

Etude



Etudier – valoriser – organiser
L'évaluation dans les pratiques
professionnelles

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES
Quel projet ?
Quels enjeux ?

juin 2011

Rapport préparatoire
à la
journée d'étude du 30 Juin 2011



**Canopée
formation**
Interventions
Ressources humaines
Une interface entre vos compétences
et le développement
de votre dynamique professionnelle

[pour le développement de la culture en évaluation]



[Instance de labellisation des praticiens de l'évaluation]



Sommaire

1	PRESENTATION DE L'ETUDE.....	4
1.1	INTRODUCTION	4
1.2	TROIS OBJECTIFS MAJEURS DE L'ETUDE	4
1.2.1	<i>Mise en évidence de l'usage et du contexte des EPP</i>	<i>4</i>
1.2.2	<i>Vers l'organisation d'un colloque</i>	<i>5</i>
1.2.3	<i>La diffusion et l'exploitation viseront.....</i>	<i>5</i>
1.3	METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	5
1.3.1	<i>Une recherche généraliste</i>	<i>5</i>
1.3.2	<i>Une recherche ciblée.....</i>	<i>5</i>
1.3.3	<i>Identification des professionnels à interviewer</i>	<i>5</i>
2	RAPPORT HISTORIQUE, JURIDIQUE ET EXISTANT	6
2.1	INTRODUCTION	6
2.2	HISTORIQUE DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES EN FRANCE.....	7
2.2.1	<i>Le code déontologique.....</i>	<i>7</i>
2.2.2	<i>L'historique des lois menant vers l'EPP.....</i>	<i>8</i>
2.3	LE RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS.....	10
2.3.1	<i>De l'ANAES à la HAS.....</i>	<i>10</i>
2.3.2	<i>Une définition de l'EPP.....</i>	<i>12</i>
2.4	POSITIONNEMENT DE L'EPP FACE AUX DIFFÉRENTES PROCÉDURES	16
2.4.1	<i>La certification des établissements de santé : « accréditation version 2 »</i>	<i>16</i>
2.4.2	<i>Les critiques du système</i>	<i>17</i>
2.5	ÉCART ENTRE LE MONDE DE LA RECHERCHE ET LE TERRAIN	18
3	LA PRATIQUE INFIRMIÈRE	20
3.1	DEFINITION DU MÉTIER	20
3.2	LES ACTIVITÉS.....	20
3.3	REFERENTIEL DE COMPÉTENCES	21
3.3.1	<i>Compétences « cœur de métier »</i>	<i>21</i>
3.3.2	<i>Compétences transverses</i>	<i>21</i>
3.3.3	<i>Critères d'évaluation et indicateurs.....</i>	<i>22</i>
3.4	LA FORMATION	23
3.4.1	<i>Finalités de la formation</i>	<i>23</i>
3.4.2	<i>Principes pédagogiques</i>	<i>23</i>
3.4.3	<i>Les différentes postures</i>	<i>24</i>
3.4.4	<i>Durée de la formation.....</i>	<i>25</i>
3.4.5	<i>Formation théorique.....</i>	<i>26</i>

3.4.6	<i>Formation clinique en stage</i>	28
3.4.7	<i>Les acteurs de la formation</i>	29
3.4.8	<i>Evaluation des compétences en stage</i>	31
3.5	L'EXISTANT EN EPPI.....	32
3.5.1	<i>Dans le public</i>	32
3.5.2	<i>Dans le privé</i>	33
3.5.3	<i>Dans le libéral</i>	35
3.5.4	<i>Les formations à l'EPP</i>	35
3.6	L'EXISTANT EN EPPI A L'INTERNATIONAL	38
3.6.1	<i>La définition de l'EBM</i>	38
3.6.2	<i>Le concept scientifique de l'EBM</i>	39
3.6.3	<i>Les étapes de construction d'une EBM</i>	39
3.6.4	<i>L'application de l'EBM chez les infirmières</i>	41
3.6.5	<i>Les pratiques infirmières avancées dans 12 pays</i>	44
4	CONCLUSION	50
5	BIBLIOGRAPHIE	52

1 Présentation de l'étude

1.1 Introduction

Par la loi de Mars 2004, l'hôpital public et privé est soumis à l'obligation des EPP. Depuis le décret du 14 Avril 2005, le corps médical dans sa globalité (public, privé et libéral) s'est organisé pour y répondre

A ce jour, les infirmières libérales ne sont pas encore soumises à l'obligation d'une EPP. Celle-ci est en cours de réflexion par les différentes instances.

Même si des initiatives émergent, pour le moment aucune information officielle n'a vu le jour.

1.2 Trois objectifs majeurs de l'étude

L'étude a pour finalité de mettre en exergue, à partir d'une recherche documentaire approfondie :

- Les contextes juridiques
- Les situations favorables au développement d'initiatives en matière d'EPPI.
- Les opportunités de transférabilité
- Les conditions de réussite et les difficultés liées à la mise en œuvre des EPPI.

L'association Actéchange, à travers ce rapport et par la suite, par une journée d'étude et enfin un colloque, souhaite engager un état des lieux et une réflexion autour des EPP, visant à une mise en débat du contenu, méthodes et conditions des évaluations : législation, critères, éthique, tiers évaluateur...

Cette mise en lumière sur ce sujet « sensible » sera l'occasion d'échanges entre les différents praticiens de la santé et les institutions en charge des modalités.

Elle sera également l'opportunité d'évoquer la mise en œuvre de cette évaluation dont l'obligation est imminente.

1.2.1 Mise en évidence de l'usage et du contexte des EPP

- Mise en évidence de l'usage des EPP dans le milieu médical, des préoccupations communes et préconisations sur la transférabilité de la démarche.
- Mise en évidence des éléments de contexte, de la méthode, des étapes, des difficultés, des outils et conditions de réussite...
- Les professionnels concernés ambitionnent une collaboration étroite afin de rendre cette évaluation opérationnelle.

1.2.2 Vers l'organisation d'un colloque

- La journée d'étude ainsi que le colloque doivent permettre d'apporter des avancées, voire des propositions concrètes ouvrant sur de nouvelles perspectives

1.2.3 La diffusion et l'exploitation viseront

- Les services partenaires, certificateurs, branches professionnelles
- Peut-être envisager une publication sous forme d'actes à l'issue du colloque

1.3 Méthodologie de l'étude

L'étude s'est déroulée de novembre 2010 à avril 2011 en trois phases :

- Une première phase de recherche documentaire généraliste
- Une deuxième phase de recherche documentaire ciblée
- Une troisième phase d'entretiens avec les professionnels des secteurs concernés (en cours de réalisation)

1.3.1 Une recherche généraliste

Le groupe chargé de cette étude n'étant pas issu du milieu médical a tout d'abord dû s'informer d'une manière très généraliste sur ce qu'est l'EPP, à qui est-elle destinée...

Par la suite, nous avons dû identifier quels pouvaient être les enjeux pour le monde infirmier.

1.3.2 Une recherche ciblée

Cette recherche ciblée est passé du juridique à l'empirique. Elle a balayé les aspects historiques, juridiques, éthiques ainsi que les acteurs et la cartographie de l'existant, les partenaires, les référentiels...

1.3.3 Identification des professionnels à interviewer

Dans un premier temps, il nous semble pertinent d'interroger les acteurs officiels de l'EPP : les médecins (qu'ils soient issues du secteur public, privé ou libérale).

Dans un deuxième temps nous interrogerons les infirmières.

Les grilles d'interviews ont été réalisées dans le souci de pouvoir répondre aux principales questions comme les représentations sur les EPP, les initiatives, les contraintes propre à chaque contexte, la transférabilité...

2 Rapport historique, juridique et existant

2.1 Introduction

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est au centre des nouvelles orientations des politiques de santé en France. Cette évaluation fait partie intégrante des démarches visant à augmenter l'efficacité et la qualité du système de santé en responsabilisant les différents acteurs. Son objectif est d'entraîner le médecin à réfléchir sur ses pratiques, notamment en l'incitant à entrer dans une démarche continue d'amélioration.

Contrairement aux précédentes démarches sur le sujet, l'EPP est généralisée à l'ensemble du corps médical (obligation légale). Ses modalités sont fixées par décret mais ce texte laisse un libre choix quant à la méthode employée. Le but est d'accompagner le médecin dans l'amélioration de sa pratique par le biais d'une évaluation ponctuelle (quinquennale) et d'une démarche continue

Ce rapport a pour but dans un premier temps de retracer l'historique juridique de l'évaluation des pratiques médicales en France, dans un second temps de comprendre le rôle joué des acteurs de la santé dans la mise en œuvre des EPP, enfin de connaître la spécificité des EPP par rapport aux autres procédures déjà existantes dans le monde médical.

Tout d'abord l'évaluation des pratiques professionnelles [EPP] est un terme à la mode mais c'est surtout une démarche inéluctable d'amélioration continue de la qualité des soins. L'évaluation des pratiques professionnelles se décline en un niveau individuel (le professionnel) et en un niveau collectif (une équipe, un service, un établissement de santé).

Ainsi, les textes de lois concernant l'EPP des médecins sont sortis pour les médecins (notamment les décrets d'application). Des textes sont en attente pour d'autres professionnels comme les sages-femmes.

À la suite du rapport du Haut Comité portant réforme de l'assurance maladie¹, le législateur a repris à son compte l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) comme l'un des outils principaux de régulation du fonctionnement du système de soins et de maîtrise des dépenses de santé.

Nous nous proposons de faire le point sur les évolutions réglementaires en matière d'évaluation des pratiques médicales et sur les changements que celles-ci ont induits.

¹ Loi n°2004-810 du 13 Aout 2004 relative l'assurance maladie

2.2 Historique de l'évaluation des pratiques médicales en France

2.2.1 Le code déontologique

Dans le code de déontologie des médecins il est dit :

« Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. »²

« La participation d'un médecin à l'évaluation des pratiques professionnelles est une addition importante par rapport au précédent code. La formulation retenue n'en fait pas une obligation mais y incite fortement. L'abondance des innovations et des informations, parfois contradictoires, pas toujours objectives, renforce la nécessité ancienne d'évaluer des pratiques ou des techniques pour mieux connaître leurs différents termes : indications, efficacité, tolérance, et ainsi en faire profiter des malades sans les imposer à d'autres. »³

*« Cette évaluation peut concerner un nouveau médicament, une nouvelle technique médicale ou chirurgicale, une exploration ou une stratégie diagnostique ou thérapeutique, mais aussi des méthodes anciennes que de nouvelles données **remettent en question**. »*

L'organisation d'une pratique peut être ainsi évaluée et confrontée aux besoins de la population, eux-mêmes explorés par des enquêtes épidémiologiques. »

*« Sans devenir une obligation permanente pour tout médecin, de telles évaluations doivent être encouragées à titre individuel, dans le cadre d'une équipe ou d'un réseau, d'une institution, de groupes coopérateurs. Les méthodes d'évaluation sont rigoureuses, mais doivent être adaptées au domaine exploré. Elles peuvent aboutir à des références médicales **aidant le sens critique des praticiens dans des décisions** autrement soumises à des influences contradictoires. Les conférences de consensus en sont un exemple. »*

« Il est souhaitable que tout médecin participe, au moins occasionnellement, dans le cadre de sa pratique, à des enquêtes ou évaluations lui donnant l'occasion de se confronter à des confrères ou des chercheurs, de se familiariser avec des méthodes de travail appréciables, susceptibles d'aiguiser son esprit critique et de retentir favorablement sur l'ensemble de sa pratique. »

*« Ces mesures représentent une condition de **qualité et de sécurité** de plus en plus demandées par la société »*

² Article R 4127-du code de déontologie médicale

³ Extrait de l'Article 11 : formation continue - Evaluations des pratiques

2.2.2 L'historique des lois menant vers l'EPP

La réforme hospitalière de 1991

Cette loi introduit la notion d'EPP. Elle dispose que « les établissements de santé publics ou privés développent une politique EPP... (Elle) doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art ».⁴

La loi ne fixe alors aucune modalité et s'apparente en fait à une déclaration d'intentions

La loi du 4 janvier 1993

C'est cette loi qui développe véritablement les EPP. Celle-ci envisage que chaque année une annexe à la convention médicale fixe les références médicales nationales.

Issues de la convention médicale signée entre l'assurance maladie et certains syndicats de médecins libéraux, les Références Médicales Opposables (RMO) ont alors pour but de contribuer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et d'introduire les concepts d'évaluation et de qualité dans le domaine médical. Basées sur des critères scientifiques consensuels, les RMO devaient servir au départ d'outils d'aide à la décision permettant d'écarter des choix diagnostics ou thérapeutiques inutiles ou dangereux. Elles se sont en pratique apparentées à des obligations de « *ne pas faire* ».

Inscrites dans le dispositif conventionnel et de ce fait, applicable par les seuls médecins libéraux, elles furent par la suite étendues aux médecins exerçant en établissements publics dans le cadre de consultations externes, aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux. L'objectif de cette démarche était d'obliger le médecin à confronter sa pratique à une pratique collective, afin d'éviter l'inutile et de réduire les consommations de soins inutiles. Pour ce faire, des sanctions étaient prévues par l'assurance maladie allant jusqu'aux sanctions financières.

