

Le rôle des CME dans les établissements de santé privé

Livre Blanc

promu par la Confédération Nationale des
présidents de CME de l'Hospitalisation privée

Septembre 2013



79 rue de Tocqueville 75017 Paris


Contact : Dr Jean-Luc Baron

06 80 57 84 66

www.cnpcmehp.com

Conception et réalisation : DIXIT Consulting





« Il est dangereux pour un peuple de compter dans son sein trop de vanités individuelles et pas assez d'orgueils collectifs. »

Les Incertitudes de l'heure présente,
Gustave Le Bon, Médecin anthropologue

Introduction

L'exercice médical en établissement privé a été profondément bouleversé ces dernières années,

- par la diminution du nombre des cliniques indépendantes appartenant aux médecins, au profit de groupes de santé où l'exercice médical est très clairement distinct de la gestion économique et financière,
- par la volonté politique d'une médecine de plus en plus étatique, où le rôle de l'hôpital public est renforcé de jour en jour. Les établissements privés et les médecins qui y exercent sont réduits de facto à un rôle de « variable d'ajustement »,
- par le rôle des usagers, de plus en plus informés et avertis avec les moyens de communication modernes, porteurs de revendications en termes d'exigence de qualité, et de considération comme acteurs à part entière de leur prise en charge.

Et pourtant, les qualités du système de santé français sont reconnues, statistiques OMS, absences de files d'attente ... en partie liées à l'activité du secteur privé à but lucratif et au travail des médecins qui y exercent.

Les **40 000 médecins** des établissements du secteur privé, **assurent plus de la moitié des actes de chirurgie**, avec une proportion importante de la prise en charge en chirurgicale en ambulatoire, un tiers des naissances, près de la moitié des patients atteints de cancer, plus d'un tiers des soins de suite et réadaptation et le quart des hospitalisations en psychiatrie. **Et pourtant, leur reconnaissance pose problème**, car si les profils de la médecine de ville et des médecins hospitaliers publics sont bien connus de nos tutelles et de nos instances politiques, le profil des médecins exerçant en établissement privé ou sur plateau technique est en revanche plus flou dans les esprits, relevant dans bien des cas à la fois d'une activité de ville et d'une activité hospitalière.

Sur le plan qualitatif, la Cour des Comptes précise, dans son rapport de septembre 2012, que pour la seconde itération de la certification (V2007), **70,6% des établissements avec certification pleine sont des établissements privés**. Concernant les praticiens **plus de 7 500 médecins** des spécialités dites à risques sont engagés dans la procédure d'accréditation et près de 5 000 d'entre eux sont accrédités par la HAS. Toutes ces données démontrent que qualité et sécurité au service de l'utilisateur sont des valeurs inscrites dans l'exercice médical en établissement de santé privé.

Ces résultats plutôt probants, ne sont pas l'œuvre du simple comportement individuel mais bien de la capacité des praticiens à s'organiser collectivement de façon verticale au sein de leur spécialité et de façon transversale au sein de leur Conférence Médicale d'Établissement (CME), en partenariat avec l'établissement dans lequel ils exercent.

C'est bien au travers des missions confiées à la CME que s'inscrit la qualité-gestion des risques, ainsi que la sécurité pour les patients pris en charge. Le périmètre est large :

- **événements indésirables** associés aux soins avec ses principales composantes : infections nosocomiales, médicament...

- permanence des soins,
- **continuité des soins** dans l'établissement mais aussi dans le parcours de soin du patient,
- **évaluation des pratiques professionnelles** qui inclut la pertinence des actes ainsi que les modes de prise en charge.

Dans le modèle actuel, les médecins libéraux exerçant dans les établissements de santé privés, sont rémunérés pour leurs actes, et l'on peut entendre que les actes soient de qualité. Pour autant, qu'est-ce que le système de rémunération prévoit pour la valorisation de ces fonctions d'animation et de coordination hormis le bénévolat ?

Cette absence de reconnaissance met aujourd'hui en péril la qualité de la prise en charge des patients, à un moment où l'on demande aux médecins libéraux de faire des efforts dans l'accessibilité aux soins. Le bénévolat peut être adapté à des modes expérimentaux. Mais nous avons aujourd'hui dépassé ce stade et la seule contrainte ne peut être la réponse à la généralisation de ces missions.

Les missions de service public au premier rang desquelles la permanence des soins, **sont également une préoccupation des CME**. Les médecins exerçant en établissement privé ont toujours assumé ces missions. Mais le bénévolat observé pour certaines spécialités atteint désormais ses limites et nombre de ces médecins s'épuisent.

