



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion : 2007

Date du Jury : Septembre 2007

**L'EVALUATION DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES EN PSYCHIATRIE :
UN ENJEU STRATEGIQUE POUR LE
DIRECTEUR DES SOINS**

Jean-christophe DALY

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier l'ensemble des professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions et qui m'ont, ainsi, apporté leur concours et leur professionnalisme sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir.

Je tiens également à remercier les directeurs de stage qui m'ont permis, de par leur organisation, de mener à bien les entretiens.

Je tiens, ensuite, à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ENSP pour l'aide et l'accompagnement proposés durant tout le cursus de formation.

Je souhaite, enfin, remercier deux compagnons de route pour l'entraide, la joie, les rires et le bonheur offerts durant l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 L'évaluation des pratiques professionnelles, une synergie des acteurs hospitaliers et une révolution culturelle en psychiatrie	7
1.1 De l'amélioration continue de la qualité à l'évaluation des pratiques professionnelles, une volonté de pérenniser une démarche engagée	7
1.1.1 La qualité ou la recherche d'un consensus impossible	7
1.1.2 La qualité ou la question ouverte du management.....	9
1.1.3 L'EPP, pierre angulaire de la pérennité de la qualité	11
1.2 De l'accréditation collective des établissements à l'accréditation individuelle médicale, la recherche d'une synergie	12
1.2.1 Un bilan mitigé de la première itération de la procédure d'accréditation	13
1.2.2 L'évaluation des pratiques soignantes dans la seconde version de l'accréditation, un levier stratégique pour les établissements.....	15
1.2.3 Les apports de la version du manuel de juin 2007.....	17
1.2.4 L'évaluation des pratiques médicales, une occurrence favorable aux pratiques soignantes	19
1.3 L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie, une révolution culturelle	21
1.3.1 Le phénomène culturel et la répartition des pouvoirs.....	21
1.3.2 Les représentations sociales et le rapport à la norme.....	23
1.3.3 jeux des acteurs	24
2 Une enquête sur le terrain de deux établissements de santé en psychiatrie, présentation de la méthodologie , des résultats et de l'analyse sur le thème de l'EPP	27
2.1 Une méthodologie qui recherche les représentations sociales des professionnels sur l'EPP	27
2.1.1 La population interviewée.....	27
2.1.2 Le type d'entretien et le déroulement de l'enquête.....	28
2.1.3 Le choix des établissements	28
2.1.4 Les limites méthodologiques	29
2.2 Résultats et analyse des témoignages de la réalité professionnelle	29
2.2.1 Les données recueillies	29

2.2.2	Analyse des résultats de l'enquête.....	36
2.3	Une analyse singulière des hypothèses retenues.....	43
2.3.1	Validation de la première hypothèse.....	43
2.3.2	Validation de la deuxième hypothèse.....	43
2.3.3	Validation de la troisième hypothèse.....	44
3	La stratégie du directeur des soins, entre réflexion sur la politique institutionnelle, acculturation des EPP et pragmatisme d'un management par la qualité	45
3.1	Le positionnement du directeur des soins, une réflexion politique appuyée sur une légitimité managériale pour des projets transversaux	45
3.1.1	Une nécessaire inscription institutionnelle	45
3.1.2	Des orientations politiques partagées	46
3.1.3	Une logique d'action partagée	47
3.2	L'acculturation de l'évaluation des pratiques soignantes.....	47
3.2.1	L'EPP, un nouveau paradigme entre projet et culture	47
3.2.2	L'encadrement, le lien essentiel d'acculturation des équipes	48
3.2.3	L'évaluation des pratiques soignantes, une articulation essentielle avec les EPP médicales.....	49
3.3	Des décisions pragmatiques d'accompagnement de la démarche d'évaluation des pratiques.....	50
3.3.1	Un programme d'actions ambitieux et réaliste	50
3.3.2	Une politique de communication performante.....	51
3.3.3	Une stratégie de formation pluriannuelle.....	52
	Conclusion.....	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé
CSIMTR :	Commission des Soins Infirmiers Médico-techniques et de Rééducation
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CPOM :	Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DS :	Directeur des soins
ENSP :	Ecole Nationale de Santé Publique
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FMC :	Formation Médicale Continue
HAS :	Haute Autorité de Santé
ISO :	International Standard Organisation
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PDCA :	Plan Do Check Act
PUPH :	Professeur des Universités et Praticien Hospitalier
V1 :	Version 1 de l'accréditation
V2 :	Version 2 de l'accréditation

Introduction

Un des principaux changements sociologiques auquel les institutions hospitalières sont confrontées est l'introduction de la démarche continue d'amélioration de la qualité. Ils se doivent alors de répondre à ce nouvel impératif et à ses effets dans leur structure organisationnelle.

Les pressions réglementaires qui s'exercent sur les établissements de santé, en particulier depuis les ordonnances d'avril 1996 instaurant l'obligation de la procédure d'accréditation, et la montée en puissance des usagers sont les facteurs incitatifs de ce changement. Mutation importante qui s'inscrit, pour l'hôpital, dans l'articulation complexe d'une nouvelle organisation interne, d'un nouveau mode de tarification et de l'inscription récente de son activité dans les territoires de santé.

La qualité est un changement profond, dans lequel les professionnels occupent une place prépondérante, qui ne peut se réduire à une simple introduction d'outils et de méthode. C'est une transformation progressive des schémas culturels, des modes de fonctionnement et d'organisation.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles, inscrite dans le champ de la qualité, n'est pas une nouveauté pour le monde de la santé mais plutôt l'aboutissement d'une longue démarche. Elle s'intègre à l'amélioration de la qualité des soins.

L'E.P.P, par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹ et le décret d'application du 14 avril 2005, se met en place pour les médecins. Selon la réglementation et la Haute Autorité de Santé, « l'évaluation des pratiques professionnelles a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu au patient 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 H.A.S et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».²

Aujourd'hui, « L'E.P.P, réservée a priori à la profession médicale, voit son champ d'application s'élargir, dans la pratique, à tous les professionnels de santé »³. En effet la convergence de la philosophie de la seconde procédure de certification, les nouvelles

¹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

² Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

³ CADET D. Evaluation des pratiques professionnelles, Réflexions et expériences. Revue Hospitalière de France, juillet – août 2006, n°511, pp. 23 – 25.

attributions de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques et la création de l'ordre infirmier placent l'E.P.P au premier plan des préoccupations des professionnels paramédicaux.

Si personne ne conteste le bien fondé d'une évaluation qualitative de sa prestation de soins aux patient, il faut cependant reconnaître que les démarches et la culture qualité s'implantent pourtant lentement et de façon hétérogène dans les organisations hospitalières. Le passage d'une dimension implicite et individuelle d'offrir au patient une prestation de soins de qualité à la nécessité de fournir la preuve explicite et collective d'une qualité des soins réellement démontrée interroge la culture, les habitudes et les comportements de tous les acteurs hospitaliers.

La problématique de l'entrée en force de l'E.P.P. dans la réalité professionnelle des institutions nous amène à nous questionner sur cette réalité et à établir un constat initial à partir à la fois de notre vécu professionnel, des échanges entre pairs et d'un premier tour d'horizon des articles professionnels sur cette thématique afin de préciser le questionnement de départ.

Dans le cadre de notre activité professionnelle en santé mentale, sur des missions transversales à l'établissement telles que l'évaluation annuelle du dossier de soins, l'évaluation des mises en chambre d'isolement ou encore la pratique d'audits de salle de soins et de pharmacie, nous nous sommes rendus compte que la culture de l'évaluation des pratiques est récente pour les professionnels de santé.

Une mise en œuvre quelquefois difficile des audits et des plans d'amélioration de la qualité et une participation réduite du corps médical traduisent des phénomènes de résistance à l'introduction des méthodes, outils et culture de la qualité. L'évaluation reste encore vécue comme un regard extérieur ou hiérarchique et ressentie sur la dimension d'une contrainte ou d'une obligation supplémentaire. Elle n'est pas toujours perçue comme une possibilité de valorisation de l'activité, d'une reconnaissance du travail alors même que les résultats sont positifs.

L'étude menée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins⁴ en 2003 montre que si certains établissements se sont investis dans une démarche qualité autour d'une formalisation des pratiques, il n'y a pas eu par ailleurs de changement organisationnel. Plusieurs éléments de cette étude permettent d'affirmer que les actions d'amélioration restent fragiles et que la mobilisation des acteurs semble difficile à maintenir.

⁴ CLAVERANNE J-P., VINOT D., FRAISSE S. et al., Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, avril 2003. 17 p.

Un autre élément qu'il nous semble important d'introduire dans nos constats est la perception, partagée en interne et confirmée par des pairs extérieurs, lors d'échange sur l'accréditation ou la certification de nos établissements respectifs, d'un réel engagement des équipes lors de la phase d'auto-évaluation suivi d'une démobilisation quasi immédiate après la visite des experts.

La question des effets contre-productifs de la démarche d'accréditation ou de certification sur la pérennisation des démarches qualité et son appropriation doit, nous semble-t-il, être posée aux acteurs pour analyser les freins et les résistances à une mise en œuvre régulière et interne des démarches d'E.P.P.

G.HERREROS ET B. MILLY⁵ mettent en question l'évaluation et sa légitimité à partir du principe que « la qualité n'est pas un commun partagé par les professionnels de l'hôpital » et qu'il n'existe pas de consensus sur « la pertinence des évaluations de certification et de la définition de la qualité qu'elles supposent »

Les conséquences de la certification sur les acteurs hospitaliers sont donc loin d'être univoques et partagées par tous. Cette expérience est donc vécue à plusieurs niveaux, selon les représentations que les acteurs en ont, selon la culture de l'établissement et selon l'importance accordée par les différentes directions, sans méconnaître la force d'exemplarité de l'engagement médical dans ce processus.

Les visites de certification, autre axe de notre expérience professionnelle, viennent confirmer les difficultés des établissements psychiatriques dans la définition des E.P.P. Il existe une spécificité du champ de la santé mentale liée aux références culturelles des acteurs du soin, à l'impact des démarches qualité et aux difficultés de formalisation des pratiques médicales et soignantes. Certaines prises de position, quelquefois radicales, témoignent des effets induits par l'introduction de cette forme d'évaluation. « Les choses sont radicalement différentes en psychiatrie. En effet, non seulement les psychiatres sont depuis toujours familiers de démarches de supervision et donc de critique de leurs pratiques mais encore la psychiatrie ne se réduit pas à une somme de savoirs académiques ayant vocation à être appliqués de manière standardisée »⁶.

Il devient alors intéressant de mettre au débat le fait que l'E.P.P n'est pas une simple analyse des psychiatres sur leur pratique mais qu'elle se rapporte nécessairement à des référentiels et à une norme de comparaison acceptable par l'ensemble des professionnels.

⁵ HERREROS G., MILLY B. Les effets de l'évaluation : l'exemple de la certification des établissements de santé, Soins Cadres, mai 2006, n°58, pp 24 - 28.

⁶ LABOUTIERE J-J. Evaluation des pratiques professionnelles et psychiatrie privée, L'information psychiatrique, janvier 2006, n°82, pp 23 – 24.

Cependant, d'autres propositions émergent pour engager résolument la psychiatrie dans cette optique «Il s'agit maintenant d'inventer une modalité d'évaluation des pratiques professionnelles adaptée à notre discipline »⁷.

L'intérêt professionnel de cette thématique permet, en premier lieu, au directeur des soins de répondre positivement aux nouvelles références réglementaires que sont :

- Le décret du 26 décembre 2005 relatif à la CSIRMT,
- L'article L.4382-1 de la loi du 9 août 2004 sur la formation continue applicables aux auxiliaires médicaux,
- Et la loi du 21 décembre 2006 créant un ordre national des infirmiers.

Elle répond, évidemment sur la base de la qualité des soins au décret 2002-550 relatif aux missions du DS.

Au delà d'une simple prise en compte des aspects réglementaires, il apparaît intéressant d'utiliser les EPP pour relancer ou développer une culture soignante de la qualité dans le champ de la santé mentale. Si la prise en compte des référentiels de bonnes pratiques de l'HAS permet de préparer les visites de certification, il nous semble cependant plus important de souligner qu'ils apportent aux usagers une réponse réfléchie à leur exigence légitime de recevoir des soins de qualité.

Anticiper la réalité de l'évaluation des pratiques soignantes, qui sans conteste va à court terme devenir une obligation, permet au DS d'inscrire une formalisation des pratiques cliniques en santé mentale comme une priorité dans la déclinaison et la mise en œuvre de sa politique de soins.

Cette priorité à comme corollaire de bâtir une stratégie de coopération avec le corps médical pour développer au niveau de l'établissement une approche conjointe des pratiques professionnelles dans une dimension collective et culturelle de l'organisation des soins. La généralisation de l'EPP impose au DS d'accompagner l'évolution culturelle dans les établissements de santé.

La dimension transversale de la démarche qualité et des pratiques professionnelles est une opportunité pour le DS pour renforcer la communication entre les pôles et l'implication des acteurs, au niveau de l'établissement, dans la mise en œuvre des projets et de sa politique. Sans mettre au premier plan l'aspect budgétaire des démarches qualité, il semble néanmoins que cette dimension reste une attente des tutelles traduite dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.

Pour conclure sur l'intérêt professionnel des E.P.P, leur occurrence représente une réelle opportunité pour élaborer, sur cette thématique, un travail commun entre les sphères

⁷ HARDY-BAYLE M-C. Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles et aux référentiels de prise en charge, L'information psychiatrique, janvier 2006, n°82, pp 29 – 37.

médicale et paramédicale pour développer l'appropriation culturelle de la qualité au sein des établissements de santé mentale.

Les constats initiaux, l'intérêt professionnel de la thématique et les premières informations recueillies nous amène à poser la question de départ suivante :

Pourquoi les soignants, en psychiatrie rencontrent ils des difficultés à intégrer l'EPP dans leur exercice ?

Pour tenter d'apporter une réponse à cette question de départ, nous avons retenu trois hypothèses explicatives dont il s'agira de tester la pertinence.

- **Il existe des freins culturels à l'évaluation et à la formalisation des pratiques en santé mentale.**
- **Il existe au niveau des professionnels un manque d'appropriation des méthodes et outils qualité.**
- **Il existe, dans les équipes, des effets contre-productifs relatifs à l'accréditation et/ou la certification.**

La suite de notre travail consiste à répondre à cette question et explorer les hypothèses retenues en articulant notre réflexion autour de trois axes qui seront constitutifs de notre logique de recherche.

Nous explorerons dans une première partie la dynamique de la qualité dans les structures hospitalières, l'ancrage et le bilan de la première version de l'accréditation et le levier stratégique que constitue la seconde version pour que l'évaluation des pratiques professionnelles impose une évolution culturelle au sein des établissements.

La seconde partie sera, toute entière, consacrée à la réalisation et à l'analyse des résultats issus de l'enquête menée, dans deux établissements, auprès des professionnels directement concernés par la thématique de l'EPP.

En dernier lieu, la troisième partie abordera sur la base des éléments contextuels et de l'analyse des résultats de l'enquête les enseignements et les perspectives ouvertes pour la fonction de directeur de soins.

1 L'évaluation des pratiques professionnelles, une synergie des acteurs hospitaliers et une révolution culturelle en psychiatrie

Les pouvoirs publics, dès 1996, ont engagé les établissements et les professionnels dans un développement durable de l'évaluation des pratiques par le biais des deux itérations des procédures d'accréditation puis de l'évaluation individuelle des pratiques médicales dans tous les secteurs sanitaires, y compris dans le champ de la santé mentale.

1.1 De l'amélioration continue de la qualité à l'évaluation des pratiques professionnelles, une volonté de pérenniser une démarche engagée

La polysémie du concept de qualité et les différentes représentations que s'en font les professionnels nécessitent de s'interroger sur la complexité managériale de sa mise en œuvre. L'évaluation des pratiques professionnelles peut ainsi devenir le fil conducteur ou le gage d'une amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux usagers.

