

## ACCREDITATION ET GASTRO-ENTÉROLOGIE.

J-P.JACQUES - Synmad - Août 2006

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

Il y a 25ans 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 !

Le SYNMAAD, avec Claude MAFFIOLI pensait, à la même époque, qu'avec 400 000 francs d'investissement par gastro-entérologue, toutes les cliniques privées de France pouvaient appartenir aux gastro-entérologues. Il avait raison. Malheureusement cette fois là encore, nous n'avons pas pu convaincre et d'autres institutionnels l'ont compris. Aujourd'hui les professionnels qui n'ont pas gardé le contrôle de leur instrument de travail savent ce que cela signifie.

Enfin avec les tribulations politiques autour du conventionnement médical et les chantages médiatiques ont apporté une usure de la confiance des médecins envers les tutelles s'est installée. Les médecins français ont alors tous voulu prouver que leurs missions quotidiennes étaient accomplies non seulement en quantité mais aussi dans l'excellence. Rien n'existait pour pouvoir le prouver !

C'est pourquoi, au cours des dix dernières années, un travail acharné de reconstruction à été entrepris. Le CREGG et le SYNMAAD en ont été des ouvriers infatigables, adossés au cadre des syndicats transversaux responsables.

Un impressionnant Meccano technique et professionnel voit alors le jour.

**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. Hélas les experts des sociétés savantes n'ont pas appréhendé l'implication financière de la CCAM. Cet aveuglement oblige le SYNMAAD en premier, et les autres syndicats de verticalité ensuite, à demander un audit méthodologique. Celui-ci se fera grâce à la contribution financière des médecins libéraux à travers une année de cotisation exceptionnelle. Elle laisse malheureusement dans les esprits des traces Les experts scientifiques réagissent et ne comprennent pas les reproches de la profession. Les médecins libéraux ne peuvent pas, malgré toute leur bonne volonté, accepter, pour la satisfaction narcissique de quelques-uns, un suicide financier collectif, notamment de la gastro-entérologie. Sans le SYNMAAD et la détermination de son président nous y étions condamnés.

**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 qui prenne en compte les avancées de la CCAM technique et qui puisse s'adapter à la CCAM clinique en gestation. 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 aujourd'hui mettre en place les outils qui nous permettent, jour après jour, de démontrer cette excellence, et pourquoi pas, de garder cette place internationale.

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

## **1 - EPP et ACCREDITATION**

### **a- L'EVALUATION 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'ACCREDITATION :**

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 de la prise en charge.

Cette démarche a été lancée en 1999 pour aboutir à un premier manuel d'accréditation à la disposition des établissements en 2003. Elle est plus connue sous le raccourci de V1.

Elle était 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 Gastro-entérologie sont ils impliqués dans ces deux démarches V1 et V2 : c'est ce que nous allons essayer d'analyser maintenant.

Il ne fait de doute pour personne que toute la démarche d'accréditation amène chaque praticien à une adaptation continue de son exercice. Même quand les référentiels sont des référentiels techniques s'adressant à l'organisation de la structure de l'hospitalisation privée, la modification induite interfère nécessairement avec notre habitude.

Nous nous limiterons à l'analyse des référentiels plus directement concernés avec notre pratique « directe ». Mais par esprit de système nous rappellerons en introduction les référentiels déclinés tant dans la V1 que dans la V2.

Nous essayerons de comprendre les enjeux de pouvoir cachés derrière les décisions à prendre. Nous essayerons aussi d'anticiper les modifications de pratique qui seront utiles à l'amélioration de la qualité du service que nous rendons à nos patients. : la « fameuse » amélioration du service médical rendu.

## 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***

Un certain nombre de ces items sont à prendre en compte par les établissements et concernent moins les praticiens. Les items en italique sont certainement ceux qui nous impliquent peu ou prou :

**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 son respect est total. Une demande d'assureur ou d'employeur peut vous échapper car elle passera souvent par des voies administratives et vous ne serez même pas au courant.: Management administratif, Personnel DIM. La CME doit être intraitable. Tout médecin ayant connaissance d'un manquement à ces règles de confidentialité devra informer par écrit la CME avec accusé de réception de même informer le conseil de l'ordre sans délais. Vous partagez toujours la responsabilité du non respect de la confidentialité de toute information concernant un de vos patients. Même quand un tiers délivre une information dont vous lui avez délégué le « stockage ».