Le caractère coercitif et comptable de la démarche lié à un important déficit d'explication de la part des caisses d'assurance maladie entraîna une très faible participation des médecins et finalement un quasi abandon des RMO : L'évolution culturelle pour le corps médical que représente l'évaluation aurait dû bénéficier de plus de concertation et d'implication des acteurs de terrain.

Il faudra attendre 6 ans pour que le législateur se penche à nouveau sur le problème de l'évaluation mais avec une approche sensiblement différente.

⁴ Loi n°91-748 du 31 Juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière de 1991.

Le décret du 28 décembre 1999

Il introduit le concept d'EPP dans le domaine de la médecine libérale. À l'opposé de la précédente démarche, l'évaluation est ici non «sanctionnante» et repose sur le volontariat des médecins. Les référentiels constituent une nouveauté, sur la base desquels se fera l'évaluation : ils seront des recommandations médicales réalisées ou labellisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

La philosophie de ces référentiels est sensiblement différente des RMO : ils invitent le praticien à mettre sa pratique en conformité avec ce qui est recommandé sur la base de données scientifiques validées ou de consensus en lui indiquant ce qu'il convient de faire.

Ce décret concerne l'ensemble des médecins généralistes ou spécialistes exerçant une activité libérale. L'engagement dans la démarche est volontaire et celle-ci se présente comme un service rendu aux médecins par d'autres médecins. Cette évaluation est pilotée par l'ANAES et les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) avec des missions bien définies pour ces différentes structures.

L'ANAES a en charge la formation et l'habilitation de médecins évaluateurs accompagnant leurs confrères dans la démarche d'évaluation. Elle doit également élaborer ou valider les référentiels et les guides d'évaluation.

Les URML ont en charge l'organisation de l'évaluation sur le terrain.

Les modalités d'évaluation peuvent être de 2 types : une évaluation individuelle du médecin ou une évaluation collective.

Une fois, l'évaluation terminée l'URML, avertie de la fin du cycle, adresse une attestation au médecin évalué et au conseil départemental de l'ordre.

L'ANAES lance en 2002, soit 2 ans après la parution de ce décret, en partenariat avec 4 URML, des études « pilotes » sont mises en place. En définitive, une centaine de médecins seront habilités et plusieurs centaines de médecins évalués.

La loi du 13 Aout 2004

Elle marque un pas supplémentaire dans la prise en compte de l'EPP comme instrument permettant l'amélioration des pratiques et de la prise en charge médicale.

L'article 14 modifie la réglementation existante sur l'EPP : il généralise l'évaluation à l'ensemble du corps médical français (libéraux, salariés, médecins du corps de santé des armées) et quels que soient leur lieu d'exercice et leur spécialité, soit plus de 203 000 médecins.

D'autre part, l'article 98 et les suivants mettent en avant le rôle de la formation médicale continue (FMC) dans ce domaine.

Il est ainsi indiqué que « la FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins... » Et que d'autre part « les

médecins concernés par la FMC sont tenus de transmettre au conseil régional de la FMC les éléments justifiants de leur participation à des actions de formation agréées, à des programmes d'évaluation réalisés par un organisme agréé ».

Il apparaît donc au vu de cette définition que la participation active à certaines démarches de FMC pourra être considérée comme satisfaisant à l'EPP.

Le décret du 14 Avril 2005

Il fixe les modalités de cette nouvelle EPP. Il clarifie également les rôles respectifs des différents acteurs de cette démarche.

Le décret du 14 avril 2005 définit l'évaluation des pratiques professionnelles comme :

« L'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé [HAS] et (qui) inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. »

Cette démarche d'EPP est intégrée à l'exercice médical. C'est une démarche structurée d'amélioration des pratiques, d'amélioration continue de la qualité des soins dans le but d'assurer un meilleur service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

Le cœur de la démarche consiste à comparer régulièrement les pratiques réelles et les résultats obtenus, avec les pratiques attendues, le plus souvent décrites dans les recommandations professionnelles. Le constat d'écarts entre la pratique et la référence doit conduire à mettre en œuvre des actions correctives, à défaut de les motiver. Cette démarche, est inspirée du « formative assessment » des anglo-saxons.

L'évaluation des pratiques se traduit par un double engagement des médecins : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci.

2.3 Le rôle des différents acteurs

2.3.1 De l'ANAES à la HAS

L'ANAES⁵ disparaît pour laisser place à la Haute Autorité de Santé.

Les acronymes des agences nationales françaises changent régulièrement. C'est souvent le signal d'un changement de missions. **L'agence pour le**

⁵ http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_456117

développement de l'évaluation médicale (ANDEM) est devenue **Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé** (ANAES). Elle est devenue maintenant **Haute Autorité de Santé** (HAS) le 1^{er} janvier 2005.

L'**Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé** (ANAES) n'existe plus à part entière, elle a été regroupée, avec d'autres commissions, au sein de la [Haute Autorité de santé](#) (HAS) le 13 août 2004.

Le rôle de l'ANDEM

L'ANDEM a été une révolution dans le domaine médical, en essayant d'apporter un regard critique sur les pratiques et la littérature. Les démarches qualité, les recommandations de bonnes pratiques pointaient le bout de leur nez. Cette association « loi 1901 » a évolué pour devenir un établissement public administratif : ANAES

Le rôle de l'ANAES

Il était d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie ; de formuler des recommandations et rendre des avis indépendants, impartiaux et faisant autorité permettant d'éclairer les pouvoirs publics quant aux décisions de remboursement des produits et services médicaux et de contribuer à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et des soins prodigués au patient.⁶

Les missions d'évaluation des pratiques et d'accréditation des établissements de santé étaient clairement affichées. Le terme « santé » n'était pas anodin car il étendait l'évaluation à toutes les professions de santé. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie transforme l'ANAES en Autorité Publique Indépendante à caractère scientifique : la Haute Autorité de Santé est née.⁷

Les missions de la HAS

Le décret du 14 avril 2005 clarifie les rôles respectifs des différents acteurs de cette démarche notamment celui de la HAS qui devient prépondérant.

Trois grandes directions sont retenues :

Direction de l'Accréditation et de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles

Direction de l'Aide à la Décision Publique et Professionnelle

Direction Recherche et Valorisation.

La HAS a 5 missions principales :

⁶ ANAES. Le manuel d'accréditation ANAES version 1, 1999.

⁷ Haute Autorité de santé. www.has-sante.fr

- Evaluer et hiérarchiser le service attendu ou rendu des actes, prestations et produits de santé
- Elaborer des recommandations sur les conditions de prise en charge du processus de soins globaux dans le cadre du traitement de certaines pathologies, notamment les affections de longue durée
- Contribuer par son expertise médicale et de santé publique au bien-fondé et à la pertinence des décisions dans le domaine du remboursement
- Veiller à la diffusion de référentiels de bonne pratique et de bon usage des soins auprès des professionnels de santé et à l'information du public dans ses domaines
- Etablir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé.

La HAS est chargée en concertation avec le Conseil National de Formation Médicale Continue (CNFMC) de rédiger un cahier des charges concernant les modalités de l'EPP et la notion de degré d'engagement suffisant (validant la participation du médecin à une démarche respectant la définition de l'EPP).

Ses partenaires

Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de Santé travaillera en liaison avec :

- L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)
- L'Institut de veille sanitaire
- L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

2.3.2 Une définition de l'EPP

La définition donnée par le décret de l'EPP est la suivante : « analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

On peut donc penser que toute démarche respectant cette définition peut être considérée comme une démarche EPP.

À la différence du décret de 1999, cette définition met l'accent sur l'aspect dynamique de l'EPP. Elle incite le médecin à entrer dans une démarche de « formative assessment » et pas uniquement à une évaluation ponctuelle.

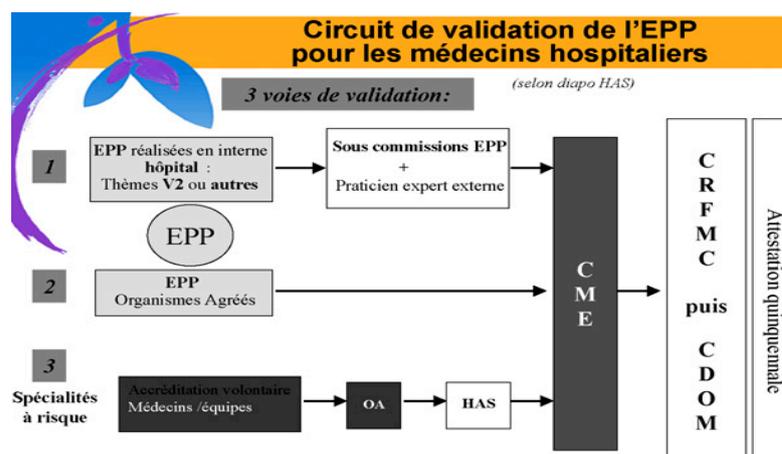
Par ailleurs, le décret ne fait pas référence à des recommandations validées par la HAS et donc laisse aux professionnels le choix en matière de référentiels (nationaux, internationaux...) à la différence du décret de 1999.

Elle forme et habilite, en partenariat avec les URML et le conseil de l'ordre, les futurs médecins évaluateurs « les médecins habilités » (MH). D'autre part, en concertation avec le CNFMC, elle donne son agrément aux différents organismes

qui postuleront à aider les médecins lors de l'EPP. Ces Organismes Agréés (OA), de nature diverse, devront répondre à un cahier des charges réalisé par la HAS. Elle veillera aussi au respect par les OA et les MH de leurs obligations (utilisation de la méthodologie arrêtée par la HAS...).

Les modalités d'organisation

- Les modalités d'organisation de l'EPP varient selon le statut du médecin :
 - pour un médecin libéral exerçant en cabinet, celui-ci a le choix de faire appel à un MH ou à un OA (avec ou sans présence d'un MH) ;
 - pour un médecin libéral exerçant en établissement de santé (ES) : il peut suivre les modalités précédentes. Mais en plus, il a la possibilité de participer à une EPP organisée par la CME de son établissement (celle-ci faisant fonction d'OA), comme les démarches mises en place lors des procédures de certification (« accréditation version 2 ») des ES ou l'accréditation d'équipes hospitalières.
- En ce qui concerne les médecins salariés en ES : la CME de l'établissement organise l'EPP comme précédemment ou peut également faire appel à un OA.



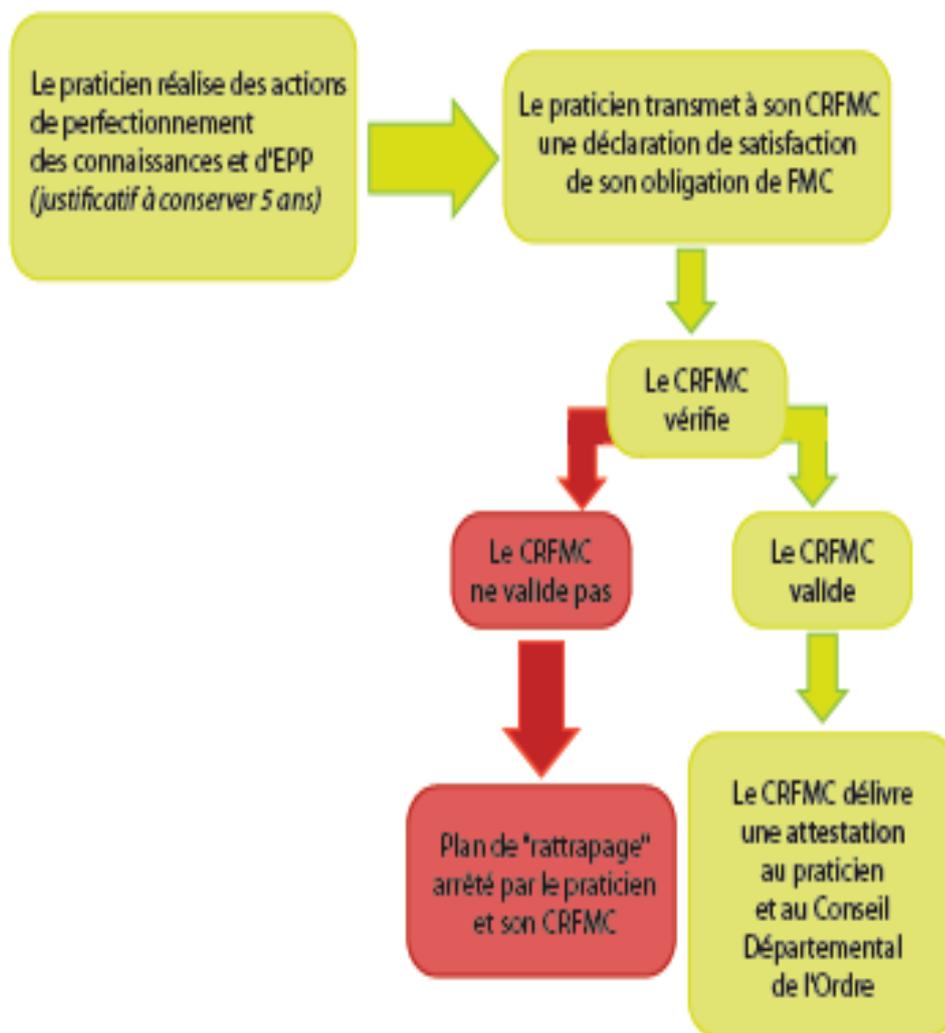
Le déroulement de l'EPP

Reprenant le décret de 1999, l'EPP peut se faire de façon individuelle ou collective à partir du moment où elle répond à la définition. Il existe plusieurs programmes ou démarches labellisées par la HAS.

