

CME : MODE D'EMPLOI



E

ditoriaux

La CNPCME et la FHP ont voulu mettre à la disposition des médecins et des directeurs de cliniques un outil pratique sur la « vie réelle CME » en mutualisant leurs expériences et leurs réflexions.

Notre objectif d'amélioration constante de la qualité des soins de nos patients passe par la meilleure coordination possible entre les médecins et la direction des cliniques. Le temps est passé où nous nous posions la question de savoir si nous devons travailler ensemble. L'édition de ce guide, en coopération étroite avec la CNPCMEHP, en est l'éclatante démonstration.

J'ai bien entendu conscience de l'investissement énorme qui est demandé aux Présidents de CME pour animer et faire vivre la CME. Ce sujet du temps et de la rémunération est une préoccupation majeure pour moi. Je mènerai ce combat de la reconnaissance jusqu'à ce qu'une solution équitable et juste devienne la règle.

Ma longue expérience de la vie des cliniques et l'observatoire fantastique qu'est la FHP m'ont donné quelques certitudes : tout est souvent une question de personnes, de relations humaines. Tous les règlements ne seront jamais plus utiles qu'une excellente relation entre un directeur et un Président de CME. Le respect mutuel, la compréhension des problématiques de chacun, le temps passé à discuter et à s'informer sont la base de la réussite....

...Réussite, c'est bien ce que je souhaite à chacun de celles et ceux qui utiliseront le contenu et l'esprit de ce Guide et, bien sûr, à celles et ceux qui ont contribué à l'élaborer.

Jean-Loup DUROUSSET
Président de la FHP



Conférence Nationale des Présidents de CME de l'Hospitalisation Privée

La qualité est une force de nos cliniques, les résultats de la certification le prouvent, la gestion des risques et la sécurité du patient une évidence. Mais une fois rappelé ces valeurs, la mise en place dans les établissements d'un programme de gestion de risques, avec une CME active, responsable, et communicante avec sa direction, n'est pas forcément aisée.

Et pourtant, la dynamique de notre secteur privé ne peut s'envisager sans la délivrance à nos patients, de soins sécurisés et de services de qualité. Il y a d'ailleurs fort à parier que cliniques comme médecins verront une partie de leur rémunération dépendre de leur action en la matière. Le management par la qualité est très sûrement une voie d'avenir.

La CNPCMEHP et la FHP conscientes des difficultés de mise en œuvre, proposent donc ce guide qui vise à donner des éléments et des pistes de réflexion, aux présidents de CME comme aux directeurs des établissements. Les éléments que propose ce guide ne sont pas des recettes de théoriciens, mais des expériences de terrain, où direction et CME avancent dans la même direction sur des valeurs partagées, et une prise en charge du patient la plus sécurisée possible. Dans la continuité de l'esprit du partenariat entre CNPCMEHP et FHP qui ne cherche pas à imposer mais à « accompagner », ce document est avant tout une aide aux adhérents pour ne pas avoir en permanence à réinventer des organisations qui, ailleurs, font leur preuve mais qui doivent être adaptées en permanence à la culture locale.

Les enjeux de demain n'auront de réponse que dans une dynamique collective qui s'appuie sur les différentes forces individuelles. On connaît trop la notion « du diable qui se cache dans les cloisons », pour ignorer qu'une gestion des risques, opérationnelle parce que collective, est de nature à réduire la survenue d'événements indésirables malheureusement parfois graves et médiatisés.

Merci à tous ceux qui ont participé à ce guide qui, sincèrement je pense, sera un outil très utile aux présidents de CME, et aux directeurs d'établissement. Il a été le fruit d'une réflexion commune approfondie et d'un partenariat qui s'étoffe de jour en jour, et de guide en guide....

Docteur Jean-Luc BARON
Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME

Siège Social : CNPCMEHP, 79 rue de Tocqueville 75017 PARIS

Adresse de correspondance : Dr JL BARON, Les jardins du centre, 60 rue de L'acropole, 34000 MONTPELLIER,

Tel : 04 67 13 81 40 Fax : 04 67 13 81 44

Messagerie électronique : cnpcmehp@orange.fr

SOMMAIRE

Préambule : histoire, évolution, grands principes (indépendance), travailler ensemble	8
--	---

1 MISSIONS

1 : Participation des médecins au projet médical d'établissement	13
2 : Implication dans la politique de gestion des risques	14
3 : Relations avec les usagers	20
4 : Participation à la démarche d'accréditation et de certification	21

2 FONCTIONNEMENT

1 : Constitution de la CME	25
2 : Président de la CME :	26
A/ Modalités d'élection	
B/ Rôle et missions du président de CME	
3 : Fonctionnement de la CME	28
A/ Règles de fonctionnement	
B/ Objet des délibérations	
C/ Obligations de la direction de l'établissement	
4 : Moyens	31
5 : Règlement intérieur de la CME	32

CONCLUSION	33
-------------------------	----

Questions fréquemment posées	33
---	----

Liens utiles	42
---------------------------	----

Annexes	43
----------------------	----

Préambule : Histoire, évolution, grands principes (indépendance), travailler ensemble

La conférence médicale d'établissement est née de la volonté du législateur, en 1991, de reconnaître le collectif médical des établissements privés. Force est de reconnaître que les CME ont effectivement eu du mal à se structurer. Mais comment pouvait-il en être autrement quand la loi leur a donné et reconnu trois missions.

- La première : veiller à l'indépendance professionnelle des médecins. Mais il s'agit là d'une mission qui était déjà du ressort de l'institution ordinale.
- La deuxième : donner un avis sur les prévisions d'activité des établissements. Or, ce n'est qu'en 1996, via les ordonnances Juppé, que les établissements ont été obligés de présenter leurs prévisions aux autorités de tutelle.
- La troisième : participer à l'évaluation des soins. Or, le décret sur l'évaluation a été publié au Journal officiel le 29 décembre 1999 et il a fallu attendre 2005 pour que la CME joue un rôle pour l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans ces conditions, comment peut-on s'étonner que les CME se soient difficilement mises en place ?

Les ordonnances Juppé ont conduit à la mise en place d'instances en charge des vigilances où la CME ne disposait que de strapontins en y désignant un représentant, mais sans avoir aucune fonction de pilotage ou de co-pilotage. C'est seulement lors de la mise en place de la seconde procédure de certification en 2005-2007 que l'on commence à s'intéresser au pilotage médical dans sa dimension collective.

Tout ceci finalement n'avait que peu d'impact, car la structure même des cliniques souvent tenues par les médecins, leur permettait de tirer leur épingle du jeu. Les années passant, commençaient à poindre au sein même des

établissements deux communautés médicales avec des médecins actionnaires et des médecins non actionnaires de plus en plus nombreux.

Aujourd'hui le paysage a beaucoup changé, avec l'avènement des groupes. Cette configuration implique une relation nouvelle gestionnaires/praticiens. C'est dans ce contexte qu'est née la loi HPST et les décrets qui en découlent, décrivant de vraies missions pour la CME. Ces missions relèvent à la fois de simples avis, mais également constituent les bases d'une nouvelle gouvernance au travers de la gestion des risques associés aux soins.

