

Etude



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

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

**Version courte**



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



# Sommaire

<b>1</b>	<b>PRESENTATION DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>4</b>
1.1	INTRODUCTION .....	4
1.2	LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	4
1.2.1	<i>Trois objectifs majeurs .....</i>	<i>4</i>
1.2.2	<i>Les résultats attendus .....</i>	<i>5</i>
1.2.3	<i>La diffusion et l'exploitation viseront .....</i>	<i>5</i>
1.3	LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE .....	5
1.3.1	<i>Une recherche généraliste .....</i>	<i>5</i>
1.3.2	<i>Une recherche ciblée .....</i>	<i>5</i>
1.3.3	<i>Identification des professionnels à interviewer .....</i>	<i>6</i>
<b>2</b>	<b>RAPPORT HISTORIQUE, JURIDIQUE ET EXISTANT .....</b>	<b>6</b>
2.1	INTRODUCTION .....	6
2.2	L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES EN FRANCE .....	7
2.2.1	<i>Le code déontologique .....</i>	<i>7</i>
2.2.2	<i>Le décret du 14 avril 2005 .....</i>	<i>8</i>
2.3	LA HAS .....	9
2.3.1	<i>Les missions de la HAS .....</i>	<i>9</i>
2.3.2	<i>Ses partenaires .....</i>	<i>10</i>
2.4	UNE DÉFINITION DE L'EPP .....	10
2.5	LES MODALITÉS D'ORGANISATION .....	11
2.6	LE DÉROULEMENT DE L'EPP .....	11
2.7	L'EPP FACE AUX DIFFÉRENTES PROCÉDURES .....	14
2.7.1	<i>La certification des établissements de santé .....</i>	<i>14</i>
2.7.2	<i>Les critiques du système .....</i>	<i>16</i>
<b>3</b>	<b>LA PRATIQUE INFIRMIÈRE .....</b>	<b>17</b>
3.1	DÉFINITION DU MÉTIER .....	17
3.2	ACTIVITÉS .....	17
3.3	REFERENTIEL DE COMPÉTENCES .....	18
3.4	CRITÈRES D'ÉVALUATION ET INDICATEURS .....	19
3.5	L'EXISTANT EN EPPI .....	19
3.5.1	<i>Dans le secteur public .....</i>	<i>19</i>
3.5.2	<i>Dans le secteur Privé .....</i>	<i>20</i>
3.5.3	<i>Dans le secteur libéral .....</i>	<i>21</i>
3.6	L'EXISTANT EN EPPI A L'INTERNATIONAL .....	22

---

3.6.1	<i>La définition de l'EBM</i> .....	22
3.6.2	<i>Obstacles ou facteurs propices au développement</i> .....	23
<b>4</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>26</b>
5.1	LES OUVRAGES.....	26
5.2	LES FONDS DOCUMENTAIRES .....	27
5.2.1	<i>De la HAS</i> .....	27
5.2.2	<i>Du Ministère de la Santé et des sports</i> .....	28
5.2.3	<i>De l'ANAES</i> .....	28
5.3	LES ENQUETES ET ARTICLES :.....	28
5.4	LES TEXTES DE LOI : (CITES PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE).....	28
<b>6</b>	<b>INDEX</b> .....	<b>29</b>

---

# 1 Présentation de l'étude

## 1.1 Introduction

Dépasser les  
représentations et  
les craintes

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

Pour s'approprier  
une démarche

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

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

## 1.2 Les objectifs de l'étude

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

Un travail  
d'explicitation sur le  
contexte

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

### 1.2.1 Trois objectifs majeurs

Une lecture  
Transversale

- L'association Actéchange, à travers ce rapport et par la suite, par une journée d'étude et enfin un colloque, souhaite engager un état des lieux et une réflexion autour des EPP, visant à une mise en débat du contenu, méthodes et conditions des évaluations : législation, critères, éthique, tiers évaluateur...
  - Cette mise en lumière sur ce sujet « sensible » sera l'occasion d'échanges entre les différents praticiens de la santé et les institutions en charge des modalités.
  - Elle sera également l'opportunité d'évoquer la mise en œuvre de cette évaluation dont l'obligation est imminente.
-

### 1.2.2 Les résultats attendus

Des liens  
professionnels qui  
unissent les acteurs

- Mise en évidence de l'usage des EPP dans le milieu médical, des préoccupations communes et préconisations sur la transférabilité de la démarche.
- Mise en évidence des éléments de contexte, de la méthode, des étapes, des difficultés, des outils et conditions de réussite...
- Les professionnels concernés ambitionnent une collaboration étroite afin de rendre cette évaluation opérationnelle.
- La journée d'étude ainsi que le colloque doivent permettre d'apporter des avancées, voire des propositions concrètes ouvrant sur de nouvelles perspectives

### 1.2.3 La diffusion et l'exploitation viseront

Une restitution  
ciblée

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

## 1.3 LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

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

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

### 1.3.1 Une recherche généraliste

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

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

### 1.3.2 Une recherche ciblée

Cette recherche ciblée est passé du juridique à l'empirique. Elle a balayé les aspects historiques, juridiques, éthiques ainsi que les

---

acteurs et la cartographie de l'existant, les partenaires, les référentiels.

