



# Fonctions transversales en cliniques privées en Languedoc-Roussillon

*Evaluation du temps passé par les  
médecins aux tâches collectives pour la  
sécurité des patients*

Etude préliminaire auprès des cliniques privées du Languedoc-Roussillon pour une analyse qualitative et quantitative du temps destiné à la mission réglementaire de la coordination des soins.



# Fonctions transversales en cliniques privées en Languedoc-Roussillon

Evaluation du temps des médecins consacré aux tâches collectives pour la sécurité des patients.

## Contexte de l'étude

Parmi les médecins libéraux rémunérés à l'acte et exerçant en établissement, certains assument des **missions de coordination** concernant notamment la gestion des risques et la qualité des soins au bénéfice des patients mais aussi, de leurs confrères et des établissements.

La loi HPST et ses décrets confient à la CME une **fonction managériale** qui s'inscrit d'une part, dans la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, en partenariat avec la direction de la politique et d'autre part, dans la production d'indicateurs et d'actions qui concourent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité du patient. **L'implication du collectif médical est indispensable**, qu'il s'agisse de la lutte contre les infections nosocomiales, de la réduction de la iatrogénie médicamenteuse, de la lutte contre la douleur, de la prise en charge nutritionnelle ou dans la sécurité des plateaux techniques lourds.

*Des missions réglementaires précisées pour les CME*



La CME doit donner un certain nombre d'avis notamment sur le projet médical et le contrat d'objectifs et de moyens pluriannuel de l'établissement. Un avis est également requis pour toute nouvelle mission de service public envisagée au sein de l'établissement (PDS, accueil des internes, etc.).

La CME détient un rôle renforcé dans la politique du médicament, notamment à travers l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement. En concertation avec le directeur, la CME désigne également un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

De plus, elle arrête l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et désigne en concertation avec le directeur, le coordinateur de la gestion des risques.



**Ces missions chronophages sont assumées bénévolement et diminuent de fait, le temps consacré aux activités rémunérées du médecin.**

Actuellement, de nombreux efforts pour améliorer l'accès aux soins sont demandés aux spécialistes libéraux exerçant en établissements. Il est donc essentiel de **valoriser ce temps consacré aux missions de coordination** afin d'éviter l'épuisement des médecins engagés dans les CME et de maintenir des soins de qualité pour les patients.

## Objectif et méthode

Dans ce contexte, l'objectif de ce travail est **d'évaluer précisément le temps consacré par les médecins aux tâches de coordination**. Cette étude préliminaire qui sera étayée par des données nationales, s'inscrit dans un débat commencé depuis des années et vise l'élaboration de solutions pérennes pour les médecins.

Etant que nous souhaitons obtenir des données chiffrées sur le terrain, un **questionnaire en ligne a été adressé à 59 présidents de CME des établissements privés du Languedoc Roussillon**. Il comprend des questions concernant l'organisation des CME et la gestion du temps des médecins pour assumer leurs missions de coordination.

Le temps moyen consacré à ces missions est alors calculé puis décliné par type d'établissement. Il est également converti en Equivalent Temps Plein (ETP) et valorisé sur la base du revenu net moyen d'un médecin spécialiste libéral selon le rapport effectué par la DREES en septembre 2012<sup>1</sup>.

Les résultats sont comparés aux études déjà existantes (URML Rhône-Alpes 2004, et document du CLAPH 2007).