Ces missions de service public qui devaient abattre les cloisons public-privé avec la loi HPST, ne sont attribuées aux praticiens des établissements privés qu'en cas de carence du secteur public. Selon quels critères et quel cahier des charges ? Répétons-le, les praticiens libéraux des établissements privés sont " la variable d'ajustement " ce qui n'est pas, reconnaissons-le, très motivant.

La confiance des patients envers leur médecin dans le colloque singulier de la consultation, est jugée satisfaisante à travers les différentes études publiées à ce jour. La problématique est bien dans la prise en charge collective dans l'établissement et en aval de cette prise en charge. Pour ce faire, plusieurs défis sont à relever au sein des CME :

- **Un développement des relations avec les représentants des usagers**, tant dans l'information que dans la formation, mais aussi dans la prise en charge globale de l'utilisateur,
- **Une implication plus forte dans les parcours de soins**, en s'appuyant sur les réseaux naturels implicites mais qui doivent devenir explicites. Pour ceci il faut faire confiance à la capacité des professions médicales à s'investir dans de nouveaux modes organisationnels capables de contracter avec les tutelles, là où les établissements publics et privés revendiquent un hypothétique savoir-faire très médecin-dépendant. Pourquoi ne pourrait-on pas s'appuyer pour cela sur les URPS ?
- **Un dialogue avec les tutelles qui ne relève pas de la décision pour autrui**, dans un schéma où les ARS s'adressent aux établissements lorsqu'il s'agit de thématiques médicales, alors qu'en majorité, la relation juridique est contractuelle et ne relève pas d'un lien de subordination lié au contrat de travail. Les conférences régionales des présidents de CME existent et doivent être de véritables interlocutrices. A défaut, les URPS peut être les instances ayant la faculté de représenter les CME, dès lors qu'elles signent une convention avec la structure régionale représentative des CME.
- **Une appropriation continue et évolutive des outils** permettant de participer au management de la qualité-gestion des risques dans les établissements, afin d'obtenir une prise en charge la plus sécurisée possible pour l'utilisateur.

Tous ces défis ne pourront être relevés que si les médecins exerçant en établissements bénéficient d'une vraie reconnaissance de leur exercice, tant par les tutelles que par les hommes et les femmes qui nous gouvernent. **C'est dans cet esprit que nous présentons huit axes fondamentaux de l'exercice médical en établissement**. Chacun de ces axes est ponctué de propositions concrètes, réalisables pour peu qu'on le veuille, et porteuses d'efficacité pour l'ensemble du système de santé français.

SOMMAIRE

AXE 1

La CNP CME de l'Hospitalisation Privée en quelques dates et chiffres
P.4

Pour une meilleure reconnaissance et prise en compte des Conférences médicales d'établissement
P.8

AXE 2

Valoriser les missions de coordinations confiées aux CME, une urgence
P.10

AXE 3

L'accueil des internes en établissements
P.12

AXE 4

Des missions de service public assumées par les praticiens des établissements privés, insuffisamment reconnues
P.14

AXE 5

Parcours de soin : les médecins des établissements fortement impliqués dans la prise en charge globale et sécurisée du patient
P.16

AXE 6

Le développement personnel continu (DPC)
P.18

AXE 7

La pertinence des actes et des modes de prise en charge
P.20

AXE 8

Relation avec les usagers et leurs représentants en établissement
P.22

La Conférence Nationale des Présidents de CME de l'Hospitalisation Privée

La CNP CME HP est une Association qui a vu le jour en 1996, à la suite de la création des Conférences Médicales dans les établissements privés, issues de la loi Hospitalière de 1991

Elle a pour mission d'aider les CME de terrain, dans leur rôle technique d'organisation de la collectivité médicale et de participer aux différents groupes de travail nationaux.

Historique

La naissance – Années 1996-1999

La CNP CME HP est une association qui a vu le jour en 1996, à la suite de la création des Conférences Médicales dans les établissements privés, issues de la Loi Hospitalière de 1991.

Cette loi a prévu dans son article L 7 15-12, la constitution au sein des établissements privés d'une Conférence Médicale d'Etablissement. Il était naturel que des organisations régionales et une organisation nationale, voient le jour.

Durant ces années, la conférence Nationale a établi des relations avec les administrations de la santé, ainsi que les différents ministères de la santé, dans un contexte où les missions et attributions de la CME étaient pour le moins imprécises.

La Conférence Nationale a donc vu le jour il y a maintenant presque 20 ans, avec comme premier président le Dr Serge LARUE-CHARLUS.

L'évolution vers une certaine maturité – Années 2000-2003

La Conférence Nationale des Présidents de CME de l'hospitalisation privée atteint avec le nouveau millénaire, une certaine maturité. Serge LARUE-CHARLUS cède alors sa place pour devenir Président Honoraire. C'est au Dr Jean HALLIGON que le conseil d'administration demande d'assumer la nouvelle présidence.