### **1.3.3 Identification des professionnels à interviewer**

Interroger les  
conditions d'exercice  
des EPP

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

Dans un deuxième temps nous interrogerons les infirmières.

Des freins, des  
opportunités et des  
succès

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

## **2 Rapport historique, juridique et existant**

### **2.1 Introduction**

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

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

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

Tout d'abord l'évaluation des pratiques professionnelles [EPP] est un terme à la mode mais c'est surtout une démarche inéluctable d'amélioration continue de la qualité des soins. L'évaluation des

pratiques professionnelles se décline en un niveau individuel (le professionnel) et en un niveau collectif (une équipe, un service, un établissement de santé).

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

À la suite du rapport du Haut Comité portant réforme de l'assurance maladie<sup>1</sup>, le législateur a repris à son compte l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) comme l'un des outils principaux de régulation du fonctionnement du système de soins et de maîtrise des dépenses de santé.

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

## **2.2 L'évaluation des pratiques médicales en France**

### **2.2.1 Le code déontologique**

Dans le code de déontologie des médecins il est dit :

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

Entretien et  
perfectionner ses  
connaissances

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

*« Cette évaluation peut concerner un nouveau médicament, une nouvelle technique médicale ou chirurgicale, une exploration ou une*

---

<sup>1</sup> Loi n°2004-810 du 13 Aout 2004 relative l'assurance maladie

<sup>2</sup> Article R 4127-du code de déontologie médicale

<sup>3</sup> Extrait de l'Article 11 : formation continue - Evaluations des pratiques

Des méthodes  
rigoureuses et adaptées

*stratégie diagnostique ou thérapeutique, mais aussi des méthodes anciennes que de nouvelles données **remettent en question**. L'organisation d'une pratique peut être ainsi évaluée et confrontée aux besoins de la population, eux-mêmes explorés par des enquêtes épidémiologiques. »*

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

Se confronter à des  
confrères ou des  
chercheurs

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

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

### 2.2.2 Le décret du 14 avril 2005

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

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

Une démarche  
structurée  
d'amélioration des  
pratiques

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

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

---

Le constat d'écarts doit  
conduire à des actions  
correctives

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

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

## **2.3 LA HAS**

### **2.3.1 Les missions de la HAS**

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

Trois grandes directions sont retenues :

Rédaction d'un  
référentiel

- Direction de l'Accréditation et de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles
- Direction de l'Aide à la Décision Publique et Professionnelle
- Direction Recherche et Valorisation.

La HAS a 5 missions principales :

Notion de degré  
d'engagement

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

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

### 2.3.2 Ses partenaires

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

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

## 2.4 Une définition de l'EPP

EPP comme démarche  
formative

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

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

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

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

Les médecins habilités  
sont les évaluateurs

Elle forme et habilite, en partenariat avec les URML et le conseil de l'ordre, les futurs médecins évaluateurs « les médecins habilités » (MH). D'autre part, en concertation avec le CNFMC, elle donne son agrément aux différents organismes qui postuleront à aider les médecins lors de l'EPP. Ces Organismes Agréés (OA), de nature diverse, devront répondre à un cahier des charges réalisé par la HAS.