Une fois le médecin engagé dans une action ou un programme d'EPP, il reçoit un certificat établi selon son statut par l'URML ou la CME dont il dépend. Une copie est adressée à la Commission Régionale (CR), composée de trois membres désignés par chacun des conseils nationaux de la FMC, de médecins n'exerçant pas de fonction électorale au sein du conseil de l'ordre des médecins, et de trois membres désignés par le conseil régional de l'ordre.

La CR informe le conseil départemental de l'ordre compétent que le médecin a satisfait à l'obligation d'évaluation. Celui-ci délivre alors une attestation valable 5 ans.

Le choix entre l'EPP individuelle ou collective dépend du praticien, de son mode d'exercice (en établissement de santé, en cabinet de groupe, seul) et de la démarche qu'il souhaite utiliser. Néanmoins la validation de cette EPP est quant à elle *uniquement* individuelle.



La HAS a rendu public plusieurs démarches ou programmes reconnus comme démarches d'EPP, classés selon diverses approches :

- **approche par comparaison** : l'audit clinique, l'audit clinique ciblé, la revue de pertinence ;
- **approche par processus** : la maîtrise statistique des processus en santé, le chemin clinique ;
- **approche par problème** : la revue de morbi-mortalité
- **approche par indicateurs**

APPROCHE	OBJECTIFS	METHODES
Par comparaison à un référentiel Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	<ul style="list-style-type: none"> ○ Audit clinique et audit clinique ciblé ○ Revue de pertinence ○ Enquête de pratique
Par problème	Traiter un incident, un dysfonctionnement ou un événement indésirable	<ul style="list-style-type: none"> ○ Revue de morbidité-mortalité ○ Méthode d'analyse des causes
Par processus	Analyser et optimiser une prise en charge ou un processus	<ul style="list-style-type: none"> ○ Chemin clinique ○ Méthode AMDEC
Par indicateur	Surveiller un processus ou un résultat de soins, et agir en fonction du résultat	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place et analyse d'indicateurs ○ Maîtrise statistique des processus (MSP)

De nouvelles démarches sont en passe d'être également reconnues par la HAS comme répondant à l'obligation d'EPP. Parmi celles-ci, on peut citer le groupe **d'analyse de pratiques** entre pairs, la **participation active à un réseau de santé**, la visite académique, les staffs qualité ou EBM meeting...

L'intégralité des démarches est détaillée sur le site de la HAS.

Sanctions prévues

Si malgré la mise en demeure de la CR un médecin ne produit pas de justificatif prouvant que son degré d'engagement dans la démarche est suffisant, celle-ci peut en informer le Conseil départemental de l'ordre qui entame la procédure de sanction prévue à l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale.

On notera d'ailleurs que ces sanctions ne concernent que les seuls médecins libéraux, le législateur n'ayant pas *a priori* prévu de sanction pour les médecins hospitaliers.

De même, s'il est constaté lors de l'EPP que la sécurité des patients est mise en jeu, l'organisme agréé, qui accompagne la démarche, doit le signaler au médecin et lui proposer des mesures correctrices. Dans le cas où ces mesures seraient rejetées ou si le comportement du praticien perdure, l'OA transmet un constat circonstanciel au Conseil départemental de l'ordre. Le décret ne prévoit pas que les médecins habilités doivent également intervenir dans de telles circonstances.

Au travers de la loi et de son décret d'application, il apparaît que le législateur a vu dans l'EPP un outil essentiel d'amélioration de la qualité des pratiques et des soins. Enfin, on peut remarquer que la loi prévoit que cette démarche d'évaluation soit l'un des éléments d'informations et de choix auquel auront accès les patients.

2.4 Positionnement de l'EPP face aux différentes procédures

De manière concomitante à l'EPP, d'autres procédures également du domaine de l'évaluation médicale sont apparues.

2.4.1 La certification des établissements de santé : « accréditation version 2 »

L'ancienne version du manuel d'accréditation (1999 ne faisait pas une grande place à l'évaluation des pratiques professionnelles : on retrouvait ce thème uniquement dans le référentiel OPC au niveau de 2 références.

Ce n'est plus le cas dans la nouvelle procédure de certification (nouveau manuel version 2) ; en effet, celle-ci met l'accent sur l'EPP comme mesure du service médical rendu (SMR) et s'inscrit ainsi dans les nouvelles démarches d'amélioration de la qualité des soins mises en place dans les établissements de santé.⁸

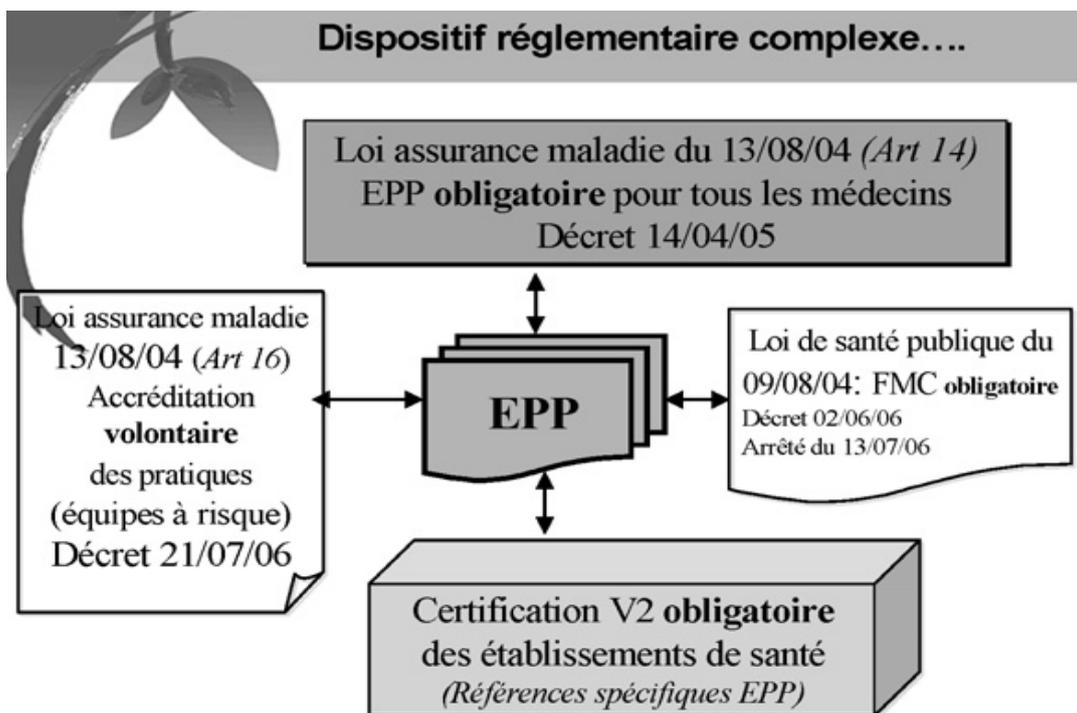
Dans le nouveau manuel, le chapitre 4 est consacré à l'évaluation et aux dynamiques d'amélioration. À travers trois références (44, 45, 46), l'établissement doit apporter la preuve que les pratiques professionnelles sont évaluées selon différents critères (pertinence, gestion des risques et bonnes pratiques).

Les problèmes de prime d'assurance des médecins pratiquant des spécialités sensibles ont également conduit le législateur à mettre en place une nouvelle démarche d'accréditation de certaines spécialités médicales.

La loi du 13 août 2004 établit une procédure d'accréditation basée sur le volontariat concernant un certain nombre de spécialités médicales particulièrement exposées aux risques professionnels.

La HAS définit et organise cette procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé, au regard des **référentiels de bonnes pratiques**. Cette accréditation, valable quatre ans, pourra permettre aux médecins exerçant ces spécialités de recevoir une aide à la souscription de l'assurance obligatoire et fera l'objet d'une publicité auprès des assurés sociaux.

⁸ ANAES. Le manuel d'accréditation ANAES dite certification V2, 2004.



Il est à noter que cette procédure va au-delà de l'EPP et donc un médecin accrédité répond *de facto* à son obligation d'EPP. Le détail de l'organisation de cette démarche sera explicité dans un décret à paraître.

L'année 2004 aura été en termes d'évaluation médicale une année charnière avec la parution d'une loi particulièrement ambitieuse.

L'année 2005 fut quant à elle, celle des débuts de la mise en place de l'EPP sur l'ensemble du territoire. L'année 2006 nous permettra de faire un premier bilan et notamment de voir si la HAS a réussi son premier pari en matière de communication avec le corps médical, c'est-à-dire l'adhésion du plus grand nombre à la démarche.

2.4.2 Les critiques du système

Comme le dispositif n'est pas finalisé, quelques critiques du système émergent :

Il est tenu pour illisible par de nombreux médecins.

Le début de l'obligation quinquennale devrait coïncider avec la mise en place des futurs conseils régionaux de FMC (CRFMC), chargés de déterminer si les obligations ont bien été accomplies. Le décret qui doit préciser ces nouvelles modalités tarde à paraître.

« *Le changement de gouvernement a imposé une nouvelle concertation autour de ce texte. En son attente, le conseil national de FMC (CNFMC) a commencé à étudier les dossiers de demande d'agrément des organismes. Sur les 402 dossiers*

*reçus, 84 décisions ont été prises. 60 associations ont été agréées, 20 ont vu leur dossier refusé et 4 sont actuellement en suspens ».*⁹

Il existe un manque d'articulation entre les procédures de FMC et d'EPP qui répondent à des cahiers des charges et à des modalités pratiques différentes.¹⁰

Il serait souhaitable de préciser le type de condamnation à laquelle un médecin s'expose s'il s'oppose à une EPP. Cette condamnation au titre des articles L145-1 n'est pas précise et suivants du code de la sécurité sociale nous ne pouvons pas déduire s'il s'agit d'un avertissement, un blâme, ou bien une interdiction.

Il suscite encore beaucoup d'inquiétudes et d'interrogations :

- Qu'est-ce que la compétence médicale ?
- Que doit-on précisément évaluer ?
- Pourquoi les médecins doivent-ils communiquer à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) leur situation par rapport à l'EPP ?
- N'y a-t-il pas un risque de dérive vers une labélisation ?
- Que faire lorsqu'un médecin n'aura pas effectué son EPP ?
- Quelle différence entre évaluations pérenne et ponctuelle ?
- Comment va-t-on financer l'EPP ?

2.5 Ecart entre le monde de la recherche et le terrain

Synthèse de l'article : « Evaluation des pratiques professionnelles et psychothérapie » (Thurin JM, Thurin M. Briffault X)¹¹

Cet article expose clairement les limites de certains outils d'analyse en EPP et notamment l'EBM (médecine factuelle) appliquée en psychiatrie. Le bilan, propre à l'évaluation mesure, mesure ainsi l'écart à la norme, au référentiel. La mesure, nous le savons, s'intéresse aux récurrences. Mais que fait-on des cas singuliers ?

Alors sur quoi se base ce référentiel ? Les auteurs questionnent celui-ci sur son applicabilité en situation réelle, et d'après la singularité (complexités) des patients rencontrés sur le terrain, dont l'état psychologique dépend de multiples facteurs qui ne sont pas que neurologiques ou psychiatriques mais aussi sociaux, historiques, psychologiques, économiques, etc. Et effectivement en psychiatrie, l'hétérogénéité des cas rencontrés rend difficile l'application d'un outil (l'EBM) qui référence une « qualité » des pratiques. Mais de quelle qualité parle-t-on et comment sont construits ces référentiels ? La limite de l'EPP (ici en l'occurrence la pratique de l'EBM) se pose ici, dans la mesure où d'une part, elle se rapporte à des

⁹ Cabarrot P., Dorval E., Chabot JM. «The evaluation of professional practice s and their use in hepatogastroenterology ». Gastroenterol Clin Biol, 30 Mars 2006.

¹⁰ Décret n°2005-346 du 14 Avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

¹¹ Annexe 3

référentiels construits sur des bases réductrices (puisque s'appuyant notamment sur des critères de preuves issus de la recherche expérimentale) et d'autre part, ces référentiels réducteurs de l'EPP sont rattachés à la notion de preuve (l'EBM ou la médecine factuelle). Pourtant l'association APA rappelle bien que la recherche n'est qu'un des pôles des trépieds de l'EBM et que la recherche de la preuve doit s'appuyer sur autre chose, notamment sur le terrain (l'expertise clinique).

Par ailleurs, les normes du NIMH se basent sur les symptômes détachés de leurs contextes (méthode analytique de Descartes, ou chaque élément est étudié indépendamment du tout). Aussi, l'EBM étudie les troubles de manière isolé et exclusivement ceux qui sont pris en charges, excluant ainsi les autres troubles pourtant significatifs. Ainsi, on voit bien comment certaines méthodes d'EPP peuvent être orientées (par des objectifs finaux de natures économiques), ou réduites (puisque s'appuyant sur une logique analytique du référentiel, alors construit hors de son contexte médical).