Petit à petit grâce à son travail collectif et à l'organisation annuelle de sa «journée nationale », la CNPCMEHP a su se faire reconnaître et se poser en partenaire des différentes instances.

L'évolution vers la reconnaissance – Années 2004-2012

La Conférence Nationale des Présidents de CME de l'hospitalisation privée est de plus en plus reconnue comme interlocuteur par les différentes instances, DGOS, HAS ...

Les textes réglementaires donnent du sens aux missions de la CME. Les instances intègrent la CNPCMEHP dans ses différents groupes de travail.

Les derniers textes en date issus de la loi HPST permettent, dans une approche gestion des risques, d'installer au sein des établissements une nouvelle gouvernance adaptée au secteur privé.



8
millions de patients
chaque année

55%
des interventions
chirurgicales et près de 70% de la
chirurgie ambulatoire en France

1/2
Près d'une personne sur deux
attendes d'un cancer

2
millions de passages
dans 130 services
d'urgences

1/4
Un accouchement
sur quatre

20%
Près de 20% des hospitalisations
psychiatriques

1/3
Un tiers des hospitalisations en
soins de suite et de réadaptation

1/3
Un tiers des patients
traités par dialyse

40 000
Plus de 40 000 médecins
libéraux ou salariés.

Les CHIFFRES CLÉS

L'hospitalisation privée représente plus de 1000 établissements (dont 700 MCO), où exercent plus de 35000 praticiens avec une activité libérale. En termes d'activité ceci représente :

La CNPCMEHP aujourd'hui

La Conférence Nationale des Présidents de CME de l'hospitalisation privée est maintenant installée dans les esprits. Elle n'est pas un syndicat nouveau mais une instance de recommandations pour l'organisation des praticiens et des équipes dans les établissements. Elle travaille en partenariat avec les différents syndicats pour concourir à la défense des praticiens.

Elle est appelée, par la DGOS, dans l'ensemble des comités. Elle participe en exposant son expérience dans tel ou tel domaine et nota.

Elle travaille avec la HAS sur ses domaines de compétences que sont la gestion des risques, la certification, l'accréditation des médecins et des spécialités à risque, l'amélioration des pratiques et sécurité des patients.

Elle travaille également en collaboration avec les organismes de formation syndicaux de médecins et d'établissements pour mettre en place des journées de formation dans les CME locales, et proposer un modèle de management visant à accomplir ses missions (Annexe 1). Enfin, elle organise chaque année une « journée nationale » couplée depuis l'année dernière aux journées de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP).

Organisation

La CNPCMEHP compte en son sein des membres de droits que sont les présidents des conférences régionales, et au maximum 10 membres à titre individuel, élus. Ce sont ses membres qui assurent la représentativité dans les différentes commissions ou groupes de travail (Annexe 2).

Dans la majorité des régions, on trouve des Conférences régionales des présidents de CME de l'hospitalisation privée. Celles-ci assurent, quand elles sont sollicitées, la représentativité dans les instances régionales (CRSA et commissions...), la coopération avec la FHP régionale, et de plus en plus ont des relations privilégiées avec les URPS qui ont acquis un pouvoir de contractualisation avec l'ARS. Elles assurent le relais avec les CME locales de l'information diffusée par la CNPCMEHP.



Axe 1 : Des Conférences médicales d'établissement qui doivent être mieux reconnues et prises en compte

Les médecins libéraux exerçant en établissements ne sont ni des médecins de premier recours, ni des médecins hospitaliers publics. Les décideurs nationaux ont du mal à les situer ces médecins consultant en ville et exerçant leur art en établissement.

Il est cependant utile de noter que la représentation nationale des CME (CNPMEHP) est de plus en plus entendue et consultée par la DGOS, la HAS. Cependant très récemment dans son rapport sur la place du secteur privé dans l'offre de soins, l'IGAS n'a pas convié la représentation nationale des CME à s'exprimer, alors qu'antérieurement la MECSS au Sénat l'a fait.

Il n'en va de même au niveau régional où l'ARS :

- Connaît les établissements, mais méconnaît les CME du privé. Les annexes médicales des CPOM des établissements privés sont négociées par les directeurs des établissements et l'ARS en dehors de représentant des CME. Il s'agit d'une véritable négociation pour autrui qui ne peut être source que de conflits non constructifs.
- Fait nommer la représentation médicale à la CRSA, et ses sous commissions, et plus généralement à tous les groupes de travail par les instances représentatives des établissements. Il n'est pas acceptable que la représentation médicale soit assurée par les « directeurs médecins » au mépris du principe de démocratie sanitaire.