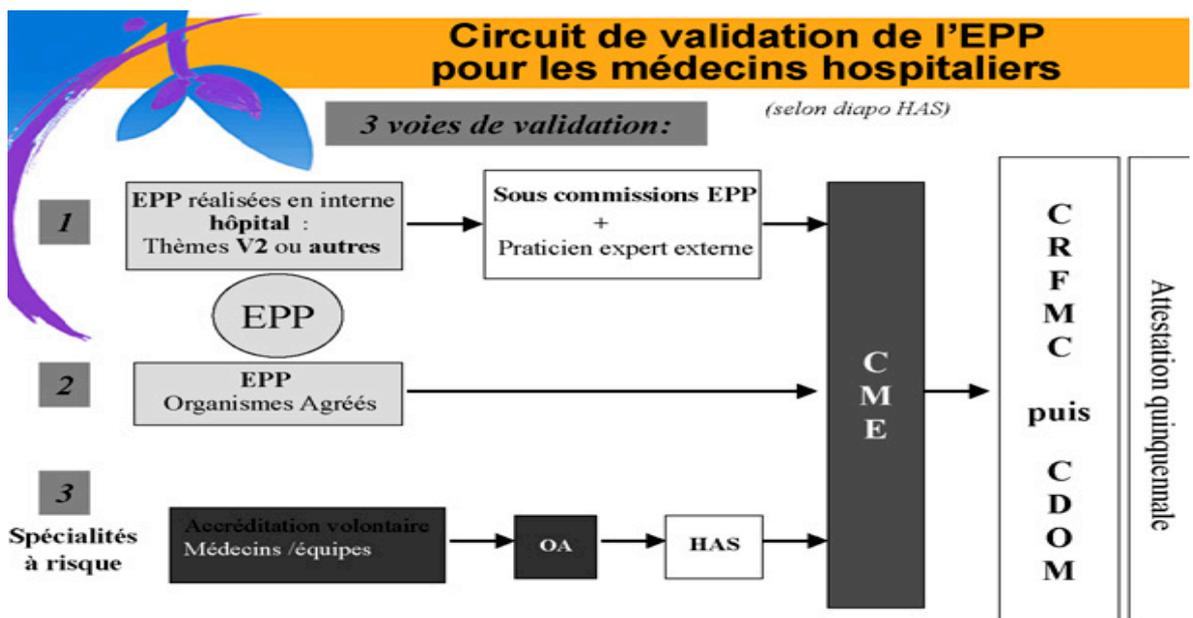
Elle veillera aussi au respect par les OA et les MH de leurs obligations (utilisation de la méthodologie arrêtée par la HAS...).

---

## 2.5 Les modalités d'organisation

Les modalités d'organisation de l'EPP varient selon le statut du médecin:

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



## 2.6 Le déroulement de l'EPP

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

Une démarche  
individuelle ou  
collective

Une fois le médecin engagé dans une action ou un programme d'EPP, il reçoit un certificat établi selon son statut par l'URML ou la CME dont il dépend. Une copie est adressée à la Commission

