



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



## L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES

Quel projet ?

Quels enjeux ?

30 juin 2011

**Rapport préparatoire à la journée d'étude du 30 Juin 2011 et  
au colloque de 2012**

# Annexes au rapport

[www.canopeeformation.org](http://www.canopeeformation.org)

43, Cours Pierre Puget - 13006 MARSEILLE

[contact@canopeeformation.org](mailto:contact@canopeeformation.org)

Tél. : 06 98 487 697 – Fax : 04 42 32 36 48

N° de SIRET : 517 900 221 00014 APE : 8559A

Déclaré organisme de formation n°93 13 13818 13

## Sommaire

<b>1</b>	<b>ANNEXES 1 : LES UNITES D'ENSEIGNEMENT EN IFSI .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>ANNEXE 2 : LE STAGE EN IFSI.....</b>	<b>6</b>
2.1	PARCOURS DE L'ÉTUDIANT LORS DE SON STAGE .....	6
2.2	ÉVALUATION DES COMPETENCES EN STAGE.....	7
<b>3</b>	<b>ANNEXE 3 : EPP ET PSYCHOTHERAPIES .....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>ANNEXE 4 : PRATIQUES SOIGNANTES ET EPP .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>ANNEXE 5 : GRILLE D'INTERVIEW DES MEDECINS.....</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>ANNEXE 6 : GRILLE D'INTERVIEW DES INFIRMIERES .....</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXE 8 : FICHES PRATIQUES D'ORGANISATION DU COLLOQUE .....</b>	<b>25</b>
7.1	FICHE 1 - ACCUEIL.....	26
7.2	FICHE 2 - ANIMATION .....	27
7.3	FICHE 3 - BENEVOLES.....	28
7.4	FICHE 4 - BUDGET .....	29
7.5	FICHE 5 – COMITE ORGANISATEUR .....	30
7.6	FICHE 6 - INSCRIPTION.....	32
7.7	FICHE 7 – ORGANISATION MATERIELLE.....	33
7.8	FICHE 8 – PERSONNES-RESSOURCES OU/ET CONFERENCIERS .....	36
7.9	FICHE 9 – PROGRAMME .....	37
7.10	FICHE 10 – PUBLICITE ET COMMUNICATION .....	38
7.11	FICHE 11 – REPAS, PAUSES ET COCKTAIL .....	39
7.12	FICHE 12 – SECRETARIAT .....	40
<b>8</b>	<b>INDEX.....</b>	<b>41</b>

## **1 Annexes 1 : Les unités d'enseignement en IFSI**

Les unités d'enseignement sont en lien les unes avec les autres et contribuent à l'acquisition des compétences. Elles couvrent six champs :

1. Sciences humaines, sociales et droit ;
2. Sciences biologiques et médicales ;
3. Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ;
4. Sciences et techniques infirmières, interventions ;
5. Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ;
6. Méthodes de travail.

Le référentiel de formation du diplôme d'Etat d'infirmier est ainsi constitué de 36 matières de formation réparties dans 59 unités d'enseignement pour permettre une progression pédagogique cohérente.

### **Liaison entre les unités d'enseignement et l'acquisition des compétences**

Chaque UE contribue à l'acquisition des compétences du référentiel, selon le schéma suivant :

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 1**

« Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier »

- UE 2.3.S2 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie
- UE 3.1.S1 Raisonnement et démarche clinique infirmière
- UE 3.1.S2 Raisonnement et démarche clinique infirmière

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 2**

« Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers »

- UE 3.2.S2 Projet de soins infirmiers
- UE 3.2.S3 Projet de soins infirmiers

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 3**

« Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens »

- UE 2.10.S1 Infectiologie hygiène
- UE 4.1.S1 Soins de confort et de bien-être

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 4**

« Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique »

- UE 2.1.S1 Biologie fondamentale

- UE 2.2.S1 Cycles de la vie et grandes fonctions
- UE 2.4.S1 Processus traumatiques
- UE 2.5.S3 Processus inflammatoires et infectieux
- UE 2.6.S2 Processus psychopathologiques
- UE 2.6.S5 Processus psychopathologiques
- UE 2.7.S4 Défaillances organiques et processus dégénératifs
- UE 2.8.S3 Processus obstructifs
- UE 2.9.S5 Processus tumoraux
- UE 2.11.S1 Pharmacologie et thérapeutiques
- UE 2.11.S3 Pharmacologie et thérapeutiques
- UE 2.11.S5 Pharmacologie et thérapeutiques
- UE 4.3.S2 Soins d'urgence
- UE 4.3.S4 Soins d'urgence
- UE 4.4.S2 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical
- UE 4.4.S4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical
- UE 4.4.S5 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical
- UE 4.7.S5 Soins palliatifs et de fin de vie

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 5**

- « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs »
- UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé
  - UE 1.2.S3 Santé publique et économie de la santé
  - UE 4.6.S3 Soins éducatifs et préventifs
  - UE 4.6.S4 Soins éducatifs et préventifs

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 6**

- « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins »
- UE 1.1.S1 Psychologie, sociologie, anthropologie
  - UE 1.1.S2 Psychologie, sociologie, anthropologie
  - UE 4.2.S2 Soins relationnels
  - UE 4.2.S3 Soins relationnels
  - UE 4.2.S5 Soins relationnels

#### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 7**

- « Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle »
- UE 4.5.S2 Soins infirmiers et gestion des risques
  - UE 4.5.S4 Soins infirmiers et gestion des risques
  - UE 1.3.S1 Législation, éthique, déontologie
  - UE 1.3.S4 Législation, éthique, déontologie

- UE 4.8.S6 Qualité des soins et évaluation des pratiques

### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 8**

« Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques »

- UE 3.4.S4 Initiation à la démarche de recherche
- UE 3.4.S6 Initiation à la démarche de recherche

Les deux unités transversales contribuent également à l'acquisition de cette compétence

- UE 6.1 Méthodes de travail et TIC
- UE 6.2 Anglais

### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 9**

« Organiser et coordonner des interventions soignantes »

- UE 3.3.S3 Rôles infirmiers, organisation du travail et inter professionnalité
- UE 3.3.S5 Rôles infirmiers, organisation du travail et inter professionnalité

### **Unités d'enseignement en relation avec la compétence 10**

« Informer et former des professionnels et des personnes en formation »

- UE 3.5.S4 Encadrement des professionnels de soin.

Dans chacun des semestres, une unité d'intégration concourt à l'acquisition d'une ou plusieurs compétences. Sont ainsi combinés et mobilisés les ressources, savoirs et savoir-faire, acquis dans les UE du semestre en cours puis, progressivement, des semestres précédents.

Au semestre 1 : UE 5.1.S1 Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens

Au semestre 2 : UE 5.2.S2 Evaluation d'une situation clinique

Au semestre 3 : UE 5.3.S3 Communication et conduite de projet

Au semestre 4 : UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires

Au semestre 5 : UE 5.5.S5 Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins

Au semestre 6 : UE 5.5.S6 Analyse de la qualité des soins et traitement des données scientifiques et professionnelles

A ces unités d'enseignement s'ajoutent les deux unités optionnelles. Celles-ci se déroulent au cours des deux derniers semestres (5 et 6). Elles permettent d'approfondir un domaine d'exercice de la fonction infirmière et de mener une réflexion sur un choix possible d'orientation à la sortie de la formation.

## 2 Annexe 2 : IE stage en IFSI

### 2.1 Parcours de l'étudiant lors de son stage

Quatre types de stages sont prévus, ils sont représentatifs de « familles de situations », c'est à- dire des lieux où l'étudiant rencontre des spécificités dans la prise en soins :

1. Soins de courte durée : l'étudiant s'adresse à des personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements publics ou privés.
2. Soins en santé mentale et en psychiatrie : l'étudiant s'adresse à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie.
3. Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation : l'étudiant s'adresse à des personnes qui requièrent des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, en établissement dans un but de réinsertion, ou une surveillance constante et des soins en hébergement.
4. Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie : l'étudiant s'adresse à des personnes ou des groupes qui se trouvent dans des lieux de vie (domicile, travail, école...).

Le parcours de stage des étudiants comporte un stage minimum dans chacun des types de stage décrits ci-dessus.

Les étudiants peuvent effectuer leur stage dans une unité, un pôle dont les activités sont de même nature, une structure ou auprès d'une personne, selon l'organisation et le choix du stage.

Le stage du premier semestre est de 5 semaines, il s'effectue dans un même lieu.

Les stages des semestres 2, 3, 4, et 5 ont une durée de 10 semaines. Dans un objectif de professionnalisation, chaque stage de 10 semaines est réalisé dans un même lieu en une ou deux périodes.

Cependant, pour des raisons d'intérêt pédagogique, les 10 semaines d'un même semestre peuvent s'effectuer sur deux lieux de stage différents.

Les stages du semestre 6 sont réalisés sur deux lieux différents, la période maximale demeure de 10 semaines. Le choix de l'un de ces stages peut être laissé à l'étudiant en fonction de son projet professionnel et en accord avec l'équipe pédagogique.

Les stages s'effectuent sur la base de 35 heures par semaine. Les horaires varient en fonction des lieux d'accueil et des modalités d'apprentissage.

Les horaires de nuit, de fin de semaine ou de jours fériés sont possibles dès lors que l'étudiant bénéficie d'un encadrement de qualité.

Pour mieux comprendre le parcours des personnes soignées et insérer le stage dans un contexte environnemental, les étudiants peuvent se rendre quelques jours sur d'autres lieux, rencontrer des personnes ressources ou visiter des sites professionnels. Toutes ces modifications donnent lieu à traçabilité.

Pendant la durée des stages, le formateur de l'IFSI référent du stage organise, en lien avec l'équipe pédagogique, le tuteur et le maître de stage, soit sur les

lieux de stage, soit en IFSI, des regroupements des étudiants d'un ou de quelques jours. Ces regroupements entre les étudiants, les formateurs et les professionnels permettent de réaliser des analyses de la pratique professionnelle.

## **2.2 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 Annexe 3 : EPP et psychothérapies



L'Information psychiatrique 2006 ; 82 : 39-47

#### ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies

Jean-Michel Thurin<sup>1</sup>, Monique Thurin<sup>2</sup>, Xavier Briffault<sup>3</sup>

#### RÉSUMÉ

Cet article rappelle les textes qui constituent le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la façon dont ils ont été présentés. Il présente son contexte majeur, la médecine factuelle (*evidence based medicine* ou EBM), la façon dont les psychothérapies y ont été soumises au cours des vingt dernières années et l'évolution qui s'y dessine actuellement. Il propose un projet d'EPP qui offre aux praticiens un outillage méthodologique, technique et organisationnel leur permettant de garder la maîtrise de leur activité clinique experte tout en s'insérant dans la démarche qualité.

**Mots clés :** évaluation des pratiques professionnelles, psychothérapie, médecine factuelle, référentiel de pratique, expertise clinique, formulation de cas, réseau de recherche sur la pratique

#### ABSTRACT

**Evaluation of professional practices and psychotherapies.** This article recalls the framework texts for the evaluation of professional practices (EPP) and the way in which they were presented. It outlines the main context – evidence based medicine or EBM –, the way in which psychotherapies have been subject to it in the course of the past twenty years and the current evolution. It sets out an EPP project which offers practitioners a methodological, technical and organisational set of tools to enable them to keep control over their clinical expertise, whilst at the same time subscribing to a quality control approach.