Parallèlement, les spécialités se sont organisées au travers de la procédure d'accréditation des médecins, dès 2006 pour les spécialités dites à risque, mais également au travers des organismes de formation pour l'ensemble des spécialités.

Aujourd'hui la parution des textes sur le Développement Professionnel Continu (DPC), qui englobe très largement les praticiens et les personnels paramédicaux des établissements, ouvre un large champ de réflexion sur les démarches d'amélioration des pratiques en équipe.

I/ MISSIONS

1 Participation des médecins au projet médical d'établissement

Chaque établissement de santé doit disposer d'un projet médical qui sert de socle au projet d'établissement. La CME a pour devoir de participer activement à l'élaboration de ce projet médical. Chacun des médecins contribue à l'élaboration du projet de sa spécialité. La CME et l'établissement veillent à l'inscription cohérente de ces contributions dans le projet d'établissement. Cette démarche concourt à l'avis que la CME doit donner sur le projet médical.

La politique médicale de l'établissement est déclinée dans le projet médical, dans les différents documents formalisés en interne et en externe portés par le corps médical. Ainsi, la CME en donnant son avis sur la politique médicale de l'établissement se prononce sur :

- Les missions de service public et autre contrat (CPOM) ou avenant conclus entre l'établissement et l'Agence Régionale de Santé, qui ont nécessairement des répercussions directes ou indirectes sur l'activité médicale.
- Le fonctionnement général de l'établissement, via le règlement intérieur, les projets de travaux et acquisition d'équipements, le déploiement de techniques nouvelles, et les conditions d'accueil et de prise en charge des patients
- Les recrutements médicaux et réorganisations d'activités à prévoir en fonction des orientations stratégiques.

La participation des membres de la CME aux réunions, comités de pilotage et autres instances de réflexions et d'actions est nécessaire. Il s'agit, pour le corps médical, au travers des missions allouées réglementairement à la CME, de participer à l'amélioration de la prise en charge des patients et des conditions d'exercice.



Voir en annexe : Liste des obligations des établissements sur lesquelles la pratique des praticiens a un impact. ■

2 Implication dans la politique de gestion des risques

La LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, a fondé ou refondé les missions de la CME, en lui donnant une place prépondérante en matière de politique du médicament et de lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Selon les textes réglementaires pour lesquels la CNPCMEHP et la FHP ont été consultés, la CME a des prérogatives, telles que l'organisation concertée avec la direction, de la lutte contre les EIAS (événements indésirables associés aux soins) ou encore la désignation concertée du coordonnateur de la gestion des risques, ou du responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Mais elle a aussi des devoirs, dans la participation à l'amélioration continue de la qualité, par la proposition de plans d'action, la production d'indicateurs, et la participation au système de signalement ainsi qu'à l'analyse des événements indésirables.

Il apparaît d'évidence que cette gestion des risques et la sécurité du patient qui en découle, nécessite un mode organisationnel intelligent et constructif qui ne s'inscrit plus dans un pilotage séparé de chaque vigilance. La CME ne doit pas être abandonnée à elle-même pour exercer ses missions.

Conseil : *Il est fortement recommandé pour la nomination des coordonnateurs et autres responsables de s'appuyer sur des binômes, salarié de l'établissement/médecin. Le rôle du médecin est d'apporter son expertise et d'assurer la communication avec l'ensemble de la CME.*

Afin d'optimiser le temps passé et notamment le temps médical dédié à ces missions, on peut proposer la mise en place d'un « comité de pilotage » regroupant, coordonnateur de la GDRAS (gestion des risques associée aux soins), pharmacien, cadre des différents services, direction, président de CME, et médecins.

Cette instance se réunissant régulièrement 9 à 10 fois par an, définit le périmètre de ses missions, valide et hiérarchise les travaux des différentes instances opérationnelles que sont le CLIN, le COMEDIMS, le CLUD, le CLAN, le comité de bloc

Ces structures n'ont plus d'existence au plan des textes réglementaires, mais l'expérience de terrain conduit à les pérenniser et à les faire fonctionner sur le mode opérationnel.

Ce comité de pilotage a également les missions suivantes : suivi des déclarations des EI (événements indésirables) dans l'établissement, recueil volontaire des EPR (événements porteurs de risques) et leur analyse, proposition de RMM (réunion de morbi-mortalité) et d'en assurer le suivi, promotion et recueil des EPP (évaluations des pratiques professionnelles).

Ce comité de pilotage reste le même, lors de la préparation des procédures de certification, ce qui assure une continuité dans le temps.

Bien entendu, ce comité de pilotage a une dernière mission et non des moindres, qui est d'assurer la diffusion de ses travaux à la CME et à l'ensemble des personnels. ■

Quels que soient l'organisation et le périmètre retenus par la direction de l'établissement en concertation avec la CME, pour la lutte contre les EIAS (événements indésirables associés aux soins), plusieurs champs sont fondamentaux :

A/ la lutte contre les infections nosocomiales

L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) en lien direct avec le coordonnateur de gestion des risques associés aux soins et la CME :

- Présente le bilan de la lutte contre les infections nosocomiales et prépare le plan prévisionnel d'action, suivant les recommandations nationales et des organes d'appui régionaux (actuellement CCLIN).
- Analyse les déclarations d'EIAS (événements indésirables associés aux soins) concernant les infections nosocomiales, propose un plan d'action au comité de pilotage, en assure le suivi.
- Participe aux RMM et aux CREX (comité de retour d'expérience)
- Propose des projets d'évaluation des pratiques professionnelles
- Met en place les procédures et protocoles validés par le comité de pilotage.
- Participe au recueil des indicateurs nationaux ICALIN.

B/ La politique du médicament

Le COMEDIMS, en lien direct avec le responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, le coordonnateur de gestion des risques, et la CME :

- Analyse la liste des médicaments et des dispositifs médicaux préconisée par la CME. Propose une procédure à la CME pour l'intégration des nouveaux médicaments et dispositifs médicaux.
- Présente le bilan annuel et prépare le plan prévisionnel d'action, suivant les recommandations des organes d'appui nationaux régionaux (OMEDIT).
- Analyse les déclarations d'EIAS concernant le médicament et les dispositifs médicaux, propose un plan d'action au comité de pilotage, en assure le suivi.
- Propose des REMED (revue des erreurs médicamenteuses) et participe aux CREX
- Propose des projets d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP/DPC)
- Mets en place les procédures et protocoles validés par le comité de pilotage.
- Participe au recueil des indicateurs nationaux
- Prépare, avec la direction et la CME, le CBUM (contrat de bon usage du médicament) l'un des volets du CPOM.