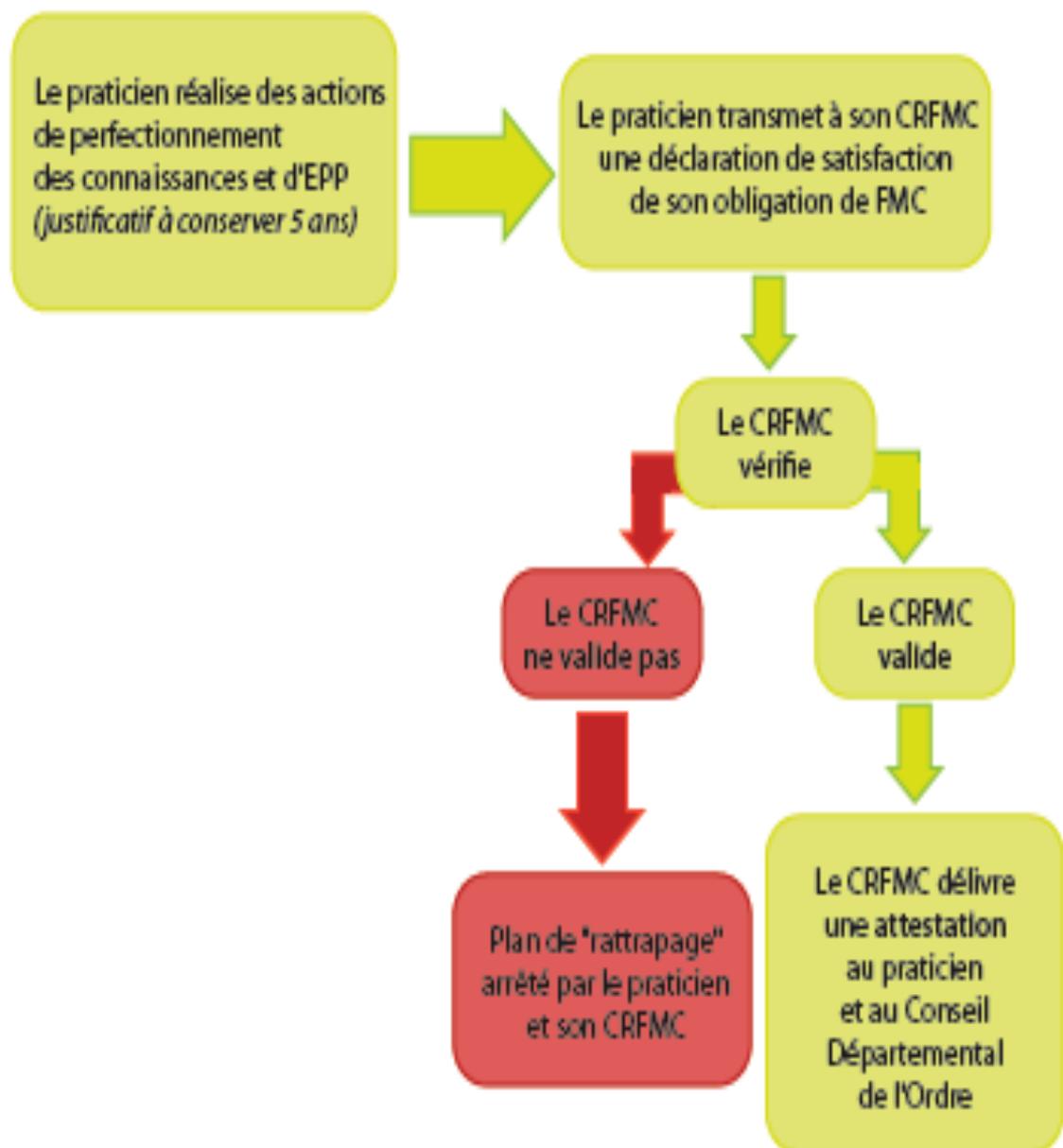
Une attestation valable  
5 ans

Une validation  
individuelle

Régionale (CR), composée de trois membres désignés par chacun des conseils nationaux de la FMC, de médecins n'exerçant pas de fonction électorale au sein du conseil de l'ordre des médecins, et de trois membres désignés par le conseil régional de l'ordre.

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

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



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

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

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

Vers une reconnaissance  
d'autres approches

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

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

➤ Sanctions prévues

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

A ces jours seuls les  
médecins libéraux sont  
concernés

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

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

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

## **2.7 L'EPP face aux différentes procédures**

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

### **2.7.1 La certification des établissements de santé**

Mesure du service rendu  
(SMR)

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

Ce n'est plus le cas dans la nouvelle procédure de certification (nouveau manuel version 2) ; en effet, celle-ci met l'accent sur l'EPP comme mesure du service médical rendu (SMR) et s'inscrit ainsi dans les nouvelles démarches d'amélioration de la qualité des soins mises en place dans les établissements de santé.<sup>4</sup>

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

Les problèmes de prime d'assurance des médecins pratiquant des spécialités sensibles ont également conduit le législateur à mettre

---

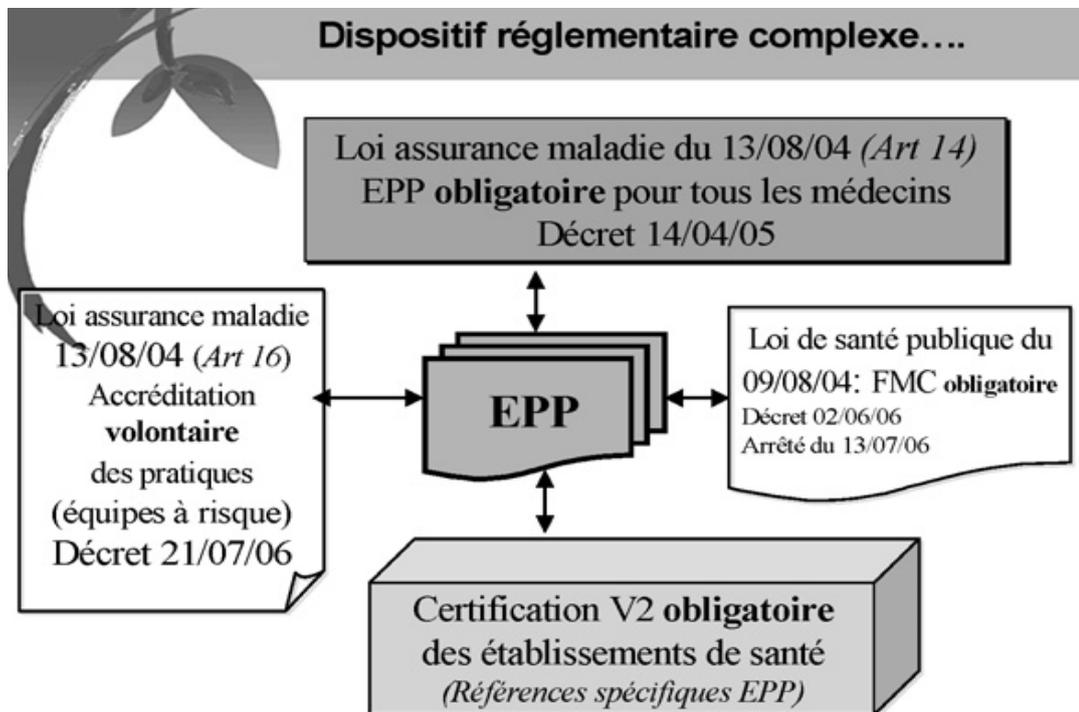
<sup>4</sup> ANAES. Le manuel d'accréditation ANAES dite certification V2, 2004.