**Key words:** professional practice evaluation, psychotherapy, evidence based practice, practice guideline, clinical expertise, case formulation, practice research network

#### RESUMEN

**Evaluación de las prácticas profesionales y psicoterapia.** Evaluación de las prácticas profesionales y psicoterapia. El artículo pasa en revista los textos que constituyen el marco legal de la evaluación de las prácticas profesionales (EPP) y la manera en que fueron presentados. Se presenta su principal contexto, la medicina factual (*evidence based medicine* ou EBM), la manera en que las psicoterapias fueron sometidas a ello durante los últimos veinte años y la evolución que se perfila actualmente. El autor propone un proyecto de EPP que ofrece a los terapeutas un instrumental metodológico, técnico y organizacional que les permite conservar el control de su actividad clínica y a su vez mejorar la calidad de su trabajo.

**Palabras clave :** evaluación de las prácticas profesionales, psicoterapia, medicina factual, referencial de práctica, peritaje clínico, formulación de caso clínico, dispositivo de investigación sobre las prácticas profesionales

<sup>1</sup> Ecole de psychosomatique, enseignant à Paris VI, membre expertise collective Inserm sur les psychothérapies. Psychiatre, psychanalyste, 9, rue Brantôme, 75003 Paris. <jmthurin@internet-medical.com>

<sup>2</sup> Ecole de psychosomatique, Docteur en sciences du langage, Paris VI. Psychothérapeute, 9, rue Brantôme, 75003 Paris. <mthurin@internet-medical.com>

<sup>3</sup> Chargé de recherche en sociologie de la santé mentale, docteur en informatique, Cesames (UMR 8136 CNRS/Inserm/Paris V), 45, rue des Saints-Pères, 75270 Paris Cedex 6. <xavier.briffault@wanadoo.fr>

## EPP et psychothérapies

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) se met en place. Inscrite dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, elle a fait l'objet d'un décret d'application, de décisions concernant sa mise en œuvre et d'une présentation publique par L. Degos (président du Collège de la Haute Autorité de Santé) largement reprise par la presse. L'ensemble constitue un puzzle où il n'est pas toujours facile de se repérer, d'autant que son agencement et le rôle que chacun doit y jouer ne paraissent pas complètement fixés. Mais la question est surtout : est-il possible de transformer ce qui apparaît d'abord comme une « machine infernale » en un outil qui permettrait à la psychiatrie d'avancer ?

Cette question sera abordée dans cet article à partir de l'exemple de la psychothérapie. La psychothérapie constitue à la fois une pratique majeure de la psychiatrie et un domaine sensible : son histoire récente autour de la question de la relation preuve-qualité se prête bien à une étude de cas informative pour le thème de l'EPP.

Dans une première partie, nous rappelons les textes qui constituent le cadre de l'EPP et la façon dont ils ont été présentés. Nous abordons ensuite ce qui constitue le contexte majeur de l'EPP, à savoir l'EBM (*evidence based medicine*), la façon dont les psychothérapies y ont été soumises au cours des vingt dernières années et l'évolution qui se dessine actuellement, note d'espoir dans un contexte plutôt sombre. La quatrième partie est consacrée à la présentation d'un projet d'EPP ouvrant à une démarche pérenne de retour sur la pratique et à la création d'un réseau de recherche sur la pratique susceptible d'apporter de véritables réponses aux difficiles questions de la preuve et des référentiels professionnels. Nous nous appuyons pour cela sur des propositions méthodologiques, des études réalisées, des analyses critiques publiées dans la littérature scientifique internationale au cours des dix dernières années. De façon plus générale, cette littérature apporte un éclairage tout à fait intéressant sur nos questions actuelles et souligne des communautés frappantes avec le déroulement des événements que nous découvrons en France.

### L'EPP : les textes et le début de sa mise en œuvre

#### Le décret d'application du 14 avril 2005

Le premier article de ce décret [22] définit les objectifs de l'EPP (en particulier l'efficacité, c'est-à-dire le meilleur rapport coût/efficacité), sa méthode (en relation à des recommandations) et son intégration à la formation médicale continue (FMC). La question qui se pose immédiatement à sa lecture est de savoir si ce projet extrêmement ambitieux et contraignant sera réellement mis en œuvre et, s'il l'est, comment les professionnels pourraient lui conférer

une certaine utilité pour les patients comme pour eux-mêmes. Ce dont il s'agit ici, c'est de dépasser le simple niveau d'un accordage des pratiques aux exigences actuelles de productivité optimale, auquel ce texte pourrait se limiter, et d'engager une véritable dynamique de progrès au niveau du soin (notamment, en soutenant par exemple le développement d'une recherche psychiatrique).

« Art. D. 4133-0-1. L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du 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. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue ».

#### Modalités d'application : action ponctuelle et programme continu

Suivant une décision de la HAS [15], « l'évaluation des pratiques professionnelles est acquise dès lors qu'un médecin a satisfait au cours d'une période maximale de cinq ans à une action d'évaluation à caractère ponctuel et à un programme d'évaluation à caractère continu. »

– « On entend par action ponctuelle, une action d'amélioration des pratiques professionnelles fondée sur un cycle d'amélioration unique. Celui-ci débute par une phase d'analyse de la pratique professionnelle existante [par exemple, la tenue du dossier du patient] et s'achève par l'appréciation des améliorations obtenues [elles étaient donc nécessaires]. Elle se déroule généralement sur une durée totale inférieure à six mois ».

– « On entend par programme continu, un programme d'amélioration des pratiques professionnelles fondé sur des cycles d'amélioration successifs. Chacun d'entre eux débute par une phase d'analyse de la pratique professionnelle existante et s'achève par l'appréciation des améliorations obtenues. Une action continue peut également se traduire par une organisation de la pratique médicale autour de protocoles garantissant des règles de bonnes pratiques ».

#### Présentation par L. Degos

Venant présenter en avant-première (22 juin 2005) l'EPP à la Fédération des spécialités médicales (FSM), L. Degos lui a donné assurément un visage moins austère. Il s'agit d'une démarche centrée sur la qualité et l'efficacité. L'évaluation de la compétence, initialement envi-

sagée, a été finalement abandonnée. C'est une démarche personnelle d'auto-formation et d'auto-évaluation, intégrée à la pratique. Chaque individu doit pouvoir entrer dans une démarche qualité et avoir son évaluation. Il est hors de question de le normer. Tout ce qui est collectif sera soutenu (par exemple : groupe de pairs, formation). Les sociétés savantes doivent avoir l'initiative. L'obligation d'EPP sera acquise en prenant en compte, d'une part, les actions ponctuelles suivies et, d'autre part, une implication dans des programmes plus pérennes. Il s'agit de cycles au minimum d'un an auxquels correspondent notamment les groupes de pairs, les groupes qualité, les groupes d'échange des pratiques, etc. Seul l'engagement dans les deux approches garantirait au médecin le caractère complet de l'évaluation quinquennale.

### La question des référentiels : quelle référence ?

Partant du principe que l'EPP n'est sans doute pas fondée sur une introspection personnelle dont jailliraient la lumière et l'amélioration, la question se pose évidemment de savoir quel est le « tiers », c'est-à-dire par rapport à quoi peut s'opérer l'évaluation de la pratique d'une personne ou d'un groupe. Le terme de référentiel est souvent utilisé, on a vu aussi ci-dessus celui de « protocoles garants des règles de bonne pratique ». Il est intéressant de s'attarder un peu sur ce qui est considéré comme la référence, car c'est finalement de la définition de la qualité dont il s'agit. Or cette définition peut acquérir des significations très différentes selon la place où l'on est et les objectifs que l'on vise, comme l'ont montré les chercheurs en ergonomie [9]. – Pour le clinicien, le référentiel représente, à l'échelon individuel, ce que l'on retrouve au niveau professionnel, avec évidemment une mise en contexte moins grande, mais qualitativement riche. Chaque cas suivi entre dans l'expérience et cette expérience, cumulée et confrontée à celle d'autres praticiens, est associée à celle des options thérapeutiques. Les études portant sur les psychothérapies font apparaître chez les thérapeutes un « emprunt » d'ingrédients « externes » à leur théorie de référence d'autant plus important que leur expérience s'allonge [1].

– Pour la discipline, le référentiel est ce qui est enseigné d'une part, issu de l'expérience personnelle d'autre part, et s'est inscrit dans les publications des sociétés savantes enfin. Un biais possible peut évidemment être le financement ou la publication de certains travaux plutôt que d'autres, et au bout du compte la définition d'une certaine « réalité » issue d'une idéologie. La clinique et l'élargissement des sources d'information constituent une correction de ce glissement potentiel.

– Pour le monde de la recherche, le référentiel est actuellement ce qui émerge d'études contrôlées ou épidémiologiques. Ce sont les données issues des conditions expérimentales ou des grands nombres qui parlent, avec toutefois le

problème de la « fabrication » de ces données. La possibilité de les recueillir aura dû en effet souscrire à des règles particulières strictes pour acquérir une certaine valeur, ou passer par des réductions telles, du point de vue qualitatif, que les résultats devraient être accueillis avec une grande prudence s'ils restent isolés d'études de cas soigneusement menées.

– Pour l'Anaes [2], le référentiel est un document ou un ensemble de documents énonçant des exigences de qualité relatives à une pratique professionnelle ou à un mode de fonctionnement. Son élaboration impose l'analyse de la littérature avec recherche exhaustive des critères de qualité et la prise en compte du contexte, de la discipline, dans lesquels la pratique est exercée. Le référentiel peut comporter par exemple un protocole de soins et une fiche technique. Dans l'audit clinique, il est conçu de la façon suivante : « *L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer* ». Une procédure d'élaboration des référentiels a été rédigée par l'Anaes (2003-2004). Il s'agit d'un processus lourd et complexe.

Dans les faits, les référentiels ont attribué de plus en plus de place aux niveaux de preuve, aux dépens des consensus professionnels.

### Un premier référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie

Conçu pour les psychiatres à exercice libéral ou mixte, il porte sur « le dossier du patient en psychiatrie ambulatoire » [16] et est constitué de douze items. Huit d'entre eux concernent essentiellement des données de secrétariat, démographiques ou médicales de base (associations et intolérances médicamenteuses, associées (!) à une évaluation du risque suicidaire), deux concernent les antécédents individuels et familiaux et deux concernent la clinique : Q8 (« Trouve-t-on dans le dossier les notes participant à la démarche diagnostique ? ») et Q10 (« Trouve-t-on dans le dossier les éléments de discussion et de l'indication d'une psychothérapie et, en ce cas, du type de psychothérapie retenue ? L'absence de prise en charge psychothérapique est-elle notée ? »). Concernant la dernière question, celle des éléments d'indication d'une psychothérapie et de son type, le praticien risque de se trouver bien en peine pour répondre autrement que sur la base de sa formation et de son expérience : J'ai suivi des cas du même type et j'ai obtenu des résultats relativement satisfaisants en appliquant ma méthode, et d'ailleurs sur quoi d'autre devrais-je m'appuyer pour prendre ma décision qui ne dépend d'ailleurs pas que de moi, mais aussi de la demande du patient ?

## Le contexte de l'EBM (*evidence based medicine*)

C'est ici que peut surgir la surprise. En effet, cette réponse de bon sens risque de se heurter à la logique de la preuve. Vous avez décidé que vous pouviez proposer une psychothérapie psychodynamique à ce patient dépressif, psychotique, anorexique... mais sur quelle preuve d'efficacité et même d'efficience (coût/efficacité) le faites-vous ? Vous travaillez actuellement hors EBM.