C/ Information médicale – dossier médical - système de signalement

Outre les différentes missions de la CME concernant la communication du dossier médical aux patients (Loi du 4 mars 2002), il est important que la CME participe à la construction, au fonctionnement et aux évolutions du système d'information. La CME doit également participer au développement de la culture de la déclaration des événements indésirables, données essentielles au fonctionnement du schéma qualité - gestion des risques/sécurité du patient :

- La CME doit être associée aux choix logistiques du système d'information, à la mise en place des logiciels de prescription et du dossier patient, pour une utilisation rationnelle de l'outil.

- La CME en collaboration avec le CGRAS (coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins), doit s'assurer que les exigences concernant les éléments du dossier médical sont comprises et appliquées par les praticiens de l'établissement.

Conseil : Dans le cadre de la démarche qualité / sécurité, les praticiens doivent renseigner de manière exhaustive le dossier médical.

De plus, le concept de parcours de soins (patient traceur) implique une traçabilité des éléments du dossier médical irréprochable. ■

- La CME doit participer activement à la diffusion de la culture du signalement des événements indésirables. Le retour d'expérience permet d'alimenter de façon régulière des sujets d'EPP / DPC, de contribuer à l'élaboration et à l'évolution de protocoles.

D/ La lutte contre la douleur

Le CLUD devrait être installé dans chaque établissement de santé même si les dispositions de l'article L.1112-4 du Code de santé publique ne le rendent pas obligatoire.

Le CLUD a pour mission de coordonner et de promouvoir les actions de lutte contre la douleur menées au sein de l'établissement. Il n'a pas pour mission de prendre en charge directement la douleur, laquelle relève des structures de soins.

Les compétences du CLUD sont les suivantes :

- Le CLUD propose à la direction et à la CME, les objectifs et les actions qui devront s'inscrire dans le projet médical de l'établissement concernant la politique de lutte contre la douleur
- Il met en œuvre des moyens de lutte contre la douleur ;

Le CLUD intervient dans la coordination de l'action des professionnels de santé de l'établissement, dans les domaines suivants :

- Rédaction des protocoles diagnostiques et thérapeutiques visant à lutter contre la douleur

- Elaboration et mise en œuvre des recommandations de bonne pratique
- Mise en œuvre des actions d'information et de formation

Le CLUD participe à l'élaboration des programmes d'information et de formation continue de l'ensemble des personnels de l'établissement :

- Evaluation périodique des actions de lutte contre la douleur
- Préparation avec la direction et la CME des annexes du CPOM le concernant.

E/ Les autres dispositifs de vigilance

Suivant l'activité de l'établissement, des vigilances opérationnelles sont mises en place et peuvent être mutualisées entre plusieurs établissements, notamment :

- Les problèmes nutritionnels
- La matériovigilance, l'hémovigilance....

Le comité de pilotage permet de coordonner les actions de toutes ces instances et éventuellement de les prioriser et de les suivre.

F/ Le développement professionnel continu (DPC)

Opérationnel au 1^{er} janvier 2013, il intéresse les médecins et les paramédicaux. Il repose sur un volet formation continue et un volet évaluation des pratiques, sans qu'il y ait toujours un partage clair entre ces deux notions, selon les méthodes utilisées. La méthode choisie doit être validée par la HAS. Concernant les établissements, il doit être réalisé au plus près de la réalité de terrain qui repose sur la notion d'équipe. Actuellement se dessinent pour les praticiens deux catégories de spécialités :

- Les spécialités dites « à risques » et éligibles à la procédure d'accréditation. Les organismes agréés (OA) existent et pour la plupart vont évoluer en organismes agréés DPC (OADPC), en lien avec leurs sociétés savantes. L'accréditation des médecins, processus volontaire et individuel, repose sur un volet déclaration d'évènements porteurs de risques (EPR) analysés par l'OA, et une exigence de participation aux

RMM de l'établissement et évaluations professionnelles. Le système est donc cadré et il appartient aux CME de faire le lien.

- Les autres spécialités vont se voir offrir des programmes par des OADPC divers et variés. La CME a en charge de faire le lien avec la vie de l'établissement, et la récupération des actions d'EPP pour la procédure de certification en particulier.

Conseil : Les démarches en équipes avec des méthodes validées par la HAS (Medical Team Training, accréditation en équipe) doivent être mises en exergue, car elles serviront pour le DPC à la fois des médecins et des paramédicaux de l'établissement. Ces démarches seront considérées comme exemplaires au moment de la procédure de certification. ■

3 Relations avec les usagers

Les textes ont institué d'abord la commission de conciliation, qui a été remplacée par la CRUQPC. (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge).

Le président de CME est membre de droit de la CRUQPC et la CME prend en compte les données du rapport annuel.

Conseil : *Les relations représentants des Usagers/CME méritent d'être approfondies et développées. Il appartient à chaque établissement et CME de les définir ; elles peuvent prendre la forme de rencontres avec la CME, son bureau ou son président.*

Les objectifs de ces rencontres peuvent être formatives, informatives ou l'occasion de participer à des événements nationaux (« semaine sécurité patient »). Ces rencontres peuvent faire l'objet de propositions d'actions. ■

4 Participation à la démarche d'accréditation et de certification

Ce guide prend tout son sens avec la procédure de certification qui s'impose aux établissements depuis l'année 2000.

Quel qu'en soit la version, 2011 ou 2014, les deux objectifs principaux sont l'autoévaluation du management et l'autoévaluation du parcours patient.

La version 2014 implique les médecins qui auront à rendre compte, au travers de l'audit des processus et le « patient traceur », de leur organisation en matière de prise en charge de la gestion des risques associés aux soins et de sécurité des soins donnés aux patients.

Le présent guide permet à une CME et à l'établissement de disposer d'un canevas pour appréhender les attentes de la HAS lors de la procédure de certification.

Il est bien entendu qu'au travers de la méthode du « patient traceur », la bonne tenue du dossier médical sera regardée de près, ainsi que l'organisation de la sortie du patient et son inscription dans un parcours de soins sécurisé.

Il est bien entendu qu'au travers des audits de processus, les évaluations des pratiques professionnelles restent fondamentales mais, ce sont les démarches en équipe pluri disciplinaires et pluri professionnelles qui seront valorisées.

D'une façon plus globale, des passerelles entre certification, accréditation des médecins et développement personnel continu (DPC) vont se mettre en place, et le travail effectué dans l'un des cadres sus-cités sera reconnu pour l'une ou l'autre de ces exigences. Il appartiendra à la CME d'assurer cette cohérence pour les médecins de l'établissement.

Enfin, la certification est regardée de près par les ARS et le niveau de certification peut influencer sur les autorisations, et les négociations des CPOM.

II/ FONCTIONNEMENT

La fonction de Président de CME est une fonction essentielle dans la vie d'une clinique. Pour que ce travail effectué au service de la collectivité, médecins et établissement, soit viable, il faut savoir quelles en sont les missions et comment s'organiser. Le CLAHP (Comité de Liaison et d'action de l'Hospitalisation Privée) a travaillé sur le sujet et a opté pour la rédaction d'un règlement intérieur type des CME du secteur privé dont les principaux éléments sont exposés ci-après.