1.1.1 La qualité ou la recherche d'un consensus impossible

Qu'est-ce que la qualité et quels sont les soins que l'on désire délivrer aux usagers du système de santé ? Derrière l'évidence et l'apparente simplicité du mot qualité et au-delà de l'unanimité qui se dégage chez tous les professionnels pour considérer que les techniques et les pratiques sont toutes perfectibles, rien n'est moins stabilisé que la signification de la notion de qualité. Avant de préciser dans les organisation hospitalières ce que recouvre la notion de qualité, il nous semble intéressant de nous arrêter à la définition proposée en deux temps par l'organisme international ISO : « la qualité est l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et implicites » et plus récemment enrichi comme « l'obtention de la satisfaction durable du client, en répondant à ses besoins et attentes, au sein d'un organisme s'engageant à améliorer constamment son rendement et son efficacité »⁸. Ceci évoque les concepts de qualité attendue et qualité perçue par le client et ceux de qualité voulue et qualité obtenue par l'organisation, décrits par QUARANTA JF dans l'ouvrage collectif « La qualité hospitalière »⁹.

⁸ REYES L. Histoire, principes et concepts des démarches qualité en établissements de santé, Paris, 2003

⁹ LETEURTE H, PATRELLE I, QUARANTA JF et al. La qualité hospitalière, Paris : Berger Levrault, 1995.117 p.

D'autres auteurs, tels CABY et JAMBART, en précisent le sens sur les notions de qualité interne et qualité externe. « La qualité est la capacité d'un produit, dans le sens le plus général de bien matériel ou de service rémunéré ou non, à satisfaire les clients, en particulier par le respect des engagements pris. Il convient de distinguer qualité externe et qualité interne. La qualité externe est illustrée par le fait qu'une entreprise réalise, par ses processus de production, des produits à destination des clients qui les évaluent par rapport à leurs attentes. A cette qualité externe répond une qualité interne qui établit et règle la relation client fournisseur entre les services, au sein d'une même entreprise »¹⁰. Sur le versant sanitaire, l'hôpital, en tant que producteur de soins se trouve donc confronté à cette réalité issue de l'entreprise. Dès 1987, l'OMS définit la qualité dans les établissements de santé comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »¹¹. Développer la qualité des soins répond donc à une double exigence. La première est la responsabilité éthique de tout professionnel de contrôler sa pratique, de garantir la qualité du service qu'il offre et de s'engager dans un processus de formation continue afin d'être en phase avec les avancées scientifiques. La seconde exigence repose sur des considérations organisationnelles et socio-économiques de l'offre de soins. Dans ce contexte particulier d'exigences croissantes des usagers et de contraintes socio-économiques, il apparaît d'emblée que le concept de qualité recouvre plusieurs aspects, selon l'angle sous lequel il est abordé. DONABEDIAN¹² rejoint cette position théorique en insistant sur le fait qu'il n'existe pas de consensus pour définir le concept de qualité de façon opérationnelle. En effet, elle peut être vue différemment par une multitude d'acteurs que sont les professionnels, les patients, leurs proches, l'administration, voire même les tutelles et organismes payeurs. Au moment d'un même épisode de soins, la qualité pourra être appréciée différemment selon qu'elle est perçue au travers des prismes individuels du médecin, de l'infirmier ou du patient. De plus elle peut prendre en considération une personne, un groupe d'individus, un service voire même l'établissement lors des procédures d'accréditation ou de certification.

¹⁰ CABY F, JAMBART C. La qualité dans les services : fondements, témoignages, outils. Paris : Economica, 2002, 183 p.

¹¹ LECLET H, VILCOT C. Qualité en santé : 150 questions pour agir. Paris : AFNOR, 1999, 464 p.

¹² DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial fund quarterly, 1966, n°44, pp. 166 -206

Elle contribue à adapter les moyens humains et matériels nécessaires à la réalisation des soins, à modifier les pratiques professionnelles et à mesurer la satisfaction des patients et de leur entourage.

L'enquête « Les perception de la qualité chez les professionnels des établissements de santé »¹³ diligentée par la DHOS confirme que la qualité recouvre plusieurs acceptions. Selon la variable la plus discriminante de catégories professionnelles d'appartenance, il ressort de cette étude trois visions de la qualité pour trois logiques professionnelles.

- Celle des soignants, marquée par les aspects relationnels de la qualité des soins accordés aux patients , inscrite dans une pratique collective professionnelle.
- Celle des médecins qui s'appuie essentiellement sur un référentiel technique et qui se marque par une spécification de la qualité des soins.
- Celle des responsables administratifs, proches des textes officiels qui se réfèrent au processus de démarche qualité.

La qualité est donc un concept multiforme et multidimensionnel, une notion dynamique dont la mise en œuvre nécessite une réflexion managériale.

1.1.2 La qualité ou la question ouverte du management

Il nous semble intéressant de situer la qualité non pas en terme de nouveauté pour le management des établissements de santé mais plutôt dans la continuité d'une culture de projets qui prenait déjà en compte une recherche de la qualité des soins .La dynamique qualité est, pour notre part, synonyme de dynamique de projet et de progrès. Elle engage l'ensemble des acteurs dans un double mouvement d'analyse et de projection de l'organisation hospitalière.

Il ne peut y avoir de véritable démarche qualité sans qu'elle ne soit intégrée dans un projet global institutionnel. Nous rejoignons ici, pour que la conduite d'un projet qualité soit efficace, C. Panchaud pour qui, il est nécessaire de respecter trois principes essentiels que sont « l'intégration du projet qualité dans une dimension institutionnelle, la nécessité d'une démarche participative et enfin la cohérence du projet avec le fonctionnement de l'hôpital »¹⁴. Ces trois principes nous semblent faire écho aux quatre dimensions de Shortell reprises par l'ANAES dans ses "principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé"¹⁵.

¹³ CLAVERANNE J-P., VINOT D., FRAISSE S. et al, op-cit.

¹⁴ PANCHAUD C. La qualité des soins infirmiers, 1999

¹⁵ ANAES. Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris, 2002.

En effet pour manager l'amélioration continue de la qualité il s'avère que quatre dimensions doivent être maîtrisées pour produire un impact durable au sein d'une organisation.

- La dimension stratégique qui vise à clarifier les objectifs de l'établissement vis à vis de la démarche qualité. Elle permet d'identifier les processus clés, c'est à dire ceux qui ont le plus d'impact sur la satisfaction des patients et auxquels l'établissement consacre le plus de ressources présentant le meilleur potentiel d'amélioration. Cela aboutit à préciser les missions transversales de certains professionnels et à officialiser le temps consacré aux actions qualité. Cette dimension offre une vision qui permet de prioriser des actions en vue de l'atteinte des objectifs.
- La dimension technique qui rassemble plusieurs compétences telles que la gestion de projet, l'organisation d'un système qualité et la maîtrise des méthodes et outils qualité.
- La dimension structurelle qui correspond à la mise en place de structures de coordination nécessaires à la démarche avec les composantes politique et stratégique d'un comité de pilotage et la composante opérationnelle d'une cellule ou d'une direction qualité.
- La dimension culturelle qui s'intéresse aux représentations, valeurs des acteurs en ce qui concerne le travail d'équipe, l'approche client, l'évaluation et la mesure et enfin l'approche positive de l'erreur.

Ceci nous amène à définir le management de la qualité pour lequel on distingue habituellement trois niveaux, dans une approche simplifiée des concepts de management de la qualité.

Le premier pourrait être celui de la maîtrise de la qualité, où va être recherchée la conformité d'une entité, d'un produit ou d'un service. La méthode consiste à prévoir et écrire ce que l'on fait, faire ce qui a été écrit, vérifier, contrôler et enfin corriger les écarts pour améliorer. Nous assurons alors la qualité du produit ou du service selon les principes du Plan, Do, Check, Act de la roue de DEMING. Il s'agit d'un cycle d'amélioration, le plus souvent décrit comme "le cycle vertueux de la qualité" visant l'amélioration continue du système et de ses résultats.

Le deuxième niveau porte, non plus sur le service, mais sur l'entreprise. Il serait celui de l'assurance de la qualité où est recherchée la confiance en l'obtention de la qualité. Il convient alors d'en faire la preuve par un contrôle externe, tel un audit.

Le troisième niveau serait celui du management total de la qualité qui est défini par l'International Standard Organisation comme « Le mode d'un management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant

au succès à long terme, par la satisfaction du client et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société »¹⁶.

Ce qui nous intéresse, aujourd'hui, dans ces principes de base du management de la qualité, c'est d'en observer la dynamique et le crescendo.

D'une simple recherche de la qualité d'un service nous passons à une organisation qui tente de répondre aux exigences qualité pour aboutir à un système de plus en plus complexe, centré sur la qualité. Il convient alors de préciser qu'on ne manage pas la qualité mais des personnes en vue d'améliorer la prestation de soins aux patient. La difficulté à laquelle se heurte un projet qualité réside, parfois, dans le conflit de posture qui oppose les personnes et l'organisation.

En filigrane apparaissent les éléments de complexité, de nouveauté, de transition d'une logique verticale de la hiérarchie à une logique transversale de la qualité, centrée sur la satisfaction des patients. Et pourtant selon Steiner « un dirigeant ne peut se satisfaire des sources de pouvoir telles que la hiérarchie, le savoir et l'expertise »¹⁷. Le management devient l'art de trouver un compromis entre les objectifs de la personne et ceux de l'organisation. Le management s'appuie sur différentes sciences telles que la sociologie des organisations, la psychosociologie des groupes, voire sur la philosophie. Elles aident à comprendre la réalité organisationnelle sur laquelle le management cherche à agir, mais aussi, a posteriori les réussites et les échecs des actions entreprises. Le management n'est pas une science exacte et on ne peut garantir l'efficacité d'une action future puisqu'il consiste à agir sur l'agir des autres. Le management devient ainsi une affaire de compromis, de contrat, soumis à la liberté relative des personnes et au rapport de pouvoir du moment.

Ici se situe l'opportunité de saisir la diversité de perception de la qualité pour mobiliser les personnels et les engager dans des action innovantes en matière d'amélioration de la qualité. En effet cette diversité reflète des situations de travail vécues et des savoirs –faire professionnels qui permettent de faire émerger un sens à la qualité en la sortant de son image, quelquefois trop rigidifiée et procédurale. L'évaluation des pratiques professionnelles est en ce sens une opportunité à saisir et à faire vivre sur le terrain.

1.1.3 L'EPP, pierre angulaire de la pérennité de la qualité

L'évaluation des pratiques professionnelles est devenue un outil incontournable de la qualité des soins, tant au niveau hospitalier dans la mise en œuvre de la certification des établissements de santé, qu'à titre individuel pour l'ensemble des médecins. Cette injonction réglementaire répond aux attentes de la population en matière de qualité des

¹⁶ L. REYES op-cit

¹⁷ STEINER B. Adoptez l'attitude coach !. Soins cadres, août 2004, n°51, pp 70-71.

soins et encadre les obligations professionnelles et éthiques des soignants à l'égard des patients. Elle trouve sa source dans le constat d'une hétérogénéité des pratiques avec un écart entre l'état du savoir médical et la réalité des pratiques . La haute autorité de santé définit l'EPP comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventive »¹⁸. L'extrême intérêt de l'EPP réside dans cette approche des processus dont la finalité vise à induire, chez le professionnel de santé, une démarche de questionnement de sa pratique clinique. L'objectif tend à vérifier la pertinence de sa réponse soignante, en regard des besoins du patient et de l'état des savoirs.

Un autre point de convergence qu'offre l'EPP aux professionnels de santé est qu'elle cherche selon le nouveau manuel de certification ANAES à « évaluer le service médical rendu au patient, médical étant entendu au sens large du terme ayant vocation à comprendre toute activité de soins qu'elle soit réalisée par des médecins ou d'autres personnels soignants »¹⁹. Ainsi le modèle proposé par la HAS comme ligne de conduite pour l'évaluation des pratiques dans le cadre des EPP est un modèle itératif dans lequel les référentiels sont supposés évoluer selon les connaissances de l'art en s'enrichissant des retours d'expériences obtenus. Ce choix est intéressant, dans la mesure où il s'inscrit dans une dynamique d'amélioration permanente des référentiels et non dans une perspective d'instauration rigide de procédures figées.

La méthodologie d'une EPP reste cependant très rigoureuse. Elle doit respecter les étapes du choix du thème sur des critères précis, définir l'objectif de l'évaluation, choisir la méthode d'évaluation et le cas échéant préciser le référentiel ou le construire. Ensuite il est nécessaire de définir les acteurs, recueillir les données, établir un plan d'amélioration et définir un plan de communication. Une méthodologie rigoureuse qui dans sa philosophie recherche la synergie des acteurs de l'institution.

1.2 De l'accréditation collective des établissements à l'accréditation individuelle médicale, la recherche d'une synergie

Le bilan en demi-teinte de l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, à l'issue de la première procédure d'accréditation, a conduit à une refonte importante de la démarche, devenue de certification. Certification des

¹⁸ HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. Paris, Juin 2005, p 47.

¹⁹ HAS ibidem.

établissements et accréditation médicale convergent, alors, pour mettre au premier plan de cette dynamique l'analyse des pratiques.

1.2.1 Un bilan mitigé de la première itération de la procédure d'accréditation

A l'heure ou la deuxième version de la procédure d'accréditation / certification vient d'être modifiée par la parution du manuel d'ores et déjà appelé V 2007²⁰, il apparaît nécessaire de dresser un bilan de la première version de la procédure.

A) Des apports incontestables

Les études d'impact, menées par l'ANAES, les rapports annuels d'activité du collège de l'accréditation, les enquêtes ministérielles²¹ et les propositions des acteurs ayant contribué à la procédure, permettent de tirer un certain nombre d'enseignements relatifs aux apports de la première version de l'accréditation des hôpitaux.

Les points positifs sont de trois ordres.

Tout d'abord, la démarche transversale favorise les interfaces entre secteurs d'activités et catégories professionnelles. Le processus accréditatif se veut être transverse et pluridisciplinaire. Il permet le décloisonnement des services et recherche la promotion d'un mode participatif. Ainsi, il permet un questionnement et une redéfinition des rôles et des responsabilités de chacun. Il existe donc un impact sur les ressources humaines, notamment en termes de formalisation des fonctions, d'articulation des compétences collectives et enfin de formation aux outils et à la démarche qualité.

Ensuite, il est notable qu'il existe une acquisition progressive, bien qu'hétérogène, par les professionnels d'expériences et de méthodologies dans le domaine de la qualité. L'accréditation conduit les établissements à s'inscrire dans un processus cyclique d'évaluation et de mise en œuvre de plans d'amélioration de la qualité.

Dans ce cadre, la participation des professionnels aux programmes d'actions permet une appropriation progressive des outils et surtout des préceptes d'une culture qualité.

Le troisième point, peut être le plus important d'un point de vue organisationnel, est sans conteste la démarche structurante de mise en place d'une organisation et de méthode permettant d'institutionnaliser les démarches qualités au sein des établissements. D'un point de vue stratégique la quasi-totalité des structures hospitalières se sont déterminées

²⁰ HAS. Manuel de certification des établissements de santé et guide de notation. direction de l'accréditation, Edition 2007

²¹ DOUGUET F, MUNOZ J, LEBOUL D . Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». Ministère de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. n° 48, juin 2005.

en comité de pilotage représentatif des pouvoirs administratifs, médicaux et paramédicaux afin de décliner leur politique qualité. Ils se sont dotés, d'un point de vue opérationnel d'une structure qualité dont la constitution, en terme de nombre de personnes et de niveau de compétences attendues, est variable et le plus souvent proportionnelle à la taille et au degré d'engagement politique de l'établissement.

L'aspect structurant de la procédure pour les professionnels a été évoqué, lors du colloque de L'ANAES du 11 décembre 2003²², en particulier sur le fait d'une inscription des établissements dans une politique de santé et une gestion documentaire cohérentes. Les professionnels commencent à intégrer les principes de rédaction de protocoles et de procédures. Les modifications de pratiques professionnelles qui en ressortent devraient donc permettre d'améliorer la qualité, la sécurité des soins et les pratiques professionnelles.

Cependant force est de constater que cet objectif reste partiellement atteint.

B) Des limites évidentes

En premier lieu, les enseignements positifs de la première version de l'accréditation sont largement nuancés par les relative complexité et lourdeur des outils et de la procédure qui peuvent induire des effets contre-productifs parmi les professionnels.

En second lieu, il ressort des difficultés de pérennisation des démarches engagées qui témoignent d'une acculturation très incomplète par les professionnels de santé de la démarche qualité. Cette problématique intéresse la politique institutionnelle, les orientations médicales et l'organisation des soins paramédicaux dans une recherche collective d'amélioration de prestations de soins aux patients.