Au niveau de l'établissement même, fort de ce peu de représentativité, parfois la CME est très peu considérée par les directions de certains établissements, ne permettant pas aux CME de remplir leurs missions. L'attitude à ce sujet est très hétérogène. Si certains établissements ont compris qu'une CME qui fonctionne et participe au management et l'organisation collective autour des soins, est un atout, d'autres sont encore dans une logique de diviser pour mieux régner, avec la peur d'installer un contre pouvoir.

Les propositions de la CNPC-MEHP sont les suivantes:

- Au plan national, **entendre la CNPCMEHP au même titre que les fédérations chaque fois que le sujet impacte les praticiens exerçant en établissement privé à but lucratif**. Sur les sujets ayant trait à l'exercice en établissement mais également ayant trait à la prise en charge globale des patients.
- Au plan régional, faire évoluer la réglementation, afin que les **nominations institutionnelles pour les CME, soient décidées par la représentation régionale (CRPCMEHP), soit directement, soit en lien avec les URPS**, et non plus par la fédération hospitalière privée qui n'a pas légitimité à désigner des représentants médicaux libéraux. À cet effet un modèle de convention URPS- CRPCMEHP a été élaboré et doit être diffusé et mis en œuvre dans chaque région.
- Au niveau de l'établissement, renforcer la notion d'avis consultatif, avec présence d'un avis obligatoire et tracé. Cet avis est fondamental à propos de sujets à forte coloration médicale, qui sont repris dans les annexes du CPOM et qui engagent le corps médical. Il s'agit des sujets comme les missions de service public, l'accessibilité aux soins, le volet qualité-sécurité, la pertinence des actes et des modes de prise en charge, l'inscription de l'établissement dans la territorialité.
- Sur ces éléments sus cités, **l'association aux négociations du CPOM avec l'ARS, de la CME par la voix de son président, chaque fois que la participation des médecins est engagée.**
- **Définitivement rompre pour les CPOM avec ce concept de la négociation pour autrui, c'est-à-dire de l'établissement pour la CME.**

AXE 2 :

Valoriser les missions de coordinations confiées aux CME, une urgence

Un constat

Parmi les médecins libéraux exerçant en établissements et qui sont rémunérés à l'acte, certains assument des missions de coordination notamment en ce qui concerne la gestion des risques et la qualité au bénéfice des patients, mais également de leurs confrères ainsi que des établissements.

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) et les décrets qui en découlent confient à la CME une vraie fonction managériale, tant dans la construction en partenariat avec la direction de la politique autour de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, que dans la production d'indicateurs et d'actions qui concourent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité du patient.

Le rôle des CME et l'implication du collectif médical, indispensable, ne s'arrête pas là. Il trouve quotidiennement son prolongement dans la lutte contre les infections nosocomiales, dans la réduction de l'iatrogénie médicamenteuse, dans la lutte contre la douleur, dans la prise en charge nutritionnelle ou bien encore dans la sécurité des plateaux techniques lourds.

Missions chronophages, missions bénévoles

Ces missions oh combien chronophages, sont jusqu'ici assumées bénévolement, voire avec un impact négatif si l'on veut bien considérer que le temps passé à ces fonctions est autant de temps retiré à l'activité rémunérée du professionnel.

Premières études

Les premières **études et processus expérimentaux portant sur le paiement à la performance** dans les établissements de santé, tiennent compte d'indicateurs où les médecins apportent leur contribution, mais pour lesquels le **temps consacré aux missions dévolues à la CME n'est en aucune manière évalué.**

Valoriser le temps passé

Dans un environnement de plus en plus contraint, où l'on demande aux spécialistes libéraux exerçant en établissements en matière des efforts notamment pour ce qui est de l'accessibilité aux soins, il devient urgent de valoriser ce temps passé à l'accomplissement de ces missions. Dans le cas contraire, il est à craindre une lassitude, pour ne pas parler d'épuisement, des médecins engagés dans les CME. Ce qui aurait alors et de façon inévitable des conséquences directes sur la bonne prise en charge des patients.

Cette valorisation ne doit en aucun cas être une rente de situation. Elle doit s'envisager comme l'accompagnement des CME actives avec des praticiens réellement engagés.

Trois propositions

- **Valorisation des fonctions transversales**

Sur la base des différents travaux et études déjà réalisées ou actuellement en cours, et sur des bases connues d'indemnisation des libéraux qui œuvrent dans les URPS médecins, il convient de déterminer dans les plus brefs délais une valorisation de ces fonctions transversales.

- **Indicateurs de temps**

Intégrer des indicateurs de temps médical consacré aux missions de la CME dans les prochaines versions d'étude de paiement à la performance.

- **Un mode d'attribution**

Ce mode d'attribution pourrait prendre en compte au moins pour partie des indicateurs de performance telle que l'élaboration du rapport annuel prévu par le décret relatif aux CME privées, mais aussi sur la base de la procédure de certification et des actions exemplaires qui pourraient y être relevées.

Axe 3 : L'accueil des internes en établissement

Un constat

Dans le cadre des missions de service public, la loi HPST permet à des internes depuis novembre 2011 d'effectuer des stages en hospitalisation privée au sein d'équipes dont le terrain de stage a reçu un agrément. Une fois l'agrément obtenu, le terrain de stage est ouvert au choix des internes.

Le système prévoit pour l'interne de médecine générale essentiellement des stages auprès de praticiens formateurs, l'accueil des spécialistes ne se faisant qu'en établissement autour d'une équipe médicale. Les stages auprès d'un médecin libéral formateur donnent lieu à une indemnisation du formateur. Les stages auprès des spécialistes nécessitent une adaptation de l'exercice au quotidien : bien qu'assumés bénévolement par les médecins et coûtent aux établissements.

La particularité du secteur privé, avec une dissociation entre le lieu de consultation et l'établissement, conduit à observer dans les grandes villes une tendance forte à des regroupements de médecins d'une même spécialité au sein d'un même cabinet médical avec un exercice sur plusieurs établissements.

Le système est donc complexe avec des possibilités d'accueil différentes que l'on soit interne de médecine générale ou de spécialité. Des spécialités sont laissées pour compte, le coût de l'accueil d'un interne étant trop élevé au regard de l'investissement potentiel. Dans certaines spécialités, des internes ne pourront jamais avoir accès à des stages en établissement privé alors que la demande est présente.

C'est ainsi que les premiers constats révèlent dans les établissements privés la présence de terrains de stage en anesthésie, soins de suite et de rééducation, psychiatrie... mais bien peu dans les spécialités chirurgicales où, pourtant, plus de 60% de la chirurgie est effectuée.

Trois propositions

Afin de faire évoluer cette délégation de mission de service public, la CNPCMEHP propose :

- D'ouvrir la possibilité à des regroupements de médecins d'une même spécialité ; d'offrir des terrains de stage multi-établissements en fonction de l'exercice de chacun. Ceci aurait pour avantage de mutualiser le coût de la prise en charge de l'interne.
- La possibilité d'ouvrir des stages auprès de formateurs aux internes de spécialités, dans des spécialités ciblées comme la pédiatrie par exemple.
- De prévoir une valorisation du temps passé à la formation de l'interne pour les praticiens en établissement.

AXE 4 :

Des missions de service public assumées par les praticiens des établissements privés, insuffisamment reconnues

Un constat

Les médecins libéraux exerçant en établissements de santé accomplissent depuis longtemps des missions de service public. Mais lorsque l'on parle de missions de service public dans le secteur hospitalier privé, pourtant une réalité quotidienne, le flou demeure, faute de réglementation et de reconnaissance.

Certaines de ces missions ont été reconnues dans un cadre réglementaire comme pour la périnatalité, ou la prise en charge des urgences cardiologiques. De nombreuses missions faisaient l'objet de mesures conventionnelles (orthopédie, chirurgie viscérale), d'autres encore étaient assumées de façon bénévole et hétérogène (ORL, urologie, radiologie).

Les affirmations selon lesquelles les établissements n'accueillent pas les mêmes patients que l'hôpital public, sont bien entendu erronées, même si l'on doit ici reconnaître un rôle social plus aigu exercé au sein de l'hôpital public. Si nous ne contestons absolument pas l'implication depuis toujours du secteur public dans ce domaine, les cliniques privées ne sont pas en reste et jouent elles aussi, bien plus souvent qu'on ne le croit, un rôle social qui porte un nom : mission de service public.

La loi HPST a, dans un souci apparent de simplification, prévu d'harmoniser le financement, et de confier aux ARS l'étude des besoins, l'attribution des lignes de garde ou d'astreinte.

Les ARS inventent le principe de carence

La sanction n'a pas été longue à se mettre en place. Prenons l'exemple de la permanence des soins. Sous couvert d'une notion intitulée "principe de carence", n'est attribué au secteur privé la mission de service public "permanence des soins" dans une spécialité donnée, que si et uniquement si la carence du secteur hospitalier public est constatée.

Malheureusement personne n'a à ce jour pris soin d'en donner la définition. S'agit-il d'une notion quantitative binaire, avec une offre publique qui existe ou non ? S'agit-il plutôt d'une notion qualitative où sont prises en compte les ressources médicales en capacité d'être affectées à cette mission de service public ? Nul ne le sait avec précision et clarté.