### Qu'est-ce que l'EBM ?

L'EBM reste sans doute un concept relativement flou pour nombre de psychiatres. Un numéro de *Pour la recherche* (n° 41, juin 2004) [24] lui a été consacré et est un bon point de départ pour connaître l'histoire et les principes sur lesquels il repose. Rappelons donc simplement les éléments principaux de sa définition [29] : « *L'EBM est l'utilisation consciencieuse, explicite, et judicieuse des meilleures preuves actuelles existantes dans la prise de décision concernant le soin du patient individuel. La pratique de EBM intègre l'expertise clinique individuelle avec la meilleure preuve clinique externe disponible de la recherche systématique [...]. La pratique de la médecine basée sur la preuve est un processus permanent d'apprentissage dans lequel soigner des patients crée un besoin pour des informations cliniques importantes sur le diagnostic, le pronostic, le traitement et autres problèmes de santé* ».

### EBM et psychiatrie

La psychiatrie pose assurément un problème particulier par rapport à l'EBM, notamment du fait de l'extension de son champ et de l'hétérogénéité des situations auxquelles est confronté le clinicien. H. Freeman [13] rappelle ainsi que la limitation générale des ressources, comme le souligne Keynes, « *fait partie de l'ordre général des choses* » et requiert que l'utilité de chaque forme d'intervention en santé soit évaluée aussi bien que possible. Mais il se demande comment cet objectif peut être atteint dans une discipline comme la psychiatrie où les affections vont des troubles les plus handicapants et permanents à des variations mineures de niveaux de l'anxiété ou de l'humeur, qui impliquent de multiples étiologies et coexistent souvent avec des troubles somatiques et des problèmes sociaux insolubles. M. Bourgeois [6] remarque que les « *vérités scientifiques* » issues de l'EBM, qui valent pour les grands nombres et les données essentielles, sont tout de même élémentaires et d'un secours limité pour la complexité de certains patients psychiatriques. Il se demande s'il faudra attendre « *pour mettre en route un traitement psychiatrique que l'EBM ait apporté sa caution et que les 'preuves' soient au niveau A ?* ». Le risque le plus notable est que la preuve concerne précisément des troubles et des situations

élémentaires et que ce soit à partir de cette « *boîte à outils* » que l'on demande au praticien d'établir sa pratique.

## Les psychothérapies et l'EBM

### Vingt ans d'EBM expérimentale

Lorsque, en 1985, le NIMH (*National Institute of Mental Health*) prend la décision d'appliquer la même méthodologie (celle de l'essai contrôlé randomisé ou ECR) à l'évaluation des psychothérapies que celle utilisée dans la recherche pour les médicaments [10], les conséquences de cette décision sont-elles véritablement évaluées ? Le plus étonnant est qu'elle est immédiatement reprise et encouragée par l'APA (*American Psychological Association*). La justification qui en est actuellement donnée est qu'il s'agissait de faire front à la toute puissance des approches pharmacologiques sur le même terrain de démonstration de l'efficacité que celui qu'elles utilisaient. Mais, si l'on se réfère à Chambless [8] qui va être le maître d'œuvre de ce programme, ce ne sont pas les raisons qui sont alors officiellement avancées, à savoir : le soin du patient peut être amélioré par l'acquisition et l'usage d'une connaissance empirique (issue de la recherche) mise à jour ; il est difficile pour les cliniciens de se tenir à jour de l'information nouvelle et pertinente pour leur pratique ; s'ils ne le font pas, leur connaissance et leur performance clinique vont se détériorer après leur formation ; en conséquence, les cliniciens ont besoin de résumés de la preuve fournis par des revues d'experts et d'instructions concernant la façon d'accéder à cette information durant leur pratique courante. Deux échelons de la démonstration sont très importants à souligner : d'une part, la nécessité d'une intervention forte de la recherche dans la définition de la connaissance médicale et, dans ce cas, de la connaissance psychologique, est affirmée ; d'autre part, il est postulé que les cliniciens ne vont pas faire l'effort eux-mêmes d'aller chercher les résultats de cette recherche et qu'il faut les leur fournir ; dans cette perspective, c'est un pool d'experts qui va être chargé de faire ce travail d'extraction des données de la recherche pour rendre aisée leur accession aux cliniciens. C'est donc une transmission *top-down*, de haut en bas.

On peut remarquer immédiatement qu'il s'agit de fait d'une prise de pouvoir de la recherche – suivant les normes qui lui sont imposées par le NIMH – sur les connaissances issues d'un siècle de psychothérapies durant lequel la psychanalyse non seulement a tenu une place déterminante, mais a aussi développé des programmes de recherche très importants. Les « *nouvelles normes* » correspondent à un modèle médical où les résultats sont mesurés en prenant le symptôme comme indicateur sans relation à son contexte et aux principes qui déterminent l'efficacité du traitement. Cela va placer les psychothérapies (notamment psychanalytiques) qui ont suivi une démarche inverse (centrage sur les processus, importance réduite donnée aux améliora-

tions symptomatiques) dans une situation difficile. Le résultat du programme de l'APA apparaît dès 1995 : les seules thérapies « validées empiriquement » (EST) (c'est-à-dire, pouvant faire état de deux ECR concluants) sont les TCC, parfaitement adaptées à ces protocoles. En 1998 on ne trouve que trois thérapies psychodynamiques parmi les EST, c'est-à-dire 5 %. L'expertise collective de l'Inserm sur les psychothérapies [18], organisée suivant les mêmes critères, n'a en fait que révélé de façon particulièrement violente cette situation.

Quel a été l'effet de ce programme destiné à assurer selon les critères de la validation expérimentale l'efficacité des psychothérapies proposées aux patients ? Miller et Hubble, dans leur introduction du livre *Psychotherapy at the cross road*, dressent un tableau très impressionnant de ce qui s'est produit aux États-Unis : 80 % des praticiens ont perdu le contrôle de ce qu'ils devraient, comme cliniciens, diriger (c'est-à-dire le type et la durée du traitement). Parallèlement, leur charge de travail et les activités supplémentaires extra-thérapeutiques exigées (écritures, réunions de cas) ont considérablement augmenté. Cela n'a pas profité aux patients, loin de là : pendant que les visites médicales augmentaient d'un tiers, la fréquentation des centres de santé mentale s'est réduite de 10 %. Les auteurs signalent également que, contre toute attente, cette pression économique s'est traduite par des luttes fratricides entre écoles alors que plusieurs études montrent la proximité croissante des ingrédients utilisés au fur et à mesure que l'expérience s'accroît. Par ailleurs, les patients traités ont-ils trouvé une réponse efficace à leurs problèmes ? Pas du tout, si l'on se réfère par exemple à l'étude de Stirman *et al.* [26] qui a montré que, sur 347 patients sélectionnés de façon aléatoire dans une population clinique HMO (système de santé gérée aux États-Unis), 67 % ne réunissaient les critères d'aucun ECR pour quelque trouble (primaire ou secondaire) que ce soit.

En résumé, la recherche de la preuve a conduit à étudier les troubles isolés qui se prêtent aux protocoles ECR, aux dépens des autres troubles qui, par le jeu de la « validité empirique » obligatoires et des prises en charge qui en découlent, se trouvent plus ou moins exclus du champ sanitaire alors qu'ils en constituent les principales indications [14].

#### **Première évolution : les recherches qui participent à l'EBM doivent concerner des patients et des pratiques réels**

Tout cela pourrait conduire à un certain désespoir. En fait, l'expertise de l'Inserm réalisée en 2004 est sans doute la dernière dans ce domaine qui utilisera de façon aussi déterminée les résultats de la méthodologie expérimentale pour affirmer des résultats. Depuis une dizaine d'années en effet, les articles se sont accumulés pour décrire les limites de cette méthodologie fondée sur des études expérimentales d'efficacité « potentielle », réclamer des études en

conditions réelles et proposer des solutions pour atteindre des niveaux de preuve équivalents, même avec des cas complexes. L'objectif est que les études acquièrent une véritable signification clinique, maintenant que la preuve de l'efficacité générale de la psychothérapie est faite. Ce cahier des charges et les modalités pour le respecter constituent les bases d'une nouvelle génération de recherches. On en trouvera la revue dans Castelnovo *et al.* [7], Thurin et Briffault [25, 27] et dans les actes du colloque de Chambéry [28]. Les caractéristiques principales de cette méthodologie, dont nous donnerons un exemple ci-dessous, sont de s'appuyer sur des études prospectives naturalistes de cas isolés, de multiplier les indicateurs de résultat allant au-delà des symptômes, d'associer des analyses qualitatives aux mesures quantitatives qui deviennent plutôt des indices de tendance, d'associer aux classifications grossières des caractéristiques discriminantes plus fines (par exemple, de personnalité), de prendre en compte les processus et donc les variables techniques et d'interactions thérapeute-patient à différents stades de la psychothérapie.

#### **Deuxième évolution : le rôle de l'expertise clinique dans la prise de décision doit être revalorisé**

C'est l'un des objectifs, et sans doute le principal, que s'est donné l'APA sous la direction de son président R.F. Levant pour l'année 2005 [4]. L'adoption de ce texte, en août 2005 par le conseil de ses représentants, représente une véritable révolution par rapport à la politique menée par cette association depuis quinze ans. Rappelant que la recherche n'est qu'un des pôles du trépied de l'EBM, le rapport stipule que l'expertise clinique doit reprendre toute sa place, ce qui inclut la prise en considération de multiples faisceaux de preuve qui doivent être intégrés par les cliniciens, de même que la spécificité identitaire du patient. La pratique fondée sur la preuve complète devra considérer les différents déterminants (non seulement la méthode de traitement, mais aussi le thérapeute, la relation thérapeutique et le patient) qui contribuent de façon essentielle au succès de la pratique psychologique et leurs combinaisons optimales. Différents types de recherche de la preuve sont proposés, accompagnés d'une définition de leur spécificité :

- l'observation clinique (incluant les études de cas) et la science psychologique fondamentale sont l'une et l'autre des sources importantes d'innovations et d'hypothèses (le contexte de la découverte scientifique) ;
- les recherches en santé publique et anthropologie, particulièrement utiles pour rechercher la disponibilité, l'utilisation et l'acceptation des traitements en santé mentale, ainsi que la façon de les modifier pour augmenter leur utilité dans un contexte social donné ;
- les études systématiques de cas, particulièrement utiles quand elles sont réunies dans le cadre de réseaux de recherche sur la pratique pour comparer les patients individuels à d'autres présentant des caractéristiques similaires ;

– les études processus-résultats, qui ont une valeur particulière pour identifier les mécanismes de changement. Les rôles des études contrôlées et des études naturalistes sont précisés : les essais contrôlés randomisés et leurs équivalents logiques (recherche d'efficacité potentielle) constituent le standard pour tirer des inférences causales sur les effets des interventions (contexte de vérification scientifique), tandis que les études naturalistes d'interventions (recherche d'efficacité réelle) sont bien adaptées pour évaluer la validité écologique des traitements et faire émerger de nouveaux modèles et hypothèses.

#### **Une étude pilote française répondant aux critères de nouvelle génération**

Notre équipe a développé une méthodologie de recherche qui s'inscrit dans les types 3 et 4 de recherche de la preuve mentionnés ci-dessus et respecte cinq conditions : recueillir des données fiables et valides, utiliser des indicateurs qui ont une véritable signification clinique (traduisant des dimensions qualitatives et des fonctionnements, et prenant en compte les symptômes mais ne se limitant pas à leur abrasion), prendre en compte les facteurs de changement, être réalisable dans le respect des conditions naturelles de la psychothérapie et pouvoir traiter les données de cas complexes, éliminés de fait par les ECR. Cette initiative est une des conséquences de l'expertise collective de l'Inserm sur les psychothérapies qui a révélé l'absence dramatique d'études portant sur les psychothérapies en France, notamment d'orientation psychodynamique, et l'inadéquation des approches catégorielles pour évaluer les psychothérapies de patients réels.

