Directeur de la publication : Jean-François Rey
Rédacteurs en Chef :
- **Philippe Houcke**
- **Jacques Corallo**

LES FICHES PRATIQUES DU SYNMAD N°24

L'EXERCICE EN CLINIQUE

SOMMAIRE

Introduction

I. La prise en charge du matériel endoscopique

II. La redevance

III. La CME

IV. Etablissements et formation continue

V. L'outil informatique

Conclusion

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 :
jean-francois.rey@wanadoo.fr

Introduction

L'exercice des médecins hépato-gastroentérologues en clinique a évolué au cours de ces dernières années du fait de la restructuration des établissements de soins privés.

Au cours de ces quinze dernières années, en effet, un nombre relativement important d'établissements se sont regroupés, ont été rachetés ou absorbés. De ce fait, l'exercice souvent individuel ou limité de quelques groupes a conduit les hépato-gastroentérologues à se regrouper beaucoup plus nombreux au sein des établissements. Parallèlement, la possibilité de réaliser des actes techniques au cabinet s'est réduite du fait d'une part, de contraintes médico-légales mais surtout d'autre part, de difficultés financières. En effet, si un acte technique n'est pas accompagné par un GHS, il est le plus souvent impossible au praticien de financer celui-ci sur ses seuls honoraires même lorsqu'il exerce dans le secteur II vu le manque de solvabilité des patients.

L'exercice en clinique suppose désormais une réunion et une concertation plus importante des praticiens face à des structures managériales plus complexes dépendant de décideurs nationaux ou de groupes financiers. C'est toute la problématique qui doit impliquer chacun d'entre nous.

Fiche rédigée par J-F REY

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 • E-mail : Synmad@wanadoo.fr
EDITIONS DUREY®

I. La prise en charge du matériel endoscopique

C'est une question récurrente au niveau du SYNMAD même si, au fil du temps, de plus en plus d'établissements suivent la réglementation. Nous rappelons que notre argumentaire est basé sur le décret de 2001 que vous pouvez retrouver sur le site du SYNMAD (🌍). L'Assurance Maladie déclare d'une manière simple et lisible les charges qu'elle paie aux établissements pour assurer leur fonctionnement.

L'endoscopie digestive doit être intégrée dans toutes les techniques diagnostiques et thérapeutiques chirurgicales pour lesquelles l'établissement doit fournir au praticien, matériel et personnel. Dans plus de 80% des cas, ceci est réalisé sans modification, bien sûr, de ce que l'on appelle la « redevance ».

Les seules exceptions à cette règle sont constituées par certains examens nécessitant un matériel particulièrement coûteux tel que l'échoendoscopie, l'entéroscopie, dans lequel le développement de ces techniques constitue des projets d'établissements avec des participations intellectuelles et financières des uns et des autres qui doivent se négocier établissement par établissement.

Toujours en ce qui concerne les explorations endoscopiques, il faut noter que le plateau technique nécessaire à la réalisation d'actes diagnostiques et thérapeutiques bilio-pancréatiques conduit au regroupement. En effet, pour suivre les recommandations des sociétés savantes, il faut pouvoir bénéficier, dans un même lieu, des possibilités d'imagerie diagnostique (scanner, IRM), d'échoendoscopie bilio-pancréatique et de radiologie interventionnelle pour les cas où l'abord trans-hépatique est indispensable. La CPRE n'a plus vocation à être un examen diagnostique de première intention mais essentiellement de servir de première étape du traitement endoscopique des voies biliaires et pancréatiques. Là encore le regroupement des établissements favorise la réunion des équipes et aboutit à une meilleure qualité des soins offerts à un patient.

II. La redevance

Il s'agit d'un sujet qui reste extrêmement débattu et conflictuel. Sous ce terme, se regroupent des notions très variables d'un établissement à un autre. Il faut rappeler que du point de vue fiscal, cette redevance doit correspondre à une prestation clairement identifiée et donc quantifiée financièrement par les établissements vis-à-vis des praticiens. La redevance de base constituée par l'encaissement des honoraires issus de la CCAM pour le praticien, de la T2A pour l'établissement concourant à l'élaboration du bordereau informatique S3404 ne doit pas dépasser 3%. Il est d'ailleurs important que les praticiens se regroupent en association de gestion des honoraires pour pouvoir récupérer ceux-ci dans les délais les plus courts, assurer également le travail de distribution et de vérification face aux Caisses d'Assurance Maladie, là encore, l'individualisme est dépassé.

Par contre, pour tout ce qui est des autres prestations, elles dépendent bien sûr du plateau technique, de la réputation et donc de la clientèle potentielle que le praticien retire de l'exercice dans un établissement. C'est au niveau de la CME que doit être négociée cette redevance avec une balance équilibrée entre les besoins financiers de l'établissement et ceux des praticiens. Les établissements ne doivent en aucun cas utiliser les honoraires des médecins comme source de profit, d'où l'importance d'une négociation à travers la CME. D'un autre côté, les praticiens ont tout intérêt à favoriser un équilibre financier et une bonne gestion au niveau de l'établissement.