En troisième lieu, il apparaît qu'il existe un impact insuffisant sur l'organisation des établissements et un besoin d'approfondissement de la thématique particulière de la gestion des risques, élément pour ainsi dire constitutif de l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce constat préfigure les orientations retenues en termes de recherche a priori et a posteriori des risques liés aux soins.

En dernier lieu, mais c'est certainement l'élément le plus contributif de l'élaboration de la version 2 de la procédure de certification, est la nécessité évidente de renforcer l'appréciation de la qualité du service médical rendu au patient, permettant une meilleure implication des équipes cliniques et tout particulièrement des médecins dans les démarches. En effet la fonction évaluation a été insuffisamment perçue comme un enjeu stratégique pour les établissements de santé lors de la première procédure, qu'il s'agisse

²² 2ème Accréditation. *Vers l'évaluation de la qualité du service médical rendu au patient*. Colloque Anaes du 11 décembre 2003, Palais des Congrès de Paris. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr>

des critères d'évaluation proposés à la fin de chacun des dix référentiels V1 ou de l'évaluation du service médical rendu. Les professionnels ont plus utilisé les référentiels et critères pour formaliser les procédures que pour assurer la dynamique de leurs pratiques. Ainsi, l'opportunité de traiter le thème de l'évaluation des pratiques médicales soignantes n'a été que rarement saisie à cette occasion. L'implication des équipes dans l'analyse de leurs pratiques professionnelles se révèle, en définitive délicate et fragilise la pérennité des dynamiques qualité engagées. Ces enseignements, issus de l'expérience des professionnels, rejoignent les demandes des usagers pour une meilleure lisibilité des résultats de l'accréditation, quant à l'appréciation de la qualité du service médical rendu et les attentes des pouvoirs publics, souhaitant faire de la qualité des soins un élément de régulation du système de santé.

La seconde version se centre donc sur le sujet précis et porteur de l'évaluation des pratiques professionnelles.

1.2.2 L'évaluation des pratiques soignantes dans la seconde version de l'accréditation, un levier stratégique pour les établissements

La loi du 13 août 2004 introduit un changement de vocable. La certification remplace l'accréditation. Auparavant utilisé pour les établissements de santé, le terme accréditation est désormais réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales.

Au-delà de ce glissement sémantique, l'objectif de la procédure reste le même, évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé publics et privés. L'introduction des EPP et la recherche du service médical rendu doivent, par ailleurs, servir la stratégie des établissements de santé.

A) Une médicalisation de l'accréditation

Sans véritablement innover, le manuel V2 vient donner un sens nouveau à l'accréditation qui se traduit par une complète réorganisation des références. Pour que l'évaluation des pratiques professionnelles permette l'impulsion d'une démarche d'amélioration continue du service médical rendu, la version 2 a introduit une approche par type de prise en charge et rend obligatoire la place de l'évaluation des activités cliniques dans la démarche et la gestion des risques liées au soins.

Avec la version 2 du manuel, les différents référentiels préexistants de la V1 sont directement liés à l'activité de soins du fait de leur redistribution au sein des cinq types de prises en charge distingués dans le chapitre III « prise en charge du patient », à savoir, soins de courte durée (médecine/chirurgie/obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile et enfin celle qui est l'objet de notre attention psychiatrie et santé mentale. Ce chapitre concerne le cœur de métier des professionnels de santé. Les références sont déclinées en deux sections. D'une part sur

les orientations stratégiques et le management du secteur d'activité qui touchent à la fois les organisations médicales et l'encadrement soignant. D'autre part sur le parcours du patient qui ouvre les thématiques de qualité et sécurité des prestations, continuité des soins, respect des droits et délivrance de l'information et coordination des professionnels dans la mise en œuvre du projet thérapeutique.

Afin de souligner l'importance de l'évaluation dans la V2, le chapitre IV fait la synthèse des évaluations sur l'ensemble des secteurs d'activité. Pour impulser la démarche d'EPP au cœur des secteurs d'activité clinique, ce chapitre débute par l'évaluation du service médical rendu au patient, axe prioritaire et leitmotiv de la certification.

Trois références visent directement l'évaluation des pratiques professionnelles et structurent l'analyse des processus cliniques.

La première référence a trait à l'efficacité et conduit les établissements et les équipes à évaluer la pertinence des hospitalisations, des actes invasifs et des prescriptions médicamenteuses et d'exams diagnostiques.

La seconde référence recherche la prise en compte des risques liés aux soins dans les secteurs cliniques et médico-techniques par une approche a priori d'identification des risques et par une étude a posteriori des événements indésirables, tels qu'une analyse régulière de la mortalité et de la morbidité et un examen rétroactif des événements sentinelles.

La troisième référence exige une évaluation centrée sur un nombre défini de pathologies principales par type de prise en charge. Le choix des pathologies principales retenues par l'établissement est fonction de leur importance dans son activité et des enjeux dont elles sont porteuses, en terme d'amélioration potentielle du service rendu au patient et de l'impact de santé publique.

Avec la version 2, l'évaluation de la qualité des soins devra, désormais être prise en compte par les dirigeants des établissements de santé dans leur processus de décision, pour déterminer les choix institutionnels et les axes stratégiques. Dans le monde anglo-saxon, cette approche, de lier évaluation des activités cliniques et stratégie d'établissement est appelée « medical governance ». Cette redéfinition des orientations politiques appelle, évidemment à faire le lien avec la nouvelle gouvernance, l'organisation polaire et le rôle du conseil exécutif.

B) Une stratégie d'établissement

La qualité engage l'institution et peut devenir un levier de changement organisationnel dans la synergie des réformes de la nouvelle gouvernance, de la tarification à l'activité et de la répartition des activités par territoire de santé.

Le choix a été fait dans la deuxième version de maintenir, d'une part une approche transversale de l'établissement et de décliner, d'autre part le chapitre trois par type de

prise en charge. L'évaluation des pratiques professionnelles, par secteur d'activité favorise l'émergence d'une nouvelle organisation des activités cliniques. Il paraît cohérent que ce découpage corrobore, voire étaye la notion de pôles d'activité dont, en principe, la finalité est, là aussi, de s'organiser pour mieux répondre aux attentes des patients. Ainsi la complémentarité des deux approches pourrait permettre une définition d'indicateurs d'activité par pôle, pour un meilleur suivi et une évaluation pertinente, et l'introduction d'un management par type de prise en charge fondé sur la priorité donnée à la qualité.

Tarifification à l'activité et recherche de l'approche méthodologique de la relation coût-qualité convergent vers une efficience des prestations qu'il est possible de retrouver par la mise en place d'une méthodologie, telle que celle du chemin clinique dans le cadre de l'application attendue des EPP.

Un autre aspect déterminant de la version 2., en terme d'impact sur l'organisation du système de soins est l'occurrence de l'intégration de la dimension extra-hospitalière dans la certification des réseaux. Se retrouvent ici, la cohérence et la synergie de l'évaluation des pratiques dans les territoires de santé dépassant , de ce fait , la seule réalité hospitalière.

1.2.3 Les apports de la version du manuel de juin 2007

Le manuel V2007, validé par la commission de certification de l'HAS est paru au mois de juin. Il répond au bilan réalisé à partir du retour d'expérience de la première vague de visites en version 2. «La version V2007 et les modifications de procédure traduisent la volonté d'améliorer le manuel, [et de prendre en compte] les orientations générales de la HAS sur l'évaluation des pratiques professionnelles..... »²³.

A) Les principaux changements apportés

Les objectifs et les options générales, prises lors de l'élaboration de la version 2, sont maintenus ainsi que l'architecture du manuel, en quatre chapitres, afin de n'être qu'une évolution sur le chemin de la V3.

Les différences, hors celles relatives à l'EPP, portent, d'abord, sur l'intégration du guide de cotation pour réaliser l'unicité du document. Ensuite les libellés des références sont maintenant sous forme de titres pour traduire l'importance accrue de la cotation par critère et uniquement par critère. Enfin, un allègement significatif du nombre de critères passant de 215 en V2 à 138 en V2007 résulte soit de la suppression de critères redondants ou non porteurs d'enjeux majeurs soit du regroupement de critères imbriqués.

²³ Op-cit « Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation »,

B) La simplification des exigences en matière d'EPP

En introduisant en V2 des références spécifiques à l'évaluation des pratiques professionnelles, l'objectif poursuivi par la HAS était clairement de porter un regard sur le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs de soins. A ce titre, trois dimensions classiques de l'évaluation avaient été retenues, la dimension économique, sécuritaire et celle du service médical rendu. Si ces références se sont révélées structurantes et pédagogiques, plusieurs critiques ont été émises. Une certaine rigidité du processus de rentrer dans toutes les cases EPP, le nombre d'actions à développer et la phase d'acceptation par les chefs de projet ont été souvent mal vécus en regard de la taille de l'établissement, de son secteur d'activité et d'une dimension de soumission à un exercice formel éloigné des réalités de terrain.

A partir de ce constat et sur le principe d'un manuel évolutif au cours d'une même itération, les propositions des établissements ont conduit la HAS à modifier le cadre des EPP dans le manuel V2007.

Le premier point est la suppression de la phase d'acceptation des actions EPP par les chefs de projet HAS, laissant désormais à chaque établissement la liberté de se déterminer selon ses enjeux d'amélioration.

Le second point est l'évolution de la structure et des exigences de chaque référence d'EPP. Les trois références de la V2 demeurent dans la manuel V2007. Elles sont renumérotées, 40, 41, 42 en lieu et place des 44, 45 et 46, en raison du nombre de références réduit de 53 à 44. Leur sens est précisé à l'intention des établissements. Leur objet est bien d'évaluer le déploiement d'une dynamique qualité sur le champ de la pratique de soins au travers d'actions soient préexistantes à la certification soient initiées à cette occasion. Fait important, les références EPP ne sont plus déclinées en plusieurs critères. La traduction pragmatique est que pour la référence 40 si le nombre d'EPP est toujours de 4 l'établissement peut parfaitement présenter quatre actions sur une même thématique. De même pour la 41, l'établissement peut choisir de traiter les deux actions attendues uniquement sur les risque a priori ou a posteriori. A contrario rien ne change pour les EPP centrées sur les pathologies principales.

La dernière modification concerne les établissements de moins de 60 lits qui n'auront plus à conduire que 3 EPP au lieu de 7.

1.2.4 L'évaluation des pratiques médicales, une occurrence favorable aux pratiques soignantes

A) Le contexte législatif

La loi du 13 août 2004²⁴ réforme l'assurance maladie et soumet tous les médecins quelles que soient leurs modalités d'exercice, à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. De plus, elle charge la Haute Autorité de Santé, dans son article 35 de « participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles ».

Le décret d'avril 2005²⁵ définit l'évaluation des pratiques médicales comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et [qui] inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

Un lien très étroit entre évaluation des pratiques médicales et obligation de formation médicale continue est, aujourd'hui, proposé par le législateur. En effet, l'EPP fait partie intégrante de la FMC et vaut un forfait de 100 crédits sur les 250 exigés sur une période quinquennale. De plus, un médecin doit participer et mettre en œuvre une action ponctuelle et un programme continu dans cette période de cinq ans.

L'arrêté de juillet 2006²⁶ encadre la FMC et répartit les formations en quatre catégories qui détermine pour chacune d'entre elle les crédits attribués. Celle, qui est en lien avec notre thématique, est la catégorie IV. Elle est exclusive des trois autres et oblige ainsi les praticiens à promouvoir sur cinq ans leur évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

B) De l'évaluation individuelle médicale à la certification des établissements

L'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue présentent toutes deux une même finalité d'amélioration de la qualité des soins et du service rendu au patient. Pour atteindre cette même intention, EPP et FMC empruntent des voies complémentaires. La formation continue privilégie une approche davantage pédagogique, fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences. L'évaluation des pratiques recherche une approche davantage clinique et professionnelle, basée sur l'analyse des données de l'activité.

Le point central, qui paraît être le levier de changement souhaité par les pouvoirs publics, réside dans la convergence et la réciprocité des démarches d'accréditation individuelle et médicale et de certification collective des établissements. En effet L'EPP individuelle et

²⁴ Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

²⁵ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'Évaluation des pratiques Professionnelles

²⁶ Arrêté du 13 juillet 2006 relatif à l'homologation des règles de validation de la FMC

l'EPP collective au sein d'un établissement peuvent se superposer pour un ou plusieurs praticiens qui s'engagent réellement dans la mise en œuvre des EPP de l'établissement. Les thématiques et les méthodologies retenues par le corps médical pourront être présentées au titre de leur accréditation, si elles répondent aux références 40, 41 et 42 du manuel de certification V2007.

C) Les pratiques soignantes et les méthodologies EPP.

Afin de renforcer la dimension médicale de la démarche de certification, la Haute Autorité de Santé a volontairement inclus puis conservé dans son manuel ses exigences en matière d'EPP. Il est important, à ce propos, de rappeler que l'appellation EPP recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins. « Les soins délivrés aux patients [reposent] sur une organisation complexe comportant de nombreux processus et en interrelation, des métiers multiples et en évolution permanente »²⁷. Cet objectif d'amélioration de la qualité des soins recouvre, de fait, une multiplicité de situations. L'équipe de soins peut, par exemple, être confrontée à un dysfonctionnement qu'elle souhaite résoudre, vouloir évaluer une pratique par rapport à une pratique de référence, optimiser la prise en charge d'une pathologie ou maîtriser les risques d'une activité. Le choix de la méthode sera différent selon la situation retenue par l'équipe. Pour mettre en œuvre une amélioration des pratiques professionnelles, il devient essentiel d'identifier collectivement l'objectif de la démarche et le type de situation auquel on est confronté pour choisir la méthodologie la plus adaptée à la réussite de l'évaluation.

L'HAS, pour ce faire, propose plusieurs approches et méthodes. L'approche par comparaison à un référentiel qui regroupe les méthodes de l'audit clinique, la revue de pertinence des soins et les enquêtes de pratique. L'approche par processus qui permet de travailler sur les prises en charge en étudiant le parcours du patient. Elle se décline en méthodes d'analyse et d'amélioration d'un processus, chemin clinique et méthodes spécifiques de la gestion des risques. L'approche par problème dont l'objectif est d'analyser un dysfonctionnement selon la méthode de résolution de problèmes ou de revue de mortalité-morbidité. Enfin, les méthodes d'analyse des causes d'un événement indésirable ou l'approche par indicateurs constituent le point d'entrée de certaines évaluations. Si, ces méthodologies sont validées par l'HAS, il n'en demeure pas moins vrai qu'elles présentent un caractère novateur pour la psychiatrie.

²⁷ HAS, « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé », Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, juin 2005.

1.3 L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie, une révolution culturelle

Si légitime que soit l'ambition de chercher toujours plus à améliorer les soins, l'introduction de l'obligation de l'EPP en psychiatrie pose les questions de son acculturation dans les pouvoirs en place, des représentations sociales des professionnels et de leur rapport à la norme et des prises de positions des acteurs du soin.

1.3.1 Le phénomène culturel et la répartition des pouvoirs

A) L'acculturation des EPP

« Tout changement est dangereux, car il met en question les conditions de son jeu, ses sources de pouvoir et sa liberté d'action en modifiant ou en faisant disparaître les zones d'incertitude pertinentes qu'il contrôle²⁸. Un des principaux changements sociologiques auxquels les institutions hospitalières ont du répondre est l'introduction, via l'accréditation, de la démarche continue d'amélioration de la qualité. Ses effets dans la structure organisationnelle des établissements de santé mentale et dans les jeux et stratégies des acteurs en constituent les éléments objectifs. L'évaluation des pratiques professionnelles est un changement profond, dans lequel les professionnels occupent une place prépondérante et qui ne peut se limiter à une simple introduction d'outils et de méthode. C'est, de fait, une transformation progressive des schémas culturels, des modes de fonctionnement et d'organisation. Si, l'approche horizontale ou transverse, caractéristique de la démarche qualité, vise, sans conteste, l'efficacité de l'institution, elle se heurte cependant à la répartition verticale des pouvoirs de l'organisation hospitalière. Ainsi, la dimension du pouvoir dans les relations de travail ne peut être éludée. Si le pouvoir est « appréhendé comme la possibilité de déterminer, orienter ou diriger la conduite des autres, de ceux avec qui l'on est en relation²⁹ », il induit inévitablement une capacité de réaction et d'action pour les acteurs concernés. Les EPP, placées au cœur de la certification, interrogent les pouvoirs des acteurs et leur interrelation.

