H. ESCOJIDO
Président de la Conférence Régionale des CME HP PACA.

Rôle des CME de l'hospitalisation privée dans l'évaluation des pratiques professionnelles

Les Commissions Médicales d'Etablissement mises en place en 1991 étaient concernées essentiellement par la qualité des soins, l'indépendance des praticiens et l'élaboration du projet médical. Leur périmètre d'intervention a été étendu au fil des années, notamment à la validation des orientations stratégiques des contrats d'objectifs et de moyens, la signature et la validation des contrats de bon usage, l'implication dans les processus de certification des établissements et l'organisation de la permanence de soins.

Les CME ont désormais la responsabilité d'organiser l'évaluation des pratiques professionnelles au sein des établissements. En l'état, l'EPP est au centre d'un dispositif législatif qui comporte la certification V2 des établissements, la FMC obligatoire, et enfin l'accréditation des médecins volontaires dans les disciplines à risque. Elle implique les professionnels, la HAS, les Unions régionales et les organismes de FMC agréés.

L'EPP relève au sens large de la démarche qualité et les impératifs économiques sous-jacents sont évidents. L'objectif est de faciliter, d'accompagner le passage de l'efficacité médicale à l'efficience médico-économique en positionnant la qualité au rang de déterminant principal. Cette démarche résulte d'un constat : la non-qualité est coûteuse et, quelle que soit "la nature de la chose produite", qu'il s'agisse de biens, de services et en l'occurrence de soins, il existe de manière quasi constante un gain potentiel d'environ 20 % en termes d'efficience. Cela étant, l'amélioration des services rendus aux patients est un objectif louable et, dans une vision optimiste, nous pourrions à partir de l'évaluation vivre demain dans un environnement où les ressources allouées le seraient en fonction de la qualité démontrée.

Les modalités de mise en œuvre de la démarche sont multiples et, fort heureusement, dans notre discipline, bon nombre des méthodes utilisables sont déjà connues. Nous sommes déjà organisés en équipes sur les plateaux techniques. Les revues de pertinence de soins, de morbimortalité, les réunions de concertation pluridisciplinaires, et enfin les staffs plus ou moins formalisés existent dans la plupart de nos établissements.

La "tendance" actuelle de l'EPP est à la simplification. Il y a clairement une volonté d'éviter les pertes de temps et les doublons en intégrant de la manière la plus simple l'évaluation dans notre exercice quotidien. L'EPP n'est pas un permis à points, un contrôle continu, un examen de passage. **Elle est et doit rester formatrice, non normative, manifestation d'une démarche qualité réellement intégrée à notre exercice quotidien et non plaquée sur celui-ci. Elle doit être avant tout un témoin de notre capacité constante d'auto-amélioration.**

En l'état actuel, tout dispositif individuel ou collectif comportant l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une des méthodes validées par la HAS et incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration est éligible au titre d'EPP. Les conditions sont simples. Il nous faut procéder à une action ponctuelle et nous inscrire dans un programme continu, ou mieux, mettre en œuvre deux programmes continus.

Le mode d'emploi pour les praticiens exerçant dans les établissements se décline de deux manières et la CME joue dans les deux éventualités un rôle central :

- ***Dans le cadre des figures imposées de la certification V2***

La CME, la Direction d'Etablissement et le responsable qualité seront les pivots de la démarche accompagnée par la HAS via un chef de projet validant les contours de l'évaluation. La certification V2 porte sur les références 44-45-46, c'est-à-dire

la pertinence de la pratique, le risque lié aux soins et la prise en charge des pathologies. En fonction de la taille et des spécificités de l'établissement, le cahier de charges de cet élément essentiel de la certification est déterminé et il nous suffit d'en prendre connaissance pour y souscrire.

● ***Il est possible de valider l'EPP dans le cadre des figures libres hors V2***

Cette approche est d'une grande simplicité et certaines des actions ainsi conduites pourront être utilisées s'il en est besoin dans le cadre de la certification V2. La CME ou sa commission ad hoc vont se trouver de facto au centre de l'action selon diverses modalités :
– évaluation des pratiques "en interne" avec l'aide d'un médecin habilité extérieur,
– interface avec un organisme de formation agréé,
– accréditation volontaire des praticiens des spécialités à risque.

En pratique, la CME, dans le schéma d'évaluation en interne, va contacter l'URML, susciter l'intérêt des praticiens, demander la visite du médecin habilité HAS, lancer et piloter la démarche qui sera ensuite validée par l'URML délivrant une attestation de participation. Enfin, la CRFMC et le CDOM délivreront l'attestation quinquennale.

Avec ou sans l'aide d'un organisme agréé, la CME aidée par le médecin habilité HAS pourra très simplement formaliser et structurer l'existant : staffs, réunions pluridisciplinaires, revues de morbimortalité, réflexions sur la prise en charge d'une situation donnée, et initier la validation de l'EPP.

La conférence régionale des présidents de CME, l'URML, les organismes de FMC peuvent et doivent optimiser leur synergie afin de faire gagner du temps à l'ensemble des postulants en les faisant bénéficier de l'expérience de ceux qui les ont précédés.

Pour les praticiens, leur CME et l'établissement, entrer dans la démarche d'EPP est intéressant à plusieurs titres :
– optimiser la gestion des risques peut nous donner demain des arguments face à nos assureurs et nos autorités de tutelle (***les cardiologues réanimateurs et les cardiologues interventionnels pouvaient par exemple faire état avant le 31 décembre 2006 de leur volonté d'être accrédités avec pour contrepartie une prise en charge partielle de leurs assurances en responsabilité civile professionnelle au titre de l'année 2006*** **www.has-sante.fr** ***rubrique accréditation des médecins***),
– démontrer l'efficacité, la pertinence de nos indications et la qualité des services rendus peut nous aider dans les discussions concernant la valorisation de nos honoraires et du coût de notre pratique,
– enfin, tout ce qui nous permettra d'objectiver la qualité confortera de fait la crédibilité, la notoriété des équipes et des structures. Cela ne peut que favoriser notre développement quelles qu'en soient les conditions d'encadrement.

La démarche comporte des risques : la dérive vers la "recertification", la mise sous tutelle de la Formation Médicale Continue et l'évolution vers une médecine sans cesse plus administrée. Ces risques ne sont pas virtuels ; le défaut d'implication des professionnels et l'échec de l'évaluation telle que définie actuellement seraient d'excellents prétextes pour nous conduire sur un terrain dangereux.

Gardons à l'évaluation des pratiques son côté positif. Transformons la contrainte en chance. L'EPP est obligatoire, c'est un fait. Evitons de subir la démarche. Nous devons nous l'approprier, nous y inscrire de manière proactive et faire ainsi de l'évaluation un instrument de reconnaissance de la qualité médicale. Il est essentiel de préserver l'indépendance et la maîtrise du processus par les professionnels. Dans cet ensemble, les CME peuvent et doivent se situer de manière proactive et valider, encadrer, fluidifier l'ensemble du processus.

Initier, piloter et suivre les actions d'évaluation des pratiques professionnelles entre à présent dans notre domaine de compétence. Ce qui nous est demandé est finalement fort simple. Il ne s'agit bien souvent que de passer de l'implicite à l'explicite en formalisant l'existant.

Nos CME sont parfaitement capables d'accomplir avec succès cette nouvelle mission. ■