Longtemps, nos décideurs ont rêvé de faire venir les libéraux à l'hôpital public pour assumer ces missions. Les résultats sont sans appel et montrent l'échec de cette disposition, qui ne relève pas d'un esprit de contradiction des médecins exerçant en établissements, mais bien d'une absence totale de faisabilité, malgré les mesures incitatives qui accompagnent le dispositif.

Une régulation hospitalo-centrée

La régulation telle qu'elle fonctionne aujourd'hui est excessivement hospitalo-centrée et ne respecte pas toujours les choix des patients. Il en va ainsi pour les épisodes aigus d'affections chroniques où la régulation ne prend pas assez en compte l'équipe habituellement en charge du patient. Les ruptures engendrées par ces changements d'équipe sont économiquement très consommatrices, et ne participent pas à la bonne mise en place des parcours et à leur pertinence. Il est facile de comprendre que, d'un point de vue économique, les décideurs conscients des difficultés financières du secteur public cherchent à rapatrier un maximum de budgets issus des MIGAC (auxquels émergent les budgets de la PDS-ES). Une question s'impose alors : qu'en est-il de l'intérêt du patient ?

Quatre propositions

• Répertoire opérationnel des ressources

Accélérer la mise en place du répertoire opérationnel des ressources, afin d'avoir une idée exacte au plan qualitatif mais aussi quantitatif de la PDS-ES., notamment en termes de ressources humaines médicales.

• Principe de carence, une définition

Donner une définition claire du principe de carence, tenant compte des aspects qualitatifs sus cités.

• Favoriser les coopérations

Nous revendiquons des flux équitables, sans toujours privilégier les flux privé vers public. Un système de gardes partagées sur un territoire donné a déjà fait la preuve de son efficacité. Il convient d'étendre ces modes de fonctionnements.

• Une meilleure régulation

Faire en sorte que la régulation puisse adresser prioritairement les accidents aigus des patients présentant une affection chronique vers les équipes qui les prennent en charge de façon habituelle, afin de ne pas instituer de rupture dans leur parcours de soin. Cet aspect a un impact économique certain.

AXE 5 :

Parcours de soin : les médecins des établissements fortement impliqués, dans la prise en charge globale et sécurisée du patient

Il faut cependant bien le reconnaître : l'évolution des techniques et le développement des retours précoces à domicile posent un problème. L'aval de l'hospitalisation est aujourd'hui rendu plus aléatoire car il n'est plus uniquement pluridisciplinaire, mais pluri-professionnel. Cet aspect devient plus de plus en plus aigu à chaque fois qu'une stratégie de groupe conduit à une concentration des activités sur tel ou tel établissement pour des raisons économiques.

Il existe une défiance vis-à-vis des médecins quant à leur capacité à piloter ou co-piloter les parcours de soins. Il n'est pas sain que le pilotage du parcours de soins échappe aux médecins et soit confisqué par l'assurance maladie avec les programmes PRADO, les mutuelles avec le projet de loi LEROUX, ou qu'il soit de la seule responsabilité de l'hôpital public comme semble le proclamer la FHF.

C'est faire fi de l'existence des URPS qui sont d'évidence le lieu de rencontre entre les représentations des différentes professions médicales et paramédicales. Elles sont naturellement la source d'émergence pour des projets d'envergure, de discussions autour de la délégation de tâche en utilisant les outils prévus par l'article 51 de la loi HPST.

Quatre propositions

- **L'avis de la CME**

Nous souhaitons que la CME soit consultée aussi souvent que possible afin qu'elle donne son avis sur tout projet de parcours de soins qui concerne l'établissement.

- **Un modèle de convention entre URPS et CME**

Ce modèle de convention entre l'URPS et la représentation nationale des CME permettrait de participer au développement des parcours de soins qui croisent une hospitalisation en établissement privé.

- **Développer des systèmes d'alerte et de suivi**

Nous souhaitons le développement, avec les maisons de santé pluridisciplinaires, de systèmes d'alerte et de suivi pour améliorer les prises en charge en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte.

- **Des rencontres avec les représentants des usagers**

Nous souhaitons que les CME développent dans leur propre organisation des rencontres régulières avec les représentants des usagers afin de construire avec eux l'amont et l'aval de la prise en charge dans l'établissement autour des axes du projet médical.

Un constat

L'exercice médical ne peut plus être tronçonné avec un « avant » hospitalisation, une hospitalisation et un « après » hospitalisation. Ceci est d'autant plus vrai que les durées de séjours diminuent, et que les sorties des patients doivent être au mieux sécurisées.

Au sein de l'hospitalisation privée de nombreux partenariats entre les différents acteurs médicaux se sont organisés, au cours des dernières années. Il s'agit là d'une conséquence directe de la double appartenance des praticiens qui ont à la fois un ancrage en ville mais également au sein des établissements de santé privé.

