

Lundi 13 MAI 2013

Edito



Mesdames et Messieurs les présidents de CME,

Le Conseil d'administration de la CNP CME HP a bien voulu renouveler mon mandat à la présidence de la conférence nationale et ce pour une période de trois ans. Je tiens ici à remercier tous les présidents de CME de leur confiance.

Durant les trois ans écoulés, nous avons œuvré à l'installation de la « nouvelle gouvernance » prévue par la loi HPST autour de la gestion des risques, de façon pratique en participant à la rédaction des décrets, arrêtés et circulaires qui en ont découlé. Nous avons également participé au [Programme National Sécurité Patient](#), notamment en amendant le projet de décret sur la déclaration des événements indésirables graves, qui donnait carte blanche aux ARS.

Par ailleurs nous avons activement participé aux travaux de la HAS, notamment sur le guide « [Mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé](#) » et le « [document de 8 pages](#) » plus synthétique et très utile aux présidents de CME.

Toutes actions montrent combien les CME dans les établissements sont aujourd'hui devenues des instances incontournables. Cela ne manquera pas d'être décliné au travers des procédures de certification et du déploiement du DPC.

Un problème demeure toutefois : l'indemnisation du temps passé à ces fonctions de coordination et ce dans un seul but, la sécurité de nos patients. Déjà quelques établissements prennent à leur charge une indemnisation des praticiens qui s'impliquent, mais cela ne représente que trop peu d'exemples.

Nous avons en octobre 2012 déposé un amendement au sénat pour obtenir cette reconnaissance. Il a été rejeté car le volet recettes ne prévoyait pas une telle dépense. Cependant, nous avons pris date et l'on sait combien il faut revenir à la charge de façon opiniâtre pour obtenir gain de cause.

Il est bien évident que lorsque l'on est prêt à reconnaître les fonctions de coordinations des maisons de santé pluridisciplinaires ou des centres de santé, on ne peut plus faire deux poids deux mesures et ne pas admettre enfin que les libéraux qui assument ces missions le font sur leur temps de travail et les inscrits d'une certaine façon dans un scénario de perte de revenu.

Notre mission est donc pour les prochains mois de présenter un dossier argumenté au ministère et à la DGOS, en insistant sur le fait que l'on ne peut pas à la fois demander un effort de modération d'honoraires pour favoriser l'accessibilité aux soins et demander à ces mêmes libéraux de remplir des missions de coordination de façon bénévole dans leur établissement.

Dr Jean Luc BARON
Président de la CNPCMEHP



- **L'ANAP a des missions d'appui auprès des établissements pour améliorer leur performance. Qu'est-ce que cela signifie pour les cliniques privées ?**

L'ANAP a été créée en 2009 et résulte de la fusion de la MEAH, la MAINH et la GMFIH qui avaient pour mission de s'occuper de l'organisation, des investissements et des systèmes d'information pour les hôpitaux. Or l'agence a comme mission d'améliorer la performance des tous les établissements de santé sans distinction de statut. Il y a aujourd'hui un véritable souci de rééquilibrer l'ensemble des missions de l'ANAP en englobant le secteur privé.

- **L'ANAP est naturellement tournée vers les directions des établissements et très peu vers les acteurs médicaux. Pour quelles raisons ?**

L'ANAP s'adresse effectivement, du fait de son héritage, en priorité aux directions. Au sein du conseil d'administration, ces sont les fédérations qui sont représentées, plutôt que les corps médicaux. L'ANAP est bien consciente de déficit de notoriété auprès des communautés médicales. Pour y remédier, nous souhaitons institutionnaliser des relations pérennes notamment avec les CME, au niveau national comme au niveau régional.

- **Les CME se sont vu attribuer par la loi HPST des missions en matière de gestions des risques. Qu'est-ce que l'ANAP pourrait proposer pour aider ces CME à devenir performantes ?**

C'est un point important. Les missions de l'ANAP concernent la performance et l'organisation et non les pratiques professionnelles médicales qui relèvent de la HAS. L'ANAP n'a donc pas à intervenir dans ce domaine. En revanche, le volet organisationnel sur la gestion des risques est une de ses compétences. Prenons l'exemple d'un bloc opératoire, l'ANAP peut très bien intervenir dans l'organisation des plages opératoires, dans le pilotage de ce bloc, mais pas sur les indications opératoires. Dans ce vaste champ qu'est la gestion des risques, notre rôle se situe au niveau de l'organisation. Autre exemple, le projet qui va concerner 150 établissements public/privé dans la partie gestion des lits. A ce titre, l'ANAP devra travailler autant avec les CME que les directions des établissements choisis. Nous sommes ici au cœur de la gestion des risques et donc au centre d'une des compétences de l'agence..

C'est très clair dans notre esprit : notre volonté est de faire participer les CME à ce genre de travaux. C'est aussi pour cette raison que des personnes comme moi ont rejoint l'agence, pour être un interlocuteur crédible et fiable auprès des communautés médicales.

