

S. BENZAKEN<sup>1</sup>, P. FUENTES<sup>2</sup><sup>1</sup>Vice-Présidente CME, CHU, NICE.<sup>2</sup>Président CME AP-HM, Président Conférence Présidents CME CHU.

## L'EPP, une évidence de praticiens performants. Rôle des CME de CHU

Les Commissions Médicales d'Établissement des CHU, représentations élues des praticiens de tout statut, n'étaient jusque-là responsables que de l'organisation des soins. L'Évaluation des Pratiques Professionnelles, l'EPP, est venue s'ajouter à leurs compétences. Elles sont donc aujourd'hui au cœur des dispositifs d'amélioration de la qualité des soins, positionnées entre patients et praticiens. Après quelques mois de flottement, voire de rejet, suite à l'avalanche de textes de loi concernant aussi bien les pratiques que l'organisation des CHU, les CME ont choisi de profiter de l'opportunité de la restructuration en pôles des établissements pour faire de la mesure de la qualité des soins et de la prévention des risques médicaux le cœur de leur action.

De nombreux établissements incités, voire motivés par la certification de leur établissement, sont ainsi rentrés dans la course à l'EPP. Mais loin de ne faire qu'obéir aux recommandations ou aux décisions de la HAS, les praticiens associés au personnel soignant et administratif ont le plus souvent réussi la "médicalisation" de l'accréditation de leur établissement. La validation individuelle des démarches EPP réalisées dans le cadre de la certification version 2 (CV2) peut se faire, comme l'a démontré l'expérience niçoise. En effet, une commission EPP, mise en place par la CME et composée de médecins locaux et surtout d'un praticien expert extérieur, a procédé en quelques séances à la validation de l'EPP de tous les praticiens engagés dans la CV2, soit près du quart des professionnels médicaux de l'établissement. Cette commission s'est appuyée sur les fiches EPP mises au point par la HAS qui permettent de bien identifier le programme EPP et surtout de mesurer la part active de chacun.

Les voies d'abord de l'EPP dans les établissements sont très diversifiées et la CME avec ses sous-commissions ad hoc, EPP et prévention/gestion des risques, doit assurer la cohérence et la lisibilité de tous les dispositifs permettant de valider l'obligation légale et surtout le service médical rendu. Aujourd'hui, la CME valide des praticiens ayant participé aux programmes issus de la CV2, à des actions EPP "homemade", et demain, dans le cadre de l'accréditation des disciplines "à risque" telles la chirurgie cardiaque ou la cardiologie interventionnelle, la CME, même si elle n'aura pas à valider les praticiens engagés, sera tenue précisément informée de leur démarche d'accréditation valant EPP. Enfin, le suivi "d'indicateurs" de prise en charge des pathologies, incluant l'identification des traitements mis en route comme les délais de mise en œuvre ou les mesures de prévention, feront partie des démarches EPP que la CME aura à valider. En cardiologie, des indicateurs de la qualité de la prise en charge de l'infarctus aigu sont disponibles. Aux cardiologues de construire les programmes de suivi et d'amélioration, et la validation de l'EPP suivra !

Aujourd'hui, à l'heure des pôles et des grands regroupements inter-établissements, c'est aux praticiens de s'approprier cette culture de l'évaluation sans redouter la transparence ou craindre les comparaisons. Les praticiens de CHU, dans leurs missions d'enseignement et de recherche, sont largement familiarisés avec ces processus. Les CME doivent les accompagner dans ces démarches de protocolisation et d'évaluation permanente des soins. La valorisation des professionnels en dépend... et l'attractivité des établissements pour les meilleurs d'entre eux leur est liée. Et surtout, les commissions médicales doivent être les garants de cette EPP afin de répondre aux attentes légitimes des patients. ■