

Mardi 30 OCTOBRE 2012

Edito



Mesdames et Messieurs les présidents de CME,

La CNP CME HP a officiellement été reçue à la demande de Madame Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. L'entretien d'une heure (30 minutes seulement avec la ministre) s'est tenu en présence de son conseiller « Organisation des soins » Monsieur Christophe LANNELONGUE, et d'Elsa PTAKHINE conseillère (auparavant en poste à la FHP).

Cette rencontre a été l'occasion de la [remise d'un rapport](#) exprimant les principales demandes portées par notre syndicat au bénéfice des CME de terrain.

Le premier point qui a fait l'objet d'un débat constructif avec la ministre puis avec ses conseillers, a porté sur la **valorisation des fonctions transversales de coordination**, que la loi HPST a renforcée, autour du management de la Qualité et la Gestion des Risques.

Pour une fois, nous nous ne sommes pas entendus dire comme à l'habitude « la valorisation de ces missions sont déjà dans les tarifs » ce qui, en soit, est une avancée notable. Ces propos ont été accompagnés d'une réelle volonté du ministère, dans le cadre des évolutions de rémunération des médecins, d'engager une réflexion en ce sens. Je saurais la relancer sur cet engagement si nécessaire.

Nous avons également été d'accord avec la ministre sur le constat que le temps libéré pour ces fonctions était autant de temps pris sur l'activité libérale, source de nos revenus. Nous avons rappelé à Mme Touraine que cette pratique n'a pas lieu dans les hôpitaux publics, où les praticiens dédiés à ces missions ont leur temps de travail dévolu à la production de soins nettement allégé, sans pour autant connaître une répercussion sur leur rémunération.

Nous estimons ici anormal que l'expérimentation de paiement à la performance pour les établissements qui débute prochainement, n'ait pas inclus des indicateurs de « temps médical passé ». Cela aurait été l'occasion d'approcher plus finement l'engagement médical bien réel dans les établissements et notamment les plus performants. Force est de constater que nous n'avons pas été associé à la préparation de cette expérimentation. Une occasion manquée que j'ai souligné à la ministre et ses conseillers.

Depuis cet entretien, nous avons appris de la DGOS que des financements attribués aux fonds FIR et à disposition des ARS avaient été déployés pour répondre à cette problématique du temps passé aux missions de coordinations, tant pour la médecine de ville et les maisons de santé pluridisciplinaire, que pour les praticiens exerçant sur plateau technique et en établissement.

La CNP CME HP appelle les présidents régionaux à se rapprocher, avec la FHP, des ARS, pour qu'enfin puisse aboutir un dossier que nous défendons depuis de nombreuses années : celui portant sur un modèle de financement tripartite, avec une part venant des praticiens permettant de faire vivre de façon indépendante et non subordonnée les CME, et une part venant des tutelles et établissements permettant aux CME d'assumer les missions de management qui leurs sont confiées.

La question de la **Permanence des soins en Etablissement** a été également abordée. J'ai rappelé le poids de l'hospitalisation privée sur ce sujet essentiel, ainsi que l'engagement responsable des libéraux, tout en constatant que les décisions des ARS avaient été très disparates et pas toujours équitables.

J'ai également évoqué le cas particulier de la maternité où règne une grande confusion entre continuité et permanence des soins, que l'on retrouve dans les textes réglementaires à la fois avec le décret no 98-899 du 9 octobre 1998 sur l'obstétrique, et les règles nouvelles de la PDS ES. Porteur des messages du Conseil d'administration de la CNP CME HP, j'ai demandé que soit étudiée la possibilité pour les équipes de choisir le système conventionnel ou le système de PDS ES, sans que le choix d'une équipe par spécialité (obstétriciens par exemple) n'ait un quelconque impact sur le choix des équipes des autres spécialités (anesthésistes et pédiatres). La DGOS a été depuis saisie et nous suivons ce dossier de près.