B) Les pouvoirs en place à l'hôpital

Selon le sociologue M. Crozier "Le pouvoir n'est au fond rien d'autre que le résultat toujours contingent de la mobilisation par les acteurs des sources d'incertitudes pertinentes qu'ils contrôlent dans une structure de jeux donnés, pour leurs relations et tractations avec les autres participants à ce jeu".

²⁸ CROZIER M, FRIEDBERG E . L'acteur et le système. Paris, Ed du seuil, 1977.

²⁹ SAINSAULIEU R. Sociologie de l'Entreprise. Presse sciences Po et Dalloz.

a) *Le pouvoir administratif*

L'autorité est ici l'expression d'un pouvoir hiérarchique dominant qui s'exerce selon un pouvoir légitime. Les caractéristiques du pouvoir administratif sont celles d'un ordre traditionnel, mais surtout l'expression d'un caractère rationnel légal. Symboliquement la direction générale est garante des règles légales de fonctionnement tant en interne que dans sa position d'interlocuteur privilégié des tutelles. La direction asseoit son pouvoir sur son rôle vis à vis des tutelles et sur sa capacité à défendre l'institution et à gérer les importants supports logistiques nécessaires aux professionnels. La politique qualité et l'engagement dans la procédure de certification répondent, avant tout, à l'application de la réglementation et à l'organisation structurelle et logistique des activités. Cependant la direction n'a pas de pouvoir hiérarchique sur les chefs de service et les relations de pouvoir avec l'autorité médicale ne peuvent être que négociées et fonctionnelles. De même, bien que la direction possède une autorité hiérarchique sur le service de soins infirmiers, elle se trouve confrontée à une très forte décentralisation des services, à un nombre important de professionnels et à une culture des soins qui n'est pas la sienne.

b) *Le pouvoir médical*

Au sein des établissements, l'activité principale, les soins, est organisée sous l'égide des médecins qui répondent indépendamment de la direction aux besoins de leurs patients. Ce n'est pas la direction qui définit l'exercice médical mais les médecins eux mêmes dans le cadre d'une culture acquise dès la formation, d'une déontologie médicale et d'un sens de la responsabilité individuelle. Il ne semble pas exagéré de pouvoir dire que le corps médical détient une autorité le plus souvent charismatique du fait d'une position de "sujet supposé savoir" qui repose sur l'aura d'un savoir intellectuel et universitaire, voire symbolique de capacités à guérir le mal. A travers les instances, les médecins participent aux choix principaux engageant l'institution et il n'est pas rare, qu'ils cherchent à contrôler les décisions administratives qui pourraient s'imposer à eux. Ils peuvent alors sur des enjeux de pouvoir s'opposer à certaines exigences administratives au nom de la défense du malade. Leur positionnement idéologique et leur degré d'implication dans la démarche d'évaluation des pratiques sont deux variables déterminantes dans le processus collectif de la certification et dans l'analyse des pratiques soignantes.

c) *Le pouvoir infirmier*

Il est possible de situer le pouvoir infirmier à l'hôpital dans une répartition tripartite et dans un espace de négociation entre le pouvoir administratif et médical. Le pouvoir infirmier repose sur son opérationnalité, c'est-à-dire que le service de soins est la partie clef de l'organisation, là où sont organisés, pratiqués les soins aux patients 24h/24h. Cette position est source de tout recueil d'informations relatives à la qualité des pratiques.

Le pouvoir infirmier est cependant asymétrique. Il s'inscrit, d'une part, dans une tradition de soumission à la culture médicale et d'autre part, d'obéissance aux exigences administratives. Un habitus dont il est nécessaire de prendre conscience. En effet l'habitus selon P.Bourdieu se définit comme "ce que l'on a acquis, mais qui s'est intériorisé de façon durable dans le corps sous forme de disposition permanente". C'est cette position psychologique, cet habitus qui légitimerait le pouvoir. L'agent dominé est dominé car il participe lui-même à sa propre domination³⁰. Une évaluation des pratiques paramédicales s'inscrit, alors, dans une formalisation et une professionnalisation du soin.

1.3.2 Les représentations sociales et le rapport à la norme

A) Les représentations sociales

L'organisation hospitalière est, dans sa dimension culturelle, le reflet de son histoire et de ses idéologies dominantes voire minoritaires. Chaque individu vivant dans cette organisation se confronte à ces valeurs culturelles, historiques et intègre plus ou moins les normes et représentation sociales de sa profession. A. SAINSAULIEU dans ses travaux conçoit l'entreprise comme lieu d'intégration et de dynamique collective. "L'organisation est le lieu d'apprentissage culturel qui se réalise à travers l'expérience des rapports obligés de travail"³¹. Se placer délibérément du point de vue de l'évaluation des pratiques nécessite pour en comprendre toute la portée subjective de se référer aux sciences sociales et en particulier au concept clef de représentations sociales. C'est donc à l'interface du psychologique et du social que nous place la notion de représentations sociales. Elle concerne la façon dont les sujets sociaux appréhendent les événements, les données de l'environnement, les informations et les personnages de leur entourage. C'est œ que précise, S.MOSCOVICI « Cette connaissance se constitue à partir de nos expériences, informations, savoirs modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la l'éducation et la communication sociale »³². Ces éléments revêtent une importance capitale pour anticiper la transmission dynamique des EPP médicales aux EPP soignantes. Nous pouvons souligner, à ce propos que les soins en psychiatrie présentent un intérêt spécifique en tant qu'il renvoient à une vision du monde, un « ensemble de significations, des systèmes de références qui nous permettent d'interpréter ce qui nous arrive, voire de donner un sens à l'inattendu »³³, mettant en relation le normal et le pathologique, le discours médical et les pratiques soignantes.

³⁰ GERARD JL, AIT ABDELMALEK A. Sciences humaines et soins. Paris : InterEditions, 1995, 338 p.

³¹ SAINSAULIEU A. La construction des identités au travail, in Sciences humaines, 2004.

³² MOSCOVICI S. Psychologie sociale. Paris : PUF, 1984, 680 p.

³³ MOSCOVICI S. ibidem.

B) Le rapport à la norme

La question du rapport à la norme prend, ici, pour les EPP toute son importance. Qu'est-ce qui distingue le normal de ce qui ne l'est pas ou qui ne l'est plus ?

G.Canguilhem attire l'attention, dans plusieurs de ses ouvrages, sur un certain nombre de confusions repérables au niveau des discours tenus sur ce qui est normal et sur ce qui ne l'est pas. Tout d'abord, la première confusion tendrait à assimiler la norme à une moyenne statistique. Ce serait, de ce fait, situer la normalité du côté du groupe, de l'espèce et non de l'individu : « On a souvent noté l'ambiguïté du terme normal qui désigne tantôt un fait capable de description par recensement statistique –moyenne des mesures opérées sur un caractère présenté sur une espèce- et tantôt un idéal, principe positif d'appréciation, au sens de prototype et de forme parfaite. »³⁴. La seconde confusion serait de croire à une norme idéale.

Il existe, enfin, une troisième confusion qui présenterait le risque de tout normaliser, en postulant qu'il n'y a pas de frontière entre le normal et l'anormalité. La santé et la maladie s'inscriraient dans un continuum où selon C.Bernard « le passage de l'état normal à l'état pathologique est impossible à saisir »³⁵. Cette optique présenterait le risque d'éluder la question de rechercher les pratiques optimales.

1.3.3 jeux des acteurs

L'introduction de l'obligation de l'EPP en psychiatrie pose la question du rapport que les professionnels vont entretenir avec les normes de « bonnes pratiques ». Des positions antagonistes émergent, alors, dans le champ de la santé mentale.

A) Une opposition critique

A titre individuel et collectif, de nombreux psychiatres se sont exprimés sur la nécessité d'évaluer les pratiques professionnelles. Son application au domaine de la psychiatrie et donc aux soins des troubles mentaux est mise en œuvre non sans opposition au sein de la profession. Trois critiques importantes émergent des positions antagonistes à l'EPP.

La première est celle de la légitimité même de l'évaluation dans le sens où elle est assimilée à une nouvelle contrainte des pouvoirs publics. Cette position est défendue, par exemple par le Dr BOITARD de l'union nationale de la psychiatrie pour qui « l'EPP est une nouvelle usine à gaz parce qu'il faut absolument réformer [et] qu'évaluer est ici un euphémisme pour contrôler »³⁶.

³⁴ CANGUILHEM G. La connaissance de la vie. Paris : VRIN, 1985, 200 p.

³⁵ CANGUILHEM G. Le normal et le pathologique. Paris : PUF, 1966, 680 p.

³⁶ BOITARD O. Norme et pratique en psychiatrie. Comité d'Action Syndical de la psychiatrie, Juin 2006.

La seconde critique pose la question fondamentale de la norme en psychiatrie. En effet, le problème que pose l'EPP en psychiatrie est celui de la norme par rapport à la pratique. L'application de la démarche d'EPP soulève inmanquablement la question de la reconnaissance effective, par l'ensemble de la communauté psychiatrique, des recommandations professionnelles officielles. Certains, tel le Dr LABOUTIERE, voit dans cette nécessité une tentative de mettre à mal la subjectivité fondamentale du soin psychique, irréductible à toute recommandation généralisatrice « l'idéal de pratique vers lequel toutes les pratiques individuelles convergent n'en est pas moins fondamentalement réducteur puisque toutes les pratiques devraient à terme se confondre »³⁷.

Le troisième écueil est celui de l'éviction progressive de la subjectivité tant du patient que du professionnel, éviction de l'objet même du soin psychique. Une ligne de fracture entre la politique recherchée par les pouvoirs publics et les positions théoriques et cliniques de certains praticiens apparaît alors et semble conduire à des oppositions politiques et éthiques. A.ABELHAUSER pointe cette discordance essentielle dans un article paru dès 2005. « Là où l'administration, les agences d'accréditation pensent a priori que l'Etat est responsable de la santé publique, c'est à dire de l'addition de la santé de chacun, les psychanalystes et les praticiens du soin psychique revendiquent la singularité de chaque cas »³⁸. Cependant des positions différentes émergent du champ de la santé mentale.

B) Un levier d'intégration à la discipline

L'obligation d'EPP concerne directement la psychiatrie dans sa dimension scientifique, théorique et dans ses applications pratiques. Certains auteurs revendiquent ce mouvement d'intégration de l'évaluation dans leur pratique. Le professeur BOUGEROL trouve notamment la démarche louable et capable d'améliorer la qualité des soins ; « La pratique de la psychiatrie ne pourra que s'enrichir de ces questionnements [et] la formalisation de la démarche clinique ainsi que le développement nécessaire d'une méthodologie d'évaluation spécifique du soin psychique sont autant d'enjeux auxquels nous confronte cette obligation d'EPP »³⁹.

La Fédération Française de psychiatrie considère qu'il est de son rôle de soutenir l'EPP à partir de référentiels issus de la pratique clinique et thérapeutique respectant l'approche spécifique du fonctionnement psychique de la personne. L'intérêt de confronter ces positions théoriques et antagonistes nous amène à recueillir, par une enquête, les opinions des professionnels en exercice.

³⁷ LABOUTIERE JJ. Norme et responsabilité. Comité d'Action Syndical de la psychiatrie, Juin 2006.

³⁸ ABELHAUSER A. Soigner, enseigner, évaluer. Paris : ERES, cliniques méditerranéennes, N°71, 2005.

³⁹ BOUGEROL T. Norme et pratique en psychiatrie. Comité d'Action Syndical de la psychiatrie, Juin 2006.

2 Une enquête sur le terrain de deux établissements de santé en psychiatrie, présentation de la méthodologie, des résultats et de l'analyse sur le thème de l'EPP

Pour explorer les hypothèses formulées et faire le lien avec la stratégie du directeur de soins dans l'accompagnement de l'évaluation des pratiques professionnelles soignantes, nous avons réalisées notre enquête auprès de cinq catégories de professionnels appartenant à deux établissements de santé. L'un est un centre hospitalier universitaire pour lequel la psychiatrie constitue un pôle clinique et l'autre un établissement public de santé mentale départemental.

Les objectifs sous-jacents sont de cinq ordres. Le premier est d'appréhender les représentations sociales des acteurs de terrain sur les notions de démarches qualité, d'accréditation et d'évaluation des pratiques soignantes. Le second est de mesurer l'impact de l'accréditation V1 et les liens existants avec la certification V2. Le suivant concerne la compréhension des interactions entre les différentes catégories professionnelles sur cette thématique. Enfin, les derniers consistent à identifier les freins ou les difficultés rencontrés par les professionnels dans l'appropriation de la démarche et le travail d'équipe..

Pour mener à bien l'enquête, il a été élaboré une méthodologie recherchant une participation active des professionnels rencontrés. Les informations recueillies ont été agrégées par catégorie d'acteur afin de donner une lisibilité aux résultats obtenus. L'analyse proposée viendra confirmer ou infirmer les hypothèses de notre étude et permettra un étayage des propositions managériales du directeur de soins.

2.1 Une méthodologie qui recherche les représentations sociales des professionnels sur l'EPP

2.1.1 La population interviewée

Afin de croiser les différents regards portés sur l'évaluation des pratiques professionnelles et s'approcher au plus près des représentations sociales des acteurs, les entretiens ont été réalisés auprès de différentes catégories professionnelles. Quatre médecins dont deux professeurs des universités praticiens hospitaliers et un président de commission médicale d'établissement ont représenté le corps médical. Deux directeurs de soins, quatre cadres de santé et quatre infirmiers ont donné, dans leurs différences, leurs visions pour le service de soins. Un directeur et un responsable qualité ont complété, de par leur position particulière, la représentativité de l'échantillon retenu.

2.1.2 Le type d'entretien et le déroulement de l'enquête

La technique d'enquête retenue a été celle des entretiens semi-directifs. Le choix de cet outil est lié à la recherche des représentations et des valeurs des personnes interrogées concernant leur ressenti de l'EPP, de l'accréditation, voire même recueillir leur sentiments relatifs à la difficulté de les mener à bien, dans le champ de la santé mentale.

La prise de notes, après accord des personnes interviewées, a été la plus exhaustive possible. L'objectif était de ne pas perdre d'information et de pouvoir restituer le plus précisément possible les déclarations et opinions des acteurs. Chaque personne a participé de façon volontaire à cette étude. Chaque entretien a fait l'objet d'une réécriture des propos dans l'heure suivante l'interview. Les données recueillies ont été traitées afin d'assurer l'anonymat des personnes et des lieux.

Un guide d'entretien⁴⁰ a été construit lors des ateliers mémoire, proposés par l'Ecole Nationale de Santé Publique, et testé lors d'entretiens exploratoires. Il est composé de questions ouvertes, recherchant l'expression libre des participants, autour des thèmes structurants de notre étude. Les questions, axées sur les démarches et outils qualité, le ressenti de l'évaluation des pratiques en psychiatrie, le passage de la V1 à la V2, les freins culturels et le travail d'équipe, sont abordées en lien avec les hypothèses de recherche retenues. Le choix de conserver le même guide d'entretien pour toutes les catégories professionnelles a été fait, afin de saisir plus précisément les différences de perception des acteurs concernés. Seule la question initiale portant sur l'obligation médicale d'EPP a été réservée au corps médical.

2.1.3 Le choix des établissements

L'enquête a été menée sur deux établissements de structures différentes comprenant tous deux le secteur d'activité psychiatrique. L'un est un centre hospitalier universitaire intégrant au sein de ses activités cliniques un pôle de santé mentale. Le second est un établissement public de santé entièrement consacré à cette discipline. Un double objectif a sous-tendu cette décision. Tout d'abord il est apparu opportun de rechercher sur le thème de l'évaluation des pratiques, une possible divergence culturelle liée à la taille ou à l'histoire singulière de ces deux établissements. Ensuite, ces deux sites ont été très proches de lieux de stage, ce qui a permis de faciliter les prises de rendez-vous et d'enrichir les entretiens par une meilleure connaissance du contexte local et des politiques d'établissement. Dans la partie analyse de l'enquête, il ne sera fait appel à ce distinguo structurel que dans la mesure où il apportera un éclairage particulier sur les perceptions des acteurs.