Dans le passé, trop de situations disparates, liées à des conflits d'intérêt (praticiens mais également propriétaires de cliniques) ont entraîné une confusion. L'arrivée de la tarification à l'activité, avec des GHS chaque année mieux calibrés, le développement des SEH distinguant l'ambulatoire de l'externe dans un certain nombre de cas, mais également l'intégration à terme de missions d'intérêt général, doivent permettre, à partir de règles nationales, à chaque établissement et groupes de praticiens de trouver des accords équilibrés.

III. La CME

C'est un des éléments clés de l'établissement. Il est regrettable que dans les établissements de soins privés, la structure de la CME n'ait pas été élaborée d'une manière aussi précise par nos autorités de tutelle que celle par exemple du CLIN. Trop de CME n'ont pas à ce jour d'activité réelle ou sont contrôlées d'une manière directe ou indirecte par la direction de l'établissement. Il est important que les hépato-gastroentéroloques s'impliquent dans les structures horizontales mais surtout siègent au Bureau de la CME car toutes les autorisations demandées par l'établissement, tous les projets d'évolution passent par un avis consultatif de la CME. Connaître l'information, c'est déjà posséder un certain pouvoir.

IV. Etablissements et formation continue

Au moment où se mettent en place, avec difficulté, une FMC et une EPP obligatoires, l'établissement est un élément important que les hépato-gastroentérologues ne doivent pas négliger.

En ce qui concerne la FMC, l'établissement peut être une base consensuelle d'organisation de réunions de FMC favorisant les relations entre médecins spécialistes et médecins généralistes. Là encore, de telles réunions font partie de l'aura de l'établissement et des praticiens qui y travaillent. C'est également un lien important pour mieux se connaître et mettre en évidence les possibilités de travail en réseau, possibilités qui sont devenues une obligation en cancérologie.

De même l'EPP de l'établissement concourt à celle des praticiens dans le processus de certification de la HAS. Les praticiens doivent participer dans le cadre de l'établissement à une démarche qualité. Là encore, les choix doivent être faits par les praticiens, validés par un organisme agréé tel que le Collège EPP-HGE ou un médecin habilité, mandaté par l'URML.

Dans de nombreux cas, nous constatons que c'est la direction de l'établissement qui, à travers des sociétés de services, propose et élabore pour les praticiens des outils d'EPP certes pertinents, mais qui répondent, le plus souvent, à la problématique unique de l'établissement.

V. L'outil informatique

L'exercice médical est directement impacté par le développement d'outils informatiques. La mise en place de logiciels-métier labellisés correspond à une démarche d'EPP. Les comptes-rendus d'examens techniques vont devoir correspondre à des normes mais peuvent, en retour, servir d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles comme nous l'avons fait dans notre spécialité. MEHGE et EASY-EPP sont deux outils que vous pouvez utiliser au quotidien. MEHGE ayant la particularité de servir de point de repère mensuel au suivi de l'Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) (🌍) sur les patients ayant bénéficié d'une polypectomie au cours d'une coloscopie et d'éditer en final un compte-rendu d'examen.

Là encore, il est important de développer, avec les établissements, des rapports de coopération pour ne pas se laisser imposer des logiciels de généralistes répondant aux besoins de l'établissement mais non à ceux des hépato-gastroentérologues. Ceci est d'autant plus facile que les outils informatiques, qui ont été développés au cours de ces dernières années, permettent à chacun de conserver son logiciel mais en créant des ponts informatiques favorisant la communication.

CLM
CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX

Votre activité mensuelle avec le Module d'Evaluation en Hépato-Gastroentérologie (MEHGE)

EPP/ACBUS

Mois de Xxx 2008

Évaluation de la pertinence (par rapport aux recommandations de l'HAS Avril 2004) du premier contrôle coloscopique après ablation de polype(s) adénomateux.

Nombre de coloscopies avec compte-rendu MEHGE	Nombre de premier contrôle coloscopique de controle avec compte-rendu MEHGE pour antécédents suivants (R0403,A0875) + (R0404,A0876) • Antécédent personnel de polype(s) adenomateux avec ATCD familiaux de polype ou de CCR au premier degré (R0403,A0875) • Antécédent personnel de polype(s) adenomateux sans ATCD familiaux de polype ou de CCR au premier degré (R0404,A0876)		
	Entrant dans le cadre de l'EPP		Conformes au référentiel
80	30 (R0403,A0875) + (R0404,A0876)		19 Total tableau 3 avant calcul pourcentage
	Sans antécédents familiaux	Avec antécédents familiaux	
	10 (R0404,A0876)	20 (R0403,A0875)	

Conclusion

La pratique des hépato-gastroentérologues en établissement a évolué. Elle est de plus en plus coopérative, regroupant les praticiens et les groupes d'associés. Elle doit favoriser, à travers la CME, le développement de projets d'établissements, la clarification des contraintes financières et des relations de partenaires avec les directions d'établissements surtout au moment où se créent des groupes dont la capitalisation relève de structures financières anonymes.

(🌍) Décret d'avril 2001 sur la prise en charge de la sécurité sociale dans les établissements.

(🌍) Acbus relatif à la surveillance des patients après exérèse d'un ou de plusieurs polypes colorectaux, publié au J.O n° 70 du 23 mars 2006 page 4386.