Les conseils qui figurent dans les encadrés ne sont pas issus du texte adopté par le CLAHP, mais sont des conseils pratiques qu'il nous a paru utile de donner.

1 Constitution :

A/ Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale.

B/ La CME peut s'adjoindre des membres invités.

Il est souhaitable que le représentant légal et/ou le (la) directeur(trice) de l'établissement soit par ailleurs périodiquement invité à participer aux travaux de la CME, et réciproquement que le président de la CME soit périodiquement invité à participer aux réunions de l'organe de direction de l'établissement.

Conseil : *il est vivement conseillé aux Présidents de CME de se rapprocher de la direction de l'établissement afin d'analyser avec elle les résultats et les prévisions budgétaires, préalablement à la réunion de la CME appelée à se prononcer sur ces sujets. ■*

2 Président :

A/ Modalités d'élection

La CME définit le mode d'élection du président. Le président est élu parmi les praticiens qui exercent leur activité dans l'établissement. Il est élu pour une durée de.....

Conseil : *une durée minimale de 3 ans est recommandée pour l'exercice de ce mandat; en effet, le président de la CME doit pouvoir mettre en place des actions concrètes et en évaluer les résultats à moyen terme.* ■

B/ Rôle et missions du président de CME

- convoque la CME et fixe l'ordre du jour de ses réunions incluant les demandes des praticiens et du représentant légal de l'Etablissement qui peut la consulter sur tout sujet,
- élabore un compte rendu diffusé à l'ensemble des membres y compris les membres invités,
- élabore un rapport annuel,
- signe les avis formulés par la CME et les transmet au représentant légal de l'Etablissement,
- siège au sein de la Commission des relations avec les usagers et au sein d'autres instances réglementaires ou désigne un représentant pour y assister,
- mandaté par la CME, il participe, conjointement avec le représentant légal de l'établissement à l'organisation permettant la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins conformément aux articles R. 6111-2 à 4 du code de santé publique, et à l'arrêté du 6 avril 2011,
- présente au représentant légal de l'établissement la proposition de programme d'actions mentionné à l'article L6161-2 du code de la santé publique qui est voté par la CME.

Conseil : Le programme d'actions doit reposer sur des thèmes d'intérêt général de l'établissement (exemples : qualité de l'accueil et de la prise en charge, évaluation globale de la douleur telle qu'elle est perçue par les patients, respect de la confidentialité...). Ces sujets doivent s'appuyer sur des constats objectifs (exemple : nombre de réclamations orales et écrites sur la qualité de l'accueil, ...) et pouvoir faire l'objet d'actions d'amélioration quantifiables (diminution du nombre de réclamations orales et écrites sur la qualité de l'accueil,.....).■

3 Fonctionnement

La CME définit librement les modalités de son organisation. Elle peut constituer en son sein des commissions, instances, ou collèges. Elle peut constituer en son sein un bureau.

A/ Règles de fonctionnement

La CME se réunit aussi souvent que nécessaire sur convocation de son président ou de son vice-président et, en cas de carence, du responsable légal de l'établissement.

Dès lors que son avis est requis, soit par des dispositions légales ou réglementaires, soit par le représentant légal de l'établissement, la CME doit s'exprimer dans un délai d'un mois dans le cadre d'un vote à la majorité simple des suffrages exprimés.

La convocation des différents membres et associés est adressée personnellement quinze jours avant la réunion par lettre simple ou par voie électronique. Elle est accompagnée de l'ordre du jour. En cas d'urgence, le délai de 15 jours peut être ramené à une durée inférieure en fonction des nécessités.

La conférence médicale ne peut délibérer valablement, que si la moitié au moins des membres sont présents ou représentés. Chaque membre de droit absent peut donner pouvoir à un autre membre de droit présent. Le nombre de pouvoirs est limité à cinq par membre participant.

Si le quorum sur première convocation n'est pas atteint, la conférence médicale se réunit sur nouvelle convocation, à huit jours d'intervalle ; elle peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Seuls les praticiens exerçant leur activité dans l'établissement prennent part au vote. Le règlement intérieur peut préciser les règles de vote. A titre d'exemple : par collège, par pondération en fonction du temps d'exercice, ou autre... ; les règles de majorité étant par ailleurs susceptibles d'être différentes selon le type de décision à prendre.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Conseil : *le respect de ces recommandations permet aux décisions prises en CME d'avoir une légitimité non contestable auprès du corps médical. Cependant, si les praticiens sont peu nombreux à participer aux réunions de CME, les règles de quorum risquent de contraindre à des reports de réunions et donc une démotivation de ceux qui s'impliquent. Il est donc conseillé dans ce cas, et dans ce cas uniquement, d'assouplir les règles de quorum dans le règlement intérieur, en prévoyant un vote à la majorité des présents et représentés. ■*

La CME se réunit obligatoirement au moins une fois par an.

B/ Objet des délibérations

- Pour donner son avis :
 - sur la politique médicale de l'Etablissement,
 - sur les prévisions annuelles d'activité de l'Etablissement.

Conseil : *des rencontres régulières entre le Président de CME et la Direction de l'établissement doivent permettre un échange constructif sur ces sujets en amont de leur formalisation. ■*

- Elle procède à un vote à la majorité afin de valider :
 - son avis préalable à la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement ou tout avenant ayant une conséquence sur l'exercice médical,
 - son avis préalable à la signature de tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L6112-2 du code de la santé publique,
 - la proposition au représentant légal de l'établissement du programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi prévu à l'article L6161-2 du code de la santé publique,

- Le rapport annuel d'activité qu'elle élabore, présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi du programme d'actions mentionné à l'article L6161-2 du code de la santé publique,
- Les préconisations à propos de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles, élaborée avec le pharmacien de l'établissement dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement sous forme de « livret thérapeutique », et le respect des objectifs fixés par le contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

C/ Obligations de la direction de l'établissement

- La CME est informée par le représentant légal de l'établissement :
 - de la programmation de travaux, de l'aménagement de locaux ou de l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins,
 - des bilans d'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L6161-2 du code de la santé publique, survenus dans l'établissement,
 - de l'intégration de tout nouveau praticien.
- La CME donne un avis sur le recrutement de tout nouveau praticien

Conseil : *l'avis favorable de la CME sur le recrutement d'un nouveau praticien est sollicité par la Direction afin de faciliter l'intégration de celui-ci. ■*

4 Moyens

L'Établissement met à disposition de la CME, la logistique utile à la tenue des réunions.

La CME et le représentant légal de l'établissement évaluent, de concert, les moyens utiles à la réalisation des différentes missions réglementaires, y compris l'indemnisation éventuelle des praticiens participant aux missions de la CME.

Conseil : *Le sujet de l'indemnisation des praticiens participant à la coordination des missions de la CME reste posé; il existe des initiatives régionales ou locales qui ont permis à ces praticiens d'obtenir de l'ARS des indemnités : il est donc conseillé de solliciter l'ARS conjointement avec la Direction de l'établissement. ■*

5 Règlement intérieur de la CME

La CME se dote d'un règlement intérieur. Il peut être modifié par un vote à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés, le quorum des deux tiers des membres de droit étant atteint.