⁴⁰ Voir annexe I

2.1.4 Les limites méthodologiques

A) Les limites de lieux et de temps

Deux lieux d'enquête sont, à l'évidence, insuffisamment représentatifs de la diversité des structures de soins en psychiatrie, mais l'objectif recherché de l'étude d'explorer les EPP à partir d'entretiens auprès de professionnels en exercice et les contraintes de temps n'ont pas permis d'analyser d'autres institutions.

De même, bien que l'EPP s'applique à tous les professionnels et établissements, qu'ils soient publics ou privés, l'enquête a exclusivement porté sur le secteur public en relation avec la nature des lieux de stages. La dimension culturelle des établissements privés aurait certainement pu constituer un élément discriminant, si l'étude avait recherchée une comparaison inter-établissements.

Le choix retenu pour l'analyse des données de terrain portera donc essentiellement sur les représentations par catégorie d'acteurs.

B) Les limites quantitatives

Seize entretiens ont été menés. Si l'analyse thématique a permis de faire émerger des informations riches et pertinentes avec l'objectif poursuivi dans ce travail, l'échantillon très restreint du nombre d'interviews par catégorie d'acteurs situe ce travail dans un cadre exploratoire. Du fait du dimensionnement de l'enquête, l'analyse et les conclusions proposées ne pourront prétendre à une généralisation des résultats. Néanmoins, la réalité des établissements enquêtés peut nous aider à mettre en perspective, à la fois, une approche méthodologique de recherche et une réflexion thématique transférables à notre futur exercice de directeur des soins en santé mentale.

2.2 Résultats et analyse des témoignages de la réalité professionnelle

2.2.1 Les données recueillies

Pour améliorer la lisibilité et l'interprétation des résultats, le choix retenu a été d'organiser l'analyse des propos recueillis autour de cinq thèmes relatifs aux freins culturels, à l'appropriation de la démarche qualité, au vécu de l'accréditation, à la continuité entre la V1 et la V2 et au travail d'équipe.

L'objectif retenu de préciser le point de vue de chaque acteur sur l'évaluation des pratiques professionnelles, a conduit à décliner chaque thème en trois sous thèmes et à procéder, dans un premier temps, à une analyse quantitative des opinions exprimées, par catégories d'acteurs. Dans un second temps, il a paru opportun d'inclure à l'intérieur des tableaux, présentés ci-après, les propos les plus explicites des représentations des professionnels.

Les freins culturels

Acteurs / items	Formalisation des pratiques		Rapport à la norme, spécificité psy		La relation singulière	
	%	phrases	%	phrases	%	phrases
MEDECINS (4)	75%	<p>Le manque de formalisation quelquefois du à des positions idéologiques qu'il faut dépasser.</p> <p>Il existe un réel danger à faire comme les autres, la clinique psy est créatrice.</p> <p>La formalisation des pratiques est importante, je fais d'ailleurs partie de prat-psy</p>	50%	<p>C'est une vraie spécialisation qui doit cependant encadrer les pratiques dans des normes acceptables. Une discipline qui doit être rigoureuse pour préserver l'espace individuel.</p> <p>La psychiatrie a tendance à ne pas accepter la norme mais il faut un minimum de références.</p> <p>Dès qu'il s'agit d'évaluer la psy s'insurge, montre ses griffes.</p> <p>Evaluer n'est pas une position normative ou morale.</p>	100%	<p>Notre pratique est basée sur la relation et comment évaluer la relation? c'est compliqué.</p> <p>Tout ça pose le problème de la liberté du sujet.</p> <p>Sous ce prétexte, certains collègues s'opposent à l'évaluation, c'est inadmissible comme les psychanalystes qui n'ont pas de dossier.</p> <p>L'immobilisme est important en psy.</p> <p>Ne pas passer à côté d'une norme qualitative des soins même si le sujet n'est pas réductible à des normes.</p>
DIRECTEUR DES SOINS (2)	100%	<p>Il existe une perte des savoirs propres à la psychiatrie pourquoi ne pas les formaliser.</p> <p>Ca montre bien que la filière psy est incapable de décliner ses savoirs.</p>	50%	<p>Je ne pense pas qu'il existe une spécialisation psy, on se réfère à une culture que l'on ne sait pas expliquer.</p> <p>Indéniablement la norme sociale a une influence sur les prises en charge, le passage de psychiatrie à santé mentale n'est pas dénué de sens.</p>	50%	<p>Il existe une incapacité à dépasser le seul discours « le travail c'est de la relation avec le patient ».</p>
RESPONSABLES QUALITE (2°)	100%	<p>V2, difficultés de trouver des sujets non rebattus</p> <p>Sur le fond, cela achoppe en psy.</p> <p>Peut être qu'il n'existe pas de lien direct entre la qualité de la pratique psy et la formalisation.</p>	50%	<p>Il existe une opposition de principe des psychiatres par rapport à leur culture. Les plus réticents sont d'orientation psychanalytique.</p> <p>La culture universitaire colle plus facilement avec l'EPP</p>	100%	<p>Il existe une culture psy pour le patient</p> <p>Il me semble que le poids historique et culturel des anciens infirmiers et surveillants chefs pèse beaucoup.</p>
CADRES DE SANTE (4)	100%	<p>En psy on n'est pas trop au fait de l'évaluation des pratiques.</p> <p>Les pratiques en psy ne sont pas écrites ni définies pour les participants.</p>	100%	<p>Reconnaissance de la psy comme spécialité avec une culture institutionnelle.</p> <p>C'est un métier à part entière comme avant le diplôme de 92, pour les anciens.</p> <p>Tout le monde dit qu'il y a une culture particulière qui ne peut être normée car ça c'est un problème social.</p>	100%	<p>Il existe une culture psy pour le patient.</p> <p>C'est ce que je demande à l'équipe de si je peux dire de se coltiner les patients</p>
INFIRMIERS (4)	100%	<p>Dans notre profession il n'y a pas de formalisation de nos pratiques, par exemple sur les ateliers.</p>	100%	<p>oh oui la psy c'est un monde à part.</p> <p>on ne peut pas prendre en psy le modèle de médecine.</p>	100%	<p>C'est la base de notre métier.</p> <p>Les entretiens, les ateliers c'est pour être en relation</p>

Le manque d'appropriation

Acteurs / items	Connaissance de la démarche qualité		Connaissance des référentiels		Participation audits	
	%	phrases	%	phrases	%	phrases
MEDECINS (4)	25%	les médecins ne sont pas formés aux outils qualité. L'important c'est de remplir des cases, des papiers, des machins pas trop d'affronter la réalité de terrain.	25%	Je m'appuierai dessus s'il correspondent à ma pratique. Je n'ai pas été voir ce que propose l'HAS. Prat-psy élabore des référentiels de bonnes pratiques à partir de la clinique psy. C'est un organisme agréé par l'HAS.	25%	Les audits, c'est plus le rôle des cadres ou de la qualité.
DIRECTEUR DES SOINS (2)	100%	Situation particulière car mise en place de la démarche par une personne, un infirmier référent, qui voulait ne plus être sur le terrain. Le plan de formation c'est le CTE qui le décide.	50%	Je renonce de manière autonome à faire des protocoles car la gestion qualité prend deux ans.	100%	Je demanderai aux cadres supérieurs de pôle de les mettre en place, c'est un de mes objectifs.
RESPONSABLES QUALITE (2)	100%	Le niveau qualité des cadres, des équipes est pour l'instant très réduit.	100%	pas tous mais je n'ai aucun problème pour entamer les recherches, les références disponibles sur un thème qu'on me propose.	100%	
CADRES DE SANTE (4)	25%	Pour l'instant c'est à l'état de larve ou naissant. Pour moi c'est l'affaire du cadre sup. Je me suis trouvé solitaire car pas formé. Un séminaire sur l'établissement proposé à tous les cadres du CHU. Pas de formation qualité inscrite au plan de formation. Non, nous n'avons aucune formation sur la démarche qualité.	50%	Il y a un protocole sur la prise en charge des anorexiques. Les patients suicidaires, je n'en suis pas certaine. Les publications HAS ne sont pas connues. Il existe un protocole de MCI mais il n'est pas évalué.	25%	La pratique de l'audit, oui dans le cadre de la gestion des risques.
INFIRMIERS (4)	0%	Non, non mais si ça existe c'est que ça doit exister. Il en existe une, j'ai besoin de réfléchir un peu. Nous c'est pas notre truc, c'est pas dans notre pratique.	0%	Je ne connais pas les référentiels de bonne pratique ni les outils qualité, on n'est pas formé. Sur la formation, non on ne parle pas de cela.	25%	J'ai fait partie d'un atelier sur la pharmacie / à la pratique infirmière pour améliorer la qualité.

Le vécu de l'accréditation

Acteurs / items	Autoévaluation		Visite experts visiteurs		Après la visite	
	%	phrases	%	phrases	%	phrases
MEDECINS (4)	50%	<p>Que ce ne soit pas vécu comme un emmerdement, un truc de la HAS.</p> <p>Participation active pour valider l'auto-évaluation au niveau du COPIL.</p> <p>La V1 était un peu idiote , décalée/soins et réponse ridicule de l'établissement/exigences.</p> <p>Clivage des gens entre les promoteurs et d'autres inquiets sur le contrôle et les critères d'évaluation.</p>	100%	<p>Personnes conviviales de bonne qualité qui travaillent dans un respect mutuel.</p> <p>A l'écoute de ce que l'on faisait avec un aspect relationnel et de communication.</p>	75%	<p>Les réserves étaient les bienvenues pour remédier aux problématiques existantes.</p> <p>En psy ça ne nous a pas apporté, sauf peut-être sur la sécurité de nuit.</p> <p>Après il y a le travail sur les recommandations.</p>
DIRECTEUR DES SOINS (2)	100%	<p>Il y a eu un engagement V1 intéressant mais qui a trop reposé sur les mêmes.</p>	50%	<p>Je me pose des questions sur les EV, j'attendais un point fort sur la qualité des repas et une recommandation sur le bloc technique, mais rien de tout cela n'a été relevé.</p>	50%	<p>Il faut rebondir sur le rapport des experts pour continuer la démarche.</p> <p>C'est le référent qualité qui s'en occupe</p>
RESPONSABLES QUALITE (2)	100%	<p>Vécu plutôt positif car les cadres ont quand même vu que c'était un levier pour eux.</p> <p>Aspect ambigu de la V1 avec un désintérêt très net au niveau médical mais une structuration intéressante</p>	100%	<p>Des professionnels formés qui arrivent à percevoir plutôt bien l'organisation de l'établissement.</p>	50%	<p>La dynamique a chuté directement après et repart doucement pour la V2.</p>
CADRES DE SANTE (4)	50%	<p>Ca a fait peur, les cadres n'étaient pas prêts.</p> <p>L'accréditation avait beaucoup mobilisé, les groupes de travail et l'aspect communication.</p> <p>Une pression ++, on risquait de fermer la boutique.</p>	50%	<p>bien, deux dames sympathiques qui ne connaissaient pas grand chose à la psy.</p> <p>En plus j'étais là, mais c'était léger un tour d'unité et c'est tout.</p> <p>La visite s'est passée les doigts dans le nez. Ils ne sont pas venus chercher plus que ça.</p>	50%	<p>Le rapport des EV, j'ai pas lu le pavé.</p> <p>Le soufflet est retombé et pour la V2 il y a déjà beaucoup moins de communication.</p> <p>Il reste des choses positives comme la participation aux groupes de travail et s'interroger sur l'organisation.</p>

INFIRMIERS (4)	50%	l'impression que si on n'était pas accrédité on fermait l'établissement. J'étais là pour destresser le surveillant pour faire ses classeurs. J'ai fait partie d'un groupe c'était dur au début	25%	des gens qui passent pour voir ce qui ne va pas dans les services.	25%	On était bien placé pour certaines choses mais je ne me souviens plus ce qu'il y avait. On avait des choses à améliorer mais quoi?
----------------	-----	---	-----	--	-----	---

Le lien entre V1 et V2

Acteurs / items	Connaissance V2		Connaissance recommandations de la V1		Groupes de travail	
	%	phrases	%	phrases	%	phrases
MEDECINS	50%	la question de savoir si la qualité des soins en psy sont en concordance avec les bonnes pratiques et les recommandations HAS Je ne connais pas le manuel V2, ça viendra en son temps. J'en ai seulement entendu parlé Je dois reprendre la version V2007 c'est ça? La V2 est plus intéressante et les EPP permettent de se rapprocher du patient.	100 %	oui, on a eu quelques recommandations.	25%	Je ne sais pas pour la psy, il y a eu un groupe sur le circuit du médicament. Audits, groupe de travail ne sont pas la culture de l'établissement.
DIRECTEUR DES SOINS	100%	Je connais la V2007 qui vient d'être mise en ligne, mais il me faut quand même un délai pour me l'approprier.	100 %	c'est évident, c'est une information importante	50%	On essaie difficilement de garder une dynamique transversale pour les groupes de travail.
RESPONSABLES QUALITE	100%	Le risque c'est qu'il la considère comme un "emmerdement", un truc de la HAS. Concrètement il faut faire un travail préalable de recensement des EPP pour identifier des problématiques. La v2007 est encore mieux faite, faut reconnaître que c'est un document plus pédagogique. La V2 est plus normé et la V3 verra la mise en place des indicateurs de performance.	100 %	une importance capitale pour la continuité de la démarche	100%	les groupes de travail se sont vite épuisés après les résultats de la V1.
CADRES DE SANTE	50%	Pour l'instant on en parle, je ne sais pas. On verra apparaître la psy dans la référence 40. On n'a pas reçu encore le machin V2. Une nouvelle version est en ligne je n'ai pas eu le temps de la lire.	75%	J'ai une vision très ponctuelle entre la V1 et la V2 surtout un manque d'information. Honnêtement je ne les ai plus toutes en tête, mais je peux les retrouver immédiatement dans le dossier accréditation.	50%	On m'a demandé de choisir des infirmiers pour participer à des groupes.

INFIRMIER(E)S	0%	je ne connais pas le sigle EPP. Non la V2 je ne connais pas. Sincèrement je n'ai pas entendu parler de ça. C'est des choses que je ne retiens pas trop.	25%	Je ne me souviens pas si il y avait quelque chose. Oui ils ont dit des choses , je ne sais plus.	25%	Non on ne m'a rien demandé.
---------------	----	--	-----	---	-----	-----------------------------

Le travail d'équipe

Acteurs / items	EPP ou V1		STRUCTURE		INSTITUTION	
	%	phrases	%	phrases	%	phrases
MEDECINS (4)	75%	L'EPP individuelle reste une réalité très virtuelle surtout pour les PU PH, chercheurs et formateurs. Ce n'est pas notre pratique mais ce n'est pas complexe à mettre en œuvre. Les premières sont pour les médecins mais après ça va s'étendre aux paramédicaux.	100%	Les cas de violence à analyser rétrospectivement et les formaliser en terme de formation pour les équipes . Je sollicite beaucoup les équipes. C'est important d'avoir un cadre clinique qui induit une dynamique d'équipe.	100%	En CME, après constitution de la sous commission EPP. Devenir de la CME, du comité exécutif, des pôles comment les lier aux EPP?
DIRECTEUR DES SOINS (2)	50%	Une impression sur le terrain que le directeur des soins puisse être écarté des EPP.	100%	Il me semble qu'il n'y a pas d'autres travail que celui d'équipe en tout cas pour les infirmiers	100%	Le copil oriente les choses. Les EPP seront validées en CME.
RESPONSABLES QUALITE (2)	100%	L'EPP pour moi ce n'est pas que médical c'est l'équipe, les soignants. Les EPP, c'est difficile à mobiliser les médecins à les convaincre de l'importance.	100%	Dans les unités l'intérêt est la prise en charge pluridisciplinaire	100%	il faut attendre la mise en place de la sous commission après le renouvellement CME. En amont un problème de management dans l'établissement direction générale et qualité.
CADRES DE SANTE (4)	50%	Pour l'équipe, la V1 est restée très nébuleuse Le travail EPP avec le corps médical n'est pas encore réfléchi, pas abordé ensemble. Il y a déjà un groupe avec médecins et infirmières.	75%	On travaille déjà ensemble dans le soin, la clinique. Le travail en commun, c'est selon la motivation de chaque médecin.	50%	le directeur des soins en avait parlé en CSSI

INFIRMIERS (4)	25%	EPP, quelque chose de bien difficile, on est dans le faire, dans l'action plus que dans l'évaluation.	75%	C'est plus une dynamique de prise en charge individuelle et pas de vrai travail collectif médical / infirmier. On travaille vraiment avec les médecins de l'unité.	0%	Je ne sais pas si les instances en pare
----------------	-----	---	-----	---	----	---

2.2.2 Analyse des résultats de l'enquête

A) Thème n°1 : les freins culturels

Ce thème se subdivise en trois sous thèmes qui recherchent la perception des acteurs sur la formalisation des pratiques, le rapport à la norme, à la spécificité de la psychiatrie et à la relation singulière et intersubjective.

a) *La formalisation des pratiques*

A ce niveau d'analyse, quinze personnes sur les seize professionnels interviewés dénotent une réelle insuffisance des écrits, des recommandations de bonnes pratiques ou de tout autre référentiel relatif à la prise en charge ou à la clinique psychiatrique.