Une description détaillée du protocole, accompagnée d'une première analyse de résultats, a été présentée par B. Lapeyronnie et M. Thurin [21] au colloque de Chambéry. En résumé, la méthodologie est issue de celle des études de cas isolés [19] et des études pragmatiques de cas [12] qui sont les mieux adaptées pour répondre au cahier des charges précédent. Elle associe des analyses qualitatives pour la formulation du diagnostic psychopathologique et la caractérisation des principaux éléments du processus, à des mesures quantitatives initiales, intermédiaires, de terminaison et de suivi.

#### **Retour à l'EPP**

##### **De la formulation de cas à la décision thérapeutique : une action ponctuelle pour l'EPP, l'ouverture à un programme continu**

La recherche ne s'improvise pas et nul n'ignore à quel point il peut être difficile d'y intéresser et d'y faire participer les praticiens. Interrogés sur ces questions à partir de leur parcours personnel, six praticiens-chercheurs renommés (G. Lampropoulos, M. Goldfried, L. Castonguay,

M. Lambert, W. Stiles et J. Nestoros) [20] considèrent d'une part que la meilleure façon d'apprendre à faire de la recherche est d'en faire et, d'autre part, que le terrain sur lequel les cliniciens peuvent se sentir à l'aise est celui d'études centrées sur le patient et d'études de cas. Ils ajoutent qu'un élément clé est la constitution d'un réseau de recherche sur la pratique qui permet une coopération entre praticiens très appréciée. Le bénéfice se situe à la fois au niveau de la réflexion théorique et de la pratique, tant au cours du déroulement de la psychothérapie qu'après-coup. Pour Goldfried, la motivation issue de la pression venant des compagnies d'assurance et de l'EBM, ainsi que des crédits de FMC n'est pas négligeable. Ces avis rejoignent notre expérience personnelle.

Nous proposons donc une démarche fondée sur ces bases, dont l'EPP est la porte d'entrée. En effet, la recherche et l'EPP partagent un élément commun qui est central. C'est celui de la formulation (ou conceptualisation) du cas. La conceptualisation du cas est un processus où des cadres théoriques solides sont utilisés pour organiser des données d'entretien, d'observation et d'évaluation (psychologique, psychiatrique et/ou psychosocial), pour formuler les hypothèses qui peuvent expliquer la dynamique fondamentale d'un problème actuel, afin de formuler un plan de traitement fondé sur des forces appropriées. C'est la base du « diagnostic » au sens fort du terme, celui d'une évaluation de la dynamique du cas et des facteurs qui y participent [17].

Dans le protocole que nous proposons, les cliniciens sont intégrés à un groupe de pairs et sélectionnent les deux premiers nouveaux patients qui entrent dans leur file active. Les trois premiers entretiens font l'objet de notes extensives, qui sont adressées par mail sécurisé aux autres membres du groupe qui ont alors pour mission de répondre chacun de leur côté aux trois questions suivantes :

- Quel diagnostic peut-on poser ou quels sont les éléments diagnostiques repérables ?
- Quel est ou quels sont les objectifs que l'on peut envisager ?
- Quelle est à ce stade la meilleure stratégie à mettre en place ?

Une fois les trois premières séances analysées, le thérapeute établit une synthèse des données et des avis recueillis en les organisant suivant six registres diagnostiques : 1) symptômes et problèmes, 2) événements stressants et précipitants, contexte, 3) événements de vie ou stress prédisposants, 4) développement et conflits, 5) mécanismes de défense et 6) un registre thérapeutique comprenant les objectifs du traitement et les stratégies envisagées pour les atteindre. Cet ensemble constitue la formulation du cas. Cette formulation est la conclusion d'une démarche qualitative qui ouvre à la définition « d'une série d'hypothèses sur les causes, les facteurs précipitants et ceux qui maintiennent les problèmes psychologiques, interpersonnels et comportementaux d'une personne » [11]. Elle est

accompagnée, de façon naturelle, des objectifs de la psychothérapie, des approches complémentaires qui lui seront éventuellement associées et d'une présentation du cadre technique envisagé pour les atteindre.

Cette formulation du cas est utile au clinicien car elle organise les informations nombreuses, complexes et parfois contradictoires. Elle accroît la compréhension que le thérapeute peut avoir de son patient, ce qui peut permettre une meilleure empathie. Elle ouvre à une décision thérapeutique justifiée. Elle sert de guide de traitement, augmente la cohérence des interventions et constitue un réel repère au progrès (ou non) du patient. La formulation de cas est évolutive : elle s'enrichit au fur et à mesure des nouvelles informations.

Cette étape, associée au recueil de données démographiques, historiques individuelles et familiales, constitue suivant les critères de l'HAS une « action ponctuelle ». Elle peut devenir un « programme continu » si elle se poursuit durant un an et constitue un véritable suivi du cas.

#### **Le point de départ d'un suivi du cas et d'une évaluation significative des résultats**

Pour ceux qui souhaitent y participer, la suite du processus est un suivi tous les trois mois qui permet non seulement de situer l'évolution du patient, mais également d'apprécier comment fonctionne la psychothérapie (par exemple l'engagement du patient, les thèmes abordés, les modalités techniques prévalentes...).

Il permet au clinicien de suivre l'évolution de son patient et de situer éventuellement les registres qui s'améliorent le moins bien, par rapport à ceux qui s'améliorent le mieux, de mieux appréhender le profil de la psychothérapie à différents moments. Il peut aussi se référer à d'autres cas de même type et comparer les options qui ont été prises [23].

Une réflexion sur la terminaison du cas ou, si la psychothérapie n'est pas terminée, une évaluation psychopathologique à un an accompagnée d'une reformulation du cas achève le programme.

#### **À l'arrivée, un cas qui enrichit une expérience partagée et ouvre à des recherches secondaires**

À l'arrivée, chaque cas apporte la possibilité d'un bon suivi longitudinal (du fait qu'il est complété régulièrement par le clinicien au fur et à mesure du recueil des informations), une prise en compte de la complexité de la situation clinique et un repérage des facteurs de changement possibles. Lorsqu'ils construisent les diagnostics, objectifs, stratégies (processus qui sont, rappelons-le, itératifs tout au long de la thérapie), le thérapeute et les membres du groupe de pairs peuvent utiliser, de façon complémentaire à la recherche bibliographique traditionnelle, un raisonnement inductif « basé sur les cas » (*case-based reasoning*). Le raisonnement fondé sur les cas repose sur l'induction de caractéristiques communes à partir de cas « similaires ».

Les études actuelles démontrent que la notion de similarité ne peut être réduite au partage d'un diagnostic DSM commun. « La » dépression, par exemple, regroupe toute une constellation de troubles où les facteurs de personnalité et d'interaction thérapeute-patient par exemple peuvent avoir un rôle déterminant sur le résultat [5]. La similarité est aussi dépendante des objectifs poursuivis et des conditions de contexte. Le thérapeute peut par exemple s'intéresser à tous les cas qui présentent des symptômes similaires à ceux de la personne suivie, pour voir les diagnostics qui ont été portés. Il peut chercher à connaître tous les traitements qui ont été entrepris pour des cas similaires au sien, et les résultats obtenus. Il peut rechercher les cas dont les objectifs sont similaires à ceux qu'il envisage, voir les traitements qui ont permis d'atteindre ces objectifs, et quelles étaient les formulations de cas et données quantitatives et catégorielles correspondantes. Il peut enfin s'intéresser aux caractéristiques des séances qui se sont déroulées pour des profils similaires à ceux de son patient et aux attitudes spécifiques du thérapeute dans ces situations. Tout cela montre l'intérêt de réunir des cas rigoureusement construits, comme ici, et « saturés » d'éléments qualitatifs.

#### **Vers une collection des cas et un réseau de recherche sur la pratique**

Un tel projet n'aurait sans doute pas été concevable il y a quelques années. Mais du fait des avancées technologiques et des progrès des méthodes d'analyse, les cas isolés ne sont plus condamnés à le rester. Leur collection organisée dans une base de cas informatisée dotée de fonctionnalités avancées de recherche, d'extraction et de calcul, permet la mise en œuvre de véritables études comparatives, capables d'apporter des éléments supplémentaires pour déterminer quel est le traitement le mieux indiqué, en précisant si la spécificité du traitement, objet de la recherche, est susceptible de fournir des résultats différents de ceux du traitement alternatif établi, et donc de fournir une alternative aux ECR dans la recherche de la preuve. Elles fournissent également la possibilité de construire des modèles prédictifs patients-traitements-résultats réfutables, et donc d'améliorer de façon graduelle et scientifiquement fondée les traitements proposés.

#### **Conclusion**

Nous avons montré que l'EPP n'est pas conçue comme un simple regard des praticiens porté sur leur pratique mais qu'elle se rapporte nécessairement à des référentiels. Nous avons explicité comment ces référentiels peuvent être construits sur des bases non seulement réductrices (c'est quasiment inévitable), mais largement virtuelles dans la mesure où ils s'appuient sur des critères de preuve issus de recherches expérimentales dont la finalité est la quantification d'un effet, pas celle d'une pratique. Cela ne les empêche

pas pour autant d'être utilisés et d'avoir des effets réels sur la détermination de ce qui a prouvé son efficacité et peut être inscrit à la nomenclature, faire l'objet d'un remboursement et s'inscrire dans les protocoles de soin, et ce qui ne l'est pas. Dénoncer et refuser cette utilisation abusive de la recherche est indispensable. Mais il serait vain d'imaginer que la notion de preuve d'efficacité disparaîtra pour autant et que l'EBM sera rangée dans le magasin des antiquités. C'est exactement le contraire qui est prévisible et cela induit qu'il est indispensable que les praticiens prennent véritablement leur destin en main et tiennent compte de ce nouveau paysage, notamment dans le champ des psychothérapies, en défendant leur approche clinique et en l'associant à des critères d'efficacité très avancés. Peut-on faire de l'EPP un point d'ancrage de cet objectif ? Le modèle proposé par la HAS comme paradigme pour l'évaluation des pratiques dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles est un modèle itératif (le modèle PDCA (*plan, do, check, act*) de Deming [3]), dans lequel le référentiel est supposé évoluer constamment en s'enrichissant des retours d'expériences obtenus en mettant en œuvre le référentiel lui-même. Ce choix est intéressant, dans la mesure où il s'inscrit dans une dynamique d'amélioration permanente des référentiels à partir de la pratique et non dans une perspective d'instauration rigide de procédures figées. Cependant, comme le savent bien les spécialistes de la qualité, ce processus est intrinsèquement porteur d'un risque de sclérose et de sédimentation si une organisation bien adaptée n'est pas mise en place pour faire vivre ce cycle d'amélioration en impliquant en permanence ses principaux acteurs, en l'occurrence les praticiens. À défaut de cette participation réelle de la communauté des praticiens eux-mêmes, le risque est grand d'aboutir à une prescription technocratique descendante de règles de fonctionnement qui ne soient plus corrélées à l'activité réelle de ceux qui sont censés les appliquer. Le dispositif que nous proposons dans cet article est l'un des éléments d'une telle organisation. Il offre aux praticiens un outillage méthodologique, technique et organisationnel qui leur permet de garder la maîtrise de leur activité experte, tout en s'insérant dans la démarche qualité et d'EBM-EBP aujourd'hui incontournable. En cela, il nous paraît très stimulant pour les praticiens et porteur de grandes possibilités pour la discipline.