Conseil : *D'autres règles de quorum peuvent être prévues et modifiées si nécessaire.* ■

Le présent règlement intérieur est porté à la connaissance de tout nouveau membre.

Conclusion

La CME doit se tenir au courant de ce qui se prépare, de l'environnement, du projet médical, de l'accessibilité aux soins, de la pertinence des actes, DPC, éthique, coordination.

Questions fréquemment posées

- 1/ Comment positionner la CME par rapport à la direction ?
- 2/ Doit-on inviter la direction à assister aux réunions de la CME ?
- 3/ Faut-il inviter à la CME le médecin DIM, le pharmacien, le responsable qualité, la directrice des Soins Infirmiers ?
- 4/ Faut-il débattre sur tous les sujets en réunion plénière ?
- 5/ La CME est-elle « responsable » du DPC ?
- 6/ Quel financement pour le DPC ?
- 7/ Quelle structure juridique pour la CME ?
- 8/ La CME doit-elle assurer ou non la gestion du compte mandataire praticiens ?
- 9/ Je suis président de CME. Dois-je être assuré en responsabilité civile dans le cadre de cette fonction ?
- 10/ Gestion des situations de crise : que faire ?

1/ Comment positionner la CME par rapport à la direction ?

- Une CME forte représentative et structurée est une chance pour l'établissement.
 - Le bon fonctionnement du binôme Direction / président de CME est un marqueur de la qualité générale du fonctionnement d'un établissement.
 - La confusion des rôles doit être évitée. A l'exclusion de toute idée de cogestion, la CME peut, à tout le moins, apporter un regard médical pertinent et contribuer à l'élaboration du projet médical, élément essentiel du projet d'établissement.
 - La CME doit représenter les praticiens, faire état de leurs attentes et les aider à travailler en bonne intelligence. Ses rôles et missions sont clairement fixés par la loi HPST qui a complété les dispositions antérieures.
 - La direction doit faire en sorte que ses impératifs de gestion et les déterminants de ses choix soient expliqués aux praticiens.
- L'appropriation réciproque des questions posées est essentielle.

Conseil : *Direction et CME ont des missions et des rôles complémentaires, ce qui leur permet d'agir en synergie en partageant des objectifs communs : qualité, sécurité des soins, image et attractivité de l'établissement. ■*

2/ Doit-on inviter la direction à assister aux réunions de la CME ?

La réunion doit comporter un temps médical pur mais, si l'on veut éviter de perdre du temps, il est souhaitable d'inviter la Direction, en tant que de besoin, afin d'aborder de manière concertée tous les problèmes du moment. Il est recommandé que la direction soit présente aux assemblées générales.

Conseil : *En dehors des réunions et/ou des assemblées générales annuelles, il est recommandé d'organiser des rencontres régulières entre la direction et le président de la CME aux fins d'informations réciproques. ■*

3/ Faut-il inviter à la CME le médecin DIM, le pharmacien, le responsable qualité, la directrice des soins infirmiers ?

- En qualité de médecin exerçant dans l'établissement, le médecin DIM est membre de droit de la CME.
- Compte tenu des missions dévolues à la CME la présence, en fonction de l'ordre du jour, du pharmacien, de la directrice des SI (soins infirmiers) et du responsable qualité peut être opportune.

4/ Faut-il débattre sur tous les sujets en réunion plénière ?

La réponse est non. Les travaux réalisés en amont, notamment dans le cadre des collèges de spécialité, des Comités des Vigilances et des Risques (COVIR), du conseil de bloc, du comité d'éthique.....doivent être simplement tracés et rapportés en séance plénière, où ils pourront éventuellement faire l'objet d'amendements avant validation par la CME et annexés au rapport.

Les informations à caractère médico-économique, l'élaboration du projet médical, et la présentation du projet d'établissement doivent avoir la plus large diffusion afin d'encourager la participation des praticiens à la vie de l'établissement.

5/ La CME est elle « responsable » du DPC ?

Les dispositions réglementaires prévoient que « la CME contribue à l'élaboration de la « politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment « en ce qui concerne :

« Le plan de développement professionnel du personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique salarié de l'établissement. »

Pour la HAS, la CME coordonne le DPC dans l'établissement.

Conseil : *La CME se doit d'accompagner et de faciliter la démarche de DPC et l'interfacer de manière optimale avec les processus de certification.
En secteur libéral, chaque praticien est libre de choisir l'organisme de DPC enregistré à l'OGDPC qui lui convient. ■*

6/ Quel financement pour le DPC ?

Etre président de CME et d'une manière générale assumer des fonctions « transversales », c'est accepter de consacrer du temps, de la compétence et de l'énergie à la défense de l'intérêt collectif.

3 grands types de missions peuvent être identifiés :

- > Défense des professionnels (indépendance professionnelle.....)
- > Missions obligatoires pour l'établissement : qualité, sécurité, gestion des risques
- > Représentation extérieure pour l'établissement.

Conseil : *Un débat est en cours pour le financement des CME, auquel participent la Conférence Nationale des Présidents de CMEHP, la FHP, les Tutelles.*

Conformément à la recommandation du CLAHP relative au règlement intérieur des CME, les établissements doivent mettre à la disposition de la CME, les éléments logistiques lui permettant de remplir au mieux ses missions (locaux de réunion, moyens de communication...). ■

7/ Quelle structure juridique pour la CME ?

Deux options :

1) La CME est une simple association non déclarée (association de fait) mais dans ce cas, en l'absence de statuts ou de règlement intérieur, il est conseillé de les élaborer à partir de la recommandation du CLAHP sur le règlement intérieur (voir en annexe) et de les faire valider par les praticiens réunis en assemblée générale. Il convient de préciser notamment les modalités de désignation du bureau, du président, la durée des mandats, les conditions de renouvellement, la fréquence des réunions, les modalités d'élaboration de l'ordre du jour, la tenue des procès-verbaux.

Les statuts ou le règlement intérieur sont bien entendu modifiables en fonction du contexte en respectant, si elles existent, les règles validées auparavant ou en établissant de manière claire ces dernières.

Sous cette forme, la CME peut percevoir uniquement des cotisations de ses membres.

2) L'option « loi de 1901 » confère à la CME le statut de personne morale.

« L'association loi du 1er juillet 1901 » acquiert la capacité juridique dès lors qu'elle a été rendue publique par ses fondateurs, par insertion au Journal officiel (éditions Associations), sur production du récépissé de déclaration à la préfecture (L. 1^{er} juillet. 1901, art. 5 al. 4).

L'association prend en charge les missions réglementaires de la CME (comme dans la première option).