On voit bien qu'il s'agit d'un système fermé de type cybernétique qui se base sur des références en amont souvent hors contextes (car issues d'études expérimentales) et par conséquent très éloignées de la réalité des situations rencontrées sur le terrain. L'EPP est un système qui ne se nourrit pas d'informations rencontrées au cœur de la pratique, incluant les cas singuliers. Informations qui permettraient une amélioration continue des pratiques (d'après le modèle de Deming proposé par la HAS par exemple), qui permettraient au référentiel d'évoluer constamment en s'enrichissant des retours d'expériences dans un système propre à la systémique, qui ne cesserait à la fois de s'autonomiser et de se complexifier au contact de son environnement (ici les patients) pour mieux en appréhender le milieu. Un système s'inscrivant dans une dynamique d'amélioration, de réglage et de réajustage permanent des référentiels par interactions avec son environnement (notamment dans la pratique) et par des feed-back (boucles de rétroactions) incessants.

Les auteurs précisent enfin que pour faire perdurer ce cycle d'amélioration, il est nécessaire de mettre en place une organisation qui implique les praticiens et ce, pour éviter une prescription de procédures figées de type technocratique, trop simpliste et réductrice. Une organisation donc, pour s'approcher davantage de la notion de complexité médicale mais aussi pour aller vers une exhaustivité des cas rencontrés.

3 La pratique infirmière

3.1 Définition du métier

Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins, concevoir et définir des projets de soins personnalisés, planifier des soins, les prodiguer et les évaluer, mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie.

Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluri professionnelles, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration

3.2 Les activités

- Observation et recueil de données cliniques
- Soins de confort et de bien-être.
- Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes
- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes
- Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique
- Coordination et organisation des activités et des soins
- Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits
- Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires
- Veille professionnelle et recherche. Activités détaillées de :

Relation avec des réseaux professionnels :

- Lecture de revues professionnelles
- Lecture de travaux de recherche en soins
- Constitution et alimentation d'une base d'information sur la profession d'infirmier et les connaissances professionnelles
- Recherche sur des bases de données existantes dans les domaines du soin et de la santé
- Recherche sur les bases de données existantes, des recommandations de bonnes pratiques.

Rédaction de documents professionnels et de recherche :

- Réalisation d'études et de travaux de recherche dans le domaine des soins
- Réalisation de publication à usage de ses pairs et/ou d'autres professionnels de santé
- Rédaction de protocoles ou de procédures
- Accompagnement de travaux professionnels

Bilan sur les pratiques professionnelles :

- Échanges de pratiques professionnelles avec ses pairs ou avec d'autres professionnels de la santé
- Apport d'éléments dans le cadre d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques ou dans le cadre d'évaluation de pratiques professionnelles
- Mise en place de débats sur les éléments éthiques dans un contexte de soins
- Veille professionnelle et réglementaire

3.3 Référentiel de compétences

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités.

Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

3.3.1 Compétences « cœur de métier »

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers.
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens.
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique.
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

3.3.2 Compétences transverses

Elles sont communes à certaines professions paramédicales et qui doivent être validées pour le métier d'infirmier.

6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle.

Compétences détaillées de :

Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle

- Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels
- Evaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée.
- Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques.

- Evaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité.
 - Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence.
 - Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques.
 9. Organiser et coordonner des interventions soignantes.
 10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

3.3.3 Critères d'évaluation et indicateurs

CRITERES D'EVALUATION : Qu'est ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on dire vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée	L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée
2. Pertinence de l'analyse dans l'application des règles : - de qualité, sécurité, ergonomie ; - de traçabilité ; - liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets.	Les non-conformités sont identifiées ; Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations ; Les risques de non-traçabilité sont explicités ; Le circuit de la gestion des déchets est expliqué Les propositions de réajustement sont pertinentes
3. Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation	Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée ; Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte
4. Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés	Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaires aux soins et pour le matériel d'urgence ; Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages, sont contrôlés
5. Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail	La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques Les difficultés et les erreurs sont identifiées ; Les causes sont analysées ; Des améliorations sont proposées ; Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse ; La satisfaction de la personne soignée est prise en compte

3.4 La formation

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnalité.

3.4.1 Finalités de la formation

Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle.

L'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel.

L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement.

L'étudiant développe une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction.

Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées.

3.4.2 Principes pédagogiques

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.

Le référentiel de formation met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, la mobilisation de ces connaissances et savoir-faire dans des situations de soins, et, s'appuyant sur la maîtrise des concepts, la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles.

La formation est structurée autour de l'étude de situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage :

- « **comprendre** » : l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations

- « **agir** » : l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action
- « **transférer** » : l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.

Le référentiel de formation est organisé pour mettre en relation les connaissances à acquérir et le développement des compétences requises. Les unités d'intégration mobilisent l'ensemble des savoirs autour des situations professionnelles. La progression dans l'acquisition des compétences est formalisée sur le portfolio.

Le parcours de formation tient compte de la progression de chaque étudiant dans sa manière d'acquérir les compétences. Ce parcours développe ainsi l'autonomie et la responsabilité de l'étudiant, qui construit son cheminement vers la professionnalisation.

Les contenus de formation tiennent compte de l'évolution des savoirs et de la science. Ils sont actualisés en fonction de l'état des connaissances. Ils font une place à l'enseignement des sciences et des techniques infirmières.

3.4.3 Les différentes postures

La posture réflexive

L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence.

Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables.

Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc., tout ce qui contribue à fixer les savoirs et à les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux.

La posture pédagogique

Les modalités pédagogiques sont orientées vers la construction de savoirs par l'étudiant. Elles relèvent d'une pédagogie différenciée. Elles s'appuient sur des valeurs humanistes ouvertes à la diversité des situations vécues par les personnes. Le formateur développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique. Il trouve des moyens qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences.

Le formateur se centre sur des exercices faisant le lien entre l'observation et les hypothèses de diagnostic, entre les signes et les comportements, entre une

histoire de vie et une situation ponctuelle, entre l'état du patient et son traitement, etc. Il aide à l'acquisition d'une démarche comportant les problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif.

Les principes d'évaluation et de validation

Les formes et contenus de l'évaluation sont en adéquation avec les principes pédagogiques.

Pour la validation des unités d'enseignement, une démarche de liaison entre les différents acquis sera favorisée.

La validation des unités d'intégration reposera sur :

- L'utilisation des différents acquis en lien avec une situation
- La mobilisation active et dynamique de ces acquis et la mise en œuvre des compétences ciblées par l'unité dans une ou plusieurs situations.

La validation des stages reposera sur :

- La mise en œuvre des compétences requises dans une ou plusieurs situations.

3.4.4 Durée de la formation

Le référentiel de formation est construit par alternance entre des temps de formation théorique réalisés dans les instituts de formation et des temps de formation clinique réalisés sur les lieux où sont réalisées des activités de soins.

L'enseignement en institut de formation est dispensé sur la base de 35 heures par semaine, dont les modalités sont prévues par les responsables de l'IFSI.

La durée de présence en stage est de 35 heures par semaine dont les modalités d'organisation sont prévues par les responsables de l'encadrement de stage.

La présence lors des travaux dirigés et des stages est obligatoire. Certains enseignements en cours magistral peuvent l'être en fonction du projet pédagogique

3.4.5 Formation théorique

Le référentiel de formation propose des unités d'enseignement (UE) de quatre types :

- Des unités d'enseignement dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers
- Des unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences infirmières
- Des unités d'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation
- Des unités de méthodologie et de savoirs transversaux.

Les objectifs pédagogiques, les contenus et les modalités d'évaluation sont décrits dans les fiches pédagogiques de chacune des UE. Ces documents sont mis à la disposition des étudiants

Modalités pédagogiques

Les enseignements sont réalisés sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, travaux personnels (rédaction de mémoire, travaux guidés ou en autonomie...) et stages.

Les cours magistraux (CM) sont des cours dont le contenu est plutôt « théorique », donnés par un enseignant dans des salles de type amphithéâtre devant un public généralement nombreux.

Les travaux dirigés (TD) sont des temps d'enseignement obligatoire réunissant au maximum 25 étudiants. Ces cours servent à illustrer, approfondir et compléter un cours magistral en introduisant des données nouvelles qui peuvent être théoriques ou pratiques, à réaliser des exposés, exercices, travaux divers et à travailler sur des situations cliniques. Certaines matières nécessitent de majorer le nombre d'enseignements en TD afin de réaliser une formation au plus près des besoins des étudiants, visant l'individualisation des apprentissages par l'utilisation de méthodes interactives.

Certains travaux pratiques nécessaires à la formation infirmière, certaines recherches, études, conduite de projets ou d'action pédagogiques entrent dans cette catégorie d'enseignement et peuvent nécessiter la composition de groupes encore plus petits.

Les travaux personnels guidés (TPG) sont des temps de travail où les étudiants effectuent eux-mêmes certaines recherches ou études, préparent des exposés, des écrits, des projets, réalisent des travaux demandés ou encore rencontrent leur formateur et bénéficient d'entretiens de suivi pédagogique.

Ces temps individuels sont guidés par les formateurs qui vérifient si les étudiants sont en capacité d'utiliser ces temps en autonomie ou ont besoin d'un encadrement de proximité.

Les unités d'enseignement (UE)

Les unités d'enseignement sont thématiques, elles comportent des objectifs de formation, des contenus, une durée, des modalités et critères de validation. Elles donnent lieu à une valorisation en crédits européens.

La place des unités d'enseignement dans le référentiel de formation permet des liens entre elles et une progression de l'apprentissage des étudiants. Les savoirs qui les composent sont ancrés dans la réalité et actualisés. Du temps personnel est réservé dans chacune d'entre elles.

Les unités d'intégration (UI)

Les unités d'intégration sont des unités d'enseignement qui portent sur l'étude des situations de soins ou situations « cliniques ». Elles comportent des analyses de situations préparées par les formateurs, des mises en situation simulées, des analyses des situations vécues en stage et des travaux de transposition à de nouvelles situations.

Dans chaque semestre est placée une unité d'intégration dont les savoirs et savoir-faire ont été acquis lors du semestre en cours ou ceux antérieurs. Les savoirs évalués lors de cet enseignement sont ceux en relation avec la ou les compétences citées.

Les UI doivent permettre à l'étudiant d'utiliser des concepts et de mobiliser un ensemble de connaissances. Le formateur aide l'étudiant à reconnaître la singularité des situations tout en identifiant les concepts transférables à d'autres situations de soins.

La validation de l'unité d'intégration ne signifie pas la validation de la totalité de la compétence qui ne sera acquise qu'après validation de l'ensemble des unités d'enseignement de la compétence et des éléments acquis en stage.

Les études de situations dans l'apprentissage

Des situations professionnelles apprenantes sont choisies avec des professionnels en activité. Ces situations sont utilisées comme moyens pédagogiques, elles sont analysées avec l'aide de professionnels expérimentés. Les étudiants construisent leurs savoirs à partir de l'étude de ces situations en s'appuyant sur la littérature professionnelle et grâce aux interactions entre leur savoir acquis et celui des condisciples, enseignants, équipes de travail.

Ils apprennent à confronter leurs connaissances et leurs idées et travaillent sur la recherche de sens dans leurs actions. L'auto-analyse est favorisée dans une

logique de « *contextualisation et decontextualisation* » et devient un mode d'acquisition de connaissances et de compétences.

L'analyse des réalités professionnelles sur des temps de retour d'expérience en IFSI (laboratoire, supervision, exploitation de stage, jeux de rôle...) est favorisée. Une large place est faite à l'étude de représentations, à l'analyse des conflits sociocognitifs par la médiation du formateur, aux travaux entre pairs et à l'évaluation formative.

Des liens forts sont établis entre le terrain et l'institution de formation, aussi les dispositifs pédagogiques et les projets d'encadrement en stage sont-ils construits entre des représentants des IFSI et des lieux de soins et sont largement partagés.

3.4.6 Formation clinique en stage

Modalités pédagogiques

Selon la directive européenne 2005/36/CE :

« L'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises. »

Pendant les temps de stage l'étudiant se trouve confronté à la pratique soignante auprès des patients, il se forme en réalisant des activités et en les analysant au sein des équipes professionnelles.

Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans les activités sont mis en évidence par les professionnels qui encadrent le stagiaire et par les formateurs dans les rencontres avant, pendant et après la mise en stage des étudiants.

Ainsi, les stages sont à la fois des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des situations.

Le retour sur la pratique, la réflexion et le questionnement sont accompagnés par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un formateur. Ceci contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière.

L'étudiant construit ses compétences en agissant avec les professionnels et en inscrivant dans son portfolio les éléments d'analyse de ses activités, ce qui l'aide à mesurer sa progression

Les objectifs de stages

Les objectifs de stage tiennent compte à la fois des ressources des stages, des besoins des étudiants en rapport avec l'étape de leur cursus de formation, et des demandes individuelles des étudiants.