- **Parmi les missions de l'ANAP sont inscrites un appui des ARS dans leur mission de pilotage opérationnel et d'amélioration de la performance des établissements. Quelles relations pourraient voir le jour entre l'ANAP et la CNP CME HP afin que les programmes soient sur le terrain plus lisibles par les CME des établissements privés ?**

Nous devons mettre en place des relations régulières, des rencontres, des participations de l'ANAP à vos travaux et réunions pour échanger sur des sujets concrets qui impactent directement les médecins. De la même façon, les CME des cliniques privées pourraient demander à l'ANAP qu'il leur soit réservé une place à part entière. Ce n'est qu'en formalisant les choses que nous prendrons l'habitude de travailler ensemble et que nous améliorerons notre déficit de notoriété.

Dossier La procédure de certification V2014



L'analyse des différentes itérations de certification des établissements a permis de soulever certains problèmes, notamment la récurrence tous les 4 ans d'une certification de l'établissement dans son entier. Tous les établissements ont connu cette séquence,

- d'un temps de préparation très chronophage dans l'année précédant le moment de la visite,
- d'un moment ou le temps s'arrête qui est celui de la visite,
- d'une phase de décompression et de « relâchement », sûrement générateur de risques.

Pour finalement une mise en exergue des points faibles sans valorisation des points forts.

La HAS, consciente de ses constatations quasi unanimes des professionnels, a donc décidé de faire évoluer le dispositif, en ciblant les visites sur les secteurs à risque de l'établissement, en concentrant le travail d'audit sur les processus, afin de renforcer l'effet de levier sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité. L'autre versant est l'audit du parcours patient, pour se rapprocher de la vraie vie.

Les points essentiels à retenir sont les suivants :

1. **Le manuel d'autoévaluation est stabilisé**, ne faisant l'objet que de quelques ajustements qui ne sont pas fondamentaux. Cela permettra aux établissements de reprendre le manuel de la procédure précédente, de l'amender et le compléter, sans avoir à reprendre entièrement la formulation
2. La HAS va, au travers de divers critères, établir **le profil de risque de l'établissement** qui servira de base à la stratégie de visite. Les différents critères qui concourent à la détermination du profil de risque sont :
 - a. Manuel autoévaluation et la synthèse des cotations
 - b. Projet d'établissement
 - c. Type et taille d'établissement, volume d'activité, case-mix
 - d. CPOM
 - e. Politique gestion de risques
 - f. Rapport de certification
 - g. Données PMSI/données ressources humaines
 - h. Tableau de bord EPP
 - i. Tableau de bord des indicateurs (Platines, Hospidag)
 - j. Données ARS (inspection ARS, contentieux, suivi des visites de conformité...)
3. **La stratégie de visite découlera de ce profil de risque** ainsi défini. Les experts visiteurs **définiront les processus à auditer en priorité** et détermineront le type de parcours patient à auditer au travers du tirage au sort de « **patients traceurs** ».
4. Les processus se déclinent entre processus de management (systématique audité), puis processus support (ressources humaines, ressources financières, système d'information, gestion des activités logistiques), et

enfin les processus de prise en charge ou l'on retrouve les prises en charge dans les différents secteurs, le dossier patient, la prise en charge autour du médicament....

- a. Le concept de patient traceur qui permet d'auditer dans les secteurs définis par le profil de risque de l'établissement le parcours de patients tirés au sort. Les principales étapes seront les suivantes sur une durée d'environ 2h30 à 3h.
 - b. Conduite de l'évaluation sur la base du dossier du patient après avoir recueilli son accord.
 - c. Evaluation de la prise en charge avec les équipes et l'ensemble des acteurs qui contribuent à la prise en charge sur tout le parcours.
 - d. Entretien avec le patient.
5. Les conclusions et le suivi : **la notion de « compte qualité »** :
- a. Le compte rendu de visite permettra d'élaborer pour chaque établissement son propre compte qualité qui servira de base au calendrier de suivi. Un suivi de ce compte qualité tous les 18 mois environ permet de piloter les visites intermédiaires de façon ciblée.
 - b. Les actions exemplaires ou remarquables seront valorisées. Comme par exemple, les démarches de Medical Team Training ou l'accréditation en équipe.
 - c. Il pourra être pris en compte dans les systèmes de financement à la qualité.

Toutes ces informations sont exposées lors de journées régionales de la HAS, dont une a été organisée à Lille en décembre 2012. Ci-dessous, le lien concernant la table ronde consacrée à la certification :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/rencontres_regionales_de_lille_diaporama_table_ronde_1.pdf

Actualités

toutes les actus des CME

La CNPCMEHP a renouvelé son Conseil d'administration bureau pour 3 ans, dont la composition est :

Président :	Jean Luc BARON (Montpellier)
Vice-président :	Jean Paul ORTIZ (Perpignan)
Secrétaire général :	Marie-Paule CHARIOT (Toulouse)
Secrétaire adjoint :	Olivier JOURDAIN (Bordeaux)
Trésorier :	Henri Georges VRILLAUD (Reims)
Trésorier adjoint :	Paul STROUMZA (Marseille)



Découvrez tous les nouveaux textes et décrets

- [Rapport de l'ANAP 2012](#)
- [Sécuriser le circuit des Dispositifs Médicaux Stériles dans les Etablissements de Santé \(Guide ANAP\)](#)
- [Décret n° 2013-31 du 9 janvier 2013 fixant les conditions de l'expérimentation relative à la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins exerçant dans certains établissements de santé.](#)
- [Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins](#)
- [Décret n° 2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins](#)