## Références

1. ABLON J, JONES E. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 775-83.
2. ANAES. *L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles*. Paris, 1999.
3. ANAES. *Six méthodes d'amélioration de la qualité à la disposition des professionnels de santé*. Paris, 2005.
4. APA. *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice American Psychological Association*. July 1, 2005. <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>.
5. BLATT S, ZUROFF D. Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev* 2005 ; 25 : 459-86.
6. BOURGEOIS M. La psychiatrie apodictique (evidence-based mental health) dans les stratégies et dispositifs de soins futurs. *Ann Med Psychol* 2001 ; 159 : 196-200.
7. CASTELNUOVO G, FACCIO E, MOLINARI E, NARDONE G, SALVINI A. *A critical review of empirically supported treatments (TSEs) and common factors perspective in psychotherapy*. Brief Strategic and Systematic Therapy European Review 2004. <http://www.centroditerapiastategica.org/network/journal/content.htm> (revue électronique).
8. CHAMBLESS D, OLLENDICK T. Empirically supported psychological interventions : Controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 2001 ; 52 : 685-716.
9. DAVIZIES P. Le stress au travail : actualité. In : THURIN JM, BAUMANN N, eds. *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2003.
10. DUNCAN BL. The Legacy of Saul Rosenzweig : the profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration* 2002 ; 12 : 32-57.
11. EELS TD. Formulation. In : HERSEN M, SLEDGE W, eds. *The encyclopedia of psychotherapy*. New York : Academic Press, 2002.
12. FISHMAN DB. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate : proposal for a new, electronic "journal of pragmatic case studies". *Prevention and Treatment*, 2000 ; 3. <http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>.
13. FREEMAN H. Evaluation in mental health care. *Br J Psychiatry* 1992 ; 161 : 1-2.
14. GUTHRIE E. Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm. *Br J Psychiatry* 2000 ; 177 : 131-7.
15. HAUTE AUTORITÉ EN SANTÉ. Décision de la haute autorité de santé relative aux modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles. 2005.
16. HAUTE AUTORITÉ EN SANTÉ. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie. Dossier du patient en psychiatrie ambulatoire. 2005.
17. HINSHELWOOD RD. Psychodynamic Formulation in Assessment for Psychotherapy. *Br J Psychother* 1991 ; 8 : 166-74.
18. INSERM. *Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise collective*. Paris : Inserm, 2004.
19. KAZDIN AE. *Single case research designs : methods for clinical and applied settings*. New York : Oxford University Press, 1982.
20. LAMPROPOULOS GK, GOLDFRIED MR, CASTONGUAY LG, LAMBERT MJ, STILES WB, NESTOROS JN. What kind of research can we realistically expect from the practitioner? *J Clin Psychol* 2002 ; 58 : 1241-64.

21. LAPEYRONNIE B, THURIN M. *Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant au « gold standard »*. Intervention au colloque de Chambéry, juin 2005 ; (à paraître).
22. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
23. LUTZ W. Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychother Res* 2002 ; 12 : 251-72.
24. La médecine factuelle, *evidence based medicine*. *Pour la recherche*, juin 2004. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/PLR/PLR41/PLR41.html>.
25. BRIFFAULT X, CHAPIREAU F, JARDIN F, LAPEYRONNIE B, DE ROTEN Y, THURIN M, THURIN JM. Outils actuels de la recherche sur les psychothérapies. *Pour la recherche* <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/PLR/PLR44/PLR44.html>.
26. STIRMAN SW, DERUBEIS RJ, CRITS-CHRISTOPH P, BRODY PE. Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *J Consult Clin Psychol* 2003 ; 71 : 963-72.
27. THURIN JM, BRIFFAULT X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *L'Encéphale* 2006 (*in press*).
28. THURIN JM. *Limites de l'EBM et orientations actuelles : une nouvelle génération des recherches en psychothérapies*. Intervention au colloque de Chambéry, juin 2005 ; (à paraître).
29. THURIN M. Historique et définition de l'EBM. *Pour la recherche* 2004 ; 41 : 2-3.

THURIN J-M., THURIN M, BRIFFAULT X. Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. *L'information psychiatrique* 2006 ; 82 : 39-47

## 4 Annexe 4 : pratiques soignantes et EPP

actualités professionnelles



qualité

### Pratiques soignantes, déjà des évaluations professionnelles

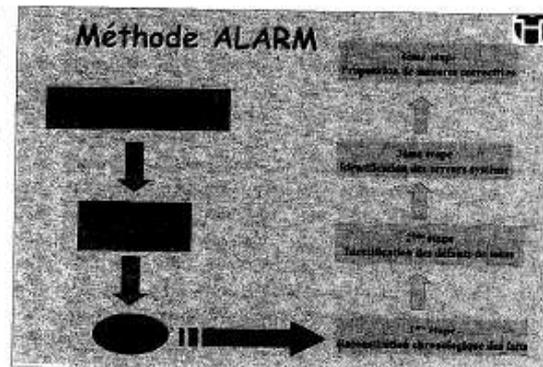
L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) n'est encore obligatoire que pour les médecins (loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004), mais les cadres de santé et les soignants s'y attendent déjà. C'est qu'en changeant de nom, l'accréditation – devenue certification avec la loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie – a aussi changé d'optique. Désormais davantage axée sur la qualité du service médical rendu au patient, elle intègre de nouvelles références qui prennent en compte la pertinence des actes réalisés et leur efficacité (réf. 44 de la version 2 du manuel d'accréditation/certification), l'évaluation des risques (réf. 45) ou la qualité de la prise en charge par pathologie (réf. 46). Les établissements de santé, concernés ou non par une visite dans les prochains mois - 50 établissements ont été visités au 31 octobre 2005 et 313 visites V2 sont prévues en 2006 - ont déjà le pied à l'étrier pour l'évaluation des pratiques soignantes. C'est, par exemple, le cas des centres hospitaliers universitaires Henri Mondor (Créteil, 94) et de Nice qui ont présenté leurs travaux à l'occasion des 7<sup>es</sup> Journées internationales de la qualité hospitalière (JIQH) mi-décembre à Paris.

#### ANALYSER LES PRATIQUES A POSTERIORI

À Nice, la coordination des vigilances sanitaires et de la gestion des risques (CVSGDR) et la coordination "protocoles et évaluation des pratiques professionnelles" (CPEPP) ont développé une action d'éva-

luation des risques *via* l'analyse des événements iatrogènes. « Nous sommes partis du constat qu'il fallait évaluer la dimension organisationnelle des pratiques. Cette action, validée comme EPP pour les médecins, concerne en fait tous les professionnels de santé. La démarche, réalisée a posteriori, permet de comprendre ce qui s'est passé afin d'améliorer les pratiques et d'éviter la survenue d'événements similaires », explique Marie-Josée Darmon, cadre supérieur de santé du CHU. Une analyse systémique des défauts de soin qui permet d'identifier les facteurs latents d'erreurs. Avertis des risques organisationnels, les soignants sont alors mieux à même de les repérer. La démarche, qui consiste à reconstituer la chronologie précise des faits à partir d'entretiens avec les professionnels, à identifier les défauts dans le processus et à proposer des mesures correctrices, n'est cependant pas facile à mettre en œuvre. Les événements sont parfois lourds à porter pour les services. Ils peuvent mettre en jeu des susceptibilités personnelles et des responsabilités individuelles. Cette démarche permet néanmoins, pour Marie-Josée Darmon, d'identifier les causes les plus fréquentes d'événements indésirables et de définir des cibles de prévention efficaces. « C'est un travail qui demande beaucoup de diplomatie. L'équipe chargée de l'analyse doit être considérée comme légitime et indépendante. Je crois

aussi essentiel de clarifier d'entrée de jeu l'objectif de la démarche. Il faut bannir toute approche punitiviste pour les personnels et plutôt s'orienter vers une approche pédagogique », souligne-t-elle. Concrètement, le groupe dit "Alarm", composé d'un binôme médecin-soignant, étudie les pratiques, l'aspect organisationnel, les processus et réalise une analyse fine de l'événement. Son rapport est remis sur table à l'ensemble des acteurs concernés et peut être diffusé dans un second temps à certaines instances (commission des risques médico-soignant, direction...) susceptibles de prendre des mesures, organisationnelles, voire éventuellement disciplinaires.



À TERME, AGIR EN AMONT SUR LES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES  
Le groupe espère bientôt parvenir à la formation de professionnels relais dans les services

chargés de faire remonter et d'analyser au plus près du terrain la survenue, toujours révélatrice, d'événements où l'on a évité l'événement iatrogène de justesse ("presqu'incident" ou *near miss*). Reste, et c'est l'une des limites que soulève ce type de démarche, que les mesures correctrices préconisées par le groupe d'analyse doivent être suivies d'effets. « Au-delà des moyens humains et en temps, et de la mise en place d'une grille d'analyse fiable élaborée sur des standards reconnus, il faut aussi pouvoir compter sur une action organisationnelle de l'institution lorsqu'elle se révèle nécessaire, sinon les équipes se démotivent », insiste Marie-Josée Darmon. Un point dont les directions devraient d'autant plus vite prendre conscience que la gestion des risques devient un vecteur d'économies. L'existence de ces procédures peut, en effet, être valorisée par les assurances en responsabilité

## actualités professionnelles

des établissements. Autre interrogation, la sécurisation et le statut juridique de ces données. Leur utilisation à l'autres fins que celle de l'amélioration des pratiques effraie dans un contexte de judiciarisation.

**HARMONISER LES PRATIQUES**  
Le travail mené depuis un an au sein du CHU Henri Mondor est, quant à lui, centré sur l'amélioration continue des pratiques. L'objectif est de faire en sorte que les équipes se conforment le plus, le mieux et le plus souvent aux protocoles et recommandations en vigueur. Bref, lutter contre les habitudes et favoriser l'appropriation des recommandations ou pratiques en accompagnant les personnels. Verra-t-on bientôt la fin du tra-

ditionnel classeur où s'accumulent les procédures censées réorienter les pratiques et qui sont souvent aussi vite oubliées qu'elles sont archivées dans cet outil antédiluvien? « Nous allons vers la disparition du classeur papier, mais tant qu'un ordinateur n'est pas accessible dans tous les services, y compris la nuit, nous le conservons », explique Ljiljana Jovic, directrice des soins du CHU Henri Mondor. La démarche, transversale à l'ensemble de l'établissement, s'est appuyée sur un travail entamé depuis 2000 par des groupes de travail, un groupe "évaluation et qualité", les équipes soignantes des services et la commission locale du service de soins infirmiers qui a permis d'élaborer une méthode de réalisation des outils (procédures, protocoles,

etc.), de lister les procédures et protocoles existants, de les actualiser et de formaliser des outils d'évaluation et de suivi de ces références. Premier résultat, « il y a de moins en moins de petites procédures ou de fiches techniques propres à un seul service. Nous avons harmonisé et standardisé les protocoles à chaque fois que cela était possible », précise Ljiljana Jovic. Une infirmière qui change de service n'est donc pas tout à fait en terrain inconnu...

