

**Directeur de la publication : Jean-François Rey**

**Rédacteurs en Chef :**

- Philippe Houcke

- Jacques Corallo

# LES FICHES PRATIQUES DU SYNMAD N°18

## ACCREDITATION ET GASTRO-ENTÉROLOGIE

### SOMMAIRE

#### INTRODUCTION

#### 1. EPP ET ACCREDITATION

a) L'EPP

b) L'accréditation

#### 2. LES GASTRO ENTEROLOGUES ET LA V1

a) Droits et information du patient (DIP)

b) Dossier du patient (DPA)

#### 3. LES GASTRO-ENTÉROLOGUES ET LA V2

i. Au niveau de la politique du management

ii. Au niveau des ressources transversales

#### CONCLUSION

### Introduction

Les gastro-entérologues à travers leur cellule de réflexion indépendante, le CREGG, et leur bras armé auprès des tutelles, le SYNMAD, ont eu depuis 20 ans un objectif : l'excellence de leur exercice.

Il y a 25 ans déjà, le premier Bureau du CREGG essayait de finaliser un « logiciel » commun à tous les gastro-entérologues. Mais il ne faut pas avoir raison trop tôt. L'informatique était encore un domaine passionnel et les opposants sentaient déjà la puissance de cet outil en terme de reconnaissance professionnelle. LES BASES DU DMP ÉTAIENT LÀ !

Pendant de longues années, les tribulations politiques autour du conventionnement médical et les chantages médiatiques autour de la médecine ont apporté une usure de la confiance des médecins envers les tutelles. Les médecins français ont, tout de même, voulu prouver que leurs missions quotidiennes étaient accomplies non seulement en quantité mais aussi dans l'excellence. Aucun outil n'existait pour pouvoir le prouver ! C'est pourquoi au cours des dix dernières années, un travail acharné de reconstruction a été entrepris. Le CREGG et le SYNMAD en ont été des ouvriers infatigables, adossés au cadre des syndicats transversaux responsables. Un impressionnant Meccano technique et professionnel voit alors le jour.

Vous retrouverez sur le site du Synmad dans la rubrique **publication**, plusieurs informations complémentaires comme des fiches, circulaires ministérielles, décret ... Ceci sur indiqué dans la fiche par : (📍)

<http://www.synmad.com>

Pour toutes correspondances ou informations complémentaires, vous pouvez joindre le rédacteur de la fiche par e-mail :

[jacques.gastro@wanadoo.fr](mailto:jacques.gastro@wanadoo.fr)

Fiche rédigée par J-P. JACQUES



**SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS  
SPÉCIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF**

79, rue de Tocqueville • 75017 PARIS  
Tél : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 • Fax : 01 40 54 00 66  
[www.synmad.com](http://www.synmad.com) • E-mail : [Synmad@wanadoo.fr](mailto:Synmad@wanadoo.fr)

EDITIONS DUREY®

**En premier**, il faut écrire ce que l'on fait : c'est l'apparition des codes CCAM.

**En second**, il faut hiérarchiser les actes entre eux : C'est l'apparition des points travail. Ces deux étapes, analyse et hiérarchisation, sont confiées aux sociétés savantes.

**En troisième**, il faut définir une valeur financière à ces actes.

La représentation syndicale n'entre en scène qu'ici. Elle a pour mission de négocier la valorisation des actes à travers la valorisation du point travail.

**En quatrième**, nous devons solidariser la profession pour que l'avenir d'une médecine spécialisée, qui englobera, dès 2008, nos confrères généralistes, soit contractuellement lisible. Pour cela il faut une convention unique généraliste et spécialiste. Elle est signée depuis 2005. Nous revenons à la Philosophie fondatrice de la CSMF.

**En cinquième**, il faut imposer la reconnaissance de notre excellence. L'OMS avait gratifié, en 2002, la médecine française de meilleure médecine du Monde. Il faut mettre en place les outils qui nous permettent, jour après jour, de démontrer cette excellence.

Deux outils nouveaux voient le jour : **EPP et Accréditation**. Un troisième existe déjà : La Formation Médicale Continue.

## **1. EPP et ACCREDITATION :**

**a) EPP : L'Évaluation des Pratiques Professionnelles** est une démarche continue de comparaison d'un objectif d'exercice professionnel (l'exemple le plus standardisé étant celui de la tenue du dossier médical) avec un comparateur élaboré par la profession, sous l'autorité des sociétés scientifiques compétentes. Ces dernières ont, en amont, rédigé des référentiels qui permettent de modéliser le comparateur.

- L'EPP peut être ponctuelle : à un instant donné un élément de la pratique se voit évalué en instantané avec le comparateur. Le praticien réalise lui-même cette analyse, accompagné d'experts. Il peut ainsi adapter ses habitudes pour rapprocher sa pratique du comparateur considéré comme l'idéal de pratique.
- Si cette comparaison s'inscrit dans la durée, avec une réévaluation régulière de l'écart entre la pratique et le comparateur, nous rentrons dans une démarche d'EPP continue. Nous sommes proches d'une démarche d'audit.