Le stage doit permettre aux étudiants :

- D'acquérir des connaissances
- D'acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels
- D'exercer son jugement et ses habiletés gestuelles
- De centrer son écoute sur la personne soignée et proposer des soins de qualité
- De prendre progressivement des initiatives et des responsabilités
- De reconnaître ses émotions et les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose
- De prendre la distance nécessaire et de canaliser ses émotions et ses inquiétudes
- De mesurer ses acquisitions dans chacune des compétences
- De confronter ses idées, ses opinions et ses manières de faire à celles de professionnels et d'autres étudiants.

Formalisation des besoins de l'étudiant

Dans le référentiel de compétences et le référentiel de formation, connus des personnes qui guident les étudiants

Dans le portfolio que l'étudiant présentera dès le premier jour du stage et qu'il devra remplir avec le tuteur au long du déroulé du stage.

Les objectifs de stage sont négociés avec le lieu du stage à partir des ressources de celui-ci. Ils sont rédigés et inscrits dans le portfolio de l'étudiant.

3.4.7 Les acteurs de la formation

Les responsables de l'encadrement

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et d'un professionnel de proximité au quotidien. Ces trois fonctions peuvent être exercées par la même personne pour des raisons d'organisation ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes. Ainsi, toujours placé sous la responsabilité d'un professionnel, l'étudiant acquiert progressivement une façon de plus en plus autonome d'exercer son futur métier.

Ce mode d'organisation ne modifie en rien la hiérarchie dans les établissements et des lieux d'encadrement. La direction des soins demeure responsable de l'encadrement des étudiants en stage et, est garante de la charte d'encadrement.

Le maître de stage

Il représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Il s'agit le plus souvent du cadre de santé. Il exerce des fonctions de management et de responsabilité sur l'ensemble du stage.

Il est le garant de la qualité de l'encadrement. Il met en place les moyens nécessaires à ce dernier et veille à l'établissement d'un livret d'accueil spécifique (cf. chapitre « Qualification et agrément des stages ») ainsi qu'à la diffusion et à l'application de la charte d'encadrement. Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation pour l'ensemble des stagiaires placés sur le territoire dont il a la responsabilité, et règle les questions en cas de litige ou de conflit. Il accueille l'ensemble des étudiants affectés à sa zone d'exercice

Le tuteur de stage

Les missions spécifiques du tuteur sont décrites dans le livret d'accueil.

Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage. Il est volontaire pour exercer cette fonction, il peut le faire temporairement et sur une zone à délimiter (pôle, unité...). Professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement d'étudiants. Il connaît bien les référentiels d'activités, de compétences et de formation des futurs professionnels qu'il encadre. Chaque étudiant connaît son tuteur de stage et ses missions.

Le tuteur assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers. Le tuteur peut accompagner plusieurs stagiaires et les recevoir ensemble lors de leur accueil ou de séquences de travail. Il peut leur proposer des échanges autour des situations ou des questions rencontrées. Il facilite l'accès des étudiants aux divers moyens de formation proposés sur les lieux de stage, les met en relation avec des personnes ressources et favorise, en liaison avec le maître de stage, l'accès aux services collaborant avec le lieu de stage en vue de comprendre l'ensemble du processus de soin (exemple : stérilisation centrale, bloc opératoire, consultation, etc.).

Le tuteur a des relations régulières avec le formateur de l'institut de formation, référent du stage. Il propose des solutions en cas de difficultés ou de conflits.

Le tuteur évalue la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences après avoir demandé l'avis des professionnels qui ont travaillé en proximité avec l'étudiant. Il formalise cette progression sur le portfolio lors des entretiens avec l'étudiant en cours et à la fin du stage.

La désignation des tuteurs relève des missions de l'encadrement professionnel sur la base de critères de compétences, d'expérience et de formation. Le tuteur est placé sous la responsabilité d'un cadre professionnel.

Les professionnels de proximité

Ils représentent la fonction d'encadrement pédagogique au quotidien. Ils sont présents avec l'étudiant lors des séquences de travail de celui-ci, le guident de façon proximale, lui expliquent les actions, nomment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes, etc.

Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage, ils l'encouragent dans ses recherches et sa progression.

Plusieurs personnes peuvent assurer ce rôle sur un même lieu de travail en fonction de l'organisation des équipes.

Ils consultent le portfolio de l'étudiant afin de cibler les situations, activités ou soins devant lesquels l'étudiant pourra être placé.

Ils ont des contacts avec le tuteur afin de faire le point sur l'encadrement de l'étudiant de manière régulière.

Le formateur de l'IFSI référent de stage

Les IFSI désignent un formateur référent pour chacun des stages l'étudiant connaît le formateur référent du stage.

Le formateur référent est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure.

Il est également en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser.

Il a accès aux lieux de stage et peut venir encadrer un étudiant sur sa propre demande, celle de l'étudiant, ou celle du tuteur de stage.

3.4.8 Evaluation des compétences en stage

Le portfolio de l'étudiant est un outil qui sert à mesurer la progression de l'étudiant en stage. Il est centré sur l'acquisition des compétences, des activités et des actes infirmiers.

Il comporte plusieurs parties remplies lors de chaque stage :

- Des éléments sur le cursus de formation de l'étudiant, écrits par celui-ci avant son arrivée en stage.
- Des éléments d'analyse de la pratique de l'étudiant à partir des activités réalisées en stage, rédigés par l'étudiant
- Des éléments d'acquisition des compétences au regard des critères cités, qui sont remplis par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement, lors de l'entretien d'évaluation du stage. Les

indicateurs permettent aux professionnels d'argumenter les éléments sur lesquels les étudiants doivent progresser

- Des éléments sur la réalisation des actes, des activités ou des techniques de soins, à remplir par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement et l'étudiant, pendant le stage
- Un bilan, réalisé par le tuteur, de la progression de l'étudiant lors de chacun des stages.
- L'acquisition des éléments de chaque compétence et des activités techniques est progressive, chaque étudiant peut avancer à son rythme, à condition de répondre aux exigences minimales portées dans l'arrêté de formation.
- Chaque semestre, le formateur de l'IFSI responsable du suivi pédagogique de l'étudiant fait le bilan des acquisitions avec celui-ci.
- Il conseille l'étudiant et le guide pour la suite de son parcours. Il peut être amené à modifier le parcours de stage au vu des éléments contenus dans le portfolio.

3.5 L'existant en EPPI

3.5.1 Dans le public

L'Évaluation / notation est une obligation « légale » pour les agents stagiaires et titulaires (pas pour les contractuels).

C'est le Directeur qui a le pouvoir de notation (Après avis de la Commission Administrative Paritaire).

La notation est annuelle. Elle comporte une note chiffrée et une appréciation générale écrite, exprimant, « *d'une part, la valeur professionnelle de l'agent, compte tenu de ses compétences dans le poste occupé, de son aptitude à la gestion et de son sens des relations et, d'autre part, le cas échéant, son aptitude à exercer un emploi de la classe supérieure* ».

La notation doit être faite dans le cadre d'un entretien. Le premier avis est donné par le supérieur hiérarchique direct.

La note définitive doit être communiquée à l'agent lui-même.

Chaque agent peut solliciter une révision de cette note par lettre adressée au président de la commission administrative paritaire.

La Haute Autorité de Santé (HAS) demande dans le cadre de la certification des établissements de santé que durant l'évaluation annuelle « *des objectifs soient fixés pour l'année suivante et que les besoins individuels en formation soient identifiés* ».

3.5.2 Dans le privé

Les démarches d'évaluation ont pris leur essor dès la loi hospitalière de 1991 qui institua l'ANDEM (Agence Nationale d'Evaluation Médicale). Par la suite, devenu l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) par la grâce des décrets du 24 avril 1996 dit « **ordonnance Juppé** », l'agence a largement contribué à développer des procédures d'évaluation et d'accréditation.

L'hospitalisation privée, bien qu'elle le paya au prix fort (400 fermetures d'établissements en 8 ans) s'est largement engagée dans ce processus de modernisation.

L'évaluation était, jusqu'à cette date, un mot bien rare dans le vocabulaire des directeurs de cliniques privées.

Evaluation de quoi ? Evaluation de Qui? Pourquoi et par qui ?

Avant 1996

Avant cette date, l'évaluation d'une structure privée ne se faisait qu'en termes de balance budgétaire, de bénéfice et de désendettement. Autrement dit, la meilleure évaluation de la qualité des soins d'une clinique ne se reflétait qu'à travers ses chiffres.

La réforme des institutions privées, la fin des cliniques familiales à actionnariat médical, le regroupement des établissements, les rachats par les grands groupes à fonds de pension, ont changé le fonctionnement du tout au tout.

Si la démarche reste éminemment comptable elle ne peut aujourd'hui se départir de ses obligations contractuelles envers les tutelles et ne peut faire l'économie **d'une roue de Deming** qui ne fait aucun cadeau au financier.

Le principe même de l'évaluation du personnel n'était pas inscrit dans les gènes de la clinique privée. Contrairement à l'hôpital public qui a toujours connu une forme d'évaluation dans l'entretien annuel du fonctionnaire, justifiant ainsi une note garante de l'avancement de l'employé, mais aussi d'une prime, le privé n'a jamais estimé légitime de mettre une carotte pour justifier le bâton. Le prix des carottes étant élevés pour les cliniques, seul demeurait le bâton et par-dessus tout une culture d'entreprise reposant sur la motivation, voire la vocation du personnel.

L'évaluation de celui-ci, comme dans de nombreux secteurs d'activités, n'était pas plus formalisée que nécessaire.

Depuis les ordonnances Juppé

Soumises aux mêmes contraintes que le public, les cliniques privées ont été plus rapidement réactives, non pas qu'elles se soient réjouies de ces réformes mais plutôt que la taille des structures ont simplifié et favorisé les changements

Les premières politiques d'évaluation sont apparues avec le manuel d'accréditation de 1999, notamment dans ses références « gestion des ressources humaines, réf 7

» qui dispose que « des procédures périodiques d'évaluation du personnel sont en place »

La notion d'évaluation du personnel, notamment en termes de droit à la formation, est présente dans la convention collective unifiée de 2002, anciennement convention FHP.

Aujourd'hui

L'évaluation du personnel a pris aujourd'hui une place prépondérante dans la vie de l'entreprise. A travers **les bilans annuels**, on garantit l'évolution du salarié mais aussi la gestion prévisionnelle des emplois et des carrières.

Le décret n° 2007-101 du 25 janvier 2007 relatif au dispositif d'aide au conseil aux entreprises pour l'élaboration de plans de GPEC rend l'évaluation du personnel indispensable à une politique prospective éclairée de la GRH (Gestion des Ressources Humaines).

Enfin, tous les établissements privés se sont dotés de grilles d'entretien et d'évaluation propres, outils indispensables à l'uniformisation des pratiques dans un établissement, voire dans un groupe.

En amont de celle-ci, la formation des cadres aux techniques d'entretien et d'évaluation viennent compléter le dispositif. En effet, il convient de ne pas oublier que la très grande majorité des cadres infirmiers du privé n'ont pas reçu la formation nécessaire à la conduite d'entretien d'évaluation, et en la matière l'apprentissage sur le tas n'est pas souhaitable, former le personnel évaluateur est donc une nécessité, voire un préalable.

Demain

Certains établissements ont d'ores et déjà inclus à leur outil une grille d'évaluation anonyme qui, renseignée par le salarié, est directement transmise soit à la direction-Qualité soit au CHSCT (Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail).

Ainsi, si le principe même de, l'évaluation est entré avec pertes et fracas (surtout pertes d'ailleurs) dans le système hospitalier privé, il y a progressé rapidement et donne aujourd'hui de bons résultats, en tout cas pour ce qui est de l'évaluation annuelle, dont le personnel a rapidement compris les enjeux en termes de progression professionnelle.

Mais force est de constater que l'évaluation des pratiques semble plus difficile à opérationnaliser, même si les résultats nationaux de la V2 semblent être plutôt satisfaisants.

Les EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) des médecins précèdent les EPP des infirmiers, et là, quels liens pouvons-nous faire ?

3.5.3 Dans le libéral

"Les professionnels exerçant à titre libéral, peuvent mettre en place [des organisations](#) leur permettant d'analyser ensemble leurs pratiques afin de les améliorer. **Le groupe d'échange de pratiques qui existe depuis longtemps chez les médecins peut tout à fait concerner d'autres professionnels de santé.** Des infirmières libérales, géographiquement proches, peuvent se retrouver et s'inscrire dans cette démarche qui outre l'échange autour des pratiques permet de rompre l'isolement. Le mode d'exercice au sein d'un réseau de soins ou dans une maison médicale permet la mise en œuvre d'une pratique « protocolée ». Source internet ¹²

3.5.4 Les formations à l'EPP

L'ARSI (Association de Recherche en Soins Infirmiers) propose des formations préparant à l'EPPI. Source internet¹³.

¹² <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp-vers-une-amelioration-de-la-prise-en-charge-des-patients.html>

¹³ http://www.asso-arsi.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=20:formation-epp-principes-methodes-application-en-milieu-clinique-et-pedagogique-&catid=7:la-formation-continue&Itemid=28

Le contenu de cette formation est le suivant :

Formation - EPP principes, méthodes, application en milieu clinique et pédagogique

Mis à jour Dimanche, 10 Avril 2011 16:59

L'évaluation des pratiques professionnelles, aussi bien en milieu clinique que pédagogique, nécessite l'utilisation de méthodes, de processus et d'outils fiables et valides pour rendre compte avec rigueur de la qualité des prestations réalisées.