en place une nouvelle démarche d'accréditation de certaines spécialités médicales.

Accréditation basée sur  
le volontariat

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

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



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

2004 une année  
charnière

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

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

## 2.7.2 Les critiques du système

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

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

Un décret qui tarde à  
venir

*« Le changement de gouvernement a imposé une nouvelle concertation autour de ce texte. En son attente, le conseil national de FMC (CNFMC) a commencé à étudier les dossiers de demande d'agrément des organismes. Sur les 402 dossiers reçus, 84 décisions ont été prises. 60 associations ont été agréées, 20 ont vu leur dossier refusé et 4 sont actuellement en suspens ».*<sup>5</sup>

- ✓ Il existe un manque d'articulation entre les procédures de FMC et d'EPP qui répondent à des cahiers des charges et à des modalités pratiques différentes.<sup>6</sup>
- ✓ Il serait souhaitable de préciser le type de condamnation à laquelle un médecin s'expose s'il s'oppose à une EPP. Cette condamnation au titre des articles L145-1 n'est pas précise et suivants du code de la sécurité sociale nous ne pouvons pas déduire s'il s'agit d'un avertissement, un blâme, ou bien une interdiction.

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

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

Beaucoup de questions  
en suspens

<sup>5</sup> Cabarrot P., Dorval E., Chabot JM. «The evaluation of professional practice s and their use in hepatogastroenterology ». Gastroenterol Clin Biol, 30 Mars 2006.

<sup>6</sup> Décret n°2005-346 du14 Avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

## 3 La pratique infirmière

### 3.1 Définition du métier

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

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

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

### 3.2 Activités

- ✓ Observation et recueil de données cliniques
  - ✓ Soins de confort et de bien-être
  - ✓ Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes
  - ✓ Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes
  - ✓ Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique
  - ✓ Coordination et organisation des activités et des soins
  - ✓ Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits
  - ✓ Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires
  - ✓ Veille professionnelle et recherche. Activités détaillées de :
    - **Relation avec des réseaux professionnels** :
    - ✓ lecture de revues professionnelles
    - ✓ lecture de travaux de recherche en soins
    - ✓ constitution et alimentation d'une base d'information sur la profession d'infirmier et les connaissances professionnelles
    - ✓ recherche sur des bases de données existantes dans les domaines du soin et de la santé
    - ✓ recherche sur les bases de données existantes, des recommandations de bonnes pratiques.
-

- **Rédaction de documents professionnels et de recherche :**
  - ✓ réalisation d'études et de travaux de recherche dans le domaine des soins
  - ✓ réalisation de publication à usage de ses pairs et/ou d'autres professionnels de santé
  - ✓ rédaction de protocoles ou de procédures
  - ✓ accompagnement de travaux professionnels
- **Bilan sur les pratiques professionnelles :**
  - ✓ échanges de pratiques professionnelles avec ses pairs ou avec d'autres professionnels de la santé
  - ✓ apport d'éléments dans le cadre d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques ou dans le cadre d'évaluation de pratiques professionnelles
  - ✓ mise en place de débats sur les éléments éthiques dans un contexte de soins
  - ✓ veille professionnelle et réglementaire

### **3.3 Référentiel de compétences**

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

Capacités devant  
maîtrisées

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

---

### 3.4 Critères d'évaluation et indicateurs

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

### 3.5 L'existant en EPPI

#### 3.5.1 Dans le secteur public

- ✓ L'Évaluation / notation est une obligation « légale » pour les agents stagiaires et titulaires (pas pour les contractuels).
- ✓ C'est le Directeur qui a le pouvoir de notation (Après avis de la Commission Administrative Paritaire).
- ✓ La notation est annuelle. Elle comporte une note chiffrée et une appréciation générale écrite, exprimant, « *d'une part, la valeur professionnelle de l'agent, compte tenu de ses compétences dans le poste occupé, de son aptitude à la gestion et de son sens des relations et, d'autre part, le cas échéant, son aptitude à exercer un emploi de la classe supérieure* ».