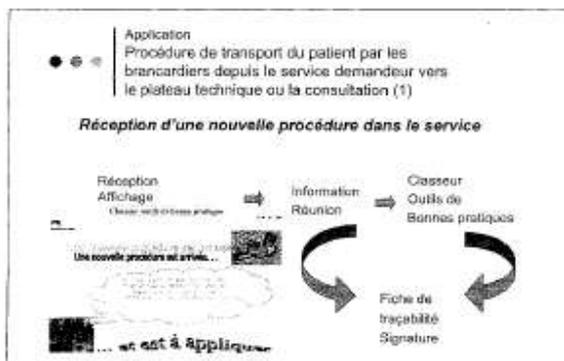
Depuis 2004, les procédures arrivent par mail dans les services. Les cadres de santé sont invités à les afficher avec leurs fiches d'évaluation dans le service et à organiser des réunions d'information avec les équipes afin qu'elles en prennent connaissance. Une fiche de traçabilité doit être contresignée par les personnels qui assistent à cette réunion. Cet outil, qui indique qui a ou n'a pas reçu les informations, permet aussi de responsabiliser les personnes. Quelque temps après la mise en œuvre de la procédure ou du protocole, un audit des pratiques est réalisé dans les services concernés. En règle générale, ce sont des étudiants en soins infirmiers en stage de santé publique au sein du département qualité de l'hôpital qui réalisent le recueil de données et participent ainsi à l'audit. L'établissement fait ainsi d'une pierre deux coups, non seulement il élargit le nombre de terrains de stage, mais il participe aussi alors à la pédagogie de la qualité et à la sensibilisation à la recherche professionnelle. À l'issue de cet audit, le groupe de travail et l'équipe procèdent, en cas de besoin, à un réajustement des procédures et une nouvelle évaluation est réalisée à trois ou six mois.

### ACCOMPAGNER ET RESPONSABILISER LES PERSONNELS

La démarche a été mise en place sur plusieurs types de soins. Le brancardage, le sondage urinaire, les chambres implantables, les chariots d'urgences, les saignées – le CHU est centre de référence pour la drépanocytose –, la tenue des classeurs de procédures, les pansements par pression négative et bien d'autres ont ainsi été passés au crible de l'évaluation des pratiques. « La démarche a suscité une adhésion naturelle chez les soignants. Le dispositif d'évaluation est surtout considéré comme une aide pour les personnels. Il permet à chacun de savoir s'il suit bien les procédures, donc d'être réassuré, voire de modifier sa pratique en conséquence si nécessaire. Et cela dans un climat convivial », explique Martine André, cadre supérieur de santé. « L'impact de cette démarche évolutive d'amélioration continue de la qualité est multiple, ajoute Ljiljana Jovic. Elle participe à l'amélioration des outils de travail, des processus de prise en charge des patients et des pratiques, mais permet aussi de motiver et d'impliquer les équipes, et de développer les compétences individuelles et collectives ». Les initiatives de ce type se multiplient. Elles sont de toute façon appelées à se développer pour faire face à l'évaluation des pratiques professionnelles contenue dans la V2 de la certification. Partant, le partage d'expériences ou le *benchmarking* (analyse comparative) dans ce domaine devrait suivre le même mouvement. ■

Cécile Dekussche

Pour en savoir plus : [www.mateda.com/jugh2005.html](http://www.mateda.com/jugh2005.html)



© Jovic L. et al. EPP et soins paramédicaux. Politique et application 7<sup>th</sup> JQH 2005



© Jovic L. et al. EPP et soins paramédicaux. Politique et application 7<sup>th</sup> JQH 2005

## actualités professionnelles

### Les infirmières bientôt concernées par l'évaluation des pratiques professionnelles ?

■ Applicable à l'ensemble des médecins, quel que soit leur mode d'exercice, depuis le 1<sup>er</sup> juillet dernier, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pourrait être appelée à s'étendre à d'autres professionnels de santé à moyen terme.

« **D**ate historique pour les patients et les médecins ». C'est ainsi que Laurent Degos, président de la Haute Autorité de Santé (HAS), a présenté le 29 juin dernier la mise en œuvre du dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins. Rendue obligatoire par la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et précisée par le décret du 14 avril 2005, l'EPP ne s'est pas aisément mise en place dans l'Hexagone. Faut-il rappeler qu'elle a été initialement définie dans un décret d'application de la loi du 4 janvier 1993, publié en décembre 1999. Volontaire, elle n'avait pas alors remporté le succès escompté. Le nouveau dispositif met donc un terme aux différentes tentatives des pouvoirs publics depuis plus de dix ans.

#### UN DISPOSITIF CONÇU POUR ÊTRE SIMPLE

Le dispositif adopté pour les médecins (voir encadré) par l'HAS se veut « simple, équitable et lisible ». Intégrée à la pratique médicale afin de ne pas représenter une charge de travail supplémentaire, l'EPP est réalisée pour et par des pairs. L'objectif est d'engager les professionnels de santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Tous les médecins ont désormais jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010 pour suivre à la fois une action d'évaluation ponctuelle (test de connaissances, bilan de compétences, etc.) et une action

d'évaluation continue (programme de suivi d'indicateurs, programme d'amélioration de la qualité...), toutes deux devant être validées pour satisfaire à l'obligation d'EPP. Pour l'être, les actions doivent porter sur des thèmes importants, être dotées d'une méthodologie d'évaluation explicite, garantir que les données concernant les patients ou les professionnels seront confidentielles et que la comparaison avec la pratique se fera sur des références validées, comprendre une action d'amélioration et l'évaluation de cette dernière. Les actions organisées dans le cadre de la seconde procédure de certification (ex-accréditation) des établissements de santé seront ainsi prises en compte pour l'EPP des médecins.

Pour les 123 000 médecins libéraux français<sup>1</sup>, ce sont les

Unions régionales (URML) qui seront chargées d'organiser l'EPP. Pour ceux qui travaillent exclusivement en établissement de santé (au nombre de 82 500), cette mission reviendra aux commissions médicales d'établissements (ou commissions médicales, conférences médicales).

#### MASSEURS-KINÉS ET DENTISTES DÈS LA FIN 2006 ?

Pour l'heure, le dispositif, dont le financement ne semble pas encore entièrement organisé, ne concerne que les médecins. Mais l'HAS en appelle déjà à un élargissement du dispositif afin que « toute personne qui s'approche du patient ait dans sa pratique une démarche qualité ». Infirmières, autres paramédicaux et cadres de santé devraient donc être concernés.

« Compte tenu du fait que la prise en charge des malades est de plus en plus le fait d'une pluralité de professionnels de santé et que les réseaux intègrent de nombreuses compétences professionnelles autres que médicales, l'HAS estime souhaitable que l'évaluation des pratiques professionnelles soit, demain, étendue à l'ensemble des professionnels du soin et invite les pouvoirs publics et les représentants des professions concer-

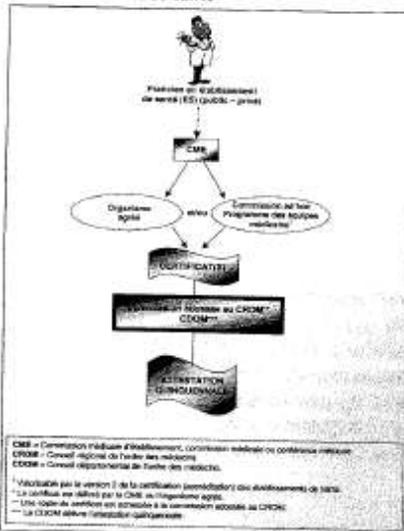
nées à s'engager sans tarder dans cette direction », explique cette instance. En réalité, les négociations sont d'ores et déjà engagées avec les dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes pour une éventuelle mise en œuvre du dispositif vers le début de l'année 2007.

#### POUR LES INFIRMIÈRES, D'ABORD LA V2

En ce qui concerne les infirmières, les choses prendront vraisemblablement un peu plus de temps en l'absence d'instance représentative de la profession. Mais des contacts avec l'HAS et les représentants des professionnels ne sont cependant pas à exclure dans les prochains mois. En attendant, c'est sur l'évaluation des pratiques professionnelles comprise dans la seconde version de la procédure de certification des établissements de santé (V2 - ex-accréditation, références 44, 45 et 46) que se penchent les cadres infirmiers. Pour aider les professionnels, l'HAS vient, d'une part, de publier un guide méthodologique portant sur "L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé"<sup>2</sup> qui détaille les approches et les méthodes à utiliser et, d'autre part, de présenter six méthodes d'amélioration de la qualité des soins (revue de pertinence des soins, revue de mortalité-morbidité, chemin clinique, audit clinique, audit clinique ciblé et maîtrise statistique des processus en santé) qui permettent de répondre aux références 44, 45 et 46. ■

Céline Dekussche

#### Démarche d'EPP pour le médecin salarié exerçant en établissement de santé



1. Selon Adeli révisé, 2003
2. Guide méthodologique téléchargeable sur [http://www.has-sante.fr/rubrique\\_publications](http://www.has-sante.fr/rubrique_publications)

## **5 Annexe 5 : Grille d'interview des médecins**

Cet entretien est anonyme.

L'objectif de l'interview est d'établir un état des lieux qui étaye notre recherche théorique et documentaire pour aborder le thème de l'EPP chez les infirmières au cours d'une journée d'étude dans l'objectif de la réalisation d'un colloque.

### **Présentation :**

1. Dans quel cadre exercez-vous ? (libéral, privé ou public)
2. Dans quelle spécialité ?
3. Depuis combien d'années exercez-vous ?

Comment restez-vous informé des évolutions juridiques de votre profession ?

### **EPPM :**

1. Votre définition des EPP. (Loi, déontologie...)
2. Pouvez-vous nous parler de votre dernière évaluation ?
3. De quelle façon a été choisi le thème de votre dernière évaluation ?
4. Qu'en est-il pour vous ?
5. Comment l'avez-vous vécu ?
6. Que pensez-vous du circuit de validation des EPP pour les médecins ?
7. Comment évaluiez-vous vos pratiques avant le décret de 2005 ?
8. Quel en était le dispositif (qu'il soit officiel ou officieux, initiatives...)
9. Comment comprenez-vous cette loi ?
10. Qu'en pensez-vous ?
11. Comment l'appliquez-vous ?
12. Selon vous la loi va-t-elle dans le sens du code déontologique ? Si oui en quoi, si non pourquoi ?
13. Dans votre pratique, de quelle manière vous sert les résultats des EPP (outils...) ?

14. Comment ressentez-vous ce regard critique sur votre pratique ? Le vivez-vous comme une « évaluation sanction » ou « évaluation formative » ?
15. Avez-vous pu constater des évolutions significatives au niveau des EPP ?
16. Quel est selon vous l'avenir des EPP ? (vos suggestions, préconisations, pistes...)
17. Avez-vous une méthode innovante ?

**EPPI :**

1. Quel rapport entretenez-vous avec le monde infirmier ? (*relation, représentations...*)
2. Que savez-vous des EPPI ?
3. Selon vous, y a-t-il un intérêt à faire des EPPI ? (*axes d'évaluation, gestes pro...*) Si oui le(s)quel(s) ?
4. Selon vous comment pourraient s'organiser les EPPI ? (*méthode, fréquence ...*)
5. Selon vous qui devrait évaluer les infirmiers dans :
  - ✓ Le libéral
  - ✓ Le privé
  - ✓ Le public
6. Pensez-vous que les EPPM soient transférables aux EPPI ? (*partiellement, totalement*)
7. Si oui : Quels éléments et dans quelle mesure ?
8. Si non : Quels éléments et pourquoi ?
9. Quelles perspectives pour les EPPI ? (*viabilité, pérennité*)

## **6 Annexe 6 : grille d'interview des infirmières**

Cet entretien est anonyme.

L'objectif de cette interview est d'établir un état des lieux qui étaye notre recherche théorique et documentaire pour aborder le thème des EPP chez les infirmières au cours d'une journée d'étude dans l'objectif de la réalisation d'un colloque.

### **Présentation :**

1. Dans quel cadre exercez-vous ? (Libéral, privé ou public).
2. Dans quelle spécialité ?
3. Depuis combien d'années exercez-vous ?
4. Comment restez-vous informé des évolutions juridiques de votre profession ?