Objectifs :

- Aider les participants à cerner les domaines qui peuvent faire l'objet d'une EPP.
- Permettre aux participants d'appréhender les différentes méthodes d'évaluation et de les utiliser avec pertinence dans le champ des pratiques cliniques et de la pédagogie.

Contenu :

- Dans quel contexte se situent les EPP
- La politique de santé de la Haute Autorité de Santé (HAS)
- les politiques institutionnelles et les priorités

- Les principes de l'évaluation

- Les prérequis : conception et dynamique d'équipe, travail en interdisciplinarité
- les objectifs de l'évaluation
- que peut-on évaluer ?
- qui évalue et quand ?
- les règles déontologiques

- Le processus de l'évaluation
- Les différentes étapes
- la réalisation
- la maîtrise des résultats

- Les méthodes d'évaluation
- La notion d'induction
- les audits : clinique, organisation du travail, pédagogique...
- l'analyse de situation
- les méthodes d'évaluation qualitative
- la recherche action, un outil d'évaluation et de progression

- critères de fiabilité et de validité

- Les outils
- Généralité sur les outils : échantillonnage, recueil et traitement des données
- les outils normés
- les échelles d'attitudes
- la théorie ancrée
- les outils d'observation
- les outils d'analyse

Compétences attendues :

Maîtrise des EPP et capacité à pratiquer en équipe quelque soit le sujet traité.

Public :

Soignants, personnels médico-techniques et les métiers de rééducation, cadres de santé en unité de soins ou institut de formation

Durée :

3 jours

Dates :

Pour les sessions à Paris : 16, 17, 18 novembre 2011 ou **14, 15, 16 novembre 2012**

Lieu :

Paris ou intra établissement(nous contacter)

Formateur :

M. FORMARIER, M.A VIGIL RIPOCHE

3.6 L'existant en EPPI à l'International

Le Canada est le Pays phare en matière d'évaluation des pratiques infirmières. En effet, le cœur de la pratique infirmière est d'être basé sur des preuves.

Cette pratique d'exercice des soins infirmiers est née de « **l'EVIDENCE-BASED MEDECINE** », la médecine par la preuve, qui a vu le jour à l'université de McMaster dans l'Ontario au Canada, au début des années 1980.

Ce fut d'abord une nouvelle méthode d'enseignement, différente des cours magistraux : la recherche de preuves était utilisée comme méthode de raisonnement et source d'information dans la formation des étudiants.

Puis, dans les années 1990, l'EBM est devenue une méthodologie pour les praticiens.

Aujourd'hui, l'EBM ne concerne plus seulement l'apprentissage de la médecine, mais également la pratique de la médecine en prenant en compte l'évaluation des pratiques médicales et de la qualité des soins. Elle concerne les domaines de la médecine, de la psychiatrie, de l'odontologie, **de la pratique infirmière**, la kinésithérapie, la santé publique...

3.6.1 La définition de l'EBM

Dans l'expression « Evidence based medicine », le terme « evidence » signifie preuve et non pas évidence.

Comme le décrit Sackett dans l'article du BMJ de 1996 :

« La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique. »

L'EBM consiste donc à fonder les décisions cliniques sur les connaissances théoriques et sur les preuves scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients. En aucun cas cependant, ces preuves ne peuvent remplacer le jugement et l'expérience du médecin.

Par ailleurs, ce rôle très important accordé aux preuves a fait l'objet de critiques. Il est aussi important d'acquérir une formation méthodologique afin de pouvoir évaluer et critiquer la validité des preuves, que d'en déterminer les limites.

L'EBM, conçue comme une méthodologie explicite de recherche des meilleures preuves disponibles pour résoudre un problème clinique, se fait selon quatre étapes :

- La formulation du problème médical en une question claire et précise.
- La recherche dans la littérature des articles les plus pertinents en rapport avec la question posée.
- L'évaluation de la fiabilité et de l'applicabilité des conclusions extraites des articles retenus, la pertinence clinique.
- L'intégration des conclusions retenues pour répondre à la question initiale posée

3.6.2 Le concept scientifique de l'EBM

L'EBM combine :

- Les preuves (les données de la recherche)
- La connaissance du médecin (l'expérience clinique)
- Le choix du patient (ses préférences).

En effet, l'EBM est fondée sur :

- les données de la recherche: le clinicien doit consulter la littérature scientifique originale pour résoudre les problèmes cliniques et proposer une prise en charge optimale au patient.
- l'expérience clinique: la connaissance du médecin, son expérience clinique doit se fonder sur une analyse systématique des observations cliniques, de manière reproductible et non biaisée, en évitant toute interprétation intuitive de l'information.
- les préférences du patient et de son entourage.
- La décision médicale se prend en prenant en compte ces trois paramètres

3.6.3 Les étapes de construction d'une EBM

La démarche EBM est une démarche systématique.

- 1.** Formuler la question clinique de façon claire et précise
- 2.** Chercher l'information pertinente dans la littérature
- 3.** Evaluer la validité de l'information
- 4.** Appliquer au patient

Formuler la question clinique

La question se formule selon le modèle PICO. Modèle élaboré par la Cochrane Collaboration.

Les questions posées concernent le diagnostic, l'étiologie, le traitement, le pronostic.

Modèle PICO :

P : Patient (âge, sexe...) et problème qu'il pose

I : Intervention : Qu'est-ce qui est envisagé ? Qu'est-ce qui est fait ?
L'intervention envisagée peut-être une méthode de diagnostic ou de traitement ?

C : Comparaison par rapport à une autre intervention

O : "Clinical Outcome of interest" : ou issue clinique recherchée

Chercher l'information pertinente dans la littérature

La deuxième étape de l'EBM consiste à chercher dans la littérature les articles les plus pertinents qui permettent de répondre à la question posée.

Chercher d'abord dans les bases de données : ne pas oublier que Pubmed n'offre qu'une partie des références de la littérature mondiale, et qu'il est donc nécessaire d'interroger d'autres bases de données, rechercher dans la littérature grise, par exemple les guidelines, les recommandations pour la pratique clinique (RPC).

Utilisez les mots clefs et le langage naturel pour interroger les bases de données. A partir de la question posée au départ, il faut élaborer une stratégie de recherche.

Les glossaires donnent une définition des termes utilisés en épidémiologie et en Médecine fondée sur les niveaux de preuves.

Synthèse, guide et répertoire sur les effets des interventions et traitements cliniques communs et les stratégies de prévention, à partir des revues méthodiques et des essais cliniques contrôlés.

Evaluer la validité de l'information

L'analyse critique de la littérature médicale peut être définie comme une méthode standardisée d'analyse de l'objectif, de la méthode, des résultats et de la pertinence d'une étude, publiée ou non, dans le but d'en évaluer la qualité et de pouvoir en définir le niveau de preuve.

La sélection et l'évaluation des articles se font d'abord en fonction du niveau de preuves. Tous les articles ne sont pas au même niveau : une méta-analyse ou une revue systématique apportent des niveaux de preuves supérieurs à ceux obtenus dans des études de cas ou des études transversales.

Pyramide des preuves

Littérature de synthèse

Méta-analyses

Revue systématique

Etudes individuelles

Essais contrôlés randomisés

Etudes de cohortes

Etudes de cas-témoins

Etudes transversales

Séries de cas

La Haute Autorité de Santé classe les articles selon trois grades A, B ou C. Mais une seconde évaluation critique doit porter sur le contenu des articles, même si ceux-ci relèvent d'un niveau supérieur de preuves. Pour cela il faut pouvoir porter un regard critique sur les essais cliniques et les méta-analyses.

Les articles publiés peuvent manquer de rigueur méthodologique. Y a-t-il eu une analyse statistique ? Ou l'article est-il simplement descriptif ? L'article peut comporter des biais statistiques. Y a-t-il un biais dans la constitution des échantillons, dans le suivi des patients ?

Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion, y a-t-il eu une distribution aléatoire des patients ?

Appliquer au patient

La médecine factuelle a pour but d'améliorer la prise en charge des patients. Le plus important n'est pas de pratiquer une médecine fondée sur les preuves, mais de savoir dans sa pratique jusqu'à quel point ce qu'on fait est conforté par la science, voire contredit les preuves.

Les preuves d'une étude ne sont applicables à un patient donné que si celui-ci est semblable aux patients inclus dans l'étude. Quels sont les bénéfices et les risques à appliquer à ce patient le traitement de l'étude ?

Décider sur quelles preuves, "évidence" ? Qui va décider? Le choix du patient est souvent le choix du médecin.

3.6.4 L'application de l'EBM chez les infirmières

La prise de décision éclairée par des preuves constitue un élément important des soins de qualité dans tous les domaines de la pratique infirmière. Elle joue un rôle essentiel dans l'instauration de changements dans tout le système de soins de santé

La prise de décision éclairée par des preuves constitue un processus interactif et continu qui oblige à tenir compte de façon explicite, consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves disponibles pour dispenser des soins. Elle est essentielle si l'on veut optimiser les résultats pour les clients considérés individuellement, promouvoir la santé des populations et des communautés, améliorer la pratique clinique, rentabiliser les soins infirmiers et assurer la responsabilisation et la transparence dans la prise de décision au sein du système de santé

Les preuves sont des informations issues de la recherche et de l'évaluation scientifique de la pratique. Elles comprennent l'information tirée d'un vaste éventail de méthodologies rigoureuses comme les études quantitatives (essais contrôlés randomisés, études d'observation), les études qualitatives (études de cas, ethnographie, phénoménologie) et la méta-analyse. Les preuves incluent

aussi l'avis d'experts sous forme de documents consensuels, de rapports de commissions, de règlements et de renseignements historiques ou expérientiels.

On a mis au point des **systèmes d'évaluation pour classer les preuves**, mais il est impératif de reconnaître **qu'aucun niveau de preuve n'élimine la nécessité de poser un jugement clinique professionnel** et de tenir compte des préférences du client.

L'**AIIC** (Association des infirmières et des infirmiers du Canada) pense que les infirmières – notamment cliniciennes, formatrices, chercheuses, administratrices et responsables des politiques – devraient collaborer avec d'autres intervenants du secteur des soins de santé pour faciliter la prise de décision et la pratique éclairées par des preuves, afin d'assurer l'intégration du système de santé. Les employeurs, les conseils d'agrément, les gouvernements, les groupes de représentation des patients et les organisations d'information sur la santé sont au nombre des autres intervenants clés.

Ces obligations de collaboration vont jusqu'à celles de repérer les obstacles à la pratique éclairée par des preuves et de favoriser les facteurs des structures organisationnelles et du système de santé qui la facilitent et la favorisent.

Les infirmières à titre individuel

- se positionnent de façon à dispenser des soins optimaux grâce à l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique infirmière éclairée par des preuves au cours de leur formation de base
- lisent et critiquent des publications éclairées par des preuves (c.-à-d. articles de recherche, rapports) en soins infirmiers, en sciences de la santé et dans des disciplines connexes
- produisent des questions qui peuvent faire l'objet de recherches et les transmettent à leur gestionnaire, aux infirmières cliniciennes chefs de file ou aux chercheuses associées
- participent à des recherches ou en effectuent
- évaluent et font progresser la pratique des soins infirmiers éclairée par des preuves

Les associations professionnelles et les associations de spécialité infirmière

- utilisent les meilleures preuves disponibles comme bases pour les normes et les lignes directrices
- exercent des pressions sur les gouvernements pour obtenir du financement afin d'appuyer la recherche infirmière et des systèmes d'information sur la santé qui incluent des données sur les soins infirmiers

- exercent sur les gouvernements des pressions en faveur de politiques publiques et de mesures législatives et réglementaires favorables à la santé et éclairées par les preuves
- Les organismes de réglementation des soins infirmiers
- utilisent les meilleures preuves disponibles comme bases pour les normes et les lignes directrices
- aident les infirmières à acquérir les compétences nécessaires à une pratique éclairée par des preuves

Les chercheuses et chercheurs

- relèvent les lacunes dans les connaissances et établissent des priorités dans le domaine de la recherche en collaboration avec des cliniciens ou d'autres professionnels de la santé, des intervenants clés et des groupes de clients
- produisent des preuves de grande qualité au moyen de la recherche
- facilitent le renforcement de la capacité des nouvelles infirmières chercheuses
- pratiquent le transfert, l'application et l'échange des connaissances afin de diffuser à ceux qui en ont besoin des résultats pertinents découlant de la recherche

Les responsables de prestation de services de santé

- réduisent dans les organisations les obstacles à la pratique éclairée par les preuves et améliorent les facteurs qui la favorisent en intégrant les résultats de recherche et des lignes directrices de pratique
- évaluent les mesures de résultats au moyen de vérifications continues et d'études de recherche structurées
- appuient la participation d'infirmières autorisées à la recherche et à l'application des résultats dans les politiques et la pratique organisationnelles
- offrent des possibilités de formation continue afin d'aider les infirmières à maintenir et à accroître leur compétence en ce qui concerne la pratique éclairée par des preuves.