- ✓ La notation doit être faite dans le cadre d'un entretien. Le premier avis est donné par le supérieur hiérarchique direct.
- ✓ La note définitive doit être communiquée à l'agent lui-même.
- ✓ Chaque agent peut solliciter une révision de cette note par lettre adressée au président de la commission administrative paritaire.
- ✓ La Haute Autorité de Santé (HAS) demande dans le cadre de la certification des établissements de santé que durant l'évaluation annuelle « *des objectifs soient fixés pour l'année suivante et que les besoins individuels en formation soient identifiés* ».

### 3.5.2 Dans le secteur Privé

400 fermetures en  
8 ans

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

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

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

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

#### 3.5.2.1 Aujourd'hui

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

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

Les cadres  
infirmiers ne sont  
pas formés à  
l'évaluation

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

---

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

### 3.5.2.2 Demain

Indispensable maillon de la roue de Deming, l'évaluation ne peut faire l'économie de son propre examen, son autocontrôle, d'où la **nécessité d'être en mesure d'évaluer l'évaluation.**

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

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

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

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

Les enjeux de  
l'évaluation sont  
compris

### 3.5.3 Dans le secteur libéral

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

Rompre  
l'isolement

médicale permet la mise en œuvre d'une pratique « protocolée ».  
Source internet <sup>7</sup>

### 3.6 L'existant en EPPI à l'international

Le Canada est le Pays phare en matière d'évaluation des pratiques infirmières.

En effet, le cœur de la pratique infirmière est d'être basé sur des preuves.

Recherche de preuve  
comme méthode de  
raisonnement

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

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

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

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

#### 3.6.1 La définition de l'EBM

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

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

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

---

<sup>7</sup> <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/levaluation-des-pratiques-professionnelles-epp-vers-une-amelioration-de-la-prise-en-charge-des-patients.html>

Nécessité d'une  
formation  
méthodologique

***jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique. »***

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

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

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

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

### **3.6.2 Obstacles ou facteurs propices au développement**

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

- 1. les intérêts professionnels des médecins et des infirmières.**
  - 2. l'organisation des soins et les mécanismes de financement.**
  - 3. l'impact de la législation et de la réglementation des activités des professionnels de santé sur le développement des nouveaux rôles.**
  - 4. la capacité du système de formations initiale et continue à produire des infirmières aux compétences plus élevées.**
-

## 4 Conclusion

Il faut garder en mémoire que la finalité de l'EPP est l'amélioration de la qualité des soins et du service médical (et non médical) rendue à chaque patient ou usager du système de santé par les professionnels de santé médicaux ou non médicaux.

Plus les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles seront intégrées à la pratique quotidienne moins elles seront ressenties comme un « poids administratif de plus » et plus la compréhension de la démarche sur un plan méthodologique en sera facilitée. En effet, le concept d'EPP est simple, de même, après un temps d'assimilation, la plupart des outils ou méthodes disponibles. C'est la multiplication des voies possibles d'EPP pour les médecins et les différents intervenants qui rendent la compréhension de la démarche d'EPP un peu difficile à appréhender.

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

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

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

- De par la formation initiale (où l'auto évaluation occupe une place significative) les infirmières sont sensibilisées à la culture de l'évaluation, même si, parfois, cette culture est centrée sur une approche normative.
  - Une part significative de l'activité clinique infirmière est déjà « protocolée ». Les infirmières ont, plus que d'autres professionnels, l'habitude d'un exercice en équipe coordonné et d'une pratique analysée.
  - L'engagement des soignants dans une démarche organisée d'amélioration de la qualité des soins est de nature à mettre en confiance les patients.
-

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

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

Malgré les freins à cette démarche que nous avons pu observer à travers l'étude (économiques, culturels, organisationnels et structurels....) une certaine transférabilité semble envisageable mais nécessite une coopération des acteurs qu'ils soient praticiens, institutionnels, formateurs... Or l'objectif de correction des pratiques, qui fait de la mesure publique EPPI un contrôle des bonnes pratiques et non pas une évaluation ne facilite pas l'engagement des acteurs.