Lorsqu'elle est déclarée, l'association possède la capacité juridique (on dit aussi qu'elle a la « personnalité juridique » ou la « personnalité morale ») ; elle pourra ainsi notamment, comme le précise l'article 6 de la loi du 1er juillet 1901 :

- ester en justice
- recevoir des dons, des subventions de l'Etat, des régions, des départements ou des communes ;
- percevoir les cotisations de ses membres,
- embaucher des salariés (secrétariat par exemple),
- contracter des assurances

Elle peut également posséder et administrer :

- le local destiné à l'administration de l'association et à la réunion de ses membres (à défaut d'en être propriétaire, elle peut évidemment le louer),
- les immeubles strictement nécessaires à l'accomplissement de l'objet fixé par ses statuts. Ces dispositions limitent la capacité des associations déclarées à posséder des immeubles.

En contrepartie, cela oblige la CME à respecter les règles opposables aux associations déclarées, notamment la tenue d'un registre des A.G avec rapport annuel du trésorier.

Des modèles de statuts existent pour les deux formes.

Conseil : *Quelle que soit la forme retenue, il est conseillé d'organiser la CME en collèges de disciplines représentatives des activités essentielles de l'établissement.*

Il est possible de regrouper les spécialités moins bien représentées en collèges pluridisciplinaires.

Il est important que le président et les membres du bureau exercent de manière principale leur activité dans l'établissement. Il convient d'assurer par ailleurs une représentation suffisante des médecins exerçant à temps partiel.

Il est opportun enfin, de prévoir une représentation des médecins correspondants généralistes et spécialistes exerçant dans le périmètre de l'établissement. ■

8/ La CME doit-elle assurer ou non la gestion du compte mandataire praticiens ?

- Selon les termes de la Convention nationale des médecins, les honoraires des praticiens n'ayant pas opté pour l'encaissement direct, sont versés sur un compte mandataire, compte indépendant de celui de l'établissement.
- La CME peut assurer la gestion de ce compte, et il est préférable de le faire dans un cadre précis inscrit dans les statuts. Dans ce domaine, le recours à un expert comptable dans le cadre d'une association loi de 1901 est la meilleure option.
- Il est possible par ailleurs, de créer une association 1901 dédiée qui a l'avantage de pouvoir, par exemple, contracter une assurance « prévoyance collective », faire une avance de trésorerie à un confrère en difficulté ou assurer le financement d'une assistance juridique
- Il est également possible de déléguer la gestion du compte mandataire à l'établissement.

Les praticiens sont tous membres de la CME, mais seuls les praticiens ayant opté pour le compte mandataire seront membres de l'association dédiée. Cette distinction claire permet d'éviter toute contestation de la part des membres de la CME qui ne font pas appel au compte mandataire.

9/ Je suis président de CME; dois-je être assuré en responsabilité civile dans le cadre de cette fonction ?

Il convient de signaler à votre compagnie d'assurance que vous exercez la fonction de président de CME, de lui communiquer, si la demande vous en est faite, les statuts ou le règlement intérieur de la CME et d'obtenir une notification de l'accord de la compagnie.

Une CME « loi de 1901 » peut contracter une assurance couvrant la responsabilité civile du président, notamment pour les actions non comprises dans les missions réglementaires de la CME.

10/ Gestion des situations de crise : que faire ?

Conseil : La CME chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des médecins, n'est ni le Conseil de l'Ordre, ni une instance juridictionnelle civile ou pénale, ni un organisme syndical. ■

Un établissement privé est une zone de conflits d'intérêts potentiels. Cela étant, CME et direction interviennent nécessairement en concertation dans de nombreux domaines :

- > Projet médical, projet d'établissement, orientations stratégiques, relation avec les tutelles
- > Permanence des soins,
- > Recrutement de praticiens
- > Relation avec les usagers
- > Qualité sécurité, certification, DPC

Conseil : *L'action concertée Direction/CME est une voie à privilégier. En convenir est un début, il faut vouloir agir ensemble. Nous le devons et nous le pouvons.*

La bonne volonté est un pré-requis maisLes situations de crise peuvent relever de causes multiples et se déclenchent en règle générale sur un « terrain prédisposé ».

Leur diagnostic et leur prise en charge précoce réduisent le risque et améliorent le pronostic. ■

Quelques exemples :

➤ Conflit entre praticiens

Il est souhaitable que le président de la CME informe la Direction.

Cette dernière pourra intervenir en cas de demande formalisée. Ne pas hésiter à demander l'avis informel ou formel, si nécessaire, du Conseil de l'Ordre.

➤ Conflit praticien(s)/établissement

Il est souhaitable que la direction en informe le président de la CME.

Le binôme Direction d'Établissement / Président de CME a l'obligation de tout mettre en œuvre pour que les parties en conflit se rencontrent, sans finalité obligatoire de médiation ou conciliation.

Il est souhaitable d'informer le Conseil de l'Ordre.

Le président de la CME peut demander conseil au président de la conférence régionale des présidents de CME (voir liste en annexe) ou à défaut, questionner la Conférence Nationale des Présidents de CME.

➤ Conflit CME / direction

- Eviter de mettre, en première intention, « l'affaire » sur la place publique
- Accepter le fait que, pour aboutir à une situation bloquée, il faut être deux.
- Faire preuve de bon sens et ne pas oublier l'existence d'un intérêt commun.

- Respecter le règlement intérieur de la CME s'il existe et, sinon, prévoir au décours de la crise d'écrire et de valider une charte CME/établissement.

En cas de situation bloquée, ne pas hésiter à demander conseil et la médiation éventuelle du représentant régional de la Conférence des présidents de CME, du représentant régional de la FHP et à défaut à la représentation nationale (CNPCMEHP)

➡ Crise majeure impliquant des tiers: les usagers, les tutelles, les médias.

Information réciproque, action coordonnée, communication cohérente et synchrone sont indispensables.

En cas de conflit social, neutralité et devoir de réserve de la CME s'avèrent indispensables.

***Conseil :** N'hésitez pas, interrogez votre prédécesseur, votre président de région, la fédération régionale ou votre représentation nationale.*

En situation, si vous trouvez une bonne solution pour régler un vrai problème, appliquez cette solution à tous les autres problèmes qui se présenteront. ■

Liens utiles

Organismes professionnels adhérant au **CLAHP** (Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée) :

- FHP, 81 rue de Monceau, 75008 PARIS -tél : 01 53 83 56 56 - www.fhp.fr
 - CSMF, 79 rue de Tocqueville 75017 PARIS – tél : 01 43 18 88 00
www.csmf.org
 - Le BLOC, www.lebloc-aal-syngof-ucdf.org – Madame B. Le Nir 6 rue
Pétrarque – 31000 Toulouse : 06 76 97 23 72- et www.ucdf.net/
 - FMF, 10 bd des frères Vigouroux - 92140 Clamart – tél : 0810 400 492 -
www.fmfpro.org
 - SML, 22 rue Vaugelas - 75015 PARIS - tél : 01 53 68 01 00 –
www.lesml.org
 - FEHAP, 179 rue de Lourmel 75 015 PARIS - tél : 01 53 98 95 00 -
www.fehap.fr
 - CNPCMEHP, cnpcmehp@orange.fr
-

Annexes

- Recommandation du CLAHP relative au règlement intérieur de la CME des établissements privés.
 - Liste des obligations des établissements sur lesquelles la pratique de ses praticiens a un impact.
 - Liste des présidents de conférence régionale de présidents de CME.
 - Textes de référence : loi, décrets, arrêtés, circulaires.
 - Remerciements.
-

C.L.A.H.P.
Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée

Recommandation du 26 juin 2013 relative au règlement intérieur des conférences médicales d'établissements des établissements de santé privés

Le décret n°2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement (CME) des établissements de santé privés, pris en application de l'article L6161-2 du code de la santé publique, renforce le rôle de la CME dans la politique d'amélioration continue de la qualité.

Le nouveau dispositif confère à la CME un rôle stratégique dans la politique médicale de l'établissement et l'élaboration du projet médical conjointement avec le gestionnaire.

Convaincue que la valorisation et la reconnaissance des positions de la collectivité des médecins renforcent par ailleurs considérablement la position des établissements, les parties aux présentes ont souhaité, à travers l'élaboration d'un règlement intérieur type de CME, mettre à disposition des médecins exerçant en établissement de santé privé un outil aidant sur le fonctionnement des CME.

Ce document constitue une base minimum de réflexion à disposition des médecins exerçant en établissement de santé privé, qui s'appuie sur les principaux textes en vigueur concernant les CME.

Dr Michel CHASSANG
Président de la CSMF

Mr Jean-Loup DUROUSSET
Président de la FHP

Dr Jean-Paul Hamon
Président de la FMF

Dr Philippe CUQ
Co-Président du BLOC

Dr Roger RUA
Président du SML

Organisations ayant également approuvé la recommandation

CNPCME-HP

FEHAP

Conférence Médicale d'Établissement Règlement intérieur

Préambule

En vertu de l'article L6161-2 du Code de la Santé Publique et du décret n°2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale dans les établissements de santé privés, il est créé une Conférence Médicale d'Établissement, ci-après désignée par le sigle « CME », à la clinique, ci-après dénommée « l'Établissement ».

ARTICLE 1 : CONSTITUTION

Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale.

La CME peut s'adjoindre des membres invités.

Il est souhaitable que le représentant légal et/ou directeur de l'établissement soit par ailleurs périodiquement invité à participer aux travaux de la CME, et réciproquement que le président de la CME soit périodiquement invité à participer aux réunions de l'organe de direction de l'établissement.

ARTICLE 2 : PRESIDENT

La CME définit le mode d'élection du président. Le président est élu parmi les praticiens qui exercent leur activité dans l'établissement. Il est élu pour une durée de.....

Le Président :

- convoque la CME et fixe l'ordre du jour de ses réunions incluant les demandes des praticiens et du représentant légal de l'Établissement qui peut la consulter sur tout sujet,
- Elabore un compte rendu diffusé à l'ensemble des membres y compris les membres invités,
- signe les avis formulés par la CME et les transmet au représentant légal de l'Établissement,
- siège au sein de la Commission des relations avec les usagers et au sein des instances réglementaires ou désigne son représentant pour y siéger,
- mandaté par la CME, il participe, conjointement avec le représentant légal de l'établissement à l'organisation permettant la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins conformément aux articles R. 6111-2 à 4 du code de santé publique, et à l'arrêté du 06 avril 2011

- présente au représentant légal de l'établissement la proposition de programme d'actions mentionné à l'article L6161-2 du code de la santé publique et voté par la CME.

ARTICLE 3 : FONCTIONNEMENT

La CME définit librement les modalités de son organisation. Elle peut constituer en son sein des commissions, instances, ou collèges. Elle peut constituer en son sein un bureau.

La CME se réunit aussi souvent que nécessaire sur convocation de son président ou de son vice président et, en cas de carence, du responsable légal de l'établissement.

Dès lors que son avis est requis soit par des dispositions légales ou réglementaires, soit par le représentant légal de l'Etablissement, la CME doit s'exprimer dans un délai d'un mois dans le cadre d'un vote pris à la majorité simple des suffrages exprimés.

La convocation des différents membres et associés est adressée personnellement quinze jours avant la réunion par lettre simple ou par voie électronique. Elle est accompagnée de l'ordre du jour. En cas d'urgence, le délai de 15 jours peut être ramené à une durée inférieure fonction des nécessités.

La conférence médicale ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins des membres sont présents ou représentés. Chaque membre de droit absent peut donner pouvoir à un autre membre de droit présent. Le nombre de pouvoirs est limité à cinq par membre participant.

Si le quorum sur première convocation n'est pas atteint, la conférence médicale se réunit sur nouvelle convocation, à huit jours d'intervalle ; elle peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Seuls les praticiens exerçant leur activité dans l'établissement prennent part au vote.

[Le règlement intérieur peut préciser les règles de vote. A titre d'exemple : par collège, par pondération en fonction du temps d'exercice, ou autre... ; les règles de majorité étant par ailleurs susceptibles d'être différentes selon le type de décision à prendre]

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Elle se réunit obligatoirement au moins une fois par an :

- Pour donner son avis :
 - sur la politique médicale de l'Etablissement,
 - sur les prévisions annuelles d'activité de l'Etablissement.

- Elle procède à un vote à la majorité afin de valider :
 - son avis préalable à la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ou tout avenant au CPOM ayant une conséquence sur l'exercice médical,
 - son avis préalable à la signature de tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L6112-2 du code de la santé publique,
 - la proposition au représentant légal de l'établissement du programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi prévu à l'article L6161-2 du code de la santé publique,
 - Le rapport annuel d'activité qu'elle élabore présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi du programme d'actions mentionné à l'article L6161-2 du code de la santé publique,
 - Les préconisations à propos de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles élaborée avec le pharmacien de l'établissement dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement sous forme de livret thérapeutique, et le respect des objectifs fixés par le contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

- Elle est informée par le représentant légal de l'établissement :
 - de la programmation de travaux, de l'aménagement de locaux ou de l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins,
 - des bilans d'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L6161-2 du code de la santé publique, survenus dans l'établissement,
 - de l'intégration de tout nouveau praticien.

La CME donne un avis sur le recrutement de tout nouveau praticien.

ARTICLE 4 : LES MOYENS

L'Etablissement met à disposition de la CME la logistique utile à la tenue des réunions.

La CME et le représentant légal de l'établissement évaluent de concert les moyens utiles à la réalisation des différentes missions réglementaires, y compris l'indemnisation éventuelle des praticiens participant aux missions de la CME.

ARTICLE 5 : VALIDITE DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur de la CME peut être modifié par un vote à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés, le quorum des deux tiers des membres de droit étant atteint.

Le présent règlement intérieur sera porté à la connaissance de tout nouveau membre.