- En amont, les réseaux certes informels existent. Il convient en premier lieu de les répertorier et de s'assurer de la qualité de la prise en charge. Mais ils portent en eux la capacité de décloisonnement.
- En aval, pour des raisons d'efficience ainsi qu'à l'occasion des hospitalisations programmées, lorsqu'un recours en soins de suite ou en rééducation est nécessaire, les transferts sont souvent anticipés.

AXE 6 :

Le développement personnel continu – DPC

Regroupement de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles, le DPC n'a de sens pour les praticiens exerçant en établissement que s'il est conduit au plus près de leur outil de travail, dans un souci de démarche pluri professionnelle en équipe.

Les CME du secteur privé, lorsqu'il s'agit de praticiens libéraux et contrairement aux hôpitaux publics, n'ont jamais organisé à elles seules de programmes de Formation Médicale Continue (FMC) et s'appuyaient soit sur les organismes agréés (OA) de FMC adossés aux syndicats existants, soit sur les sociétés savantes. En revanche, elles avaient un rôle reconnu dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), par Décret no 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Par ailleurs, cette mission autour des EPP était en cohérence avec les exigences de la procédure de certification des établissements de santé

Aujourd'hui le DPC ne change pas fondamentalement la perspective, les CME doivent s'inscrire dans des partenariats avec les OA existants ou à venir. Il s'agit là d'un glissement progressif vers la notion d'équipe à nos yeux fondamentale et qui intègre les CME dans la réussite du dispositif en informant sur les moyens ou en coordonnant les actions de DPC proposées par les OA-DPC. Les CME peuvent dès lors jouer le rôle de « prestataire » pour les OA en organisant, au sein de l'établissement, des actions à partir des méthodes validées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

De nombreux outils et méthodes validés par la HAS sont désormais opérationnels, allant du processus d'accréditation des médecins, aux méthodes de gestion des risques en équipe du type « médical team training ». La procédure de certification de plus en plus « médicalisée » reconnaît et incite à l'intégration de ces outils et méthodes au management de l'établissement et en particulier en matière de gestion des risques et sécurité du patient.

En dehors de spécialités très particulières, il n'est pas concevable que chaque spécialité médicale construite individuellement ses recommandations et plans d'actions en dehors d'une harmonisation avec les autres spécialités et les autres acteurs qui concourent à la prise en charge des patients. Le rôle des CME deviendrait vite intenable s'il y avait pléthore de recommandations spécifiques sans cohérence les unes avec les autres.

Trois propositions

- **La CME organisatrice de programmes de DPC**

Nous souhaitons que la CME puisse régulièrement organiser avec les différents OA-DPC, des actions et programmes de DPC en établissement, aussi souvent que possible en équipe pluri professionnelle.

- **Des attestations délivrées par la CME**

Nous souhaitons que la CME puisse, dans un avenir proche, délivrer des attestations de participation aux programmes de DPC développés par les OA-DPC, mais réalisés dans les établissements (RMM, audits, chemin clinique, Staff EPP, MTT...).

- **Un dédommagement pour la CME**

Nous souhaitons qu'en fonction de son niveau d'implication, la CME soit dédommée pour le travail effectué, au profit des OA –DPC.

AXE 7 :

Pertinence des actes et des modes de prise en charge

Un constat

La pertinence des actes et des modes de prise en charge est **un sujet sensible et complexe, mais il est important que les médecins exerçant en établissement s'en emparent**. La CME est une instance qui, par ses missions réalisées autour de la qualité gestion des risques et de la sécurité du patient, revêt une importance fondamentale dans le dispositif, encore plus lorsqu'il s'agit de pertinence des modes de prise en charge.

Il est cependant nécessaire de poser les principes suivants : **la pertinence ne peut être normative**. Elle se doit d'être comparative et évolutive. Il appartient donc à la profession d'élaborer ou de contribuer fortement à la construction des référentiels, avec une validation méthodologique par la HAS. L'approche comparative sous-tend un accès transparent aux données afin d'analyser au mieux la « non pertinence » par la profession.

Le rôle des CME est de participer aux études de pertinence, d'analyser, au sein de l'établissement en lien avec la direction, les causes éventuelles de non pertinence, et de proposer des pistes d'amélioration qui pourront alors être déclinées dans le volet qualité des CPOM. La pertinence ne peut être séparée de la qualité et la gestion des risques, elle, y est intégrée.

Une mention particulière doit être portée aux structures régionales d'appui qui doivent être le lieu d'accompagnement, de présentations des constats territoriaux, régionaux et nationaux, et de proposition de solutions . Pour être pertinentes, ces structures d'appui doivent comporter une part de gouvernance par les professionnels.