---

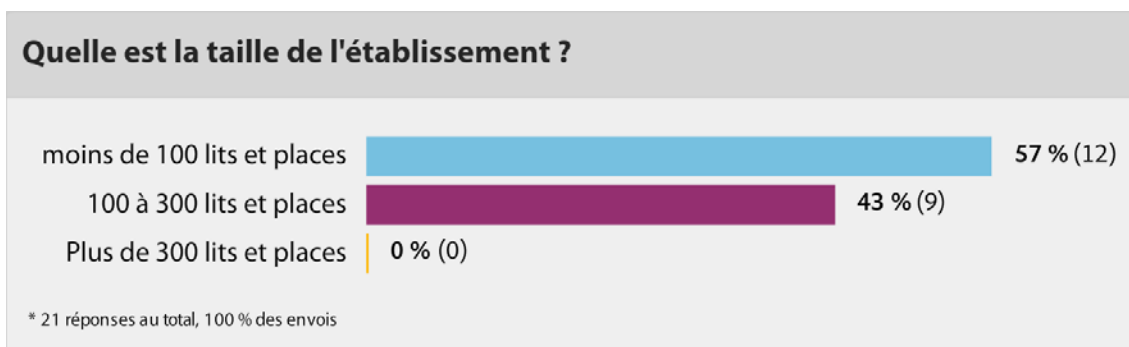
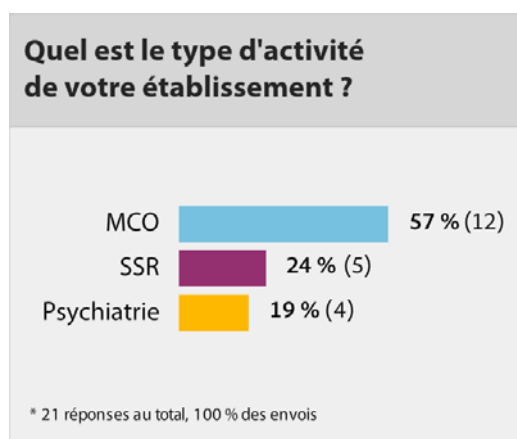
<sup>1</sup> DREES, *Les revenus d'activité des médecins libéraux : le poids des dépassements*, Septembre 2012, Etudes et Résultats, n°811, 4 p., disponible à cette adresse : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er811.pdf>. Etude extraite du rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2011 (DREES).



## Présentation du panel

Parmi les 59 Présidents de CME ayant reçu le questionnaire, **21 Présidents ont répondu** à l'enquête, soit un **taux de réponse de 35,6%**.

Les 21 établissements ayant répondu sont spécialisés en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), ou bien en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou en psychiatrie. La majorité de ces établissements dispose de moins de 100 lits.



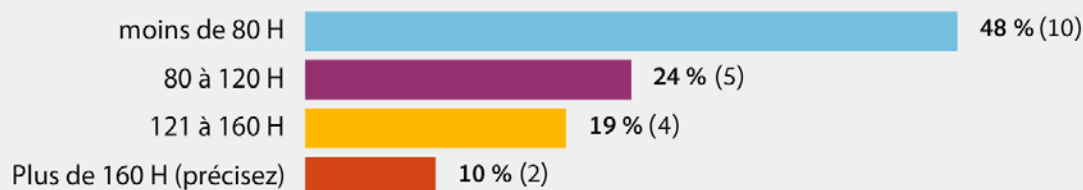
## Analyse des résultats

### 1. Le temps dédié aux tâches collectives pour la sécurité des patients

#### a. La fonction de Président de CME

L'étude révèle que près de 48% des Présidents de CME consacrent moins de 80 heures à la préparation des réunions et des Assemblées Générales (AG) de CME ainsi qu'au pilotage des missions relatives à la gestion des risques associées aux soins. Ce temps, qui exclut les différentes vigilances, varie fortement suivant la taille de l'établissement. En effet, les trois-quarts de ceux disposant de moins de 100 lits consacrent moins de 80 heures à l'organisation de la CME. En revanche, seulement 7 établissements sur 9 ayant de plus de 100 lits consacrent plus de 80 heures à la fonction de présidence (dont deux, plus de 160 heures).

#### 1 - A combien d'heures annuelles estimez vous le temps consacré à la fonction de président de CME (préparation des bureaux et AG CME, co-pilotage de la gestion des risques, ....) ?



\* 21 réponses au total, 100 % des envois

#### b. Les différentes vigilances consacrées à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS)

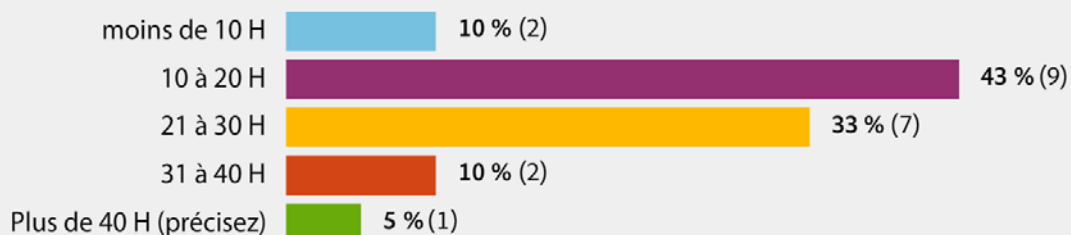
Il nous a paru opportun de faire un focus sur les vigilances particulières que sont la sécurité autour du médicament, la gestion de la prévention des infections nosocomiales et la lutte contre les douleurs. Les résultats sont assez similaires pour ces trois vigilances (voir les trois graphiques, page suivante) :

- 76% des Présidents déclarent que les médecins de la CME passent entre 10 et 30 heures pour le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (9 établissements sur 16 sont des MCO) ;
- 65% des Présidents déclarent que les médecins de la CME consacrent entre 10 et 30 heures à l'instance de lutte contre les maladies nosocomiales (9 établissements sur 13 sont des MCO) ;



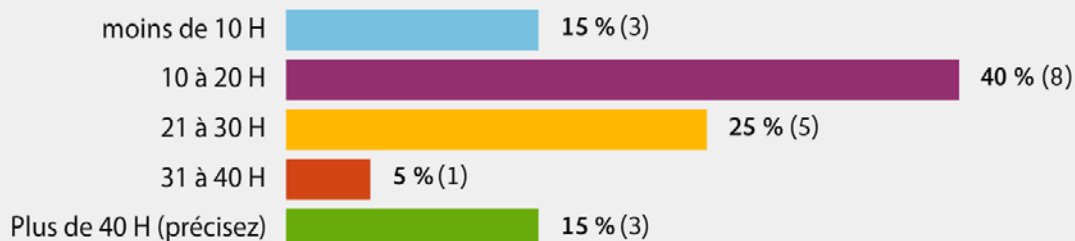
- 65% des Présidents déclarent que les médecins de la CME consacrent entre 10 et 30 heures à l'instance de lutte contre la douleur (12 établissements sur 19 sont des MCO).

**8- A combien d'heures annuelles estimez vous le temps consacré par des médecins de la CME à l'instance de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (nb médecins x nb heures) ?**



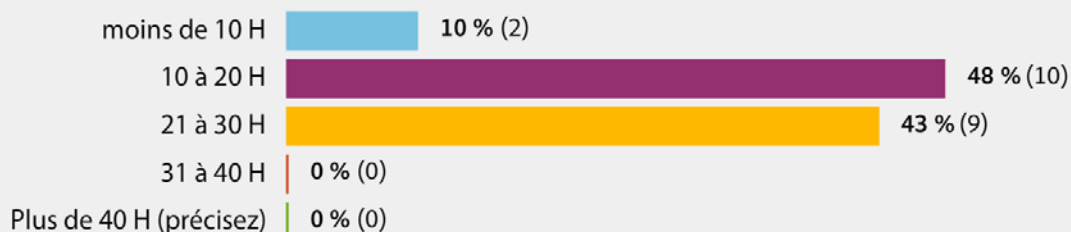
\* 21 réponses au total, 100 % des envois

**7 - A combien d'heures annuelles estimez vous le temps consacré par des médecins de la CME à l'instance de lutte contre les infections nosocomiales (nb médecins x nb heures) ?**



\* 20 réponses au total, 95 % des envois

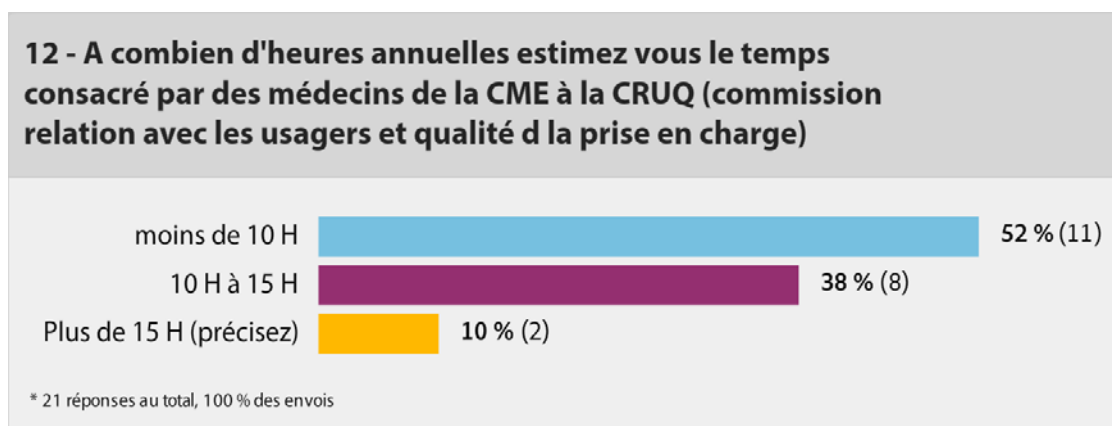
**9 - A combien d'heures annuelles estimez vous le temps consacré par des médecins de la CME à l'instance de lutte contre la douleur (nb médecins x nb heures) ?**



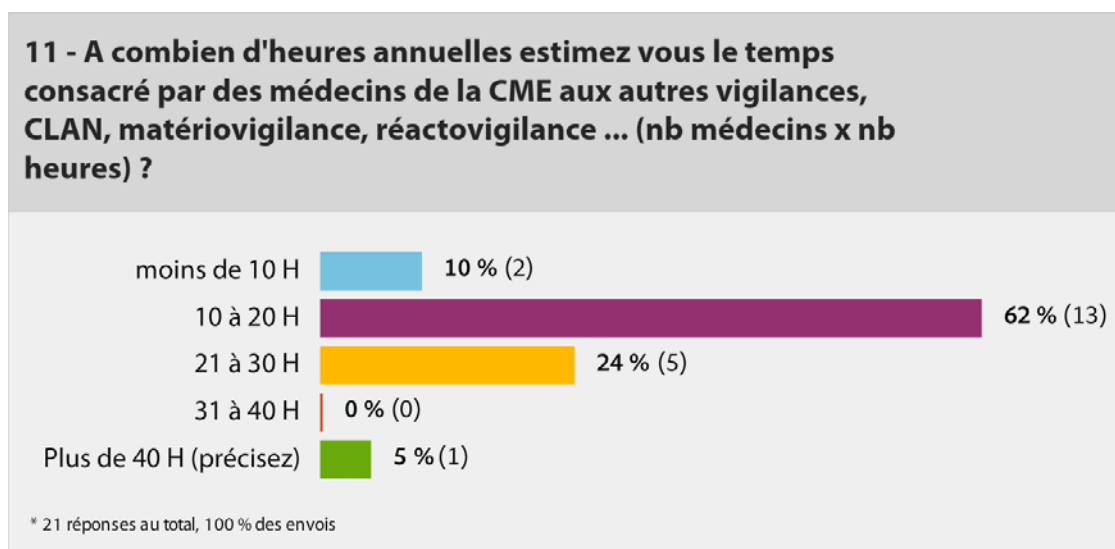
\* 21 réponses au total, 100 % des envois