Un des deux directeurs des soins déclare par exemple, « Ca montre bien que la filière psy est incapable de décliner ses savoirs ». Cette opinion est confirmée par les directeurs qualité, « Sur le fond, cela achoppe en psy ». Cadres et infirmiers sont unanimement d'accord pour reconnaître cet état de fait, « Les pratiques en psy ne sont pas écrites ni définies pour les participants », « Dans notre profession il n'y a pas de formalisation de nos pratiques, par exemple sur les ateliers ». Seul le corps médical, bien que reconnaissant ce hiatus entre savoirs et formalisation proposent d'y remédier, « Le manque de formalisation est, quelquefois, dû à des positions idéologiques qu'il faut dépasser ».

b) *Le rapport à la norme et à la spécificité psychiatrique*

A cette étape, si douze personnes sur seize expriment une opinion favorable à une spécificité psychiatrique et considèrent que la santé mentale a tendance à ne pas accepter le côté normatif de l'évaluation, ce pourcentage global dissimule une réelle disparité des propos selon les catégories d'acteurs.

En effet, pour les médecins, responsables qualité et directeurs de soins les propos recueillis témoignent pour moitié de conceptions antinomiques. Par exemple le corps médical exprime d'une part, le fait que « dès qu'il s'agit d'évaluer la psy s'insurge, montre ses griffes » et d'autre part, qu' « évaluer n'est pas une position normative ou morale ». Ou encore la position des directeurs des soins qui s'oppose entre le « Je ne pense pas qu'il existe une spécialisation psy » et « Indéniablement la norme sociale a une influence sur les prises en charge ».

Cadre de santé et infirmiers sont quant à eux unanimes pour reconnaître le particularisme de la psychiatrie, « Tout le monde dit qu'il y a une culture particulière qui ne peut être normée car ça c'est un problème social » et « oh oui la psy, c'est un monde à part ».

c) *La relation singulière*

A cette phase, quinze professionnels sur seize expriment une volonté unanime, pour s'accorder sur le fait que la pratique en psychiatrie est essentiellement basée sur une relation duelle, intersubjective, difficile à évaluer en regard de normes collectives. Que ce soit les médecins pour lesquels, « la pratique est basée sur la relation et comment évaluer la relation? c'est compliqué », les responsables qualité et cadres qui pensent qu' « Il existe une culture psy pour le patient » ou encore les infirmiers qui déclarent, « C'est la base de notre métier », « Les entretiens, les ateliers c'est pour être en relation », tous défendent ce précepte de singularité de la relation.

Seul un directeur des soins exprime un avis divergent sur cette question, « je ne pense pas qu'il existe une spécialisation psy, on se réfère à une culture que l'on ne sait pas expliquer ».

La synthèse des trois sous thèmes évoqués ci-dessus permet d'entrevoir, dans les représentations sociales des acteurs de leur pratique, les freins culturels à la mise en œuvre et à l'appropriation de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

B) Thème n°2 : le manque d'appropriation

Ce thème se subdivise en trois sous thèmes qui recherchent l'appropriation des professionnels de la démarche qualité, la connaissance des référentiels et la participation à des audits.

a) *Connaissance de la démarche qualité*

A ce niveau de l'analyse, seuls six professionnels sur seize déclarent suffisamment connaître les démarches engagées dans leur établissement. Il existe une forte différence de perception entre les directeurs de soins et qualité qui sont à 100% au fait de la question et les médecins, cadres et infirmiers qui, s'ils ne la rejette pas, semblent peu concernés par son application sur le terrain.

Pour les médecins à 75% ils déclarent « les médecins ne sont pas formés aux outils qualité » et ils considèrent que « L'important c'est de remplir des cases, des papiers, des machins pas trop d'affronter la réalité de terrain ».

Les cadres de santé et les infirmiers déplorent quasi-unaniment le manque de formation, « Je me suis trouvé solitaire car pas formé » voire même les infirmiers qui expriment un mouvement de rejet de la démarche, « Nous c'est pas notre truc, c'est pas dans notre pratique ».

b) Connaissance des référentiels

A cette étape, six professionnels sur seize pensent connaître les référentiels ou être en mesure de les rechercher, soit au niveau de l'HAS ou des sociétés savantes soit au niveau de l'établissement pour les soignants.

Pour les responsables qualité et un directeur de soins les notions de bonnes pratiques sont intégrées à leur exercice. Le deuxième directeur de soins, en lien avec les rapports entretenus avec le responsable qualité, présente une position particulière, « Je renonce de manière autonome à faire des protocoles car la gestion qualité prend deux ans ».

Les cadres connaissent peu ou prou les référentiels en place dans l'établissement, « Il y a un protocole sur la prise en charge des anorexiques » ou encore, « Les patients suicidaires, je n'en suis pas certaine », mais peu font référence aux publications de la Haute Autorité de Santé, « Les publications HAS ne sont pas connues ».

Les infirmiers, dans leur totalité, ne possèdent aucune information ou formation relative à des pratiques référencées, « Je ne connais pas les référentiels de bonne pratique, ni les outils qualité, on n'est pas formé ».

c) Participation aux audits

A cette phase, seuls six professionnels sur seize ont initié ou participé à des audits. La répartition par catégorie d'acteurs révèle des différences dues aux fonctions et à la place occupée dans l'établissement.

Un seul médecin a encadré dans son service un audit qui avait trait à la mise en chambre d'isolement. Pour les autres, l'opinion la plus communément recueillie est « Les audits, c'est plus le rôle des cadres ou de la qualité ».

Pour les directeurs qualité et de soins, ils sont à 100% favorables à la mise en place d'audits de pratiques, « Je demanderai aux cadres supérieurs de pôle de les mettre en place, c'est un de mes objectifs ».

Quant aux cadres et infirmiers, la majorité à hauteur de 75% n'ont jamais participé à un audit. Seul un cadre répond positivement, « La pratique de l'audit, oui dans le cadre de la gestion des risques » et un infirmier, « J'ai fait partie d'un atelier sur la pharmacie / à la pratique infirmière pour améliorer la qualité ».

La synthèse des trois sous thèmes, évoqués ci-dessus, permet d'entrevoir, en dehors des catégories directeurs qualité et directeurs des soins, un manque patent d'appropriation des outils et de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Ce constat souligne la difficulté d'introduire le paradigme de la qualité dans les établissements de santé mentale, tant au niveau médical que paramédical.

C) Thème n°3 : le vécu de l'accréditation

Ce thème se subdivise en trois sous thèmes qui recherchent le vécu des professionnels relatif aux différentes étapes de la procédure d'accréditation V1 et les éléments de continuité du travail engagé.

a) *L'autoévaluation*

A ce niveau d'analyse, dix professionnels sur seize expriment un vécu positif du travail mené lors de cette phase de l'accréditation. Là encore, cette donnée quantitative brute masque une disparité de perception entre les différentes catégories professionnelles.

En effet, les directeurs de soins et les directeurs qualité s'accordent unanimement à dire qu' « Il y a eu un engagement V1 intéressant » et que « le vécu est plutôt positif car les cadres ont quand même vu que c'était un levier pour eux ».

A contrario, les médecins, cadres de santé et infirmiers n'émettent qu'à 50% une opinion favorable de cette étape de la procédure. Les propos tenus reflètent les interrogations sur la méthode et les craintes sur les résultats, « La V1 était un peu idiote , décalée/soins et réponse ridicule de l'établissement/exigences », « Ca a fait peur, les cadres n'étaient pas prêts » ou encore «une impression que si on n'était pas accrédité on fermait l'établissement ».

b) *La visite des experts visiteurs*

A cette phase, seuls six professionnels sur seize témoignent d'un vécu positif du déroulement de la visite et de la qualité des experts visiteurs.

Les médecins et les responsables qualité, de par leurs contacts privilégiés avec les experts visiteurs sont unanimes à déclarer que se sont des « personnes conviviales de bonne qualité qui travaillent dans un respect mutuel » et «des professionnels formés qui arrivent à percevoir plutôt bien l'organisation de l'établissement ».

Les directeurs des soins et les cadres de santé portent, pour moitié d'entre eux, un jugement plutôt négatif de la visite et des experts, « Je me pose des questions sur les EV, j'attendais un point fort sur la qualité des repas et une recommandation sur le bloc technique, mais rien de tout cela n'a été relevé » et ce sont « deux dames sympathiques qui ne connaissaient pas grand chose à la psy. En plus j'étais là, mais c'était léger un tour d'unité et c'est tout ».

Les infirmiers, peut être moins ou non sollicités par les experts, expriment à 75% un vécu négatif de cette phase particulière et ont une représentation péjorée des experts « des gens qui passent pour voir ce qui ne va pas dans les services ».

c) *Après la visite*

A cette étape huit professionnels sur seize attestent d'une continuité de la démarche engagée.

Les médecins à 75% jugent favorables les résultats obtenus et les recommandations émises par le collège d'accréditation, « Les réserves étaient les bienvenues pour remédier aux problématiques existantes ».

Directeurs des soins, responsables qualité et cadres de santé ont à 50% dans chaque catégorie professionnelle, des ressentis différents. Pour les uns « Il faut rebondir sur le rapport des experts pour continuer la démarche » et « Il reste des choses très positives comme la participation aux groupes de travail et s'interroger sur l'organisation », et pour les autres « La dynamique a chuté directement après et repart doucement pour la V2 » ou encore « Le rapport des EV, j'ai pas lu le pavé ».

Les infirmiers, pour leur part, possèdent une connaissance très partielle des suites et des résultats de la visite, « On était bien placé pour certaines choses mais je ne me souviens plus ce qu'il y avait », « On avait des choses à améliorer mais quoi? ».

La synthèse, des trois sous-thèmes évoqués ci-dessus, permet de prendre en compte les éléments contre productifs de la première itération de l'accréditation. Eléments importants à prendre en considération pour aborder dans la continuité l'évaluation des pratiques professionnelles.

D) Thème n°4 : le lien entre la V1 et la V2

Ce thème se subdivise en trois sous thèmes qui recherchent la connaissance formelle des acteurs du manuel de certification V2, l'appropriation des recommandations de la V1 et la continuité de la démarche au travers de la constitution de groupes de travail.

a) *Connaissance de la V2*

A ce niveau d'analyse, huit professionnels sur seize ont connaissance soit de la V2 soit de la version V2007, tout juste mise en ligne. De nouveau, le degré de cognition par catégorie professionnelle est très hétérogène.

Les directeurs qualité et de soins maîtrisent cette thématique à 100%, « la V2007 est encore mieux faite, il faut reconnaître que c'est un document plus pédagogique ».

Les médecins et les cadres, pour moitié d'entre eux possèdent les informations requises, « La V2 est plus intéressante et les EPP permettent de se rapprocher du patient ».

Quant aux infirmiers, aucun des quatre professionnels interviewés n'a été en mesure de répondre, « non, la V2 je ne connais pas » et « sincèrement, je n'ai pas entendu parler de ça ».

b) Connaissance des recommandations de la V1

A cette phase, douze professionnels sur seize sont en mesure d'explicitier partiellement ou totalement les réserves ou recommandations émises par le collège d'accréditation pour l'itération V1 de leur établissement.

Les quatre catégories que sont les médecins, les directeurs qualité et de soins et les cadres de santé détiennent cette information qu'ils jugent importante, « une importance capitale pour la continuité de la démarche » ou sont en mesure de la rechercher, « Honnêtement je ne les ai plus toutes en tête, mais je peux les retrouver immédiatement dans le dossier accréditation ».

Seul un infirmier sur quatre avait une connaissance partielle des recommandations. Pour les autres cette information revêtait un caractère délétaire, « je ne me souviens pas si il y avait quelque chose » et « oui ils ont dit des choses, je ne sais plus ».

c) Groupes de travail

A cette étape, si sept professionnels sur seize peuvent répondre à cet item, il est frappant de constater le caractère péjoré de leur discours qui témoigne d'une difficulté importante à maintenir une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Pour exemple, les médecins déclarent « Audits, groupe de travail ne sont pas la culture de l'établissement », et les directeurs de soins expriment « On essaie difficilement de garder une dynamique transversale pour les groupes de travail ». Cet état de fait est confirmé par les directeurs qualité, « les groupes de travail se sont vite épuisés après les résultats de la V1 ».

La synthèse des trois sous-thèmes évoqués, ci-dessus, permet de préciser les obstacles à la mise en œuvre des EPP en terme de continuité entre la V1 et la V2, d'une relative méconnaissance du manuel V2007 et des difficultés ressenties à pérenniser l'amélioration continue de la qualité des soins.

E) Thème n°5 : le travail d'équipe

Ce thème se subdivise en trois sous thèmes qui recherchent la collaboration des professionnels médicaux et paramédicaux lors de la V1 ou de la préparation des EPP, le travail en commun au sein des structures de soins et l'inscription institutionnelle des EPP.

a) La collaboration V1 et EPP

A ce niveau d'analyse, neuf professionnels sur seize envisagent une étroite collaboration soit à l'issue de la V1 soit dans la projection des EPP. Cependant, il est à noter certaines dissensions au sein des catégories professionnelles.

En premier lieu, bien que cette opinion soit minoritaire, un médecin estime en clivant sa proposition que « les premières EPP sont pour les médecins mais après ça va s'étendre aux paramédicaux ».

Un directeur des soins souligne le danger d'un isolement de la direction des soins, « une impression sur le terrain que le directeur des soins puisse être écarté des EPP ».

Les cadres pour 50% d'entre eux évaluent la V1 et les difficultés à venir, « pour l'équipe, la V1 est restée très nébuleuse » et « le travail EPP avec le corps médical n'est pas encore réfléchi, pas abordé ensemble ».

Les infirmiers, quant à eux, confirment à 75% leur non engagement dans le processus des EPP « les EPP, quelque chose de bien difficile, on est dans le faire, dans l'action plus que dans l'évaluation ».

b) Travail d'équipe au sein des structures

A cette phase, quatorze professionnels sur seize évoquent un réel partenariat des pratiques soignantes au sein des unités. Cependant, bien qu'extrêmement minoritaires, un cadre et une infirmière professent respectivement une opinion opposée aux attendus du travail en psychiatrie, « le travail en commun, c'est selon la motivation de chaque médecin » et « c'est plus une dynamique de prise en charge individuelle et pas de vrai travail collectif médical / infirmier ».

c) Inscription institutionnelle

A cette étape, peu de surprises, sur les dix personnes sur seize qui connaissent le circuit de validation des EPP, tous les médecins, directeurs qualité et de soins évoquent la commission médicale d'établissement et la sous commission EPP, « il faut attendre la mise en place de la sous commission après le renouvellement CME ».

Deux cadres de santé avancent le fait que « le directeur des soins en avait parlé en CSSI ».

Les infirmiers ne se sont pas prononcés sur cet item.

La synthèse des trois sous-thèmes évoqués, ci-dessus, permet d'entrevoir, non sans interrogations, un partenariat médical et paramédical pour la réalisation des EPP, à partir du travail commun de prise en charge dans les structures et d'une inscription institutionnelle en CME et CSIRMT.

Les résultats de l'enquête, leur analyse et l'expression des représentations sociales des acteurs sur les thèmes retenus conduisent, maintenant, à les confronter aux hypothèses retenues lors de cette étude.

2.3 Une analyse singulière des hypothèses retenues

Pour tenter d'apporter une réponse à la question de départ de rechercher pourquoi les soignants en psychiatrie rencontrent des difficultés à intégrer l'EPP, il a été retenu trois hypothèses explicatives, dont il s'agit, maintenant de tester la pertinence.

2.3.1 Validation de la première hypothèse

Hypothèse n°1 : Il existe des freins culturels à l'évaluation et à la formalisation des pratiques en santé mentale.

Cette hypothèse est validée. L'enquête permet de confirmer au niveau des freins culturels et du manque de formalisation des pratiques la spécificité des soins en psychiatrie.

Au niveau de la spécificité culturelle, il ressort une très large adhésion des acteurs à la singularité de la relation au patient et à la difficulté ressentie d'acceptation de normes collectives. Il semble important, ici, de souligner la position de l'encadrement et des professionnels infirmiers qui tous témoignent d'un attachement à une culture psychiatrique, redoublée quelquefois de regrets passéistes du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique en vigueur avant 1992.

Le corps médical, comme le prouvent les témoignages, se montre cependant, hors des positions de principes tenus le plus souvent par les psychiatres d'obédience psychanalytique, plus ouvert à accepter la normativité de l'évaluation, « C'est une vraie spécialisation qui doit cependant encadrer les pratiques dans des normes acceptables ».

Au niveau du manque de formalisation des pratiques, le consensus est quasi-général pour établir ce constat. Une position individuelle médicale nécessite d'être, cependant, relevée car relative à un engagement fort de formaliser les pratiques au sein de l'association Prat-Psy, agréée par la HAS.

S'il existe indéniablement des freins culturels à l'évaluation des pratiques professionnelles, l'enquête a néanmoins permis de mettre en parallèle deux éléments favorables à son appropriation. En effet, la synergie de la culture du travail d'équipe, de la pluridisciplinarité et l'inscription institutionnelle des EPP constituent deux leviers extrêmement forts pour le développement de l'évaluation.

2.3.2 Validation de la deuxième hypothèse

Hypothèse 2: Il existe, au niveau des professionnels, un manque d'appropriation des méthodes et outils qualité.

La encore, cette hypothèse est validée. Deux thèmes émergents de l'enquête, à savoir le manque d'appropriation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et la continuité du processus d'accréditation / certification corroborent cette idée première.

Le manque d'appropriation des outils qualité peut être qualifié, en regard des éléments de l'enquête, de patent pour l'ensemble des acteurs, exception faite pour les directeurs

qualité et de soins. La connaissance des référentiels et la participation active à des audits semblent pour le corps médical, l'encadrement soignant et les infirmiers encore quelque peu lacunaires ou embryonnaires.

Au niveau du lien entre les procédures V1 et V2, le constat se doit d'être plus nuancé. En effet, les praticiens, les directeurs qualité et les directeurs de soins témoignent d'une connaissance ou d'une capacité d'intégration intellectuelle importante de la procédure V2007, sans pour cela méconnaître les difficultés de pérenniser les groupes de travail liés à l'amélioration de la qualité des soins.

L'encadrement argue, en première intention, le manque de formation, voire d'information institutionnelle pour se considérer comme acteur à part entière d'un processus continu de l'évaluation des pratiques exigée par l'HAS.

Les infirmiers, eux non plus, ne sont ni formés ni informés et ne perçoivent, bien que très investis dans la qualité directe des soins prodigués, que de très loin les opportunités d'amélioration liées à l'évaluation formative des EPP.

2.3.3 Validation de la troisième hypothèse

Hypothèse 3 : Il existe dans les équipes des effets contre-productifs relatifs à l'accréditation et / ou la certification.

Cette hypothèse est partiellement vérifiée. En effet, l'enquête menée auprès des professionnels ne permet pas totalement de conclure en faveur d'un désinvestissement de l'ensemble des acteurs hospitaliers, suite à la procédure d'accréditation.

Le recueil et l'analyse des propos recueillis mettent plutôt en exergue un vécu positif, bien que nuancé, des différentes étapes de la procédure d'accréditation V1.

L'auto-évaluation, bien que quelquefois accompagnée de craintes disproportionnées de fermeture d'établissement ou de critiques méthodologiques au niveau médical, conserve un vécu commun ressenti positivement par les personnes impliquées.

La visite des experts visiteurs, bien que non exempte d'opinions contradictoires, a au contraire permis l'expression de ressentis positifs sur l'évaluation de l'organisation des établissements.

L'item relatif aux conclusions du collège de l'accréditation témoigne d'une concordance de perception du corps médical et des directeurs qualité et de soins.

Les cadres de santé et les infirmiers semblent être moins directement concernés par les conclusions apportées.

L'analyse des résultats et la validation des hypothèses retenues vont permettre de proposer, en regard des éléments discursifs recueillis, des préconisations professionnelles orientées vers une future prise de poste de directeur des soins en psychiatrie.

3 La stratégie du directeur des soins, entre réflexion sur la politique institutionnelle, acculturation des EPP et pragmatisme d'un management par la qualité

Faire de l'évaluation des pratiques professionnelles un levier pour le management de l'amélioration de la qualité concerne directement la direction des soins. Compte tenu de son positionnement et de son rôle dans l'organisation des soins à l'hôpital, il convient de préciser sa réflexion sur la politique institutionnelle. Par ailleurs, la qualité et les EPP doivent devenir une démarche pérenne et permanente assise sur une culture partagée. Enfin, il est possible associé au corps médical et à l'ensemble du dispositif managérial de l'établissement de s'engager avec pragmatisme dans des actions concrètes de terrain.

3.1 Le positionnement du directeur des soins, une réflexion politique appuyée sur une légitimité managériale pour des projets transversaux

La conduite des EPP nécessite un choix politique, partagé par l'encadrement, pour une vision transverse des projets qualité.

3.1.1 Une nécessaire inscription institutionnelle

La conduite d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et la mise en œuvre coordonnée de l'évaluation des pratiques professionnelles nécessitent une politique et une stratégie déclinées au plus haut niveau de l'établissement. Positionné au sein de l'équipe de direction, le directeur des soins a la responsabilité de promouvoir la qualité des soins dans toutes ses dimensions et d'être force de proposition dans la mise en œuvre de la politique de l'établissement.

Afin d'être en parfaite cohérence avec les objectifs du projet d'établissement, il devient indispensable d'appréhender la politique de soins, au travers de l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins, en complète articulation avec les projets médicaux et qualité. En effet, les critères et les exigences d'une politique qualité formalisée et opérationnelle sont étroitement liés, dans le cadre des EPP, aux politiques médicale et de soins dans leurs déclinaisons cliniques de prise en charge des patients. A ce titre la synergie recherchée entre projets médical, de soins et qualité n'existera que si le directeur qualité, le directeur des soins et les médecins travaillent en étroite collaboration et promeuvent la coordination comme clef de voûte d'une politique concertée des soins. La lisibilité d'une politique ainsi partagée bénéficiera, alors, à l'ensemble des professionnels directement ou indirectement concernés par l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients.

De manière autonome et en regard de son décret portant statut particulier, le directeur des soins « élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité [il] favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques »⁴¹. De ce fait, il peut, en toute légitimité réglementaire prendre appui sur la CSIRMT pour décliner « l'évaluation des pratiques professionnelles et la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »⁴². Afin d'assurer pleinement ces missions, le directeur des soins élabore une politique managériale partagée avec l'encadrement.

3.1.2 Des orientations politiques partagées

Le directeur des soins, s'il veut développer un leadership, doit être en mesure de proposer une vision claire et structurée de l'avenir, simple à percevoir et stimulante à tous les échelons de l'encadrement. Pour cela il est nécessaire de formaliser les multiples composantes de la politique de soins, d'en préciser la finalité et décliner des objectifs opérationnels atteignables.

Pour impulser cette dynamique de projet partagé et au-delà de la réglementation, le directeur des soins dispose d'une légitimité managériale liée à son positionnement au sein de l'équipe de direction. Il est ainsi, tout particulièrement, à même de porter les démarches transversales constitutives du management de la qualité, de les enrichir et de les faire advenir avec les cadres au cœur même des équipes soignantes. En effet, sa position hiérarchique vis à vis de l'encadrement, et à travers eux sur l'ensemble des équipes soignantes, lui permet concrètement de mettre en œuvre les décisions et les orientations de direction.

Une autre possibilité, offerte, pour opérationnaliser la politique de soins est d'instituer le management des projets transversaux. La conduite des projets repose, alors, sur des groupes de travail cooptés et pilotés par des chefs de projets pour lesquels le choix s'avère déterminant. Le directeur des soins négocie avec le chef de projet les objectifs à atteindre, la constitution du groupe, la méthodologie envisagée et les échéances. Pour assurer le suivi des projets il est possible, par exemple, d'organiser des points d'étapes collectifs des projets en cours. Cette méthode permet un retour d'expériences et une

⁴¹ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

⁴¹ Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé.

possibilité de communiquer sur l'avancée des travaux. L'évaluation du projet est un autre point stratégique pour objectiver les mesures prises et si possible mettre en place des indicateurs de suivis et construire des tableaux de bord.

3.1.3 Une logique d'action partagée

De par l'expérience acquise et sa position d'interface au croisement des logiques soignante, administrative et économique le directeur des soins peut particulièrement ouvrir les secteurs de soins dans une relation client / fournisseur, à l'ensemble des partenaires hospitaliers. Ainsi, tenir un discours d'ouverture, fortement investi dans le domaine des relations humaines, traduit la volonté de travailler avec l'ensemble des professionnels pour pouvoir tenir compte des logiques, difficultés et contraintes de chacun afin d'être cohérent avec la réalité de terrain.

Une démarche d'amélioration de la qualité des soins ne peut être envisagée dans un isolat institutionnel. Elle doit être menée à l'initiative des différents responsables administratifs, médicaux et soignants et par là même bénéficier de leur engagement. La qualité est l'affaire de tous. Elle est une recherche permanente et omniprésente de la synergie de tous les acteurs de l'établissement. C'est ainsi que la direction des soins peut se constituer une légitimité d'action multipartenariale et être cette force de proposition respectueuse des possibilités et contraintes de chacun pour développer la qualité et les EPP.

3.2 L'acculturation de l'évaluation des pratiques soignantes

L'évaluation des pratiques professionnelles, avant d'être intégrée comme outil de management, doit se déployer et permettre à l'encadrement et aux équipes soignantes de s'en approprier les valeurs et la méthode. Il est donc nécessaire de mettre en perspective le développement de cette culture et anticiper l'évaluation des pratiques paramédicales en appui des EPP médicales.

3.2.1 L'EPP, un nouveau paradigme entre projet et culture

La politique d'établissement et les différents projets, qui en sont la traduction, témoignent d'une culture institutionnelle. Partager cette culture implique le risque d'être, quelquefois, en contradiction avec les changements imposés de l'extérieur. C'est, sans aucun doute, cette problématique qui se trouve posée, en ce qui concerne la culture de l'évaluation, dans les secteurs de santé mentale.

La culture d'une organisation est l'ensemble des règles explicites et implicites qui règle sa conduite. Elle est constituée, d'un point de vue sociologique, de rites, de mythes, de tradition, de valeurs et de symboles partagés.

Instaurer une culture qualité, c'est prendre le risque de se confronter aux cultures des différents acteurs administratifs, médicaux et soignants pour les enrichir de nouvelles pratiques et valeurs.

La prise en compte de la dimension culturelle dans les comportements individuels et collectifs revêt une importance capitale lorsqu'il s'agit de rechercher les éléments explicatifs ou prédictifs du ressenti de l'évaluation.

Nous retiendrons ici la définition de B. Tylor reprise par J.-L. Gérard dans son ouvrage *Sciences humaines et soins* : « La culture ou la civilisation, entendue dans son sens ethnographique étendu, est cet ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes et toutes autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société »⁴³. Cette définition présente l'intérêt particulier d'insister sur la logique interne des comportements à l'intérieur d'un groupe culturel donné. Elle permet de lier connaissances partagées, règles de fonctionnement et comportements des acteurs. La personnalité des individus est étroitement dépendante de la culture caractéristique d'un construit social identitaire, particulier à chaque établissement.

Par conséquent, la mise en œuvre des EPP soignantes est corrélative et dépendante d'un environnement culturel donné, sur lequel le directeur des soins peut agir par l'intermédiaire des cadres de santé.

3.2.2 L'encadrement, le lien essentiel d'acculturation des équipes

Plus que dans toute autre dimension de ses activités, l'action sur l'aspect culturel, domaine des représentations sociales et des valeurs, la direction des soins ne peut intervenir isolément. Elle doit s'appuyer sur l'encadrement supérieur et de proximité avec lesquels elle peut construire une communauté d'action.

En effet, les cadres occupent une place stratégique au sein de l'institution hospitalière. Non seulement ils coordonnent les activités de soins et animent les équipes, mais ils sont surtout porteurs des projets institutionnels. A ce titre, sans leur adhésion aucune politique de soins ne peut aboutir. En étant proches du terrain, ils sont une force cruciale d'accompagnement des changements environnementaux et institutionnels. Confrontés dans leur pratique quotidienne aux mutations du système hospitalier, telle l'amélioration continue de la qualité ou encore la mise en place des pôles d'activité relatifs à la nouvelle gouvernance, c'est avec eux et par eux que se développera l'acculturation de l'évaluation des pratiques. Pour le directeur des soins, le management des cadres constitue la pierre angulaire du développement de l'évaluation des pratiques jusqu'aux équipes soignantes.

⁴³ GERARD JL, AIT ABDELMALEK A. Op cit, 1995.

Dans la perspective plus large de la mise en place des pôles d'activités, il semble opportun de développer une contractualisation interne tenant compte des engagements dans les démarches qualité et des résultats obtenus. Cette délégation à l'encadrement supérieur des pôles de la conduite des programmes d'amélioration de la qualité des soins n'est pas synonyme, pour le directeur des soins, d'un quelconque abandon de ses missions mais plutôt une marque de confiance et une recherche de professionnalisation des compétences attendues de ses collaborateurs.

Par ailleurs, l'information et la diffusion des résultats de l'accréditation et / ou de la certification sont, à la fois l'expression d'une forte reconnaissance et une puissante incitation de pérenniser les actions entreprises pour les professionnels.

3.2.3 L'évaluation des pratiques soignantes, une articulation essentielle avec les EPP médicales

Anticiper la mise en place dans les services de soins d'une démarche d'évaluation des pratiques appuyées sur l'expérience et les méthodes développées pour les EPP médicales est un élément essentiel à inscrire dans la politique de soins.

Pour être qualifiée d'EPP, une action devra satisfaire aux critères de prise en compte de références validées, d'analyse de pratique, d'identification d'un enjeu d'amélioration et de mesure de résultats. C'est presque un truisme que d'énoncer que ces principes et ces objectifs sont proches de ceux à définir pour les évaluations des pratiques dans les services de soins.

La politique institutionnelle, retenue par le directeur des soins, de prévoir les prochaines obligations d'évaluation des pratiques paramédicales a comme objectif général de mettre en cohérence les différentes démarches émanant des services cliniques, voire médico-techniques. Elle permet également de développer une compétence méthodologique transférable à d'autres situations. Elle rassemble, ainsi, l'ensemble des soignants qui peuvent s'approprier les méthodes et la culture d'une mesure de la qualité des soins prodigués aux patients.

L'évaluation des pratiques médicales constitue, de fait, une opportunité car elle peut être un outil d'analyse transversale et coordonnée des soins impliquant divers professionnels. L'organisation de soins recherche, alors, un processus de prise en charge pluri-professionnel pour une qualité optimale du service médical rendu aux patients. L'articulation des logiques médicale et soignante induit des partages d'expériences permettant de mieux répondre aux besoins des usagers.

Si l'identification des champs de compétences partagés est un vecteur d'évolution qualitative elle n'en demeure pas moins un levier de management collectif pour lequel la qualité sert de fil d'Ariane aux actions engagées sur le terrain.

3.3 Des décisions pragmatiques d'accompagnement de la démarche d'évaluation des pratiques

Une condition essentielle pour réussir à opérer un management par la qualité et parvenir à impliquer, sur le terrain, les différents acteurs dans cette recherche qualitative et clinique de l'amélioration de la qualité des soins, est d'en délimiter précisément les objectifs, les attendus et les moyens. Pour cela, il est impératif de définir, par un travail de concertation en lien avec la politique de l'établissement, un programme d'actions, un plan de communication et une stratégie de formation.

3.3.1 Un programme d'actions ambitieux et réaliste

Avant d'établir un programme d'actions, il appartient à la direction des soins de définir les bénéfices attendus en termes d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

En premier lieu, il est possible pour les professionnels de valoriser les actions déjà engagées, les résultats obtenus et de mettre en exergue les principes d'éthique professionnelle, notamment en matière d'information et de respect de la subjectivité des patients accueillis.