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

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

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

---

## 5 Bibliographie

### 5.1 Les ouvrages

- BERLAND (Y.). Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences. Rapport d'étape de la Mission ministérielle. Octobre 2003
- BOURGUEIL (Y), MAREK (A), MOUSQUES (J). La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 95, Juin 2005, 12 p.
- BOURGUEIL (Y). Formation pour la pratique avancée des infirmières en France. Savoirs et soins infirmiers
- BRAS (P.L) et DUHAMEL (G). Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Novembre 2008.
- BROUCHET (J.). [Délégation et transfert de compétences](#)
- CANDAU (K), responsable de la communication à la Haute Autorité de Santé. [Coopération entre professionnels de santé](#) Actualités, 8 novembre 2006
- CARIE (M.C.). La pénurie est là... Quelle ressource avons-nous. Revue Professions Santé, n°56, juin/juillet 2004, p.12
- CHABOISSIER. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation. Soins Vol 54, N° 732 - janvier-février 2009 pp. 63-64
- CLAUDOT (F.). Délégation des tâches et transfert de compétences, approche juridique. Soins Supplément 1 au n°696, juin 2005, 1 S 17-19.
- COUDRAY (MA). Profession, quel avenir ? *La Presse médicale*, 2004 ; 200 : 119-21
- DEBOUT. Les soins infirmiers : une profession, une discipline, une science. Soins Vol 55, N° 748 - septembre 2010 pp. 57-60
- DEBOUT. EPP, un potentiel pour la profession infirmière. Soins Cadres Vol 15, N° 58 - mai 2006 pp. 49-51
- DEBOUT. Les pratiques avancées en soins infirmiers à l'international. Soins Vol 55, N° 751 - décembre 2010 p. 40
- CHAGHE. La formation continue est incontournable. Soins Vol 51, N° 706-SUP - juin 2006 pp. 2-5
- DEKUSSCHE (C.). Coup d'envoi officiel des transferts de compétences. Soins Cadres, n°53, février 2005, pp.7-8.
- DELANNOY: infirmière en pratique avancée, une fonction à développer en Europe. Soins Cadres Vol 15, N° 58 - mai 2006 pp. 65-68
- DEVERS (G.).Déléguer non, collaborer... Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.44-45.
- DEVERS (G). La profession infirmière : de l'acte à la fonction. Droit, déontologie et soin Volume 8, numéro 3. Pages 270-277 (septembre 2008)
- EGGERS. Déontologie en soins infirmiers. Droit, déontologie et soin Vol 2, N° 3 - septembre 2002 pp. 329-432
- ETOURNEAU. De nouveaux métiers pour soigner demain. Soins Vol 53, N° 722 - janvier-février 2008 pp. 5-6
- FABRE-CENTOGAMBE C. La consultation : de l'art de soigner au professionnalisme. *Objectif soins*, 2004 ; 124 : I-X.
- GIORGI. Référentiel de bonnes pratiques médicales : Evaluation des Pratiques Médicales.
- HEBRARD (P.). Question autour de la définition et du transfert des compétences. Soins Cadres, n°51, août 2005, pp.62-66.
- ISAMBART (G). [Transfert de compétence](#)
- ISAMBART (G). Nouvelles coopérations entre les professionnels de santé, le point au 08 juin 2007
- JOUTARD (T.). Professionnalisation et transfert de compétences. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, p.19.
- KHAN (S.). Transfert de compétences : effet de mode ou véritable enjeu ? Décision Santé n°217, septembre 2005, pp.28-29
-

- KOFFI. Soins : la professionnalisation des soins infirmiers dans l'espace francophone  
Vol 51, N° 709 - octobre 2006 pp. 55-56
- LANGLOIS (G.). Transfert de compétences. Enquête. Vers de nouvelles carrières.  
L'Infirmière Magazine, n°206, juin 2005, pp.40-42.
- LANG (V.). Professionnalisation, cadres d'interprétation et enjeux. Dossier Soins  
Cadres, n°50, mai 2005, pp.21-24.
- LEBOEUF (D.), MATILLON (Y.). De l'utilité de l'évaluation des compétences  
professionnelles en santé. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.25-28.
- LEBOEUF (D.) La profession infirmière à son tour incité à évaluer les pratiques. Soins  
Cadres Vol 15, N° 58 - mai 2006 pp. 56-59
- LEBOEUF (D.). Un ordre des infirmiers en France, une vieille histoire récente. Soins  
Vol 51, N° 709 - octobre 2006  
pp. 32-35
- MALAQUIN. Filière professionnelle infirmière. Savoirs et soins infirmiers
- MIDY (F.). Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes  
aux infirmières. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005, pp.40-43.
- MIDY (F.). Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des  
soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002. Document de travail CREDES,  
février 2003, 43 p.
- MIDY (F.). Paradoxe de la profession infirmière. Savoirs et soins infirmiers
- MOREAU. Pour une pratique exemplaire dans la formation en sciences infirmières.  
Savoirs et soins infirmiers
- MORIN (M.). Pénurie, les limites à la suppléance infirmière. Dossier Soins Cadres,  
n°50, mai 2005, pp.38-39.
- NICOLAS (G.). La notion de transfert de compétences. Dossier Soins Cadres, n°50,  
mai 2005, pp.29-30.
- OUELLET (N.). L'infirmière en pratique avancée. Soins Cadres, n°51, août 2005,  
pp.32-33.
- OUELLET (N.). L'infirmière en pratique avancée, *Soins cadres*, 2004 ; 51 : 32-3
- ROODBOL. Le développement mondial de la pratique infirmière. Soins  
Vol 55, N° 751 - décembre 2010 p. 57
- SIMONIAN (S.). La compétence, une notion théorique et pratique. Dossier Soins  
Cadres, n°50, mai 2005, pp.46-47.
- SLIWKA (C.). Du transfert de compétences professionnelles. Objectif Soins, n°110,  
novembre 2002, pp.12-15.
- THURIN (JM), THURIN (M), BRIFFAULT (X.). Evaluation des pratiques professionnelles  
et psychothérapies. L'information psychiatrique vol 82, n°1. Janvier 2006.
- VIGNALLY (P). Evaluation des pratiques professionnelles du médecin : historique de  
la démarche en France.
- VOISIN (A.). Un avenir toujours à construire. Dossier Soins Cadres, n°50, mai 2005,  
p.48.