### **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. »

Vous entrevoyez mieux la marge étroite entre évaluation des pratiques et accréditation. Le dossier du patient est un des points de rencontre de ces deux concepts. En matière d'EPP l'évaluation de nos dossiers est aussi un passage obligé.

Nous ne soulignerons que la référence 5 qui résume bien le problème.

Référence 5 : Le contenu du dossier permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Les éléments d'information spécialisés sont notamment :

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>-le dossier anesthésique</li><li>-le compte rendu opératoire</li><li>-le compte rendu d'accouchement</li><li>-le dossier transfusionnel</li><li>-la fiche de traçabilité des produits dérivés du sang</li><li>-le consentement écrit du patient, pour les situations qui l'exigent.</li></ul> |
|---|

Encore et toujours cette traçabilité écrite de nos prescriptions et de nos décisions thérapeutiques.

### **Organisation de la prise en charge des patients (OPC)**

*Référence 7 : La coordination des soins est organisée. :*

Chaque groupe de spécialistes ou groupe d'associés doit mettre en place une continuité des soins pour les patients dont ils ont la responsabilité. Entre autres cela passe par un tableau de garde et une attention particulière pour la transmission des informations vers la structure et son personnel administratif. Attention encore car transmettre les informations c'est bien, mais LES RECEVOIR aussi !! Les administrations sont des institutions centrifuges, elles savent rarement institutionnaliser le transfert centripète des informations. Elles exigent de notre part une transmission sans faille, mais oublient leur devoir en retour.

### **Référence 12 :**

*La sortie du patient est planifiée et coordonnée.*

Le médecin traitant est informé du retour à domicile.

La sortie est organisée avec le patient et son entourage.

Autant de moments où le gastro-entérologue responsable de son patient doit être actif, et anticiper les décisions.

**Référence 14 :**

*Les secteurs d'activité techniques et médico-techniques utilisent des protocoles diagnostiques et thérapeutiques.*

Le principe de précaution doit ici s'appliquer à nous-mêmes. Si nous ne participons pas à l'écriture de ces protocoles, ils seront écrits par d'autres. Une fois qu'ils sont écrits et édités, il est difficile de revenir en arrière. Acceptons de réfléchir sur ces protocoles.

Quelques exemples nous concernent directement : la préparation pour les coloscopies/ les suivis de mise en place de gastrostomie/ les protocoles de suivi d'hyperglycémie, etc.

**Référence 15 :**

*Les secteurs d'activité techniques et médico-techniques évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus.*

Depuis l'écriture de cette V1 l'évaluation des pratiques est obligatoire, et depuis le 1er<sup>o</sup> Août, elle entre pour 40% dans les crédits quinquennaux de FMC. Mais attention, vous le lirez à plusieurs reprises : l'évaluation des pratiques reste du domaine des praticiens, elle ne peut en aucun cas être conduite par l'administration d'une clinique. Il est même dangereux que les praticiens s'y soumettent.

**Qualité et prévention des risques (QPR)**

**Référence 4 :**

*Un programme de prévention des risques est en place.*

Un système de signalement des événements indésirables est en place. Nous retrouverons cet item mieux développé dans la V2

**Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST)**

Ce chapitre est plus intéressant. Il ne pouvait être absent. Il aurait pu être placé en premier. En effet il est historiquement à l'origine de tous les autres. Les professionnels ont souvent traîné des pieds devant la révolution culturelle que cela implique. La métamorphose d'un état d'esprit latin vers un fonctionnement anglo-saxon ! EPP et accréditation n'auraient sans doute pas vu le jour aussi rapidement. Alors pourquoi ? Il fallait construire un parapluie solide pour éviter toute éclaboussure politique. L'affaire du sang contaminé est encore présente dans leurs mémoires d'élus et de futurs responsables !

Cette vigilance est étendue à tous les produits sanitaires.