En second lieu, il apparaît opportun de clarifier pour l'établissement les conséquences positives de satisfaire aux attentes des patients et des pouvoirs publics en matière de qualité et de continuité des soins, de mettre en valeur l'efficacité du service médical rendu par la maîtrise de la qualité et des coûts et enfin de parvenir à une meilleure gestion des risques, en particulier ceux liés aux soins.

Une fois les bénéfices attendus identifiés et partagés avec les acteurs concernés, la définition d'un programme d'amélioration continue de la qualité, dont les EPP sont constitutives, doit recueillir, hiérarchiser et mettre en cohérence les thématiques et actions retenues.

Les propositions, ainsi exprimées pourront alors être déclinées, via la responsabilité en ce domaine de l'encadrement dans les pôles d'activité, dans le respect des politiques de service, des professionnels, de la transparence des actions réalisées et d'un échange permanent entre les difficultés rencontrées et les solutions apportées. Cette incrémentation progressive de la qualité des pratiques professionnelles est l'axe privilégié de l'acculturation de l'évaluation. La dimension culturelle est fondamentale car toute démarche d'amélioration de la qualité des soins, a fortiori appuyée sur l'évaluation des pratiques professionnelles, a pour effet une remise en question des schèmes de pensées, des habitudes et une professionnalisation de son identité soignante. Pour améliorer les pratiques collectives de prise en charge des patients, l'enjeu est donc bien d'impulser un changement culturel, seule garantie d'une pérennité des acquis.

Appropriation culturelle de l'évaluation qui s'accompagne d'une communication adaptée.

3.3.2 Une politique de communication performante

Au travers de l'enquête réalisée, il a été mis en évidence que le niveau d'information était très disparate entre les catégories professionnelles, en particulier pour une partie de l'encadrement, mais surtout pour les équipes paramédicales.

A ce titre, la communication constitue un facteur clef du succès et de l'accompagnement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour mobiliser et convaincre les professionnels, le directeur des soins doit élaborer une stratégie de communication. Ses missions nécessitent de donner du sens aux actions engagées par ses collaborateurs afin que celles-ci s'intègrent à la politique de soins établie. De ce fait, la communication n'est pas une façon d'imposer un point de vue égocentré mais au contraire une opportunité de construire une connaissance partagée d'un contexte, en l'occurrence celui de l'évaluation des pratiques soignantes.

Les méthodes de communication doivent donc être, à la fois, ouvertes à l'expression, au débat et à la nécessité d'être constructives.

L'importance, pour la direction des soins, de transmettre à l'ensemble des professionnels les informations détenues d'un point de vue institutionnel permet de motiver encadrements et équipes soignantes, autour des projets d'amélioration, afin que chacun s'approprie les projets en cours en intégrant les objectifs collectifs et ceux plus individuels. Cette dynamique est corrélative d'un sentiment d'appartenance à l'institution. Elle est également synonyme d'un développement d'une culture de l'information des cadres qui, par là même, deviennent des relais de communication privilégiés. Elle est un levier de valorisation des succès et initiatives internes.

Inversement, faciliter la remontée des informations sur les réalisations, les difficultés et les interrogations permet aux professionnels d'exprimer leurs attentes et leurs besoins. Ce mode opératoire peut être assimilé à un dispositif d'écoute destiné à détecter les freins éventuels et rechercher les moyens de les lever.

La communication institutionnelle contribue à la diffusion d'une information fiable et partagée à l'ensemble des professionnels et participe au décloisonnement des services et des professions.

La communication ne peut être efficiente que si elle repose sur un système performant de l'information. Le directeur des soins, de ce fait, doit se montrer attentif à la mise en place d'actions de sensibilisation à la qualité, à l'émergence de temps consacrés à l'encadrement de suivi des démarches engagées, à la définition d'une stratégie de diffusion des nouvelles procédures et d'utilisation rationnelle des supports informatifs de l'établissement.

Parallèlement à la communication, il devient nécessaire de prévoir un dispositif de formation.

3.3.3 Une stratégie de formation pluriannuelle

Là encore lors de l'enquête, les occurrences d'accompagnement de la mise en place de l'évaluation des pratiques soignantes ont démontré un hiatus important entre les attentes de formation des professionnels et les moyens mis à disposition.

Pour pouvoir s'impliquer dans les démarches qualité, les acteurs ont besoin de s'approprier les concepts, les outils et l'éthique de la qualité. Elle doit concerner le plus grand nombre de professionnels et être adaptée au degré de responsabilité des professionnels dans la mise en œuvre des démarches qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Il serait illusoire de bâtir un plan de formation qui n'échéance pas la montée en charge de ce type de formation. De plus la politique de formation ne peut se réduire aux cadres soignants car elle engage tous les professionnels sur le terrain.

L'articulation institutionnelle du plan de formation, non uniquement décliné d'un point de vue service de soins, nécessite un lien étroit entre les directions des ressources humaines et des soins.

Le dispositif de formation sur la qualité et sur l'évaluation des pratiques requiert plusieurs niveaux.

Ceux, d'une formation commune pour l'équipe de direction, les membres du comité de pilotage de la qualité et les chefs de projets des groupes de travail afin de démultiplier en interne et à moindre coût les compétences d'analyse et de mise en œuvre de la politique qualité.

La formation de l'encadrement au management par projet et à l'évaluation des pratiques semble également, de par leurs missions, un axe à promouvoir.

En ce qui concerne le public plus large des paramédicaux, une formation / information des attendus de la qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles pourrait être pluriannuellement organisée en interne afin de sensibiliser au maximum l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients.

Le dernier niveau pourrait être celui d'un accompagnement d'une analyse rétrospective des pratiques, avec une place importante consacrée aux cas concrets de prise en charge, destiné aux professionnels investis dans les groupes de travail d'évaluation des pratiques. Le turn-over des professionnels, la construction identitaire des soignants nouvellement recrutés nécessitent une itération régulière de ces formations. La finalité de la direction des soins est de développer les compétences et les connaissances des paramédicaux relatives à la qualité des soins rendus aux patients, afin de les rendre pérennes.

Avant de conclure ce mémoire, il est permis de considérer que la finalité de toutes ces propositions d'une direction des soins reste celle d'apporter, au demeurant, la meilleure prestation de soins au patient pour lequel et par lequel nous trouvons notre légitimité.

Conclusion

La situation des établissements publics de santé s'inscrit dans un courant de mutations importantes. Dans ce paysage de contraintes économiques, pression des usagers, exigences réglementaires et professionnelles le monde de la santé s'engage dans l'amélioration de la qualité des soins. Dans ce cadre, l'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche nouvelle dans le domaine sanitaire, en particulier en psychiatrie. Ce secteur spécifique, habitué à une recherche du sens de sa pratique, en regard des attentes et des besoins des patients, référée aux sciences humaines se confronte dorénavant aux évaluations référencées du paradigme de la qualité.

Les questions autour de l'EPP sont multidimensionnelles et leur complexité est à la hauteur des objectifs sous-tendus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, pertinence des indications et évolution des modes de prise en charge.

L'arrivée de l'EPP dans notre réalité professionnelle de futur directeur des soins d'un établissement public de santé mentale départemental nous impose, alors, d'identifier non seulement les forces mais aussi les faiblesses de la profession vis à vis de cette démarche.

A la suite d'une recherche théorique sur ce thème, visant à dresser un état des lieux actuel des problématiques rencontrées au sein des établissements, nous nous sommes résolument engagé dans une enquête riche de sens et d'enseignements professionnels. Tout d'abord, l'approche des représentations professionnelles a pu être abordée. L'activité professionnelle se fonde sur un système plus ou moins cohérent et partagé par les acteurs de ce que sont leurs métiers, leur activités, leur pratiques ce qui correspond à un modèle professionnel. Chaque modèle se caractérise, alors, par des finalités, des conceptions, des valeurs et des attitudes qui fondent l'approche et orientent les choix relatifs aux décisions et actions entreprises. C'est cette dynamique qui a constitué l'objet de notre questionnement, en particulier la manière dont les professionnels se représentent l'évaluation de leurs pratiques. En effet, l'intérêt que porteront les soignants sur l'évaluation sera d'autant plus important qu'ils auront été sensibilisés à cette démarche dans le domaine clinique.

Ensuite, la politique de l'établissement doit être définie et portée par les responsables tant médicaux, qu'administratifs et paramédicaux. Il ne faut pas omettre que la qualité du service médical rendu aux patient est articulée sur une organisation hospitalière faite de la juxtaposition et de la coordination de compétences multiples. Une véritable démarche d'évaluation doit réunir tous les pôles d'activité, intéresser tous les acteurs et viser, à terme, à être intégrée dans les modes de gestion de l'établissement.

Par ailleurs, l'implication de l'encadrement est indispensable dans la déclinaison du projet d'évaluation au sein des unités de soins, en cohérence avec le projet de soins infirmiers. L'encadrement supérieur et de proximité est dans une zone stratégique puisque ces acteurs essentiels sont, d'une part responsables de la qualité des soins auprès des équipes qu'ils doivent conduire, et d'autre part représentants de la direction chargés de mettre en œuvre la politique d'établissement. Pour ce faire, accompagnés de la direction des soins, ils devront relever les défis dans ce contexte empreint de complexité, s'affirmer comme acteurs du changement et construire avec les équipes le dispositif de fonctionnement le plus bénéfique aux patients.

Au-delà de ses responsabilités organisationnelles et opérationnelles, c'est par une action à long terme sur la dimension culturelle des pratiques que la direction des soins pourra conduire les équipes soignantes à progresser collectivement et individuellement. Abordée dans une perspective paramédicale, l'EPP en psychiatrie est une véritable opportunité pour accroître la visibilité de la profession et celle de ces processus opératoires. Cette conséquence n'est pas sans intérêt, alors que bien des auteurs et professionnels de terrain déplorent le manque de transparence des pratiques soignantes. La mise en œuvre de l'EPP peut fortement contribuer à ces objectifs de clarification et de formalisation. Parce qu'elle s'appuie sur l'expérience clinique et concrète, qu'elle propose une analyse réflexive des pratiques, elle conduit à une possible modification des représentations sociales et professionnelles des soins en santé mentale.

Une occurrence d'amélioration des pratiques a cependant, juste été effleurée dans ce travail de recherche. Elle présente pourtant, pour le directeur des soins, un intérêt évident, celui de la formalisation des pratiques soignantes en psychiatrie.

L'EPP ne pose problème que dans la mesure où les référentiels de bonnes pratiques ne sont pas, à ce jour, reconnus comme une norme de comparaison acceptable par l'ensemble de la profession. L'enjeu est donc de faire de l'obligation législative de l'EPP une opportunité de structurer le savoir sur les soins, sur lesquels se fonde la crédibilité de la discipline psychiatrique. L'élaboration de référentiels, premier temps d'une évaluation des pratiques professionnelles, constitue une possibilité de renouer avec une clinique de la pratique quotidienne pour produire un savoir sur les soins qui puisse constituer une référence évolutive.

Si l'évaluation des pratiques professionnelles entraîne des controverses et des positions contradictoires à la mesure de ses enjeux, raison de plus pour débattre de ses processus et s'y engager avec un esprit d'équipe, en étant tous centrés sur la réalisation concrète d'apporter, selon nos missions, la meilleure prestation de soins au patient.

Bibliographie

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

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

CADET D. Evaluation des pratiques professionnelles, Réflexions et expériences. Revue Hospitalière de France, juillet – août 2006, n°511, pp. 23 – 25.

CLAVERANNE J-P., VINOT D., FRAISSE S. et al., Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, avril 2003. 17 p.

HERREROS G., MILLY B. Les effets de l'évaluation : l'exemple de la certification des établissements de santé, Soins Cadres, mai 2006, n°58, pp 24 - 28.

LABOUTIERE J-J. Evaluation des pratiques professionnelles et psychiatrie privée, L'information psychiatrique, janvier 2006, n°82, pp 23 – 24.

HARDY-BAYLE M-C. Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles et aux référentiels de prise en charge, L'information psychiatrique, janvier 2006, n°82, pp 29 – 37.

REYES L. Histoire, principes et concepts des démarches qualité en établissements de santé, Paris : In Press, 2003. 236 p.

LETEURTE H, PATRELLE I, QUARANTA JF et al. La qualité hospitalière. Paris : Berger Levrault, 1995. 117 p.

CABY F, JAMBART C. La qualité dans les services : fondements, témoignages, outils. Paris : Economica, 2002, 183 p.

LECLET H, VILCOT C. Qualité en santé : 150 questions pour agir. Paris : AFNOR, 1999, 464 p.

DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial fund quarterly, 1966, n°44, pp. 166 –206

PANCHAUD C. La qualité des soins infirmiers. Paris : Maloine, 1999. 149 p.

ANAES. Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris, 2002.

STEINER B. Adoptez l'attitude coach !. Soins cadres, août 2004, n°51, pp 70-71.

HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. Paris, Juin 2005. 47 p.

HAS. Manuel de certification des établissements de santé et guide de notation. direction de l'accréditation, Edition 2007. 162p.

DOUGUET F, MUNOZ J, LEBOUL D. Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » Ministère de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. n° 48, juin 2005.

2ème Accréditation. Vers l'évaluation de la qualité du service médical rendu au patient. Colloque Anaes du 11 décembre 2003, Palais des Congrès de Paris. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr>

Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'Evaluation des pratiques Professionnelles.

Arrêté du 13 juillet 2006 relatif à l'homologation des règles de validation de la FMC.

HAS, «L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé », Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, juin 2005.

CROZIER M, FRIEDBERG E . L'acteur et le système. Paris, Ed du seuil, 1977.

SAINSAULIEU A. Sociologie de l'Entreprise. Presse sciences Po et Dalloz.

GERARD JL, AIT ABDELMALEK A. Sciences humaines et soins. Paris : InterEditions, 1995. 338 p.

SAINSAULIEU A. La construction des identités au travail, in Sciences humaines, 2004.

MOSCOVICI S. Psychologie sociale. Paris : PUF, 1984, 680 p.

CANGUILHEM G. La connaissance de la vie. Paris : VRIN, 1985, 200 p.

CANGUILHEM G. Le normal et le pathologique. Paris : PUF, 1966, 680 p.

BOITARD O. Norme et pratique en psychiatrie. Comité d'Action Syndical de la psychiatrie, Juin 2006.

LABOUTIERE J-J. Norme et responsabilité. Comité d'Action Syndical de la psychiatrie, Juin 2006.

ABELHAUSER A. Soigner, enseigner, évaluer. Paris : ERES, cliniques méditerranéennes, psychanalyse et psychopathologie freudiennes, N°71, 2005.

BOUGEROL T. Norme et pratique en psychiatrie. Comité d'Action Syndical de la psychiatrie, Juin 2006.

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé.

Liste des annexes

Annexe I : guide d'entretien

ANNEXE I : LE GUIDE D'ENTRETIEN

Rappel de la question de départ : Pourquoi les soignants, en psychiatrie rencontrent ils des difficultés à intégrer l'EPP dans leur exercice ?

Les trois hypothèses retenues :

Il existe des freins culturels à l'évaluation et à la formalisation des pratiques en santé mentale.

Il existe au niveau des professionnels un manque d'appropriation des méthodes et outils qualité.

Il existe, dans les équipes, des effets contre-productifs relatifs à l'accréditation et/ou la certification.

Question initiale : qu'évoque, pour vous, l'évaluation des pratiques professionnelles ?

Question initiale pour les médecins : que pensez-vous de l'obligation médicale d'évaluation des pratiques professionnelles ?

Thème n°1 : Les freins culturels

La formalisation des pratiques en psychiatrie.

Le rapport à la norme et la spécificité des soins en santé mentale.

La relation singulière au patient.

Thème n°2 : l'appropriation de la démarche qualité

La connaissance de la démarche qualité.

La connaissance des référentiels de bonne pratique.

La participation à des audits.

Thème n°3 : le vécu de l'accréditation

L'auto-évaluation.

La visite des experts visiteurs.

L'après visite.

Thème n°4 : le lien entre la V1 et la V2

La connaissance du manuel V2 ou V2007.

La connaissance des recommandations de la V1.

La participation à des groupes de travail.

Thème n°5 : le travail d'équipe

La collaboration en V1 ou préparation des EPP.

Le travail au sein de la structure.

L'inscription institutionnelle des EPP.