## **5.2 Les fonds documentaires**

### **5.2.1 De la HAS**

- ✓ Programme d'amélioration des pratiques (PAP), Démarche générale d'élaboration. Juin 2008.
- ✓ Charte de déontologie. Novembre 2008
- ✓ EPP des médecins: mode d'emploi. Mars 2007
- ✓ Fiche synthèse de présentation des actions programme d'EPP. Juin 2006.
- ✓ Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé publique et privée participant au service public hospitalier. Mai 2007.
- ✓ L'audit clinique: évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel.
- ✓ Audit clinique ciblé: évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel
- ✓ Staff EPP des équipes hospitalières.

- ✓ Indicateurs de pratique clinique.
- ✓ Elaboration des critères de qualités pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Mai 2007.
- ✓ EPP des médecins: mode d'emploi. Mars 2007.
- ✓ Programmes d'évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé.
- ✓ Méthodes d'évaluation et d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en établissement de santé.
- ✓ Programme d'évaluation des pratiques professionnelles en établissement de Santé
- ✓ EPP: Quelle mise en œuvre pour les professionnels de santé autres que médecins?
- ✓ Développement Professionnelles Continu des infirmières
- ✓ Registres, observatoires et bases de données et évaluation des pratiques professionnelles

### **5.2.2 Du Ministère de la Santé et des sports**

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

### **5.2.3 De l'ANAES**

- ✓ L'audit clinique: bases méthodologique de l'évaluation des pratiques professionnelles. Avril 1999
- ✓ Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique.
- ✓ Congrès organisé par le CHU de Nice: Evaluation des pratiques Professionnelles des infirmières en réanimation.

### **5.3 LES ENQUETES ET ARTICLES :**

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

### **5.4 LES TEXTES DE LOI : (cités par ordre chronologique)**

- ✓ Loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.
  - ✓ Décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relative à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales.
  - ✓ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
  - ✓ Décret n° 2003-1077 du 14 novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue prévus aux articles L.4133-3 et L.6155-2 du code de la santé publique.
  - ✓ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
  - ✓ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
-

- ✓ Ordre national des Médecins. Rapport adopté le 2 juillet 2004. Evaluation des compétences et des pratiques professionnelles.
- ✓ Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la HAS et modifiant le code de la sécurité social et le code de la santé publique.
- ✓ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- ✓ Décision n° 2006.09.026/p du Collège de la HAS relative aux modalités de mise en œuvre de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales.
- ✓ Décision de la HAS relative aux modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles du 11 juillet 2006 (JO du 17/10/06).
- ✓ Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la CME

## **6 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'Evaluation  
ANDEM : Agence pour le Développement de l'Evaluation Médicale  
ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmier  
CME : Conférences médicales d'Etablissements 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 Agrées  
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

---

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

 **L'INSTITUT RESEAU EVAL**

Instance de labellisation des professionnels investis dans l'évaluation

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

Malgré les freins à cette démarche (économiques, culturels, organisationnels et structurels....) une certaine transférabilité semble envisageable mais nécessite une coopération des acteurs qu'ils soient praticiens, institutionnels, formateurs... Or l'objectif de correction des pratiques, qui fait de la mesure publique EPPI un contrôle des bonnes pratiques et non pas une évaluation, ne facilite pas l'engagement des acteurs.