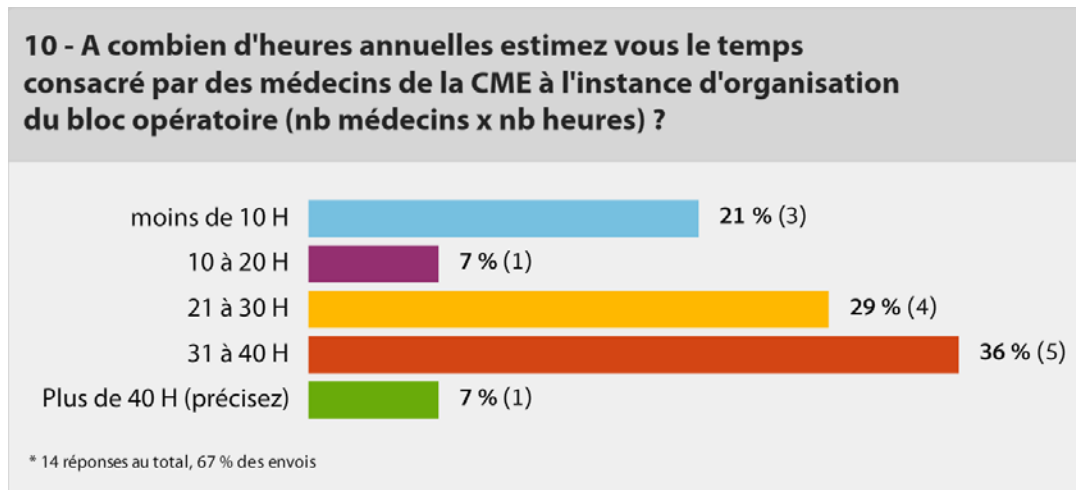
Concernant la participation à la commission concernant les relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge, les médecins des CME sont 52% à y consacrer moins de 10 heures par an.



Le nombre d'heures consacrées par les médecins de la CME aux autres vigilances (CLAN, matériovigilance, réactovigilance, etc.) varie en moyenne entre 10 et 30 heures annuelles pour 62% des établissements.



Enfin il est important de souligner que dans les établissements disposant d'un bloc opératoire, le temps médical dédié est conséquent : selon les Présidents, 72% des médecins de la CME consacrent plus de 20 heures à l'instance d'organisation du bloc opératoire et 36% y passent entre 31 et 40 heures.



Ainsi, sans tenir compte des vigilances spécifiques telle la gestion des risques associés aux soins au bloc opératoire, le temps moyen consacré par les médecins à la coordination de la gestion des risques varie de **85 heures à 545 heures**, soit de **0,11 à 0,51 ETP médecin**.

Les établissements toutes spécialités confondues de moins de 100 lits nécessitent un temps médical de 0,11 à 0,20 ETP, tandis que les établissements de 100 à 300 lits nécessitent un temps médical de 0,10 à 0,51 ETP.

L'existence d'un plateau technique lourd, tel que le bloc opératoire ajoute une charge de travail évaluée est entre **21 et 40 heures en moyenne, soit 0,02 ETP** quel que soit la taille de l'établissement.

Par exemple, les établissements MCO de 100 à 300 lits nécessitent un temps médical de 0,14 à 0,51 avec une moyenne de 0,26 ETP + 0,02 ETP pour le bloc opératoire, soit un total de 0,28 ETP. Le revenu moyen annuel net d'un médecin libéral est de 121 300 € (DREES, 2012). Le montant moyen alloué au temps médical passé aux fonctions transversales est évalué annuellement à 33 964 €. Dans ce cas de figure, la fonction de président de CME incluse est évaluée à 0,08 ETP soit **9 704 € annuel**.

Seul 4 établissements de psychiatrie et 5 établissements SSR ont répondu avec un temps médical consacré aux fonctions transversales équivalent en moyenne à 0,14 ETP, ce qui correspond à un montant moyen de **16 982 € annuel**.

Cette étude devra être étendue à un plus grand nombre d'établissements pour consolider la validité de ces résultats. Néanmoins, **ces premiers résultats montrent un problème majeur : le temps médical indispensable au respect de la réglementation et à la prise en charge sécurisée des patients est conséquent.**





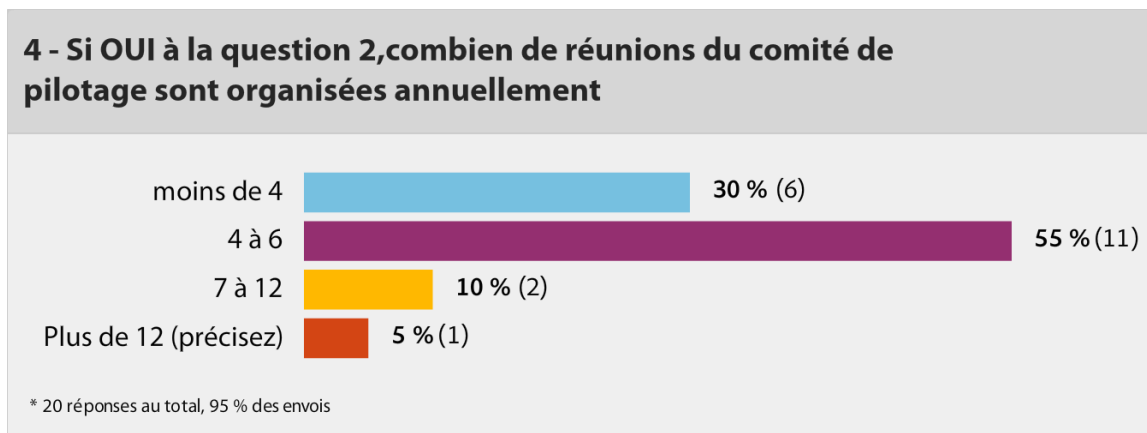
Il est également intéressant de compléter ces premiers résultats par l'analyse du temps consacré à l'organisation de la CME (nombre de réunions de bureau et d'assemblées générales, nombre et durée des réunions de pilotage, la rédaction du rapport annuel).

## 2. L'organisation de la CME

Concernant l'organisation de la CME, le nombre de réunions annuelles de bureau ou d'Assemblée Générale (AG) varie suivant la taille et l'organisation de la CME. En effet, pour les 12 établissements de moins de 100 lits, 4 réunions de bureau ainsi que 4 AG sont organisées en moyenne. Les établissements ayant entre 100 et 300 lits fonctionnent avec environ 3 AG et 7 réunions de bureau chaque année. Par ailleurs, les trois types d'établissements ont sensiblement le même nombre d'AG annuelle (entre 3 et 4) mais le nombre de réunion de bureau est plus important pour les MCO (5 réunions annuelles) et les établissements spécialisés en psychiatrie (6 réunions) que pour ceux spécialisés en Soins de Suite et de Réadaptation (2 réunions).

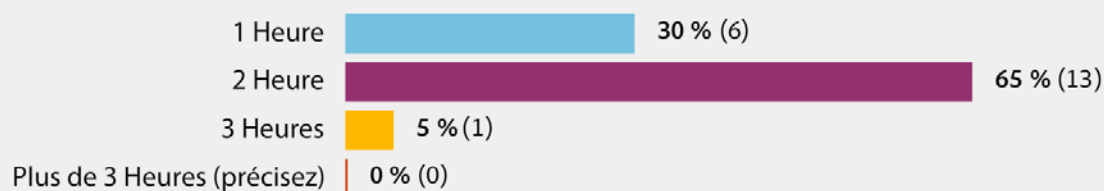
Concernant l'organisation du pilotage de la gestion du risque et sécurité patient, la CNPCMEHP a recommandé un schéma d'organisation de la gestion des risques, en installant un pilotage multi-professionnel et pluridisciplinaire, sous forme d'instance médicale de gestion du risque ou COVIRIS. A cet égard, les résultats montrent que 20 établissements sur 21 ont une instance médicale de gestion des risques associés aux soins regroupant le pilotage des différentes vigilances (question 2).

Selon les Présidents de CME, 55% des établissements organisent entre 4 et 6 réunions destinées au pilotage de cette instance médicale, soit une réunion tous les 2 à 3 mois. Leur durée moyenne est de 2 heures pour 65% des établissements interrogés (voir graphique page suivante).





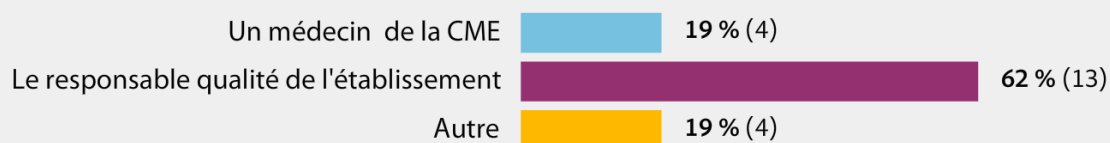
### 5 - Si OUI à la question 2, combien de temps dure (en moyenne) chaque réunion du comité de pilotage ?