Les gouvernements

- appuient la création de systèmes d'information sur la santé qui facilitent la pratique infirmière éclairée par des preuves
- appuient les institutions d'information sur la santé
- fournissent un financement suffisant pour appuyer tous les stades de la recherche infirmière.

Les institutions nationales et provinciales ou territoriales d'information sur la santé

- réunissent, gardent, tiennent, mettent à jour et consultent des données sur la santé dans des systèmes d'information sur la santé accessibles aux chercheuses et chercheurs en soins infirmiers et en santé
- fournissent des systèmes détaillés, intégrés et relationnels qui incluent des données sur les soins infirmiers et sur leurs résultats pour la santé
- recueillent des données au moyen de langages normalisés afin qu'il soit possible de regrouper les données infirmières et de les comparer dans les sites et entre les sites.

3.6.5 Les pratiques infirmières avancées dans 12 pays¹⁴

Beaucoup de pays cherchent les moyens d'améliorer l'efficacité de la délivrance des soins en examinant les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé, dont les infirmières. Les débats concernant le champ d'exercice des infirmières ont souvent lieu dans le contexte d'efforts plus amples visant à réorganiser différents domaines des systèmes de soins, notamment la réorganisation des soins primaires.

Définition

Il est difficile de définir précisément le terme de « pratique infirmière avancée », étant donné qu'il recouvre un large ensemble de pratiques différentes, qui vont en augmentant. Le Conseil international des infirmières a proposé la définition suivante :

« Une infirmière praticienne / en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée » (CII, 2008)

Raisons motivant le développement de nouveaux rôles pour les infirmières

Dans la plupart des pays, l'une des principales raisons du développement des rôles plus avancés infirmiers est d'améliorer l'accès aux soins dans le contexte d'une offre de médecins limitée.

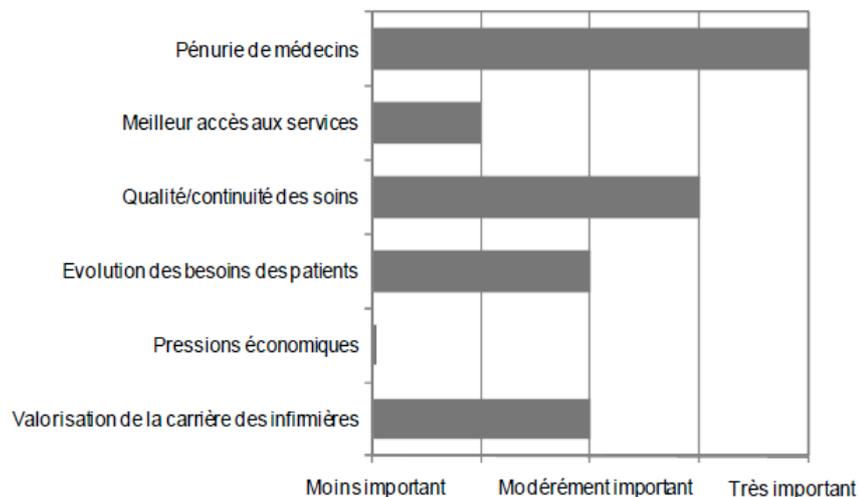
¹⁴ <http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>

Une autre raison du développement des rôles avancés infirmiers est de promouvoir une plus grande qualité des soins, par exemple en créant de nouveaux postes dans le secteur des soins primaires pour fournir des services de suivi et de conseil plus intensifs aux patients souffrant de maladies chroniques ou en créant des postes de pratique infirmière avancée dans les hôpitaux pour superviser les initiatives d'amélioration de la qualité.

Dans certains pays, le développement des rôles avancés infirmiers est aussi considéré comme un moyen de contenir les coûts. En déléguant certaines tâches de médecins qui ont des rémunérations plus élevées à des infirmières avancées « de niveau intermédiaire » moins onéreuses, il est peut-être possible de fournir les mêmes services (ou plus) à un moindre coût. En outre, en améliorant la qualité des soins, il est peut-être possible de réduire les dépenses de santé à plus long terme en évitant les hospitalisations inutiles et les complications médicales.

Plusieurs pays (par exemple, la Pologne, Chypre, l'Irlande, la République Tchèque) considèrent que le développement de rôles avancés infirmiers peut permettre d'attirer et de fidéliser davantage d'infirmières dans la profession, en ouvrant de plus grandes perspectives de carrières. L'un des arguments est que la profession infirmière doit nécessairement maintenir son attractivité dans un contexte de réduction de jeunes professionnels sur le marché du travail. L'élaboration de programmes plus poussés de formation initiale et continue, permettant de créer des emplois infirmiers plus qualifiés, pourrait favoriser le recrutement et améliorer les taux de fidélisation du personnel infirmier (Aiken *et al.*, 2008). Dans certains pays comme en République Tchèque ou en Pologne, le développement des rôles avancés infirmiers est aussi considéré comme un moyen potentiel de réduire l'émigration des infirmières vers d'autres pays européens dans le but de saisir de meilleures opportunités professionnelles.

Graph 1 : Principales raisons du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers en France



Obstacles ou facteurs propices au développement

Un certain nombre de facteurs peuvent être des obstacles ou au contraire faciliter le développement des rôles avancés infirmiers. La présente étude considère quatre facteurs :

1. les intérêts professionnels des médecins et des infirmières.

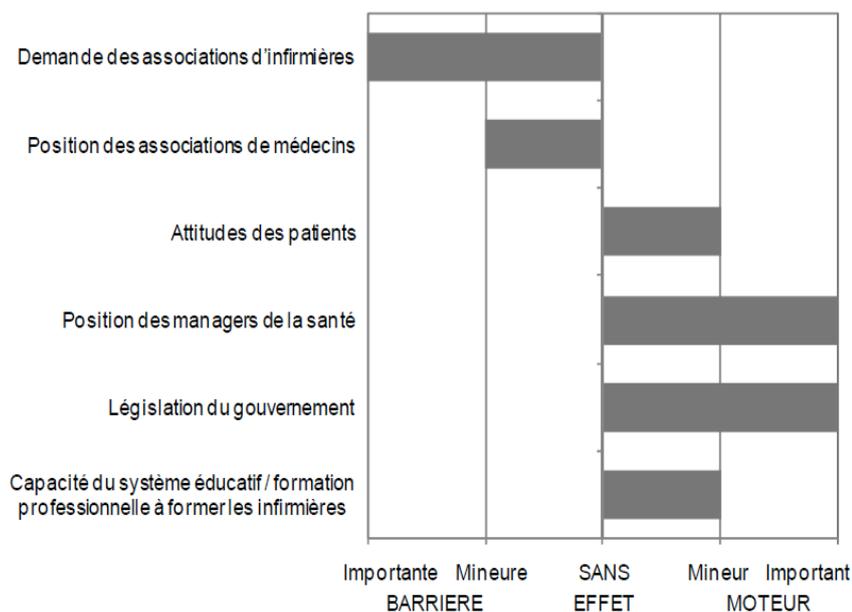
Dans presque tous les pays où les pratiques infirmières avancées ont été mises en œuvre, les associations d'infirmières ont joué un rôle clef pour que cette question soit inscrite en premier à l'ordre du jour et afin d'acquérir le soutien politique nécessaire. Elles ont aussi fait des propositions pour étendre le champ de pratique des infirmières, ainsi que pour définir les formations initiale et continue additionnelles requises. En outre, elles ont soutenu l'application de toute réforme adoptée.

Les organisations infirmières dans les pays comme le Royaume-Uni et les Etats-Unis sont mieux organisées et ont plus d'influence que dans les autres pays. Par exemple, au Royaume-Uni, l'expansion des pratiques infirmières avancées a été soutenue au fil des années par le Royal College of Nursing (RCN). En plus de jouer un rôle de recommandations, le RCN a aidé la progression des pratiques infirmières avancées en clarifiant le champ de pratiques potentiel des différentes catégories d'infirmières et en identifiant les compétences requises pour la certification (RCN, 2008). Au contraire, dans d'autres pays, les organisations infirmières ne sont pas aussi bien organisées et n'ont pas la même capacité à exercer des pressions en faveur de réformes, à faire de nouvelles propositions et soutenir leur mise en œuvre. En France, par exemple, le Conseil de l'Ordre national infirmier a été seulement établi en 2008.

L'opposition de la profession médicale est apparue comme un des principaux obstacles au développement de rôles avancés infirmiers dans la plupart des pays couverts par cette étude (avec quelques exceptions). Les principales raisons des résistances des médecins aux rôles avancés infirmiers incluent: un chevauchement potentiel dans le champ de pratique et la perte d'activités, le degré d'autonomie et d'indépendance des infirmières en pratique avancée, les préoccupations relatives à la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle et des questions concernant les compétences et l'expertise des infirmières en pratique avancée.

Le chevauchement potentiel dans le champ de pratique entre les infirmières en pratique avancée et les médecins peut être plus important pour les infirmières praticiennes travaillant dans les soins primaires que pour les infirmières cliniciennes spécialisées travaillant dans les hôpitaux (dont les rôles portent davantage sur une amélioration des services et de la qualité que pour les tâches de substitution).

Graphe 2: Principaux moteurs ou barrières permettant le développement de rôles avancés infirmiers en France



L'ONDPS et la HAS (2006) qui ont évalué les premières expérimentations ont conclu que:

« Tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins ».

Concernant plus précisément l'expérience de coopération entre les médecins généralistes et les infirmières en rôle avancé pour le suivi de patients diabétiques dans le secteur primaire, les infirmières ont obtenu de meilleurs résultats que pour le groupe témoin sans intervention d'infirmières. Ce modèle de coopération est efficient d'après les évaluateurs. L'éducation thérapeutique dispensée par les infirmières auprès des malades permet d'améliorer la santé du malade (amélioration de son équilibre glycémique). La gestion des données concernant les patients par l'infirmière (partie administrative des tâches) permet aussi d'améliorer le suivi du patient. Cette coopération n'a pas entraîné de changement dans le nombre de consultations par médecin et il n'a pas été prouvé que les médecins passent plus de temps sur les cas complexes. Les coûts sont équivalents : aucune différence significative n'a été relevée (Mousquès et al, 2010).

2. l'organisation des soins et les mécanismes de financement.

3. l'impact de la législation et de la réglementation des activités des professionnels de santé sur le développement des nouveaux rôles.

Dans tous les pays où on les a introduites, la mise en œuvre de nouveaux rôles avancés infirmiers a nécessité certains changements dans la législation et la réglementation concernant le champ de leur pratique. Toutefois, il existe d'importantes différences entre les pays quant au degré de centralisation de ces

législations et réglementations au niveau national, et aussi dans quelle mesure les législations définissent très précisément ou seulement en termes généraux le champ de pratique des infirmières en pratique avancée. Au Royaume-Uni, le champ de pratique des infirmières en pratique avancée n'est pas défini par une législation spécifique, ce qui réduit les obstacles à la modification de leur champ de pratique.

Cependant, certaines activités de santé sont couvertes par la législation, l'une d'entre elles – le droit de prescrire des médicaments – étant liée à des rôles infirmiers avancés. Pour permettre aux infirmières de prescrire des médicaments, une série de modifications législatives et réglementaires ont été élaborées au Royaume-Uni ces quinze dernières années. Une fois adoptées, ces législations et réglementations nationales se sont appliquées à toutes les infirmières.

Au contraire, dans les pays où les pouvoirs de régulation des activités des professionnels de santé sont plus décentralisés, l'adoption de nouvelles législations et réglementations sur le champ de pratique des infirmières a souvent eu lieu plus ou moins rapidement suivant les États ou les provinces/ territoires, d'où certaines variations à l'intérieur du pays.

Au Canada, par exemple, bien que les modifications législatives dans toutes les provinces aient permis un développement notable des rôles des infirmières praticiennes, ces fonctions ont été définies plus étroitement dans certaines provinces. En Australie, des efforts sont en cours pour harmoniser les différentes législations qui définissent le champ de pratique des diverses professions de santé, y compris celui des infirmières en pratique avancée, avec une nouvelle loi nationale qui devrait entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2010.

La France doit relever un défi différent. La responsabilité pour définir le champ de pratique des professions de santé est très centralisée, mais un des obstacles à l'extension des rôles infirmiers tient au fait que la législation nationale actuelle définit en termes précis ce que chaque profession de santé peut (ou ne peut pas) faire. Cela implique que tout changement du champ de pratique des infirmières exige des modifications législatives, soulevant souvent des questions sensibles. Une définition plus générale du champ de pratique des différentes professions, par exemple en termes de « missions » générales plutôt que de tâches ou actes spécifiques, pourrait apporter une plus grande flexibilité pour adapter les rôles des infirmières aux besoins locaux.

4. la capacité du système de formations initiale et continue à produire des infirmières aux compétences plus élevées.

Une majorité des pays couverts par la présente étude soulignent aussi qu'un facteur essentiel de succès est de veiller à ce que le système d'enseignement et de formation offre des possibilités suffisantes de former des infirmières à des

compétences plus avancées. Il peut être difficile de pourvoir de nouveaux postes d'infirmières en pratique avancée faute de personnel infirmier qualifié.