Trois propositions

• La CME informée

Nous souhaitons que la CME soit informée par les tutelles de toute étude de pertinence, afin de pouvoir s'emparer de la thématique éventuellement dans le cadre du DPC ou de la certification des établissements.

• La CME associée aux structures régionales

Nous souhaitons que la CME, par sa représentation régionale, soit associée aux travaux des structures d'appui régionales lorsqu'elles existent.

• La CME impliquée dans la négociation des CPOM

Nous souhaitons que dorénavant la CME participe activement aux négociations des CPOM concernant la thématique « pertinence » qui impacte fortement les médecins.

Axe 8 :

Relation avec les usagers et leurs représentants en établissement

Un constat

La relation avec les usagers et leur représentation (RU) est transversale avec tous les axes abordés précédemment, que l'on parle de qualité, de gestion des risques, de pertinence, de parcours de soins, de missions de service public. Les RU sont souvent des interlocuteurs des directions d'établissement, et peu du corps médical.

Actuellement la relation de la CME avec les représentants des usagers, se fait au travers de la CRUQPC dont la dimension gestion de conflits est souvent trop importante, et n'est pas toujours le terreau favorable à un dialogue constructif.

Objet d'une thématique de la journée nationale de 2010 de la CNPCMEHP, il est apparu nécessaire que les rencontres constructives entre les RU et la CME puissent être diversifiées.

Trois propositions

- **Des liens réguliers avec les représentants des usagers**

Nous souhaitons que la CME invite de façon régulière, une fois par an au moins à son bureau ou à son assemblée générale les représentants des usagers de l'établissement afin de faire un point sur les projets de la communauté médicale.

- **La CME participe à la formation des usagers**

Etant donné le rôle de plus en plus important de la CME, nous souhaitons que celle-ci puisse participer, avec la direction de l'établissement, à la formation et l'information des représentants des usagers.

- **Une communication ciblée de la CME vers les usagers**

Nous souhaitons que la CME participe avec l'établissement à des actions spécifiques de communication vers les usagers au travers, par exemple, de « la semaine de la sécurité du patient » ou tout autre projet d'envergure nationale ou régionale qui serait porté par les tutelles. Ceci pourrait bien entendu se faire dans le cadre d'un projet émanant de l'établissement lui-même.

Conclusion

La vision du pilotage de la santé est plus que jamais centrée sur l'hôpital au travers notamment des modes de financement, du soutien logistique technique ou encore des modèles de gestion du risque et de la sécurité patient.

Mais à plus ou moins long terme, l'évolution, inéluctable, se fera d'un déplacement de la référence macro organisationnelle du système « intra-muros » vers un modèle « extra-muros », avec une « standardisation » du parcours de soins.

Tout semble y concourir : les innovations techniques et organisationnelles, le vieillissement de la population avec poly pathologies, la transmission du savoir entre professionnels, l'accès à l'information des patients grâce aux moyens modernes de communication...

La question qui peut aujourd'hui légitimement se poser consiste à connaître « la place que pourront prendre les CME privées dans une telle évolution du système », puisqu'il s'agit d'une instance intra établissement. Et après tout, si l'on s'en tient à cette vision stricte la CME, celle-ci semble à première vue avoir un avenir peu prometteur dans un nouveau schéma centré sur le parcours de soins.

Mais à y regarder de plus près, les contraintes des CME privées pourraient bien devenir une force. Les CME privées sont le plus souvent constituées de médecins libéraux répondant à la fois à un mode de fonctionnement spécifique à l'établissement, et à leur propre organisation libérale (cette double appartenance, nous l'avons dit, n'est pas toujours bien intégrée par nos tutelles). C'est cette double appartenance, pour ne pas dire cette double compétence, en s'aidant des structures mises en place au travers des URPS, qui permettra aux médecins libéraux des CME privées de s'inscrire dans cette évolution vers un parcours de soin globalisé et de construire assez naturellement des modes de prise en charge adaptés. Nous pouvons dès à présent parier sur l'émergence (certaines expériences libérales démontrent actuellement leur efficacité) d'organisation professionnelles nouvelles, autour par exemple de la chirurgie ambulatoire, de la cancérologie, ou tout autre mode de prise en charge de spécialité. Certaines expériences libérales démontrent déjà leur efficacité.

Reste à convaincre nos hommes et femmes politiques que les médecins libéraux sont des forces vives capables de porter des projets constructifs et efficaces qu'il convient d'accompagner. Les propositions faites dans ce document sont autant de pistes qui s'inscrivent dans une perspective de développement durable de la médecine de spécialité de demain...