Cette démarche d'évaluation des pratiques professionnelles est un élément de formation important. Elle s'intègre avec la FMC dans l'obligation faite au praticien de résultats « QUINQUENNAUX CHIFFRES » en points : 250 points exigés sur cinq ans dont 100 points obtenus par la démarche évaluative.

**b) L'accréditation** concerne les établissements de soins. La démarche de comparaison de diverses situations par rapport à des indicateurs définis par des référentiels, se rapproche nettement d'un processus d'évaluation avec, pour objectif, une amélioration de la qualité d'organisation dans un établissement.

Cette démarche lancée en 1999 avec un premier manuel d'accréditation à la disposition des établissements, en 2003, est connue sous le raccourci de V1., placée au départ sous la tutelle de l'ANAES, elle est aujourd'hui, pilotée par la HAS.

La deuxième procédure d'accréditation, dite V2, est disponible depuis septembre 2004.

**A quel niveau les praticiens exerçant la gastroentérologie sont ils impliqués dans ces deux démarches V1 et V2 : c'est ce que nous allons essayer d'analyser maintenant.**

## **2. LES GASTRO-ENTEROLOGUES ET LA V1**

Les référentiels de la V1 :

### ***Droits et information du patient***

Dossier du patient

Organisation de la prise en charge des patients

Management de l'établissement et des secteurs d'activité

Gestion des ressources humaines

Gestion des fonctions logistiques

Gestion du système d'information

Gestion de la qualité et prévention des risques

***Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle***

***Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux***

**a) Droits et information du patient (DIP) :** La référence 4 et la référence 5 nous concernent directement. La référence 7 nous concerne en responsabilité partagée.

*Référence 4 : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins et son état de santé. Référence 5 : Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant. Référence 7 : Le respect de la confidentialité des informations personnelles médicales et sociales et de la vie privée est garant au patient.*

Pour vérifier que la référence 4 est bien remplie une trace s'impose dans le dossier lorsqu'il s'agit d'une recherche biomédicale ou lorsqu'il s'agit d'un mineur. Faut-il rappeler que nous devons écrire nos prescriptions, nos modifications de prescription et les avis demandés à d'autres confrères. Idéalement, une infirmière sera présente au moment de la visite, elle aura un rôle essentiel pour conforter les consentements non écrits.

La référence 7 du DIP prend tout son sens dans les établissements qui ne sont plus pilotés par des médecins mais par un management « civil ». C'est le cas des groupes qui prennent en charge un établissement ou un groupe d'établissements. Leur culture de management ne les a pas aguerris à ce qu'est le secret médical. Nous devons nous assurer que le respect de ce secret est total.

### **b) Dossier du patient (DPA) :**

Vous pouvez lire dans le manuel d'accréditation : « ..L'évaluation de la qualité du dossier est une nécessité. Elle est le préalable indispensable à l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles. »

Les éléments d'information spécialisés sont notamment :

- le dossier anesthésique
- le compte-rendu opératoire
- le compte-rendu d'accouchement
- le dossier transfusionnel
- la fiche de traçabilité des produits dérivés du sang
- le consentement écrit du patient, pour les situations qui l'exigent.

Nous pourrions, de la même façon, mettre le gastro-entérologue en exergue dans les étapes suivantes : **Organisation de la prise en charge des patients (OPC) // Qualité et prévention des risques (QPR) // Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST) // Surveillance, prévention, et contrôle du risque infectieux(SPI).**

## **3. LES GASTRO-ENTEROLOGUES ET LA V2**

**Pourquoi la V2 ?** L'ANAES, à travers les études d'impact menées en 2002 et en 2003, a tiré les enseignements de la V1. Les enseignements positifs de cette V1, sur une démarche qualité structurante, doivent toutefois être pondérés par :

- une demande de simplification demandée par les acteurs
- une nécessité de renforcer l'appréciation de qualité du service médical rendu
- un impact insuffisant sur l'organisation des établissements
- une difficulté à pérenniser les démarches mise en route

La V2 va proposer plusieurs options :

- 1- La mesure de la dynamique et du niveau de qualité atteint.//L'appréciation de la qualité du service médical rendu.//La mise en place d'une gestion des risques globalisée.
- 2- Une simplification de la procédure d'accréditation :
  - a. Reconnaissance de la complémentarité avec d'autres systèmes d'évaluation de la qualité.
  - b. Simplification de la préparation à l'accréditation : Les groupes professionnels existants (CLIN, CHST, etc..) peuvent mettre en œuvre cette auto-évaluation pluri-professionnelle.
- 3- Améliorer la lisibilité des résultats avec, notamment, la mise en ligne de la totalité des rapports d'accréditation.

Un changement est de fait perceptible par rapport à la V1 : **Une place plus importante est accordée à l'évaluation du soin proprement dit. Comment entrevoir une spécificité des gastro-entérologues dans ce schéma ? Où devraient-ils être le plus impliqués ?**

### **a) Au niveau de la politique du management :**

Le médecin doit se sentir chef d'équipe. Il doit comprendre qu'il est le contre-pouvoir d'une administration quand celle-ci s'attache aux seuls résultats de la démarche d'accréditation : c'est-à-dire l'obtention d'un label par quelque moyen que ce soit. En revanche il est le partenaire actif quand l'objectif est de s'approprier la démarche qualité, qualité certes du résultat mais aussi qualité de toutes les étapes intermédiaires pour arriver aux résultats.

## **b) au niveau des ressources transversales :**

Ciblons les éléments où les gastro-entérologues peuvent être associés :

**Ressources humaines :** Il est clairement précisé qu'il faut « associer plus étroitement la communauté médicale à la gestion des ressources humaines de l'établissement ».

**Organisation de la qualité et de la gestion des risques :** Il s'agit d'une poursuite de l'effort de la V1. Mais les professionnels, et parmi eux, les médecins, doivent être formés à la qualité. La formalisation des pratiques et de l'organisation de ces pratiques contribuent à l'amélioration de la qualité. Mais le texte rappelle que cette formalisation ne doit être utilisée qu'à bon escient en fonction des enjeux de qualité.

Attention aux Ayatollahs qui veulent vous faire habiller en stérile quand vous faites des coloscopies ou des bronchoscopies. **Il faut toujours rester clairvoyant et ne pas sacrifier les impératifs « plus d'exigence » à des impératifs « moins de bon sens ».** La gestion des risques est organisée et coordonnée. Il faut déjà réunir les informations disponibles de sources diverses (CLIN, CSTH, CHSCT).

Si vous n'avez jamais connu d'accident, ou d'incident, vous gagnerez du temps :

- à réaliser des simulations d'accident.

- **à faire appel d'emblée à une structure externe compétente, pour tarifier cette simulation.**

Vous gagnerez du temps dans la gestion de la crise réelle, si celle-ci se produit un jour.

Le gastro-entérologue doit s'impliquer dans le dispositif de veille sanitaire. Il doit surtout s'assurer de l'indépendance du recueil des informations et de leur traitement. Il faut définir les circuits de l'information. Une récente réflexion menée par l'Institut Montaigne soulignait encore le peu de transparence dans la gestion de risques comme dans la gestion tout court des établissements de santé.

## **Qualité et sécurité de l'environnement :**

- Il en est de même des risques infectieux. Mais souvent tout reste « contrôlé » en interne tant la peur de la transmission de l'information, et ses conséquence médiatiques, paralysent les responsables !

- Le gastro-entérologue doit prendre en compte les risques liés aux dispositifs médicaux ! Il s'agit des risques liés aux endoscopes : les procédures de désinfection du matériel sont codifiées et écrites, mais « La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée » (§17c p. 38 manuel d'accréditation de la V2). Ceci suppose ipso facto que les établissements doivent prendre en charge les contrats d'entretien des dispositifs médicaux en général, des endoscopes en particulier !


**Système d'information :** Nous retrouvons ici la gestion et la tenue du dossier patient qui avait déjà sa place dans la V1. Mais il est ici précisé qu'il faut une identification unique et fiable du patient. Que le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés (référence 21 p. 40 du manuel V2).

**Le gastro-entérologue a ici une place toute particulière.** Il est le chef d'orchestre et doit centraliser les informations et en réaliser la synthèse. Nous en avons déjà parlé au chapitre de la V1. Ceci impose une identification fiable du patient, et une bonne logique d'utilisation des différentes informations. Ceci explique pourquoi le module « Dossier médical » est un module obligatoire dans l'EPP. Chaque praticien, dont le gastro-entérologue, doit avoir réfléchi sur l'amélioration de la qualité du dossier médical.

## **CONCLUSION**

Le SYNMAD, à travers ces quelques chapitres, vous donne un aperçu des 270 pages que représentent les deux manuels d'accréditation. Cela reste un survol. Vous devez garder en mémoire que les gastro-entérologues travaillent bien, car cette spécialité a toujours été, grâce à des personnalités phares, en démarche de réflexion continue avec une obsession récurrente : **La qualité.**

L'évaluation ou l'accréditation ne vient que nous aider à formaliser ce que nous faisons depuis toujours. Nous n'avons pas à nous inquiéter. Bien au contraire. Mais nous devons demander aux directeurs d'établissements autant de transparence que nécessaire dans la transmission des informations, pour que cette qualité soit une démarche synergique et non pas une juxtaposition d'efforts non coordonnés, avec des ambitions de contrôle et de pouvoir qui ne pourront qu'être néfastes à tous les partis.

 **Annexe : Accréditation et gastro-entérologie**