\* 20 réponses au total, 95 % des envois

Il est également intéressant de constater que dans 62% des établissements enquêtés, le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins est une fonction assurée par le responsable qualité de l'établissement. Dans seulement **19% des établissements, le coordinateur est un médecin de la CME**. L'enquête ne montre pas de relations significatives selon le type d'activité ou la taille de l'établissement.

### 6 - Qui dans votre établissement a été désigné comme coordinateur de la gestion des risques associé aux soins



\* 21 réponses au total, 100 % des envois

Enfin, **67% des établissements rédigent un rapport annuel** conformément au décret concernant les CME privées.



## Conclusions

Ainsi les résultats de l'étude montrent que **le temps dédié par la collectivité médicale à la coordination de la gestion des risques ou à l'expertise dans les comités opérationnels des vigilances est conséquent quel que soit le type d'activité**. Il est évalué à 0,26 ETP en moyenne pour les établissements MCO de 100 à 300 lits et à environ 0,15 ETP pour les établissements MCO de moins de 100 lits et les établissements de psychiatrie et SSR.

En comparaison des chiffres présentés dans l'étude de l'URML Rhône-Alpes en 2004, on constate que **le temps passé aux fonctions transversales a augmenté** avec l'apparition progressive de nouvelles tâches réglementaires, tandis que le temps passé à la fonction de président de CME est resté stable, vraisemblablement grâce à l'optimisation de la fonction par le modèle d'organisation développé par la CNPCMEHP, mais aussi parce qu'il s'agit d'un seuil qui ne peut être dépassé dans le cadre d'une rémunération exclusive à l'acte qui caractérise l'activité libérale.

L'étude auprès des directeurs des cliniques menée par le CLAPH en décembre 2007, s'appuyant sur un modèle d'indemnisation de 3 C horaire et ne prenant en compte que certaines vigilances, est un modèle tout à fait concordant avec la présente enquête. **Pour un établissement de 100 à 200 lits l'évaluation financière du temps médical passé aux fonctions transversales (y compris fonction de président de CME) a été mesurée à 22300 € contre 33964 € aujourd'hui**. L'écart est lié à l'augmentation des tâches et dans une moindre mesure à la revalorisation de l'unité Cs qui a présidé au mode de calcul.

Les résultats de l'enquête montrent également que la nouvelle organisation proposée par la CNPCMEHP concernant la gestion des risques et la sécurité des patients associés aux soins est largement diffusée en région puisqu'**un seul des établissements interrogé ne dispose pas de comité de pilotage multi-professionnel et multidisciplinaire**.

En revanche, la fonction de coordinateur de la gestion des risques associés aux soins est plus souvent confiée au responsable qualité de l'établissement qu'à un médecin de la CME. En effet, étant donné que cette activité est **chronophage**, il est très difficile de l'assumer bénévolement dans le système de rémunération à l'acte actuel des médecins libéraux. Si le statut des médecins salariés du secteur public permet à certains d'être détachés de ces missions tout en conservant leur rémunération, l'accomplissement de ces mêmes missions par un médecin libéral s'inscrit comme une perte de revenus.

Par ailleurs, moins il y a de médecins impliqués et plus la charge de travail est lourde : on assiste alors à un désengagement de ces médecins leaders. Pour ces raisons, **il est essentiel de valoriser les fonctions de coordination**.



Ainsi, cette enquête, qui doit être reproduite dans plusieurs régions ou à l'échelle nationale pour une meilleure significativité des résultats, a vocation à entamer une discussion avec l'ARS (comme en région Midi Pyrénées). En effet, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PFLSS) 2013 introduit pour les centres de santé la possibilité d'une indemnisation des fonctions de coordinations. Est à l'étude, le bien-fondé de la rémunération des fonctions de coordination dans les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) pour les soins de premier recours. La fonction de président de CME à l'hôpital public est valorisée et les vigilances font l'objet d'attribution MIG. **Ainsi, les médecins spécialistes libéraux exerçant en établissement ne peuvent pas être les éternels oubliés de l'histoire.**



## *Annexes*

- **Questionnaire**
- **Tableau des réponses**