Aux États-Unis, les pouvoirs publics au niveau fédéral et des États ont récemment augmenté le financement destiné à de nouveaux programmes de formations initiale et continue pour toutes les infirmières, y compris les infirmières en pratique avancée, en réponse aux préoccupations quant au fait que le système éducatif ne produisait pas assez d'infirmières au niveau requis pour appliquer les pratiques avancées.

Au Canada et en Irlande, le financement de nouveaux programmes de master et la capacité des universités d'inscrire un effectif croissant d'étudiants dans ces programmes ont beaucoup contribué à l'augmentation du nombre des infirmières en pratique avancée ces dernières années.

Au Royaume-Uni, on s'attache plutôt à concevoir des programmes de formation spécifiques pour les infirmières souhaitant développer leur pratique dans certains domaines et on prend davantage en compte l'expérience professionnelle pour promouvoir les infirmières à des postes plus avancés.

De manière générale, le contenu et la durée des nouveaux programmes d'enseignement et de formation pour les infirmières en pratique avancée devraient être fondés sur une appréciation rigoureuse des compétences génériques et spécifiques requises. Il peut aussi être nécessaire de renforcer les modules d'enseignement interprofessionnels communs aux curriculums des médecins et des infirmières, afin de mieux les préparer à une étroite collaboration et au travail en équipe.

4 Conclusion

Il faut garder en mémoire que la finalité de l'EPP n'est que l'amélioration de la qualité des soins et du service médical (et non médical) rendue à chaque patient ou usager du système de santé par les professionnels de santé médicaux ou non médicaux. L'intelligibilité des pratiques pour les praticiens eux-mêmes est passée sous silence, comme si tout y était déjà transparent...

Plus les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, en fait un contrôle des bonnes pratiques, seront intégrées à la pratique quotidienne moins elles seront ressenties comme un « poids administratif de plus » et plus la compréhension de la démarche sur un plan méthodologique en sera facilitée. En effet, le concept d'EPP est simple, de même, après un temps d'assimilation, la plupart des outils ou méthodes disponibles.

C'est la multiplication des voies possibles d'EPP pour les médecins et les différents intervenants qui rendent la compréhension de la démarche d'EPP un peu difficile à appréhender.

Par ailleurs comme nous l'avons vu, des formations sur l'EPP sont d'ores et déjà proposées au monde infirmier mais semblent préparer plus à de l'expertise dans la conduite de ce changement (maîtrise, audit...) qu'à de l'accompagnement au changement.

Quel intérêt pour la profession infirmière de s'impliquer dans l'EPP ?

Les infirmières, à l'instar d'autres professionnels, disposent de trois avantages permettant de développer des démarches d'amélioration de la pratique.

De par la formation initiale (où l'auto évaluation occupe une place significative) les infirmières sont sensibilisées à la culture de l'évaluation, même si, parfois, cette culture est centrée sur une approche normative.

Une part significative de l'activité clinique infirmière est déjà « protocolée ». Les infirmières ont, plus que d'autres professionnels, l'habitude d'un exercice en équipe coordonné et d'une pratique analysée.

L'engagement des soignants dans une démarche organisée d'amélioration de la qualité des soins est de nature à mettre en confiance les patients.

La HAS promeut des méthodes et des outils pour aider les professionnels de santé à mettre en place les démarches d'EPP. L'adhésion devait être massive mais s'avère décevante.

Peut-on trouver dans les EPPM des éléments transférables aux EPPI ?

Malgré les freins à cette démarche que nous avons pu observer à travers l'étude (économiques, culturels, organisationnels et structurels...) une certaine

transférabilité semble envisageable mais nécessite une coopération des acteurs qu'ils soient praticiens, institutionnels, formateurs...

Si nous problématisons la situation il semble que certains éléments évoluent dans une tension difficile à tenir. Quelle articulation peut-on trouver entre objectivité et subjectivité ?

Est-ce possible d'évaluer la pratique sans évaluer la personne ? Est-ce pertinent pour le de métier ? Pour les individus (praticiens) ?

Il semble que nous soyons au sein d'un processus inachevable.

5 Bibliographie

LES OUVRAGES :

- BERLAND (Y.). Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences. Rapport d'étape de la Mission ministérielle. Octobre 2003
- BOURGUEIL (Y), MAREK (A), MOUSQUES (J). La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 95, Juin 2005, 12 p.
- BOURGUEIL (Y). Formation pour la pratique avancée des infirmières en France. Savoirs et soins infirmiers
- BRAS (P.L) et DUHAMEL (G). Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Novembre 2008.
- BROUCHET (J.). Délégation et transfert de compétences
- CANDAU (K), responsable de la communication à la Haute Autorité de Santé. Coopération entre professionnels de santé Actualités, 8 novembre 2006
- CARIE (M.C.). La pénurie est là... Quelle ressource avons-nous. Revue Professions Santé, n°56, juin/juillet 2004, p.12
- CHABOISSIER. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation. Soins Vol 54, N° 732 - janvier-février 2009 pp. 63-64
- CLAUDOT (F.). Délégation des tâches et transfert de compétences, approche juridique. Soins Supplément 1 au n°696, juin 2005, 1 S 17-19.
- COUDRAY (MA). Profession, quel avenir ? *La Presse médicale*, 2004 ; 200 : 119-21
- DEBOUT. Les soins infirmiers : une profession, une discipline, une science. Soins Vol 55, N° 748 - septembre 2010 pp. 57-60
- DEBOUT. EPP, un potentiel pour la profession infirmière. Soins Cadres Vol 15, N° 58 - mai 2006 pp. 49-51
- DEBOUT. Les pratiques avancées en soins infirmiers à l'international. Soins Vol 55, N° 751 - décembre 2010 p. 40
- CHAGHE. La formation continue est incontournable. Soins Vol 51, N° 706-SUP - juin 2006 pp. 2-5
- DEKUSSCHE (C.). Coup d'envoi officiel des transferts de compétences. Soins Cadres, n°53, février 2005, pp.7-8.
- DELANNOY: infirmière en pratique avancée, une fonction à développer en Europe. Soins Cadres Vol 15, N° 58 - mai 2006 pp. 65-68
- DEVERS (G.).Déléguer non, collaborer... Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.44-45.
- DEVERS (G). La profession infirmière : de l'acte à la fonction. **Droit, déontologie et soin Volume 8, numéro 3. Pages 270-277 (septembre 2008)**
- EGGERS. Déontologie en soins infirmiers. Droit, déontologie et soin Vol 2, N° 3 - septembre 2002 pp. 329-432
- ETOURNEAU. De nouveaux métiers pour soigner demain. Soins Vol 53, N° 722 - janvier-février 2008 pp. 5-6
- FABRE-CENTOGAMBE C. La consultation : de l'art de soigner au professionnalisme. *Objectif soins*, 2004 ; 124 : I-X.
- GIORGI. Référentiel de bonnes pratiques médicales : Evaluation des Pratiques Médicales.
- HEBRARD (P.). Question autour de la définition et du transfert des compétences. Soins Cadres, n°51, août 2005, pp.62-66.
- ISAMBART (G). Transfert de compétence

ISAMBART (G). Nouvelles coopérations entre les professionnels de santé, le point au 08 juin 2007

JOUTARD (T.). Professionnalisation et transfert de compétences. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, p.19.

KHAN (S.). Transfert de compétences : effet de mode ou véritable enjeu ? Décision Santé n°217, septembre 2005, pp.28-29

KOFFI. Soins : la professionnalisation des soins infirmiers dans l'espace francophone Vol 51, N° 709 - octobre 2006 pp. 55-56

LANGLOIS (G.). Transfert de compétences. Enquête. Vers de nouvelles carrières. L'Infirmière Magazine, n°206, juin 2005, pp.40-42.

LANG (V.). Professionnalisation, cadres d'interprétation et enjeux. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.21-24.

LEBOEUF (D.), MATILLON (Y.). De l'utilité de l'évaluation des compétences professionnelles en santé. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.25-28.

LEBOEUF (D.) La profession infirmière à son tour incité à évaluer les pratiques. Soins Cadres Vol 15, N° 58 - mai 2006 pp. 56-59

LEBOEUF (D.). Un ordre des infirmiers en France, une vieille histoire récente. Soins Vol 51, N° 709 - octobre 2006 pp. 32-35

MALAQUIN. Filière professionnelle infirmière. Savoirs et soins infirmiers

MIDY (F.). Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.40-43.

MIDY (F.). Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002. Document de travail CREDES, février 2003, 43 p.

MIDY (F.). Paradoxe de la profession infirmière. Savoirs et soins infirmiers

MOREAU. Pour une pratique exemplaire dans la formation en sciences infirmières. Savoirs et soins infirmiers

MORIN (M.). Pénurie, les limites à la suppléance infirmière. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.38-39.

NICOLAS (G.). La notion de transfert de compétences. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.29-30.

OUELLET (N.). L'infirmière en pratique avancée. Soins Cadres, n°51, août 2005, pp.32-33.

OUELLET (N.). L'infirmière en pratique avancée, *Soins cadres*, 2004 ; 51 : 32-3

ROODBOL. Le développement mondial de la pratique infirmière. Soins Vol 55, N° 751 - décembre 2010 p. 57

SIMONIAN (S.). La compétence, une notion théorique et pratique. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.46-47.

SLIWKA (C.). Du transfert de compétences professionnelles. Objectif Soins, n°110, novembre 2002, pp.12-15.

THURIN (JM), THURIN (M), BRIFFAULT (X.). Evaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. L'information psychiatrique vol 82, n°1. Janvier 2006.

VIGNALLY (P). Evaluation des pratiques professionnelles du médecin : historique de la démarche en France.

VOISIN (A.). Un avenir toujours à construire. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, p.48.

LES FONDS DOCUMENTAIRES :

De la HAS:

- Programme d'amélioration des pratiques (PAP), Démarche générale d'élaboration. Juin 2008.
- Charte de déontologie. Novembre 2008
- EPP des médecins: mode d'emploi. Mars 2007
- Fiche synthèse de présentation des actions programme d'EPP. Juin 2006.
- Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé publique et privée participant au service public hospitalier. Mai 2007.
- L'audit clinique: évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel.
- Audit clinique ciblé: évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel
- Staff EPP des équipes hospitalières.
- Indicateurs de pratique clinique.
- Elaboration des critères de qualités pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Mai 2007.
- EPP des médecins: mode d'emploi. Mars 2007.
- Programmes d'évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé.
- Méthodes d'évaluation et d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en établissement de santé.
- Programme d'évaluation des pratiques professionnelles en établissement de Santé
- EPP: Quelle mise en œuvre pour les professionnels de santé autres que médecins?
- Développement Professionnelles Continu des infirmières
- Registres, observatoires et bases de données et évaluation des pratiques professionnelles

Du Ministère de la Santé et des sports:

- « Hôpital, patients, santé, territoires »: une loi à la croisée de nombreuses attentes.
- Journal officielle, décrets, arrêtés, circulaires. 3 Juin 2010

De l'ANAES :

- L'audit clinique: bases méthodologique de l'évaluation des pratiques professionnelles. Avril 1999
- Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique.

- Congrès organisé par le CHU de Nice: Evaluation des pratiques Professionnelles des infirmières en réanimation.

LES ENQUETES ET ARTICLES :

- Actualités. Un arrêté autorise les transferts de compétences. L'Infirmière Magazine, n°199, novembre 2004, pp.6-7
- Articles R. 4312-1 à R. 4312-49 du Code de la santé publique, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession
- Enquête – Infirmières Libérales. Si les médecins généralistes délèguent aux infirmières. Revue de l'Infirmière, n°91, mai 2003, pp.42-44
- Center for human services. Projet d'assurance de qualité: un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé.

Les textes de loi : (cités par ordre chronologique)

- Loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.
- Décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relative à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n° 2003-1077 du 14 novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue prévus aux articles L.4133-3 et L.6155-2 du code de la santé publique.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Ordre national des Médecins. Rapport adopté le 2 juillet 2004. Evaluation des compétences et des pratiques professionnelles.
- Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la HAS et modifiant le code de la sécurité social et le code de la santé publique.
- Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- Décision n° 2006.09.026/p du Collège de la HAS relative aux modalités de mise en œuvre de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales.
- Décision de la HAS relative aux modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles du 11 juillet 2006 (JO du 17/10/06).
- Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la CME

Etudier – valoriser – organiser les pratiques d'évaluation
dans le champ des ressources humaines



L'INSTITUT RESEAUÉVAL

Instance de labellisation des professionnels investis dans l'évaluation

Le cabinet Canopée, partenaire de RéseauEval, a effectué cette étude sur l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières.

La finalité institutionnelle, politique, de l'EPP n'est que l'amélioration de la qualité des soins et du service médical (et non médical) rendus à chaque patient ou usager du système de santé par les professionnels de santé médicaux ou non médicaux. L'intelligibilité des pratiques pour les praticiens eux-mêmes est passée sous silence, comme si tout y était déjà transparent...

Plus les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, en fait un contrôle des bonnes pratiques, seront intégrées à la pratique quotidienne moins elles seront ressenties comme un « poids administratif de plus » et plus la compréhension de la démarche sur un plan méthodologique en sera facilitée.