenant quinze ans, convaincu alors que la structuration au niveau régional est indispensable .

Quels sont les enjeux d'une instance représentative forte des CME en région ?

La création récente des ARS, dotés de tous les pouvoirs, a renforcé la nécessité d'établir un équilibre ; le secteur public est clairement favorisé dans les choix qui sont effectués, même si les propos tenus par la Tutelle disent le contraire.

A cet égard, le dossier de la permanence des soins en établissement de santé (PDES) est éloquent... Nous ne prétendons pas parvenir seuls à inverser la tendance, mais il est certain que l'absence des CME de l'Hospitalisation Privée serait préjudiciable à notre secteur, à notre activité et aux patients qui nous font confiance. J'ajoute que, sur le plan économique, les finances publiques trouveraient leur avantage à cet équilibre ; voyez la convergence tarifaire...

Quelles relations peut-on avoir avec l'ARS, dans un contexte où ce niveau n'a pas de traduction réglementaire ?

Depuis le début de l'existence des CME dans les cliniques (ordonnances Juppé de 1996), la réglementation est minimaliste... Nous avons travaillé pour qu'elle évolue, en fonction de la réalité de nos établissements, des nécessités de leur fonctionnement et des contraintes extérieures, légales et sociétales. Et sans attendre ces évolutions, les CME, dans un grand nombre de cliniques, ont su conquérir leur place, acquérir une légitimité, en partenariat avec les directions d'établissements et leur fédération. Il en est de même au niveau régional : nous ne pouvons attendre l'inscription d'une place hypothétique de la Conférence Régionale pour travailler avec l'ARS ; grâce à la présence des Présidents de CME du Privé dans les Conférences de Territoire, grâce à la collaboration des URPS, nous pouvons faire entendre la voix des CME au niveau régional. A tous ces niveaux, le dialogue, la persuasion, sont nos seules armes...

Comment porter des messages cohérents avec la représentation des établissements auprès des tutelles, pour renforcer le secteur privé et ne pas l'affaiblir ?

Pour les autorités de tutelle, l'Hospitalisation Privée est un bloc : en s'adressant aux dirigeants des cliniques, elles comptent bien faire passer les messages aux médecins qui y exercent, et, en écoutant la FHP, ils pensent avoir l'avis des praticiens. La réalité est évidemment plus complexe ; à nous d'agir dans deux directions : établir une vraie discussion avec la FHP régionale, en gardant à l'esprit les intérêts parfois divergents des uns et des autres, mais aussi, car nous ne sommes pas naïfs à l'excès, être attentifs au portage de nos messages et au retour d'information.

L'URPS médecins est censée représenter les médecins libéraux, y compris ceux exerçant sur plateau technique. Ne doit-il pas y avoir concertation à trois entre CRPCMEHP-URPS-FHP régionale ?

La collaboration avec les URPS, successeur des URML, n'est pas une nouveauté pour nous : j'avais signé en mai 2006 avec le Président National des URML de l'époque, Pierre MONOD, une convention sur l'Évaluation des Pratiques Professionnelles, puisque nous avons obtenu du Ministère que cette EPP soit organisée conjointement par nos deux institutions. La proximité entre ces deux instances est

toute naturelle au vu de leurs missions, et la présence de personnalités communes dans leurs rangs renforce les possibilités de coopération. La concertation à trois, avec la FHP comme partenaire, fait partie des préconisations de notre Conférence depuis longtemps

Focus



Le paiement à la performance : de l'individuel au collectif

La [nouvelle convention](#) signée le 26 juillet dernier va permettre aux médecins volontaires sur la base d'indicateurs de qualité proposés par la profession, d'obtenir une rémunération complémentaire. Ce mode de rémunération sera réservé pour l'instant aux premiers recours (médecins traitants). On peut se féliciter de cette évolution nécessairement complémentaire à la seule incitation par sanctions qui existait jusqu'à présent.

Les indicateurs qui vont être retenus vont concerner les prescriptions, la tenue du dossier médical entre autre et évoluer vers l'organisation des cabinets médicaux.

Mais qu'en est-il pour les médecins exerçant sur plateaux technique, déjà soumis par l'intermédiaire des établissements à des indicateurs déjà en place depuis plus de 3 ans, et publiés très régulièrement vers le grand public.

Certes les sanctions quand elles existent (prescriptions de médicaments, DMI, transports...) pèsent sur les établissements et non directement sur les médecins. Mais tout un chacun sait que ces pénalités sont un frein à l'investissement pour les établissements en termes de locaux et de matériel. Les conséquences sont préjudiciables à l'activité des médecins qui exercent dans ces établissements.

Quant à l'organisation collective à laquelle participe de façon importante la CME, elle n'est pas valorisée.

La CNPCMEHP compte bien ouvrir dès à présent le débat sur le paiement à la performance version collective, sujet qui est complémentaire de l'indemnisation des fonctions transversales.

La CNPCMEHP a depuis longtemps soutenu un modèle de financement tripartite médecins, établissements, tutelles, qui n'a jamais pu être mis en place avec le refus des tutelles à jouer son rôle dans ce modèle.

Le système du paiement à la performance dans une version collective peut être la voie pour que les tutelles prennent leur responsabilité dans le financement de l'organisation médicale et de l'établissement autour de la qualité et la gestion des risques. Les indicateurs existent, et sont finalement du même type que ceux qui seront retenus pour le paiement à la performance individuelle des médecins traitants.

Ainsi la rémunération des fonctions transversales pourrait s'appuyer sur deux modes de financement, une partie fixe et une partie variable, à la performance basée sur les indicateurs.

Travailler plus pour travailler mieux est logique, travailler mieux grâce au bénévolat ne l'est pas ...et ne peut pas être inscrit dans la durée. Le temps que prennent certains praticiens pour une meilleure organisation du travail collectif au sein d'un établissement au bénéfice du patient, doit être récompensé.

Actualités

toutes les actus des CME

Prochaine journée nationale de la CNPCMEHP le 20 octobre 2011 au CNIT, en partenariat avec la FHP. [Programme \(cliquez ici\)](#)



En direct du journal

Découvrez tous les nouveaux textes et décrets

- [Décret relatif aux CME du privé](#)
- [Décret relatif à la politique du médicament](#)
- [Décret relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins en établissements de santé](#)

C.N.P.C.M.E.H.P.