### **L'évaluation dans leurs pratiques :**

1. Dans votre pratique existe-il des évaluations ?
2. Quel est l'objectif de ces évaluations ?
3. Qui vous évalue ?
4. Quel regard portez-vous sur ces évaluations dans le cadre de votre activité ?
5. Pensez-vous que ces évaluations soient utiles pour améliorer votre pratique ?
6. Si oui en quoi, si non en quoi ?

### **EPPM :**

(Justement dans le cadre de l'amélioration de leur pratique les médecins ont l'obligation de suivre une EPP).

1. Connaissez-vous les EPP chez les médecins ?
2. Dans votre hôpital connaissez-vous des médecins qui l'ont pratiqué ?

3. Selon vous est-ce que les EPP ont été bénéfiques pour l'hôpital ( en terme de qualité des soins, prise en charge des patients) ? Si oui pourquoi, si non pourquoi ?
4. Pensez-vous que dans la mise en place d'une EPP dans votre hôpital, vous avez un rôle à jouer ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?
5. Savez- vous comment les médecins choisissent le thème de l'évaluation de leur EPP ?
6. Connaissez-vous les instances qui valident l'EPP des médecins ?
7. Avez-vous des pistes d'amélioration pour la mise en place des EPP à l'hôpital ?

**EPPI :**

1. Selon vous les EPP des médecins sont-elles transposables dans le monde infirmier? Si oui à quelles conditions ? Partiellement, en totalité ?
2. Selon vous serait-il souhaitable pour l'amélioration des pratiques infirmières qu'il y est des EPP dans votre profession ?
3. Selon vous en quoi serait-elle bénéfique pour la profession ? Quels avantages, quels inconvénients ?
4. Selon vous quelle instance serait la plus pertinente pour mettre en place les EPP chez les infirmières ?
5. Selon vous qui devrait évaluer les infirmières ? Dans :
  - ✓ Le libéral.
  - ✓ Le privé.
  - ✓ Le public.
6. L'obligation imminente des EPP pour les infirmières vous y croyez ?
7. Si oui est-ce un sujet de conversation voire de préoccupation entre collègues ?
8. Si demain elles doivent être mise en place, pensez –vous que le monde infirmier est prêt à les concevoir et à les appliquer ?
9. Quelles perspectives pour les EPP infirmière ? (Viabilité, pérennité.)

## **7 Annexe 8 : Fiches pratiques d'organisation du colloque**

Fiche 1 : Accueil

Fiche 2 : Animation

Fiche 3 : Bénévoles

Fiche 4 : Budget

Fiche 5 : Comité organisateur

Fiche 6 : Inscription

Fiche 7 : Organisation matérielle

Fiche 8 : Personnes ressources et/ou conférenciers

Fiche 9 : Programme

Fiche 10 : Publicité et communication

Fiche 11 : Repas, pause et cocktail

Fiche 12 : Secrétariat

## 7.1 FICHE 1 - ACCUEIL

**Former un comité d'accueil qui a pour mandat :**

- Accueillir les exposants, les animateurs d'ateliers, les conférenciers et les participants à leur arrivée
- Diriger les participants et les conférenciers aux vestiaires
- Si besoin répondre aux besoins exprimés par ces derniers
- Accompagner les personnes ressources et les conférenciers (une personne par conférencier)

*L'accueil doit être CHALEUREUX et INVITANT. Les personnes à l'accueil doivent posséder toute l'information afin de pouvoir répondre à toutes les questions.*

**Table d'accueil** (une personne présente en tout temps, donc prévoir un horaire des personnes affectées à l'accueil)

- Nappe
- Chaises
- Cartes alphabétiques pour faciliter le travail de remise des documents (ex : de A à L et de M à Z)
- Pochettes supplémentaires pour les inscriptions sur place
- Téléphone
- Trousse de premiers soins (coordonnées des services d'urgence)
- Petite caisse
- Reçus
- Papeterie (crayons, trombones...)
- Liste des ateliers qui ont des places disponibles pour recevoir de nouvelles inscriptions.
- Bannière avec le thème de l'évènement
- Pancarte ou tableau avec le programme de la journée

*Avoir bien en vue le logo de l'évènement et de l'organisateur de l'évènement*

**Document à remettre sur place**

- Pochettes des participants
  - Choix d'ateliers
  - Reçus
  - Plan du site avec localisation des salles

*Il est bon d'avoir aussi un plan des lieux bien visible et affiché près de l'accueil.*

**Rendre visible la publicité des exposants et des commanditaires**

## 7.2 FICHE 2 - ANIMATION

**Choisir un président d'honneur :**

*Cette personne doit présenter un certain charisme et témoigner d'un intérêt manifeste pour les préoccupations des participants au colloque. En général on évite que cette personne soit impliquée dans l'organisation ou le financement de l'évènement.*

*Habituellement les frais de repas, de séjour et de déplacement du président d'honneur sont assumés par l'organisation de l'évènement, mais sa participation demeure bénévole*

**Prévoir un maître de cérémonie** (deux au max) pour :

- Présenter les gens
- Donner des indications sur le déroulement de la journée
- Faire une présentation du thème du colloque
- Etablir les liens entre les ateliers
- Animer la plénière, s'il y a lieu
- Faire les remerciements

*La personne qui prend la parole donne le ton à l'évènement. Il faut s'assurer que le protocole soit respecté en tout temps. Si utilisé l'humour doit rester de bon goût.*

*Il ne faut pas négliger l'aspect protocolaire lorsque vient le temps d'accorder la parole aux personnalités présentes ou même de déterminer leurs voisins de table !*

**Choisir des personnes pour présenter les personnes ressources**

*Les présentateurs doivent avoir une information suffisante de la personne ressource (référer au CV qu'elle a remis) pour la présenter aux participants qui assistent à l'atelier ou à la conférence.*

### 7.3 FICHE 3 - BENEVOLES

**Prévoir des bénévoles pour :**

- Accueillir et orienter les personnes ressources et conférenciers
- Présenter les personnes ressources et les conférenciers

**Possiblement des membres du comité organisateur**

- Résumer les ateliers pouvant servir à faire les Actes du colloque
- Diriger les personnes aux aires de stationnement
- Prendre des photos
  - Déterminer un plan de base (photographies protocolaires et photographies souvenirs)

**Etablir la liste des bénévoles possibles pour chaque secteur d'activité :**

- Organisation matérielle
- Stationnement
- Accueil et information
- Repas, pauses et cocktail

**Identifier les bénévoles (tee-shirt, brassards, cartons...)**

- Prévoir une rencontre avec eux pour :
  - Leur présenter la thématique de l'évènement
  - Discuter avec eux de la façon de créer une ambiance accueillante, harmonieuse et chaleureuse
  - Leur préciser certains aspects de l'organisation :
    - ✓ Déterminer qui fait quoi
    - ✓ Préciser le type de texte ou de présentation que les bénévoles devront préparer concernant les personnes ressources
    - ✓ Identifier à qui ils doivent se référer pour des demandes particulières
    - ✓ Convenir d'une procédure en cas d'urgence

**Assurer le suivi et l'accompagnement de ces personnes tout au long de l'évènement**

**Recueillir les textes servant à réaliser les Actes de l'évènement**

## 7.4 FICHE 4 - BUDGET

**Prévoir l'ouverture d'un poste budgétaire :**

**Prévoir le coût total de l'évènement**

**Prévoir le coût demandé aux participants incluant les taxes**

Prévoir un nombre minimal d'inscriptions pour la tenue de l'évènement (point de chute)

*Inclure le montant des taxes dans le coût de l'inscription et l'indiquer dans toutes les communications et les pages publicitaires.*

Déterminer si le coût de l'inscription inclut les repas

Prévoir un budget de secrétariat et de papeterie

*Prévoir les coûts de production du programme et des lettres d'invitation*

Prévoir un budget de location

Salles

Matériel audiovisuel et informatique

Transport (si nécessaire)

*S'assurer d'une marge de manœuvre*

**Prévoir un budget pour l'élaboration d'un site WEB en lien avec le colloque (graphisme, secrétariat...)**

**Plan de publicité et de marketing**

**Financement et commandites**

A l'interne

Voir si l'organisme qui prépare l'évènement peut accorder un budget de démarrage

*L'organisme qui soutient l'évènement sans contribuer au financement assure souvent une protection des sommes engagées en cas de problèmes (annulation par exemple). Il est souhaitable de prendre des ententes claires avec les autorités compétentes dès le départ.*

A l'externe

Commanditaires

✓ Faire la liste des commanditaires possibles

✓ Vérifier avec le supérieur immédiat ou les relations publiques du comité organisateur si les personnes choisies n'ont pas été déjà sollicitées par d'autres évènements.

*Les commandites se négocient le plus souvent par contact personnel. Il est préférable que peu de personnes s'en occupent.*

~~✓ Ecrire une lettre personnalisée à chaque commanditaire éventuel.~~

~~*Il est bon de leur préciser qu'une communication sera établie sous peu avec eux (visite, téléphone)*~~

*Cf. mail de Mr Vial : RDV avec le chef de projet, le senior et le commanditaire*

✓ Discuter avec les commanditaires des moyens retenus par le comité pour assurer la visibilité de ces partenaires (page publicitaire, pochette ou panneau à l'accueil, dans la salle plénière...)

## 7.5 FICHE 5 – COMITE ORGANISATEUR

### Former un comité organisateur pour l'évènement (six personnes au max)

- Déterminer les responsables :
- ✓ **chef de projet** :
  - ✓ **sénior** :
  - ✓ **Coordinateur** :

Etablir une liste des coordonnées des membres du comité organisateur incluant les mails, les numéros de téléphone pour permettre de les joindre en cas d'urgence. (Ne pas oublier le sénior)

### Faire un tableau des responsabilités

- Comité budget
- Comité logistique
- Comité thématiques
- Comité commandites (négociations)
- Comité secrétariat (dont inscription)

### Décider de la formule de l'évènement, des ateliers et des personnes ressources

#### Etablir le budget

*Voir avec nos commanditaires s'il leur reste du matériel utilisable d'autres évènements organisés par eux*

### Etablir un échéancier global avec des responsables associés à chaque étape

- Dates des rencontres
- Date du colloque :
- Dates des tombées :
  - Date de confirmation des participants
  - Date de confirmation des bénévoles
  - Date de limite d'inscription

*Garder les traces écrites de ce qui a été fait. Faire un compte rendu des rencontres du comité organisateur.*

### Prévoir un horaire détaillé, établir la logistique en détail (jours et heures)

*Prévoir une certaine altitude dans l'horaire pour permettre des ajustements en cas d'imprévus.*

### Vérifier la disponibilité des personnalités dont la présence est souhaitée

*Selon la popularité de ces personnes il est préférable de les inviter longtemps à l'avance.*

### Décider s'il y aura des Actes de l'évènement

#### Rédiger la lettre d'invitation

#### Réserver les salles

#### Evaluer, faire le point sur l'évènement :

- Evaluer l'organisation
- Analyser, s'il y a lieu, les questionnaires sur la satisfaction des participants ou les fiches d'évaluation de l'évènement et des ateliers.