**Surveillance, prévention, et contrôle du risque infectieux (SPI)**

C'est ici toute la place des infections nosocomiales. Leur place toujours existante, inéluctablement liée à l'activité de soin, a pris une dimension toute particulière avec une indemnisation assurantielle inéluctable du fait de la loi KOUCHNER. Les assurances des praticiens exposés plus que les autres à ce risque (Chirurgiens, Anesthésistes, Obstétriciens) s'envolent, mais aussi surtout celles des établissements. Une démarche de la gestion des risques est la seule qui permette de démontrer la qualité de la pratique et d'obtenir une stabilisation des primes de risques. Les gastro-entérologues, même si leur spécialité n'est pas concernée au premier plan, **doivent** s'y intéresser. C'est en travaillant aujourd'hui que nous éviterons les surprises de demain. Les gastro-entérologues doivent s'impliquer dans les CLIN.

Référence 9 : Il y est question de la qualité de l'eau. Nous sommes directement concernés par cette évaluation de la qualité de l'eau. Cette eau nettoie nos endoscopes. Nous devons bénéficier de rapports réguliers garantissant la qualité de l'eau d'entrée.

### **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 des 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.

Il ne faut pas ignorer un autre risque majeur : une sous-évaluation par les experts visiteurs, de la perception qu'ont les soignants, y compris les médecins, de cette nouvelle dynamique d'accréditation.. Elle est souvent mise en route à partir de référentiels et évaluée à partir de check-lists. Les items étant remplis par des croix dans les bonnes cases, la hiérarchie managériale s'en auto-satisfait. Le résultat finit par ne satisfaire que les initiés ou ceux qui ont élaboré cette méthodologie.

Mais si vous demandez la perception « affective », et la « qualité de vie » aux soignants concernés pendant la mise en place de cette démarche d'évaluation continue, vous vous exposez à une réponse souvent fort décevante. La déception du personnel peut se mesurer par la perte de la motivation des soignants, voire par des démissions parfois massives.

#### **Comment la V2 :**

Quelles sont les options proposées par la V2 ?

- 1- La mesure de la dynamique et du niveau de qualité atteint.
- 2- L'appréciation de la qualité du service médical rendu.
- 3- La mise en place d'une gestion des risques globalisée
- 4- Une simplification de la procédure d'accréditation.
  - a. Reconnaissance de la complémentarité avec d'autres système d'évaluation de la qualité : norme iso9001, accréditation JACIE, accréditation de laboratoire.
  - b. Simplification de la préparation à l'accréditation : l'auto-évaluation pluri-professionnelle par thème persiste, mais les groupes professionnels existants (CLIN, CHST, etc...) peuvent mettre en œuvre cette évaluation.
- 5- Améliorer la lisibilité des résultats : avec notamment la mise en ligne de la totalité des rapports d'accréditation.

De ce fait l'Agence adopte un nouveau barème d'accréditation à 4 niveaux.

Quels changements peut-on percevoir par rapport à la V1 : Une place plus importante dans l'évaluation du soin.

## **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 de ce fait 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 du label par quelque moyen que ce soit.

En revanche il en 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. A titre d'exemple on comprendra le bénéfice de la rénovation d'un service d'ambulatoire. On comprendra mal pourquoi les surfaces de box sont diminuées pourquoi il n'y a plus accès à la lumière du jour dans ces box et pourquoi les toilettes sont partagés entre deux box, ce qui peut poser problème au moment de lavements évacuateurs. Et pourtant les médecins avec tout leur bon sens n'ont rien pu changer à cette ineptie.

**Référence 1 : L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques :** Il s'agit de mettre en musique les exigences du SROS. Cela suppose que les gastro-entérologues à travers leurs représentations aux URML se sont impliquées dans l'analyse des besoins de la population ! Il faut un travail de concertation même si la tentation de défendre un pré carré reste l'attitude la plus fréquemment rencontrée.

**Référence 2 : L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage.** : ce qui suppose une transparence totale du mécontentement des patients. Le mécontentement vis à vis du médecin vous sera toujours rapidement opposé ! En revanche le mécontentement du fonctionnement de la structure vous sera rarement transmis. Le Bureau de la CME doit être la courroie de transmission de cette information. Hélas la rétention d'informations est souvent la tentation dominante et la CME reste trop souvent ignorante.

**Référence 4 : La politique du système d'information et du dossier patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.**

Le gastro-entérologue a tout intérêt à s'impliquer dans l'informatisation du dossier patient de l'établissement. Sa propre informatique doit pouvoir se conjuguer au mieux avec celle de l'établissement. Il faudra à terme aussi définir une transversalité avec les données caisses, d'autant que les médecins finiront bien par avoir accès à ces dernières. Un travail de réflexion du tout informatique est aussi un choix politique majeur. Un travail des URML pourrait être la gestion archives de l'ensemble de la communauté médicale. Cette gestion pourrait peut-être alors garantir la sauvegarde trentenaire qui nous est toujours légalement opposée !