Je vous donne à tous **rendez-vous le 7 décembre 2012 à LYON où se tiendra cette année notre journée nationale des présidents de CME organisée en partenariat avec la FHP**. Le thème central de l'après-midi sera : « La gestion des risques en équipe : une nouvelle mission managériale pour les CME », suivie d'une AG plus longue qu'à l'habitude afin de nous permettre de débattre de tous ces sujets et procéder au renouvellement du Conseil d'administration. Ce congrès étant organisé en partenariat avec la FHP, **le mot d'ordre est « venez en binôme avec votre directeur »**

Dr Jean Luc BARON
Président de la CNPCMEHP



- **Est-ce au travers de vos expériences passées en tant que médecin libéral, puis directeur de l'URML de Bretagne, que s'est enrichie votre vision d'une démarche en équipe ?**

C'est bien sûr mon expérience très concrète d'accompagner les démarches d'amélioration des pratiques qui m'a convaincu de la nécessité de mettre l'accent sur les équipes de soins. Cette expérience est confortée par la littérature scientifique qui met elle aussi en avant cette notion d'équipe. Les démarches d'amélioration des pratiques apparaissent d'autant plus efficaces qu'elles reposent sur une interactivité entre les professionnels et qu'elles s'inscrivent dans le travail quotidien des professionnels c'est-à-dire le travail en équipe ! D'ailleurs, l'analyse d'un événement indésirable identifie le plus souvent des causes liées au processus de prise en charge et l'organisation du travail en équipe plus que des fautes commises par un professionnel.

- **Le modèle développé pour l'accréditation des médecins, procédure à laquelle les tutelles ne croyaient pas beaucoup au début, a-t-elle des chances de se voir pérennisée dans le dispositif du DPC ?**

Il ne faut pas que les différentes démarches d'amélioration des pratiques ressemblent, pour les médecins qui souhaitent les appliquer, à un parcours du combattant. Un médecin doit pouvoir facilement remplir son obligation de DPC et valider son accréditation à travers la même démarche. A cette condition, il existe une réelle synergie entre les deux dispositifs, le DPC permettant d'ancrer l'accréditation dans une dimension pluridisciplinaire qui lui fait encore défaut.

- **Les CME se sont vu attribuer par la loi HPST des missions en matière de gestions des risques. A ce titre, elles ont à veiller à une animation d'équipe. Comment faire le lien entre les missions nationales des différents OA et la CME de l'établissement en local ?**

Les organismes agréés, grâce à l'analyse consolidée au niveau national des événements indésirables, conduisent à la mise en place de programmes, de recommandations ou encore de solutions pour la sécurité des patients qui constituent autant de supports susceptibles d'être utilisés par le président de CME pour structurer et animer les démarches de gestion des risques dans son établissement. Dans ce cadre, la HAS a initié des pilotes d'accréditation en équipe de manière à conforter le lien entre le travail réalisé au sein des équipes hospitalières, sous la responsabilité des présidents de CME, et des organismes agréés. Ces pilotes reposent sur une idée : l'analyse des événements indésirables est réalisée par l'équipe de soins ; l'organisme agréé étant le support « scientifique » de cette analyse et des retours d'expérience.

- **L'échelon régional est laissé aux mains des ARS, dont les missions sont essentiellement de la régulation et du contrôle. Comment organiser l'accompagnement des professionnels pour relier le travail réalisé au plan national à la réalité de terrain des CME ?**

Les établissements de santé doivent développer une expertise en matière d'accompagnement de la démarche qualité. C'est avant tout l'affaire des professionnels. La HAS, comme les conseils nationaux professionnels de spécialité ou les organismes agréés développant pour leur part des outils facilitant l'ensemble de ces démarches.

Dans le cadre du développement professionnel continu, les organismes professionnels peuvent soutenir ces démarches.