Fait à Le

Le Président de la CME

La Direction de l'Etablissement *pour
accord et représentation des
membres invités*

En annexe du règlement intérieur : liste, tenue à jour, des membres de la CME, accompagnée des signatures de tous les membres de la CME

Liste des obligations des établissements sur lesquelles la pratique de ses praticiens a un impact

- Respect de l'autorisation d'activité de soins et des volumes (ex-OQOS => indus) ; PDS.
- Respect des normes réglementaires: conditions techniques de fonctionnement par activité et équipement matériel lourd.
- Respect des engagements pris dans le cadre du CPOM :
« Le CPOM détermine les pénalités applicables aux titulaires d'autorisation en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements convenus avec l'ARS : proportionnées à la gravité du manquement constaté, ne pouvant excéder 5% des produits reçus des régimes d'AM. »
- ⇒ Orientations stratégiques (déterminées sur la base du projet médical et du SROS-PRS),
- ⇒ Conditions de garanties de la continuité des soins,
- ⇒ Objectifs assortis d'indicateurs de suivi visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- ⇒ Objectifs visant à l'amélioration de la maîtrise médicalisée des dépenses et des pratiques professionnelles (il peut prévoir des actions d'accompagnement visant à améliorer la performance de sa gestion ainsi que des mesures d'intéressement aux résultats constatés,
- ⇒ Engagements du titulaire en termes de développement des SI, de transmission des données informatisées et le cas échéant, des activités de télémédecine.
- Respect de l'information du patient accueilli (art. L.1111-3 – L.1111-7 CSP): informations sur les honoraires pratiqués et secteur d'appartenance des médecins (inscrits dans le livret d'accueil)
- Obligations en matière de tenue de divers documents (tenue et conservation du dossier médical et des divers registres et comptes-rendus- art. R.1112-2 CSP)

- Certification de l'établissement (art. L.6113-3 CSP) //Accréditation des médecins
 - ⇒ Une *procédure externe* d'évaluation visant à assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
 - ⇒ L'accréditation des médecins (spécialités à risques) permet de satisfaire à l'obligation de DPC (EPP) (art. L.4133-1 et R 4133-1CSP)
 Dans la V2014 HAS, la certification des établissements de santé devrait prendre davantage en compte la pertinence des soins, en liant les EPP et l'item « pertinence », au profil de risque de l'établissement,
 - ⇒ Participation du médecin au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins élaboré par la CME (art. 5 de la loi HPST- décret n°2010-1408 du 12-11-2010) en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, chargé d'assurer sa mise en œuvre.

- Analyse de l'activité de l'établissement
 - ⇒ transmission par les praticiens des données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité (art. L.6113-7 et L.6113-8).

- CBUM (décrets n°2005-1023 du 24 août 2005 et n°2008-1121 du 31-10-08 – cf. : annexe)
 - ⇒ l'établissement fournit à l'ARS et au médecin-conseil de l'assurance maladie les éléments nécessaires au contrôle du respect du contrat et de la conformité aux référentiels déclarés (traçabilité de la prescription, et de l'administration des médicaments - respect des indications et des modalités de dispensation).

- Régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales remboursées sur l'enveloppe de ville (décret n°2011-453 du 22 avril 2011).
 - ⇒ Suivi de l'évolution des dépenses de l'établissement pour respect du taux national fixé annuellement par le ministre de la santé : si ce taux n'est pas respecté, proposition de l'ARS de conclure pour 3 ans un contrat

d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins avec objectif de convergence de l'évolution des dépenses de l'établissement vers le taux national : ce contrat fixe la procédure de sanction,

- ⇒ Reversement à la caisse d'une fraction des dépenses des médecins et inversement le reversement par la caisse d'assurance maladie d'une partie des économies réalisées.

- Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (arrêté du 6 avril 2011), un des axes majeurs de la démarche globale de qualité et de sécurité des soins.

- Matéiovigilance

- Signalement des évènements indésirables graves liés aux soins (L1413-14 CSP)

- Déclaration des évènements porteurs de risques médicaux (L1414-3-3 CSP) : démarche volontaire des médecins dans le cadre de l'accréditation (ci-dessus)

Textes de référence

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (HPST) - ordonnance n°2010-177 du 23-02-2010 : article L.6161-2 du code de la santé publique.
- Décret n°2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la CME dans les établissements de santé privés.
- Recommandations du CLAHP sur le règlement intérieur des CME.
- Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments
- Décret n°2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé.
- Décret n°2014-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Circulaire N° DGS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 d'application du décret 2014-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
- Instruction N° DGOS/PF2/2012/532 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.
- Arrêté du 5 mars 2013 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Instruction N° DGOS/PF2/2013/211 du 17 mai 2013 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Liste des présidents de conférence régionale de CME

Fonction	Région	Bureau	Titre	Nom	Prénom	E-mail
Président de région	Alsace					
Président de région	Aquitaine	Secrétaire	Dr	JOURDAIN	Olivier	olivier.jourdain@wanadoo.fr
Président de région	Auvergne					
Président de région	Basse Normandie					
Président de région	Bourgogne		Dr	FABRE-AUBRESPY	Loïc	loicfabre@infonie.fr
Président de région	Bretagne		Dr	RIVOALAN	Jacques	Jacques.Rivoallan@wanadoo.fr
Président de région	Centre		Dr	BAR	olivier	o.bar@ciic.fr
Président de région	Champagne-Ardenne	Trésorier	Dr	VRILLAUD	Henri Georges	hgv@wanadoo.fr
Président de région	Corse					
Président de région	Franche Comté		Dr	PETITEAU	Yves	py.petiteau@wanadoo.fr
Président de région	Haute Normandie		Dr	AURIANT	Igor	i.auriant@clinique-europe.com
Président de région	Ile de France		Dr	LANOT	Pierre	planot@club-internet.fr
Président de région	Languedoc-Roussillon	Président	Dr	BARON	Jean-Luc	drbaron@wanadoo.fr
Président de région	Limousin		Dr	LAGET	Jean	jlaget@wanadoo.fr
Président de région	Lorraine		Dr	BRETON	Christian	conference.medicale@orange.fr
Président de région	Midi-Pyrénées		Dr	CHARRIOT	Marie-Paule	mariepc@free.fr
Président de région	Nord pas de Calais		Dr	HOUCKE	Philippe	Ph.e.houcke@wanadoo.fr
Président de région	PACA		Dr	ESCOJIDO	Henri	henri-escojido@wanadoo.fr
Président de région	Pays de Loire		Dr	HALLIGON	Jean	jean.halligon@wanadoo.fr
Président de région	Picardie		Dr	BACHELET	Yves	cr.p.cme.hp.picardie@gmail.com
Président de région	Poitou -Charente		Dr	KASSAB	Michel	michel.kassab@wanadoo.fr

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce guide :

 Pour la CNPCMEHP :

- Docteur Jean-Louis BARON,
- Docteur Henri ESCOJIDO,
- Docteur Marie-Paule CHARLOT.

 Pour La FHP :

- Madame Sylvie CHARLET,
- Madame Martine HADDAD,
- Docteur Alain NICOLET,
- et Monsieur Pierre de CALAN.



Nous contacter :
81, rue Monceau
75008 Paris
Tél. : 01 53 83 56 56

Réalisation : Direction des Affaires Juridiques - FHP