**Référence 6 : L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestions des risques, intégrée aux orientations stratégiques.**

En 6b il est précisé : *La politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques intègre l'EPP.*

Nous avons souvent levé, au niveau du SYNMAAD le lièvre du désir de chaque établissement de « contrôler » l'EPP sous prétexte que l'EPP est un élément authentifié de qualité. Nous sommes totalement en phase sur l'aspect qualité de l'EPP. Mais nous ne sommes pas dupes non plus sur le désir du management de se servir de la formation évaluative des praticiens comme d'un atout pour valider sa propre accréditation. Si les médecins ont la naïveté d'accepter que l'établissement prenne le contrôle de leur EPP, la case EPP est plus vite cochée. D'autant que certains confrères en mal de reconnaissance dans leur établissement sont prêts à sacrifier leur indépendance pour attirer les confrères dans le risque de l'EPP pilotée

par l'établissement. Le SYNMADE est contre la rationalisation de l'EPP par le management des établissements de soins. Les praticiens doivent organiser en toute indépendance leur démarche d'évaluation de pratique. Ils peuvent alors offrir comme gage de partenariat cette acquisition à l'établissement en acceptant de partager avec lui ce label de qualité. Mais ce label reste pour les médecins un label « INDIVIDUEL ».

***Référence 7 : L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques.***

La place du GE est ici cruciale. Chaque GE doit exiger une comptabilité analytique. Eventuellement, il faut suggérer des actions comparatives entre divers établissements sur une activité, par ex. l'endoscopie ambulatoire. (Cette action comparative s'appelle le « benchmarking »).

Il faut connaître la planification annuelle des investissements (qui est obligatoire au niveau de la V2).

*L'établissement doit signer des conventions pour mutualiser l'utilisation des équipements.* Cela sous-tend, vous le comprendrez qu'il est propriétaire des équipements. Si vous êtes propriétaires de vos endoscopes, il peut difficilement vous contraindre à en mutualiser l'usage !

**b- Au niveau des ressources transversales :**

Ciblon les éléments ou 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 » !!(p.30 du manuel d'accréditation V2). C'est d'ailleurs ce que nous avons signalé avec la description de la V2 : Une implication plus importante du corps médical dans l'environnement « établissement de soins »

Dans le processus de gestion des ressources humaines, la FMC s'inscrit comme un objectif d'amélioration des compétences. Une fois encore il faut préciser qu'en aucun cas, l'établissement ne peut « organiser » ni « orienter » cette FMC.

**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 dont les médecins doivent être formés à la qualité. La formalisation des pratiques et de l'organisation de ces pratiques contribue à l'amélioration de la qualité. Mais le texte précise qu'elle doit être utilisée 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, CSTM, CHSCT). C'est la nouveauté de cette V2 : Utilisons l'existant, nous coordonnerons les efforts au lieu de les démultiplier.

En terme de risques : Il faut savoir préparer et simuler une crise. Par exemple le gastro-entérologue doit savoir qu'une « infection » dans le circuit de nettoyage peut paralyser son activité pendant des semaines. Si vous n'avez pas connu ce type d'accident, vous gagnerez du temps :

- à réaliser des simulations d'accident.
- à faire appel d'emblée à une structure externe compétente (GERMANDE

pour l'exemple précédent !) Il faut expliquer à l'équipe managériale que le surcoût lié à



l'arrivée d'une équipe de professionnels est en fait une économie. Leur intervention est un vrai cycle de formation pour le personnel concerné, mais surtout ceci évite les interventions désordonnées des spécialistes du YAKA, FAUT QU'ON !

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. L'indépendance médicale n'est souvent pas assurée alors que la protection de l'information administrative est totale. 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 conséquences 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 est organisée (référence 21 p. 40 du manuel V2)

Le gastro-entérologue a ici une place toute particulière lorsqu'il suit des patients en hospitalisation. Il est alors le chef d'orchestre et il 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 dans la transmission des informations que nécessaire, 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.