Dossier La permanence des soins en maternité



La refonte de la permanence des soins en établissement de santé a édicté des règles d'accessibilité aux soins avec le devoir d'assumer ces soins d'urgences au tarif opposable, les patients n'ayant pas la possibilité d'être informés d'éventuels suppléments d'honoraires. L'obstétrique inscrite dans cette perspective, est le modèle même où sont confondus la permanence des soins et la continuité des soins.

L'historique

Le [Décret no 98-899 du 9 octobre 1998](#) relatif à l'organisation de l'obstétrique, institue des seuils (en nombre d'accouchements annuels) au-dessus desquels les professionnels doivent organiser une astreinte ou une garde sur place. Ce décret est accompagné par la convention de mesures financières, avec des modificateurs associés à l'acte d'accouchement, et de suivi pour les pédiatres.

- MA : majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés : 150,00 €
- MG : majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement pour le premier acte lié à la surveillance et pour les soins spécialisés des nouveau-nés réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés : 228,68 €

La convention en 2005 institue également, aux travers de contrats « URCAM », des indemnisations pour les praticiens participants à un service d'astreinte ou de garde sur place, et ne tient plus compte du nombre d'accouchements réalisés sur la période.

La constitution des ARS, avec l'intégration des URCAM et la refonte de la PDS, a mis fin à ces contrats. Ils ont été remplacés par des contrats tripartites (ARS-Etablissement-Praticien) dont le cahier des charges impose la prise en charge à tarif opposable des parturientes aux heures de PDSSES (20H – 8H, samedi après-midi, dimanche et jours fériés).

La problématique

Dans un contexte où la revalorisation de l'acte d'accouchement n'est pas en adéquation avec l'augmentation des charges et notamment de la prime d'assurance en responsabilité civile professionnelle, les contraintes liées au cahier des charges de la PDSSES inscrivent les professionnels dans une situation de diminution de revenus dès lors qu'ils ont opté pour le secteur à honoraires libres.

Par exemple, une équipe de 12 obstétriciens qui pratiquent, après information des patientes, des dépassements d'honoraires modérés de 50% du tarif opposable, verraient leurs honoraires baisser chacun d'environ 20.000 € annuels, s'ils s'inscrivaient dans le schéma de la PDSSES.

En revanche, la situation reste inchangée pour les praticiens pratiquant en secteur I.

Quant aux établissements, ils ont besoin, en termes d'image et de bonnes relations avec les ARS, de s'inscrire dans les missions de service public auxquels ils ont accès depuis la loi HPST.

Les propositions

Il existe aujourd'hui plusieurs modes de fonctionnement pour répondre aux obligations du décret de 1998, le système de PDS-ES, et le système conventionnel.

Nous défendons un choix par spécialité, obstétrique, anesthésie, pédiatrie, de l'une ou l'autre des possibilités offertes. Ce choix se fait pour l'ensemble des praticiens de la spécialité concernée, sans que cela n'engage l'autre spécialité dans ce même choix.

Ainsi, dans un établissement soumis à l'obligation d'astreinte ou de garde, les obstétriciens pourraient, vis-à-vis du décret de 1998, choisir le système conventionnel, tandis qu'anesthésistes et pédiatres s'engageraient par contrats dans le système de PDS-ES.

L'établissement quant à lui pourrait, dans les CPOM, s'inscrire dans la mission de service public.

Cette solution nous paraît simple et acceptable par l'ensemble des acteurs y compris pour les ARS qui, pour certaines, n'y sont pas opposées.

Actualités

toutes les actus des CME

Prochaine [journée nationale de la CNPCMEHP le vendredi 07 décembre 2012](#), en partenariat avec la FHP-MCO, [Cité des Congrès de Lyon](#). L'après-midi sera consacré d'une part au management de la gestion des risques en équipe, et d'autre part à une AG cette année plus étoffée en raison de l'actualité, avec notamment au programme l'élection visant à renouveler le Conseil d'administration.



En direct du journal

Découvrez tous les nouveaux textes et décrets

- [TVA sur les actes de médecine et chirurgie esthétique](#)
- [Avenant n°8 à la convention](#)

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