- Faire le bilan financier
- Remercier les collaborateurs et les personnes ressources par écrit :
- Faire connaître les évaluations des ateliers aux animateurs

## **7.6 FICHE 6 - INSCRIPTION**

**Liste des participants possibles**

**Modalités d'inscription**

- Par courrier
- Par courrier électronique
- Par télécopieur

**S'il y a des ateliers à choisir, demander de faire au moins trois choix pour faciliter l'organisation des groupes**

**Préciser les modalités de paiement (signifier à qui le chèque sera libellé)**

**Déterminer les dates limites des diverses formes d'inscription (hâtives, régulières, tardives, de groupe, à rabais...)**

**Déterminer les coûts des diverses formes d'inscription (ex : tarifs préférentiels pour les membres d'une association, pour les étudiants, etc...)**

**Déterminer les modalités d'inscription sur place, s'il y a lieu**

**Déterminer les modalités d'annulation et de remboursement (date limite)**

**Organiser les modalités de compilation des inscriptions (exige un suivi régulier)**

Attribuer un numéro à chaque participant (cocarde, liste, choix d'ateliers).

Organiser les groupes en fonction des choix prioritaires et de l'ordre d'inscription (premier arrivé, premier servi).

## 7.7 FICHE 7 – ORGANISATION MATERIELLE

**Réserver le lieu de l'évènement (prévoir plusieurs salles pour les ateliers)**

**Connaître la capacité d'accueil des salles**

**Penser à l'aménagement du lieu d'accueil (tables, documents, café...)**

**Prévoir l'installation sur place d'un secrétariat fonctionnel**

**Prévoir les divers services de technologie**

Activer une adresse courriel  
 Concevoir un site web si possible (nommer une personne responsable)  
 Vérifier les possibilités de photocopies, de courriel ou autres avec les responsables de l'endroit qui accueille l'évènement. Rattachant (soit pour organiser un secrétariat sur place, soit pour les présentations)

**S'assurer d'avoir des installations électriques et des branchements internet haute vitesse et téléphoniques, si nécessaire.**

Si un branchement internet est requis, vérifier si l'endroit en offre l'accès (pour lequel il faut avoir un service à distance) ou s'il offre un accès direct.  
***Un technicien est-il disponible en tout temps ?***

**Prévoir le matériel audiovisuel et informatique**

Demander aux animateurs de préciser leurs besoins en matériel audiovisuel et informatique  
 Vérifier le matériel disponible à l'interne (rétroprojecteur, projecteur multimédia, écran, ordinateurs...)

***La location de matériel audiovisuel est couteuse.***

Caméra  
 Il faut une personne responsable des photographies, soit un membre de l'organisation, soit un professionnel  
 Déterminer s'il s'agit de photos protocolaires ou de photos souvenirs et établir un plan en conséquence  
 Vérifier à l'avance l'efficacité du ou des systèmes de son qui seront utilisés.

**Préparer la liste de tout le matériel nécessaire pour toutes les activités reliées à l'évènement.**

Papeterie : papier, enveloppes, timbres....

***Prévoir les délais d'impression pour la production du programme de l'évènement.***

Papier en-tête de l'organisation  
 Identification des locaux réservés pour les ateliers  
 Cocardes (identification visuelle différente selon la catégorie)  
 Les participants  
 Les responsables de l'évènement  
 Les personnes ressources

***On peut retrouver le choix des ateliers et les locaux correspondants sur un carton glissé dans la cocarde.***

***Prévoir la récupération des cocardes***

Tableau magnétique

- Tableau à feuilles
- Crayons marqueurs à encre délébile et indélébile (bien identifiés)
- Efface à tableau et liquide nettoyant
- Nappes pour les tables des conférenciers
- Gommette
- Ruban Gommé
- Ruban isolant (pour sécuriser les fils du matériel audiovisuel et informatique)
- Rallonges électriques
- Fils de réseautage
- Décorations
  - Fleurs ou plantes décoratives
  - Réalisations d'artistes locaux ?!

**Concevoir la pochette des participants**

- Choisir le type de pochette à remettre aux participants.
- Déterminer le contenu de la pochette pour les participants
  - Pour les participants
    - ✓ Papier et crayon
    - ✓ Cahier du participant
    - ✓ Reproduction des divers documents remis
    - ✓ Publicité des commanditaires
    - ✓ Fiche de l'évaluation de l'évènement

**Produire une fiche d'évaluation de l'évènement**

- Identifier les éléments de l'évènement pour lesquels on souhaite obtenir des commentaires et qui amélioreront l'organisation du prochain colloque

**Cadeaux pour les participants, les invités de marque ou les conférenciers**

**Petite caisse**

**Banderole avec le thème et le logo de l'évènement**

**Cartons ou affiches avec le nom de l'animateur, titre de l'atelier et le numéro correspondant de la salle où se tiendra l'atelier ou la conférence.**

**Plan des lieux avec localisation des salles**

- Dans les pochettes et à l'accueil

*Le plan doit être visible à 3 ou 4 mètres*

**Salle de réunion pour les organisateurs**

**Salle de pause pour les personnes ressources**

**Lieux des pauses**

- Prévoir des nappes et de la vaisselle, si nécessaire
- Prévoir des sacs pour les déchets
- Café, jus, brioches...

**Vestiaire**

- Déterminer l'endroit
- Prévoir des indications pour y accéder

- S'assurer qu'il y ait des espaces de rangements et des cintres
- Prévoir des coupons pour identifier les vêtements
- Déterminer qui seront les préposés (bénévoles)
  - ✓ Organiser la gestion de ce vestiaire

**Stationnement**

- Prévoir un stationnement à proximité et d'une superficie suffisante pour accueillir les participants
- Donner des indications pour accéder au stationnement et, de ce lieu, pour se rendre à l'endroit prévu pour la tenue de l'évènement (pancartes)

**Verre et bouteille d'eau pour les animateurs**

*Indispensable même si ce n'est que pour une courte allocution.*

**Repas**

- Table d'honneur ou table réservée s'il a lieu
- Prévoir des cartons avec la mention « réservée »*

## 7.8 FICHE 8 – PERSONNES-RESSOURCES OU/et CONFÉRENCIERS

**Demander aux conférenciers ou aux personnes ressources de :**

Fournir une description de leur atelier

*Proposer un formulaire prédéfini qui assure que tous les renseignements souhaités sont bien présents*

*Si les Actes de l'évènement sont prévus, demander un texte et l'autorisation de le publier.*

Fournir le document qui doit être reproduit et remis aux participants

Fournir une copie du CV pour les présenter de façon adéquate

Fournir une photographie d'eux si le programme contient des photographies

Préciser leurs besoins matériels et d'organisation de la salle si possible

*Pour éviter les oublis, proposer la liste des facilités habituelles (tableau, tableau à feuille, rétroprojecteur, portable, projecteur multimédia (canon), vidéo, téléviseur, branchement internet...).*

*Si plusieurs portables et plusieurs projecteurs multimédias sont nécessaires, il est suggéré de demander à la personne-ressource de fournir son matériel, si elle le peut.*

Préciser le nombre de participants souhaités

Confirmer leur participation avant la date limite que les responsables puissent acheminer aux participants l'information pour les choix des ateliers.

**Il faut préciser clairement les conditions de leur participation à l'évènement**

Plusieurs organisations offrent aux personnes-ressources une participation gratuite au reste de l'évènement.

Dans le cas de personnes ressources de renom ou de personnes ressources qui travaillent à leur compte, il faut s'attendre à déboursier des honoraires pour leur atelier.

Le moment où elles recevront leur paiement, les formulaires à remplir, s'il y a lieu, et les factures à acheminer (à qui ? où ?). Il arrive qu'il soit préférable de signer un contrat en bonne et due forme avec les animateurs.

**Il faut préciser le nom de la personne à qui ils pourront se référer durant tout l'évènement**

**D'assister la personne-ressource ou le conférencier dans la distribution de documents, s'il y a lieu.**

**Leur remettre une cocarde différente.**

**Prévoir une alternative si une personne ressource doit s'absenter.**

## **7.9 FICHE 9 – PROGRAMME**

**Déterminer le contenu et l'horaire des activités**

**Choisir un modèle de programme**

**Prévoir**

Un mot d'introduction du président d'honneur ou de la personne en autorité

Un mot du coordinateur de l'évènement

Un texte sur la thématique de l'évènement

Le programme de la journée

Une page synthèse des ateliers (l'évènement en un coup d'œil)

La description détaillée des ateliers et des conférences

Le logo ou la publicité des commanditaires

Un mot de remerciement à la fin

Les renseignements reliés au coût de l'évènement

## **7.10 FICHE 10 – PUBLICITE ET COMMUNICATION**

**Demander les autorisations de publication et de publicité aux personnes en autorité**

**Faire connaître le projet de l'évènement aux partenaires les plus proches**

- Chef de service
- Médecins
- Infirmiers
- Représentant de la HAS
- ...
- ...

**Prévoir la publicité des commanditaires**

**Types de publicité**

*Choisir la voie la plus efficace pour joindre les personnes ciblées par le comité organisateur*

- Conférence de presse
- Journaux
- Courriel
- Radio
- Réseau pro Viadeo

**Prévoir une relance publicitaire**

## **7.11 FICHE 11 – REPAS, PAUSES ET COCKTAIL**

**Prévoir l'organisation du repas**

S'ils sont laissés libres, il faut suggérer une liste de restaurants situés à proximité avec adresse et téléphone.

Si le repas est inclus, il faut en composer le menu

**Attention aux allergies**

**Il est préférable d'offrir du café et ou des jus à l'arrivée des participants**

Déterminer s'il faut ou non assigner les places lors des repas

**Une table est souvent réservée au comité organisateur**

**Prévoir dans le prix d'inscription, le coût des pauses et des repas qui seront pris sur place**

**Engager un traiteur au besoin**

**Aménager des lieux de pause dans les différentes aires où se**

**déroulent les ateliers. Prévoir les articles suivants :**

- Nappes
- Vaisselle si nécessaire
- Sacs poubelle
- Objets décoratifs pour les lieux de pause

**Prévoir l'animation de la pause**

Signal qui annonce la fin de la pause

Musique

## 7.12 FICHE 12 – SECRETARIAT

**Prévoir du temps de secrétariat**

*Il est bon de calculer le budget en temps réel, idéalement il doit être contrôlé par la même personne, ce qui facilite une meilleure cohérence et un meilleur suivi.*

**Faire connaître le nom du trésorier aux partenaires de l'organisation**

**Prévoir une disponibilité accrue pour le secrétariat au moment de la publicité de l'évènement et au moment de l'inscription, de même qu'à la dernière semaine précédant le colloque et au moment du colloque**

**Compiler les inscriptions et réaliser toutes les tâches reliées à cette opération**

**Préparer les reçus d'inscription**

**Prévoir la pochette des participants**

*Il serait sage de prévoir du temps auprès de l'imprimeur qui réalisera l'impression des pochettes et des autres documents relatifs l'évènement.*

**Prévoir du temps pour les comptes rendus des rencontres du comité organisateur**

**Prévoir du temps pour réaliser les Actes du colloque**

## 8 Index

AFSSAPS : l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AIIC : Association des infirmières et des infirmiers du Canada

ANAES : Agence nationale d'Accréditation et d'Évaluation

ANDEM : Agence pour le Développement de l'Évaluation Médicale

ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmier

CME : Conférences médicales d'Établissements Privé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNFMC : Conseil National de Formation Continue

CR : Commission Régionale

CSP : Code de la Santé Publique

EBM : *Evidence Based Médecine*

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPPI : Evaluation des Pratiques Professionnelles Infirmières

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier

MH : Médecins Habilités

OA : Organismes Agréés

ONDPS : Observatoire Nationale due la démographie du Personnel de Santé

OPC : Organisation de la Prise en Charge

RMO : Références Médicales Opposables

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

SMR : Service Médical Rendu

URML : Union Régionaux des Médecins Libéraux → URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé.